

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.10821657>

Accepted: 10.03.2024

Konversiyon Bozukluğu Conversion Disorder

Fatma Eda AĞKÜN

Yakın Doğu Üniversitesi

psk.edaagkun@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5477-4556>**Meryem KARAAZİZ**

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

meryem.karaaziz@neu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Konversiyon bozukluğu ülkemizde sıklıkla görülen bir ruhsal rahatsızlıktır. Araştırmalar sonucunda konversiyon bozukluğu bulunan hastalarda çeşitli ruhsal sıkıntıların (üzüntü, korku, utanç, öfke) bedensel sorunlara (konuşamama, bayılma, felç, güçsüzlük, duyu kaybı vb) dönüşmesi durumu ortaya çıktığı saptanmıştır. Konversiyon bozukluğu her yaşta görülebilir bu durumdur fakat sıklıkla karşılaştığımız dönem ergenlik ve gençlik dönemleridir. Konversiyon bozukluğunun tanısını koymak oldukça zordur, çünkü birçok hastalığı taklit edebilir. Konversiyon bozukluğu genellikle tedaviye gerek kalmadan düzelebilir. Tedavi sürecini hızlandırmak adına davranışsal terapiler uygulanabilmektedir.

554

Anahtar Kelimeler: Konversiyon Bozukluk, Ruhsal Bozukluk, Hasta.

Abstract

Conversion disorder is a common mental disorder in our country. As a result of the research, it was determined that various mental problems (sadness, fear, shame, anger) turned into bodily problems (inability to speak, fainting, stroke, weakness, loss of sense, etc.) in patients with conversion disorder. Conversion disorder can be seen at any age, but the period we often encounter is adolescent and youth periods. Diagnosing the conversion disorder is very difficult because it can mimic many diseases. Conversion disorder can usually be cured without the need for treatment. Behavioral therapies can be applied in order to speed up the treatment process.

Keywords: Conversion disorder, Mental disorder, Patient.

OLGU

A.B isimli hastamız 46 yaşında, evli, eğitim durumu ilköğretim mezunu, çalışma durumu düzenli değil, şu an bir iş ile meşgul değil. Üç çocuğa sahip olan A.B Bursa’da ailesi ile birlikte yaşamını sürdürmektedir. A.B ‘nin hastalığının başlangıç öyküsü, 12 yıl önce ağrı kesici ilaç aldıktan sonra bayılma şikâyeti olmuş, ilaca alerjisi olduğu için yıllarca ilaç kullanmamış Son 3 yıldır kokulardan etkilenerek bayılmaları oluyormuş. Nörolojiye çoklu bulguları olmuş. Patolojide tespit edilememiştir. Psikiyatri servisine yönlendirilmiştir. 10 yıldır Toplu Taşıtlara binemediğini, kendisi oğlunun düğününe bile gidemediğini, korkulardan bayıldığını, insanlar ile konuşurken bayılacağını korkusu yaşadığını söyledi. 7 Yıl önce nörolojide verilen ilaçların kendisini zehirlediği görülmüştür. İlaçların kendisini bayılttığına inanıyor, Arveler hariç ilaç kullanmıyor. Kokular dan çok fazla etkileniyor. Etkilendiği zaman 15-20 dakika yerde kalıyor, Şuuru yerinde ama tepkisiz kalıyor. Komşusu pastanede çalışmayı teklif etmiş, İlk çalıştığı yerde yoğun soğan doğramış, yüzü şişmiş ve acile gitmiş. Hassasiyeti başlamış. 2 Yıl önce şiddetli diş ağrısı yaşamış, yaşadığı zaman ilaçlar dan ağrı kesici aldığı da "Cenazemin gömüldüğünü birinin kendisine "At kendini, aşağı kurtul" diyen bir sesi duyduğunu, Ölmek istemiyorum dediğini hissetmiş." 2 yıldır aralıklarla "Kendini öldür" sesini duyduğunu, stresi her arttığını da olumsuz durumların oluyormuş. Eskiden en korkunç filmleri izlerlermiş, fakat şimdi gerilim filmlerin de bile fenalaşıyormuş. A.B’nin muayenesi poliklinik girişi ile sağlanmıştır. Hastaneye yatış tarihi 10.09.2019 olarak kayıt altına alınmıştır. A.B’nin kendisine göre hastaneye geliş sebebi, 5 gündür ağırlaştığını hissetmesi, deliler gibi atak geçirdiğini hissetmesi, kimsenin kendisini tutamadığı, kal geldiği ve kaslarının gerildiğini düşünmesi muayeneye gitmesi gerektiğini düşündürmüştür. Bu sebepten ötürü muayeneye gelmiştir. Yakınlarının görüşüne göre, A.B’nin kontrolden çıktığı, feryat figan ettiği ve A.B’nin kayınvalidesi için “benden uzak tutun” sözleri ile bağırışlar sergilediğinden bahsetmektedirler. A.B’nin şikâyetinin öyküsü ise, son 1 aydır şiddetlenen, yoğun kokulardan etkilenerek bayılma, tartışma sonrasında kendini kaybederek bağırma, kasılma ve kendine zarar vermeye çalışma şikâyetleri ile Uzm. Dr. Gökçen Turan’ın polikliniğine başvurmuş. Poliklinik de muayene sırasında bayılma olmuş. Bayılması sonrasında halsizlik şikâyetleri olmuş. Yatarak tanı ve tedavisinin uygun olduğunu düşünerek servise yatırılı.

A.B’ye mental durum değerlendirmesi yaptığımızda, öz bakımının iyi, giyimi sosyoekonomik seviyesi ile uyumlu olduğu gözlemlenmiştir. Konuşma hızı ve tonu normal, psikomotor aktivitesi normal, duygulanım durumu incelendiğinde, kısmi durgunluk gözlemlenmiştir. Duygu- Durumu, normal seyretmiştir. Düşüncesi, özgül bir bozukluk olmadığı gözlemlenirken, algı durumunda patoloji saptanmamıştır. Davranışlarında, psikomotor aktivitesinin doğal olduğu gözlemlenmiştir.

GİRİŞ

Dönüştürme bozukluğu, semptomların veya bozuklukların gönüllü motor ve / veya duyuşsal fonksiyonları etkilediği, başka bir tıbbi durumu düşündürmeyen, ancak hastalıktan önce stres faktörlerinin varlığıyla spesifik bir zihinsel bozukluktur.

Konversiyon Bozukluğu, bedensel işlev bozuklukları veya zihinsel bir çatışmanın veya ihtiyacın doğrudan ifade edilmesinden ziyade ağrı ve cinsel işlev bozukluğu dışında bilinen bir nörolojik veya genel tıbbi durum ile açıklanamayan değişikliklerle spesifik bir bozukluk olarak tanımlanabilir.

Dönüşüm bozukluğu; Proinflamatuvar sitokinler stres tarafından tetiklenir. Sitokinler organizma içinde strese sebep olur. Stres, beyindeki Hipotalamo-Hipofiz Adrenal (HPA) eksenini boyunca kortizol salınımını tetikler ve kortizol beyindeki hafıza ile ilgili alanları, özellikle amigdala ve hipokampusu aktive eder. Organizma tehlike faktörünü tanır ve sonra aynı tehlike faktörü ile karşılaşır, kendini savunma için hızlı bir şekilde aktive olan bu mekanizmanın nasıl çalıştığı henüz tam olarak bilinmemektedir. Konversiyon bozukluğu, stresli yaşam olayları ve bir kişinin organizması için tehdit oluşturan psikolojik çatışmalarda ortaya çıkan sahte nörolojik semptomlarla ortaya çıkarlar.

Konversiyon bozukluğu olan hastalarda nüks yaygındır. Bu kişilerin 1 / 4-1 / 5'inde bir yıl içinde tekrarlar meydana gelir ve tek bir tekrarlama, tahminlerin daha sonra gerçekleşmesine izin verir. Bu hastaların teşhisinde zorluklar, hastalarla sınırlı iletişim ve yetersiz psikososyal destek, tekrarlanan ve ayakta tedavi uygulamalarına, gereksiz muayenelere ve gereksiz ilaç tedavilerine yol açmaktadır.

1. Konversiyon Bozukluğu

1.1. Tanım

Dönüşüm kavramı binlerce yıldır bilinmektedir. Konversiyon Bozukluğunun klinik tanımı M.Ö. 900'lere kadar uzanmaktadır. Eski Mısır'da, Kahun papirüsünde ve daha sonra antik Roma ve Yunan yazıtlarında tanımlar bulundu. Dönüşüm Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozukluk geçmişte histeri olarak adlandırılmıştır. Bugün, Dönüşüm Bozukluğu o zaman histeri olarak biliniyordu. Histeri terimi, Yunanca rahim anlamına gelen histeron / histera kelimesinden türemiştir, bu da doymamış verimli yatağın normal anatomik yerini terk ettiği ve vücudun etrafında dolaştığı anlamına gelir (Doğan, 2007: 377-385). Dönüşüm bozukluğu, bedensel işlev bozuklukları veya, gönüllü motor ve duyu sistemlerini etkileyen değişiklikler tarafından belirlenir (Koroğlu Güleç 2007).

Dönüşüm bozukluğu, zayıf motor, duyu kaybı gibi istemli motor ve duyu işlevlerinin etkilendiği, tıbbi bir durumu düşündüren, ancak tıbbi bir nedeni olmayan ve psikolojik faktörlerle ilişkili olduğu düşünülen bir bozukluktur (Kala, 2015: 4).

Konversiyon bozukluğu, gönüllü motor veya duyu sistemlerini etkileyen, nörolojik veya diğer tıbbi durumları taklit eden bir bozukluktur ve psikiyatrik faktörler semptomların başlamasına veya alevlenmesine yol açar (Sayar, Işık, 2008: 276-277). Dönüşüm bozukluğunda, semptomlar veya bozukluklar kasıtlı olarak yaratılmaz, madde ile ilgili değildir ve ağrı ve cinsel semptomlarla sınırlı

değildir. Dönüşüm bozukluğunda kazanım psikolojiktir; sosyal, maddi veya yasal değildir (Yenilmez, 2011: 4).

Konversiyon bozukluğunu, her bireyin hayatında bir zamanda sergileyebileceği bir reaksiyon veya hemen hemen her psikiyatrik bozuklukta görülebilen bir semptom olarak ve sosyoekonomik koşullar ve eğitim ile yakından ilişkili bir reaksiyon olarak tanımlayanlar vardır (Alpat, 2017: 1).

1.2. Tarihçe

Konversiyon bozukluğunun ilk tanımları M.Ö.1900 yılına dayanmaktadır. Somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve dissosiyatif bozukluk kavramı geçmişte histeri olarak adlandırılmıştır. Rahim anlamına İsteri Latince kelime histeria kaynaklanmıştır. O yıllarda Mısırlı doktorlar rahimdeki dönüşüm bozukluğunun çoklu semptomlarını başlattılar. Hipokrat (M.Ö. 480-375) bu hastalığın kadına özgü bir hastalık olduğunu düşündü. Birçok hastada kutsal hastalığın 'epilepsi' değil 'histeri' olduğunu, ancak konvulsif histeriyi epilepsiden ayırmanın zor olduğunu bulmuştur. Orta çağlarda, konversiyon bozukluğu belirtileri çoğunlukla doğaüstü ve dini yorumlarla açıklandı ve bu oldu inanılan bu resim bal ya da kötü ruhlarla geliştiğini (Yenilmez 2011: 3).

17. yüzyılda histerinin uterus ile ilgili bir hastalık olmadığı düşünülmüştür. Willis (1621-1675) histerinin beyne bağlı bir hastalık olduğunu ileri sürdü. Sydenham (1624-1689), histerinin duygusal kökenini tanımladı ve modern histeri kavramını psikolojik bir hastalık olarak geliştirdi, histeriyi kadınlarda fiziksel ve zihinsel semptomlarla birlikte giden bir rahatsızlık olarak tanımladı (Yenilmez, 2011: 4).

Dört bin yıldır bilinen histeri, Hipokrat'ta uterusun vücuttaki dolaşımı ile ilgili olarak görüldü ve histeri kelimesi uterus kelimesinden türetildi. Galen bu sorunu uterusun organik cinsel hastalığı olarak ele aldı. Orta çağlarda ve salgınların gözlemlendiği rönesans döneminde bu hastalar şeytanla ilişkili insanlar olarak kabul edildi (Işık, 1996: 281-282). Bununla birlikte, 17. yüzyılın başlarında serebral hastalık ilişkisi ve kadınlarda histeri olan Sydenham, önde gelen zihinsel ve fiziksel belirtilerdir ve ustalık olarak tanımlanmıştır. Briquet, 1859 yılında bir sendrom olarak tanımladığı bu hastalığın merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğundan kaynaklandığını ve cinselliğe olan bağlantısını kabul etmediğini savundu. Charcot, “histeri majör” olarak adlandırdığı histeriyi üç ayrı aşamada tanımladı ve dinamik ve fonksiyonel bir bozukluktan bahsetti. Babinski, histerezide ana noktanın kendi kendini aşılama olduğunu, kişinin kendi arzusunun önemli bir rol oynadığını ve histeriyi malingering tanısına dâhil etmeye çalıştığını belirtti. Charcot'un öğrencisi Pierre Janet, hastalığın nörolojik kökenli olmadığını söyledi. Ona göre, psikolojik sentez işlevindeki zayıflama ve bilinçaltı daralmanın bir sonucu olarak, kişilikte bir ayrışma eğilimi oluşur ve böylece kişiyi rahatsız eden duygular bölünme yoluyla bir bağlantıdan izole edilmiştir (Tiyekli, 2010: 3).

Briquet, dönüşüm kavramının kökenini tanımlamıştır. Histeriyi bir sendrom olarak tanımlamanın

yanı sıra hastalığın, yapısal duyarlılığın arka planındaki aşırı stres nedeniyle oluştuğunu, çoklu semptomları ve hastalığın kronik seyirini vurgulayarak belirtmiştir(Kala, 2015: 5).

2. Konversiyon Bozukluğu Sıklığı

Konversiyon bozukluğu en yaygın yaş aralığı 15-35yaş grubunda görülmektedir. Konversiyon bozukluğu ergenlik öncesi cinsiyet farklılıklarında herhangi bir teki olmadığı görülmüştür. Ergenlikten sonra kadınların 2 kat daha sık görüldüğü ifade edilmiştir. Rosenbaum, öfkeli kadınlar da psikojenik nöbetler, korku ve umutsuzluk ifadesi benim mesajlar ve cinsel daha sık ve cinsel sembolizm etkilediğini gözlemlemiştir.Dönüşüm bozukluğunun tanısı zor tespit edilebiliyorken: 10.000’de sadece1.Sıklıkla gençlerde ve kadınlarda sıklıkla görülmektedir(DSM-IV-TR).

Başka bir zihinsel bozukluğa sıklıkla dönüşüm bozukluğu neden olabilir. Çalışma en yaygın olanı topluluğunun bozukluklarının duygudurum bozuklukları (bir 45-85 %) ise en sık majör depresif bozukluk (17-29%) gösterir (Wenlin, 2011:6).

2.1. Konversiyon Bozukluğu Ve Tanı Ölçütler

Dördüncü Baskı Gözden Geçirilmiş Sürümünde (DSM-IV-TR) Ruhsal Bozukluklarda Dönüşüm Bozukluğu Tanısı ve Sayımı El Kitabı; Bilinen bir nörolojik veya tıbbi hastalık tarafından açıklanmayan bir veya daha fazla nörolojik semptom tarafından belirlenen bir bozukluk olarak tanımlanır. Ayrıca teşhis edilmesi için semptomların başlamasına veya şiddetlenmesine neden olan psikolojik faktörlerin de altını çizmektedir. DSM-IV-TR, konversiyon bozukluğu tanısını istemli motor veya duyuusal fonksiyonları etkileyen semptomlarla, yani nörolojik semptomlarla sınırlar (Yenilmez, 2011: 6).

2.2. Konversiyon Bozukluğu Etiyolojisi

Konversiyon bozukluğunun nedenlerini anlamada üç ana faktörü tanımlamak kolaydır. Bunlar; Predispozan, açığa çıkaran ve sürdüren faktörler olarak adlandırılır. Yatıştırıcı faktörler; Kişilik paternlerini, kişilik bozukluklarını, mevcut veya geçmiş cinsel istismar geçmişini, iletişim sorunlarını, psikosomatik yollarla üzücü uyarıların ifadesini kolaylaştıran psikiyatrik veya nöro biyolojik bozuklukları tanımlar. Açıklayıcı faktörler; zihinsel çatışmalar ya da bireyde strese neden olan olaylardır. Sürdürülebilir faktörler; Konversiyon semptomları, hastanın rolü ve bu durumdan kazanıp kazanmadığı sonucu çözülen sorunun ciddiyetini kapsar (Doğan, 2007).

Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi, özellikle psikolojik ve biyolojik olmak üzere birçok faktör, Dönüşüm Bozukluğunda rol oynar (Başar, 2015: 7).

Predispozan faktörler arasında somatizasyona eğilimi kolaylaştıran kişilik bozuklukları, o sırada veya hikâyede cinsel /fiziksel istismar, iletişim bozukluğu ve altta yatan psikiyatrik veya nörolojik

bozukluklar vardır. Anneden ayrılma, yaklaşan bir evlilik veya savaş, cinsel istismar gibi travmatik olaylar gibi zihinsel çatışmalar açığa çıkan faktörler / stres faktörleri arasında sayılabilir. Sürdürülebilir faktörler arasında, dönüşüm semptomunun çözdüğü orijinal sorunun ciddiyeti, hasta rolünün varlığı ve ikincil kazanım yer almaktadır (Doğan, 2007: 377-385).

Konversiyon Bozukluğunun kortikal ve subkortikaldisfonksiyon ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar vardır (11,12). Ek olarak, bazı beyin görüntüleme yöntemleri baskın yarıkürede hipometabolizma ve resesif yarıkürede hipermetabolizma saptamıştır ve bazı nöropsikolojik testler sözel bellek, bellek, dikkat ve duygusal zindekte serebral bozukluklar göstermiştir (Carefree, 1999: 33-36, Çevik, 1999: 11-14). Konversiyon Bozukluğuna sıklıkla başka bir ruhsal bozukluk eşlik eder. Çalışmalar en sık görülen komorbid bozukluğun duygudurum bozuklukları (% 45-85) ve bunların arasında en sık görülen majör depresif bozukluk olduğunu göstermektedir (Başar, 2015: 7).

Psikanalitik teoriye göre, dönüşüm bozukluğunda bir dürtü ve tezahürünün yasaklanması arasında bir çatışma ortaya çıktığında, bilinçsiz çatışmanın neden olduğu kaygı fiziksel semptomlara dönüştürülür, yani dönüştürülür. Bu şekilde, semptomlar, yasak dürtünün kısmi ifadesini sağlarken, yeterince gizlemektedir. Bu belirtiler hastayı kabul edilemez dürtülerle bilinç seviyesine maruz kalmaktan korur (Körolu, 2004: 387-395).

Dönüşüm bozukluğu, geleneksel psikodinamik açıklamaya kıyasla bilinçsiz bir çatışmaya çözüm sağlayan bir semptomdur. Çatışma, süper ego tarafından yasaklanan öfke veya cinsellik gibi içgüdüsel dürtüler arasında gerçekleşir. Belirti çatışmanın sembolü olarak kabul edilir. Dönüştürme belirtileri psikodinamik olarak kaybedilen nesne ile özdeşleştirme olarak da yorumlanabilir (Yenlmez, 2011: 8).

3. Konversiyon Tanı

Konversiyon bozukluğunun tanısı ve ayırıcı tanısı zordur çünkü birçok hastalığı taklit edebilir. Konversiyon Bozukluğuna özgü semptomlar, laboratuvar bulguları veya tanı kriterleri yoktur. Hastanın fiziksel semptomu sinir sisteminin anatomisine uymadığında veya bilinen bir fiziksel hastalığa atfedilemediğinde, Dönüşüm Bozukluğu tanısı düşünülmelidir. Fiziksel hastalık tespit edilmemeli, ancak yeterli değildir. Semptomların manevi bir işleve hizmet ettiğine dair açık bir kanıt yoksa Dönüşüm Bozukluğu teşhis edilmemelidir. DSM-IV-TR ve ICD-10 konversiyon bozukluğunu teşhis etmek için gerekli kriterleri belirlemiştir (16). DSM-IV-TR Somatoform Bozukluklarda Konversiyon Bozukluğu ICD-10'da Disosiyatif Bozukluklar başlığı altında gruplandırılmıştır (Sağduyu, Rezaki, Kaplan, Özgen, 1997: 161-169).

Yüzyılı aşkın bir süredir KB'nin klinik tablosu ve etiyolojisi üzerine birçok bilimsel çalışma yapılmıştır. BP'nin tanımı ve sınıflandırılmasında hala birçok sorun vardır. KB, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSMI'da "Dönüşüm Reaksiyonu" olarak adlandırıldı ve anksiyeteye neden olan durumlardan sonra organlarda veya vücudun bir kısmında meydana gelen

istemsiz fonksiyonel bozukluklar olarak tanımlandı (Kala, 2015: 8).

4. Psikoanalitik Kuram

Psikodinamik faktörler, klinik gözlem ve tedavi deneyimleri ile desteklenen, Dönüşüm Bozukluğu'nu net patogenezini açıklamak için önerilen en önemli görüştür. Psikodinamik görüşe göre, alt benlikten kaynaklanan ve kabul edilmeyen cinsel veya saldırgan dürtülerin ifadesi ve memnuniyeti önlenir. Benlik için bir tehlike olarak algılanan dürtü bilinçaltına bastırılır. Dürtü bastırılmış olsa da, sürekli olarak bilinçaltında tutulmalıdır. Kendini uygun koşullarda güçlendirebilir ve sıkıştırabilir. Bastırma gibi savunma mekanizmaları yetersiz olduğunda çatışma ve kaygı meydana gelir. Bilinçsiz savunma mekanizmaları devreye girdiğinde, dürtü enerjisini bedensel semptomlara dönüştürür. Ne zaman bir çatışma bir dürtü arasındaki doğar Dönüşüm Bozukluğu ve tezahürü yasağı, anksiyete bilinçsiz çatışma neden olduğu fiziksel belirtilerin dönüşür. Aslında, bilinçsizce çalışan bu süreçle, bilinçli olarak kabul edilmeyen dürtüler sembolik bir şekilde açıklanmaktadır. Semptomlar yasak dürtünün kısmen ifade edilmesine izin verirken, aynı zamanda onları yeterince gizler. Böylece dönüşüm semptomları ile çatışma konusunda bir fikir birliğine varılır, hastayı bilinç düzeyinde kabul edilemez dürtülerle karşılaşmaya karşı korur, bireysel uyarının farkındalığı önlenir ve kaygı azalır (Köroğlu, 2004: 387-395). Psikodinamik açıklamaya göre, BP semptomu bilinçsiz çatışmaya bir çözüm sağlar. Çatışma, süper ego tarafından yasaklanan öfke veya cinsellik gibi dürtüler nedeniyle ortaya çıkar. Semptomun çatışmanın sembolü olduğu düşünülmektedir (Kala, 2015: 13).

4.1. Konversiyon Bozukluğunun Tedavisi

Semptomlar genellikle konversiyon bozukluğunda kendiliğinden düzelir. İçgörü odaklı destekleyici veya davranışsal terapiler bu süreci hızlandırabilir. Hipnoz, anksiyolitikler, davranışsal gevşeme egzersizleri de bazı durumlarda etkilidir. Konversiyon bozukluğu olan hastalar ne kadar uzun süre hastanın rolünde kalırlar ve ne kadar fazla gerilerlerse, tedavileri o kadar zor olur (Kala, 2015: 10).

4.2. Psikoterapi

Psikodinamik yaklaşımın önemi; özellikle aile ilişkilerindeki sorunlu alanları belirleme ve ele alma söz konusu olduğunda. Psikolojik destek içeriğinde; Semptomları savunmak yerine, kişi hakkında fikir edinmek bir önceliktir. Destekleyici psikoterapiler, olumlu davranış ve ilişki kurma kalıplarını pekiştiren ve öğreten bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinde kullanılabilir (Çevik, 1999 : 11-14). Bilişsel davranışçı terapi teknikleri arasında, bilişsel başa çıkma becerilerini güçlendirmek, bilişsel davranışçı aile müdahaleleri ve gevşeme egzersizleri gibi yöntemler tercih edilebilir. Sağlıklı davranışı güçlendirmenin yanı sıra, hasta rolü davranışını söndürmek gibi davranışçı terapi yöntemleri önerilmektedir. Psikoterapinin etkinliğinde hastaların psikoterapiye bakış açısı ve tedaviye devam etme isteği önemlidir (Özmen, 2009: 45-51).

4.3. Psikofarmakolojik Tedavi

Semptomlar genellikle konversiyon bozukluğunda kendiliğinden düzelir. Konversiyon bozukluğunun tedavisinde temel prensiplerden biri ayrıntılı bir değerlendirme yapmaktır ve hiç şüphesiz organik bir bozukluk yoktur. Tedavi stratejisi biyo psiko sosyal model için tüm açıklayıcı, yatkın ve sürdürücü faktörleri kapsayacak şekilde bütünsel bir şekilde olmalı ve hastanın semptomlarının akut veya kronik olup olmadığına göre belirlenmelidir. Hastanın zihinsel durumu, aile içindeki yeri ve aile sorunları değerlendirilmelidir (Başar, 2015: 34). Hangi tedavi seçeneklerinin daha etkili olduğunu söylemek zor. Hastanın semptomları, tanımlanabilir stresli yaşam olayları ve çatışmalar, iletişim tarzı, içgörü düzeyine göre uygun tedavi veya tedaviler gereklidir. İçgörü odaklı destekleyici psiko dinamik veya davranışsal-bilişsel terapiler, öneri ve sosyal destek yardımcı olabilir. Ayrıca, bazı durumlarda anksiyolitikler, hipnoz, davranışsal gevşeme egzersizleri etkilidir (Başar, 2015: 14).

5. SONUÇ

Yüzyılı aşkın bir süredir Konversiyon Bozukluğunun klinik tablosu ve etiyolojisi üzerine birçok bilimsel çalışma yapılmıştır. Konversiyon Bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSMI'da "Dönüşüm Reaksiyonu" olarak adlandırılmıştır. Anksiyeteye neden olan durumlardan sonra organlarda veya vücudun bir kısmında meydana gelen istemsiz fonksiyonel bozukluklar olarak tanımlandı. Konversiyon Bozukluğunun ortaya çıkmasını ve teşhisinin zor olması ve öte yandan hem çevresel hem de psikolojik faktörlerden daha çabuk etkilenmesi sebebi ile hem tedavi hem de sonrası çok hassas bir dönemdir.

Psikanalitik teoriye göre Konversiyon Bozukluğu, bir dürtü ile dürtü ifadesinin yasaklanması arasında bir çatışma ortaya çıktığında bilinçdışı çatışmanın neden olduğu kaygıyı fiziksel belirtiler olarak yansıtır. Sigmund Freud dönüşümü, bastırılmış ve yerinden edilmiş bilinçdışı arzuların sembolik ifadesi olarak tanımlar. Bu yolla, semptomlar bir yandan yasaklama dürtüsünün kısmi ifadesini sağlarken, diğer yandan yasaklama dürtüsünü gizler. Bu belirtiler hastayı kabul edilemez dürtülerle bilinç düzeyinde karşı karşıya getirmekten korur. Dürtüler hem hafifçe ifade edilir hem de bilinçli farkındalık alanından uzak tutulur. Bu şekilde, bilinçsiz dürtünün neden olduğu kaygı önlenir. Bu şekilde bireyi kaygıdan korumaya "birincil kazanç" denir. Hastalar iç çatışmalarını farkındalıklarından ayrı tutarak birincil kazanç elde ederler. Semptomdan kaynaklanan sakatlık da hastanın görevlerinden ve sorumluluklarından kurtulmasına izin verir, bunun sonucunda çevrenin hastaya olan ilgisi ve desteği artar. Bu ise bir şekilde, ikincil kazanç olarak, etkili korunması ve semptom tekrar, edilir (1996 Işık) elde edilmiştir.

KAYNAKÇA

Alpat, B. (2017). *Konversiyon Bozukluğunda Psikolojik Dayanıklılığın Ve Başa Çıkma Tarzlarının Etkisi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Işık Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Başar, H.M. (2015). *Konversiyon Bozukluğu Hastalarında Yönetici İşlevler Ve Dissosiyatif Belirtiler*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Çevik A. Konversiyon Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 1: 11-14.

Çevik, A. (1999). Konversiyon Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, ss. 11-14.

Doğan O. (2007). *Konversiyon Bozukluğu*: Köroğlu E, Güleç C (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayım, ss. 377-385.

Doğan O.(2007). *Konversiyon Bozukluğu*: Köroğlu E, Güleç C (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayım, ss. 377-385.

Gülseren, Ö. E, Önal C ve ark. Konversiyon Bozukluklu Hastalarda Belirti Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*, ss. 731-377.

Işık E. (1996) *Nevrozlar*, Kent Matbaası, Ankara.

Işık E. N. (1996). *HisterikNevrozdan Somatoform Ve Dissosiyatif Bozukluklara Doğru*. Ankara: Kent Matbaa.

Kala, S. (2015). *Konversiyon Bozukluğu Tanısı Konan Ergenlerde Yüz İfadelerinin, Duygu Tanımlama Becerilerin Ve İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Kaygısız A, Alkın T. (1999). Konversiyon Bozukluğunda 1. ve 2. Eksen Ruhsal Bozukluk Eşşanlıları. *Türk Psikiyatr Dergisi*; ss. 10: 33-39.

Köroğlu E, Güleç C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYB Basım Yayın, Ankara.

Köroğlu, E. (2004). *Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Körolu E. (2004). *Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Özmen, E. (2009). *Psikoterapötik görüşme*. *Türkiye KlinikleriJournal of Psychiatry Special Topics*, 2(2), 45-51.

Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan I, Özgen G, Gursoy-Rezaki B. (1997). Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Disosiyatif (Konversiyon) Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*; ss. 161-169.

Sayar K, Işık H. (2008). *Somatoform Bozukluklar. Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara: Golden Print Matbaası.

Tiyekli, U. (2010). *Konversiyon Bozukluğu Olan Hastalarda Proinflatuvar Sitokin Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.

Yenilmez, Y. (2011). *Konversiyon Bozukluğunda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Dürtüsellik ve Öfke İfade Biçimiyle İlişkisi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Sağlık Bakanlığı, İstanbul.