

# PSİKOJEN HAREKET BOZUKLUKLARI

Dilek İnce GÜNAL  
Marmara Üniversitesi Tıp Fak.  
Nöroloji AD

# tanım:

- ▶ Bilinen organik hastalıklara bağlı olmayan hareket bozuklukları
- ▶ Psikolojik veya psikiyatrik bozukluklardan ortaya çıkan hareket bozuklukları
- ▶ “psikojenik”: yapısal veya nörokimyasal bozukluklara bağlı olmayan, altta yatan psikiyatrik tabloya ikincil.
- ▶ Nörologlar ve psikiyatristler için tanı ve tedavi aşamasında zorlayıcı tablolardır.

# PHB-

- ▶ Kompleks, organik istemsiz hareketleri şiddetle benzer özellikler taşıyabilir.
- ▶ Yürüyüş, konuşma etkilenebilir; bilinen fenomenolojiye uymayan tanımlanamayan hareketler ortaya çıkabilir.
- ▶ Genellikle KONVERSİYON, SOMATOFORM BOZUKLUK, HİPOKONDRIASİS, VUCUD DİSMORFİK BOZ. tanı kriterlerini tamamlayabilir.
- ▶ **Disabilite** yaratırlar.

# Epidemiyoloji:

- ▶ Tüm nörolojik tanılar içinde psikojen orjinli nörolojik disfonksiyon %1–9. **Lempert 1990, Marsden 1996**
- ▶ HB kliniklerinde %2–3. **Factor 1995,**
- ▶ Nörolojik hastalıklar için psikojen bozukluk %9, bunun %3.9 psikojen HB. **Lempert 1990**
- ▶ Ortalama yaş: 37–50, kadın (%61–87). **Hinson 2005**
- ▶ Vakaların %10–15 'inde eşlik eden nörolojik bozukluk
- ▶ PHB olan 88 vakada konversiyon bozukluğuna eşlik eden axis I tanısı (%38), axis II tanısı (%42) saptanmıştır. **Feinstein 2001**
- ▶ **Risk faktörleri: cinsel istismar, tecavüz, önceki cerrahi girişim, fiziksel ve duygusal travma**

# Epidemiyoloji II

## Jankovic 2005:

- ▶ Tremor %55
- ▶ Distoni %39
- ▶ Myoklonus %13
- ▶ Tik %6
- ▶ Yürüyüş boz. %3
- ▶ Parkinsonizm %2

# Epidemiyoloji III:

- ▶ Tremor tanısıyla refere edilen hastaların %11'i
- ▶ Distoni tanısıyla refere edilen hastaların %2-3'ü
- ▶ Myoklonus tanısıyla refere edilen hastaların 9-30'u
- ▶ Parkinson tanısıyla refere edilen hastaların <%1' i

PSİKOJEN

# Tanı:

## ► Tanı kriterleri (Miyasaki- Lang 2003):

### BAŞLANGIÇ ŞEKLİ:

Ani

Tetikleyen olay

Max semptom şiddeti ve disabiliteye hızlı gidiş.

### KLİNİK BULGULAR:

Organik tabloyla uyumlu değil

Değişken ve “distractibility” varlığı

Multipl anormal hareketler

Etkilenen vücut parçasına yönelindiğinde harekette şiddetlenme

Hareketlerde beklenmeyen uyumsuz yavaşlık

Yalancı kuvvet ve duyu kayıpları

İlaca yanıtızsız ancak plasebo ve telkine yanıtı

## ► Tanı kriterleri (Miyasaki– Lang 2003):

YARDIMCI TESTLER

EMG ile tremor analizi

EMG ile myoklonus analizi



## PHB'ni düşündüren ip uçları (Gupta-Lang 2009):

- ▶ Ani başlama, hızlıca maksimum disabiliteye ulaşma ve takip eden statik seyir!
- ▶ Spontan remisyonlar!
- ▶ Paroksismal semptomlar !!!
- ▶ Psikiyatrik komorbiditeler!!
- ▶ İkincil kazanç !
- ▶ Konversiyon bozukluğu için risk faktörü!
- ▶ Psikolojik stresörler !!!
- ▶ Multipl somatizasyonlar /tanı almamış durumlar
- ▶ Sağlıkçı olamak!!!!

## PHB'ni düşündüren ip uçları (Gupta–Lang 2009) II:

- ▶ Mikst, bizar hareketler
- ▶ Paroksismal ataklar (psödonöbet)
- ▶ Tetiklenen ataklar (startle veya telkin ile)
- ▶ Kekeleyerek konuşma veya hızlı anlamsız konuşma
- ▶ Anatomik dağılıma uymayan duysal kayıplar veya yayılmalar, yanlış pareziler
- ▶ Bazı sık rastlanan anormal hareketler
- ▶ Muayenede bulgularla uyumsuz abartılı disabilite

## PHB tanı “kesinlik” deęerlendirmesi:

- ▶ **DOKUMENTE PHB:** Psikoterapi, telkin veya plasebo ile / hasta gözlenmedięini düşündüęü dönemde hareketlerde düzelme
- ▶ **KLİNİK OLARAK PHB:** Organik tablolara uymayan veya tutarsız–değişken semptomlar + yalancı nörolojik bulgular, multipl somatizasyon veya dokumente psikiyatrik hastalık
- ▶ **“Probable” PHB:** Organik tablolara uymayan veya tutarsız–değişken semptomlar
- ▶ **“Possible” PHB:** Hastanın sadece belirgin emosyonel bozukluğunun olması

## PHB hastalarında;

- ▶ Başlatan bir olay ve ikincil kazanç %60
- ▶ Muayenede dikkat çeken multipl psikojen özellik > %75 (Sethi 2009)
- ▶ Ko-morbid psikiyatrik hastalık,
- ▶ PHB vakaların takipleri önemli:
- ▶ 6 yıllık takipte → %75 hastada psikiyatrik tanı +, semptomlar %40 + (Binzer1998)
- ▶ 3.2 yıllık takipte → %100 psikiyatrik tanı: %50 depresyon, %62 aksiyete (Feinstein 2001)
- ▶ Takipte psikiyatrik tanı değişebilir, ancak axis I bozuklukları popülasyona göre 2-3X fazla

## PHB hastalarında;

- ▶ **Organik hareket bozuklukları ile birliktelik!!!**

Organik ve psikojen distoni birlikteliđi

Psikojen myoklonus ve ET birlikteliđi

Tourette hastalarında psödotikler

Organik paroksizmal diskinezi üzerine binen psikojen paroksizmal diskinezi (MS)

SCA-7 mutasyonu ve trisomy-8 taşıyıcılarında

- ▶ **PHB vakalarının %25'inde organik HB (Factor 1995)**

# PSİKOJEN TREMORLAR

- ▶ Farklı prezentasyonlarda ve şiddetli- disabilitesi yüksek
- ▶ ET ve psikojen tremoru ayırt edici özellikler:
  1. Negatif aile hikayesi
  2. Ani başlangıç
  3. Spontan remisyonlar
  4. Sürenin kısa olması
  5. Amplitüd, frekans ve düzlemde değişkenlik
  6. Telkine yanıt
  7. Distraktibilite
  8. “entrainment” ve ko-aktivasyon
- ▶ Distraktibilite ve değişkenlik %80 hastada saptanır ve genellikle “entrainment” ve ko-aktivasyonla beraberdir.

# PSİKOJEN DİSTONİ

- ▶ Yaştan uyumsuz etkilenim ve yayılım paterni
- ▶ **Fiks distonik sendrom:** %84 kadın ve başlangıç yaşı 30, ekstremitelerde çoğunlukla, ağrı ve %50 hastada temel şikayet ağrı.
- ▶ Distraktibilite tremor kadar ayırt edici değil.
- ▶ PHB diğer özellikleri ortak.
- ▶ En sık: ekstremitelerde distonisi, paroksizmal distoni ve psikojen blefarospazm
- ▶ Nadir olarak üst ekstremitelerde, servikal ve gövde yayılımı olabilir.

# PSİKOJEN PARKİNSONİZM

▶ Lang 1995: İlk psikojen parkinsonizm olguları n: 14

Genel özellikler:

- ❖ Tremor–psikojen özellikte
- ❖ Hareketlerde yavaşlama (büyük eforla, yorulma yok) ancak spontan hareketler rahat
- ❖ İstemli rijidite– dişli çark olmadan, distraksiyonla azalan tarzda
- ❖ Bulgular genellikle asimetrik ve dominant tarafta
- ❖ Yürüyüş yavaş ve eşlik eden kol hareketleri yok, “pull” testine abartılı yanıt
- ❖ Mikrografi yok
- ❖ Ani başlangıç ve hızlı ağır semptomlar, takiben progresyon yok.
- ❖ Levodopa yanıtı değişken, doz stabil
- %0.17–0.5 sıklık



# PSİKOJEN MYOKLONUS

- ▶ Daha yavaş, ani-kısa süreli ve çok benzeri sıçrayıcı hareketler yerine hareketler daha uzun süreli
- ▶ Segmental, jeneralize veya fokal olabilir.
- ▶ Ekstremiteler ağırlıklı tutulur
- ▶ Ani başlangıç
- ▶ Değişken patern, amplitüd ve tutulum yeri
- ▶ Stimulus ile ortaya çıkar, anksiyete ve stresle artar
- ▶ Distraksiyona yanıt verir
- ▶ Spontan remisyonlar izlenir

# PSİKOJEN YÜRÜYÜŞ BOZUKLUĞU

- ▶ Özellikleri:
  - ❑ Abartılı efor ve yavaşlık
  - ❑ Anormal rahatsız posturlar
  - ❑ Konvulsif titreme nöbetleri
  - ❑ Ani diz boşalmaları ve düşecek gibi olma
  - ❑ Eşlik eden diğer psikojen nörolojik semptomların varlığı
  - ❑ Telkin ve plaseboya yanıt

# Hangi laboratuvar tetkikleri ?

- ▶ Semptomlarla uyumsuz negatif laboratuvar tetkikleri (MRI, LP, EP...)
- ▶ Psikojen parkinsonizm: Fonksiyonel görüntülemeler (I SPECT, Dopa PET)
- ▶ **NÖROFİZYOLOJİK TESTLER:**

## Tremor analizi:

1. “entrainment” ve koaktivasyonu obj değerlendirme
2. Ağırılık çalışması tremorun frekans ve amp. arttırır.
3. Frekansın değişkenliğini ve antagonist kasların koaktivasyonunu gösterir.

## Myoklonus analizi:

1. Uzun ve değişken latans,
2. Uzun aktivite süresi
3. Habitüasyon

# TANI;

- ▶ Klinisyenler için
- ▶ HB tablolarını bilmek
- ▶ Klinik tecrübe
- ▶ Hastaya yeterli vakit ayırma
- ▶ Psikiyatri ile iyi bir işbirliği
- ▶ İyi takip

▶ **Somatoform bozukluklar:** somatik semptomlar fiziksel bir bozukluğa benzer tarzdadır.

**Konversiyon bozuklukları:** Bir vucut parçasının psikişik nedenle fonksiyonunu geçici kaybetmesi

**Somatizasyon bozuklukları:** Multipl açıklanamayan medikal semptomlar ile giden kronik, tekrarlayıcı özellik (en az bir semptom <30 yaş)

▶ **“Factitious” bozukluklar:**

▶ **“Malingering”**

# Tedavi:

- ▶ Tanının söylenmesi
- ▶ **Nörolog**, **Psikiyatrist** ve **Hasta**

## Psikiyatrist:

- I. Psikodinamik temel ve altta yatan sekonder psikiyatrik bozukluk veya bozuklukları saptar
  - II. Tedavi planı yapar: Psikodinamik psikoterapi, stress kontrolü, relaksasyon teknikleri ve anksiyete, depresyonun farmakolojik tedavisi
- ▶ Fizik tedavi ve/veya meslek ile ilgili rehabilitasyon

# Prognoz:

- ▶ Değişken
- ▶ PHB hastalarında duysal, motor, ağrı semptomları ile giden diğer somatoform şikayetlere göre daha iyi bir prognoz
- ▶ Kötü prognostik faktörler:
  - i. Semptomların uzun süreden beri olması (>6 ay)
  - ii. Hipokondriasis, factitious bozukluk veya malingering
  - iii. Hastanın tanıya direnci (1 / 20)
  - iv. Tedavi edilmeyen hastaların %65–95'inde süreklilik kazanma