

Tekrarlayan Psikojenik Afoni: Bir Olgu Sunumu

Recurring Psychogenic Aphonia: A Case Report

Mesut Yıldız¹, Kadir Demirci², Seden Demirci³

¹Tokat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Birimi, Tokat

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Isparta

Özet

Konversiyon Bozukluğu, bilinen herhangi bir nörolojik ya da tıbbi bir bozukluk ile açıklanamayan bir veya daha fazla nörolojik semptomla karakterize bir bozukluktur. Daha önce histerik afoni olarak adlandırılan psikojenik afoni ise psikososyal stresörler sonrası ani ses kaybı ile giden bir tür konversiyon bozukluğudur. Psikojenik afoni, DSM-IV'te motor belirtilerle giden konversiyon bozukluğu başlığında, ICD-10'da ise dissosiyatif bozukluklar altında dissosiyatif motor bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır. Bu yazıda psikososyal stresörlerle tekrarlayan bir psikojenik afazi olgusu ve tedavisi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Konversiyon bozukluğu, psikojenik afoni.

Abstract

Conversion disorder is characterized by one or more neurological symptoms that can not be explained by a known neurological or medical disorder. Psychogenic aphonia named as hysterical aphonia is a type of conversion disorder characterized by abrupt loss of voice following psychological stressors. Psychogenic aphonia is classified under conversion disorder with motor symptoms in DSM-IV, and in ICD-10 it is classified as dissociative motor disorder under dissociative disorders. A case of psychogenic aphonia, recurring with psychosocial stressors and treatment procedure was reported in this paper.

Keywords: Conversion disorder, psychogenic aphonia.

Giriş

Konversiyon bozukluğu fiziksel bir hastalıktan kaynaklandığı düşünülen, ancak aslında psikolojik çatışma veya gereksinimin ifadesi olarak ortaya çıkan bir fiziksel işlev bozukluğudur (1). Konversiyon bozukluğunun genel toplumdaki görülme sıklığı tam bilinmese de; genel hastane popülasyonunda %5-14, psikiyatri polikliniklerinde % 5-25, nöroloji polikliniklerinde ise % 6 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Konversiyon bozukluğu erişkinler için kadınlarda erkeklere göre 2-6 kat daha fazla görülmektedir. Çocuklarda görülme sıklığı açısından cinsiyet farklılığı bulunmamıştır (2). Daha önceden 'histerik afoni' olarak da adlandırılan psikojenik afoni altta yatan organik bir neden olmadığı halde kişinin ses çıkaramaması durumudur. Psikojenik afoninin genel toplumda % 0,4 sıklıkta görüldüğü ve kadınlarda erkeklere oranla 8 kat fazla rastlandığı bildirilmiştir (3). Psikojenik afoni bir tür konversiyon bozukluğu olarak değerlendirilmekte ve DSM-IV'te 'Somatoform Bozukluklar' başlığı altında bir 'Konversiyon Bozukluğu' olarak (4); ICD-10'da ise 'Dissosiyatif Bozukluklar' başlığı altında 'Dissosiyatif Motor Bozukluk' olarak sınıflandırılmaktadır (5). Bu olgu sunumunda tekrarlayan psikojenik afonisi olan bir erkek

hastadan ve uygulan tedavi yaklaşımından bahsedilecektir.

Olgu Sunumu

49 yaşında, evli, çiftçi bir ailenin 4 çocuğundan sonuncusu olarak dünyaya gelmiş, ilköğretim mezunu, 3 çocuklu, sanayide çalışıyor. Hasta polikliniğimize ilk olarak 2011 Kasım ayında konuşamama nedeniyle kendi isteğiyle 2 arkadaşı eşliğinde başvurdu. Hasta gülümsüyor ve elinde getirdiği not kağıdına yazarak iletişim kuruyordu. Öyküsünden, yaklaşık 1 ay önce ensesinden başlayan bir yanma hissinin ardından aniden konuşamamaya başladığı, Samsun'da özel bir merkezdeki psikiyatrist tarafından 4 haftadır günlük görüşmelerle izlendiği, hastaya antidepressan bir ajan olan Essitalopram 20 mg/gün ve benzodiazepin grubu bir anksiyolitik olan Alprazolam (3x0.5mg) tedavilerinin başladığı, beraberinde boynuna ve çenesine elektriksel uyarı verilmek suretiyle ek bir tedavi de aldığı öğrenildi. Yaklaşık on gün süren bu tedaviden fayda görmeyince hastaya Klomipramin 75 mg 1x1, Diazepam 5 mg 2x1 ve Klorpromazin 100 mg 1x1 tedavileri verilmiş, yaklaşık 3 hafta kullandığı bu tedaviden de fayda görmeyen hasta



yakınlarının isteğiyle polikliniğimize başvurmuş. Geçmiş öyküsü sorgulandığında hastanın 2010 yılı Ekim ayında yine ensede yanma hissi ile başlayan ardından konuşamadığı bir döneminin daha olduğu anlaşıldı. Hasta o tarihlerde ilk önce Kulak Burun Boğaz uzmanı tarafında değerlendirilmiş ve antibiyotik tedavisi önerilmiş, 1 haftalık tedaviye rağmen konuşmasında düzelme olmayan hasta 2010 Ekim’de bir üniversite hastanesine başvurmuş. Hasta üniversite hastanesindeki psikiyatrist tarafından yatış olmadan her gün düzenli olarak görülmüş. Hasta bu görüşmeler sırasında ilaç tedavisi verilmediğini, doktoruyla kağıda yazmak suretiyle anlaştıklarını ve kendisine hipnoz tedavisinin uygulandığını ve görüşmelerin 43. Gününde hasta konuşmaya başladığını belirtti. Hastaya sonrasında gelişen sinirlilik, iç sıkıntısına yönelik önce fluoksetin 20 mg/gün tedavisi verilmiş. Fluoksetin ile bulantı olması üzerine iki hafta sonra fluoksetin kesilerek yerine venlafaksin 37.5 mg/gün başlanmış ve takipte doz 150 mg/gün’e çıkılmış. Üç ay süreyle kullandığı venlafaksini iyi hissettiği gerekçesiyle kesen, kontrole de gitmeyen hastanın 2011 Ekim ayına kadar da herhangi bir yakınması olmamış. Ekim 2011’de konuşamamaya başlayınca hasta doktor başvurusu olmadan venlafaksin 150 mg/gün tedavisine tekrar başlamış, yaklaşık 1 ay kullanmasına rağmen fayda görmeyince polikliniğimize başvurmuş.

Alınan öykü ve yapılan ruhsal değerlendirme sonucunda hasta psikojenik afoni (histerik afoni) ön tanısıyla servise yatırıldı.

Alınan anamnezde hastanın gelişim döneminde dikkati çeken bir özellik tariflenmedi. Özgeçmişinde, başvuru tarihinden bir yıl önce olan ve sonrasında düzelen psikojenik afoni öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde aile veya yakınlarında herhangi bir ruhsal rahatsızlık öyküsü olmadığı belirtildi. Hastanın poliklinikte yapılan ruhsal durum muayenesinde yaşında gösterdiği, giyiminin sosyokültürel durumuyla uyumlu olduğu, konuşamadığı için yanında getirdiği not kağıdına yazdıklarıyla iletişim kurulabildiği, konuşamamasına rağmen sürekli gülümsediği gözlemlendi. Duygulanımı sıkıntılı, duygudurumu çökkündü. Düşünce içeriğinde son dönemde yaşadığı maddi sorunlar ön plandaydı.

Hasta servise yatırıldıktan sonra istenen hemogram, kan biyokimyası, tiroid fonksiyon testleri ve vitamin B12 düzeyini içeren laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Organik etyolojinin dışlanması amacıyla hasta Kulak Burun Boğaz ve Nöroloji bölümlerine konsülte edildi, fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Hastadan istenen Beyin MRG’de de patoloji saptanmadı.

Hastanın bir süre ilaçsız izlemi uygun görüldü ve hastayla günlük görüşmeler yapıldı. Görüşmelerle beraber hastaya üfleme, öksürme, ılık çalma, gargara yapma, harf ve hece okuma gibi günlük vokal egzersizler verildi. Görüşmeler esnasında hasta 17 yaşındayken yaşanan bir tartışma sonrası anne-babasının ayrıldığını, askerlik dönüşü babasının zorlamasıyla istemediği bir evlilik yaptığını, son 3 yıldır da ciddi maddi ve ailevi zorluklar yaşadığını ifade etti. Hasta yaşadığı sosyokültürel ortam nedeniyle, dışlanacağı korkusuyla karşılaştığı psikolojik zorlanmaları yakınlarıyla paylaşmadığını anlattı. 2008 yılında iş hayatındaki olumsuzluklar nedeniyle ciddi maddi zorluklar yaşadığı, son 2 yıldır çocuklarının üniversiteye başlamasıyla beraber sıkıntılarının daha da arttığı anlaşıldı. Esnaf olarak çalışan hastanın öncesinde maddi durumunun çok iyi olduğu, aile ve arkadaş çevresine hemen her durumda yardımcı olduğu ancak kendisi maddi sıkıntıya girince etrafındaki herkesin kendinden uzaklaşmasının ve destek olmamalarının hastayı ciddi olarak etkilediği öğrenildi. Hastanın 2010 ve 2011 yılındaki konuşamama ataklarının her ikisinde de maddi durumundaki kötüleşmenin ve aile yakınlarıyla yaşadığı tartışmalı dönemlerin etkili olduğu anlaşıldı.

Hasta yapılan günlük psikoterapötik görüşmeler ve egzersizlerle beraber yatışının 4. haftasında konuşmaya başladı. Hasta, ilk konuştuğu günlerde konuşurken çok halsiz ve güçsüz hissettiğini, çömelerek konuşursa daha rahat olduğunu ifade ediyordu. Hastanın takipte halsizlik, unutkanlık, geçmişle ilgili suçluluk hislerinin başladığı ve moralsizliğinin arttığı görüldü. Hastaya daha önce kullandığı ilaçlar da dikkate alınarak Bupropion 150 mg/gün başlandı, takipte doz 300 mg/gün’e çıkıldı. Yatışının ilerleyen günlerinde hastanın kendini rahatça ifade edebildiği, moralinin daha iyi olduğu, servisteki



diğer hastalarla da herhangi bir iletişim probleminin olmadığı gözlemlendi. Yaklaşık sekiz haftalık yatışın ardından hasta aylık poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Hasta taburcu olduktan 2 ay sonra, yaşadığı ailevi stresörler ve maddi sıkıntılar sonrası tekrar konuşamamaya başlamış. Başvurduğu başka bir doktor tarafından Paroksetin 20 mg/gün, Ketiapin 200 mg/gün ve Alprazolam 3x0.5 mg önerilmiş ve hasta yaklaşık 6 hafta süreyle yatırılarak izlenmiş. Bu yatışının 4. haftasında hasta konuşmaya başladığını anlatıyor. Taburculuk sonrası 2 ay süreyle bu ilaçları kullanmaya devam etmiş, ardından kendisi kesmiş.

Hasta Haziran 2012'de kendi isteğiyle tekrar polikliniğimize başvurdu. Konuşmasında herhangi bir problem gözlenmeyen, ötimik olduğu gözlenen hastanın aldığı alprazolam azaltılarak kesildi. Takipte uykusuzluk şikayeti nedeniyle aldığını belirttiği ketiapin de uyku problemi de gözlenmeyince kademeli olarak azaltılıp kesildi. Hasta Eylül 2012'den beri yalnızca paroksetin 20 mg/gün ile izlenmekte ve aylık poliklinik kontrollerine gelmektedir. Eylül 2012-Aralık 2013 arasındaki dönemde maddi açıdan daha rahat bir dönem geçirdiğini ifade eden hastanın bu süre zarfında aile içi tartışmalar sonrası en kısıası 5 dakika, en uzununu ise 6 saat süren psikojenik afoni atakları geçirdiği öğrenildi. Bu ataklarda hasta hastaneye başvurusu olmadan daha önceden öğrendiği fonetik egzersizler yardımıyla konuşabildiğini belirtti. Hastayla yapılan görüşmelerde psikojenik afoni ataklarına yol açan stresör faktörler ve başatma yöntemleri üzerinde konuşularak empatik ve destekleyici yaklaşımla tedavisi sürdürülmektedir.

Tartışma

Bu olgu sunumunda tekrarlayan psikojenik afonisi olan bir hasta ele alınmıştır. Bu olgu psikojenik afoninin nadir görülen bir rahatsızlık olması ve Türkçe yazındaki ilk psikojenik afoni olgusu olması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

Hasta servise yatırıldıktan sonra organik etyolojinin dışlanması amacıyla biyokimyasal incelemeler, konsültasyonlar ve beyin görüntüleme çalışması (beyin MRG) yapılmıştır. Öyküdeki

psikososyal stresörler, günümüzde geçerliliği tartışmalı olmakla birlikte hastada güzel aldırılmazlık halinin varlığı (6) birlikte değerlendirilerek hastaya psikojenik afoni (histerik afoni) tanısı konulmuştur. Hastanın bu semptomları amaçlı olarak ortaya çıkartmadığı ve sonucunda maddi bir çıkarı da olmadığından yapay bozukluk ve temaruz tanıları dışlanmıştır.

Hastayla yapılan görüşmelerde psikososyal stresörlerle yakınmalarının arasındaki ilişkiyi vurgu yapılmış, içgörü kazandırıcı ve destekleyici bir yaklaşım izlenmiştir. Ek olarak da hastaya üfleme, ısıklık çalma, heceleme gibi günlük vokal egzersizler verilerek bunları yapması sağlanmıştır.

2011'deki servis yatışının ardından 2 ay sonra maddi sorunların artması sonrası psikojenik afoninin tekrarladığı, sonraki dönemde de ailevi zorluklarla beraber daha kısa süreli de olsa tekrarlamaların olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğu olan hastaların %50-90'ının belirtilerinde hızlı bir düzelme olduğu ancak hastaların %25'inde belirtilerin tekrarladığı ya da kliniğe yeni konversiyon belirtilerinin eklendiği bildirilmiştir (7). Bizim hastamızda da stresör faktörlerle şikayetlerin tekrarladığı görülmektedir.

Hastanın 2010'daki ayaktan takibi, 2011 ve 2012'deki yatışlarında ortalama 4-6 haftalık bir sürede psikojenik afoninin düzeldiği dikkati çekmektedir. Birçok yerde psikojenik afoniye yönelik ses egzersizlerinde ana amaç konuşmanın egzersizlerle ilk günlerde geri dönmesini sağlamaktır (8). Psikojenik afonide tedaviye ne kadar geç başlanırsa afoninin süresinin uzayacağına inanılmaktadır (9, 10). 2010'da yapılan bir çalışmada 22 psikojenik afoni olgusu psiko-terapötik görüşmeler ve vokal egzersizlerle incelenmiştir (tedavi mi edilmiş incelenmiş derken) (1). Bu olgulardan 6'sının ilk muayene öncesi düzeldiği, 13 hastanın ortalama 12 haftada düzeldiği, 2 hastanın 2-3 yıl gibi sürelerde düzeldiği, 1 hastanın şikayetlerinin devam ettiği bulunmuştur. Psikojenik afoni süresi uzun olsa da tedavinin başarılı olabileceği bu çalışmada bildirilmiştir. Bizim sunduğumuz hastada içgörü kazandırıcı psikoterapötik uygulamalar ve vokal egzersizler uygulanmış olup geçmiş yıllarda psikojenik afoni tedavisinde genel



anestezinin (11), faradik akım uygulamasının (12), transkranyal manyetik stimülasyonun (13) uygulandığına dair yayınlar da bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Ruddy R, House A ,Psychosocial interventions for conversion disorder , The Cochrane Library,2009, Issue 1
2. Allin M, Streeruwitz A, Curtis V. Progress in understanding conversion disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2005;1:205-209.
3. Kolbrunner J, Menet AD, Seifert E. Psychogenic aphonia: no fixation even after a lengthy period of aphonia. *Swiss Med Wkly.* 2010;140:12–17.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E Köroğlu)
5. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995 Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev Ed.: MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
6. Gould R, Miller BL, Goldberg MA et al. The validity of hysterical signs and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 593-7.
7. Hafeiz HB. Hysterical conversion: a prognostic study. *Br J Psychiatry.* 1980;136:548-551.
8. Maniecka-Aleksandrowicz B, Domeracka-Kolodziej A, Rozzak-Komorowska A, Szeptycka-Adamus A: Management and therapy in functional aphonia: analysis of 500 cases. *Otolaryngol Pol.* 2006;LX:191–7.
9. Wirth G. Stimmstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden, rechheilpädagogen und recherzieher, ed 4. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1995.
10. Friedrich G, Bigenzahn W, Zorowka P. Phoniatrie und Pädaudiologie. Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme, Sprache und Gehör. ed 4. Bern: Huber; 2008.
11. Howard CN, Report of a case of functional aphonia, cured under general anesthetic. *JAMA.*1923, Jan 13
12. Minhaj Nasirabadi, Gauri Kamat, and Nilesh Shah. Use of Faradic Stimuli in a Case of Recurrent Hysterical Aphonia. *Indian J Psychiatry.* 2002 Oct-Dec; 44(4): 380–381.
13. Chastan N, Parain D, Vérin E, Weber J, Faure MA, Marie JP Psychogenic aphonia:spectacular recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009 Jan;80(1):94

