

Konversiyon Bozukluğunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Dr. Şükrü UĞUZ¹, Dr. Fevziye TOROS²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı konversiyon bozukluğu olan olguların sosyodemografik, klinik özelliklerinin, ektanı sıklığının, hastalık süresi ile ektanı sıklığı ve kişilik özellikleri ilişkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konan, yaşları 15-48 arasında değişen toplam 72 olgu alındı. Tüm hastalara Hacettepe Kişilik Envanteri uygulandı. Hastalar 4 yıldan daha kısa (Grup 1) ve uzun (Grup 2) yakınması olanlar diye iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Hastaların 63'ü kadın, 9'u erkekti. Hastalığın başlama yaş ortalaması 25.9±7.5 idi. Çalışmaya alınan olguların %97.2'si en fazla 11 yıl eğitim almıştı. Olguların %40.3'ü katılma ya da konvülsiyonlar, %40.3'ü duyu belirtisi ya da kaybı, %5'i motor belirti ya da kaybı, %12.6'sı karışık görünüm sergileyen belirtilerle başvurmuştu. Ortalama yakınma süresi 4.2±1.4 yıl (min= 1, mak= 20) olarak belirlendi. Olguların, %59.7'sinde ataklardan önce belirgin stres etkeni vardı. Grup 1'de 12 (%28.6), Grup 2'de 17 (%56.7) hastada ektanı vardı (p=.01). Ortalama nevrotik eğilimler puanları Grup 2'de (6.1±4.1) Grup 1'e (3.1±3) göre (p=.03) daha yüksekti. Grup 2'de ortalama duygusal kararlılık puanı (4.2±3.5) Grup 1'e (7.1±3.3) göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (p=.03).

Sonuç: Konversiyon bozukluğu sıklıkla genç erişkin yaşta başlamakta, genellikle bir stres etkeninin ardından ortaya çıkmakta, hastalık süresi uzadıkça eşlik eden ruhsal bozukluk sıklığı artmakta; en sık olarak da depresyon ektanı olarak bulunmaktaydı.

Anahtar Sözcükler: Konversiyon bozukluğu, sosyodemografik bulgular, ektanı, kişilik özellikleri

SUMMARY: Sociodemographic and Clinical Characteristics of Patients with Conversion Disorder

Objective: To determine the sociodemographic, and clinical characteristics, and comorbid diagnosis of patients with conversion disorder, and also to evaluate the relationship between the duration of conversion and comorbid diagnosis and personality factors.

Method: Seventy-two patients who were diagnosed with conversion disorder according to DSM-IV criteria, were included in this study. The Hacettepe Personality Inventor, was administered to all patients, and they were divided into two groups. The first group had conversion symptoms for four years (Group 1), while the other group had conversion symptoms more than four years (Group 2).

Results: Sixty-three of patients were female, 9 were males. The average onset age of the disorder was 25.9±7.5. Seventy patients (97,2%) had received a maximum of 11 years of education. 40.3% of patients sought treatment because of seizures or convulsions, 40,3% because of sensory symptoms or deficits, 5% because of motor symptoms or deficits, and 12,6% because of mixed presentations. The mean duration of complaints was 4.2±1.4 years (min= 1, max= 20). 59.7% of the patients had prominent stress before the onset of the conversion symptoms. There were 12 (28.6%) comorbid psychiatric disorders in Group 1, and 17 (56,7%) in Group 2. Although the mean neurotic trend scores in Group 2 (6.1±4.1) were higher than Group 1 (3.1±3) (p= .03). The mean emotional resolution scores were lower in Group 2 (4.2±3.5) than in Group 1 (7.1±3.3) (P= .03).

Conclusion: Conversion disorder tends to start in early adulthood, and usually follows a stress factor. As the duration of the disorder increases, comorbid psychopathologies, and the level of anxiety, and especially the prevalence of depression increase.

Key Words: Conversion disorder, sociodemographic characteristics, comorbid diagnosis, personality factors

¹Yrd. Doç., Çukurova Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD. Adana. ²Yrd. Doç., Mersin Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD. Mersin.

GİRİŞ

Psikolojik etkenlerin neden olduğu ve fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde bedensel işlevsellikte değişme ya da kayıplarla giden bir bozukluk olarak tanımlanan konversiyon bozukluğu (KB) Batı ülkelerinde giderek azalma gösterdiğinin bildirilmesine rağmen ülkemizde hala sık karşılaşılan bir bozukluktur (Alkın ve Tunca 1997, Gülseren ve ark. 1993, Hodgman 1995, Tasman ve ark.1997).

DSM-IV'de somatoform bozukluklar grubu içinde KB bir alt başlık olarak yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). ICD-10' da "disosiyatif" terimi altında hareket ve duyuların disosiyatif bozukluğu, disosiyatif motor bozukluklar olarak adlandırılmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 1992).

KB erken çocukluktan 90'lı yaşlara kadar her yaşta görülebmesine rağmen en sık 15-35 yaş arasında görüldüğü bildirilmektedir (Chandraseleoron ve ark. 1994). Genellikle gelişmemiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 oranında görülmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Ülkemizde psikiyatri polikliniğine veya sağlık ocağına başvuran erişkin hastalarda yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğu oranları %4.5-32 olarak bulunmuştur (Candansayar 1994, Gülseren ve ark. 1993, Sağduyu ve ark. 1997). KB ergenlik döneminden önce kız erkek arasında eşit oranlarda görülür iken ergenlikten sonra kızlarda 2-19 kat daha sık görülmeye başlamaktadır (Bhatia ve Vaid 2000, Gülseren ve ark. 1993, Krahn ve ark. 1995). Araştırmalar sonucunda kırsal kesimde yaşama, düşük sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, yetersiz iç görü ve düşük zeka düzeyi konversiyon bozukluğu sıklığını arttıran risk etmenleri olarak bildirilmiştir (Alkın ve Tunca 1997, Bhatia ve Vaid 2000, Hodgman 1995, Tasman ve ark. 1997). Türkiye'de yapılan araştırmalarda konversiyon öncesi stres etmenlerinin %17-45 oranlarında görülebileceği belirtilmiştir (Özen ve ark. 2000, Kaygısız ve Alkın 1999, Kaptanoğlu ve ark. 1993).

Konversiyonun etiolojisinde çeşitli psikodinamik görüşler, nörobiyolojik ve genetik etmenler, sosyo-kültürel görüşler üzerinde durulmuş; ancak çalışmalar sonucunda genellikle çok etkenli bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (Ford ve Folks 1985, Işık 1996, Öztürk 1997).

Klinik belirti olarak; uyuşma, duyu azalması gibi çeşitli duyu belirtileri astazi, abazi gibi motor belirtiler, katılmalar ya da konvülsiyonlar, globus histerikus, aerofaji gibi nörovejetatif belirtiler varsanı, sanrı gibi diğer belirtiler görülebilir (Krahn ve ark. 1995, Lesser 1996, Nakoya 1995, Şenol ve ark. 1994). Özen ve arkadaşları (2000) konversiyon bozukluğu tanısı konan 86 olgunun %52.3'ünde bayılma, %22.1'inde nefes darlığı, %18.6'sında da paralizi belirtileri olduğunu bildirmişlerdir.

Konversiyon bozukluğuna diğer bir ruhsal bozukluğun eşlik etmesi oldukça sık görülen bir durumdur. Katılmalar ya da konvülsiyonlar şeklinde görülen konversiyon bozukluğuna duygudurum bozuklukları %45-85 oranlarında eşlik etmektedir. Eşlik eden duygudurum bozukluklarından en sık görülen majör depresif bozukluktur (%17-29) (Alkın ve Tunca 1997, Gülseren ve ark. 1993). Bowman ve Markand (1996) tarafından yapılan bir çalışmada konversiyon bozukluğuna %88 oranında depresif bozukluğun eşlik edebileceği ve konversiyon belirtilerinin huzursuzluğun bir habercisi olabileceği bildirilmiştir. Konversiyon bozukluğunun katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipinde sıklıkla görülebilen diğer ruhsal bozukluklar; panik bozukluk, disosiyatif bozukluklar, posttravmatik stres bozukluğu, somatoform bozukluklar, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığıdır. Konversiyon bozukluğunun katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipinde diğer konversiyon belirtilerinin görülme oranı da %82 olarak bildirilmiştir. Disosiyatif bozukluk-konversiyon bozukluğu birlikteliği, çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü olan hastalarda daha sık olarak saptanmıştır (Bowman ve Markand 1996, Lesser 1996). Bhatia ve Vaid (2000) konversiyon belirtisi olarak afonisi olan 25 olgunun %80'inde diğer bir ruhsal bozukluğun ektanı olarak bulunduğunu, en sık görülen ektanılarının ise anksiyete ve depresif bozukluklar olduğunu bildirmişlerdir. Pehlivan Türk ve Ünal (2000) konversiyon bozukluğu olan 51 çocuk ve ergen üzerinde yaptıkları araştırmada olguların %15.7'sinde depresif bozukluk, %37.2'sinde anksiyete bozukluğunun ektanı olarak bulunduğunu, Özen ve arkadaşları (2000) da olgularda en sık majör depresif bozukluğun ektanı olarak görüldüğünü saptamışlardır.

Tanısal sorunların yaşanmadığı konversiyon bozukluğunda, izleme çalışmaları olguların %75-

TABLO 1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri.

		N	%
Cinsiyet	Kadın	63	87.5
	Erkek	9	12.5
Yaş	15-24	18	25
	25-39	47	65.2
	40-üzeri	7	9.8
Medeni durum	Evli	50	69.4
	Bekar	17	23.6
	Resmen boşanmış	2	2.7
	Eşler ayrı evlerde yaşıyor ancak resmen boşanmamış	3	4.2
Eğitim durumu	Yok	7	9.7
	İlköğretim	38	52.8
	Lise	25	34.7
	Yükseköğretim	2	2.7
Mesleği	Ev hanımı	45	62.5
	Memur	15	20.8
	Öğrenci	8	11.1
	İşçi	2	2.7
	Düzensiz bir işte çalışıyor	2	2.7
Yerleşim yeri	Köy	11	15.3
	İlçe	14	19.4
	Kent	47	65.3

100'ünün iyileşmiş olduğunu ortaya koymuştur. Hastalığın başlangıcının akut olması, başlangıçta belirgin bir stres etkeninin olması, konversiyon belirtileriyle tedavinin başlangıcı arasındaki sürenin kısa olması, eşlik eden başka ruhsal ya da tıbbi bozukluğun olmaması, ortalamanın üzerinde zeka düzeyinin olması durumunda konversiyon bozukluğunun gidişi daha iyi olmaktadır (Bowman ve Markand 1996, Kaplan ve ark. 1994).

Bu çalışmada polikliniğimize başvuran konversiyon bozukluğu olan olguların;

1. Sosyodemografik özelliklerinin,
2. Klinik özelliklerinin,
3. Ektanı sıklığının araştırılması,
4. Çalışmada belirlenen ortalama hastalık süresi göz önüne alınarak hastaların 4 yıl altı (Grup 1) ve 4 yıl üstü (Grup 2) olarak iki gruba ayrılma-

rac sosyodemografik, klinik özelliklerin, ektanı sıklığının ve Hacettepe Kişilik Envanteri ortalama puanlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Balcalı Hastanesinde 15 yaş altındaki çocuk ve ergenler çocuk psikiyatrisi polikliniğinde muayene edildiği için çalışmaya 1997-1998 yılı içinde ÇÜTF Balcalı Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konan, okuma yazması olmayan hastalar için çalışmada kullanılan testi okunduğu zaman anlayacak düzeyde mental gelişimi olan, 15 yaş ve üzerindeki olgular çalışmaya alınmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Yakınma süreleri yapılan görüşmeler sırasında alınan öyküye göre saptandı. Olgulardan sadece iki tanesi ilk nöbet ile baş vurmuştu. Diğer olgular ya ÇÜTF Hastanesi psikiyatri polikliniğinde ya da başka poliklinikler tarafından daha önce tanısı konmuş ve tedavi altına alınmış olgulardı.

Hastaların çalışmaya alınma ölçütleri; DSM-IV tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konmuş olması, nörolojik muayene ve EEG incelemelerinin normal olması, ağır sistemik hastalığın olmaması, alkol ya da madde bağımlılığının olmaması olarak belirlendi.

Konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar klinik görüşme sonucunda DSM-IV tanı ölçütlerine göre belirlendi (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Olguların hepsine Hacettepe Kişilik Envanteri uygulandı.

Bireylerde kişilik özelliklerini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan testlerden birisi olan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin (MCYKE) grup ve kısaltılmış olmak üzere iki formu vardır. Grup formu 16 yaş ve üzerinde, en az orta eğitim düzeyindeki bireylere; kısaltılmış formu ise lise öğrencilerine uygulanabilmektedir. 16 yaş ve üzerine uygulanabilen Grup formunda 566 madde, 10 klinik (hipokondri, depresyon, histeri, psikopatik sapma, maskülinite-feminite, paranoya, psikasteni, şizofreni, hipomani, sosyal içe dönüklük) ve 3 geçerlilik testi vardır (Savaşır 1978, Işık 1989).

Bu çalışmada kullanılması tercih edilen HKE ise okuma yazması olan veya okunamayan anlayabilen tüm erişkinlere uygulanabilmektedir. Bu en-

TABLO 2. Hastaların Konversiyon Belirtileri, Belirtilerinin Görülme Sıklığı ve Klinik Özellikleri.

Belirtilerin dağılımı	N	%
Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren	29	40.3
Duyu belirtisi ya da kaybı gösteren	29	40.3
Motor belirtisi ya da kaybı gösteren	5	6.9
Karışık görünüm sergileyen	9	12.5

vanter kişisel ve sosyal uyum ile ilgili 20'şer maddelik 8 alt testten (kendini gerçekleştirme, duygusal kararlılık, nevrotik eğilimler, psikotik belirtiler, sosyal uyum alt testleri, sosyal ilişkiler, sosyal normlar, antisosyal eğilimler) ve 8 kontrol ve geçerlik maddesi olan toplam 168 maddeden oluşur. Bu çalışmada HKE konversiyon bozukluğu olan bireylerde önemli olabilecek kişisel ve sosyal uyum düzeyleri hakkında daha çok bilgi vermesi ve testin daha kısa sürede uygulanabilmesi nedeniyle tercih edilmiştir.

İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi SPSS-PC paket program yardımıyla yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 9'u erkek, 63'ü kadın toplam 72 olgu alındı. Tablo 1'de olguların medeni, eğitim ve mesleki durumları, yerleşim yerleri, nöbetlerden önce stres etkeni ve birinci derece akrabalarında konversiyon bozukluğu sıklığı özetlenmiştir.

Olgulardaki konversiyon belirtileri, belirtilerin görülme sıklığı Tablo 2'de gösterilmiştir. 72 olgunun ortalama yakınma süresi 4.2 ± 1.4 yıl (min= 1, mak= 20) idi (Tablo 3). 29(%40.1) hastada konversiyon bozukluğuna eşlik eden başka bir ruhsal bozukluk saptandı (Tablo 4).

Çalışmada belirlenen ortalama hastalık süresi göz önüne alınarak hastalar 4 yıl altı (Grup 1) ve 4 yıl üstü (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldığında; Grup 2'deki hastaların yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < .05$). Grup 2'de konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer ruhsal bozukluk Grup 1'dekilere göre anlamlı düzeyde daha sıklı ($p = .01$). Ancak Grup 1 ve 2 arasında cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından da anlamlı düzeyde fark saptanmadı.

Hacettepe Kişilik Envanterinin (HKE) değerlendirilmesi;

a) Kendini Gerçekleştirme (KG): (Kendine güvenme, kendi kendine kararlar verebilme, kendini ifade edebilme özelliklerini yansıtır.) Ortalama KG puanlarında Grup 1 ve 2 arasında anlamlı farklılık yoktu. ($p > .5$).

b) Duygusal Kararlılık (DK): Duygusal kararlılık puanının yüksek olması (11 puan ve üzeri), bireyin duygusal yönden kararlı olduğunu gösterir. Bu kişiler, kendine güvenen, sakin ve huzurlu bireyler izlenimini verirler. Grup 2'de ortalama DK puanı Grup 1'e göre anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p < .05$).

c) Nevrotik Eğilimler (NE): Ortalama NE puanları Grup 2'de Grup 1'e göre daha yüksekti ($p < .05$).

d) Psikotik Belirtiler (PB): Ortalama PB puanı açısından Grup 1 ve 2 arasında anlamlı fark saptanmadı.

e) Aile İlişkileri (Aİ): Hastaların Aİ puan ortalamasında gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

f) Sosyal İlişkiler (Sİ): Grup 1 ve 2 arasında ortalama Sİ puanları açısından anlamlı farklılık yoktu.

g) Sosyal Normlar (SN): Uyumlu zorunlu yasal durumlara olduğu kadar, dikkate alınması gereken sosyal kural ve toplum değerlerine, başkalarının hakkına saygılı olma, bunun yanı sıra, kendi istek ve gereksinimlerini de toplumla uzlaşarak belli ölçülerde bağımsız olarak karşılama gibi davranışları ölçer. Grup 1 ve 2'de ortalama SN puanı açısından anlamlı farklılık yoktu.

h) Antisosyal Eğilimler (AE): Grup 1 ve 2'de ortalama AE puanı açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

i) Kişisel uyum (KU): Kendini gerçekleştirme, duygusal kararlılık, nevrotik eğilimler, psikotik belirtiler alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ortalama 'KU' puanında Grup 1 ve 2 arasında anlamlı farklılık yoktu.

j) Sosyal Uyum (SU): Aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, sosyal normlar, antisosyal eğilimler alt ölçeklerinin toplamından oluşur. Ortalama SU açısından gruplar arası anlamlı farklılık yoktu.

k) Genel Uyum (GU): Tüm alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır. Bunun ortalamasında da

TABLO 3. Olguların Yakınma Sürelerine Göre Dağılımı.

Yakınma Süresi	N	%
0-1 yıl	20	27.8
2 yıl	13	18.1
3 yıl	9	12.5
4 yıl	11	15.3
5 yıl	5	6.9
6-8 yıl	7	9.8
8 yıl üzeri	7	9.8
Toplam	72	100

iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı (Tablo 5).

TARTIŞMA

Yetmiş iki olgunun ele alındığı bu çalışmanın sonuçları; olguların çoğunda belirtilerin 20-30 yaşlarında başlaması, kadınlarda daha sık görülmesi, görülen konversiyon belirtileri ve en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun depresyon olması gibi özellikleri nedeniyle diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekteydi (Kaplan ve ark. 1994, Tomasson ve ark. 1991).

Bu çalışmada 1/7 olarak bulunan erkek/kadın oranı; konversiyon bozukluğu olan olgularda yapılan diğer araştırmaların sonuçları ile benzerlikler göstermekteydi. (Kaplan ve ark. 1994, Mai 1995, Özen ve ark. 2000).

51 konversiyon bozukluğu olan olguyu 2 yıl süreyle izleyen Tomasson ve arkadaşları (1991) olguların başvuru yaş ortalamasını 37 ± 3.4 , ilk belirtinin ortaya çıktığı yaş ortalamasını ise 30 ± 2.7 olarak saptamışlardır. Benzer şekilde 5 yıllık bir izlem çalışmasında ise 38 olgunun 35'inin 30 yaşın altında olduğu belirlenmiştir (Chandraselearn ve ark. 1994). Ülkemizde Gülseren ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan çalışmada başvuru yaşı ortalama 30.2 ± 9.7 , belirtilerin başlama yaş ortalaması 24.1 ± 10 olarak bulunmuştur. Özen ve arkadaşları (2000) da 86 konversiyon bozukluğu olgusunda yaptıkları çalışmada kadın olguların yaş ortalamasını 26.9 ± 9.8 , erkek olguların yaş ortalamasını ise 29.4 ± 9.4 olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda konversiyon bozukluğunun başlama yaş ortalaması 25.9 ± 7.5 idi. Ortalama başvuru yaşı ise 30.2 ± 8.3 olarak saptandı. Olguların %65.2'si 25-39 yaş grubu içinde genç erişkinlik dönemindeydi-

TABLO 4. Konversiyon Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Ruhsal Bozukluklar.

Eşlik eden ruhsal sorunlar	N	%
Yok	43	59.7
Majör depresif bozukluk	17	23.6
Distimik bozukluk	3	4.2
Sosyal Fobi	1	1.2
Obsesif kompulsif bozukluk	4	5.5
Panik bozukluğu (agorafobi ile birlikte)	2	2.7
Posttravmatik stres bozukluğu	2	2.7
Toplam	72	100

di. Gerek ülkemizde, gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğunun genellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başladığı bildirilmektedir (Chandraselearn ve ark. 1994, Tomasson ve ark. 1991, Gülseren ve ark. 1993).

72 olgunun %69.5'i evli, %30.5'i bekar ya da duldu. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada kadın olguların %79.1'i, erkek olguların %80'inin evli olduğu belirlenmiştir (Gülseren ve ark. 1993). Özen ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada da olguların %58'inin evli olduğu bulunmuştur. Yurt dışı kaynaklı çalışmalarda ise evlilik oranları %40.6-60 olarak bildirilmiştir (Chandraselearn ve ark. 1994, Kent ve ark. 1995, Tomasson ve ark. 1991).

Olguların mesleklerine baktığımızda çoğunun evhanımı, çalışanların ise çoğunun devlet memuru olduğunu görmekteyiz. Eğitim düzeylerine baktığımızda ise olguların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olduğunu görmekteyiz. Bu da yapılan diğer çalışmalarla uyumluluk göstermekteydi (Chandraselearn ve ark. 1994, Özen ve ark. 2000, Gülseren ve ark. 1993, Tomasson ve ark. 1991).

Olguların %15.3'ü köy, %19.4'ü ilçe, %65.3'ü kentte yaşamaktaydı. Olguların halen oturmakta olduğu yerler bakımından çalışmamızda elde edilen il merkezli yerleşim ağırlığı, İzmir'de yapılan konversiyon bozukluğu tanısı almış olgularda belirtti dağılımını ve sosyodemografik özellikleri araştıran başka bir çalışmayla da uyumlu bulundu (Gülseren ve ark. 1993). Bu bulgu konversiyon bozukluğundaki sosyoekonomik düzeyi düşük, kırsal alanda yaşayan kişilerde daha sık görüldüğü görüşü ile uyumsuzluk göstermektedir. Ancak bizim ülkemizde şehirde yaşamak tek başına sos-

TABLO 5. Konversiyon Semptomları 4 Yılda Daha Kısa (Grup 1) ve Daha Uzun (Grup 2) Süren Hastalarda Hacettepe Kişilik Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamaları.

HKE	Grup 1	Grup 2
Kişisel Uyum (KU)	31.4 ± 12.3	32.5 ± 13.5
Kendini Gerçekleştirme (KG)	11.0 ± 2.5	10.3 ± 3.5
Duygusal Kararlılık (DK)	4.2 ± 3.5	7.1 ± 3.3
Nevrotik Eğilimler (NE)	3.1 ± 3	6.1 ± 4.1
Psikotik Belirtiler (PB)	7.5 ± 3.6	7.4 ± 3.9
Sosyal Uyum (SU)	43.3 ± 1.2	44.8 ± 11.2
Aile İlişkileri (Aİ)	12.9 ± 3.5	13 ± 2.6
Sosyal İlişkiler (Sİ)	8.3 ± 3.9	10.7 ± 3.8
Sosyal Normlar (SN)	11.7 ± 4.3	13.8 ± 3.8
Antisosyal Eğilimler (AE)	10.3 ± 2.4	10.6 ± 3.2
Genel Uyum (GU) (GU=KU+SU)	77.3 ± 20.6	76.4 ± 17.3

*= p<.05

yoekonomik düzeyin yüksek olabileceğini düşündürmez. Diğer yandan üniversite hastanesine ulaşma imkanı olan olguların çalışmaya alındığı düşünüldürse çoğunluğun il merkezi ağırlıklı olması daha kolay açıklanabilir.

Chandraseleoron ve arkadaşları (1994) yaptıkları 5 yıllık bir izlem çalışmasında olguların %50'sinde hastalığı tetikleyen bir stres etkeni olduğunu belirtmişlerdir. Tomasson ve arkadaşları (1991) yaptıkları çalışmada da 250 olgunun %56'sında nöbetler öncesinde stres etkeni olduğunu ve bunların da ağırlıklı olarak evlilik sorunlarından oluştuğunu bildirmişlerdir. Ersoy (1995) da konversiyon bozukluğunun emosyonel streslerle tetiklenebileceğini bildirmiştir. Çalışmamızdaki olguların 43'ünde (%59.7) nöbetlerden önce nöbetleri tetikleyici stres etkeni tanımlanıyordu. Stres etkeni sıklığı literatürde bildirilene benzerdi (Tablo 2).

Olguların soygeçmişleri incelendiğinde %20.8'inin birinci derece akrabasında konversiyon bozukluğu olduğu öğrenildi. Ülkemizde yapılan konversiyon bozukluğunu inceleyen bir tez çalışmasında bu oranı %28 olarak bulunmuştur (Candansayar 1994).

Ülkemizde konversiyon bozukluğu tanısı konanlarda yapılan bir çalışmada; olguların %66.3'ünde katılmalar ya da konvülsiyonlar, %36.9'unda duyu belirtisi ya da kaybı, %41.1'inde motor belirtisi ya da kaybı olduğu bildirilmiştir (Gülseren ve ark. 1993). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise olguların

%74'ünde katılmalar ya da konvülsiyonlar, %10'unda globus histerikus, %6.9'unda paralizisi, %6.9 konuşamama, %3.4 körlük olduğu bulunmuştur (Avcı ve Aslan 1995). Tomasson ve arkadaşları (1991), konversiyon bozukluğu olan olgularla yaptıkları çalışmada olguların %71'inin, 62 olgunun 52'sinin psödonörolojik kayıplar şeklinde konversiyon belirtisi gösterdiğini bildirmişlerdir. 72 olgunun ele alındığı bu çalışmada %40.3 oranında katılmalar ya da konvülsiyonlar; %40.3'ünde de duyu belirtisi ya da kaybı vardı.

Körlük ya da afoni gibi belirtilerin Batı ülkelerinde seyrek görüldüğü belirtilirken gelişmekte olan ülkelere bu belirtilerin hala sık görülmeye devam ettiği bildirilmektedir (Kent ve ark. 1995, Sağduyu ve ark. 1997, Tomasson ve ark. 1991). Bizim çalışmamızda afoni %2.8 oranındaydı. Konversiyon bozukluğunda boğazda yumru hissi, kusma, öksürük, hıçkırık, geğirmeler, öğürme, diyare gibi motor belirtisi ya da kaybı görülebileceği bildirilmiştir (Öztürk 1997). Çalışmaya alınan olgularımızın %6.9'unda boğazda yumru hissi vardı.

Hastalık süresi uzadıkça eşlik eden diğer ruhsal bozukluk sıklıklarının anlamlı düzeyde artış gösterdiği ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Bu artışlar olasılıkla; konversiyonu çözüm olarak kullanan kişilerde stres faktörlerinin sürmesi durumunda konversiyon belirtilerinin yetersiz kalmasından dolayı, ek olarak duygudurum ya da anksiyete bozukluğunun gelişmesinden kaynaklanıyor olabilir. Konversiyon bozukluğuna sıklıkla diğer bir ruhsal bozukluk eşlik etmektedir. Herhangi bir duygudurum bozukluğunun, katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren konversiyon bozukluğu ile birliktelik oranı %45-85 arasında değişmektedir (Lesser 1996, Tomasson ve ark. 1991). Birlikte görülen duygudurum bozukluğunun çoğunluğunu majör depresyon oluşturmaktadır (Özen ve Arıcıoğulları 2000). Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren konversiyon bozukluğu olan olguların %70'inde panik bozukluk, %35-91'inde disosiyatif bozukluklar, %33-49'unda posttravmatik stres bozukluğu, %15-20'sinde alkol ve madde bağımlılığı olduğu bildirilmiştir. Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren konversiyon bozukluğu olan olgularda diğer konversiyon belirtilerinin görülme oranı %82 olarak bulunmuştur (Lesser 1996, Tomasson ve ark. 1991).

Kent ve arkadaşları (1995) 51 konversiyon bozukluğu olan olgunun %18'inde major depresyon, %18'inde alkol kötüye kullanımının ek tanısı olarak bulunduğunu bildirmişlerdir. Bowman ve Markand (1996) katılmalar ya da konvülzyonlar gösteren konversiyon bozukluğu olan 45 olgunun %64'ünde duygudurum bozukluğu, %11'inde anksiyete bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir. Kurumholz ve Niedermeyer (1983) katılmalar ya da konvülzyonları olan 41 olgunun %44'ünde depresyon görüldüğünü bildirmişlerdir. DSM-IV tanısı ölçütlerine göre çalışmamıza alınan olguları değerlendirdiğimizde; %23.6'sında majör depresif bozukluk, %4.2'sinde distimik bozukluk, %5.5'inde obsesif kompulsif bozukluk, %2.7'sinde panik bozukluk, %2.7'sinde posttravmatik stres bozukluğu, %1.2'sinde sosyal fobi olduğu saptandı (Tablo 4). Bu sonuçlar da daha önce yapılmış diğer araştırmaların bulgularıyla uyumludur.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastalığın genç erişkin yaşta başlayıp kronikleşme eğilimi taşıdığı belirtilmektedir (Gülseren ve ark. 1993). 1992 yılında bir çalışmada 51 konversiyon bozukluğu tanısı konmuş hasta incelenmiş, hastalık başlama yaşı ile başvuru yaşı arasında ortalama 7 yıllık bir süre olduğu bildirilmiştir (Tomasson ve ark. 1991).

Çalışmamızda ortalama hastalık süresi 4.2 yıl olarak belirlendi. Seçilmiş hasta grubunun çoğunluğunun poliklinikte izleme gruplarından alınmış olması, bu grubun muhtemelen bütün konversiyon grubu içindeki kronikleşmiş hastaların yoğun bulunduğu bölgeden seçilmiş olabileceğinden dolayı ortalama hastalık süresinin uzun olduğu düşünüldü.

Çalışmada belirlenen ortalama hastalık süresi göz önüne alınarak hastalar 4 yıl altı (Grup 1) ve 4 yıl üstü (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldığında; Grup 2'de konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar Grup 1'dekilere göre anlamlı düzeyde daha sıklıkla (p=.01). Bu artışlar olasılıkla; konversiyonun, çözüm olarak kullanıldığı kişilerde, ortaya çıkarıcı şartların sürmesi durumunda, yetersiz kalmasından kaynaklanmaktadır. Benzer sıkıntıları süren kişi başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kaldığı durumlarda depresyon ya da anksiyete belirtileri gösterebilmektedir.

Hacettepe Kişilik Envanterinde (HKE), DK'ın

Grup 2'de Grup 1'den düşük olması; daha uzun süre konversiyon bozukluğu yakınması olan hastaların daha gergin, kaygılı, karşılaştıkları yeni durumlarda ise daha korkak ve çekingen tutum izleyebileceklerini düşündürmektedir.

Ortalama NE puanının Grup 2'de Grup 1'den, daha yüksek olması kronik yorgunluk, baş ağrısı, uykusuzluk, görme güçlükleri, iştahsızlık gibi bedensel yakınmaların hastalık süresi uzamış hastalarda daha sık olabileceğini ve genellikle ruhsal çatışmaların daha çok fiziksel yolla ifade edildiğini düşündürmektedir. Bu bulgu da konversiyon bozukluğu için yapılan psikodinamik yorumları destekler niteliktedir.

Ortalama Aİ puanının evlilerde bekar ve dul olanlara göre, erkeklerde de kadınlara göre daha yüksek olması kadınların, bekar ve dulların aile içi ilişkilerde daha çok güçlükler yaşadığını, kadınların aile içi beklentilerinin daha yüksek olduğunu, beklentilerinin gerçekleşmemesi durumunda daha sık hayal kırıklığına uğradıklarını ve güçlükler karşısında konversiyon belirtilerinin daha sık ortaya çıkabildiğini düşündürmektedir.

Erkeklerin Sİ puanının kadınlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek olması nedeniyle erkeklerin daha uyumlu ve sosyal becerilerinin daha yüksek düzeyde olduğu, bunun da konversiyon belirtilerinin daha az ortaya çıkmasına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Çalışmamızdan elde ettiğimiz tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde, olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiğini görmekteyiz. Konversiyonun bilinç dışı çatışmanın ortaya çıkardığı kaygıyı çözücü özelliğinin zaman içinde azalması ve sonuçta başka ruhsal bozuklukların ortaya çıkma olasılığının artması nedeniyle konversiyon bozukluğu tanısı konduktan sonra tedavi yaklaşımlarının hemen ve özenle yapılması gerektiği, özellikle belirtilerin uzun süredir devam ediyor olması durumunda hastalarda nevrotik özelliklerin, gerginlik, kaygı ve duygusal kararsızlıkların tabloda belirgin hale gelişinin hastalığın gidişinde önemli etkenler olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- Alkın T, Tunca Z (1997) Konversiyon bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed). Ankara. Hekimler Yayın Birliği, s. 537-544.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, 4. baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- Avcı A, Aslan H (1995) Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu: karşılaştırmalı bir klinik çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6: 49-53.
- Bhatia MS, Vaid L (2000) Hysterical aphonia-an analysis of 25 cases. *Indian J Med Sci*, 54: 335-338.
- Bowman ES, Markand NO (1996) Psychodynamics and psychiatric diagnoses of 33 pseudoseizures subjects. *Am J Psychiatry*, 153: 57-63.
- Candansayar S (1994) Somatizasyon ve konversiyon bozukluğu olan bir grup hastada tanı sınırları ve psikososyal özelliklerin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri AD., Ankara.
- Chandrasearon R, Goshami UV, Sivakuner ve ark. (1994) Hysterical neurosis: a follow up study. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 78-80.
- 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.
- Ersoy MA (1995) Şüpheli bir konversiyon bozukluğu olgusu: konversiyon bozukluğunun psikiyatrik olmayan diğer tıbbi durumlarda ilişkisi. *Psychomed*, 1: 111-114.
- Ford CV, Folks DG (1985) Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*, 26: 371-383.
- Gülseren Ş, Özmen E, Önal C ve ark (1993) Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*, 31: 373-77.
- Hodgman CH (1995) Conversion and somatization in pediatrics. *Ped Rev*, 16: 29-34.
- Işık E (1996) *Nevrozlar*. Ankara, Kent Matbaası, s. 299-312.
- Işık S (1981) *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Elkitabı* (Türk standardizasyonu). Ankara, Sevinç Matbaası.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) *Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı. Baltimore, Williams and Wilkins, s. 617-632.
- Kaptanoğlu C, Aksaray G, Önen R ve ark. (1993) Konversiyon bozukluğunda semptom dağılımı, sosyo-kültürel özellikler, yaşam olayları ve depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30: 381-384.
- Kaygısız A, Alkın T (1999) Konversiyon bozukluğundaki ruhsal bozukluk eştanılarının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10: 40-49.
- Kent DA, Tomasson K, Coryell W (1995) Course and outcome of conversion and somatization disorders. A four year follow up. *Psychosomatics*, 36: 138-144.
- Krahn LE, Rummans TA, Shorbrrough FW ve ark (1995) Pseudoseizures after epilepsy surgery. *Psychosomatics*, 36: 487-493.
- Kurumholz A, Niedermeyer E (1983) Psychogenic seizures: a clinical study with follow up data. *Neurology*, 33: 498-492.
- Lesser RP (1996) Psychogenic seizures. *Neurology*, 46: 1499-1407.
- Mai MF (1995) Hysteria in clinical neurology. *Can J Neurol Sci*, 22: 101-110.
- Nakoya M (1995) True auditory hallucinations as conversion symptoms, *Psychopathology*, 28: 214-219.
- Pehlivanürk B, Ünal F (2000) Conversion disorder in children and adolescents: clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Türk J Pediatr*, 42: 132-137.
- Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A ve ark. (2000) Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. Ve II. eksen eştanılar. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2: 87-96.
- Özen Ş, Arıcıoğulları Z (2000) Konversiyon bozukluğu zemininde gelişen nöroleptiğe bağlı faringeal distoni: bir olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10: 228-232.
- Öztürk O (1997) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Baskı Ankara Hekimler Yayın Birliği, s. 293-318.
- Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ ve ark. (1997) Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 161-169.
- Savaşır I (1978) Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyon projesi. *Psikoloji Dergisi*, 1: 18-25.
- Şenol S, Önder M, Özalp E (1994) Konversiyon belirtisi olarak körlük: bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5: 291-294.
- Tasman A, Kay J, Lieberman LR ve ark. (1997) *Psychiatry*. Philadelphia, WB Saunder Company, s. 1119-1155.
- Tomasson K, Kent D, Coryell W (1991) Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics of presentation. *Acta Psychiatr Scand*, 84: 288-29.