

H İ S T E R İ (x)

Dr. Hasan KÂHYA (xx)

Ö Z E T

Histeri

Histeri şahsiyet değişiklikleri ve somatik fonksiyon bozuklukları ile karakterize, çoğu kere dramatik seyirli klinik bir tablodur.

Bu yazıda histerinin tarihçesi, psikopatolojisi, klinik bulguları ayırıc tanısı, seyri ve tedavisi üzerinde durulmuştur.

H İ S T E R İ

Histeri, eski Yunan dilindeki "Hustera" (rahim) kelimesinden gelir.

İlkel çağlarda histeri diğer bir çok hastalık gibi bir takım tabiatüstü kuvvetlerin etkisine bağlanıyordu.

Hippocrates histerinin tabiatüstü etkenlere bağlı bir bozukluk olmadığını belirtmiş ve histerideki belirtileri doyurulmamış (tatmin edilmemiş) uterusun kadın bedeninde dolaşarak gezinmesi ve bir yerde yerleşmesi'ne bağlamıştır.

"Tota mulier in utero-kadın rahminin içindedir" sözüne çok önem verilirdi.

Kadınlarda gözlenebilen bir çok sıkıntılı durumlardan rahim sorumlu tutulurdu.

Eski Roma'da ünlü hekim Calinos, histeriyi aybaşı kanının vücutta toplanmasına bağladığı halde, Arap ekolü dullarda ve kızlarda daha çok görülmesi karşısında bu klinik belirtiyi seksüel perhize bağlamıştır.

Ortaçağ'da doğmatik inançlar yüzünden çeşitli ruhsal hastalıkların açıklanmasında gene ilkel çağların psikolojisine dönmüş ve birçok ruhsal hastalıklar tabiatüstü kuvvetlere, büyüye, sihirbazlığa bağlanmıştı: Veya birçok ruh hastalıkları gibi histeri de şeytanlar tarafından tutulmağa (possetion) bağ-

(x) 3.1.1975 tarihinde Tıp Fakültesi Numune Hastanesi Konferans salonunda aylık konferans olarak verilmiştir.

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Klinik Yöneticisi, Psikiyatri Uzmanı.

lanıyor ve şeytana tutulmuş olan hastalar büyücü avcılığı veya büyücü damgası ile diri diri yakılıyordu.

17. yüzyıldan sonra histerinin gene bir hastalık olarak ele alındığı görülmektedir. Bir İngiliz hekimi olan Sydenham 18. yüzyılda bütün kronik hastalıklar arasında en sık görülenin histeri olduğunu belirtti. 19. yüzyılın ikinci yarısında Fransız nöroloğu Charcot'un ilgisi sayesinde histeri üzerinde bilimsel incelemeler çağı açıldı. Charcot, histerinin yalnız kadınlarda değil, erkeklerde de görülebileceğini, ruhi bir bozukluk olduğunu, hipnoz ile histerik belirtilerin çıkarılabileceğini ileri sürmüş olmakla birlikte bu hastalıkta kalıtımla geçen dejeneratif bir yatağın varlığına inandığını belirtmiştir.

19. yüzyılın son dönemlerinde ve 20. yüzyılın başında Bernheim, Babinski, Dejerine, Pierre Janet ve nihayet Sigmund Freud'un görüşleri öncelik taşır. Nancy okulunun temsilcisi Bernheim da Charcot gibi histeride hipnozun etkilerini ve telkiniyet halini incelemiş, histerinin telkinle ortaya çıkan bir hastalık olduğunu, kişinin affektif sarsıntılarında sonra kişiliğine özel bir biçimde histeri belirtisi gösterilebileceğini iddia etmiştir.

Babinski felçler, kontraktürler, anes teziler ... gibi birçok konversiyon bozukluklarının telkinle meydana getirilebileceği gibi kandırma ile de giderilebileceğini belirterek histeriyi "kandırma ile tedavi edilebilen hastalık "pythiatisme" adını vermiştir.

Pierre Janet pythiatisme'in psikolojik tabiatı üzerinde ısrarla durmuştur. Psikonevrozlardaki temel patolojiyi bilinç yapısındaki değişikliklere bağ-

lamıştır. Örtaya attığı "ruhsal gerilim" (tention psychique) kavramına göre normalde, kişinin ruhi enerjileri birleşerek bir amaç çevresinde yoğunlaşmakta ve buna bağlı olarak bilinçte belli bir güç ve bütünlük göstermektedir. Bilinç alanında bir daralma söz konusu ise histeriden bahsedilir. Histeride de kişiyi telkin altında tutan bir fikir vardır. Bilinç alanı bir fikir (idee) üzerine daralmış , büzülmüştür. Histeride sabit bir fikir (idee fixe) temel semptomdur.

Nihayet Freud ve Breuer, 1893 yılında "Histerik Olaylarda Ruhi Mekanizma" adlı bir yazı, 1895 yılında da "Histeri Üzerine İncelemeler" adlı bir monografi yayınladılar. Bu çalışmalar neticesinde (seksüalite bozukluğunu psişik menşeli olduğunu) şuur altına bastırılmış duyguların histerinin patogeneğinde önemini ortaya koymuştur. Sonradan araştırmalarına yalnız başına devam eden Freud, öncelikle histeri üzerinde yaptığı çalışmalara dayanarak psikanalitik teorinin ve tedavinin temellerini kurdu. Histerik nevrozda bugün için en yaygın kabul gören psikodinamik görüşü açıklamaya çalışacağız. Önce psikanalitik teoriye göre ruhsal aygıtın yapısını (id-ego superego dürtüleyici, düzenleyici, frenleyici sistemler) hatırlamak gerekir. Histeride kaynağını çocukluk dönemlerinden alan içrel bir çatışma (intra-psychic conflict) vardır. Yani bireyin dürtüleyici sisteminde (id'de) ifadesi ve doyurulması mümkün olmayan bir dürtü, bir ihtiyaç bulunmaktadır. Bu dürtünün ifadesi superego baskıları ya da gerçeklik ilkeleri ile yasaklanmıştır. Herhangi bir nedenle, bu dürtü kamçıldığı, güçlük kazandığı takdirde, benlik bunu bastırabilmek için yeni güçler harekete geçirmek zorunda kalacaktır.

Dürtünün bastırılması, yani bilinç dışına itilmesi ve orada tutulması mekanizması (repression) olarak bilinmektedir. Yasak dürtünün aşırı sıkıştırması benlik tarafından bir tehlike olarak algılanacaktır. Hayatta tehlikeler yalnız çevremizde değildir. Bazı düşünce, duygu ve ihtiyaçlarımız da bizim için birer tehlike kaynağı gibi algılanabilir. Böyle bir tehlikeye karşı düzenleyici sistemin kullandığı en kestirme yol bu dürtüyü bilinç-dışına itmektir. Ancak, bilinç-dışına itilmiş ihtiyaçlar da bilinç-dışı kurallarına uygun olarak etkinliklerine devam edebildiklerinden, yani davranışları etkileyebildiklerinden çatışma tümünden çözümlenmiş olmamaktadır. İşte histerik kişide yasadürtlere karşı devamlı bir repression (bilinç-dışında tutma) zorunluğu vardır. Herhangi yüklü bir yaşantı böyle bir dengeyi dürtü lehine bozma potansiyelini gösterebilir. O zaman egonun kullanmakta olduğu repression yetersiz kalır, yeni bir mekanizma gerektir ve histerik nevrozda bu konversiyon ya da dissosiasyon mekanizmalarıdır. Konversiyon mekanizması sayesinde, çatışma ve onunla birlikte giden gerginlik ve bunalım somatik bir fonksiyon bozukluğuna döndürülmektedir. (konversiyon). O halde, konversiyon histerisinde baskın olan iki mekanizma bilinç - dışında - tutma (repression) ve döndürme (konversiyon) Repression, çatışmanın ve onu doğuran dürtülerin bilinç-dışı kalması konversiyon da bunların somatik bir fonksiyon bozukluğuna, örneğin felçlere, anestezi-zilere döndürülmesidir.

Görülüyor ki histerik belirti bir çatışmayı temsil etmektedir, çatışmanın doğuracağı bunalımı (anksiete) önlemektedir. Buna birincil kazanç (primer

kazanç) adı verilir. İşte Charcot'ün tanımladığı "La Belle Indifference'i" yani semptomaya karşı olan kayıtsızlığı, hatta memnunluk durumunu konversiyon mekanizmasının sağlamış olduğu bu birincil kazanç kavramı ile anlamak mümkündür. Birincil kazancın yanısıra, konversiyon histerisinde çok zaman ikincil (sekonder) kazançlar da vardır. Bunlar hastanın semptomu yüzünden gördüğü ilgi, bakım, kazandığı tazminat, işden, sorumluluktan uzak kalma gibi kazançlardır. Ancak şunu unutmamak gerekir ki hem birincil, hem ikincil kazançların sağlanması bilinç dışı mekanizmalardır. Ve bu kazançlar dolayısıyla hastayı itham etme, oyun yapıyormuş gibi görme tümünden yanlıştır. Şimdi hastalığın sıklığı ve belirtileri üzerinde duralım. Histerinin çok sık görülen bir bozukluk olduğu gerçektir. Ancak istatistiksel rakam vermek güçtür ve hastaların büyük bir çoğunluğu hekime gitmediğinden belki de anlamsızdır sıklığın çağdan çağa, toplumdan topluma değişebildiği anlaşılmaktadır. Sıklık, yaşa cinsiyete ve sosyo-ekonomik düzeye de bağlıdır. Amerika'da zenciler arasında beyazlara göre çok daha sık görülür. Toplumumuzda da çok sık rastlandığı ve psikiyatri kliniklerine yatan hastaların önemli bir oranının bu gruba girdiği gerçektir. Kaldı ki halk arasında dua, muska, üfürükle bir yatırı ziyaretle geçti diye bilinen rahatsızlıkların çoğu hiç şüphesiz histeridir.

Histeri genellikle engellik çağından sonra, gençlik ve olgunluk yaşlarında görülmekle birlikte çocuklarda ve yaşlılarda da seyrek olarak rastlanır.

Histerik belirtiler iki ana tipe ayrılarak tanımlanabilir:

a. Konversiyon reaksiyonu tipi

b. Dissosyatif reaksiyon tipi,

Konversiyon reaksiyonu tipinde, bir başka deyimle konversiyon histerisinde genellikle motor, duyuşsal (sensoriel) organlarda bir görev yitimi, azalması, ya da çoğalması söz konusudur. Örneğin motor alanda histerik felçler, histerik güç azlığı, histerik tikler söylenebilir. Duyusal alanda histerik uyuşmalar (anesteziler), histerik körlük, sağrlık v.b. gibi Dissosyatif reaksiyon tipinde bozukluklar bilinç altındadır ve bilincin ya da kişiliğın sembolik bir yarılması, dağılması veya başkalaşması şeklinde olur. Örneğın histerik stüpör, bayılmalar, çoğul kişilikler (multiple personality) gibi.

Histerik Kişilik:

Histerik belirtiler genellikle yatkın bir nörotik kişilikde görülür. Fransız ekolünden Henri Ey'e göre histerik kişilik özellikleri aşağıdaki şekilde özetlenmektedir.

a) Psikoplastisite: Kişinin kesin bir kimliğinin gelişmemiş olması, kolay telkin altında kalması

b) Yalan uydurma eğilimi (mitomani)

c) Cinsel düzensizlik: Genel olarak histeriklerde (halk arasında bilindiğı gibi - aşırı cinsel istekten çok) cinsel alanda derin kısıtlamalar ve düzensizlik halleri mevcuttur. Gine Alman Ruh hekimi Kretschmer'e göre histerik kişiler:

a) Normal zekası olan fakat duygular yönünden çocuksu kalmış, bencil ego-sentrik ilgi çekme eğilimli kaprisli olup, duygularında aşırılık gösterirler.

b) Normalin altında zekası olan, Ürkek, utangaç ve heyecanlı tiplerdir.

Histeri Belirtileri

1- Nöbetler şeklinde görülen psitkomotor belirtiler.

a) Büyük Hisleri Nöbetleri : Epilepsiyi (konvülsiv sendromu) taklid eden nöbetler.

b) Küçük histeri nöbetleri : Kısa süren bayılmalar, ağlamalar spasmlar, el-ayak çekilme ve uyuşmaları.

II- Duyu belirtileri :

Aşırı duyarlık (hiperestezi) uşyuşma (hipoestezi, anestezi) sağrlık, körlük; koku olamama.

III- Motor belirtiler :

Felçler, kasılmalar, tikler, konuşamama, ses çıkaramama (afoni)

IV- Nörovejetativ Belirtiler :

Histerik düğümlenme (globus histerikus) hava yutma (aerofaji), öğürme, kusma, geçirme hıçkırık, öksürük.

V- Bilinç Belirtileri (Dissosiyasyon Ayırışma) :

Unutmalar (amnezi), uyur-gezerlik (Somnambulizm) donakalım (catalepsi) çoğul-kişilik (multiple personality), histerik çılgınlık (folie hystrique).

VI- Özel Duygulanım (affection) Bozuklukları :

Güzel ilgisizlik (La Belle İndifference)

Aşırı Duyguluşluk halleri (aşırı gülme ağlama)

Bunlardan düşük sosyo-kültürel toplumlarda oldukça sık görülen büyük histeri nöbetleri epilepsiye benzeyen bir takım belirtilerle ortaya çıkar ve genellikle ruhsal sıkıntı yaratabilecek bir olaydan sonra husule gelir. Hasta bayılarak yere düşer. Abartılmış bir şekilde tonik ve klonik kasılmalar ya tam yada kısmi bilinç kaybı ile birlikte nöbet geçirir. Bu nöbette epilepsiden ayrılacak bazı hususlar vardır: Hasta epilepsinin aksine düşeceği yeri seçer kendisi için tehlikeli olabilecek yerlere düşmez. Gine epilepsi de görülen nörolojik belirtiler burda yoktur. Nöbetler genellikle epilepsiye göre daha uzun sürer ve hasta ağlama veya gülme ile açılır. Nöbetlerin başında ve sonunda aşırı soluma tarzında hiperventilasyon olabilir. Nöbet sırasındaki bilinç kaybı tam olarak aydınlanmış değildir. Birçok hastalar nöbet sırasında hiçbir şey duymadıklarını ifade ederken bir çoklarında olup bitenin farkına vardıklarını fakat herhangi bir tepki gösteremediklerini belirtmektedirler.

Küçük histeri nöbetleri ise bu kadar gürültülü belirtiler göstermez. Genellikle zaman zaman gelen el-ayak uyuşmaları kasılmaları ağlama ve gülme nöbetleri şeklindedir.

Konversiyon histerisinin en çok görülen belirtileri daha ziyade motor ve duysal (sensoryal) alandadır. Motor belirtilerden tam veya kısmi hemipleji parapleji, monopleji sıklıkla görülmektedir. Çoğukere hasta ayakta duramaz (astasia), yürüyemez (abasia) bazen belde bükülme (kamptokormi), boyunda bükülme (tortikolis) ve çeşitli kasların tekrarlayıcı kasılmaları şeklinde tikler görülebilir. Sesin çıkmaması ve konuşamama (histerik afoni) da oldukça sık görül-

mektedir. Duyu bozuklukları her duyu organında fonksiyon azalması artması yada kaybı şeklinde olabilir. Vücutun çeşitli yerlerinde ağrılar hiperestezi anesteziler, koku alamama, sağırılık, körlük şeklinde konversiyon histerisi belirtileri görülür. Bu belirtilerin başka nedenlere bağlı organik bozukluklardan ayrılması oldukça kolaydır. Meselâ histerik körlükte ışık ve mesafeye karşı gözbebeği reaksiyonları normal olup göz muayenelerinde de herhangi bozukluğa rastlanmaz. Hasta subjektif olarak görmemektedir. Histerik uyuşmalarda genellikle bir sinir yolu takip edilmez. Duyu bozukluğu çorap veya eldiven tarzında olup herhangi bir refleks bozukluğu yoktur. Histerik felçlerde kasların kullanılmamasına bağlı olarak atrofiler görülebilir, fakat burda da refleksler normaldir.

Daha seyrek olmak üzere konversiyon histerisinde bazı vegetatif sistem belirtileri de ortaya çıkabilir. Meselâ hava yutma boğazda düğümleme hissi, hıçkırık kusma nöbetleri, geğirme, öğürme ve öksürme gibi.

Histerik dissosyasyon belirtileri daha ilgi çekici bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Burda hastanın geçmişini tam veya kısmen unutmaması (amnezi), çoğul kişilik (multiple personality) uyurgezerlik (somnambulizm), donakalım (catalepsi), duygusal taşkınlık ve çılgınlık nöbetleri gibi belirtiler ortaya çıkabilir.

Ayırıcı tanı :

Histeride tanı çok kere mevcut klinik belirtiler yanında organik bir bulgunun olmayışı ve la-belle-indifference'in (güzel ilgisizlik-hastanın semptomuna karşı ilgisizliği adeta bundan memnuniyet duyma hali göstermesi)

bulunuşu kolayca teşhisi mümkün kılar. Bazı durumlarda ise belirtiler en tecrübeli hekimleri şaşırtaacak kadar karışık olabilir. Bu bakımdan hastanın dikkatli bir fizik ve nörolojik nuayenesi ile sıkı bir ruhsal gözlem ve kişiliğinin araştırılması çok önemlidir.

Konversiyon histerisinin belirtilerinin çok çeşitli olması nedeniyle taklit ettiği organik hastalıklardan ayırt edilme zorunluluğu gerekebilir.

Hastalığın seyri : (Prognoz)

Hastalığın gidiş ve sonlanması hastanın kişiliğine çevre koşullarına ve uygulanacak tedaviye bağlıdır. Uygun şartlarda basit telkin tedavileri ile ve çok kerede kendiliğinden iyileşme olabildiği gibi çok uzun süre devam eden ve fonksiyon bozukluğunun organik bir bozukluğa sebep olduğu (kaslarda atrofi, eklemlerde kaynaşma gibi) vakalarda görülebilir. Fakat neticede genellikle iyileşme şansı mevcuttur.

Tedavi :

Tedavide semptomatik ve etyolojik olmak üzere iki yöntem uygulanmaktadır. Semptomatik tedavide telkin metodları faradizasyon ve anksiyolitik ilaçlar çevre koşullarının düzeltilmesi bazı kronik ve inatçı vakalarda E.K.T. (elektro-konvulsiv tedavide) uygulanabilir. Etyolojik tedavide: Psikoterapi (öncelikle psikonalitik psikoterapi) en uygundur.

K A Y N A K L A R

- 1- ADASAL, R., Ruh Hastalıkları, C: I, Psikonevrozlar, A.Ü. Tıp Fakültesi Yayınlarından ANKARA, 1948
- 2- ADASAL, R., Klinik Psikiyatri -Ruh Hastalıkları, ANKARA, 1970
- 3- ARİETİ, S., American Handbcok of Psychiatry, Vol: I, Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1969
- 4- ABSE, W.: Hysterie, American Hand book of Psychiatry, Cilt I.
- 5- BREUER, J and FREUD, S., Studies in Hysteria, Nervous Mental Disease Pub.Co., New York, 1950
- 6- EY, H. -BERNARD, P. et BRÏSSET, Ch., Manuel de Psychiatrie., 3. eme editon Masson et C-- ie, Editeurs, 1967
- 7- JANET, P.: Major Symptoms of Hysteria
- 8- SONGAR, A., Psikiyatri, İstanbul, 1971
- 9- ZIEGLER, F.J., Histerical Conversion, Postgrad Reaction Med. Illus, 1970

SUMMARY

HYSTERIA

Hysteria is characterized with the personality disturbances and a dramatic functional symptoms.

In this article a brief historical perspective, pschopathology, cylinical manifestations, diagnosis and treatment of the disease is discussed.