



T.C.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

M.K.Ü. TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KONVERSİYON BOZUKLUĞU
TANISI KONMUŞ HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ve
KLİNİK ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hacı Mehmet EREN

HATAY 2011



T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

M.K.Ü. TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KONVERSİYON BOZUKLUĞU
TANISI KONMUŞ HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE
KLİNİK ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hacı Mehmet EREN
DANIŞMAN: Prof. Dr. Asena AKDEMİR

HATAY 2011

TEŞEKKÜR...

Asistanlık eğitimine başladığım günden bu yana derslerimde ve tez konusunun belirlenmesinde, çalışmaların planlanması ve yürütülmesi esnasında çok değerli yardım ve destekleriyle hep yanımda gördüğüm değerli tez hocam Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Asena AKDEMİR'e,

Değerli hocam Yrd.Doç.Dr. Mustafa ARI'ya, çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde katkıda bulunan değerli hocam Doç.Dr. Tacettin İNANDI'ya, ihtisas arkadaşım ve meslektaşım Duygu Akbaş ÖNCEL'e ve diğer ihtisas arkadaşlarıma,

Hep yanımda oldukları için eşime ve biricik kızıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER:

TEŞEKKÜR

TABLO LİSTESİ

ÖZET

ABSTRACT

1-GİRİŞ VE AMAÇ:	1
2-GENEL BİLGİLER:	3
2.1 Tarihçe:	3
2.2 Epidemiyoloji:	4
2.3 Etiyoloji:	6
2.4 Tanı:	9
2.5 Klinik Görünüm:	11
2.6 Ayırıcı Tanı:	14
2.7 Gidiş ve Sonlanış:	19
2.8 Tedavi:	20
3-GEREÇ VE YÖNTEM:	22
3.1 Çalışma Grubunun Seçimi:	22
3.2 Dışlama Kriterleri:	22
3.3 Veri Toplama Araçları:	22
3.4 Kullanılan Testler ve Ölçekler:	23
3.5 İstatiksel İşlemler:	24
4-BULGULAR:	25
5-TARTIŞMA VE SONUÇ:	53
6-KAYNAKLAR:	60
7-EKLER:	71

TABLolar:

Tablo 1: Katılımcıların yaş dağılımı:	25
Tablo 2: Katılımcıların cinsiyet dağılımı:	26
Tablo 3: Katılımcıların eğitim durumu dağılımı:	27
Tablo 4: Katılımcıların eğitim yılı dağılımı:	27
Tablo 5: Katılımcıların medeni durum dağılımı:	28
Tablo 6: Katılımcıların evlenme yaşı dağılımı:.....	29
Tablo 7: Katılımcıların meslek dağılımı:	29
Tablo 8: Katılımcıların kardeş sayısı dağılımı:	31
Tablo 9: Katılımcıların cinsiyete göre ailede psikiyatrik hastalık dağılımı:	32
Tablo 10: Katılımcıların cinsiyete göre alt tip dağılımı:	34
Tablo 11: Katılımcıların yaşa göre alt tip dağılımı:	35
Tablo 12: Katılımcıların mesleğe göre alt tip dağılımı:.....	36
Tablo 13: Katılımcıların eğitim durumlarına göre alt tip dağılımı:	37
Tablo 14: Katılımcıların yaşadığı yere göre dağılımı:	38
Tablo 15: Katılımcıların ortalama aylık gelire göre alt tip dağılımı:	39
Tablo 16: Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumuna göre alt tip dağılımı:	40
Tablo 17: Katılımcıların eğitim durumuna göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) Skor dağılımı:	41
Tablo 18: Katılımcıların eğitim durumuna göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı:	42
Tablo 19: Katılımcıların eğitim durumuna göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı:	43
Tablo 20: Katılımcıların yaşa göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) Skor dağılımı:	43
Tablo 21: Katılımcıların yaşa göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı:	44

Tablo 22: Katılımcıların yaşa göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)	
Skor dağılımı:	44
Tablo 23: Katılımcıların cinsiyete göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	
(DES) Skor dağılımı:	45
Tablo 24: Katılımcıların cinsiyete göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)	
Skor dağılımı:	46
Tablo 25: Katılımcıların cinsiyete göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği	
(SDQ) Skor dağılımı:	46
Tablo 26: Katılımcıların ortalama aylık gelire göre Somatoform Dissosiyasyon	
Ölçeği (SDQ) Skor dağılımı:	47
Tablo 27: Katılımcıların ortalama aylık gelire göre Dissosiyasyon Ölçeği	
(DIS-Q) Skor dağılımı:	47
Tablo 28: Katılımcıların ortalama aylık gelire göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	
(DES) Skor dağılımı:	48
Tablo 29: Katılımcıların alt tiplere Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)	
Skor dağılımı:	49
Tablo 30: Katılımcıların alt tiplere göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)	
Skor dağılımı:.....	50
Tablo 31: Katılımcıların alt tiplere göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği	
(SDQ) Skor dağılımı:	51

ÖZET:

Konversiyon Bozukluğu, merkezi ya da periferik sinir sisteminin bilinen anatomik ve fizyolojik yapısına uymayan belirtilerle giden, genelde öncesinde hasta için psikolojik bir stresörün veya çatışmanın olduğu bir bozukluk şeklinde tanımlanabilir. Konversiyon belirtilerinin kişinin içinde yaşadığı toplum ve kültürün etkisiyle şekillendiğine dair sosyokültürel görüşler ileri sürülmüştür. Sözel ifadenin toplumca kısıtlandığı durumlarda konversiyon belirtileri ortaya çıkarak sözsüz bir iletişim aracı olmaktadır. Böylece baskılanmış duygular, Konversiyon belirtileri halinde dışa vurularak, konversiyon bir çeşit kendini ifade biçimi olarak kullanılabilir. Risk etkenleri olarak, düşük sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, yetersiz içgörü, düşük zeka düzeyi, sınırlı biyomedikal bilgiye sahip olma ve hastalık öncesinde stres etmenleri gösterilmiştir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde somatize etme eğiliminin yüksek olması, toplumumuzda sık görülen bir psikiyatrik hastalık olması, hastalığın gelişiminde hangi sosyodemografik etkenlerin etkili olduğunu anlamak açısından özellikle incelenmesi ve araştırılması gereken bir alandır.

Ocak 2009 ve Ocak 2011 tarihleri arasında MKÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş ve Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş yaşları 16 ile 65 arasında değişen 75 hasta çalışmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır. Çalışmamızın temel amacı Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini tanımlamaktır.

Çalışmamızda Konversiyon Bozukluğu tanısı almış hastaların %81,3'ünü (64 kişi) kadınların, %50,6'sını (38 kişi) evli kadınların oluşturduğu ve çoğunluğunun evlenme yaşlarının %34,7 (26 kişi) oranı ile 16-19 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %76'sı (55 kişi) çalışmayanlardan ve %56'sı (42 kişi) çekirdek aile yapısına sahip olanlardan oluşmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunu kırsal kesimde yaşayanların ve büyüyenlerin oluşturduğu, genel olarak düşük ekonomik bir düzeye sahip oldukları ve çoğunluğunu (%73,3) ilköğretim ve altı eğitim alanların oluşturduğu saptanmıştır. Klinik alt tiplerine göre değerlendirildiğinde; katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipin %34,7 (26 kişi) oranıyla ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. Hastaların %48,7'sinde ek bir psikiyatrik tanı olduğu, psikiyatrik hastalıklar analiz edildiğinde; somatoform bozuklukların % 11,9 (9 kişi) oranıyla ilk sırada yer aldığı, bunu %11,3 (7 kişi) oranla m. depresyonun % 8 (6 kişi) oranıyla

takip ettiği, yaş, eğitim düzeyi ve ortalama aylık gelir arttıka ek psikiyatrik hastalığın görülme oranın da arttığı saptanmıştır. Katılımcıların %38,7'sinin (29 kişi) Somatoform Dissosiyasyon ölçeğin'den (SDQ) 40 ve üstü puan, %26,7'sinin (20 kişi) Dissosiyasyon ölçeğin'den (DIS-Q) 2,5 ve üzeri puan ve %13,3'ünün (10 kişi) Dissosiyatif Yaşantılar ölçeğin'den (DES) 30 ve üzeri puan aldıkları, Somatoform Dissosiyasyon leği (SDQ) ve Dissosiyasyon leği (DIS-Q) skorları arasında yüksek skorların oranlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Ölçeklerden yüksek puan alanların büyük çoğunluğunu, kadınların, ev hanımlarının, düşük eğitim yılına sahip olanların, 20-29 yaş grubundakilerin ve ortalama aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oluşturduğu saptanmıştır.

Çalışmamız sonucunda polikliniğimize başvuran hastaların çoğunluğunun düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlardan, kadınlardan, 20-29 yaş aralığında olanlardan oluştuğu, alt tip bakımında katılmalar ve konvulsiyonlar gösteren alt tipin daha sık grldğ ve katılımcıların neredeyse yarısının ek bir psikiyatrik hastalığının olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Konversiyon Bozukluğu, sosyodemografik Özellikler, klinik alt tipler

ABSTRACT:

Conversion Disorder can be defined as a disorder is leading to symptoms that do not comply with known anatomical and physiological structure of central or peripheral nervous system, for the patient before the disease is a psychological stressors or conflict. Conversion symptoms in a person's socio-cultural views that are formed due to the society and culture have been suggested. When verbal expression is restricted the society emerges, conversion symptoms are non-verbal communication tool. Thus, the repressed emotions, gunned down outside in the symptoms of conversion, a kind of conversion can be used as a form of self-expression. Shown as risk factors are low socio-economic conditions, poor insight, low levels of education, low intelligence level, and to have limited biomedical knowledge of disease and stress factors before the disease. Such as our country in developing countries, tendency of somatizing to be higher, is a common psychiatric illness in our society, investigate and understand the terms of an area to be investigated, especially socio-demographic factors which are influential in the development of the disease.

Between January 2009 and January 2011 Mustafa Kemal University Faculty of Medicine Research and Application Hospital admitted to the psychiatric clinic and diagnosed with Conversion Disorder 75 people those between the ages of 16 and 75 constitute the sample group of work. The main purpose of our study is patients diagnosed with conversion disorders to define sociodemographic and the clinical characteristics.

In our study 81.3% of patients diagnosed with Conversion Disorders were women, 50,6% of the participants (38 people) was found the married women and marriage age of majority (34,7% (26 people)) was found to be in the range of 16-19 years of age. 76% of the respondents unemployed and 56% of the respondents consisted of those with a nuclear family structure. The majority of the patients were determined that living and grew in rural areas, generally they have low economic level and the majority of respondents (%73,3) were primary school and six training areas. Evaluated according to clinical subtypes; determined that seizures or convulsions subtype was in the first place (%34,7).

Determined that 48,7% of the patients was found in an additional psychiatric diagnosis. Psychiatric disorders were analyzed; somatoform disorders (%11,9) in the first place, this is followed by m.depression (%8). The rate of addition psychiatric illness were increased by increased age, increased educational level and increased the average monthly incomes were seen. 38.7% of the participants of them (29 people) Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) 40 and above points, 26,7% of them (20 people) Dissociation Questionnaire (DIS-Q) 2,5 and above and 13.3% points reputation (10 people), Dissociative Experiences Scale (DES) 30 and above scored, Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) and the Dissociation Questionnaire (DIS-Q) scores were similar between the rates of high scores. Areas of high points, the majority of the scales, women, housewives, those with low education by the year, 20-29 age group and those of the average monthly income was under 1,000 TL.

As a result of our study; the majority of patients admitted to our outpatient clinic were with low socioeconomic status, majority of the respondents were composed women, the 20-29 age group. Looking for sub-types; showing the seizures or convulsions sub-type were more prevalent and almost half of the participants were found to be an additional psychiatric disease.

Key words: Conversion Disorder, sociodemographic characteristics, clinical subtypes.

1-GİRİŞ ve AMAÇ:

Konversiyon Bozukluğu, özellikle nörolojik bozuklukları taklit eden, ancak merkezi ya da periferik sinir sisteminin bilinen anatomik ve fizyolojik yapısına uymayan, öncesinde hasta için psikolojik bir stresörün veya çatışmanın olduğu bir bozukluktur (1, 2). Bu çerçeveden bakıldığında; Konversiyon Bozukluğu hareket, duyu ve nörovegetatif sistemde organik bir temele dayanmayan işlev yitimi, işlev azalması ya da çoğalması şeklinde tanımlanabilir (3).

Bugün kullanılan sınıflandırma açısından bakıldığında, Konversiyon Bozukluğunun yeri kadar tanınal geçerliliği ile ilgili tartışmalar hala sürmektedir. Bazı yazarlarca ruhsal bir bozukluktan çok yalnızca belirtiler bütünü olarak yorumlanmaktadır (4).

Konversiyon Bozukluğu DSM-IV'te somatoform bozukluklar başlığı altında yer almıştır. ICD-10'da ise disosiyatif bozukluklar başlığı altında yer almıştır. Son çalışmalar disosiyatif bozukluk görülen hastalarda yüksek oranda konversiyon ve somatoform belirtilerinin görüldüğünü bildirmektedir (5, 6). Kimi yazarlarca konversiyon belirtileri bir "iletişim biçimi, hasta rolünü benimseme, başa çıkma düzeneği ya da streslere tepki" şeklinde yorumlanmıştır. (7, 8, 9).

Konversiyon belirtilerinin kişinin içinde yaşadığı toplum ve kültürün etkisiyle şekillendiğine dair sosyokültürel görüşler ileri sürülmüştür. Sözel ifadenin toplumca kısıtlandığı durumlarda konversiyon belirtileri ortaya çıkarak sözsüz bir iletişim aracı olmaktadır (8). Böylece baskılanmış duygular, konversiyon belirtileri halinde dışa vurularak, konversiyon bir çeşit kendini ifade biçimi olarak kullanılabilir (10).

Konversiyon Bozukluğunun erken çocukluktan 90'lı yaşlara kadar her yaşta görülebilmesine rağmen en sık 15-35 yaş arasında görüldüğü bilinmektedir. Genellikle gelişmemiş ülkelerde % 1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Ülkemizde bu oran %4,5 - 32 olarak bulunmuştur (11).

Risk etkenleri olarak, düşük sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, yetersiz içgörü, düşük zeka düzeyi, sınırlı biyomedikal bilgiye sahip olma ve hastalık öncesinde stres etmenleri gösterilmiştir (7, 12, 13). Özellikle son zamanlarda meydana gelen stresli yaşam olaylarıyla Konversiyon Bozukluğu belirtilerinin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (14).

Gelişmekte olan ülkelerde halen günlük psikiyatrik uygulamada sık karşılaşılan bir tanı olan Konversiyon Bozukluğu, ilk muayenede sıklıkla gözden kaçmakta ya da hatalı tedavi yöntemleri kullanılarak tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Birçok hastalığı taklit edebileceği için Konversiyon Bozukluğunun tanısı sırasında tıbbi hatalar ortaya çıkabilmektedir (10, 15, 16). Konversiyon reaksiyonları ile organik hastalıklar arasındaki ayırım birçok hekim için zor ve kafa karıştırıcı bir sorundur (17). Konversiyon Bozukluğunun daha iyi tanınması, bilgi birikiminin ve tanı yöntemlerinin artması, tanı ölçütlerinin gelişmesi sayesinde daha kolay tanınabilmektedir (18).

Konversiyon Bozukluğu gelişmiş ülkelerde çok az görülmekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde halen günlük psikiyatrik uygulamada sıkça karşılaşılan bir tanı grubudur (19). Birçok çalışmayla gelişmekte olan toplum kesimlerinde daha sık görülen bir bozukluk olduğu gösterilmiştir (7, 20, 21).

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde somatize etme eğiliminin yüksek olması, toplumumuzda sık görülen bir psikiyatrik hastalık olması nedeniyle, hastalığın gelişiminde hangi sosyodemografik etkenlerin etkili olduğunu anlamak açısından özellikle incelenmesi ve araştırılması gereken bir alandır. Konversiyon Bozukluğu konusunda genel bilgiler arttıkça, bu hastalara karşı olan genel yaklaşımın ve tedavi seçeneklerinin değişebileceğini düşünüyoruz. Bu araştırmada polikliniğimize başvuran Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırılmasıyla, bu anlamda bir katkı sağlanması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe:

Konversiyon Bozukluğu kavramı önceleri histeri kavramıyla eşleştirilmekteydi ancak, histeri teriminin çok karmaşık belirtileri içermesi, tam bir tanımlamasının yapılamaması, terimin kendisine kişiyi suçlayıcı, kötüleyici anlam yüklenmiş olması gibi nedenlerle artık tıp dilinde çok fazla kullanılmamaktadır (22).

Konversiyon Bozukluğu kavramından ilk olarak Eski Mısırlılar döneminden bahsedilmiştir (23). “Histeria” kelimesi köken olarak Yunanca rahim kelimesinin karşılığıdır (24, 25). Hipokrat zamanında bu hastalığın, yalnız kadınlarda görüldüğü sanılarak, kadın rahminin vücut içinde yer değiştirmesi ve yerleştiği organa göre belirti verdiği düşünülmüştür (21). Bu durumun solunum yollarını kapatarak nefes almayı engellediği, uçlara yöneldiğinde her türlü hastalığa sebep olduğuna inanılmıştır (26).

Orta çağda histeri belirtilerinin açıklanmasında doğüstü güçler ve dinsel yorumlar kullanılmıştır. Histeri hastalarının şeytana tutuldukları, büyücü oldukları kabul edilmiş ve bu kişiler toplumdan dışlanmışlardır (22, 27).

16.yüzyıla kadar histeri, yalnız kadınlarda görülen bir hastalık olarak kabul edilir; kadın genital organlarının bu hastalığa yol açtığına inanılırdı. 16.yy’da Lepois histerinin nörolojik bir hastalık olduğunu savunmuş, erkeklerde de görülebilen bir hastalık olduğunu öne sürmüştür. 17.yüzyılda hastalığın beyinle ilişkisi kurulmaya başlanmıştır. Bu dönemde tanınmış İngiliz hekimlerinden Sydhenam histeriyi kadınlarda görülen, ruhsal ve fiziksel belirtilerle giden bir hastalık olarak tanımlamıştır (28, 29, 30). Sydhenam o dönemde süregelen hastalıklar arasında en sık görülenin histeri olduğunu belirtmiştir (22).

Robert Corter 1850’li yıllarda Konversiyon Bozukluğu ile ilgili ilk bilimsel tanımlamayı yapmıştır. Yine o dönemlerde Paul Briquet yüzlerce hasta üzerinde yaptığı çalışmalarda gözlemlerine dayanarak hastalığın klinik özelliklerini tanımlamaya çalışmıştır (25).

Konversiyon Bozukluğunun modern kavramı Briquet’in hastalığın merkezi sinir sisteminden kaynaklandığı düşüncesinden köken almıştır (8). 19.yüzyılda Mesmer histerik hastaların telkin ve hipnozla iyileşebileceklerini öne sürmüştür. Fransız nörolog Jean-Martin Charcot da bozukluğun genetik etkisi ve travmatik yaşantıların ilişkisine vurgu yaparak kavramın gelişimine katkıda bulunmuştur. Charcot, hastalığın çocuklar dahil her iki cinsten

görülebilir ruhsal bir hastalık olduğunu, hipnozla histerik belirtilerin ortaya çıkabileceğini ileri sürmüştür (22, 25, 31).

Konversiyon terimi ilk kez Freud ve Breuer tarafından kullanılarak, ‘‘bastırılmış bir düşüncenin bedensel belirtiyeye dönüşmesi’’ olarak tanımlanmıştır (10, 16). Konversiyon terimi Sigmund Freud’un Anna O. olgusunda gözlemlediği, Konversiyon Bozukluğu belirtilerinin bilinçdışı çatışmaları yansıttığı hipotezi ile birlikte ortaya çıkmıştır. Freud ‘‘konversiyon’’ terimini, bastırılmış düşüncelerin yerini alan bedensel belirtiler için kullanmıştır (32). Bu görüşe göre bilinç dışı bir güdülenme ile kişi, çatışmasının yarattığı kayıdan kurtulmak amacıyla intrapsişik çatışmayı fiziksel bir belirtiyeye dönüştürür (10).

Babinski’nin histeri tanımlaması, bu hastalığın araştırılmasına ışık tutmuştur. Babinski, histeriyi ‘‘belirtileri telkinle ortaya çıkan ve telkinle kaybolan somatik ve psişik çeşitli belirtiler topluluğu’’ olarak tanımlamıştır ve histeriyeye ‘‘telkin nevrozu’’ anlamına gelen ‘‘pithiatizme’’ adının verilmesini önermiştir. Pierre Janet histeriyi psikolojik sentez işlevinde bir zayıflama ile bilinç altında oluşan daralma sonucu, kişilikte bir çözülmeyle, kişiyi rahatsız eden duyguların bilinçten izole edildiği bir hastalık olarak tanımlamıştır (8, 32, 33, 34, 35).

Kretchmer’in histeri tanımlaması da, histerinin anlaşılması açısından önemlidir. Kretchmer, histeriyi ‘‘yüksek psişik işlevlerin yeterli derecede olgunlaşmamış veya iyi gelişmemiş olduğu kimselerde, içgüdüsel dürtülerin iyi kontrol edilememesinden doğan bir hastalık’’ olarak tanımlamıştır (36).

2.2. Epidemiyoloji:

Konversiyon Bozukluğunun epidemiyolojisiyle ilgili veriler görece azdır, bu yüzden yaygınlığıyla ilgili kesin bir oran belirtmek zordur (34, 27). Tanımlama ve örneklem seçimindeki farklılıklar ve yapılmış çalışmalardaki yöntemsel farklılıklar gibi birçok değişkenden dolayı Konversiyon Bozukluğunun yaygınlığı ve sıklığı üzerine kesin bir veri bulunmamaktadır (8, 37, 38, 39, 40). Genellikle gelişmemiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Ülkemizde bu oran %4,5-32 olarak bulunmuştur (11). Kısa ve arkadaşlarının 2001 yılında genel bir hastanenin acil servisinin psikiyatri bölümüne başvuran hastaların profilini inceledikleri bir çalışmada, başvuranlar arasında Konversiyon Bozukluğu tanısı %33,5 olarak saptanmıştır (12).

Konversiyon Bozukluğunun erken çocukluktan başlayarak her yaş grubunda görülebmesine rağmen, en sık geç çocukluk ve erken erişkinlik dönemlerinde görüldüğü bilinmektedir. 10 yaşından önce ve 35 yaşından sonra başlamasının nadir olduğu ileri sürülmüş olmakla beraber literatürlerde 9. dekatta başlayan olgular da gösterilmiştir (7, 27, 39, 41). Çocuk ve ergenlerde Konversiyon Bozukluğu, batı ülkelerinde nadir olarak görülmektedir. Konversiyon Bozukluğu ile ergenler ve genç erişkinlerde çocuklara oranla daha sık karşılaşılmakta, beş yaşın altındaki çocuklarda görülme olasılığı belirgin olarak düşmektedir (7). Çocuklarda tanınması daha karmaşık olan bu bozuklukta cinsel ve fiziksel kötüye kullanım veya belirgin ailesel sorunlar gibi yaşam olayları oldukça sık saptanmıştır (42).

Cinsiyetler arasındaki görülme oranları açısından bakıldığında; ergenlik döneminden önce kız ve erkeklerde eşit sıklıkta görülürken, ergenlikten sonra kadınlarda 2-19 kat daha fazla görülmektedir (8, 38, 43, 44).

Bazı çalışmalar Konversiyon Bozukluğunda geçici veya uzun süreli konversiyon belirtilerinin yaşam boyu görülme riskinin yaklaşık %33 olduğunu göstermektedir. Öte yandan Konversiyon Bozukluğu psikiyatri hastanelerinin %1'inden daha azını işgal etmekte ve acil servislerde nadiren teşhis edilmektedir (45).

Düşük sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, yetersiz içgörü, düşük zeka gibi etkenler risk etkenleridir. Ayrıca hastalık öncesinde stres etmenlerinin önemi vurgulanmıştır (7, 45, 46). Türkiye'de yapılan araştırmalarda Konversiyon Bozukluğu öncesi stres etmenlerinin %17-45 oranlarında görülebileceği bildirilmiştir (11). Hastaların yaklaşık %80'inde çocuklukta yaşanmış fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olduğu saptanmıştır (47). Kısıtlı veriler Konversiyon Bozukluğu olanların akrabalarında Konversiyon Bozukluğu belirtilerinin daha sık görüldüğünü göstermektedir. Monozigotik ikizlerde Konversiyon Bozukluğu riskinin yükseldiği bildirilmiştir (45).

Kardiyoloji, gastroenteroloji ve nöroloji kliniklerine başvuran hastaların üçte birinin herhangi organik bir bozukluğu olmadığı ve bu hastaların ciddi ekonomik kayıplara neden olacak kadar uzun süre izlendikten sonra psikiyatri yardımı için başvurdukları tespit edilmiştir. Hastanede yatan hastalar arasında genel olarak somatoform bozukluğu görülme oranının yüksek olduğu, bu hasta grubunun büyük bir kısmının da (%5-%16) Konversiyon Bozukluğu olduğu bildirilmiştir. (48). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise yatan hastalar arasında Konversiyon Bozukluğu %6 oranında, kadın/erkek oranı 3-5 olarak bulunmuştur (27).

Konversiyon Bozukluğunun belirtileri bağlamında bakıldığında; genel olarak kırsal kesim ve düşük sosyoekonomik düzeyde daha dağınık, değişken ve abartılı belirtiler gözlenirken, üst sosyoekonomik düzeylilerde ve eğitilmişlerde belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklara daha çok benzediği bildirilmektedir (33, 49).

2.3. Etiyoloji:

Konversiyon Bozukluğunun etyolojisinde çeşitli psikodinamik görüşler, nörobiyolojik ve genetik etmenler, sosyokültürel görüşler üzerinde durulmuş ancak, çalışmalar sonucunda genellikle çok etkenli bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (8, 50).

2.3.1. Psikodinamik Kuram:

Charcot; Mesmer ve Braid döneminde başlayan ve hemen hemen unutulmuş hipnotizmayı Paris'in meşhur Salpetriere salonunda yüzlerce meraklı ve renkli seyirciye muhteşem bir gösteriyle ve insanların şaşkın bakışları arasında sunarken, Konversiyonu 19. yüzyılın ikinci yarısında ilk kez bu derece medyatik bir olay haline getiriyordu. Charcot'un bu gösterileri Pierre Janet ve Sigmund Freud'un da ilgisini çekmiş ve onlar da bu gösterileri izlemeye gitmişlerdir. Charcot bu gösterilerinde sahneye çağırdığı insanları hipnotize ederek meyve diye kömür yediyor, çocuğu diye elindeki şapkasını sevip öptürüyor, elleri ve ayakları üzerinde yürüterek köpek gibi havlatıyordu. Bu gösterileri izleyen Janet için anahtar kavram "bilincin dissosiyasyonu" olmuştur. Freud da önceleri dissosiyasyon kavramını benimsemiştir. Ancak onun ilgisi kavramlardan çok bu histerik belirtilerinin kaynağına yönelik olmuştur. Freud'un histerik hastaların tedavisinde hipnozu kullanması, Viyana'da Breuer'in hipnotize ettiği hastaları serbest konuşmaya bıraktığında anlattıkları çocukluk dönemi emosyonel travmatik yaşantıları ve bunların doğrudan histerik belirtileriyle bağlantılarını görmesi sonucu olmuştur. Bilinç dışına itilmiş bu ilk anıların ve bunlarla ilişkili duyguların kendiliğinden ifade edilmesi belirtilerin kaybolmasına yol açmaktaydı. Freud buradan yola çıkarak tedavi yaklaşımını ve mevcut belirtinin nasıl oluştuğunu açıklamıştır. Travmatik olayla ilgili olan duygusal yaşantı, sözel olarak ifade edilmediği için somatik histerik belirtiyeye dönüşüyordu. Bu belirti aynı zamanda sembolik olarak travmatik olayı da yansıtıyordu (51). Freud "konversiyon" terimini, bastırılmış düşüncelerin yerini alan bedensel belirtiler için kullanmıştır (52). Bu görüşe göre bilinç dışı bir güdülenme ile kişi çatışmasının yarattığı kaygıdan kurtulmak amacıyla intrapsişik çatışmayı fiziksel bir belirtiyeye dönüştürür.

Belirtiler yasaklanmış istek veya dürtülerin kısmen ifade edilmesine olanak tanır (2, 10). Freud, konversiyon oluşumunda pregenital dönem ve bu dönemde çözümlenememiş “oidipus karmaşası” ile “kastrasyon anksiyetesi” üzerinde durmuş, cinsel ya da saldırgan içerikli dürtülerin bilince çıkması engellendiğinde, bunların bir beden işleyişiyle sembolize edilip, konversiyon savunma düzeneği aracılığıyla işlev bozukluğu ya da kaybı şeklinde bilince çıkabileceğini belirtmiştir (8, 33, 50).

Konversiyon Bozukluğu psikodinamik olarak bilinç dışı intrapsişik bir çatışmanın yarattığı bunaltının bedensel bir belirtiyeye döndürülmesi ile ortadan kaldırılması (birincil kazanç) olarak yorumlanmaktadır (53). Ortaya çıkan işlevsel fizyolojik bozukluklar, kişinin çevreden ilgi ve anlayış görmesine ve böylece sorumluluklarından uzak tutulmasına yarayacaktır (ikincil kazanç) (2, 22).

Bazı yazarlarca konversiyon belirtilerinin bir “iletişim biçimi, hasta rolünü benimseme, başa çıkma düzeneği ya da streslere tepki” olduğu düşünülmüştür (8, 54).

Fenickel Konversiyon Bozukluğundaki biçim değiştirme düzeneklerinin sembolizm, plastik anlatım, yoğunlaştırma ve yer değiştirme ya da tersi temsil etme, olayların sırasının tersine çevrilmesi ya da bütünü temsil eden ayrıntıların abartılması gibi işlevlere olanak sağladığını ifade etmiştir (33).

2.3.2. Nörobiyolojik Hipotez

Konversiyon Bozukluğunda biyolojik etkenlerin etyolojideki rolü ile ilgili çalışma ve çalışma alanları görece azdır (27). Son 3-4 dekada Konversiyon Bozukluğunu daha bilimsel olarak, özellikle nörobiyolojik yönden inceleme gereksinimi yaygınlaşmışsa da bu konuda büyük bir ilerleme olduğunu söylemek güçtür. Konversiyon belirtilerinin nörolojik hastalıkları olan kişilerde daha sık görülmesi de bu bozukluğun nörobiyolojik açıdan incelenmesi gerektiği görüşünü desteklemektedir. Konversiyon Bozukluğunda nöropsikolojik değerlendirmelere dayanarak, baskın olmayan yarı beyinde daha fazla olmak üzere, her iki beyin yarı küresinde işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Konversiyon Bozukluğu olan kişilerin birinci derecede yakın akrabalarında konversiyon belirtilerinin görece daha sık görülmesi de nörobiyolojik yanı olan bir hastalığın kalıtsal geçişini düşündürmektedir (36).

Son zamanlarda uyarılmış potansiyeller (P300) yöntemi ile Konversiyon Bozukluğunda nörobiyolojik yönden incelemeler yapılmaktadır. Bulgular henüz bir kesinlik kazanmamıştır ve bu konuda görüntüleme yöntemleri ile yapılan araştırmalar da çok azdır (55).

Bazı araştırmalarda işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarıyla, hemosensory Konversiyon Bozukluğu belirtileri olan kişilerde, kollateral talamik hipoaktivite lehine değişimler olduğu gösterilmiştir (56).

Konversiyon Bozuklu hastalarda yapılan nöropsikolojik testlerde yakın bellekte bozulma, alan bağımlılığında ve telkine yatkınlıkta artma gibi bozukluklar izlenmesi olası nörobiyolojik etkenlerin rolünün olabileceğini göstermiştir (8, 10, 33, 57).

Konversiyon belirtilerinin vücudun sol tarafında sağa nazaran daha sık görüldüğü gözleminden yola çıkarak, bozukluğun sağ hemisferde bir patolojiden kaynaklanabileceği görüşü doğmuştur. Bununla ilgili olarak yapılan bir araştırmada hastaların %22,3'ünde beyin bozukluğuna işaret eden en az bir marker (%8,7'sinde epileptiform değişiklikler, %9.7'sinde MRI değişiklikleri, %9.7'sinde nöropsikolojik değişiklikler) saptanmış, fakat genel kanının aksine, değişikliklerin sağ hemisferde daha fazla görüldüğü şeklinde bir bulgu elde edilmemiştir (36).

Bir başka çalışmada duyuşal-motor kayıpları olan Konversiyon Bozukluğu hastalarında, belirtilerin olduğu beden yarısının karşı tarafında talamus, putamen ve kaudatta bölgesel beyin kan akımının azaldığı saptanmıştır. Araştırmacılar belirtilerin düzelmesi ile birlikte beyin kan akımı bulgularının da düzeldiğini bildirmektedirler (58).

Araştırma sonuçları hastaların sensorimotor bedensel sinyallerinin işlenmesinde ve çözümlenmesindeki bozukluğa bağlı olarak endojen bedensel sinyalleri anlama ve bütünleştirmede bir yetersizlik gösterdiklerini doğrulamıştır. Birincil sorun sol hemisferdedir. Ek olarak, sağ hemisfer organizasyonun kadınlarda daha fazla düzensizlik gösterdiği bilinmektedir. Bu görüş Konversiyon belirtilerinin kadınlarda daha sık görülme nedenini biyolojik temellere oturtmaktadır (8, 10, 33, 57).

Spence ve arkadaşları, işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında hemiparezi belirtileri ile giden Konversiyon Bozukluğu hastalarında, azalmış sol dorsolateral prefrontal korteks etkinliği saptamışlardır (58). Konversif tremoru olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada fonksiyonel magnetik görüntüleme ile serebellar vermis ve sol sensorimotor kortekste hiperaktivite olduğu gösterilmiştir (59).

2.3.3 Sosyokültürel Görüşler:

Bazı araştırmacılar Konversiyon Bozukluğunu öğrenme ve şartlandırma kuramlarına göre açıklamaya çalışmışlardır. Bu araştırmacılar, söz konusu kişilerin, yakınlarındaki Konversiyon Bozukluklu hastaların belirtilerini taklit ettiklerini ve ikincil kazançlardan

dolayı bunu sürdürdüklerini ileri sürmüşlerdir (36, 60). Bu görüşe göre hastalarda görülen konversiyon belirtilerinin niteliği bireyin yaşadığı örseleyici olaylar ve yaşam öyküsüyle, toplumun ve bireyin hastalık kavramıyla ve bireyin eğitim düzeyiyle yakından ilgilidir (27).

Tüm insanlar yaşadığı toplum ve kültürden etkilenir. Her toplumda ve kültürde hasta rolü kavramı var olup, bu kavram farklı toplumlarda benzer nitelikler taşımaktadır (27). Duyguların sözel ifadesinin sınırlı olduğu toplumlarda konversiyon belirtileri sözsüz bir iletişim aracı olmaktadır. Toplumca bu belirtilere karşı oluşan tutumlar belirtilerin sürdürülmesinde ya da söndürülmesinde etkili olmaktadır. Örneğin, ruhsal yakınmaların önemsenmediği ya da bir zayıflık olarak görüldüğü toplumlarda duyguların bedenselleştirilmesi olasılığı daha yüksektir. Konversiyon belirtileri ile kişi çevredekilerin dikkat ve sempatisini üzerine çektiğini, başka türlü elde edemeyeceği, belli yükümlülüklerden kaçınabildiğini ve çevresindeki kişilerin davranışlarını denetleyebildiğini fark eder (1, 29).

2.3.4 Genetik Etkenler:

Konversiyon Bozukluğunun etiyolojisinde genetik etkenler de araştırılmıştır. Bu bozukluğun tek yumurta ikizlerinde görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir. Konversiyon Bozukluğu olan kişilerin birinci derece yakınlarında bu hastalığın görülme sıklığı normal toplumdaki 10 kat fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır (2, 4, 21).

Ljunberg yaptığı bir çalışmada Konversiyon Bozukluğu olanların yakın akrabalarını genel popülasyonla karşılaştırmış, kadın akrabalarda 12-14 kat, erkek akrabalarda 4-6 kat daha fazla Konversiyon Bozukluğu görüldüğünü saptamıştır. Ayrıca bu kişilerin 1. derece akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu ve alkolizm normal popülasyondan daha fazla oranlarda bildirilmiştir (8, 33, 61, 62, 63).

Çalışmalar anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkları olan bireylerde, normal popülasyona göre Konversiyon Bozukluğunun daha sık görüldüğünü göstermiştir. (64, 65).

2.4. Tanı:

1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) sınıflamasında, Somatoform Bozukluklar başlığı altında incelenen “Conversion Hysteria” terimi tanımlanmıştır. 1967’de DSM-II’de “histeri” terimi

yeniden tanımlanmıştır. Nevroz ana başlığı altında “konversiyon tipinde histerik nevroz” ve “dissosiyatif tipte histerik nevroz” terimine yer verilmiştir. Bu sınıflamada “Conversion reaction” terimi ile “bedensel işlevlerin lokalize bozuklukları biçiminde kendini gösteren bir grup semptom” kastediliyordu. DSM-II ‘de önemli diğer bir yenilik “la belle indifférence” tanımı idi (3, 16, 25). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems listesinin dokuzuncu versiyonunda (ICD-9) da bu grup “nevrotik bozukluklar” başlığı altında incelendi. Histeri terimi ile hem Konversiyon hem de disosiasyon kastediliyordu (3, 16, 25, 66). Somatoform Bozukluklar ayrı bir sınıf olarak 1980 yılında DSM-III’de tanımlandı. Somatizasyon Bozukluğu (Briquet Syndrom) ve Konversiyon Bozukluğu iki ayrı alt başlık olarak veriliyordu. Konversiyon Bozukluğu tanısı ağırlıklı olarak hekimin yargısına bırakılmış, objektif ölçütlere yer verilmemişti. ICD-10’da Konversiyon Bozukluğu Dissosiyatif Bozukluklar başlığı altında incelenmiştir. 1994 yılında yayımlanan DSM-4’ de Konversiyon Bozukluğu, somatoform bozukluklar grubu içinde bir alt başlık olarak tanımlanmıştır (16).

DSM 4’e göre Tanı ölçütleri:

a-İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren bir ya da birden fazla belirti ya da defisit olması.

b-Bu belirti ya da defisite psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, çünkü bu belirti ya da defisit başlaması ya da alevlenmesi öncesinde çatışmalar ya da diğer stres etkenleri vardır.

c-Bu belirti ya da defisit amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür belirtileri varmış gibi davranılmamaktadır (Yapay bozukluk ya da simülasyonda olduğu gibi).

d-Yeterli bir incelemeden sonra, bu belirti ya da defisit genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin doğrudan etkisi ile ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanamaz.

e- Bu belirti ya da defisit, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da tıbbi değerlendirmeyi gerektirir.

f- Bu belirti ya da defisit ağrı ya da işlev bozukluğu ile sınırlı değildir, sadece Somatizasyon Bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (67).

Alt tipleri:

Motor belirti ya da defisit gösteren

Duyu belirtisi ya da defisiti gösteren

Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren

Karışık görünüm sergileyen (8)

Konversiyon Bozukluğu yakın bir tarihte yayımlanacak olan DSM-V'de Somatik Semptom Bozuklukları başlığı altında Fonksiyonel Nörolojik Bozukluk alt başlığı şeklinde yeniden adlandırılmıştır. Bozukluğun mevcut belirtilerinin yeterli tıbbi değerlendirme sonrasında nörolojik bir bozuklukla uyumlu olmaması temel özelliği üzerinde özellikle durulmuştur. DSM-IV'den farklı olarak psikolojik stresler veya kişisel olarak anlamlı yaşam olaylarının sıklıkla belirtilerin başlangıcı ile ilişkili olabileceği ancak tanı için şart olmadığı belirtilmiştir (66).

DSM-V'e göre tanı için aşağıda sıralanmış olan A, B, C ve D ölçütlerinin sağlanması gerekir;

A.İstemli motor, duyuusal fonksiyon veya nöbet benzeri epizodlar gibi bir veya daha fazla nörolojik belirtinin olması.

B. Yeterli bir incelemeden sonra, bu belirti ya da defisit genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin doğrudan etkisi ile ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanamaz.

C.Fiziksel belirtilerin ya da tanımlayıcı bulguların bilinen nörolojik hastalıklarla tutarsızlık göstermesi ve uyumsuz olması.

D. Bu belirti ya da defisit, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da tıbbi değerlendirmeyi gerektirir (66).

2.5. Klinik Görünüm:

2.5.1. Motor Belirtiler:

Yürüyüş bozukluğu, anormal hareketler, paralizi ya da bölgesel güçsüzlük, koordinasyon ya da denge bozukluğu, yutma güçlüğü, afoni, okulomotor bozukluklar (blefarospazm, konverjans spazm, spastik midriyazis, izole pitoz) gibi belirtileri kapsar. Büyük ritmik tremor, koreiform hareketler, tikler, jerkler de görülebilir (16, 27).

Konversiyon Bozukluğunda görülen bu belirtilerin ortak özellikleri genellikle bilinen anatomik yollara ya da fizyolojik düzeneklere uymayıp, öncesinde bir psikolojik stresör veya çatışmanın bulunması ve dikkat hastaya ya da belirtilere yoğunlaştırıldığında ya da stresle belirtilerin ortaya çıkması yada şiddetlenmesidir (1, 27).

Her an düşecekmiş gibi bir izlenim vererek yürümelerine rağmen nadiren düştükleri, düşseler de kendilerini kollayarak düştükleri sendelemeler, çevreye çarpmalar ve sallanmalarla karakterize ataksik yürüyüş biçimleri gözlenebilir. Kas zayıflığını düşündürecek ölçüde ayakta duramadıkları ya da yürüyemedikleri gözlenebilir. Diğer sık rastlanan motor belirtiler, muayene esnasında kol başın üstüne tutulup bırakıldığında bir süre aynı pozisyonda kalıp sonrasında yüze değmeden yana düşmeyle karakterize paralizisi ya da plejilerdir. Bu belirtilerin ön planda olduğu durumlarda yapılan nörolojik muayenede, paralizilerin bilinen nöral yollarla uyumsuz olduğu gözlenir (10, 33, 68).

Nadir de olsa gözlenebilecek olan diğer motor belirtiler; hastadan öksürmesi istendiğinde normal öksürme sesinin duyulabildiği afoni, uykuda ve yalnızken kaybolma özelliği gösteren, aksırma olmadan kısa nazal bir hırıltının gözlemlendiği dirençli aksırma gibi belirtilerdir (45).

2.5.2. Duyu Belirtileri:

Körlük, sağırılık, görsel halüsinasyonlar ('pseudohalüsinasyon' olarak kabul edilir), koku alamama, anestezi ve parestezi gibi tüm duyuları içerebilen belirtiler gözlenebilir (69).

En sık özellikle ekstremitelerde, mevcut dermatomlara uymayan ve sınırları keskin hatlarla ayrılan duyu azalması, karıncalanma, uyuşma ve iğnelenme gibi belirtiler gözlenir (33, 55, 57, 61, 68, 70, 71, 72)

Konversiyon Bozukluklu hastalar nörolojik muayenede sağlam kornea refleksi ve ışık reaksiyonları, sağlam kortikal evoked potansiyeli testi ile karakterize körlük sergileyebilirler. Bu hastalar göremediklerini söyledikleri halde çevredeki eşyalara çarpmadan, çarpsalar bile kendilerine zarar vermeden dolaşabilirler (33, 48, 63,70).

2.5.3. Katılmalar ya da Konvülsiyonlar Gösteren:

Konversiyon Bozukluğunda en sık görülen belirtilerden biri olan yalancı nöbetler önemli tanı ve ayırıcı tanı güçlükleriyle birlikte olup, kadınlarda ve ergenlik-gençlik döneminde daha sık görülmektedir (27).

Bu alt tip istemli motor ya da duyu bileşenleri olan katılmalar ya da konvülsiyonları kapsar (51). Eskiden histerik epilepsi, histerik psödonöbet, olarak adlandırılan ancak günümüzde genelde histerik nöbet olarak adlandırılan uzun süreli kasılma, çırpınma, opistotonik postür, müdahaleye direnç, ağrıya duyarsızlık, açılırken ağlamalar gibi belirtilerle giden epileptik olmayan nöbetlerdir (69).

Önceden epilepsisi var olan kişilerde sonradan tabloya eklenen psödonöbetler hiç de sanıldığı kadar ender değildir. Bu nedenle epilepsisi olduğu bilinen bir hastada nöbetlerin tedavilere direnç gösterdiği durumlarda, süregelen nöbetlerin klinik özellikleri dikkatlice yeniden soruşturulmalı ve bunların gerçek epilepsi nöbetleri mi yoksa eklenen konversif durumlar mı olduğu araştırılmalıdır. Gerçek epilepsi nöbetleri içinde psödonöbetlere en çok benzeyenleri frontal lobdan kaynaklananlardır. Ayırıcı tanıda nöbetin video-EEG kaydının değeri vardır. Bu kapsam içinde özellikle adolesan döneminde ve kızlarda görülen nonepileptik bir durum da hiperventilasyon sendromudur. Bu tabloda hastalar gereğinden fazla ventilasyonla göğüs ağrısı, baş dönmesi ve dispne yaşarlar. Tabloya psödoabsans nöbetleri ve senkoplar eşlik edebilir. Epilepsiyle karıştırılması bu durumlarda daha da kolaylaşır. Plastik ya da kağıt bir torbaya soluma, atağı sonlandırabileceği gibi tanıya da yardımcı olur (4).

Psödonöbetlerin başlangıcı sıklıkla 4-70 yaşları arasında olmakla birlikte, 10-18 yaşları arasında daha siktir ve kızlarda erkeklerden üç kat daha sık görülür (73). Bazı vakalarda altta yatan bir çocukluk çağı istismarı öyküsü olabilir (28). Psödonöbetler genellikle etrafta insanlar varken olur ve başlangıcı sıklıkla emosyonel etkenlerle birlikte. Bu tip nöbetlerde genelde hareketlerin koordine olmama eğilimi, kol ve bacaklarda senkronize olmayan hareketler, titreme, yanlara doğru olan baş hareketleri, opistotonik postür, bağırma veya konuşma, stereotipik olmayan hareketler ve gözlerin kapalı olma eğilimi vardır. Psödonöbetlerde epilepsilerden farklı olarak nöbet esnasında sfinkter kontrolünün kaybı veya ataklar esnasında dil ısırma gibi kendine zarar verici olaylar olmaz. Psödonöbetler generalize tonik-klonik konvülsiyonlara benzediğinde genellikle tonik faz nadiren görülür, klonik fazda ekstremitelerde hareketler olur. Çoğunlukla bilinç kaybı yoktur ve eğer bilinç kaybı varsa buna bağırma, küfürlü veya anlaşılmasız konuşmalar eşlik edebilir. Pupiller

dilatasyon, deprese korneal refleksler, babinski cevabı ve kardiyorespiratuar değişiklikler gibi bazı bulgular hem epilepsi ve hem de epileptik olmayan durumların her ikisinde de görülebileceğinden dolayı değerlendirmede sıklıkla yararları yoktur (74, 75).

2.5.4. Karışık Görünüm Sergileyen:

Yukarıda bahsedilen alt tiplerde gözlenen belirtilerin birkaç tanesi bir arada gözlenebilir.

2.5.5. Nörovejetatif Belirtiler:

Boğazda düğümleme (globus histerikus), kusmalar, hava yutma (aerofaji), geğirmeler, öğürmeler, diyare ve yalancı gebelik gibi nörovejetatif belirtiler görülebilir (27, 50).

2.5.6. Güzel Aldırmazlık (La Belle Indiferance):

Konversiyon Bozukluklu hastalarda klinikte sıklıkla karşılaşılan bir belirti olan ancak, DSM-4 ve DSM-V tarafından tanı ölçütleri içinde yer almayan güzel aldırmazlık; hastanın çeşitli organ işlev bozukluklarına rağmen bir aldırmazlık içinde, az sıkıntılı ve rahat görünümde olmasıyla karakterize özel bir duygulanım türüdür (2, 76)

2.6. Ayırıcı Tanı:

Konversiyon Bozukluğuna özgül belirti, bulgu ve laboratuvar anormalliği olmadığından, tanı diğer hastalıkları dışlayarak konmaktadır (77). Ayırıcı tanıdaki en önemli nokta nörolojik belirtilere neden olabilecek organik sebepleri dışlamak amacıyla ayrıntılı öykü, fizik ve nörolojik muayene yapılmasıdır (1, 27). Bunun için uygun değerlendirme; şimdiki semptomların dikkatli öyküsünü, düzgün bir tıbbi değerlendirmeyi, tam bir nörolojik ve genel fizik muayeneyi, idrar ve serum toksikolojisi dahil uygun laboratuvar çalışmalarını içerir (45).

2.6.1. Ayırıcı Tanıda Göz Önüne Alınması Gereken Diğer Mental Bozukluklar:

a-Yapay Bozukluk (Factitious Disorder):

Yapay bozukluk, istemli bir şekilde fizik veya psikolojik hastalık belirtileri üretme; hasta rolü oynama ve bunlar aracılığıyla emosyonel doyum sağlama olarak tanımlanabilir. Yapay Bozuklukta hasta bilinçli olarak belirti üretir. Bu davranışının altında yatan kazancı ise hasta rolüne girerek tıbbi bakım görmektir (29).

Psikiyatrik bir hastalık olmayan temaruz (simülasyon, malingering) ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu durumda, kişi bilinçli bir şekilde fiziksel bazı bozuklukları varmış gibi davranmaktadır. Kişinin bir cezadan, bir yükümlülüğten kurtulmak, bir yarar sağlamak amacıyla bilerek ve isteyerek bir hastalığı taklit etmesi söz konusudur (78).

b-Diğer Somatoform Bozukluklar:

Somatizasyon bozukluğunda da benzer duyu ve motor belirtiler görülebilir. Somatizasyon bozukluğu erken yaşta başlayan, kronik ve çoklu belirtiler veren bir hastalıktır (33). Hipokondriyaz ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Konversiyon bozukluğundan fobi, belirti ve işlev kaybı olmayışı ile ayrılır (45). Semptomlar “ağrı” üzerine odaklanmışsa ağrı bozukluğu tanısına yönlendirilir. Yakınmalar daha çok cinsel konuyla ilgili ise cinsel bozukluk tanısı üzerinde durulur (33).

c-Dissosiyatif Bozukluklar:

Bu başlık altındaki bozukluklar Konversiyon Bozukluğu ile ortak birçok özelliğe sahiptir. Her iki bozukluk da nörolojik işlev bozukluğunu düşündüren belirtiler içerir. Her iki bozuklukta da öncül stresörler olabilir ve öykü almak da semptomların doğası gereği güç olabilir. Aynı kişide bu iki durum da saptanırsa iki tanı da kaydedilmelidir (64, 79).

d-Psikoza, Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları:

Halüsinasyonların görüldüğü psikotik bozukluklar veya psikotik özellikli duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar, psödohalüsinasyonların görülebildiği Konversiyon

Bozukluğundan ayrılmalıdır. Konversiyon Bozukluklu hasta halüsinasyonlarının gerçek olmadığını bilincindedir. Genellikle içgörü bozukluğu yoktur ve diğer psikotik bulgular eşlik etmez (79).

Yüksek anksiyeteli durumlar bazen ani başlangıçlı bir çok belirti veya defisitle ilişkili olabilir. Örneğin, yutma gücünü panik bozukluk veya fobik bozukluğun seyrinde görülen panik ataklarla ilişkili olabilir (45).

2.6.2. Ayrıncı Tanıda Göz Önüne Alınması Gereken Nörolojik Hastalıklar;

Konversiyon Bozukluğu vakalarında eşlik eden bir önceki nörolojik bozukluk veya beyni etkileyen bir sistemik hastalık % 18-% 64 olarak bildirilmiştir. Konversiyon Bozukluğu olarak sınıflandırılmış vakaların %25-%50'sinin psikiyatrik olmayan veya nörolojik hastalık tanısı aldığı gösterilmiştir (80).

a)Konvulsiyonlar:

Hiperventilasyon temel olarak, bir dönemde bedenin ihtiyacından daha fazla olan sık ve derin nefes alma olarak tanımlanır. Aşırı soluyan hastalarda kandaki karbondioksit azalır, arteriyel oksijen basıncı ve pH düşer, gelişen solunumsal alkalozu sekonder olarak beyin damarlarında konstrüksiyon olur. Hastada hızla sersemlik, boşluk hissi oluşur ve hasta bayılabilir. Baygınlık sırasında solunum sessizdir ve kan gazları normale döner. Beyin kan akımı da düzelir, bilinç açılır (81, 82).

“Yalancı nöbet, psödonöbet”; Epileptik olmayan nöbetler olarak da incelenen bu klinik durumlarda, sıklıkla gerçek epilepsi sanılarak kişi yetersiz, etkisiz ve masraflı tanı ve tedavi yöntemlerine maruz kalır. Hatta antikonvülzan tedavi bile başlanabilmektedir. Eğer hasta daha önce gerçek bir epileptik nöbeti de görmüşse, hekim klinik gözlemlerle bile konvülfif nöbetleri gerçek nöbetten ayırmakta zorlanabilir (64, 83, 84). Gerçek epileptik nöbetle konversif nöbet şu özellikleriyle birbirinden ayrılır;

a)Epileptik bir hastada genelde, nöbet geleceğinin habercisi olan “aura” dönemi varken, konversiyon nöbetinde yoktur (83, 84, 85).

b) Epileptik bir hastada nöbet çoğunlukla hiç beklenmedik bir anda ve ortada ruhsal bir neden olmaksızın da oluşurken, Konversiyon Bozukluğunda nöbetlerin ortaya çıkışında psikolojik stres yaratan çatışma gibi nedenler daha ön plandadır (64, 84, 85).

c) Epileptik hasta her zaman, her yerde nöbet geçirebilir ve bu yüzden de yaralanabilir. Konversiyon Bozukluğu gösteren kişi genellikle çatışması olan kişilerin bulunduğu ya da onların haberdar olabileceği ortamlarda nöbet geçirir. Bu nöbetler hekim hastaya yaklaşınca ya da yakında başka kişiler varken de daha sıklıkla oluşur. Tehlikeli düşmeler gözlenmez (64, 83, 84, 85).

d) Konvülsif hareketler, epilepside ritmik biçimde izlenen tonik-klonik hareketler biçimindeyken, Konversiyon Bozukluğunda düzensiz sızramalar ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda tüm kaslarda genel bir gevşeme durumu olabilir (64, 84, 85).

e) Epilepside bilinç kaybı gözlenirken, konversif nöbetlerde tam bir bilinç kaybı genellikle yoktur. Bilinçte göreceli değişiklikler izlenebilir. Epileptik hasta konuşulanları duyamaz ve ağırlı uyaranlara yanıt vermezken, Konversiyonlu hastalar genellikle çevrede konuşulanları çok uzaktan geliyormuş gibi duyduklarını, ancak yanıt veremediklerini belirtirler. Değişik derecedeki ağırlı uyarana cevap verirler (64, 84, 85).

f) Epileptik hastada nöbet sırasında konvülsiyondan hemen sonra patolojik refleksler saptanırken (örneğin; Babinski pozitifliği, pupil refleksinin alınmaması), konversif nöbette pupil, kornea ve öğürme refleksleri korunmuş olup, patolojik refleksler gözlenmez (64, 83).

g) Epileptik hastalarda nöbet sırasında, dil ya da yanağı ısırma, idrar kaçırma olağan gözlemlenebilirken, konversif nöbette bunlar çok nadirdir. Konversif nöbet geçiren hastalar, kollarının, bacaklarının başkaları tarafından oynatılmasına, göz kapaklarının açılmasına direnirler. Göz kapakları genellikle kapalıdır. Titreme ya da oynama olabilir (64, 83, 84, 85).

h) Epileptik nöbet 1-2 dakika sürüp, ardından postiktal bilinç sislenmesi, amnezi, geçici paraliziler ve uykudan uyanıyormuş gibi bir nöbet sonu izlenirken, konversif nöbet uzun sürer. Günlerce süren tablolar bilinmektedir. Konversif nöbet, genellikle hıçkırarak, ağlayarak, gülerek, ağzından hava çıkararak ya da öğürerek sonlanır. Nöbet sonrası bilinç bulanıklığı ya gözlenmez ya da çok minimal düzeydedir. Daha çok disosiyatif nitelikli bilinç sislenmesi görülür (21, 64, 84, 85).

i) Konversif nöbetten sonra serum kreatin kinaz ve prolaktin seviyesinin artmaması, gerçek epilepsiden ayrımı destekler (21).

j) Konversif nöbetlerde tanıda kesinlik sağlanamazsa, nöbet sırasında ve sonrasında çekilecek elektro ensefalogramda (EEG) normal elektrik olayların saptanması ile kesin ayırım yapılır. Ne var ki son çalışmalar, temporal ve limbik lob epilepsilerinde yavaş elektriksiz boşalım artışının EEG'de saptanmasının zor olabileceğini göstermiştir (16, 21, 64, 85).

b) Felçler:

Konversiyon Bozukluğunda hemipleji, monopleji, parapleji şeklinde belirtiler gözlenebilir. Bu belirtiler motor innervasyon örüntülerine uymaktan ziyade, belirli bir hareketi yapamamak şeklinde olur. Giyinirken ya da hastanın dikkati başka tarafa çekilince “felçli” tarafı istemeden hareket ettirir. “Felçli” kol başın üstüne getirilip bırakılınca kol kısa bir süre baş üstünde kalıp başa çarpmadan yana düşer. Antagonistik kaslarda uygunsuz bir direncin olduğu saptanır (16, 81).

Yürürken ayağını tipik olarak sürükler tarzda bir yürüyüş sergilenir. Ayakta duruyorken izlenen hareket bozuklukları yatarken kaybolabilir ya da değişebilir. Kas tonusu, derin tendon refleksleri normal, plantar yanıt fleksiyondur. “Astasia-abasia” denilen, oldukça ataksik, büyük ve düzensiz jerk yapısında anlamsız kol hareketleriyle birlikte sendeleyerek yürüme görülebilir. Eğer yatar durumda normale az çok yakın bacak hareketi varsa Konversif duruma bağlanmalıdır. Hasta, bu motor bozukluklara rağmen nadiren yere düşer, düşse bile zarar görmez (16, 81).

Uzun süren Konversiyon Bozukluklarında kas atrofisi gelişebilir. Kontraktürler de gelişebilir. Konversiyon Bozukluğu gösteren hastanın kollarında “felç” durumu nedeniyle yapılacak nörolojik muayenesinde, hastanın elini kaldırıp yüzünün üstünde bırakılırsa eli yüzüne çarpmadan yana düşer. Ekstremitte muayenesinde, felç görünümündeki uzuv hareket ettirilirken hekimin hareketine direnç gösterir (16, 81).

c) Duyusal Algı Bozukluğu:

Konversiyon Bozukluğunda duyuşsal algılarda değişiklikler vardır ancak, bu değişiklikler sinir dağılımlarıyla (dermatom) uyumsuz olup, anatomik bölge sınırlarına daha fazla uyar ve telkinlerden etkilenebilir. Hemianestezi durumunda gövde ve yüzdeki sınır, orta hatta çok belirgindir. Tüm duyuşlarının kaybolduğunu belirtse bile pozisyon duyuşu sağlamdır. Karanlıkta tökezlemeden yürüeyebilmesi tabes dorsalis ayırıcı tanısında yardımcı olur. Vibrasyon hissi de değişse bile sağlam kalır ve durumun organik temeli olmadığını gösterir. Ellerine tutuşturulan eşyayı tanıyabilirler. Anestetik alanlar perifer-distal arasında derece farklılıkları göstermez, kesin olarak sınırlanabilir, ama muayeneden muayeneye değişebilir. Başın yarısında işitme, görme, koku, tad duyuşlarında azalma ile hemianestezi saptanabilir. Psikojenik hemianestezinin tanısı için diğer Konversiyon Bozukluğu ölçütleri

aranır ya da var olan bulguların olağan duysal bozukluk belirtileriyle çelişkileri izlenir (16, 83).

Konversiyon Bozukluğundaki sağırlığın ayırıcı tanısı için birkaç yöntem vardır; bilateral sağırılıkta yüksek ses uyarını ile göz kırpma (cochleoribular refleks) ya da cilt terlemesinde değişiklik (psikogalvanik refleks) elde edilebilir. Tek taraflı sağırılık odiyometri ile ya da steteskopu hastaya takıp sağlam kulağına ve belli etmeden sağır kulağına fısıldanarak tepkisine bakılır (16, 83).

Görme bozukluğu; bir ya da iki gözde, bazen hemiparezi ile birlikte olabilir. Genellikle ani başlar. Rahatsız edilmedikçe gözünü dikip bakar, ama bir şeyi görüp görmediği sorulunca, ya gözlerini şaşılştırır ya da başını o tarafa döndürüp yaklaştırır. Bir parmağına dokunması istenince yapamaz (körler bile proprioseptif duyu sayesinde bunu yapabilir). Ani ışık parlamasında hasta göz kırpar. Etraftaki cisimlere çarpmadan yürüyebilir. Hasta, tehlikeli durumlarda kendini korur (örneğin; yüzüme doğru hızla yaklaşan cisimden korunur, pupil refleksleri normaldir (16, 64, 83).

d) Diğer Nörolojik Hastalıklar:

Ayırıcı tanıda göz önüne alınması gereken diğer nörolojik hastalıklar; beyin tümörü, bazal ganglion hastalığı. multiple skleroz, miyesteniva gravis, guillain-barre sendromu, periyodik paralizi, subdural hematoma ve distonilerdir (10, 27,79).

2.6.3. Ayırıcı Tanıda Gözüne Alınması Gereken Metabolik Nedenli Hastalıklar:

Hipoglisemi, hiperparatiroidizm, akut intermitan porfiri, hipertiroidizm gibi metabolik hastalıklar ayırıcı tanıda mutlaka göz önüne alınmalıdır. Tüm bu bozukluklar Konversiyon Bozukluğundan kendilerine özgü klinik ve laboratuvar bulgularıyla ayırt edilirler (16).

2.7. Gidiş ve Sonlanış:

Konversiyon Bozukluğu genellikle akut başlangıçlıdır. Hastaların %75'inin tek atak geçirdiği, %25'inde ise stresli yaşam olaylarının olduğu dönemler boyunca hastalığın tekrarladığı bildirilmiştir (2, 10).

Konversiyon Bozukluğunun doğal gidişi kesin olarak belirlenemez. Çocuklarda ve gençlerde iyileşmenin daha hızlı olduğu belirtilmektedir (27). Belirtiler veya defisitler

genelde kısa sürelidir ve hastaneye yatırılan olguların yaklaşık %95'inde belirtiler iki hafta içinde kendiliğinden yatıştığı gözlenir (45).

Konversiyon Bozukluğu için iyi prognoz göstergeleri; erken yaşta başlaması, ani başlangıç, başlangıçta açıkça belirlenebilen stresörlerin varlığı, başlangıçla tedavi arasındaki sürenin kısa olması, başka tıbbi veya ruhsal hastalığın eşlik etmemesi, motor belirtilerin olması, çocukluk çağı örseleyici olay öyküsünün olmaması, hastanın ikincil kazançlarının fazla olmaması ve ortalamanın üzerinde zekadır (27, 70, 86).

Paralizi, afoni ve körlük belirtilerinin sonlanımı iyiyken, belirtilerin tremor ve nöbetler olduğu durumlarda sonlanım daha kötüdür. Yalancı nöbet öyküsünün uzun süreli olması ve eşlik eden psikopatoloji kötü sonlanım belirleyicileri olarak göze çarpmaktadır (70).

2.8. Tedavi:

Tarihsel olarak, Konversiyon Bozukluğu olan bireylerin tedavisinde öncelikli psikolojik tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Ancak son çalışmalar yalnız başına psikolojik tedavilerin Konversiyon Bozukluğunda etkili olmadığını işaret etmektedir. Bunun yerine psikolojik ve medikal tedavi kombinasyonu olması gerektiği ileri sürülmüştür (23, 87). Bu çerçevede telkin, sodyum amytal hipnozu, EMG, biofeedback terapisi, paradoxical terapi, plasebo ve davranış odaklı terapiler gibi çeşitli tedavi seçenekleri savunulmuştur (13, 64, 88, 89).

Konversiyon Bozukluklu hastaların tedavi stratejisi yatkinlaştırıcı, ortaya çıkarıcı ve sürdürücü etkenlerin tümünü kapsamalıdır. Bu etkenler ayrıntılı olarak saptanmalı, hastaya çağcıl bir yaklaşım olan biyopsikososyal modele uygun olarak bütüncül bir yaklaşım uygulanmalıdır (27)

Konversiyon Bozukluklu hastalar genellikle öncelikli olarak ilk yardım, nöroloji, dahiliye polikliniklerine ya da pratisyen hekimlere başvurumaktadırlar (33). Semptomlar ne kadar uzun süredir mevcutsa tedavi de o kadar zorlaşmakta ve agresifleşmektedir (45).

Öncesinde konversiyon hikayesi olmayan akut vakalarda, belirtilerin uygun rehabilitasyonu ve doğru güven verme etkilidir. Kronik vakaların tedavisi daha zor olup, eşlik eden diğer psikiyatrik hatalıklar tedavi edilmelidir (45).

Konversiyon Bozukluğunun yönetiminde spesifik psikolojik yöntemlerin kullanılmasıyla hayal kırıklığı en aza indirilebilir ve belirtilerin çözümü kolaylaşır (90)

Konversiyon Bozukluğunda tedavinin temel amacı, tek bir belirtinin ortadan kaldırılması değil, hastanın kişiliğinde, insanlarla olan ilişkilerinde ve davranışlarında gerekli

değişimleri yaparak sağlığına kavuşmasını sağlamaktır. Yani amaç kişinin duygularını bedensel olarak değil de sözel olarak ifade etmesini öğrenmesine, ikincil kazançlara ihtiyaç duymadan otonomisini kazanmasına yardımcı olmaktır (33).

Hastanın ikincil kazançları hastalığın pekişmesinde ve gidişatında olumsuz rol oynadığından, tedavide ilk adım belirtilerin kaldırılmasına yönelik olmalıdır. Bu amaçla sözel telkin, plasebo uygulaması, faradizasyon, trankilizan ve amobarbital uygulamasının faydalı olabileceği gösterilmiştir (91).

Tedavide ikinci adım gerekli tıbbi incelemeler sonrasında hastanın bu yakınmalarının yaşadığı ruhsal stresler arasındaki bağlantıları hastaya anlatmaya çalışmak, sonrasında hastanın anksiyete düzeyi elverdiği ölçüde hastalığın oluşmasında rol oynayabilecek önemli ve kritik problemleri hastayla konuşmaya başlamaktır (33, 50, 70).

Tedavide üçüncü adım eşlik eden belirtiler varsa bunlara yönelik anksiyolitik, antidepressan gibi ilaçlar başlanmasıdır. Davranış terapileriyle ikincil kazançlar ortadan kaldırılmaya çalışılabilir. Hastanın bu ikincil kazançlar olmadan da kendine yetebilme, bağımsız davranabilme ve otonomisini kazanmaya yönelik davranış girişimleri öğretilerek, gerekirse yaşamında önemli yeri olan kişiler de devreye sokularak bunlar ödüllendirilebilir (8, 33, 70, 87, 90).

Aile ya da eş tedavileri altta yatan stres faktörlerinin azaltılması için yararlıdır (92). Özellikle Konversiyon Bozukluğu tanısı konulan hastaların ailesi, altta yatan başka hastalık olmadığı, başka ileri tanı yöntemlerinin gerekmediği konusunda bilgilendirilmelidir. Ailenin takınacağı tutum ise ne cezalandırıcı ve aşağılayıcı, ne de ödüllendirici ve pekiştirici olmalıdır (57).

Konversiyon Bozukluğunun tedavisinde herhangi bir psikoterapi için güçlü bir destek gösterilmemiş, yine nasıl ve ne zaman psikolojik terapilere başvurulacağıyla ilgili net veriler yoktur (45). Motor belirtilerle seyreden Konversiyon Bozukluğunda transkranyal magnetik stimilasyonun ve düşük doz amilsülpiridin faydalı olabileceğini öne süren çalışmalar vardır (93, 94).

3. YÖNTEM VE MATERYAL:

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi:

Ocak 2009 ve Ocak 2011 tarihleri arasında MKÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş ve Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş, yaşları 16 ile 65 arasında değişen 75 hasta çalışmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır. Çalışma fakültemiz dekanlığı etik kurulundan onay alınarak yapılmıştır. Hastalara öncelikle çalışmanın amacı anlatılarak, katılımları için yazılı onayları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Sosyodemografik ve klinik bilgi alabilmek için gerektiğinde hasta yakınları ile de görüşülmüştür. Ölçekler hastalara tek başlarına bir odada kalacak şekilde görüşmenin sonunda uygulanmıştır. Hastaların zamanından çalmamak için görüşmeler en kısa sürede yapılmaya çalışılmış, en az 30 dakika en fazla 1,5 saat sürmüştür. Ocak 2009 ve Ocak 2011 tarihleri arasında MKÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş ve Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş 98 hastadan 82'si çalışmaya katılmayı kabul etmiş, bunlardan 7'si ölçekleri yanlış ya da eksik doldurdıklarından çalışma dışı bırakılmıştır.

3.2. Dışlama Kriterleri:

Ağır sistemik bir hastalığının olması,
Psikotik bozukluğunun olması,
Alkol ya da madde bağımlılığının olması,
Mental retardasyonunun olması,
Okur-yazar olmaması.

3.3. Veri Toplama Araçları:

Bu formların asılları ektedir. SCID-I kullanılarak Konversiyon Bozukluğu olduğu gösterilen hastaya, bilgilendirilmiş onam imzalandıktan sonra, hastanın kendisinin dolduracağı ölçekler ve toplam 18 maddeyi içeren sosyodemografik veri formu verilmiştir.

3.4. Kullanılan testler ve ölçekler:

3.4.1. SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version; DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi):

DSM-IV'e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak için kullanılan, görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilmiştir. Sağlıklı ve hasta bireylerde uygulanabilir. Bilgi kaynakları arasında hasta dışında, hasta yakınları, tıbbi kayıtlar ve tedavi ekibi de bulunmaktadır. Hastada tanı “şu anda” ve “yaşam boyu” göz önüne alınarak araştırılır. Aytül Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (95).

3.4.2. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ):

E.R.S Nijenhuis tarafından geliştirilen, Vedat Şar tarafından Türkiye için uyarlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Psikiyatri hastaları, travmatik yaşantıları olan kişiler ve tarama amacıyla klinik dışı popülasyonlarda uygulanır. Hastaların kendi başlarına doldurduğu ölçek toplam 20 soru içermekte ve denek bunların her biri için 1 ile 5 arasında değişen seçeneklere işaret koymaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda toplam puanı 40 ve üzerinde olan kişilerde bir dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (96).

3.4.3. Dissosiyatif Yaşantılar ölçeği (DES):

Bernstein E.M ve Putnam P.W tarafından geliştirilen, Vedat Şar, L.İlhan Yargıç ve Hamdi Tutkun tarafından Türkiye için uyarlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Psikiyatri hastaları, travmatik yaşantıları olan kişiler ve tarama amacıyla klinik dışı popülasyonlarda uygulanır. Hastaların kendi başlarına doldurduğu ölçek toplam 28 soru içermekte ve denek bunların her biri için 0 ile 100 arasında onar puanlık aralarla yanıt puanını işaretlemektedir. Bu puanların toplanıp 28’e bölünmesiyle ortalama puan elde edilir. Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda toplam puanı 30 ve üzerinde olan kişilerde bir dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (96).

3.4.4 Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q):

J.Vanderlinden tarafından geliştirilen, Vedat Şar tarafından Türkiye için uyarlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Psikiyatri hastaları, travmatik yaşantıları olan kişiler ve tarama amacıyla klinik dışı popülasyonlarda uygulanır. Hastaların kendi başlarına doldurduğu ölçek toplam 63 soru içermekte ve denek bunların her biri için 1 ile 5 arasında değişen seçeneklere işaret koymaktadır. Bu puanların toplanıp 63'e bölünmesiyle ortalama puan elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışmalar sonucunda ortalama toplam puanı 2,5 ve üzerinde olan kişilerde bir dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (96).

İstatistiksel Değerlendirme Yöntemleri:

Çalışmamızın biyoistatistiksel analizleri, "SPSS for Windows Version: 17.0 İstatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında Student-t testi, nonparametrik değişkenlerin ortancalarının karşılaştırılmasında Ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Hesaplamalarda anlamlılık sınırı olarak "0.05" değeri kullanılmıştır.

4. BULGULAR:

4.1. Sosyodemografik Özellikler;

Yaş:

Katılımcıların yaşları 5 gruba ayrılarak değerlendirildi. Bu değerlendirme sonucunda; Konversiyon Bozukluğu tanısı konulmuş hastaların en yüksek oranını %34,7(26 kişi) ile 20-29 yaş grubundakiler, en düşük oranını ise %8,0 (8 kişi) ile 50-59 yaş grubundakilerin oluşturduğu saptanmıştır. 20-40 yaş grubu oranı %56.0 (42 kişi) olup, 10-19 yaş grubunun oranı ise %12 (9 kişi) olarak değerlendirildi.

Tablo 1: Katılımcıların yaş dağılımı

Yaş	Kişi (Sayı)	Oran (%)
10-19	9	12,0
20-29	26	34,7
30-39	16	21,3
40-49	18	24,0
50-59	6	8,0
Toplam	75	100,0

Cinsiyet:

Çalışmamızda Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş hastaların %81,3'ini (61 kişi) kadınlar oluşturmaktadır.

Cinsiyete göre medeni durum dağılımı:

Her iki grupta da evli olanların oranı anlamlı bir şekilde daha yüksek olup, erkeklerde %64,3 (9 kişi), kadınlarda % 62,3 (38 kişi) olarak saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Cinsiyetlere göre yaş dağılımı:

Katılımcıların cinsiyetlere göre yaş dağılımları incelendiğinde, erkeklerin %42,9'u (6 kişi), kadınların da %32,8'inin (20 kişi) 20-29 yaş grubunda oldukları saptanmıştır. İlişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 2: Cinsiyetlere göre yaş dağılımı.

Cinsiyet	Yaş					Toplam	$p>0,05$
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59		
Erkek	1	6	1	4	2	14	
	7,1%	42,9%	7,1%	28,6%	14,3%	100,0%	
Kadın	8	20	15	14	4	61	
	13,1%	32,8%	24,6%	23,0%	6,6%	100,0%	
Toplam	9	26	16	18	6	75	
	12,0%	34,7%	21,3%	24,0%	8,0%	100,0%	

Eğitim Yılı:

Çalışmaya katılanların ortalama eğitim yılı $6,7 \pm 3,5$ yıl olarak saptandı. En düşük eğitim yılı 1 yıl, en yüksek eğitim yılı 15 yıl şeklindeydi. Katılımcıların eğitim yılları ilköğretim ve altı, ilköğretim üstü şeklinde iki gruba ayrılarak incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunu %73,3 (55 kişi) oranıyla ilköğretim ve altı eğitim alanlar grubunun oluşturduğu saptandı.

Tablo 3: Katılımcıların eğitim durumu dağılımı.

EĞİTİM YILI	KİŞİ (SAYI)	ORAN (%)
İlköğretim ve altı	55	73,3
İlköğretim üstü	20	26,7
Toplam	75	100,0

Tablo 4: Katılımcıların eğitim yılı dağılımı.

Eğitim yılı	Kişi (Sayı)	Oran (%)
1,00	4	5,3
2,00	2	2,7
3,00	6	8,0
4,00	4	5,3
5,00	24	32,0
6,00	4	5,3
7,00	4	5,3
8,00	7	9,3
9,00	2	2,7
11,0	10	13,3
12,0	3	4,0
13,0	1	1,3
14,0	2	2,7
15,0	2	2,7
Toplam	75	100,0

Aile Yapısı:

Katılımcıların aile yapılarının değerlendirilmesi sonucunda çekirdek aile yapısına sahip olanlar grubu %56 (42 kişi), geniş aile yapısına sahip olanlar grubu ise %44 (33 kişi) olarak saptandı.

Medeni Durum:

Çalışmaya katılanların %62,7'si (47 kişi) evli, %22,7'si (17 kişi) nişanlı ya da hiç evlenmemiş, %10,7'si (8 kişi) boşanmış ya da ayrı yaşıyorlar olarak değerlendirildi.

Tablo 5: Katılımcıların medeni durum dağılımları.

Medeni Durum	Kişi (Sayı)	Oran (%)
Evli	47	62,7
Nisanlı	6	8,0
Eşi Ölmüş	3	4,0
Boşanmış	2	2,7
Ayrı yaşıyor	6	8,0
Bekar	11	14,7
Toplam	75	100,0

Evlenme yaşı:

Evlenme yaşları 5 gruba ayrılarak incelendiğinde; katılımcıların %34,7'sinin (26 kişi) evlenme yaşları 16-19 yaş grubunda olarak saptandı. Çalışmada 30 yaşından sonra evlenen katılımcı saptanmadı. Değerlendirme sonucunda 12-15 ve 25-29 yaş grubunda evlenmiş olanların oranı eşit olup %8 (6 kişi) idi.

Tablo 6: Katılımcıların evlenme yaşı dağılımları.

Evlenme yaşı	Kişi (Sayı)	Oran (%)
12-15	6	8,0
16-19	26	34,7
20-24	20	26,7
25-29	6	8,0
Toplam	58	77,3

Meslek:

Katılımcıların meslekleri açısından bir analiz yapıldığında, ilk sırayı %58 (23 kişi) oranla ev hanımı grubundakiler, ikinci sırayı ise %17,3'lük (13 kişi) oranla öğrenci grubu oluşturmaktadır. En düşük oranı %1,3 (1 kişi) ile memur meslek grubu oluşturmaktadır. Aktif olarak çalışıp çalışmadıkları şeklinde iki gruba ayrılarak incelendiğinde katılımcıların %76'sını (55 kişi) çalışmayanların oluşturduğu saptandı.

Tablo 7: Katılımcıların meslek dağılımı.

Meslek	Kişi (Sayı)	Oran (%)
Ev hanımı	44	58,7
Çiftçi	2	2,7
Memur	1	1,3
Öğrenci	13	17,3
İşçi	10	13,3
Ticaret	2	2,7
Diğer	3	4,0
Toplam	75	100,0

Anne-baba Ayrı:

Katılımcıların %92'sinin (69 kişi) anne-baba ayrılığı öyküsü olmadığı saptandı.

Bedensel Özü:

Çalışmaya katılanların %89,3'nün (67 kişi) herhangi bir bedensel özrü olmadığı saptandı.

Gelir Dağılımı:

Katılımcıların ortalama aylık gelirleri 5 gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda; %60'ının (45 kişi) ortalama aylık gelirinin 1000 TL'nin altında olduğu saptanmıştır. 3000 TL ve üzerinde aylık gelire sahip katılımcı yoktu.

Kardeş Sayısı:

Çalışmaya katılanların %38,7'sinin (29 kişi) 4'ün üzerinde kardeş sayısına, % 4'ünün (3) 1 kardeş sayısına sahip oldukları saptandı.

Tablo 8: Katılımcıların kardeş sayısı dağılımı.

Kardeş	Kişi (Sayı)	Oran (%)
1,00	3	4,0
2,00	15	20,0
3,00	12	16,0
4,00	16	21,3
4 üstü	29	38,7
Total	75	100,0

Yaşadığı Yer:

Katılımcıların çalışmaya başvurdukları zamanda yaşadıkları yerlerinin analizi sonucunda, ilk sırayı %41,3 lük (31 kişi) oranla ilçede yaşayanlar, sonra sırasıyla %30,7 ile köyde yaşayanlar ve %28,0 ile ilde yaşayanların oluşturduğu saptandı.

Yaşadığı Ev:

Katılımcıların %68'sinin (51 kişi) kendisine ait bir evde, %32'sinin (24 kişi) kirada oturdukları saptandı.

Bakmakla yükümlü olduğu kişi:

Katılımcıların %68'inin bakmakla yükümlü olduğu birinin olmadığı saptandı.

Büyüdüğü Yer:

Katılımcıların büyüdüğü yerler analiz edildiğinde; büyük çoğunluğunu %46,7 (35 kişi) ile köyde büyüyenlerin oluşturduğu, bunu sırasıyla, %41, 3 (31 kişi) ile ilçede büyüyenler ve %12 (9 kişi) ile ilde büyüyenlerin takip ettiği saptandı.

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:

Hastaların %22,7'sinin (17 kişi) ailesindeki herhangi birinde bir psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Erkeklerde ve kadınlarda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü oranları birbirine yakın olup, oranlar sırasıyla % 21,4 (3 kişi) ve %23 (14 kişi) şeklinde saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p>0,05$).

Tablo 9: Cinsiyete göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü dağılımı.

Cinsiyet	Ailede psikiyatrik hastalık		Toplam	p>0,05
	Var	Yok		
Erkek	3 21,4%	11 78,6%	14 100,0%	
Kadın	14 23,0%	47 77,0%	61 100,0%	
Toplam	17 22,7%	58 77,3%	75 100,0%	

Mevcut Kronik Tıbbi Bir Hastalık Varlığı:

Çalışmaya katılanların %28'inin (21 kişi) başka bir kronik tıbbi hastalığı vardı.

4.2. Alt Tiplerin Dağılımı:

Çalışmaya katılan ve Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş hastaların DSM-4 TR'ye göre klinik alt tiplerine göre analizi yapıldığında; %34,7 (26 kişi) oranıyla katılmalar ya da konvülsiyonlarla giden tip, %30,7 (23 kişi) motor belirtiler gösteren tip, %26,7 (20 kişi) oranıyla karışık görünüm sergileyen tip ve %8 (6 kişi) oranıyla duyu belirtileri gösteren tip şeklinde oldukları saptanmıştır.

4.3. Ek Tanı Dağılımı:

Çalışmaya katılan ve Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş hastaların %48'inin (39 kişi) komorbid bir eksen-I mental hastalığının olduğu saptandı. Komorbid hastalıklar analiz edildiğinde; somatoform bozukluklar % 11,9 (9 kişi) oranıyla ilk sırada yer alırken, bunu %11,3 (7 kişi) oranla m.depresyon, % 8 (6 kişi) oranla distimi, diğer anksiyete bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayam anksiyete bozukluğu izlemektedir. Panik bozukluk %5,3 (4 kişi), post travmatik stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk %1,3 (1 kişi) olarak saptanmıştır.

4.4. Katılımcıların Ölçek Skorlarının Dağılımı:

Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) Skorları:

Katılımcıların doldurduğu Somatoform Dissosiyasyon Ölçeğinden aldıkları skor 40 puan ve üzeri, 40 puan altı şeklinde iki gruba ayrılarak incelendiğinde; 40 ve üzeri puan alanların oranı %38,7 (29kişi) olarak saptandı. 40 puan altındakilerin oranı ise %61,3 (46 kişi) olarak saptandı.

Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skorları:

Katılımcıların doldurduğu Dissosiyasyon Ölçeğinden (DIS-Q) aldıkları skor 2,5 ve üzeri puan ve 2,5 altı puan şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde, 2,5 ve üzeri puan alanların oranı %26,7 (20 kişi) olarak saptandı. 2,5 puan altındakilerin oranı ise %73,3 (55 kişi) olarak saptandı.

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Skorları:

Katılımcıların doldurduğu Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden (DES) aldıkları skora göre 30 ve üzeri puan, 30 puan altı alanlar şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde; 30 ve üzeri puan alanların oranı %13,3 (10 kişi) olarak saptandı. 30 puan altındakilerin oranı ise %86,7 (65 kişi) olarak saptandı.

4.4. Sosyodemografik Özelliklere Göre Alt Tip Dağılımı:

Cinsiyetlere Göre Alt Tip Dağılımı:

Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine göre alt tip dağılımı incelendiğinde; kadınlarda %37,7 (23 kişi) oranıyla en çok katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipi saptanırken, motor belirti ya da defisit gösteren al tipi %29,5 (18 kişi), karışık görünüm sergileyen alt tipi %23 (14 kişi), duyu belirtisi ya da defisiti gösteren alt tipi %9,8 (6 kişi) oranında saptanmıştır. Erkeklerde karışık görünüm sergileyen alt tipi %42,9 (6 kişi), motor belirti ya da defisit gösteren alt tipi %35,7 (5 kişi), katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipi %21,4 (3 kişi) oranlarında saptanırken, duyu belirtisi ya da defisiti gösteren alt tipi saptanmamıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 10: Cinsiyetlere göre alt tip dağılımı.

Cinsiyet	Alt Tipler				Toplam	$p>0,05$
	Motor	Duyu	Konvülsiyon	Karışık		
Erkek	5	0	3	6	14	
	35,7%	,0%	21,4%	42,9%	100,0%	
Kadın	18	6	23	14	61	
	29,5%	9,8%	37,7%	23,0%	100,0%	
Toplam	23	6	26	20	75	
	30,7%	8,0%	34,7%	26,7%	100,0%	

Yaş'a Göre Alt Tip Dağılımı:

10-19, 20-29 ve 30-49 yaş gruplarında en sık sırasıyla %66,7 (6 kişi), %34,6 (9 kişi) ve %37,5 (6 kişi) oranlarıyla katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipi gözlenirken, 40-49 yaş grubunda en sık %38,9 (7 kişi) oranıyla motor belirti ya da defisit gösteren alt tipi ve 50-59 yaş grubunda en sık %33,3 (2 kişi) oranında katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipi ve karışık görünüm sergileyen alt tipi gözlenmiştir. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 11: Yaş'a göre alt tip dağılımı.

Yaş	Alt Tipler				Toplam	
	Motor	Duyu	Konvülsiyon	Karışık		
10-19	2 22,2%	1 11,1%	6 66,7%	0 ,0%	9 100,0%	p>0,05
20-29	8 30,8%	1 3,8%	9 34,6%	8 30,8%	26 100,0%	
30-39	5 31,3%	1 6,3%	6 37,5%	4 25,0%	16 100,0%	
40-49	7 38,9%	2 11,1%	3 16,7%	6 33,3%	18 100,0%	
50-59	1 16,7%	1 16,7%	2 33,3%	2 33,3%	6 100,0%	
Toplam	23 30,7%	6 8,0%	26 34,7%	20 26,7%	75 100,0%	

Mesleğe Göre Alt Tip Dağılımı:

Mesleklere göre alt tipler değerlendirildiğinde; ev hanımlarında %31,8'lik (14 kişi) oranla katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren ve motor belirti ya da defisit gösteren alt tipleri eşit oranda gözlenmiştir. İşçilerde en sık karışık görünüm sergileyen alt tipi %40 (4 kişi), öğrencilerde ise en sık duyu belirtisi ya da defisiti gösteren alt tipi %53,8 (7 kişi) oranlarında saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 12: Mesleklere göre alt tip dağılımı.

Meslek	Alt Tipler				Toplam
	Motor	Duyu	Konvülsiyon	Karışık	
Ev Hanımı	14 31,8%	4 9,1%	14 31,8%	12 27,3%	44 100,0%
Çiftçi	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	2 100,0%
Memur	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%
Öğrenci	3 23,1%	1 7,7%	7 53,8%	2 15,4%	13 100,0%
İşçi	3 30,0%	1 10,0%	2 20,0%	4 40,0%	10 100,0%
Ticaret	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	2 100,0%
Diğer	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%
Toplam	23 30,7%	6 8,0%	26 34,7%	20 26,7%	75 100,0%

$p>0,05$

Eğitim Yıllarına Göre Alt Tip dağılımı:

Eğitim yıllarına göre ek tanı dağılımını incelendiğinde, ilköğretim ve altı grubunda en sık %32,7 (18) oranı ile motor belirtilerle giden tip, ilköğretim üstünde %50 (10 kişi) oranı ile katılmalar ya da konvülsiyonlarla giden alt tip gözlendiği saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 13: Eğitim durumuna göre alt tip dağılımını.

Eğitim Durumu		Alt Tipler				Toplam	$p>0,05$
		Motor	Duyu	Konvülsiyon	Karışık		
Eğitim	İlkokul ve Altı	10	4	13	13	40	
		25,0%	10,0%	32,5%	32,5%	100,0%	
Eğitim	İlkokul Üstü	13	2	13	7	35	
		37,1%	5,7%	37,1%	20,0%	100,0%	
Toplam		23	6	26	20	75	
		30,7%	8,0%	34,7%	26,7%	100,0%	

Yaşadığı yere göre alt tip dağılımı:

Katılımcıların yaşadıkları yerlere göre alt tip dağılımını incelendiğinde, köyde yaşayanlarda %39,1 (9 kişi) oranla motor belirti ya da defisit gösteren , ilçede yaşayanlarda %38,7 (12 kişi) oranla karışık görünüm sergileyen, ilde yaşayanlarda %42,9 (9 kişi) oranla katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipleri daha sık gözlemlenmiştir. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo14: Yaşadığı yer ile alt tiplerin ilişkisi.

Yaşadığı yer	Alt Tipler				Toplam	
	Motor	Duyu	Konvulsiyon	Karışık		
İl	7 33,3%	3 14,3%	9 42,9%	2 9,5%	21 100,0%	p>0,05
İlçe	7 22,6%	3 9,7%	9 29,0%	12 38,7%	31 100,0%	
Köy	9 39,1%	0 0,0%	8 34,8%	6 26,1%	23 100,0%	
Toplam	23 30,7%	6 8,0%	26 34,7%	20 26,7%	75 100,0%	

Ortalama Aylık Gelire Göre Alt Tip Dağılımı:

Katılımcıların ortalama aylık gelire göre alt tip dağılımı incelendiğinde, ortalama aylık geliri 1000 TL'nin altında olan grupta en sık %42,2 (19 kişi) oranla katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipi, 1000-2000 TL ortalama aylık geliri olan grupta en sık %40,7 (11 kişi) oranla motor belirti ya da defisit gösteren alt tipi gözlemlenmiştir. Ortalama aylık geliri 2000-3000 TL olan grupta hiç duyu belirtisi ya da defisiti gösteren alt tipi gözlenmezken, diğer alt tipler eşit oranda gözlemlenmiş, bu oran %33,3 (1 kişi) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 15: Ortalama aylık gelire göre alt tip dağılımı.

Gelir	Alt Tipler				Toplam	
	Motor	Duyu	Konvulsiyon	Karışık		
0-999	11 24,4%	3 6,7%	p 42,2%	12 26,7%	45 100,0%	p>0,05
1000-1999	11 40,7%	3 11,1%	6 22,2%	7 25,9%	27 100,0%	
2000-2999	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%	
Toplam	23 30,7%	6 8,0%	26 34,7%	20 26,7%	75 100,0%	

Cinsiyet ve medeni duruma göre alt tiplerin dağılımı:

Cinsiyet ve medeni duruma göre alt tiplerin dağılımı incelendiğinde, evli kadınlarda en sık %31,6 (12 kişi) oranıyla karışık görünüm sergileyen alt tipi gözlenirken, evli erkeklerde en çok %44,4 (4 kişi) oranıyla motor belirti ya da defisit gösteren alt tipi gözlenmiştir. Bekar erkeklerde duyu belirtisi ya da defisiti gösteren alt tipi gözlenmezken diğer alt tiplerin %33,3 (1 kişi) ile eşit oranlarda gözleendiği saptanmıştır. Nişanlı bayanlarda en sık %60 (3 kişi) oranıyla katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipinin gözleendiği saptanmıştır. Erkekler ve kadınlar için gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (erkeklerde ve kadınlarda $p>0,05$).

Tablo 16: Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumlarına göre alt tip dağılımı.

Cinsiyet		Alt Tipler				Toplam	
		Motor	Duyu	Konvulsiyon	Karışık		
Erkek	Evli	4 44,4%	-	2 22,2%	3 33,3%	9 100,0%	p>0,05
	Nişanlı	0 ,0%	-	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%	
	Ayrı yaşıyor	0 ,0%	-	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%	
	Bekar	1 33,3%	-	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%	
Toplam		5 35,7%	-	3 21,4%	6 42,9%	14 100,0%	
Kadın	Evli	11 28,9%	4 10,5%	12 31,6%	11 28,9%	38 100,0%	
	Nişanlı	2 40,0%	0 ,0%	3 60,0%	0 ,0%	5 100,0%	
	Eşi ölmüş	1 33,3%	0 ,0%	2 66,7%	0 ,0%	3 100,0%	
	Boşanmış	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	2 100,0%	
	Ayrı yaşıyor	3 60,0%	1 20,0%	0 ,0%	1 20,0%	5 100,0%	
	Bekar	0 ,0%	1 12,5%	6 75,0%	1 12,5%	8 100,0%	
Toplam		18 29,5%	6 9,8%	23 37,7%	14 23,0%	61 100,0%	

4.5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Skorlarının Dağılımı:

4.5.1. Eğitim Yılına Göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) Skor dağılımı:

Katılımcıların eğitim yılları ilköğretim ve altı, ilköğretim üstü şeklinde iki gruba ayrılıp, Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) toplam puanları da 40 puan ve üstü ve 40 puan üstü şeklinde iki gruba ayrılıp iki grup arasındaki ilişki incelendiğinde; ilköğretim ve altındaki gruptakilerin %41'inin (23 kişi), ilköğretim üstü grubundakilerin %30'unun (6 kişi) Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ)'den 40 ve üzerinde bir skora sahip oldukları saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 17: Eğitim durumuna göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) skor dağılımı.

Eğitim Durumu	SDQ Toplam		Toplam	
	40 Altı	40 ve Üstü		
İlkokul ve Altı	24	16	40	p>0,05
	60,0%	40,0%	100,0%	
İlkokul Üstü	22	13	35	
	62,9%	37,1%	100,0%	
Toplam	46	29	75	
	61,3%	38,7%	100,0%	

Eğitim Yılına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı:

Katılımcıların eğitim yılları ilköğretim ve altı, ilköğretim üstü şeklinde iki gruba ayrılıp, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puanları da 30 puan ve üstü ve 30 puan üstü şeklinde iki gruba ayrılıp iki grup arasındaki ilişki incelendiğinde; ilköğretim ve altındaki gruptakilerin %9,1'inin (5 kişi), ilköğretim üstü grubundakilerin %25'inin (5 kişi) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)'den 30 ve üzerinde bir skora sahip oldukları saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 18: Eğitim yılına göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı.

Eğitim Durumu	DES Toplam		Toplam	
	30 ve üstü	30 altı		
İlköğretim ve altı	4	36	40	p>0,05
	10,0%	90,0%	100,0%	
İlköğretim üstü	6	29	35	
	17,1%	82,9%	100,0%	
Toplam	10	65	75	
	13,3%	86,7%	100,0%	

Eğitim Yılına Göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı:

Katılımcıların eğitim yılları ilköğretim ve altı, ilköğretim üstü şeklinde iki gruba ayrılıp, Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) toplam puanları da 2,5 puan ve üstü ve 2,5 puan üstü şeklinde iki gruba ayrılıp iki grup arasındaki ilişki incelendiğinde; ilköğretim ve altındaki gruptakilerin %23,6'sının (13 kişi), ilköğretim üstü grubundakilerin %35'inin (7 kişi) Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)'den 2,5 ve üzerinde bir skora sahip oldukları saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05)

Tablo 19: Eğitim Yılına Göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı.

Eğitim Durumu	DIS-Q Toplam		Toplam	
	2,5 ve üstü	2,5 altı		
İlköğretim ve altı	9 22,5%	31 77,5%	40 100,0%	p>0,05
İlköğretim üstü	11 31,4%	24 68,6%	35 100,0%	
Toplam	20 26,7%	55 73,3%	75 100,0%	

4.5.2 Yaşa Göre Ölçek Skorlarının Dağılımları:

Yaşa göre ölçek skorlarının dağılımı incelendiğinde, her üç ölçek skorunda da yüksek alan grubun 20-29 yaş grubu olduğu saptandı. Gruplar arasındaki ilişki her üç ölçek skoru için de istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 20: Yaşa göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) skor dağılımı.

SDQ Toplam	Yaş					Toplam	
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59		
40 altı	6 13,0%	17 37,0%	9 19,6%	10 21,7%	4 8,7%	46 100,0%	p>0,05
40 ve üstü	3 10,3%	9 31,0%	7 24,1%	8 27,6%	2 6,9%	29 100,0%	
Toplam	9 12,0%	26 34,7%	16 21,3%	18 24,0%	6 8,0%	75 100,0%	

Tablo 21: Yaşa göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) skor dağılımı.

DIS-Q Toplam	Yaş					Toplam	p>0,05
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59		
2,5 ve üstü	2 10,0%	13 65,0%	3 15,0%	2 10,0%	0 ,0%	20 100%	
2,5 altı	7 12,7%	13 23,6%	13 23,6%	16 29,1%	6 10,9%	55 100%	
Toplam	9 12,0%	26 34,7%	16 21,3%	18 24,0%	6 8,0%	75 100%	

Tablo 22: Yaşa göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı.

DES Toplam	Yaş					Toplam	p>0,05
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59		
30 ve üstü	1 10,0%	7 70,0%	1 10,0%	1 10,0%	0 ,0%	10 100%	
30 altı	8 12,3%	19 29,2%	15 23,1%	17 26,2%	6 9,2%	65 100%	
Toplam	9 12,0%	26 34,7%	16 21,3%	18 24,0%	6 8,0%	75 100%	

4.5.3 Cinsiyetlere Göre Ölçek Skorlarının Dağılımı:

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı:

Cinsiyete göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı incelendiğinde; 30 ve üstü skor alan katılımcıların %70'ini (77 kişi) kadınların oluşturduğu saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 23: Cinsiyetlere göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı.

DES	Cinsiyet		Toplam	
	Erkek	Kadın		
Toplam				
30 ve üstü	3 30,0%	7 70,0%	10 100,0%	$p>0,05$
30 altı	11 16,9%	54 83,1%	65 100,0%	
Toplam	14 18,7%	61 81,3%	75 100,0%	

Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı:

Cinsiyete göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı incelendiğinde; 2,5 ve üstü skor alan katılımcıların %85'ini (17 kişi) kadınların oluşturduğu saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 24: Cinsiyete göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) skor dağılımı.

DIS-Q Toplam	Cinsiyet		Toplam	p>0,05
	Erkek	Kadın		
2,5 ve üstü	3 15,0%	17 85,0%	20 100,0%	
2,5 altı	11 20,0%	44 80,0%	55 100,0%	
Toplam	14 18,7%	61 81,3%	75 100,0%	

Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) Skor dağılımı:

Cinsiyete göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) skorları incelendiğinde; 40 ve üstü skor alan katılımcıların %93'ünü (27 kişi) kadınların oluşturduğu saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 25: Cinsiyete göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği skor dağılımı.

SDQ Toplam	Cinsiyet		Toplam	p<0,05
	Erkek	Kadın		
40 Altı	12 26,1%	34 73,9%	46 100,0%	
40 ve üstü	2 6,9%	27 93,1%	29 100,0%	
Toplam	14 18,7%	61 81,3%	75 100,0%	

4.5.4. Ortalama Aylık Gelire Göre Ölçek Skorlarının Dağılımı:

Ortalama aylık gelire göre ölçek skorlarının dağılımı incelendiğinde, her üç ölçek skorunda da yüksek olan grubun 0-999 TL ortalama aylık gelir olan grup olduğu saptandı. Gruplar arasındaki ilişki her üç ölçek skoru için de istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$)

Tablo26: Ortalama aylık gelire Göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği skor dağılımı:

SDQ	Gelir			Toplam	$p>0,05$
	0-999	1000-1999	2000-2999		
Toplam					
40 altı	25	19	2	46	
	54,3%	41,3%	4,3%	100,0%	
40 ve üstü	20	8	1	29	
	69,0%	27,6%	3,4%	100,0%	
Toplam	45	27	3	75	
	60,0%	36,0%	4,0%	100,0%	

Tablo 27: Ortalama aylık gelire göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) skor dağılımı.

DIS-Q	Gelir			Toplam	$p>0,05$
	0-999	1000-1999	2000-2999		
Toplam					
2,5 ve üstü	13	7	0	20	
	65,0%	35,0%	,0%	100,0%	
2,5 altı	32	20	3	55	
	58,2%	36,4%	5,5%	100,0%	
Toplam	45	27	3	75	
	60,0%	36,0%	4,0%	100,0%	

Tablo 28:Ortalama aylık gelire göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği skor dağılımı.

DES Toplam	Gelir			Toplam	p>0,05
	0-999	1000-1999	2000-2999		
30 ve üstü	5 50,0%	5 50,0%	0 ,0%	10 100,0%	
30 altı	40 61,5%	22 33,8%	3 4,6%	65 100,0%	
Toplam	45 60,0%	27 36,0%	3 4,0%	75 100,0%	

4.6. Alt Tiplere Göre Ölçek Skorlarının dağılımı:

Alt tiplerde Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skor dağılımı:

Karışık görünüm sergileyen alt tipi grubundakilerin %30'unun (6 kişi) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) skorlarında 30 ve üzerinde skora sahip olduğu saptanmıştır. Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipinde bu oran %15,4 (4 kişi) idi. Motor belirti ya da defisit gösteren ve duyu belirtisi ya da defisiti gösteren gruplarında ise hiç bir katılımcının 30 ve üzerinde puan almadıkları saptandı. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo29: Alt tiplere göre DES skoru dağılımları.

Alt Tipler	DES Toplam		Toplam	p<0,05
	30 ve üstü	30 altı		
Motor	0 ,0%	23 100,0%	23 100,0%	
Duyu	0 ,0%	6 100,0%	6 100,0%	
Konvulsiyon	4 15,4%	22 84,6%	26 100,0%	
Karışık	6 30,0%	14 70,0%	20 100,0%	
Toplam	10 13,3%	65 86,7%	75 100,0%	

Alt tiplerde Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı:

Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipi grubundakilerin %34,6'sının (9 kişi) Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) skorlarında 2,5 ve üzerinde skora sahip olduğu saptanmıştır. Karışık görünüm sergileyen alt tipinde bu oran %40 (8 kişi) idi. Duyu belirtisi ya da defisiti gösteren alt tipi ve motor belirti ya da defisit gösteren alt tiplerinde ise oranlar sırasıyla %16,7 (1 kişi) ve %8,7 (2 kişi) şeklinde saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 30: Alt tiplere göre Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Skor dağılımı.

Alt Tipler	DİSS-Q Toplam		Toplam	p<0,05
	2,5 ve üstü	2,5 altı		
Motor	2 8,7%	21 91,3%	23 100,0%	
Duyu	1 16,7%	5 83,3%	6 100,0%	
Konvülsiyon	9 34,6%	17 65,4%	26 100,0%	
Karışık	8 40,0%	12 60,0%	20 100,0%	
Toplam	20 26,7%	55 73,3%	75 100,0%	

Alt tiplerde Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) Skor dağılımı:

Motor belirti ya da defisit gösteren gruptakilerin %56,5'i (13 kişi) bu ölçekten 40 ve üzerinde puan altıkları gözlenmiştir. Karışık görünüm sergileyen alt tipi grubundakilerin %30'unun (6 kişi) Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) skorlarında 40 ve üzerinde skora sahip olduğu saptanmıştır. Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipinde bu oran %30,8 (8 kişi), duyu belirtisi ya da defisiti gösteren grubunda ise bu oran %33,3 (2 kişi) olarak tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 31: Alt tiplere göre Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) skor dağılımı

Alt Tipler	SDQ Toplam		Toplam	
	40 altı	40 ve üstü		
Motor	10 43,5%	13 56,5%	23 100,0%	p>0,05
Duyu	4 66,7%	2 33,3%	6 100,0%	
Konvulsiyon	18 69,2%	8 30,8%	26 100,0%	
Karışık	14 70,0%	6 30,0%	20 100,0%	
Toplam	46 61,3%	29 38,7%	75 100,0%	

Sosyodemografik Özelliklere Göre Ek Tanı Dağılımı:

Cinsiyetlere Göre Ek Tanı Dağılımı:

Katılımcıların cinsiyetleri açısından eşlik eden başka bir eksen-1 hastalığının varlığı incelendiğinde, erkeklerin % 64,3'ünde (9 kişi), kadınların ise %44,3'ünde (27 kişi) ek bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p> 0,05).

Yaşa Göre Ek Tanı Dağılımı:

Yaşa göre ek tanı dağılımı değerlendirildiğinde; 10-19 yaş grubunda %33,3, 20-29 yaş grubunda %53,8, 30-39 yaş grubunda %62,5, 40-49 yaş grubunda %38,9 ve 50-59 yaş grubunda %33,3 kişide ek tanı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Eğitim Yılına Göre Ek Tanı Dağılımı:

Eğitim yılına göre ek tanı dağılımını değerlendirildiğinde, ilköğretim ve altındaki grupta %42,5 ve ilköğretim üstü grubunda %54,3 oranında psikiyatrik bir ek tanı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Gelire Göre Ek Tanı Dağılımı:

Ortalama aylık gelire göre ek tanı dağılımını değerlendirildiğinde; 0-999 TL ortalama geliri olanlarda %52,2, 1-1999 TL ortalama aylık geliri olanlarda %55,6 ve 2-2999 TL ortalama aylık geliri olanlarda %66,7 oranında psikiyatrik bir ek tanı saptanmıştır. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,005$).

6. TARTIŞMA VE SONUÇ:

Konversiyon Bozukluğunun genellikle gelişmemiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Ülkemizde bu oran %4.5-32 olarak bulunmuştur (11). Psikiyatri polikliniklerinde görülme oranı ise batı ülkelerinde % 1-3, gelişmekte olan ülkelerde % 10 olarak bildirilmiştir (11, 83). Göktaş ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları çalışmada bir psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş hastaların oranını %5,5 olarak saptamışlardır (97). Çalışmamız sonucunda MKÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastalardan Konversiyon Bozukluğu tanısı konmuş hastaların oranı %9,3 olarak saptandı. Bu oran ülkemizde daha önce yapılan çalışma sonuçlarına uygunluk gösterirken, yurt dışında yapılmış çalışmaların sonucundan yüksektir. Bu sonuç, Konversiyon Bozukluğunun gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görüldüğü literatür bilgisine uygun düşmektedir (7, 20, 21).

Konversiyon Bozukluğunun erken çocukluktan başlayarak her yaş grubunda görülebilmesine rağmen en sık geç çocukluk ve erken erişkinlik dönemlerinde görüldüğü bilinmektedir. (7, 21, 27, 41). Daha önce Türkiye’de bu konuda yapılmış çalışmalarda Göktaş ve arkadaşları ortalama yaşı $31,2 \pm 11,4$, Uğuz ise $30,35 \pm 8,3$ yıl olarak saptamıştır (91, 97). Çalışmamızda Konversiyon Bozukluğu tanısı konulmuş hastaların çoğunluğunu %34,7 (26 kişi) ile 20-29 yaş grubundakilerin oluşturdukları saptanmıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuç konuyla ilgili literatür bulgularıyla uyumaktadır. Çalışmamızda katılımcıların başvurdukları andaki yaşları gruplara ayrılarak değerlendirilmiştir. Bu açıdan bakıldığında; hastalığın ilk başlangıç yaşının değerlendirmesinin ve bunun bireyin tedaviye başvurduğu yaş ile bir mukayesesinin yapılamaması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Cinsiyetler arasındaki görülme oranları açısından bakıldığında, gerek Türkiye’de gerekse yurt dışında yapılmış olan çalışmalarda Konversiyon Bozukluğunun kadınlarda erkeklere nazaran 2-19 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (8, 38, 43, 44). Çalışmamızda Konversiyon Bozukluğu tanısı almış hastaların %81,3’ini (64 kişi) kadınlar oluşturmaktadır. Hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturması literatür bulgularıyla uyumludur. Ancak çalışmamız saha çalışması olmadığından bölgemiz için bu konuda net bilgi verilemez.

Sosyokültürel düzeyi gösteren önemli etkenlerden biri de eğitim düzeyidir. Konversiyon Bozukluğu için risk etkenlerine bakıldığında, düşük eğitim düzeyinin bu etkenler içinde yer aldığı bilinmektedir (7, 45, 46). Çalışmamızda katılımcıların ortalama eğitim yılı $6,7 \pm 3,5$ yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumları ilköğretim ve altı ve ilköğretim üstü şeklinde iki gruba ayrılarak incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunu %73,3 (55 kişi) oranıyla ilköğretim ve altı eğitim alanlar grubunun oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmamızda literatür bilgileriyle uyumlu olarak hastaların önemli bir oranının düşük eğitim düzeyinde oldukları gözlemlenmektedir.

Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda cinsiyet, medeni durum ve meslek dağılımı bakımından bakıldığında, Konversiyon Bozukluğunun evli, kadın, ev hanımlarında daha sık görüldüğü gösterilmiştir (6, 22, 70). Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarıyla ilgili sonuçlara baktığımızda, katılımcıların %62,7'sinin (47 kişi) evli ve %50,6'sının da (38 kişi) evli kadınlardan oluştuğu görülmüştür. Bu sonuç Konversiyon Bozukluğunun sıklıkla evli kadınlarda görüldüğü şeklindeki literatür bilgisiyle uyumludur.

Çalışmamızda eğitim durumlarına göre evlenme yaşlarına baktığımızda; ilköğretim ve altındaki grubun büyük çoğunluğunun (%48,9) 16-19 yaş grubunda, ilköğretim üstü grubundakilerin çoğunluğunun (%52,2) 20-24 yaş grubunda evlendikleri saptanmıştır. Çalışmamıza sonuçlarına göre, katılımcıların eğitim düzeyi azaldıkça evlenme yaşının da düştüğü saptanmıştır. Erken yaşta evlenmenin az gelişmiş, sosyokültürel anlamda geri kalmış toplumlarda daha sık görüldüğü bilinen bir gerçektir. Çalışmamıza katılanların çoğunluğunun evlenme yaşlarının %34,7 (26 kişi) oranı ile 16-19 yaş aralığı grubunda yer alması ve bunun da eğitim durumuyla korelasyon göstermesi ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde Konversiyon Bozukluğunun daha sık görüldüğü literatür bilgisiyle uyumludur (7, 46, 50, 70).

Çalışmamızda meslek dağılımlarıyla ilgili olarak bir analiz yapıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğunu %58 (23 kişi) oranla ev hanımı grubundakiler oluşturmaktadır. Katılımcılar aktif olarak çalışıp çalışmadıkları şeklinde iki gruba ayrılarak incelendiğinde ise %76'sını (55 kişi) çalışmayanların oluşturduğu saptandı. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu; Konversiyon Bozukluğunun çalışmayanlarda ve düşük ekonomik düzeye sahip olanlarda daha sık görüldüğü literatür bilgisiyle uyumludur (7, 15, 50, 97).

Toplumun sosyokültürel ve gelişmişlik düzeyleriyle alakalı olarak aile yapısı da değişmektedir. Sosyokültürel gelişmişliğin iyi olduğu toplumlarda çekirdek aile yapısına

sahip olma daha sık gözlenen toplumsal bir olgudur. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunu çekirdek aile yapısına sahip olanların oluşturması (%56) bir uyumsuzlukmuş gibi değerlendirilebilir. Ancak, Hatay'da ayrı bir daire veya evde yaşıyor olsalar bile, kayınvalide, kayınpeder, anne, baba ve kardeş gibi aile yakınlarının genel olarak aynı binada veya birbirine çok yakın mesafelerde (aynı mahalle, köy gibi) oturmaları çok yaygın bir durumdur. Bu açıdan bakıldığında, Hatay için gerçek anlamda çekirdek aile yapısı oranlarının çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlardan daha az olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda anne baba-ayrılığı öyküsü, bedensel bir özrü olup olmadığı ve kronik tıbbi bir hastalığın olup olmadığı ile ilgili sonuçlara baktığımızda; beklediğimizin aksine, sonuçlar düşük oranlarda saptanmıştır. Anne-baba ayrılığı öyküsü olanlar %8, bedensel özrü olanlar %10,7 ve kronik tıbbi bir hastalığı olanlar %28 oranlarında saptanmıştır. Bedensel özrü, anne-baba ayrılığı öyküsü ve kronik tıbbi bir hastalığı olanlarda diğer bir çok mental bozukluk gibi Konversiyon Bozukluğunun da normal popülasyona göre daha yüksek oranda görüleceği literatür bilgisi (98, 99, 100) olmakla birlikte, Konversiyon Bozukluğunda anne-baba ayrılığı öyküsü, bedensel özür ve kronik tıbbi bir hastalığın sıklığını çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlarla mukayese edebileceğimiz ülkemizde ve yurt dışında yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlayamadık.

Katılımcıların çalışmamıza başvurdukları esnada yaşadıkları yerlere göre değerlendirme yapıldığında; oranlar %41,3 (31 kişi) ile ilçede yaşayanlar ve %30,7 ile köyde yaşayanlar şeklinde saptanmıştır. Yine çalışmamıza katılanların büyüdüğü yerler değerlendirildiğinde; %46,7 (35 kişi) ile köyde büyüyenlerin çoğunluğu oluşturdukları saptandı. Çalışmamızda Konversiyon Bozukluklu hastaların büyük çoğunluğunu kırsal kesimde yaşayanların ve büyüyenlerin oluşturduğu görülmektedir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuçlar kırsal kesimden olmanın Konversiyon Bozukluğu için risk etkeni olduğu literatür bilgisiyle uyumludur (15, 20, 27).

Düşük sosyoekonomik koşulların Konversiyon Bozukluğu için bir risk etkeni olduğu bilinmektedir. (3, 35, 85). Çalışmamızda katılımcıların %60'ının (45 kişi) ortalama aylık gelirinin 1000 TL'nin altında olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun Ocak 2011'de yayınladığı 2009 yoksulluk verilerine göre, dört kişilik bir aile için saptadığı yoksulluk sınırı; ayda 825 TL olarak bildirilmiştir (101). Tüm bu bilgiler ve bulgular ışığında

bakıldığında, çalışmamıza katılan hastaların genel olarak düşük ekonomik bir düzeye sahip olduklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılanların büyük çoğunluğunu 1000 TL'den az ortalama aylık gelire sahip olanlar oluşturmakla birlikte, kirada mı, yoksa kendi evinde mi, oturduklarıyla ilgili değerlendirmemizde; beklenilenin aksine kendisine ait bir evde oturanların % 68'lik oranla çoğunluğu oluşturdukları saptanmıştır. Hatay'da Anadolu'nun diğer birçok bölgesinde olduğu gibi evlenmek için yerine getirilmesi gerekli şartların başında ev sahibi olunması gerektiği gerçeği ve birçok insanın kendisine değil de anne, baba veya kardeş gibi bir yakınına ait bir evde kira vermeden oturduğu göz önüne alındığında, kirada oturmanın ya da oturmamanın Hatay için ekonomik düzeyi tam olarak yansıtmadığı kanaatindeyiz.

Çalışmamıza katılan Konversiyon Bozukluklu hastaların klinik alt tiplerine göre analizi yapıldığında; %34,7 (26 kişi) oranıyla katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren alt tipin ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. Bunu sırasıyla %30,7 (23 kişi) ile motor belirti ya da defisit gösteren, %26,7 (20 kişi) oranıyla karışık görünüm sergileyen tip ve %8 (6 kişi) oranıyla duyu belirtisi ya da defisiti gösteren tip takip etmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada karışık görünüm sergileyen tip (%39,2) en sık görülen alt tip, bir başka çalışmada ise katılma ya da konvülsiyonlarla giden alt tip ve duyu belirtisi ya da kaybı gösteren alt tip % 40.5 ile en sık görülen alt tip olmuştur (43, 97). Ankara'da bir sağlık ocağına başvuran hastalarda konversiyon belirtilerinin yaygınlığını araştıran bir çalışmada, en sık motor işlevlerde bozulma olduğu, bunu duyu işlevlerinde azalma ve konvülsiyonların izlediği bulunmuştur (15,102). Literatürde genel olarak en çok gözlenen alt tip katılma ya da konvülsiyonlarla giden tip olarak belirtilse de, diğer alt tiplerin sıralamasıyla ilgili Türkiye ve yurt dışında yapılan çalışmalar farklı sonuçlar vermiştir (27). Çalışmamızda ilde oturanlarda sıklıkla (%42,9) katılmalar ve konvülsiyon gösteren alt tip, ilçede yaşayanlarda en sık (%38,7) karışık görünüm sergileyen alt tip ve köyde yaşayanlarda en sık (%39,1) motor belirtilerle giden alt tipin görüldüğü saptanmıştır. Eğitim yılları açısından değerlendirildiğinde; ilköğretim ve altındaki grupta en sık (%32,7) motor belirtilerle giden alt tip ve ilköğretim altındaki grupta en sık (%50) katılmalar ve konvülsiyonlarla giden alt tip gözleendiği saptanmıştır. Cinsiyetlere göre alt tip dağılımına baktığımızda; kadınlarda en sık (%37,7) katılmalar ve konvülsiyonlar gösteren ve motor belirtilerle giden alt tip, erkeklerde en sık (%42,9) karışık görünüm sergileyen alt tipin gözleendiği saptanmıştır. Yaş gruplarına göre en sık gözlenen alt tipler değerlendirildiğinde; yaş gruplarının çoğunluğunda katılmalar

ve konvulsiyonlarla giden alt tipin gözleendiği saptanmıştır. Çalışmamızda genel olarak en sık gözlenen alt tip ve cinsiyete göre alt tip bulgusu Türkiye ve yurt dışındaki çalışmalardan elde edilmiş sonuçlarla uyumludur. Konversiyon Bozukluğunun belirtileri bağlamında bakıldığında genel olarak kırsal kesim ve düşük sosyoekonomik düzeyde daha dağınık, değişken ve abartılı belirtiler gözlenirken, üst sosyoekonomik düzeylilerde ve eğitimlilerde belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklara daha çok benzediği bildirilmektedir (33, 49). Çalışmamızda katılımcıların belirti dağılımları yerine genel olarak alt tip dağılımları değerlendirilmiştir. Bu yüzden sosyoekonomik düzeye göre belirtilerin nasıl dağılım gösterdikleri literatür bilgisiyle ilgili bir yargıda bulunamamış olmak çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Eş tanı (komorbidite) iki ya da daha fazla hastalığın belirli bir zaman diliminde birlikte bulunmasını anlatır. Ancak, psikiyatrik bozuklukların etyopatogenezi iyi aydınlatılamamış olduğu için, mevcut bozukluğa eşlik eden ikinci hastalığın, psikiyatrik bozukluğun bir sonucu mu, nedeni mi; yoksa gerçekten iki ayrı hastalığın aynı anda birlikte mi bulunuyor olduğu sorularını yanıtlamak zordur (103). Konversiyon Bozukluğuna diğer ruhsal bozuklukların eşlik etmesi oldukça sık görülen bir durumdur. Eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık kötü gidişat ve sonlanış göstergesi olarak kabul edilmektedir (27) Daha önce Türkiye’de yapılan bir çalışmada Konversiyon Bozukluklu hastaların %48,7’sinde ek bir psikiyatrik tanı olduğu bulunmuştur (97). Bizim çalışmamızda bu oran %48 olarak saptanmıştır. Konversiyon Bozukluğuyla birlikte en çok görülen psikiyatrik bozukluklar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları post travmatik stres bozukluğu yer almaktadır (27). Araştırmalar hastalığın en sık majör depresif bozukluk ile birlikte görüldüğünü (%17-29) ortaya koymaktadır (70). Daha önce Türkiye’de yapılan bir çalışmada Konversiyon Bozukluğu olan hastaların %23,6’sında majör depresyon, %11,1’inde anksiyete bozukluğu ve %4,2’sinde distiminin eşlik ettiği saptanmıştır (91). Çalışmamızda eşlik eden psikiyatrik hastalıklar analiz edildiğinde; somatoform bozukluklar % 11,9 (9 kişi) oranıyla ilk sırada yer alırken, bunu %11,3 (7 kişi) oranla majör depresyon, % 8 (6 kişi) oranla distimi, diğer anksiyete bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu izlemektedir. panik bozukluk %5,3 (4 kişi), post travmatik stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk %1,3 (1 kişi) olarak saptanmıştır. Konversiyon Bozukluğu olan hastalarda yaşa göre ek psikiyatrik hastalık varlığını değerlendirdiğimizde; 40 yaşına kadar olan gruplarda yaş arttıkça ek tanı oranının arttığını, 40 yaşından sonraki gruplarda ise bu korelasyonun olmadığını saptadık. Eğitim düzeyi

ilköğretim üstü olan grubun %54,3'ünde ek psikiyatrik hastalık saptanırken, ilköğretim ve altı grupta ek psikiyatrik hastalık oranı %42,5 olarak saptandı. Yine gelir durumuna göre ek psikiyatrik hastalık varlığı değerlendirildiğinde; gelir düzeyi arttıkça ek psikiyatrik hastalık varlığı oranlarının arttığını saptadık. Yaşla ilgili genel bir yargı olmamakla beraber, sosyoekonomik düzey düştükçe eşlik eden psikiyatrik ek tanı oranının arttığı literatür bilgisinden baktığımızda, çalışmamızın sonuçlarının bu literatür bilgisiyle uyumlu olmadığı gözlenmektedir (104). Uyumsuzluğun örneklem grubumuzun az olmasından mı kaynaklandığını, yoksa bölgeye özel bir durum olup olmadığıyla ilgili saha çalışması yapılabilir. Çalışmamızda en çok eşlik eden psikiyatrik hastalık bulgusu Türkiye ve yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olmamakla birlikte, Konversiyon Bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik hastalıkların oranı ve bunların dağılımı, gerek ülkemizde, gerekse yurt dışında yapılmış olan çalışmaların sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir. Tüm insanlar yaşadığı toplum ve kültürden etkilenirler. Duyguların sözel ifadesinin sınırlı olduğu toplumlarda konversiyon belirtileri sözsüz bir iletim aracı olmaktadır (29, 105). Bu açıdan bakıldığında, duyguların somatize edilmesi de bu iletişime ve bireyin kendisini ifade etmesine katkıda bulunacaktır. Anadolu'nun birçok bölgesinde olduğu gibi Hatay'da da özellikle kadınların sosyal ve toplumsal rolleri ve yerleri, eşinin ailesiyle birlikte veya çok yakın bir yerde yaşadıkları gerçeği göz önüne alındığında, somatoform bozuklukların daha yüksek oranda eşlik etmesinin Hatay için şaşırtıcı bir sonuç olmadığı kanaatindeyiz.

Dissosiyatif bozukluklar Konversiyon Bozukluğu ile ortak birçok özelliğe sahiptir. Her iki bozukluk da nörolojik işlev bozukluğunu düşündüren belirtiler içerir. Her iki bozuklukta da öncül stresörler olabilir ve öykü almak da semptomların doğası gereği güç olabilir (64, 79). Konversiyon Bozukluğunun çoğu yönüyle dissosiyatif bozukluklarla yakından ilgili ve benzer olduğu, benzer hazırlayıcı psikososyal etkenler taşıdıklarıyla ilgili çalışmalar mevcuttur (106, 107). Konversiyon Bozukluklu bireylerde bu ölçeklerin dissosiyatif bozukluklu kişilerdeki gibi anlamlı skorlarla sonuçlandığına dair çalışmalar vardır (107). Daha önceki yıllarda bu ölçeklerin sonuçlarıyla ilgili yapılan çalışmalarda, diğer mental bozukluklarla kıyaslanınca, dissosiyatif bozukluğu ve Konversiyon Bozukluğu olanlarda anlamlı farkların olduğu, dissosiyatif bozukluk ve konversiyon bozukluklular arasında ise belirgin bir farkın olmadığı saptanmıştır (106). Bu açıdan bakıldığında dissosiyatif bozuklukların tanısında kullanılan ölçeklerin Konversiyon Bozukluğu tanısı konulmuş bireylerde nasıl sonuçlanacağını gözlemlemek için katılımcılarımıza uygulayarak sonuçlarını yorumladık. Çalışmamızda katılımcıların Somatoform Dissosiyasyon Ölçeğinden (SDQ)

aldıkları skorlar 40 ve üstü, 40 altı şeklinde iki gruba ayrılarak incelendiğinde; 40 ve üzeri puan alanların oranı %38,7 (29kişi) olarak, Dissosiyasyon Ölçeğinde (DIS-Q) aldıkları skorlar 2,5 ve üzeri puan ve 2,5 altı puan şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde, 2,5 ve üzeri puan alanların oranı %26,7 (20 kişi) olarak, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinde (DES) aldıkları skorlar 30 ve üzeri puan, 30 puan altı alanlar şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde, 30 ve üzeri puan alanların oranı %13,3 (10 kişi) olarak saptandı. Sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, katılımcıların çoğunluğu bu ölçeklerden eşik altı puanlar almakla birlikte, özellikle Somatoform Dissosiyasyon Ölçeğinde (SDQ) ve Dissosiyasyon Ölçeğinde (DIS-Q) eşik üstü puan alanların oranları azımsanmayacak ölçüdedir. Dissosiyatif bozukluklu hastalarda genel olarak bu ölçeklerin skorları arasında bir paralellik söz konusudur. Çalışmamızda bu paralelliği Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) ve Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) skorları arasında saptadık. Ölçek skorlarında yüksek alan grupların alt tip dağılımına bakıldığında; Somatoform Dissosiyasyon Ölçeğinden (SDQ) en yüksek skoru motor belirtilerle giden tip, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Dissosiyasyon Ölçeğinden (DIS-Q) en yüksek skoru karışık görünüm sergileyen tiplerin aldığı saptanmıştır. Konversiyon Bozukluğunun kadınlarda, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kesimlerde, geç çocukluk ve erken erişkinlik dönemlerinde daha sık görüldüğü bilinmektedir (27, 39). Çalışmamızda ölçeklerden yüksek puan alanların büyük çoğunluğunu, kadınların, ev hanımlarının, düşük eğitim yılına sahip olanların, 20-29 yaş grubundakilerin ve ortalama aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz ölçek skorlarının Konversiyon Bozukluğu için anlamlı olup olmadığını değerlendirmek açısından bir karşılaştırma grubunun olmaması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz tüm sonuçlar göz önüne alındığında; katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarının Konversiyon Bozukluğunun geri ve orta üretken toplum kesimlerinde daha sık rastlanan bir tanı olduğunu ve hastalarımızla ilgili bu verilerin bu anlamda ülkemizin az gelişmişliğini yansıttığını düşünüyoruz.

Çalışmamız polikliniğe başvuran hastalar üzerinde tanımlayıcı özellikte bir çalışma olarak yürütülmüştür. Sorunun boyutlarını daha doğru şekilde belirlemek için konuyla ilgili daha çok epidemiyolojik araştırma ve saha çalışmalarına gereksinim olduğu kanaatindeyiz.

6. KAYNAKLAR:

1. Hill E, Haydel M, Conversion Disorder Presenting as Hemianesthesia With Loss of Neurologic Reflexes: A Case Report. Southern Medical Journal; 2006; 99; 4; 380-382.
2. Kaplan H I, Sadock B J, çeviri editörü; Abay E, Konversiyon Bozukluğu. Klinik Psikiyatri Kitabı, Nobel Kitabevi, İstanbul, 2004; 221-223.
3. Akdemir D, Ünal F. Erken başlangıçlı Konversiyon Bozukluğu: Bir olgu sunumu. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(1); 65-71.
4. Dervent A, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Epilepsilerde Tanı ve Tedavi Sempozyumu, 9. Elam, İstanbul, 1998; 7-21
5. Çevik A, Konversiyon Bozukluğu. Psikiyatri Dünyası 1999; 1; 11-14.
6. Kruger C, Is Conversion a Dissociative Symptom? Bridging Eastern and Western Psychiatry, 2003; 1; 1.
7. Dale P, Social History of Medicine. A Century of Psychiatry, Edited by Freeman, Harcourt Publishers, London, 1999;21, 24, 50, 100, 172.
8. Ford C V, Folks D G, Conversion Disorder: An overview, Psychosomatics, 1985 (149);5;26;5.
9. <http://emedicine.medscape.com/article/287464-clinical#showall>,2008, Scott A. Marshall, Conversion Disorders Clinical Presentation. Erişim tarihi:26.01.2011.
10. Alkın T, Tunca Z, Konversiyon Bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997;537.
11. Yaluğ İ, Özten E, Tufan E, Konversiyon Bozukluğu ile İlgili Literatürün Bir Olgu Nedeni ile Gözden Geçirilmesi, Türkiye Klinikleri, 2007; 27; 458-462.

12. Kısa C, Aydın O D, Cebecü S, Aydemir Ç, Göka E, Acil Psikiyatrik Başvuruların ve Acil Psikiyatrik Hizmetlerin Değerlendirilmesi. Yeni Symposium, 2001; 39(4); 174-180.
13. Joslyn D, Cassady, David I, Kirschke, Timothy F. Jones, Allen S. Craig, Ovidio B. Bermudez, and William Schaffner, Case Series: Outbreak of Conversion Disorder Among Amish Adolescent Girls. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2005; 44(3); 291–297.
14. Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene F C and Hoogduin K A L, The Impact of Early Trauma and Recent Life-Events on Symptom Severity in Patients With Conversion Disorder, The Journal of Nervous and Mental Disease, 2005; 8; 193.
15. Deveci A, Özmen E, Demet M, İçelli İ, Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Konversiyon Bozukluklu Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3(1); 28-33.
16. Guggenheim F G, Somatoform disorders. In: Sadock B J, Sadock V A, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2000; 1504-32.
17. Raskin M, Talbott J A and Meyerson A T, Diagnosis of Conversion Reactions, JAMA, 1966; 8; 15; 197.
18. Cheng-Ta L, Yuan-Hwa C, Kai-Chun Y, Cheng-Hung Yang, Ying-Chiao L, Tung-Ping Su. Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists, Journal of the Chinese Medical Association 2009; 5; 72; 251.
19. <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Conversion-disorder.html>,2010, R J. Frey. Conversion disorder Encyclopedia of Mental Disorders. Erişim tarihi:23.02.2011.

20. <http://psych.med.nyu.edu/conditions-we-treat/conditions/conversion-disorder,2010>, M. Borowski, Conversion Disorder. Erişim tarihi:10.01.2011.
21. Maqsood N, Ali W, Akram B, Patient With Conversion Disorder; Psycho-social Stressors and Life Event, The Professional Medical Journal, 2010; 12; 17(4); 715-720.
22. Öztürk O, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı. Konversiyon ve Disosiyasyon Bozuklukları. 11.baskı. Ankara, 2008; 514-519.
23. Allin M, Streeruwitz A and Curti V, Progress in Understanding Conversion Disorder. Neuropsychiatr Dissea and Treatment, 2005; 9; 1(3); 205–209.
24. Kent D A, Tomasson I, Coryell W, Course and Outcome of Conversion and Somatization Disorders, Psychosomatics, 1995; 4-5; 2; 36.
25. Heruti R J, Levy A, Adunski A and Ohry A, Conversion Motor Paralysis Disorder: Analysis of 34 Consecutive Referrals. Spinal Cord, 2002; 7; 40; 327-334.
26. Roelofs K, Hoogduin K A L, Keijsers G P J, and Ge'ard W B. Naring, Hypnotic Susceptibility in Patients With Conversion Disorder. Journal of Abnormal Psychology 2002; 111; 2; 390–395.
27. Koroğlu E, Güleç C, Konversiyon Bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, Ankara, HYB Basım Yayın, 2007; 372-385.
28. Duncan R, Oto M, Russell A J, Conway P, Pseudosleep Events Inpatients With Psychogenic Non-epileptic Seizures: Prevalence and Associations, Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2004; 75; 1009.
29. Feldman M D, Ford C V, Factitious Disaorders. In: Sadock B J, Sadock WA (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th ed), Williams and Wilkins, Baltimore 2000; 1; 1533-1543.
30. Clarke J M, On Hysteria, Brain Oxford Journal. 2011;4.

31. <http://www.depam.com/depam/index.php?view=article&catid=37%3Auykubozukluklari&id=90%3Akonversiyon-bozuklugu-2011>, Epilepsi Hastalığına Bağlı Bayılma ile Konversif Bayılma Nasıl ayırt edilir? Erişim tarihi:15.01.2011.
32. <http://whenthedevilknocks.com/wp-content/uploads/2010/08/Loewenstein-Putnam-2007.pdf>, Richard J, Loewensteinm D. and Frank W, Dissociative Disorders. Erişim tarihi:18.02.2011.
33. Işık E, Nevrozlar. Kent Matbaa, Ankara, 1996; 299-312.
34. Haule J R, Pierre Janet And Dissociation: The First Transference Theory and Its Origins In Hypnosis, American Journal of Clinical Hypnosis, 1986; 11; 29(2); 86-94.
35. <http://www.med.nus.edu.sg/pcm/book/13.pdf>. 2010, L L E Choon, Conversion And Dissociative Disorders Erişim tarihi:01.01.2011.
36. www.almanhastanesi.com.tr/makale/.../konversiyon.htm,2010,Konversiyon Bozukluğu. Erişim tarihi:11.01.2011.
37. <http://mpkb.org/home/alternate/psychosomatic>,2010, Psychosomatic explanations for disease. Erişim tarihi:14.02.2011.
38. Krahn L E, Rummans T A, Shorbrough F W et all; Pseudoseizures After Eplepsia Surgery, Psychosomatics, 1995; 36: 5; 487-493.
39. http://www.medical-library.org/journals5a/conversion_disorder.htm,2009,New Treatments for Conversion Disorder. Erişim tarihi:10.01.2011.
40. Akagi H and House A, The Clinical Epidemiology of Hysteria: Vanishingly Rare, or Just Vanishing? Psychological Medicine, 2002; 32; 191–194.
41. Finkenbine R, Vincent J. Miele, Globus Hystericus: A Brief Review, General Hospital Psychiatry, 2004; 26; 78–82.

42. Hesapcioglu S T, Aktepe E, Göker Z, Tanrıöver S, Konversiyon Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik, Klinik Özellikleri ve Eş Tanıları New/Yeni Symposium Journal, 2010; 6; 48;3.
43. Toros F, Uğuz Ş. Konversiyon Bozukluğunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler, Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(1): 51-58.
44. Guze S B, Woodruff R A, Clayton P J, A Study of Conversion Symptoms in Psychiatric Out Patient, The American Journal of Psychiatry, 1971; 128: 5; 135-138.
45. Hollifield M A, Konversiyon Bozukluğu, Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. S;1814-1818.
46. http://www.bordeninstitute.army.mil/published_volumes/war_psychiatry/warpsychchapter15.pdf ,2010, Edwing A. Weinstein, Conversion Disorders. Erişim tarihi:16.04.2011.
47. Khan M N S, Ahmad S and Arshad N, Birth Order, Family Size and Its Association With Conversion Disorders; Pakistan Journal of Medical Sciences, 2006; 22; 1; 38-42.
48. Chamberlain J R, Approaches to Somatoform Disorder in Primary Care. Advanced Studies Medicine, 2003; 3(8): 438-447.
49. Hodgman C H, Conversion and Somatization in Pediatrics, Pediatrics in Review 1995; 16: 1; 29-34.
50. Öztürk O, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın birliği, 5.Baskı Ankara, 1994; 261-319.
51. Ceylan M E, Anksiyete bozuklukları. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri; 2000; 3; 339-404.

52. http://www.social-psychology.de/do/pt_freud.pdf,2006,C. George Boeree, Personality Theory: A Biosocial Approach. Erişim tarihi:19.03.2011.
53. Diler R S, Uğuz Ş, Tamam L, Özpoyraz N, Benzer Psikopatolojik Özellikler Gösteren, Konversiyon Bozukluğu ve Kısa Psikotik Bozukluk Tanılarıyla İzlenen İki Olgunun Sunumu Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1998; 23.
54. Kaygısız A, Alkın T, Konversiyon Bozukluğundaki Ruhsal Bozukluk Eştanılarının Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10; 40-49.
55. Karagöz M, İşoğlu Alkaç Ü, Ergen N, Eradamlar N, Alpkan L, Düşünen Adam Dergisi; 2005; 18(4); 210-216.
56. Stone J, Curt W, LaFrance, Levenson J.L and Sharpe M, The American Journal of Psychiatry, 2010; 6; 167; 626-627.
57. Ann C. Schwartz, Amanda W. Calhoun, Cheryl L. Eschbach and Beth J. Seelig, Treatment of Conversion Disorder in an African American Christian Woman: Cultural and Social Considerations, The American Journal of Psychiatry, 2011; 9; 158; 1385-1391.
58. Gürses N, Temuçin Ç M, Lay Ergün E, Ertuğrul A, Özer S, Demir B, Konversiyon Bozukluğunda Uyarılmış Potansiyeller ve Beyin Kan Akımı Değişiklikleri: Olgu Sunumu ve Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 2008; 19(1); 101-107.
59. Voon V, Gallea C, Hattori N, Bruno M, Ekanayake V, Hallett B, The Involuntary Nature of Conversion Disorder. Neurology 74, 2010; 19.
60. Tural Ü, Panik Bozukluğu ve Solunum Sistemi Düzensizlikleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2008; 11(2): 12-150.
61. [http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruhsagligi/harppsk/dersnot/k%C4%B1ta%20hekimli%C4%9Fi%20\(psikiyatri\).pdf](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruhsagligi/harppsk/dersnot/k%C4%B1ta%20hekimli%C4%9Fi%20(psikiyatri).pdf).2010,A.Cansever,SomatoformBozukluklar. Erişim tarihi:10.05.2011.

62. Cloninger C B, Guze S B, Hysteria and Parental Psychiatric Illness, *Psychological Medicine*, 1975; 5; 27-31.
63. Guze S B, Woodruff RA, Clayton P J, Hysteria and antisocial behavior. Further evidence of an association, *The American Journal of Psychiatry*, 1971; 27: 7, 133-136.
64. Canpolat B I, Göka E, Örsel S, Özel S, Güriz O, Atasoy N, Sociocultural Aspects of Emergency Psychiatry in Today's Turkey. 5 th World Congress International Association For Emergency Psychiatry, Kongre Kitapçığı. 1998.
65. http://www.medscape.com/viewarticle/572542_4,2008, The Neuropsychiatry of Conversion Disorder: The Psychiatric Diagnosis. *Curr Opin Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins 2008; 21(3): 275-280. Erişim tarihi:08.01.2011.
66. <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic/Somatic%20Symptom%20Disorders%20description%20April%2018,%202011.pdf>. Somatic Symptom Disorders. Erişim tarihi:08.03.2011.
67. Arkonaç O, *Psikiyatri Sözlüğü*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 1999;54.
68. Gelder M, Gath D, Mayou R ve ark: *Oxford Textbook of Psychiatry*, 3th edition, Oxford University Press, 1996; 160-196.
69. Gates J R, Non-epileptic Seizures: Classification Co-existence With Epilepsy: Diagnosis, Therapeutic Approaches and Consensus. *Epilepsy Behavior*, 2002; 3; 28-33.
70. Kaplan H I, Sadock B J, Grebb J A: *Synopsis of Psychiatry*. Seventh edition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1994; 617-632.

71. Özen Ş, Arıcioğulları Z, Konversiyon Bozukluğu Zemininde Gelişen Nöroleptiğe Bağlı Faringeal Distoni: Bir Olgu Sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2000; 10: 228-232.
72. Roelofs K, Hoogduin K A L, Keijsers G P J, and Ge'ard WB. Naring, Hypnotic Susceptibility in Patients With Conversion Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 2002; 2; 111; 390–395.
73. Menezes M A, Paroxysmal Non-epileptic Events. Journal of Pediatrics (Rio J). 2002; 78; 73-88.
74. Mohmad A H et all, Pseudoepilepsy Among Adult Sudanese Epileptic Patient. Scientific Research and Essays, 2010; 9; 5(17); 2603-2607.
75. Ertuğrul S. ve Aydın M, Epileptik Olmayan Paroksizmal Bozukluklar. Güncel Pediatri Dergisi, 2005; 3; 90-94.
76. Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C and Sharpe M, La belle indiferece in Conversion Symptoms and Hysteria. The British Journal of Psychiatry, 2006;188; 204-209.
77. Foster F M, Booker H E. The Epilepsies and Convulsive Disorders. Clinical Neurology, Chapter: 31. Philadelphia: JB Lippincott Company Books. 1992; 3; 30-31.
78. Oğuz A, Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar. Nobel Yayınevi, İstanbul, 1987; 1,21.
79. Dalton R, Forman M A, Psychosomatic Illness. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM eds. Nelson Textbook of Pediatrics. USA: WB Saunders Company Books, 1996; 942.
80. Garg A, Agarwal A and Jiloha R C, Over-Diagnosing Dissociative (Conversion) Disorders, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 2010;22;4.

81. Aydemir Ö, Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı. İstanbul: Mabsan. 1999; 36-37.
82. <http://www.erolgoka.com/makale/hekim/001.htm>,2010, Göka E, İhmal Edilen Hastalık; Konversiyon Bozukluğu. Erişim tarihi:12.04.2010.
83. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü Baskı (DSM-IV). Çeviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1994;597-641, 901-906.
84. Johnston M V, Conditions that Mimic Seizures. In: Behrman R E, Kliegman R M, Jenson H B eds. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders, 2004; 2009-2012.
85. Ronald P. Lesser, Psychogenic Seizures, Psychosomatics, 1986; 22; 17.
86. <http://www.ctf.edu.tr/anabilimdallari/pdf/381/SomatoformBozukluklar.pdf>, 2010,K.Arıkan,SomatoformBozukluklar. Erişim tarihi:10.02.2001.
87. Debra N, Physical Therapy Management for Conversion Disorder: Case Series, Journal of Neurologic Physical Therapy, 2007; 3; 31.
88. Eric J. Letonoff and Kanwaldeep S. Sidhu, Hysterical Paralysis A Report of Three Cases and a Review of the Literature, Spine, 2002; 27; 20.
89. Aybek S, Kanaan R A and David A S, The Neuropsychiatry of Conversion Disorder, Current Opinion in Psychiatry, 2008; 21; 275–280.
90. Frederick S W, Management Of Conversion Disorder, American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Issue, 1996; 4-5; 75(2); 134-140.
91. Oğuz Ş, Konversiyon Bozukluğuna Eşlik Eden Psikopatolojiler İsimli Uzmanlık Tezi, 1998; 17, 61, 62.

92. Mace C J, Hysterical Conversion I: A history. *The British Journal of Psychiatry*, 1992; 161, 369-377.
93. Owens C and Dein D, Conversion Disorder: The Modern Hysteria, *Advances in Psychiatric Treatment*, 2006; 12; 152-157.
94. Oulis P, Kokras N, Papadimitriou G N and Masdrakis V G, Adjunctive Low-Dose Amisulpride in Motor Conversion Disorder, *Clinical Neuropharmacology*, 2009; 32;6.
95. Özkürkçügül A, Aydemir Ö, Yıldız M. ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999;12; 233-236.
96. Aydemir Ö, Köroğlu E, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 4.Baskı. HYB Yayıncılık, İstanbul, 2009; 319-338.
97. Göktaş K, Kaya N, Çilli A, Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Konversiyon Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Genel Tıp Dergisi*, 2003; 13(4); 167-170.
98. Hansen M S, Fink P, Frydenberg M, Oxhoj M L, Sondergaard L and Eriksen M, Mental Disorders in Medical Inpatients and the Association to Severity of Illness, Self-Rated Physical Disability, and Health Perception. *Psychosomatics* 2001; 2; 42; 41-47.
99. Peter F M. Verhaak, Monique J W M. Heijmans, L. Peters, M. Rijken, Chronic Disease and Mental Disorder. *Social Science & Medicine*, 2005; 4; 60; 789-797.
100. Lacey R. Bartley M, Pikhart H, Cable N, Stafforrd M, Parental Separation and Psychological Distress in Early Adulthood: Has The Effect Reduced Over Time? Evidence From Two British Birth Cohort Studies, *Journal of Epidemiology Community*, 2010; 64; 4.

101. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6365>,10.01.2011-TÜİK Bülteni, Sayı:3. Erişim tarihi:10.01.2011.
102. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan I ve ark; Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Disosiyatif (konversiyon) Belirtiler, Türk Psikiyatri Dergisi; 1997; 8;3; 161-169.
103. Olcay Y, Depresif Bozukluklarda Eştanı (Komorbidite). Psikiyatri Dünyası, 2001; 5; 89-96.
104. Ronald C. Kessler, P. Berglund, O. Demler, R. Jin, Kathleen R. Merikangas, Ellen E. Walters, Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Archives of General Psychiatry, 2005; 62; 593-602.
105. Mohmad A H at all, Pseudoepilepsy Among Adult Sudanese Epileptic Patient. Scientific Research and Essays, 2010; 5(17); 2603-2607.
106. Helena E S, Pio-Abreu J L, Psychiatric Symptoms and Dissociation in Conversion, Somatization and Dissociative Disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2009; 43(3); 270-276.
107. Brown R J, Cardena E, Nijenhuis E R S, Sar V, Should conversion disorder be re-classified as a dissociative disorder in DSM-V. Psychosomatics, 2007; 48 (5): 369-378.
108. Nazar Z, Awan N R, Akhtar J, Psychosocial Stressors In Patients With Conversion Disorder Presenting With Non Epileptic Fit. Journal of Postgraduate Medical Institute, 2010;24;02; 108-110

7. EKLER:

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR-RIZA FORMU

Hasta Adı-Soyadı:

Tarih:

Aşağıda imzası olan ben.....MKÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Polikliniğine muayene ve tedavi için başvurduğum. Konversiyon Bozuklu hastalarda klinik ve sosyodemografik özellikleri incelemek amacıyla bir araştırma yapıldığı bana anlatıldı. Bu araştırmadan istediğim zaman ayrılabilme hakkına sahip olduğum, araştırmadan ayrıldığım takdirde tedavimin aynı şekilde devam edeceği hakkında bilgi verildi. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Hasta

Hekim

Adı-Soyadı

Adı-Soyadı

İmzası

İmzası

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Yaş:

- 1)15-19 2)20-29 3)30-39 4)40-49 5)50-59 6)60 ve üstü

2-Cinsiyeti:

- 1)Erkek 2)Kadın

3-Eğitim yılı:

4-Medeni durumu:

- 1)Evli(ya da 1 yılı aşkın süredir birlikte yaşıyor)
2)Nişanlı/sözlü
3)Eşi ölmüş
4)Boşanmış
5)Ayrı yaşıyor
6)Hiç evlenmemiş

5-Evli ise evlenme yaşı:

- 1)12-15 2)16-19 3)20-24 4)25-29 5)30-34 6)35 ve üstü

6-Meslek:

- 1)Ev hanımı
3)Çiftçi
4)Memur
4)Öğrenci

- 5)İşçi
- 6)Ticaretle uğraşıyor
- 7)Emekli
- 8)Diğer

7-Aile yapısı:

- 1)Çekirdek aile
- 2)Geniş aile

8-Kardeş sayısı:

- 1)1
- 2) 2
- 3)3
- 4)4
- 5)4 üstü

9-Anne baba ayrı mı:

- 1)Evet
- 2)Hayır

10-Bedensel bir özürü var mı:

- 1)Evet
- 2)Hayır

11-Bölgedeki durumu:

- 1)Yerli
- 2)Göçmen

12-Yaşadığı yer:

- 1)İl
- 2)İlçe
- 3)Köy

13-Ortalama Aylık gelir(TL):

- 1)1000 altı
- 2)1000-1999
- 3)2000-2999
- 4)3000-3999
- 5)4000 ve üstü

14-Yaşadığı ev:

- 1)Kendisine ait
- 2)Kira

15-Bakmakla yükümlü olduğu birinin varlığı:

- 1)Var
- 2)Yok

16-Yetiştığı(büyüdüğü) yer:

- 1)İl
- 2)İlçe
- 3)Köy

17-Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü:

- 1)Var
- 2)Yok

18-Kronik tıbbi herhangi bir hastalık varlığı:

- 1)Var
- 2)Yok

SOMATOFORM DISSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (SDQ-20)

E.R.S.Nijenhuis,1996

Türkçesi: V.Şar,1996

Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumların sizdekine ne kadar uyduğunu değerlendiriniz ve her soru için buna uyan cevabı işaretleyiniz.

SORULAR

1.Bazan sanki vücudum ya da vücudumun bir bölümü yok oluyor gibi geliyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

2.Bazan bir süre felç oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

3.Bazan konuşamaz hale geliyorum ya da ancak güçlkle ya da fısıltı halinde konuşabiliyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

4.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü acı hissetmez oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

5.Bazan idrar yaparken acıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

6.Bazan kısa bir süre için gözlerim görmüyor, sanki kör oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

7.Bazan idrar yaparken tutukluk oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

8.Bazan kısa bir süre için kulaklarım işitmiyor, sanki sağır oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

9.Bazan yakınımıdaki sesleri sanki çok uzaktan geliyormuş gibi duyuyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

10.Bazan bir süre için her yanım katılaşıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

11.Bazan nezle olmadığım halde koku alma hissim her zamankine göre azalıyor ya da çoğalıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

12.Bazan cinsel organlarımda ağrı oluyor (cinsel ilişki dışında)

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

13.Bazan havaleye benzer bir bayılma nöbeti geçiriyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

14.Bazan normalde sevdiğim bir kokudan hoşlanmaz oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

15.Bazan normalde sevdiğim bir yiyeceğin tadından hoşlanmaz oluyorum

(kadınlarda hamilelik dışında).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

16.Bazan çevremdeki eşyaları her zamankinden farklı görüyorum (örneğin sanki bir tünelden bakıyormuş gibi ya da bakılan şeyin yalnız bir bölümünü görmek gibi).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

17.Bazan gece boyunca uyuyamadığım halde gündüz gayet zinde oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

18.Bazan yiyecekleri yutamıyorum ya da yutmakta büyük zorluk çekiyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

19.Bazan insanlar ve eşyalar olduklarından daha büyük görünüyorlar.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

20.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü hissiz oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L. İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da fim seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (DIS-Q)

J.Vanderlinden

Türkçesi: V.Şar,1995

Bu listede çeşitli yaşantılar tarif edilerek her birinin sizde ne derecede görüldüğü sorulmaktadır. Anlatılan durum sizde sadece alkol, ilaç ya da bir uyuşturucu madde etkisiyle meydana geldiyse dikkate almayınız. Anketi cevaplandırırken lütfen her soruda size uygun düşen rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

Örnek

Aşağıda anlatılan durum size ne derecede uymaktadır. İşaretleyiniz.

Kafamı toplamakta güçlük çekiyorum. 1 2 3 4 5

Bu rakamlardan birini daire içine alarak bu yaşantının sizde olup olmadığını ya da ne derecede olduğunu belirtebilirsiniz. Eğer yukarıdaki örnekte olduğu gibi "orta derecede" ifadesi sizin durumunuza uyuyorsa 3 rakamını işaretleyiniz. Sizin durumunuza en çok uyan rakamı her soru için ayrı ayrı işaretleyiniz.

1= Benim durumuma hiç uymuyor

2= Benim durumuma biraz uyuyor

3= Benim durumuma orta derecede uyuyor

4= Benim durumuma çok uyuyor

5= Benim durumuma tam olarak uyuyor

1.Bazan rüyadaymışım gibi geliyor.

1 2 3 4 5

2.Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.

1 2 3 4 5

3.Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.

1 2 3 4 5

4.Hiç düşünmeksizin tıka basa yemek yediğim oluyor.

1 2 3 4 5

5.Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden farkediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.

1 2 3 4 5

6.Hiç bir neden yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.

1 2 3 4 5

7.Bazan sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor.

1 2 3 4 5

8.Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden farkediyorum ki sanki anlatılanların hiç birini (ya da bir bölümünü) duymamışım.

1 2 3 4 5

9.Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışardan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.

1 2 3 4 5

10. Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.

1 2 3 4 5

11. Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.

1 2 3 4 5

12. Bazan tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.

1 2 3 4 5

13. Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor.

1 2 3 4 5

14. Sıklıkla, aç olmadığım halde bir şeyler yeme isteği duyuyorum.

1 2 3 4 5

15. Hiç istemediğim halde öfkelenmişim oluyor.

1 2 3 4 5

16. Bazan bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.

1 2 3 4 5

17. Zaman zaman şaşkınlaşıyorum ve kafam karışıyor.

1 2 3 4 5

18. Bazan, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlayamıyorum.

1 2 3 4 5

19. Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığımı söyleniyor.

1 2 3 4 5

20. Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum.

1 2 3 4 5

21. Geçmiş yaşamımdaki bazı önemli olayları (rneğin mezuniyet ya da nikah töreni) hiç hatırlamadığım olur.

1 2 3 4 5

22. Bazan bir Şey söyleyecek iken ağzımdan tamamen farklı bir Şey ıkıyor.

1 2 3 4 5

23. Ruh halimdeki neşe ya da keyifsizlik gibi belirgin değişiklikler ani geçişler biçiminde olabiliyor.

1 2 3 4 5

24. Bir Şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor.

1 2 3 4 5

25. Başkalarının bana söylediği Şeyleri hemen unutuyorum.

1 2 3 4 5

26. Bazan bir Şey yaparken ne yapmakta olduğumu birden unutuyorum.

1 2 3 4 5

27. Bazan aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum.

1 2 3 4 5

28. Bazan vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum.

1 2 3 4 5

29. Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum.

1 2 3 4 5

30. Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor.

1 2 3 4 5

31. Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiç bir Şeyi farketmiyorum.

1 2 3 4 5

32. Bazan geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum.

1 2 3 4 5

33. Eskiden olmuş bir Şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum.

1 2 3 4 5

34. Bazan ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor.

1 2 3 4 5

35. Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu farkediyorum.
1 2 3 4 5
36. Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alakoyamıyorum.
1 2 3 4 5
37. Bazan kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum.
1 2 3 4 5
38. Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm,karıştırıyorum.
1 2 3 4 5
39. Bazan kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum.
1 2 3 4 5
40. Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum.
1 2 3 4 5
41. Bazan bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum.
1 2 3 4 5
42. Kendimi yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi farkediyorum.
1 2 3 4 5
43. Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki sanki onlar gerçekten başımdan geçiyor gibi geliyor.
1 2 3 4 5
44. Bazan aklımda bir şey olmaksızın gözüm dalıyor.
1 2 3 4 5
45. Hiç bir şey düşünmediğim sık oluyor.
1 2 3 4 5
46. Kötü alışkanlıklarıma karşı durmakta çok zorluk çekiyorum.
1 2 3 4 5
47. Bazan bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum.
1 2 3 4 5
48. Yemek yerken aklım başka yerde oluyor.
1 2 3 4 5
49. Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor.
1 2 3 4 5

50. Kendime daha fazla yön verebilmeyi isterdim.

1 2 3 4 5

51. Yürürken attığım her adımı izliyorum.

1 2 3 4 5

52. Başka durumlarda pek elimden gelmeyen bazı şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken).

1 2 3 4 5

53. Yemek yerken ağızıma attığım her lokmayı izliyorum.

1 2 3 4 5

54. Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor.

1 2 3 4 5

55. Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor.

1 2 3 4 5

56. Bazan kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.

1 2 3 4 5

57. Bazan zihnim parçalara bölünmüş gibi hissediyorum.

1 2 3 4 5

58. Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor.

1 2 3 4 5

59. Kendimi aynı anda iki ya da daha fazla kişi olarak hissediyorum.

1 2 3 4 5

60. Bir şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.

1 2 3 4 5

61. Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.

1 2 3 4 5

62. Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.

1 2 3 4 5

63. Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar.

1 2 3 4 5

