

Psikojenik Blefarospazm

Psychogenic Blepharospasm

Hacer DURMUŞ, Haşmet HANAĞASI, Sibel ÇAKIR*

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji ve *Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Psikojenik Hareket Bozuklukları (PHB) nöroloji pratiğinde çeşitli klinik gösterilerle ortaya çıkan hastalıklardır. Bu yazıda psikojenik blefarospazm tanısı almış bir hasta sunulacaktır. 47 yaşındaki kadın hastanın ilk şikayetleri 6 yıl önce emosyonel bir stres sonrası başlamış. Zaman içinde fonksiyonel körlük gelişen hastaya 6 yıl içinde botulinum toksini dahil çeşitli tedaviler uygulanmış. Ancak hasta bu tedavilerin hiçbirisinden fayda görmemiş. Hastaya klinik ve elektrofizyolojik özellikleri ile psikojenik blefarospazm tanısı konuldu. Hastanın yakınması lorezapam ve telkin ile tamamen düzeldi. Sonuç olarak PHB olan hastalar tanı ve tedavide güçlük yaratabilir. Bu hastaların tedavi yaklaşımlarına direnç oranlarının çok yüksek olduğu unutulmamalı ve mutlaka ortak tedavi yaklaşımında bulunulmalıdır. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2007; 44: 154-7*)

Anahtar Kelimeler: Psikojenik hareket bozuklukları, blefarospazm

ABSTRACT

Psychogenic movement disorders (PMD) present with various clinical demonstrations in neurological practice. In this article, a patient diagnosed with psychogenic blepharospasm will be presented. The first complaints of the 47 year-old woman began six years previously following emotional stress. In this period of six years, various treatments including botulinum toxin were administered to the patient who, with time, developed functional blindness. However the patient had no benefit from these treatment protocols. The patient was diagnosed with psychogenic blepharospasm according to the clinical and electrophysiological features. The patient's complaint was completely resolved with lorezapam and suggestion. In conclusion, diagnosis and treatment of patients with PMD can be difficult. The high resistance rate to the treatment should not be forgotten and these patients must be treated multidisciplinary. (*Archives of Neuropsychiatry 2007; 44: 154-7*)

Key words: Psychogenic movement disorders, blepharospasm

Giriş

Psikojenik hareket bozukluğu (PHB) hastaları, hareket bozuklukları kliniklerine başvuruların %2-3 gibi hiç de azımsanmayacak bir oranını oluşturmaktadır (1). Erken tanı, bu hastaların pahalı ve gereksiz tetkiklerden, uygun olmayan ilaçların ciddi yan etkilerinden korunmasında önemlidir. Ayrıca erken tanı, tedavinin hızlıca başarıya ulaşmasında da önemli rol oynar (2). Ani başlangıç, hızlı ilerleyiş, tetikleyici bir olayın varlığı, nörolojik bir hastalık ile uyumlu olmayan bulgular, çok sayıda anormal hareketler, dikkat dağınıklıkla semptomların kaybolması ve semptomlarda değişkenlik, etkilenen vücut bölgesine dikkat edildiğinde hareket bozukluğunun artışı, plasebo ve telkine cevap, spontan remisyonlar PHB'nin önemli özelliklerindendir (3). PHB tanısı ve tedavisi nörologların, psikiyatrist veya psikoterapistlerin ortaklaşa sistematik çalışmasını gerektirir. Herhangi bir tedavinin diğerine üstünlüğü henüz kesin olarak gösterilmemiş olmakla birlikte tedavide çoğunlukla psikoterapi ve antidepressanların çeşitli kombinasyonları kullanılır

maktadır (4). Eşlik eden depresyon, anksiyete bozukluğu, ağrı, güçsüzlük ve duyuşsal belirtilerin varlığı iyi prognostik faktörler arasında sayılırken; alta yatan psikiyatrik tanının hipokondriasis, simülasyon, temaruz olması, belirtilerin sinsi başlaması ve uzun süreden beri var olması, hastanın PHB tanısını kabullenmemesi hastalığın dirençli seyredeceğini düşündürmektedir (4).

Bu yazıda 6 seneden beri göz kapaklarında kasılma, kapanma yakınması olan ve blefarospazm tanısı ile izlenen bir hasta sunulacaktır. Hasta yakınmalarına yönelik çeşitli tedaviler almış; kliniğimizde psikojenik hareket bozukluğu tanısı konularak buna yönelik tedavi uygulanmıştır. Tanı süreci ve hastanın tedavi sonuçları literatür ışığında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Kırk yedi yaşındaki, ilkokul mezunu, ev hanımı kadın hasta her iki göz kapağında kasılma yakınması ile kliniğimize baş vurdu. Bu yakınmaları 6 yıl önce emosyonel bir stres sonrası başlamış ve

giderek artmıştı. Hasta uzun süre aile içi şiddete maruz kalmış ve iki sene evvel eşi tarafından terk edilmişti. Hasta giderek artan görme problemi nedeniyle son 2-3 yıldır ev işlerini yapamaz ve tek başına sokağa çıkamaz hale gelmişti. Göz kapaklarındaki kasılmaların gün içinde 10-15 dakika kadar tamamen düzeldiği zamanlar olduğunu belirtiyordu. Kasılmaları tetikleyen ya da azaltan bir faktör fark etmemişti. Blefarospazm tanısı alan hastaya kliniğimize gelene kadar çeşitli oral antidistonik tedaviler ve iki kez botulinum toksini tedavisi uygulanmış, ancak hiç fayda görmemişti.

Hastanın özgeçmiş hikayesi olarak 10 yıldır bilinen migreni vardı, soygeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesi normal sınırlardaydı. Nörolojik muayenesinde hasta her iki gözünü sıkıyordu ancak zaman zaman tamamıyla normal olarak açabildiği gözlemlendi. Bunun dışında nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın biyokimya ve daha önce yapılmış kranyal MR incelemesi normal sınırlarda değerlendirildi. Yapısal ve fonksiyonel blefarospazm ayrımı için yapılan EMG incelemesinde devamlı bir distonik aktivite kaydedilemedi, iki yanlı supraorbital sinir uyarımı ile orbikularis okuli kaslarından kaydedilen göz kırpmaya refleksi ve toparlanmasının normal olduğu belirlendi.

Kliniğimizde yattığı süre içinde 3 kez yapılan psikiyatrik görüşmede çocukluk çağı travması, veya başka konversif yakınmasının olmadığı görüldü, ayrıca göz kapaklarındaki düşme nedeniyle iki üç kez yaralanması, belirgin bir "La Belle Indifference" olmaması gibi özellikler tipik bir konversiyon bozukluğu ya da psikojenik bir hareket bozukluğu tanısı koymayı güçleştiriyordu. Ancak 4-5 yıldır süren ve iyi tedavi edilmemiş bir distimik bozukluk ve üzerine eklenmiş majör depresyon, ara ara duygu durum labilitesi ve aile içi stres faktörleri olduğu saptandı. Hastanın telkine yatkın özelliği fark edilerek lorazepam 1 mg verilip telkinle gözlerini açması istendi. Bir gün boyunca göz kapaklarını açık tutabildi ve psikojenik hareket bozukluğu tanısı netleştirildi. Benzer uygulamalarla hastanın gözlerini açabildiği, fakat bunu sürdürmediği görüldü. Daha sonra distimi ve majör depresyon tanılarının 150 mg venlafaksin ile psikiyatri polikliniğinde izlenerek tedavi edilmesi planlandı. Fakat hastanın ilaç uyumunun bozuk olması, kontrole gelememesi ve yeterli bir psikoterapi alamaması nede-

niyle 3 haftalık bir psikiyatri servisi yatışı sırasında 300 mg venlafaksin ve mirtazapin 15 mg ile tedavi edildi, majör depresyonunun düzelmesi ile blefarospazmının da düzeldiği görüldü. Hasta 6 ay sonra kontrole geldiğinde bu iyilik halinin devam ettiği görüldü.

Tartışma

Burada uzun yıllardan beri tanı konulmasında ve dolayısıyla tedavi aşamasında sorun yaşanmış bir hasta sunuldu. Psikojenik değişimi geleneksel olarak, bilinen herhangi yapısal veya nörokimyasal bir hastalığın olmadığı ancak altta yatan psikiyatrik bir hastalık veya temaruz sonucu gelişen bozuklukları tanımlamakta kullanılır. Psikojenik hareket bozukluklarında en sık rastlanılan psikiyatrik tanımlar konversiyon, somatizasyon, simülasyon veya temaruzdur (5). Olgumuzda olduğu gibi psikojenik hareket bozuklukları çoğunlukla depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi diğer hastalıklar ile yakından ilişkilidir.

Psikojenik hareket bozukluklarının Türkiye'deki sıklığı konusunda net veriler olmamakla birlikte ABD'de hareket bozuklukları konusunda uzmanlaşmış bir klinikte yapılan çalışmada arka arkaya başvuran 842 hastanın 28'i (%3.3) PHB tanısı almıştır (1). Yapılan çeşitli çalışmalarda başlangıç yaşı değişken olmakla birlikte kadınların baskınlığı gözlenmiştir (1,3,4,6). Fenomenolojik olarak en sık görülen PHB sırasıyla tremor, distoni, miyoklonus, parkinsonizm ve yürüme bozukluklarıdır (7). Blefarospazm PHB arasında nadir görülmektedir. Özellikle uzun yıllar süren vakalar çok azdır.

Psikojenik hareket bozuklukları tanısı konusunda yardımcı olabilecek bazı ipuçları tablo 1'de listelenmiştir. Tablo 1'de bahsedilen özelliklerden bazılarının nörolojik hastalıklarda da görülebileceğini unutmamak gerekir. Ayrıca hastaların %10-15'inde PHB'larına eşlik eden bir nörolojik hastalık bildirilmiştir (8). Kesin tanı konulamayan ve tedaviye dirençli hastaların serviste yatırılarak yakından gözlenmesi gerekir. Uygun hastalara çeşitli elektrofizyolojik incelemeler ve video monitörizasyon yapılmasına ihtiyaç duyulabilir.

Tablo 1'deki tanı kriterlerine uygun şekilde sunduğumuz hastanın öyküsünde ani başlangıç ve başlangıç öncesinde emosyonel bir stres vardı. Hasta servisimizde izlendiği dönemde gün

Tablo 1. Psikojenik Hareket Bozukluklarının klinik özellikleri (3, 9)

Başlangıç

Ani

Tetikleyici olay

Maksimum semptom ağırlığına ve engelliliğe hızlı ilerleyiş, daha sonra statik seyrir

Klinik bulgular

Organik bir hastalık ile uyumlu olmayan bulgular

Dikkat dağınıklık hareketin kaybolması ve değişmesi

Çok sayıda farklı anormal hareketler

Etkilenen vücut bölgesine dikkat edildiğinde hareketin artışı

Hareketlerdeki kasıtlı yavaşlık

Başka bir vücut bölgesini aktive edilince hareketin azalması

Yalancı zaaf, duyu kaybı ve ağrı ile ilişkili olması

Plasebo ve telkine PHB cevap verirken, organik hareket bozukluklarının cevap vermemesi

Paroksizmal hareketler (ataklar) ve spontan remisyonlar

Yardımcı testler

Elektromiyografi temelli hareket bozuklukları analizi

içinde spontan remisyonlar gözlemlendi. Bir psikiyatri uzmanının gözleminde verilen anksiyolitik (lorazepam) ve telkin ile yakınmaları tamamen düzeldi. Plasebo ve telkine cevap PHB'nın önemli karakteristiklerinden biridir (9-11). Ancak telkin ve plasebo verilmesi tartışmalı bir konudur (9). Birincisi bu konuda hastanın otonomisinin yok sayılması, etkisiz bir ilaç verilmesi gibi nedenlerle etik ve legal tartışmalar sürmektedir. İkinci olarak hasta ve doktor ilişkisine daha sonra eklenebilecek kandırılmışlık duygusu nedeniyle ciddi zarar verebilir ve hastanın tedaviye uyumunu bozabilir. Bu nedenlerle klinik olarak PHB'dan şüpheleniliyorsa ancak yeterince kanıt yoksa denenmelidir ve iyi planlanması gereklidir. İdeal yaklaşım plasebonun hastayı kandırılmışlık, güvensizlik duygularından korumak için hastanın onamıyla çift kör olarak verilmesidir (12). Ancak organik bozuklukların bazılarında plaseboya geçici yanıtlar verebilir ve PHB tanısı sadece plaseboya yanıt temelinde konulmamalıdır (3,13). Burada sunulan olgu da verilen hızlı etkili benzodiazepinin anksiyeteyi azalttığı ve de plasebo benzeri bir etki yarattığı düşünülebilir. Hastanın atipik psikiyatrik özellikleri, yıllar içinde aldığı psikiyatrik ve nörolojik tedavilere rağmen tedaviden yararlanmaması ve düzenli psikoterapötik görüşmeleri sağlayacak koşullarının olmaması telkin ve lorazepam uygulamasını zorunlu kıldı. Ancak normal şartlar altında plasebo benzeri yöntemler en son tercih edilmelidir.

Olgumuzda tüm bu klinik bulguların yanında elektrofizyolojik incelemenin normal sınırlarda olması PHB tanısını destekledi. Elektrofizyolojik çalışmaların, PHB'nin tanısında önemli bir yeri vardır. En sık psikojenik tremor ve miyoklonusun ayırıcı tanısında kullanılan elektrofizyolojik incelemeler psikojenik distoni konusunda da vakamızda olduğu yararlı bilgiler vermektedir (14-16).

Hastamızın, Williams ve arkadaşlarının 1995 yılında önerdiği tanı kriterlerine göre (Tablo 2) " belgelenmiş PHB " grubuna girdiği düşünüldü (17). PHB'larının tanı ve tedavisi psikiyatristlerin, nörologların, psikoterapistlerin ortaklaşa sistematik çalışmasını gerektirir. Bir psikiyatrist tarafından PHB'nun psikodinamik temellerinin, eşlik eden veya sekonder psikiyatrik bozuklukların açığa çıkarılmasının gerekliliği konusunda fikir birliği bulunmaktadır (3). Tedavide çoğunlukla psikoterapi, stres yönetimi, gevşeme teknikleri, ilişkili olan anksiyete bozukluğu ve depresyona yönelik farmakoterapinin kombinasyonu kullanılmaktadır (3,4,5). Psikojenik hareket bozuklukları tedavisine yönelik vaka sunumları olsa da bu hastalığa spesifik çok fazla klinik çalışma yoktur. Şu ana kadar herhangi bir tedavinin üstünlüğünü gösterilmemiştir. Psikojenik Hareket Bozuklukları'ndaki tedavi yaklaşımları tablo 3'de gösterilmektedir.

PHB'na eşlik eden anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan ve daha önce çeşitli antidepresanlar kullanan ancak cevap vermeyen hastamıza venlafaksin ve mirtazapin tedavisine başlandı. Başlangıçta ilaç tedavisine direnç gösteren hasta ancak psikiyatri kliniğine yatırıldıktan sonra ilaçları düzenli kullanmaya başladı. Tedavi altında yakınmaları tamamen düzeldi.

Hastanın tedaviye cevabını etkileyen pek çok faktör var olmakla birlikte bunların en önemlileri arasında nörolog, psikiyatrist ve hasta arasındaki iletişimin etkinliği, altta yatan psikopatolojinin doğası, şiddeti ve kronikliği, çevresel stres faktörleri, hasta için dış desteklerin ve iç kaynakların varlığı sayılabilir (5). PHB prognozu değişkendir, ancak hastalığın sonucunu etkileyen bazı faktörler belirlenmiştir. Genel olarak ağrı, güçsüzlük, duysal semptomlar gibi somatoform yakınmaları olan hastaların tedaviye daha iyi cevap verdiği söylenebilir (6). Depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden komorbid psikiyatrik tanılarının olması da yine pozitif prognostik faktörler arasında yer alır (4). Negatif prognostik faktörler arasında uzun süreden beri var olan semptomlar (6 aydan uzun), hareketlerin sinsi başlangıcı ve primer psikiyatrik tanının hipokondriasis, simülasyon veya temaruz olması, hastanın psikojenik hareket bozukluğu tanısına ve psikiyatrik tedaviye dirençli olması sayılabilir (15,18).

Bu yazıda 6 yıldan beri blefarospazm tanısı ile izlenmiş ve çeşitli tedaviler uygulanmış bir PHB hastası sunduk. Uzun süreli yakınmaları olan hastaların bizim olgumuzda olduğu gibi tedaviye dirençli olabileceği unutulmamalıdır. Bu gibi vakalar mutlaka psikiyatri işbirliği ile dikkatle izlenmeli ve gerekirse yatırılarak tedavi edilmelidir. Hastaların tedaviyi yarıda bırakmaları ve hekim değiştirme oranlarının çok yüksek olduğu unutulmamalıdır.

Tablo 3. Psikojenik Hareket Bozuklarında sık kullanılan tedavi stratejileri (7)

Psikoterapi

Bilişsel davranışçı terapi
Psikodinamik psikoterapi

Stres yönetimi ve gevşeme teknikleri

Biofeedback
Yoga
Meditasyon

Farmakoterapi

Antidepresanlar
Anksiyolitikler

Rehabilitasyon

Fizyoterapi
Uğraşı tedavisi

Tablo 2. Psikojenik Hareket Bozukluklarının tanı kesinliği seviyeleri (10)

Belgelenmiş psikojenik hareket bozuklukları

Hareketlerin psikoterapi, telkin veya plasebo ile gerilemesi veya hasta kendini gözlenmemiş hissettiğinde semptomların düzelmesi

Klinik olarak saptanmış psikojenik hareket bozuklukları

Hareketlerin herhangi organik bir hastalıkla uyumlu olmaması, semptomların tutarsız olması ve ek olarak sahte nörolojik bulgular, çoklu somatizasyon veya belgelenmiş psikiyatrik hastalık

Olası psikojenik hareket bozuklukları

Hareketler organik bir hastalık ile uyumlu değil, ama başka destekleyici bulgu yok

Muhtemel psikojenik hareket bozuklukları

Sadece hastanın bariz emosyonel dengesizliğine dayanan hareket bozukluğu şüphesi

Kaynaklar

1. Factor S, Podskalny G, Molho E. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59: 406-12.
2. Couprie W, Wijdicks EF, Rooijmans HG ve ark.. Outcome in conversion disorder: a follow up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 58: 750-752.
3. Vanessa K Hinson, W Blake Haren Psychogenic movement disorders *Lancet Neurol* 2006; 5: 695-700
4. Voon V, Lang A. Antidepressant outcomes of psychogenic movement disorders. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1529-34.
5. Williams DT, Ford B, Fahn S. Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. *Adv Neurol* 1995; 65: 233-57.
6. Hinson VK, Cubo E, Comella C ve ark. Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing. *Mov Disord* 2005; 20: 1592-97.
7. Ray L. Watts, William C. Koller, *Movement Disorder*, second edition, McGraw-Hill Medical Publishing 2004; s 891-910.
8. Ranawaya R, Riley D, Lang A Psychogenic dyskinesias in patients with organic movement disorders. *Mov Disord* 1990; 5: 127-33.
9. Tan EK. Psychogenic tics: diagnostic value of the placebo test. *J Child Neurol* 2004; 19: 976-7.
10. Monday K, Jankovic J. Psychogenic myoclonus. *Neurology* 1993;43: 349-52.
11. Marjama J, Troster AI, Koller WC. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin* 1995; 13: 283-97.
12. Kirsch DB, Mink JW. Psychogenic movement disorders in children. *Pediatr Neurol* 2004; 30: 1-6.
13. de la Fuente-Fernández R, Schulzer M, Stoessl AJ. Placebo mechanisms and reward circuitry: clues from Parkinson's disease. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 67-71.
14. Deuschl G, Köster B, Lücking CH ve ark. Diagnostic and pathophysiological aspects of psychogenic tremor. *Mov Disord* 1998; 13: 294-302
15. McAuley J, Rothwell J. Identification of psychogenic, dystonic, and other organic tremors by a coherence entrainment test. *Mov Disord* 2004; 19: 253-67.
16. Thompson PD, Colebatch JG, Brown P ve ark. Voluntary stimulus-sensitive jerks and jumps mimicking myoclonus or pathological startle syndromes. *Mov Disord* 1992; 7: 257-62.
17. Fahn S, Williams PJ. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol* 1988;50: 431-55.
18. Lazare A. Current concepts in psychiatry: conversion symptoms. *N Engl J Med* 1981; 305: 745-48.