



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**KONVERSİYON BOZUKLUĞU TANISI ALAN
ERGENLERDE KENDİLİK VE ÇEVRE ALGISI:
REPERTUAR GRİD TEKNİĞİ İLE İNCELEME**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Seda Aybüke SARI

Antalya, 2014



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KONVERSİYON BOZUKLUĞU TANISI ALAN
ERGENLERDE KENDİLİK VE ÇEVRE ALGISI:
REPERTUAR GRİD TEKNİĞİ İLE İNCELEME**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Seda Aybüke SARI

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2014

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	iii
Çizelgeler Dizini	iv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. KONVERSİYON BOZUKLUĞUNA AİT GENEL BİLGİLER VE KİŞİSEL YAPI KURAMI	2
2.1. Konversiyon Bozukluğu	2
2.1.1. Tarihçe	2
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etyoloji	5
2.1.3.1. Psikodinamik etkenler	6
2.1.3.2. Sosyokültürel etkenler	8
2.1.3.3. Öğrenme kuramı	8
2.1.3.4. Çocukluk çağı travmaları	9
2.1.3.5. Genetik özellikler	10
2.1.3.6. Nörobiyolojik faktörler	10
2.1.4. Konversiyon bozukluğunda görüntüleme	10
2.1.5. Tanı	12
2.1.6. Klinik özellikler	13
2.1.6.1. Psödonöbetler	14
2.1.6.2. Motor belirtiler	17
2.1.6.3. Duyusal belirtiler	17
2.1.7. Ayırıcı tanı	18
2.1.8. Eşlik eden bozukluklar	19
2.1.9. Tedavi	20
2.1.10. Gidiş	22
2.2. Ergenlerde Kimlik Gelişimi ve Ergenlik Döneminde Konversiyon Bozukluğuna Sahip Olmak	23
2.3. Kişisel Yapı Kuramı	25

3. YÖNTEM VE GEREÇLER	29
3.1. Örneklem	29
3.2. Veri Toplama Araçları	29
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	29
3.2.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	29
3.2.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi Ve Yaşam Boyu Versiyonu	30
3.2.4. Konversiyon Bozukluğuna Ait Belirti Tarama Listesi	30
3.2.5. Repertuar Grid Tekniği	31
3.2.5.1. Grid uygulaması	32
3.2.5.2. Grid ölçüleri	33
3.3. İstatistiksel Çözümleme	34
4. BULGULAR	35
4.1. Sosyo-Demografik Veriler	35
4.2. Konversiyon Bozukluğuna Ait Özellikler Ve Geçmişteki Travma Öyküleri	36
4.3. Konversiyon Belirtilerinin Dağılımı	38
4.4. Ergenlerde Benlik Saygısı Ve Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar	40
4.5. Grid Testindeki Eleman Ve Yapıtaşlarına Ait Bulgular	41
4.5.1. Grid elemanları arasındaki uzaklıklar	41
4.6. RGT İle Elde Edilen Bulgular Arasındaki İlişkiler	42
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
7. ÖZET	51
8. ABSTRACT	53
9. KAYNAKLAR	55
10. EKLER	62
Ek 1. Sosyodemografik Veriler İçin Kayıt Formu	62
Ek 2. Konversiyon Bozukluğuna Ait Belirti Tarama Listesi	64

KISALTMALAR DİZİNİ

ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
KB	Konversiyon Bozukluğu
KOKGB	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
KYK	Kişisel Yapı Kuramı
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
PET	Pozitron Emission Tomography
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RGT	Repertuar Grid Tekniği
SPECT	Single Photon Emission Computery Tomography
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>		<u>Sayfa</u>
2.1.	Epileptik nöbet ile psödonöbet ayrımı	16
4.1.	Sosyodemografik veriler	35
4.2.	Konversiyon bozukluğuna ait hasta verileri	37
4.3.	Konversiyon bozukluğuna ait belirti listesi bulguları	39
4.4.	Konversiyon bozukluğuna eşlik eden psikopatolojiler	40
4.5.	Gridde yoğunluk ve uzaklıklar	41
4.6.	İdeal Ben'in diğer elemanlara olan uzaklıkları	42
4.7.	Gridden elde edilen bulgular arasındaki ilişkiye ait veriler	44

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu araştırmada Konversiyon Bozukluğu (KB) tanısı almış ergenlerin kendilerini ve çevrelerindeki önemli diğer bireyleri nasıl algıladıkları, algılama Şekilleri ile bu ergenlerin benlik saygıları, KB'ye eşlik eden psikopatolojiler, yaşadıkları travmatik deneyimler arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

Konversiyon bozukluğu; duyu ya da istemli motor işlevleri etkileyen, nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren, bir ya da birden fazla belirtinin eşlik ettiği psikiyatrik bir bozukluktur genellikle psikolojik etkenlerle ilişkilendirilir; çünkü belirtilerin başlamasından önce çatışmalar ya da diğer stres etkenleri vardır. Ergenler ve genç erişkin kadınlarda daha sık gözlenen bu bozukluğun ülkemizdeki psikiyatri polikliniklerinde görölme oranının %4.5-32 arasında olduğu bildirilmiştir (3,4,5,9). Sözel ve duygusal dışa vurum ifadelerinin kısıtlandığı toplumlarda, sözsüz bir iletişim aracı olarak konversiyon belirtilerinin kullanıldığı, bu hastalarda ve ailelerinde var olan sorunların konuşulamadığı, aktarılamadığı veya sorunlara gerçekçi çözümlerde bulunulamadığı ileri sürölmektedir (3,6,8). Erken çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanılma ve travmatik yaşam olaylarının konversiyon belirtileriyle ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir(19,20).

Çocuklukta içselleştirilen değerler, ergenlik döneminde özdeşim kurulan rollerle bütünleşir böylece kalıcı kimliğin temelleri atılır. Çocuklukta çekirdek durumda olan kimlik, ergenlikle birlikte aile, akran ilişkileri ve toplumsal değerler tarafından Őekillenir. Kimlik sayesinde kişi geçmişle özdeşim kurup gelecekle bağlantı kurma olanağı bulur. Genellikle ergenlik döneminde görölen KB, etkilenen bireylerde kimlik gelişiminin zedelenmesine ve ileride kimlik patolojilerinin gelişmesine; iş, aile ve sosyal yaşantılarda patolojik süreçlere yol açabilir.

Bu nedenle KB'li ergenlerin eslik eden ruhsal sorunlarının, kendileri ve çevrelerini nasıl algıladıklarının tanımlanması ve tedavi süreçlerinde dikkate alınması gelecekteki olumsuz sonuçları azaltmada etkili olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Konversiyon Bozukluğu

Konversiyon bozukluğu batılı toplumlara göre ülkemizde hala sık olarak görülen, belirtilerin benzerliği nedeni ile organik patolojilerle karışabilen ve genellikle tanı konulma ve tedaviye başlama sürecinin uzun olması nedeniyle ek ruhsal patolojilerin sıklıkla eşlik ettiği önemli bir ruhsal hastalıktır.

2.1.1. Tarihçe

Konversiyon belirtileri, binlerce yıldan bu yana tanınmaktadır. M.Ö. 1900 yıllarında Mısır'da Kahun papirüsünde, daha sonra eski Romalı ve Yunanlı kadınlarda tanımlanmıştır. Bugün konversiyon bozukluğu olarak adlandırılan bozukluklar o dönemde histeri olarak biliniyordu. Histeri terimi Yunanca'da döl yatağı (uterus) anlamına gelen hysteron/hystera kelimesinden türetilmiştir. Bu kelime, doyurulmamış döl yatağının normal anatomik yerinden ayrılarak bedende gezinmesi anlamındadır (6).

Histeriyle ilgili önemli gelişmeler ve çalışmalar esas olarak 19. yüzyıl ortalarında başlamıştır. Konversiyon bozukluğunun ilk bilimsel tanımlanması, 1853 yılında Robert Carter tarafından yapılmıştır. Carter hastalığın ortaya çıkmasında etkili psikolojik ve sosyal faktörlere işaret etmiştir. Paul Briquet çok sayıda bedensel belirtileri olan hastalarından yola çıkarak histerinin altta yatan nedeninin temel olarak MSS'nin işlev bozukluğu olduğunu, bunun da üzüntü ve kayıplar gibi örseleyici olaylara bağlı olduğunu düşünmüştür. Jean-Martin Charcot ise histeriyi, MSS dejenerasyonuna bağlamıştır. Pierre Janet, histeri belirtilerinin ruhsal kökenlerini anlamada önemli katkılarda bulunmuştur. Janet dissosiyasyon düzeneğiyle seçilmiş zihinsel içeriklerin bilinç alanından ayrıldığını, fakat motor ve duyuşsal etki yaratmayı sürdürdüğünü savunmuştur (3,6,7,11). Janet'e göre hastalar tek bir olaya odaklanmakta (idea fixe) ve kendi kendilerini hipnotize ederek bilinçlerinde genel bir düşüşe neden olmaktadır. Janet bilincin disosiyasyonu üzerinde yoğunlaşmışken, Freud histerinin kaynağına yoğunlaşmıştır. İlk kez Freud, Breuer ile çalıştığı bir dönemde bastırılmış bir dürtünün somatik belirtilerle yer değiştirmesini tanımlayarak "konversiyon" kelimesini kullanmıştır (3).

Sigmund Freud, 19. yüzyılın ikinci yarısında Charcot ve Hyppolyte Bernheim ile birlikte hipnoz ve histerinin ruhsal yönleri üzerinde çalışmışlardır. Freud hastalarında yaptığı gözlemlere ve tedavi girişimlerine dayanarak örseleyici olaylara eşlik eden kabul edilemez duyguların bilinçdışına bastırıldığını öne sürmüştür. Bu duygularla birlikte olan ve bunların anlatımından kaçınmada harcanan zihinsel enerjinin, sembolik olarak olayı gösteren bir bedensel belirtiyeye dönüştüğünü savunmuştur. O dönemlerde Joseph Breuer'in tedavisini yürüttüğü histerisi olan bir kadın hastadaki durum Freud'un bu görüşlerini destekler nitelikte olmuştur. Hasta histerik transtayken, klinik belirtileriyle doğrudan ve nedensel olarak ilgili görünen önceki bilinçdışı örseleyici olayların anılarını ortaya çıkarmış, bu anılar ve ilgili duyguların anlatımı ise belirtilerin ortadan kaybolmasına yol açmıştır. Daha sonraki dönemde Freud, konversiyonun örseleyici olaylar kuramını bırakmış, konversiyon belirtilerinin gelişmesinde cinsel ve saldırgan dürtülerle ilgili çatışmaların önemli olduğunu vurgulamaya başlamıştır (3,6).

Babinski, histeriyi “belirtileri telkinle ortaya çıkan ve telkinle kaybolan somatik ve psişik çeşitli belirtiler topluluğu” olarak tanımlamış ve histeriyeye “telkin nevrozu” anlamına gelen “pithiatizme” adının verilmesini önermiştir.

Gerçekten, sonraki araştırmalar telkinin histeride çok önemli bir özellikte olduğunu göstermiştir. Telkin, histerinin birçok yönünü açıklamaktadır; örneğin histerinin taklit etmediği hastalık yoktur. Ayrıca histerik hastaların belirtileri, hastanın sosyal ve entelektüel durumuna, zamana ve mekâna göre çok değişik şekillerde görülmektedir (6).

Sınıflandırma sistemlerine göre KB'nun günümüze kadar geliş şekline bakacak olursak; 1952'de yayınlanan ilk DSM'de “konversiyon reaksiyonu” terimi kullanılmış; genellikle istem dışı olarak anksiyeteye yol açan uyarıların, organların ya da bedenin bir bölümüne konversiyonu ile işlevsel belirtilere dönüştürülmesi olarak tanımlanmıştır. 1968'de yayınlanan DSM-II'de “histerik psikonevroz; konversiyon tipi” olarak adlandırılmış ve klinik görünüm işlevin istem dışı kaybı ya da bozulması olarak tanımlanarak sembolizm, ikincil kazanç ve güzel aldırma (la bella indifferença) vurgulanmıştır. 1980'de DSM-III'de “konversiyon bozukluğu” terimi kullanılmış ve somatoform bozukluklar başlığı altında yer almıştır. DSM-III ve DSM-III-R 'deki en önemli değişiklik KB tanısı koymak için klinisyenin yargısına gerek duyulmasının belirtilmesidir. 1994'de yayınlanan DSM-IV'te bozukluğun alt tipleri; motor semptom ya da defisit gösteren, duyu semptomu ya da defisit gösteren, katılmalar ya da

konvülsiyonlar gösteren ve karışık görünüm sergileyen olmak üzere sınıflandırılmış; ek olarak bozukluğun gelişmesinde bilinçdışı süreçlerin rolünün gösterilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. DSM-IV-TR (2000) ile DSM-IV arasında belirgin bir fark yoktur (6). DSM-V’de ise Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almış, tanı kriterleri değiştirilmemiş sadece belirtiler DSM IV-TR’den farklı olarak 7 alt başlıkta toplanmıştır. 1978’de uygulama alanına giren ICD-9’da histeri terimi konversiyon bozukluğu ve dissosiyatif bozuklukları belirtmek için kullanılmıştır. KB, ICD-10’da (1992) “dissosiyatif bozukluklar” başlığı altında yer almıştır. Ek olarak ani başlama ve kısa sürme özellikleri de vurgulanarak somatoform bozukluklardan ayrılmıştır (6).

2.1.2. Epidemiyoloji

KB genellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde görülmekte ise de çok küçük yaşlardan ileri yaşlara kadar her türlü yaş grubunda ortaya çıkabilir.

Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülme eğilimindedir. KB somatoform bozukluklar içinde en sık görülenidir (3,4,7). KB epidemiyolojisiyle ilgili veriler oldukça azdır ve yaygınlığı ile ilgili kesin bir veri vermek mümkün değildir. Bunun nedeni KB’nin tanı ölçütlerinin sık değişmesi, görülme oranlarının yaşa, cinsiyete, içinde bulunulan zaman dilimine, toplumsal ve kültürel etkenlere göre değişkenlik göstermesidir. KB’nin batı toplumlarında doğu toplumlarına göre daha az görüldüğü bilinmektedir (6). KB’nin psikiyatri polikliniklerinde görülme oranı gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde ise %10 civarındadır. Ülkemizde ise çeşitli çalışmalarda %4.5-32 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Genel hastane konsültasyonlarının %5-14’ünü KB tanısı almaktadır. KB’ye ergenler ve genç erişkinlerde çocuklara oranla daha sık karşılaşılmakta, beş yaşın altındaki çocuklarda görülme olasılığı belirgin olarak düşmektedir (81,82). KB, ergenlikten önce iki cinsiyet arasında eşit iken ergenlikten sonra kadınlarda daha sıktır ve 2-10 kadına karşılık bir erkekte görülmektedir (3,12). Batı ülkelerinde çocuk ve ergenlerde KB nadirdir. Ülkemizde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine başvuranlarda bu tanının %2-3 (79), Çukurova Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvurularda %3.3 (80) oranında görüldüğü bildirilmiştir. KB eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ve kırsal kesimde yaşayanlarda daha sık görülür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda KB’de sosyodemografik değişkenler

incelenmiş; hastaların çoğunluğunun kırsal kökenli, düşük eğitim düzeyinde ve ortalama 30 yaşlarındaki kadınlar olduğu görülmüştür (12,13). Kırsalda yaşayan düşük sosyoekonomik düzeyi olan hastalarda belirtilerin daha dağınık, değişken ve abartılı olduğu, üst sosyoekonomik düzeyde olan ve eğitilmiş kişilerde ise belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklara benzediği bildirilmiştir (2,7).

2.1.3. Etyoloji

Konversiyon bozukluğunda etyolojik nedenlerin anlaşılmasında yatkinlaştırıcı, ortaya çıkarıcı ve sürdürücü etkenlerin bilinmesi önemlidir. Yatkinlaştırıcı etkenler arasında bedenselleştirmeye eğilimi kolaylaştıran kişilik özellik ve bozuklukları, cinsel/fiziksel kötüye kullanım öyküsü, iletişim yeteneğinin bozuk olması, altta yatan psikiyatrik ya da nörolojik bozukluklar sayılabilir. Ortaya çıkarıcı etkenler/stresörler arasında ruhsal çatışmalar (anneden ayrılma, yakında olacak bir evlilik gibi) ya da örseleyici olaylar (savaş, cinsel kötüye kullanılma gibi) sıralanabilir. Sürdürücü etkenlerde ise konversiyon belirtisiyle çözülen özgün sorunun şiddeti, hasta rolünün ve ikincil kazancın varlığı sayılabilir (6).

Çocuklarda tanınması daha karmaşık olan bu bozuklukta cinsel ve fiziksel kötüye kullanım veya belirgin ailesel sorunlar gibi yaşam olayları oldukça sıktır (85). KB öncesi kardeş geçimsizliği, okul sorunları, akademik başarı ile ilgili kaygılar, ailenin yüksek beklentileri, ölüm veya fiziksel hastalık korkuları, ayrılık kaygıları gibi psikolojik etkenlerin rol oynadığı görülmektedir. KB tanısı konan çocukların ailelerinde sıklıkla çatışmaların, iletişim güçlüklerinin bulunduğu ve psikiyatrik bozukluk oranlarının kontrol gruplarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmektedir (90). Öztürk ve arkadaşlarının 8-14 yaşları arasında KB tanısı almış 50 çocukla yaptığı çalışmada, bu çocuklara anne-babaları tarafından özel bir yer, özel bir rol ya da özel bir iş sorumluluğu verildiğine; bunun erken ve aşırı bir cinsel rol benimsenmesi geliştirebileceğine ve sonuç olarak çocuklarda histerik belirti geliştirmesine uygun bir kişilik oluşturabileceğine dikkat çekmiştir (86).

Konverisyon bozukluğu etyolojisini alt başlıklar halinde inceleyecek olursak;

2.1.3.1. Psikodinamik etkenler

Freud 1889 yılında Viyana’da özellikle histeri belirtileri gösteren hastalarını giderek artan bir ilgi ile incelemeye başlamış, ancak bu çalışmalarının bir kurama dönüşmesi Breuer ile birlikte izlediği bir çalışmadan sonra olmuştur. Breuer Viyana’nın seçkin ve tanınmış bir hekimiydi ve çoğu kadın olan hastaları üzerinde hipnozu ilginç bir biçimde kullanmıştı. Bu hastalar hipnoz altında sorunlarını baskısız ve açıkça anlatabilmiş ve hipnozdan uyandıklarında rahatlık duyduklarını belirtmişlerdi. Duyguların boşalmasına imkan veren bu yöntem arınma anlamına gelen “Katarsis” denmiştir. Sağladığı rahatlamanın yanı sıra bu yöntem hastaların nörotik belirtilerinin oluşmasına neden olan sarsıcı olayların ve duygusal çatışmaların ortaya çıkmasını da sağlıyordu. Freud histeri patolojisine ilgi duyduğunu bilen Breuer bir gün ona takip ettiği ilginç bir hastadan söz etmiştir. Anna O. adı ile anılan bu hastaya ait bulgular psikoanaliz tarihçesine geçmiş ve bu kuramın gelişmesine oldukça önemli katkıda bulunmuştur (3).

Freud konversiyon oluşumunda pregenital dönem ve bu dönemde çözümlenememiş “ödipus karmaşası” ile “kastasyon anksiyetesi” üzerinde durmuş, cinsel ya da saldırgan içerikli dürtülerin bilince çıkması engellendiğinde, bunların bir beden işleviyle sembolize edilip konversiyon savunma düzeneğiyle işlev bozukluğu ya da kaybı şeklinde bilince çıkabileceğini belirtmiştir (14,15).

Psikoanalitik görüşe göre, altbenlikten gelen ve kabul edilmeyen cinsel ya da saldırgan dürtülerin dışa vurulmaları ve doyumunu engellenerek bilinçdışına bastırılırlar. Dürtü bastırılmış olsa da doyuma ulaşmaya çabalar. Bu dürtüler örseleyici olayların yaşandığı dönemlerde güçlenip benliği sıkıştırabilir, bu nedenle sürekli bilinçdışında tutulmaları gerekir. Dürtülerin bilinçdışında tutulması temel savunma düzeneklerinden biri olan “bastıma” düzeneği sayesinde olur. Herhangi bir nedenle bastırma savunma düzeneği yetersiz kaldığında altbenlikte tutulması gereken dürtüler bilince ulaşmaya çalışır, bu durum kişide çatışma ve anksiyeteye yol açar. Diğer bilinçdışı savunma düzeneklerinin devreye girmesiyle dürtü enerjisini bedensel belirtilere dönüştürür (conversion). Aslında bilinçdışı olarak işleyen bu süreçle, bilinçli olarak kabul edilmeyen dürtüler sembolik biçimde anlatıma kavuşturulur. Böylece konversiyon belirtilerinin ortaya çıkmasıyla çatışma giderilir, kişinin özgün uyarının farkında olması

engellenir ve anksiyete azalır. Bu şekilde anksiyetenin azalması “birincil kazanç”tır. Belirtinin yol açtığı yeti yitimi hastanın bazı görev ve sorumluluklarından kurtulmasını sağlar, çevrenin ilgi ve desteği artar. Böylece belirtinin sürdürülmesinde ve yinelenmesinde de etken olan “ikincil kazanç”lar elde edilmiş olur (6,7).

Klasik psikanalistler histerinin fallik döneme bir saplanma olduğunu belirtmişler fakat sonraki araştırmacılar oral döneme ilişkin çatışmaların da histerinin oluşumunda önemli olabileceğini öne sürmüşlerdir (6,14).

Neofreudien görüşlerin öncülerinden Fenichel (1974) ise histerinin baskılanmış içgüdüsel dürtülerin bilinçdışı olarak ve deforme bir biçimde ifade bulduğu bir takım fiziksel belirtilerden meydana geldiğini belirtmiştir. Fenichel konversiyon belirtilerini, sadece duyguların somatik anlatımları olarak değil, düşüncelerin “organ dili”nden sözlü dile yeniden çevrilebilecek özgün anlatımları olarak tanımlamıştır. O’na göre histeride konversiyonların gelişmesi için biri fizik diğeri psikolojik nitelikte olan iki önkoşul gereklidir. Fizik önkoşul insan bedeninin genel erojenitesidir ve bu özellik bedendeki her organ ve fonksiyon için cinsel heyecanı belirtme olanağı sağlar. Psikolojik önkoşul ise gerçek cinsel objelerin yerini fantazi temsilcilerinin almasıdır. Bu sürece “entroversiyon” denir. Fenichel histeriklerin entroversiyonlarında hayal kırıcı bir gerçekten düşlemlerin majik düşünüşüne regrese olduklarını ifade etmektedir. Düşlemler baskılanmış içeriklerden, özellikle kabul edilemeyen Ödipus karmaşasından yeterince uzak kaldıkça bilinçli olabilir, fakat çok yaklaşırlarsa represe edilirler. Daha sonra bunlar, konversiyon belirtileri halinde biçim değiştirmiş olarak represyondan çıkarlar. Fenichel histerik kişilerin fantazileri represe edildikten sonra fiziksel fonksiyon değişikliklerinde plastik bir anlatım bulduklarını belirtmiştir. Ferenczi bu konuda fantazilerin “histerik nesnelleşmesinden” söz etmiştir. Histeriklerin “nesnelleştirirken” aynı şekilde normal fantazide ve aslında her türlü düşünüşte bulunan bir şeyi sadece abarttıklarını ileri sürmektedir (91).

Fenichel, histerik nöbetlerin Odipus karmaşasının ve bu karmaşanın türevlerinin biçim değiştirmiş anlatımlarını temsil ettiğini kabul etmektedir. Bazen nöbetlerin cinsel doyumunu sembolize ettikleri ve orgazmı andıran hallerle sonlanabildiklerini düşünmektedir. Freud da nöbetin doruğundaki bilinç yitimini, orgazmın doruğundaki anlık bilinç yitimine benzetmektedir. Fenichel’e göre histerik belirtiler, bilinçdışı çağrışımlarla bağlantılı olarak inhibe olmuş çocukluk cinsel dürtüleri yerine ortaya çıkan deşarj olaylarıdır (91).

Chapman (1976) konversiyon histerisinde hastanın geçmiş ve güncel kişilerarası streslerinin, fizik belirtilere çevrilen derin emosyonel karışıklıklar yarattığını ifade etmektedir. O'na göre hastanın emosyonel karmaşası konversiyon belirtisiyle sınırlandırılır ve yaşayacağı anksiyeteyi hissetmez. Ayrıca hasta geçmiş ve güncel kişilerarası çatışmanın yarattığı anksiyeteye yüzleşmek zorunda kalmaz. Fizik belirti yaratma pahasına anksiyetesi için bilinçdışı olarak sağlıklı bir çözüm bulur ve kişilerarası sorunlarıyla mücadeleden kaçınır (92).

2.1.3.2. Sosyokültürel etkenler

Sosyokültürel açıdan bakıldığında, konversiyon belirtilerinin kişinin içinde yaşadığı toplum ve kültürün etkisiyle biçimlendiği görülür. Sözel ve emosyonel dışavurumsal ifadelerin kısıtlandığı toplumlarda, sözsüz bir iletişim aracı olarak konversif belirtiler kullanılmaktadır. Böylece yasaklanmış duygular ve düşünceler konversiyon belirtileri olarak ortaya çıkarlar. Ruhsal yakınmaların kabul edilmediği veya zayıflık olarak nitelendirildiği toplumlarda, duyguların bedenselleştirilmesi daha sık görülmektedir. Cinsel ve saldırgan dürtüleri bastırılmış kadınlarda konversiyon belirtilerinin, cinsel kötüye kullanılmayı otoritelere bildirmekten korkan kadınlarda pseudonöbetlerin daha fazla görülmesi bu görüşü destekler. Çevrenin belirtilere karşı olan tutumları da belirtilerin sürdürülmesine yol açabilir. Konversiyon belirtisi ile kişi, başka türlü elde edemeyeceği, belli yükümlülüklerden kaçınma ve çevresindeki kişilerin davranışlarını da denetleme imkânı sağlamış olmaktadır. Böylece kişi hastalık belirtilerinin kişiler arası ilişkileri denetlediğini, görev sorumluluğundan kurtardığını, çevrenin dikkat ve sempatisini çekmekte yardımcı olduğunu fark ederek hasta rolünü sürdürmektedir (3,6).

2.1.3.3. Öğrenme kuramı

Öğrenme kuramına göre KB, koşullanmış öğrenme davranışıdır. Çocuklukta öğrenilen hastalık semptomları zor durumlarda uyum mekanizması olarak ortaya çıkar (3,6,18). KB olan kişiler yakınlarındaki histerik hastaların belirtilerini taklit edebilir ve ikincil kazançlardan dolayı bunu sürdürebilirler. Öğrenme kuramcılarının göre davranışların pekiştirilmesi ile bu davranışlar öğrenilir ve daha sonra belli uyaranlara yanıt olarak bu davranış sergilenebilir. Başka bir kişide gözlenen belirti konversiyon gelişmesine temel oluşturabilir. Bu davranış çevreyi düzenlemede işe yarayabilir ya da

stres yaratan bir durumla baş etme aracı olarak işlev görebilir. Hastalık belirtilerinin genellikle çocukluk yıllarında öğrenilmiş olması dikkat çekicidir (3,18).

2.1.3.4. Çocukluk çağı travmaları

Pierre Janet 19. yüzyılın sonunda konversiyon bozukluğu ve çocukluk travması arasındaki ilişkiye vurgu yapmıştır. Ezici travmatik deneyim bağlamında uyarlanabilir kognitif, duygusal ve motor sürecin ayrışmasını incelemiştir. Travmatik deneyimlere duygusal tepkiler bilinçliliğin değişik halleriyle sonuçlanır. Janet bu değişikliği hipnozun bir formu olarak değerlendirdiği için, onun teorisi konversiyon bozukluğunun otohipnoz teorisi olarak kabul görür. Janet'in otohipnoz teorisinin ana tahmini çocukluk travması ile bilişsel ya da somatoform dissosiyatif belirtiler arasında bir ilişki olduğudur. Çocukluk çağı travmatizasyonu olan bireyde kognitif ve somatoform disosiyatif semptomlar ezici travmatize olaylara defans cevabı olarak "otohipnozu" ortaya çıkarır. Bu tahmin hipnoz altında dissosiyatif deneyimler uyandırma yeteneğine sahip insanların travmaya reaksiyon olarak konversiyon semptomları geliştirmeye daha yatkın olduklarını ima eder (99).

Konversiyon semptomları ile hipnotik yatkınlık arasındaki ilişki sistematik kontrollü çalışmalarla kanıtlanmıştır. Özellikle psödonöbet tipi konversiyon bozukluğunun travmatik deneyimler ile ilişkisi net bir biçimde gösterilmiştir (31,94,95,96).

Klasik psikanalitik kurama göre KB'nin fallik dönem sorunlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bağlamda erken çocukluk çağı travmalarının fallik dönemin sağlıklı yaşanmasına ve ileride KB gelişimine zemin hazırlayacağı düşünülmektedir (19,20).

Sosyal-mesleki alandaki yaşam olayları ile konversiyon belirtilerinin şiddeti arasında ilişki olduğunu ve erken çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanılma ve yaşam olaylarının konversiyon belirtileriyle ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Şar ve arkadaşlarının KB olan örneklemde yaptıkları bir çalışmada olguların %44.7'sinde çocukluk çağı örselenmesi, %26.3'ünde çocukluk döneminde cinsel kötü muamelenin olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda travma öyküsü olanlarda hastalık başlangıç yaşının travma öyküsü olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yine psödonöbet ve kombine tip nöbetin daha sık görüldüğü, eş tanı oranının da daha fazla olduğu bildirilmiştir (19,20).

2.1.3.5. Genetik özellikler

Ljunberg yaptığı bir çalışmada, konversiyon bozukluğu olanların yakın akrabalarında bozukluğun görülme sıklığının genel popülasyona oranla kadınlarda 12-14 kez, erkeklerde 4-6 kez arttığını belirlemiştir (3).Yapılan bir başka çalışmada da histeri A kan grubundan olanlarda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Buradan da yola çıkarak konversiyonun ortaya çıkışında genetik faktörlerin rol oynayabileceği görüşü ortaya atılmıştır (3,6).Ayrıca bu kişilerin birinci derece akrabalarında antisosyal kişilik özellikleri ve alkolizm normal popülasyona göre fazla oranlarda bildirilmiştir (3,7,21).

2.1.3.6. Nörobiyolojik faktörler

Charcot zamanından beri histeride yapısal nörolojik bir yatkınlık olabileceği ileri sürülmüştü. Charcot'un dejeneratif bir beyin hastalığı, Janet'in ise "bilincin zayıflaması" ile bellek ve dikkatin azalması sonucu dissosiyasyona yatkınlık olduğu şeklindeki görüşleri o dönemlerde destek görmüştü (16).

Konversiyon belirtilerinin daha çok nörolojik hastalıkları olanlarda görülmesi bu bozukluğun nörobiyolojik yönden incelenmesi gerektiğine işaret etmesine rağmen, KB'de biyolojik etkenlerin etyolojik rolü ile ilgili çalışmalar görece daha azdır (16). Bu alandaki çalışmalar daha çok hemisferik baskınlık, olay ilişkili uyarılmış potansiyeller, yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme ve nöropsikolojik testlerle ilgilidir (6). Çalışmalar sonucunda baskın hemisferde işlev azalmasının çekinik hemisferde aşırı etkinliğe yol açtığı bulgulanmıştır. Solda baskın olan tek taraflı belirtilerin varlığı ve konversiyon bozukluğunun depresif bozukluklarla güçlü bağlantılar göstermesi de baskın olmayan sağ hemisferik zedelenebilirliğe işaret etmektedir. Bu bozukluğun daha çok kadınlarda oluşması da beyin lokalizasyonu ile ilgili teorinin bir kanıtı olabilir (17). Konversiyon bozukluğunda asıl sorunun dikkat, bellek, uyarıcıları tarama ve bilgi işleme alanında olduğu, bunun da afferent uyarılara karşı kortikofugal inhibisyonun kaynaklandığı görüşü oldukça dikkat çekmiştir (6).

2.1.4. Konversiyon bozukluğunda görüntüleme

KB'de yapılan görüntüleme çalışmaları Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT), Pozitron Emission Tomography (PET), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve fonksiyonel MRG ile yapılmıştır. Yapılan SPECT

çalışmalarında sağ frontal lobta perfüzyon artışı, sol parietal ve temporal hipoperfüzyon olduğu bildirilmiştir (22,23). Sol tarafı felçli KB tanısı almış bir kadın hastada dinlenme anında çekilen PET'te hareket etmeye yeltendiği zaman ve hareket ettiği sırada görüntüleri kaydedilmiştir. Felçli bacağı (sol) hareket ettirmeye hazırlandığı sırada sol lateral premotor korteks ve bilateral serebellar hemisferde aktivasyon gözlenmiştir. Aynı hasta etkilenmiş bacağıyla hareket etmeye giriştiğinde sağ anterior singulat ve orbitofrontal kortekste artmış aktivasyon gözlenirken, sağ premotor korteks ve primer sensorimotor kortekste beklenen aktivite gözlenmemiştir. Bu bulgu anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteksteki inhibitör yolların premotor alanlara yanlış bağlandığı şeklinde yorumlanmış ve yazar tarafından etkilenen bacakla hareket etmeye yeltenildiği sırada gelişen aktivasyonun rol yapılmadığına kanıt olarak ele alınmıştır(24). Bilinçli duyusal süreç ve istemli eylemde rol alan nöral yolların düzenlenmesinde önemi bilinen talamus ve bazal gangliyonların MR ile incelendiği görüntüleme çalışmasında KB'lerin sağ ve sol bazal gangliyonlarının ve sağ talamusun sağlıklı kontrollere göre daha küçük olduğu bulunmuştur (25).

Başka bir fonksiyonel MRG çalışmasında, dermatomal somatosensoriyal duyu kaybı olan KB'li hastalarda rostral anterior singulat kortekste perfüzyon artışı, talamus, anterior singulat korteks ventrolateral prefrontal korteks ve insulada perfüzyon azalması olduğu saptanmıştır (26). Nükleus kaudatus, amigdala ve orbitofrontal korteksten limbik girdiler alır. Konversiyon belirtilerinde artmış orbitofrontal aktivitenin bununla bir ilgisi olabilir. Emosyonel stresörlerin limbik girdiler gibi orbitofrontal korteks ve amigdaladan gelerek bazal gangliya talamokortikal nöral devreler üzerinden istemli eylemleri bozduğu düşünülmektedir. Werring ve arkadaşlarının yaptığı fonksiyonel MRG çalışmasında görme kaybı olan 5 hastaya vizüel uyarı verilmiş ve vizüel kortekste perfüzyon azalması, sol inferior frontal, sol talamik orta beyin, sol insula, sol posterior singulatta perfüzyon artışı olduğu saptanmıştır (27). Bu hastalardan elde edilen bölgesel beyin kan akımı verilerini değerlendirirken dikkate alınması gereken önemli bir konu da psikiyatrik bozukluklara eşlik eden bölgesel beyin kan akımı değişikliklerinin her zaman o bozuklukla ilgili özgül fizyopatolojik süreçleri yansıtmıyor olabileceğidir. Bölgesel kan akımı değişikliklerinin bir bölümü bozukluğa ikincil olarak gelişen diğer bazı süreçleri (anksiyete vs.) ya da organizmada psikolojik- fiziksel strese uyum sağlama sürecinde ortaya çıkan bazı mekanizmaları yansıtıyor olabilir. Dolayısıyla bu

hastalarda saptanan bulguların net açıklaması ancak daha geniş örneklemler ve kontrollü araştırmaların sonucunda ortaya çıkabilecektir.

2.1.5. Tanı

Konversiyon bozukluğu tanısının konulması ve diğer hastalıklardan ayırt edilmesi belirtilerin birçok hastalığı taklit etmesi nedeniyle oldukça güçtür. Konversiyon bozukluğuna özgü bir belirti, tetkik, laboratuvar bulgusu ya da tanı koydurucu kesin bir ölçüt yoktur. Hastanın bedensel belirtisi bilinen gerçek bir fiziksel hastalığa bağlanmadığında ya da belirtiler sinir sisteminin anatomisine uymadığında konversiyon bozukluğu akla gelmelidir. Fiziksel hastalık saptanmaması gerekli olsa da yeterli değildir. Belirtilerin bir ruhsal işleve hizmet ettiğinin kesin kanıtı olmadığı sürece konversiyon bozukluğu tanısı konmamalıdır. DSM-IV-TR ve ICD-10 konversiyon bozukluğu tanısı koymak için gerekli olan ölçütleri ve dışlama ölçütlerini belirlemiştir (2,29).

DSM-IV-TR’de KB’nin somatoform bozukluklar içinde, ICD-10’da ise disosiyatif bozukluklar başlığı altında tek bir grup içinde toplanmıştır.

DSM-IV-TR’ye göre KB’nin tanı ölçütleri:

- A. İstemli motor ya da duyuşal işlevleri etkileyen, nörolojik ya da bir başka genel tıbbi durumu düşündüren bir ya da birden çok belirti ya da defisit olması.
- B. Bu belirti ya da defisite ruhsal etkenlerin eşlik ettiğii yargısına varılır, çünkü bu belirti ya da defisit başlanması ya da alevlenmesi öncesi 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 etkileri ile ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak açıklanamaz.
- E. Bu belirti ya da defisit, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur ya da tıbbi değerlendirmeyi gerektirir.

F. Bu belirti ya da defisit ağrı ya da cinsel işlev bozukluğu ile sınırlı değildir, sadece somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (2).

Belirti ya da defisitin alt tipi:

- Motor belirti ya da defisit gösteren (koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizisi ya da lokalize güçsüzlük, yutma güçlüğü ya da boğazda yumru, afoni ve üriner retansiyon gibi)
- Duyu belirtisi ya da defisiti gösteren (dokunma ya da ağrı duyumu kaybı, çift görme, körlük, sağırılık ve varsanılar)
- Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren (istemli motor ya da duyu bileşenleri olan konvülsiyonlar ya da katılmaları kapsar)
- Karışık görünüm sergileyen (birden fazla kategori semptomu varsa) (2).

Dünya Sağlık Örgütünün sınıflaması olan ICD-10'da dissosiasyon ve konversiyon bozuklukları pek çok ortak özelliği paylaşmaları ve benzer ruhsal süreçlerin bulunduğu varsayımları göz önünde bulundurularak “dissosiyatif” terimi altında hareket ve duyuların dissosiyatif bozukluğu, dissosiyatif motor bozukluklar olarak isimlendirilmiştir (29).

DSM-V'de (2013) KB, Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında toplanmış ve DSM-IV-TR'deki somatoform bozukluklardan ayırım kriterleri kaldırılmıştır (C ve F maddeleri). Belirti ve defisit alt tipleri de DSM-IV-TR'dan farklı olarak 4 alt başlık yerine; güçsüzlük ya da inme ile giden, olağandışı devinim ile giden, yutma belirtileri ile giden, konuşma belirtisi ile giden, ataklarla ya da katılmalarla giden, anestezi ya da duyu yitimi ile giden, özel duyu belirti ile giden ve karma belirtilerle giden olmak üzere 7 alt başlıkta toplanmıştır (1).

2.1.6. Klinik özellikler

KB bilinen tıbbi hastalıkların birçoğunu taklit edebilir. Konversiyon belirtileri, bilinen bir nörolojik ya da genel tıbbi bir durumla açıklanamayan, istemli motor belirtiler, duyu belirtileri ve nörovejetatif belirtiler ile karakterizedir (6).

DSM-IV-TR'de belirti tipleri motor, duyu belirti, nöbetler ya da konvülsiyonlar, karışık görünümlü olanlar biçiminde gruplanmaktadır (1).

Türkiye ve Hindistan’da yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerdeki en sık konversiyon belirtisinin psikojenik nöbetler olduğu, batı ülkelerinde ise motor belirtilerin daha sık olduğu bildirilmektedir (90). Çocuk ve ergenlerde, motor fonksiyonlarda bozukluk ya da değişiklik, güç kaybı, postür bozuklukları, ekstremitelerde paralizi, pitozis, afoni, tik veya tremorlar gibi belirtilerle de karşılaşılabilir. Astazi-abazi (ayakta durma veya yürüme güçlüğü) dramatik konversiyon belirtilerindedir. Diğer sıkça gördüğümüz duyuşsal konversiyon belirtileri ise tek ya da çift taraflı görme kaybı, görme alanı sınırlılığı, sağırılık, eldiven-çorap biçiminde anesteziilerdir. Bazen de baş ağrısı ya da karın ağrısının tek başına ortaya çıktığı veya diğer konversiyon belirtilerine eşlik edebildiği tanımlanmıştır (87,88,89).

2.1.6.1. Psödonöbetler

Epileptik olmayan psikojenik nöbetler literatürde histerik nöbet, psödonöbet, konversiyon nöbeti, sahte nöbet ve psikojenik nöbetler gibi farklı isimlerle yer almıştır (33,34). Psödonöbetler, anormal kortikal değişikliklere bağlı olmayan, istemsiz motor, duyu veya davranışsal epizodlardan oluşur. Nöbetler epileptik nöbetlerin herhangi bir türünü taklit edebilir ve bu yüzden, jenerelize tonik-klonik, absans, basit ya da kompleks parsiyel nöbetlerle karışabilirler (35).

Psödonöbetler, psikiyatri ve nöroloji uzmanlarını en çok uğraştıran konversiyon bozukluğu tipidir. Dirençli epileptik nöbetlerde konversiyon bozukluğu tanısı göz önünde bulundurulmalıdır.

Griffith ve arkadaşları (1998) psödonöbeti olan hastalarda ve ailelerinde, birçok sosyal ve ailesel sorunların olduğunu, aile içinde birçok sorunun konuşulmadığını, aktarılamadığını veya sorunlara gerçekçi çözümler bulmakta zorluklar yaşandığını bildirmişlerdir. Bu hastalarda belirtilerin ortaya çıkması ve alevlenmesiyle çocukluk çağı cinsel/ fiziksel kötüye kullanılma öyküsü arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (6,36).

Psödonöbetler kadınlarda ve ergenlik-geçlik döneminde daha sık olarak rastlanır. Genellikle örseleyici bir olayın ardından, daha çok kalabalık ortamlarda ya da sağlık elemanlarının olduğu ortamlarda ortaya çıkar. Uykuda görülmemesi dikkat çekicidir. Nöbet öncesinde hastanın anksiyete, baş dönmesi, güçsüzlük, solunum sıkıntısı, parestezi benzeri yakınmaları olabilir. Ayakta veya otururken olduğu yere yığılır, bayılma sırasında kendini korur ve genelde yaralanma görülmez. Genellikle ritmik

klonik hareketler bulunmaz. Kol ve bacaklarda kasılmalar, tremor, dişleri sıkma, idrar kaçırma, ağızdan köpük gelmesi, tortikollis, opistotonus, pelvik atmalar, bilinç değişiklikleri görülebilir. Genelde tam bir bilinç kaybı olmaz. Bu hastalar sıklıkla çevreden gelen uyarıları belli belirsiz bir seviyede algıladıklarını, ancak yanıt veremediklerini söylerler. Daha sonrasında da bunları anımsayabilirler ya da kendilerine anımsatılabilir (6).

Psödonöbetlerin gerçek nöbetlerle birlikteliği %5-20 arasındadır. Psödonöbet sergileyen hastaların 1/3'ünde saf psödonöbetler, 1/3'ünde psödonöbet ve epilepsi, kalan 1/3'ünde ise başka bir nörolojik hastalık bulunduğu anlaşılmıştır (31,32). Psödonöbetleri epileptik nöbetlerden ayırmada en iyi yöntem video-EEG monitorizasyonudur (38). Psödonöbetlerin klinik olarak gözlenmesi ve bazı özelliklerine dikkat edilmesi epileptik bir nöbetten ayırım açısından faydalı olacaktır (6,16).

Epileptik nöbet ile psödonöbet ayırımını yapmak kolay değildir (Çizelge 2.1). Literatürde psödonöbeti olan hastaların ortalama 7.2 yıl süre ile epilepsi tanısı ile izlendiği ve dörtte üçünün gereksiz olduğu halde antiepileptik tedaviye maruz kaldıkları bilinmektedir. Bu hastalarda epileptik ve psödonöbet birlikteliğinin veya sadece bunlardan birisinin varlığını ispatlamak morbidite ve mortaliteyi azaltmak açısından önemlidir (40).

Çizelge 2.1. Epileptik nöbet ve psödonöbet ayrımı.

	Epileptik Nöbet	Psödonöbet
Ortaya çıkaran etken	Nöbet eşiğini düşüren uyaranlar; alkol, ilaç kesilmesi; bazen fizik ve psikolojik stresler	Ruhsal stres
Süre	En çok 1-2 dakika	10-20 dakika saatler
Düşme biçimi	Birdenbire, tehlikeli olabilir. Çılgınlıkla düşme vardır	Genellikle yer ve zaman seçimi olur. Düşüş tehlikeli değildir.
Düşme yeri	Herhangi bir yer, korunma olmaz	Genellikle insanlar önünde görülecek biçimde, korunarak düşer
İdrar kaçırma	Olabilir	Genellikle olmaz
Yaralanma, dil ısırması	Olabilir	Dil ısırması olmaz. Dudaklarını, ellerini, çevredekileri ısırabilir
Gelme zamanı	Günün herhangi bir saatinde olabilir. Uykuda gelebilir.	Genellikle psikolojik bir stresten sonra ve başka kişiler varken olur. Uykuda olmaz
Nöbet sırasında	Ani bilinç yitimi olur	Bilinç yitimi olabilir, olmayabilir.
	Nöbet sırasında ağrılı uyaranlara yanıt yoktur.	Genellikle ağrılı uyaranlara yanıt alınır.
	Kornea refleksi alınmaz.	Kornea refleksi normaldir.
	Patolojik refleksler görülür.	Patolojik refleks alınmaz.
	Nöbet ardından uyku ve uyanırken konfüzyon	Nöbet ağıtlar, sıkıntılı görünüm ve hareketlerle sonlanır
	EEG genellikle bozuktur.	EEG genellikle bozuk değildir

Psödonöbetler eğer yeni başlamış ise genellikle yoğun stres ile ortaya çıkarlar. Uzun süreli ve daha dirençli psödonöbetlerde ağır kişilik bozukluğu ve kronik başka psikopatolojik bir durum altta yatabilir. Çocuklarda psödonöbetler daha çok geçici streslerle ortaya çıktığı ve genellikle daha erken doğru tanı konulduğu için prognozu daha iyi seyirlidir. Erişkinlerde ise genelde altta ciddi kişilik bozukluğu yattığından prognoz daha kötüdür (39).

Tedavide ilk adım hasta ya da ailesi ile görüşme şeklinde olabilir. Daha sonra yatkinlik etkenlerinin tespit edilmesi, ilaç tedavisinin veya psikoterapötik yaklaşımların değerlendirilmesine de yardımcı olur. Böylelikle psödonöbetli hastalarda antiepileptik ilaç kullanımı azaltılmış olur ve eşlik eden psikiyatrik hastalıklar uygun psikoterapötiklerle tedavi edilmiş olur (40, 41).

2.1.6.2. Motor belirtiler

Ayakta duramama-yürüyememe (astasia-abasia), anormal yürüme, denge bozukluğu, paraliziler, pareziler, ritmik tremorlar, boğazda düğümlenme (globus hystericus), afoni gibi belirtiler bu grupta yer alır (6). Bu belirtiler bilinen nörolojik hastalıkların doğasına uymazlar ve bilinen fizyolojik düzeneklerle açıklanamazlar. Stresörlerin belirtilerin ortaya çıkışını tetiklediği veya şiddetlendirdiği bilinmektedir (6). Ülkemizde yarı kırsal alanda bir çalışmada, konversiyon bozukluğu olan hastalarda motor belirti sıklığı %15.4 olarak bulunmuştur (47). Başka bir çalışmada hastaların %18.6'sında da paralizi, %22.1'inde nefes darlığı izlenmiştir (30).

DSM-IV-TR'da motor belirtiler başlığı altında yer alan semptomlar DSM-V'de Güçsüzlük ya da inme ile giden, Olağan dışı devinimle giden (tremor, distoni, myoklonus, astazi-abazi), Yutma belirtisi ile giden ve Konuşma belirtisi ile giden (disfoni, afoni) şeklinde dört ayrı başlıkta toplamıştır (1).

2.1.6.3. Duyusal belirtiler

Duyusal belirtilerden öne çıkanlar ekstremitelerde görülen anestezi, hiperestezi, parestezi, çift görme, sağırılık ve varsanıllardır. Anesteziler periferik ve merkezi sinir sistemi anatomisine, dermatomlara uymaz. Genellikle eldiven çorap tarzı biçiminde, dokunma, ağrı, sıcaklık duyularını kapsayan, ekstremitelerin üst ve alt bölümleri arasında fark olmayan, keskin sınırlı tam duyu kaybı şeklindedir (6). Görmeye ilgili belirtiler tam görme kaybı, kısmi görme kaybı, tünel biçiminde görme alanı daralması ve çift görme şeklinde olabilir. Konversiyon bozukluğunda görme ile ilgili belirtilere rağmen ışığa pupilla yanıtı, ışığa elektroensefalografi (EEG) yanıtları ve göz muayenesi normaldir (3,6). Konversiyon belirtisi olarak görülen sağırılıkta kısmi işitme kaybından tam işitme kaybına kadar değişen derecelerde sağırılık olabilir (6).

KB ile ilgili yarı kırsal alanda yapılan bir çalışmada, konversiyon bozukluğu olan hastalar arasında duyusal belirtilerin sıklığı ise %6.1 olarak saptanmıştır (30). DSM-IV'de duyusal belirtiler başlığı altındaki semptomlar DSM-V'de Anestezi ya da duyu yitimi ile giden ve Özel duyusal belirti ile giden (görme, koku alma ya da duyma bozukluğu) olmak üzere iki ayrı başlıkta toplanmıştır (1).

2.1.7. Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda temel yaklaşım, belirtilerin bağlı olabileceği düşünülen nörolojik bozuklukla ya da genel tıbbi durumlarla ilgili ayrıntılı öykü, fizik ve nörolojik muayene, laboratuvar tetkiklerinin yapılması ve konversiyon bozukluğunun diğer belirtilerinin de göz önüne alınarak bir yargıya varılmasıdır. Herhangi bir nörolojik bozukluğun başlangıç evresinde görülebilen silik belirtiler yanlışlıkla konversiyon bozukluğu tanısı koydurabilir (6). Konversiyon bozukluğunun ayırıcı tanısında öncelikli düşünülmesi gereken nörolojik bozukluklar arasında epilepsi, multiple skleroz, myastenia gravis, Guillain-Barre sendromu, periyodik paralizi, optik nevrit, kısmi vokal kord paralizisi, beyin tümörleri, myopatiler, kalıtsal ve edinilmiş distoniler, ilaca bağlı distoni, subdural hematoma, bazal ganglion ve periferik sinirlerin dejeneratif hastalıkları, Creutzfeld-Jacob hastalığı, AIDS'in başlangıç evresi sayılabilir (6,45). Ayırıcı tanıda hipoglisemi, hiperparatiroidi, akut intermittan porfiri, hipertiroidi diğer düşünülmesi gereken tıbbi hastalıklardır (45).

Nöroloji kliniklerine yatırılan hastalarda konversiyon belirtileri %25-30 arasında bulunmuştur. Konversiyon bozukluğu olanların %30'unda daha sonra tıbbi ya da nörolojik bir bozukluk saptanmıştır (6). Benbadis ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir yıllık izlem çalışmasında konversiyon bozukluğu hastalarının %9,4'ü ek epilepsi tanısı almıştır. Bir başka çalışmada psödonöbetten şüphelenilen 26 hastanın 13'ünde kesin tanı epilepsi olmuştur (46).

Konversiyon bozukluğunun diğer somatoform ve psikiyatrik hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması da önemlidir (45). Duygudurum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, katatonik şizofreni, hipokondriazis, histriyonik kişilik bozukluğu, ağrı bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, yapay bozukluk, simülasyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) öncelikli düşünülmesi gereken psikiyatrik bozukluklardır (6). Belirtiler, ağrı ya da cinsel işlev bozukluğu ile sınırlı ise konversiyon bozukluğu yerine "ağrı bozukluğu" ya da "cinsel işlev bozukluğu" tanısı konulur. Konversiyon belirtileri sadece somatizasyon bozukluğu sırasında oluşuyorsa, ek bir konversiyon bozukluğu tanısı konulmamalıdır. Somatizasyon bozukluğu süregelen, çok belirtili ve pek çok organ sistemini tutan bir hastalık olmasına karşın konversiyon bozukluğu genellikle tek belirtilidir (2; 43). Hipokondriaziste vücutta herhangi bir fonksiyon kaybı yoktur, kişi ciddi hastalık düşünceleriyle uğraşır, konversiyon bozukluğunda ise -ilgi odağı olmak-

için sergilenen belirtiler vardır. Beden algı bozukluğunda önem verilen konu istemli motor ya da duyu işlevlerindeki değişiklikten çok görünümdeki hayali bir kusurla ilgilidir (2).

Konversiyon bozukluğu disosiyatif bozukluklarla da bazı özellikleri paylaşır. Her iki bozuklukta da nörolojik işlev bozukluğunu düşündüren belirtiler görülür ve bunların ortak geçmişleri de olabilir. Aynı kişide hem konversiyon, hem de disosiyatif belirtiler ortaya çıkıyorsa her iki tanı birlikte konulmalıdır (6). Psikotik bozukluklar ile ayırmda kişinin içgörüsünün korunup korunmadığına bakılır. Konversiyon bozukluğunda görülen halüsinasyonlar içgörü bozulmadan, diğer psikotik belirtiler eşlik etmeden, çoğu zaman birden çok duyu sistemini kapsayacak şekilde ve genellikle salt düşsel ya da çocuksu bir içerikle ortaya çıkar (6,43).

Konversiyon bozukluğunu yapay bozukluk ve simülasyondan ayırt etmek zordur. Simülasyon yapanlar, taklit ettikleri belirtilerin farkındadırlar ve ne yaptıklarına karşı bir içgörüleridir. Yapay bozukluğu olan hastalar da taklit ettiklerinin farkındadırlar, ama bunu hasta ve hastanede olmayı istediklerinde yaparlar. Bu amaçlar konversiyon bozukluğundaki “ikincil kazanç”a benzeyebilir ancak konversiyon bozukluğunun ayırt edici özelliği, belirtilerin bilinçli bir niyetle ortaya çıkarılmamasıdır (2,6,43,45).

2.1.8. Eşlik eden bozukluklar

Nöroloji kliniklerinde yatan hastaların 1/4 - 1/3’ünde konversiyon belirtisi görüldüğü bilinmektedir (6). Konversiyon bozukluğuna bir nörolojik ya da psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi sık rastlanan bir durumdur (6,42,45). Konversiyon bozukluğuna en sık duygudurum bozuklukları eşlik eder. Bunu sırasıyla anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları ve somatoform bozukluklar izler (6).

Eşlik eden duygudurum bozukluklarından en sık görüleni %17-29 oranla major depresif bozukluktur (98). Bowman ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında bu oran %88 bulunmuştur (31). Kaygısız ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında depresif bozuklukların oranı %34,3-50 arasında bulunurken başka herhangi bir psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi %83,6 olarak bildirilmiştir (18). Kuloğlu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında komorbid depresyon %35,3, anksiyete bozuklukları %34,8, disosiyatif bozukluklar %9,6 oranında saptanmıştır. Pehlivan Türk ve Ünal KB olan 51 çocuk ve ergen üzerinde yaptıkları araştırmada olguların %15,7’sinde depresif bozukluk, %37,2’sinde anksiyete bozukluğunun ek tanı olarak bulunduğunu, Özen ve

arkadaşları da yaptıkları çalışmada çocuk ve ergenlerde en sık majör depresif bozukluğun ek tanısı olarak görüldüğünü saptamışlardır (30,83).

Kadınlarda daha sık olmak üzere eski bir travmatik yaşantı, cinsel/fiziksel kötüye kullanılma, dissosiyasyon öyküsü özellikle psödonöbetlerle birlikte (47). Şar ve arkadaşlarının (2004) komorbidite, dissosiyasyon ve travma sıklığını araştırdıkları çalışmada, hastaların %89,5'inde en az bir psikiyatrik tanı saptanmış; ortalama psikiyatrik tanı sayısı 2,8 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada en sık farklılaşmamış somatoform bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan (BTA) dissosiyatif bozukluk tanıları belirlenmiştir. Dissosiyatif bozukluk oranı %47,3 fiziksel taciz oranı %44,7 cinsel taciz oranı %26,3 olarak verilmiştir (19).

KB'li hastalarda sıklıkla kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. En sık olarak histrionik, edilgen-bağımlı, edilgen-saldırgan, sınırda, paranoid ve çekingen kişilik bozuklukları eşlik eder (6). Yapılan bir çalışmada psödonöbet geçiren hastalarda borderline kişilik bozukluğu %55, histrionik kişilik bozukluğu %16 antisosyal kişilik bozukluğu %11 oranında bildirilmiştir (48).

2.1.9. Tedavi

KB'de hastaya biyopsikososyal modele uygun olarak bütüncül bir yaklaşım uygulanmalıdır. Yatkınlaştırıcı, ortaya çıkarıcı, sürdürücü etkenlerin tümünü kapsayan; hastanın belirtilerinin akut ya da kronik oluşuna göre değişen bir tedavi stratejisi belirlenmelidir (6).

Bedensel belirtilerin daha çok duygularını anlamlandırmada zorluk yaşayan kişilerde iletişim aracı ve yardım çağrısı olabileceği; ikincil kazançların hastalığın sürmesinde etkin bir rol oynadığı bilinmektedir. Tedavide hastanın duygularına karşı farkındalığının artırılmasına ve bu duygularını eleştirilmeden, yargılanmadan anlatabilmesine olanak verilmelidir. Yani duygularını bedensel değil, sözel olarak ifade etmeyi öğrenmesine, ikincil kazançlarına ihtiyaç duymadan otonomi kazanmasına yardımcı olmaya çalışılmalıdır (82).

KB'de tedavi amacı hiçbir zaman tek bir belirtinin ortadan kaldırılması olmamalıdır. Aksi halde hasta yeni belirtiler geliştirecektir. Esas amaç hastanın kişiliğinde, insanlarla olan ilişkilerinde ve davranışlarında gerekli değişimleri yaparak hastanın iyilik haline ulaşmasını sağlamak olmalıdır (7).

Konversiyon bozukluğu tedavisinde temel ilkeler:

- Hastanın ayrıntılı bir değerlendirmesi yapılmalı, organik bir bozukluk olmadığı konusunda hekimin bir kuşkusu kalmamalıdır.
- Hastanın ruhsal durumu, aile içindeki konumu, aile içi sorunlar iyice değerlendirilmelidir. Hastalar genelde rahatsızlığın altında yatan sorunları kendileri de tanımlayamazlar; bu konuda bir miktar fikirleri olsa bile bunları dile getirmeye karşı dirençlidirler. Hastayı ve aileyi tekrarlayan görüşmelerle incelemek durumu aydınlatmaya yardımcı olabilir. Bu bozukluğun durup dururken ortaya çıkmadığı unutulmamalıdır.
- Ağır stres faktörlerinin devam ettiği bir ortamda uygun yöntemlerle ve ilaçlarla hastanın iyileşmesini beklemek boşuna bir çaba olacaktır. Bu nedenle de hastayı ya bir süre çevresinden uzaklaştırmak ya da çevrenin düzeltilmesi için aileyi ele almak şarttır (16).

Hastanın akut ya da kronik olmasına göre tedavi stratejisi genelde birden çok tedavi tekniğini kapsar. Güven verme ve telkin, psikoterapi, ters niyetlendirme girişimleri, hipnoz, ilaç yardımıyla görüşme, davranışçı terapi, ilaç tedavisi, faradizasyon, konuşma tedavisi, çevresel düzenleme, ortam tedavisi, aile tedavisi bu hastalarda özgül tedavi seçenekleri arasındadır. Bu tedavi seçeneklerinden hangisinin daha etkin olduğunu söylemek güçtür. Hastanın belirtilerine, saptanabilen stresli yaşam olaylarına ve çatışmalarına, iletişim biçimine, içgörü düzeyine göre uygun tedavi ya da tedaviler uygulanmalıdır (6).

Hastaların yaklaşık %50-90'ı 2-6 yıllık bir süre içinde tama yakın ya da tamamen iyileşir. Konversiyon bozukluğu belirtilerinin çoğu bazen kendiliğinden bazen de davranışçı-bilişsel tedavi, telkin ve sosyal destek ile kaybolmaktadır. Belirtilerin altında yatan dinamikleri ve çatışmaları anlamada içgörü kazandırmaya yönelik psikodinamik terapiler yararlı olabilir (42,44).

Çocuklarda görülen KB'de davranışçı tedavinin, özellikle ikincil kazançlar engellenerek yakınmanın pekişmesini azaltmanın ve sağlıklı davranışın pekiştirilmesinin etkili olduğu belirtilmiştir (84).

2.1.10. Gidiş

Konversiyon bozukluğunun doğal gidişi kesin olarak bilinmemektedir. Yaşam boyu tek nöbet olabileceği gibi, değişik zamanlarda nöbetler tekrarlayabilir (6).

Konversiyon bozukluğunda başlangıç genellikle anidir. Uygun çevresel koşullarda, telkin yöntemleri ile kendiliğinden düzelme sıktır (42). Hastaların çok az bir kısmında yoğun tedavi çabalarına karşın, belirtilerin yıllarca süren işlevsellik kaybı ile kronikleştiği görülür (6).

Hastalık öncesi sağlık durumunun iyi olması, akut başlangıç göstermesi, motor belirtilerin olması (paralizi, parezi, afoni gibi), hastalık başlangıcında açıkça gösterilebilen psikososyal stres etkenlerinin bulunması, belirtilerin başlangıcı ile tedavi arasındaki sürenin kısa olması, eşlik eden ruhsal ya da tıbbi bozukluğun ve çocukluk çağı örseleyici yaşam olayı öyküsünün olmaması, ergenlik ya da gençlik döneminde olması, zekâ düzeyinin ortalamanın üzerinde olması, sosyal desteğin iyi olması prognozu olumlu etkileyen faktörlerdir (6,42).

Başlangıcın görece yavaş olması, belirlenebilir bir stresli yaşam olayının bulunmaması, psödonöbet ve tremor gibi belirtilerin olması, tedaviye geç başlanması veya hiç tedavi görmeme, belirtilerin kronikleşmesi, ileri yaş, hastalık öncesinde bedensel ve ruhsal sorunların varlığı, eşlik eden psikiyatrik ya da nörolojik bir bozukluğun bulunması, çocukluk çağında cinsel/fiziksel kötüye kullanılma öyküsünün varlığı, sosyal çevrenin sürekli stres yaratan nitelikte olması, hastanın yakınlarının bilinçli ya da bilinçsiz olarak ikincil kazançları desteklemeleri prognozu olumsuz etkileyen faktörlerdir (6,42).

Tanısı kesin olan konversiyon bozukluğunda yapılan izleme çalışmaları, olguların %75-100'ünün iyileştiğini ortaya koymuştur (43). Buna rağmen, ağır olguların kronikleşerek uzun yıllar sürebildiği ve işlev bozukluğunun organik bir bozukluğa da yol açabildiği bildirilmektedir (42).

Çocuk ve ergenlerde KB genel olarak iyi seyirlidir. Pehlivan Türk ve Ünal KB tanısı alan 40 çocuk ve ergeni ortalama 4 yıl sonra yeniden değerlendirmişler ve %85'inde tam düzelme olduğunu göstermişlerdir (83).

Ülkemizde oldukça sık olarak karşılaştığımız KB'nin genellikle çocukluk ve gençlik dönemlerinde başladığı ve bu yaş gruplarında erişkinliğe oranla çok daha iyi seyirli gittiği bilinmektedir. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde KB'nin tanı ve tedavisinde yaşanan güçlüklerin en aza indirilmesinin ve erken müdahale ile prognozun olumlu

yönde etkilenmesinin ancak çocuk psikiyatrisi, pediatrik nöroloji ve genel pediatri gibi branşların multidisipliner çalışması ile mümkün olabileceği kanısındayız

2.2. Ergenlik Döneminde Konversiyon Bozukluğuna Sahip Olmak

Ergenlik dönemi bilişsel, duygusal ve sosyal alanlardaki gelişimlerle birlikte çocukluk yıllarında oluşan çekirdek kimliğin yerini erişkin kimliğe bırakmaya başladığı önemli bir geçiş dönemidir. Fiziksel görünümdeki değişiklikler ergenin benlik kavramını ve diğerleriyle olan ilişkilerini değiştirir. Gelişen bilişsel kapasiteleri bu dönemde bireylere sorunlar, değerler, kişilerarası ilişkiler hakkında yeni düşünme yolları sağlar. Bu da ergenlerin farklı yönlerden kendileri hakkında düşünmelerine olanak sağlar. Ayrıca ergenlik iş, evlilik ve gelecek hakkında önemli kararların verilme zamanıdır (103).

Kimlik duygusunun oluşması ergenin çevresiyle etkileşime girmesini gerektirmektedir. Ergen bu dönemde ailesinden uzaklaşarak tek başına bir birey olmaya ve kendisine yakın gördüğü arkadaşlarıyla birlikte olmaya çalışır. Ergenlikte arkadaş ilişkileri temel güç olarak görülür. Ergenler nadiren kendilerini aileleriyle tanımlarlar, aksine sıklıkla ailelerinin başatlığına, değer sistemlerine ve özel yaşamlarına karşı çıkarlar. Bu büyümenin doğal bir parçasıdır. Ergenler birey olabilmek için kimliklerini ailelerinden ayırmalı ve kendi özerkliklerini geliştirmelidirler (104).

Erikson'un psikososyal gelişim kuramında her evrede çözülmesi gereken çatışmalar vardır. Ergenlik evresinde kimlik duygusuna karşı kimlik kargaşası temel çatışmayı oluşturur. Erikson'a göre ergenlikten önce varolan tüm aynılık ve süreklilikler ergenlikte yeniden az ya da çok sorgulanırlar; çünkü bu evrede erken çocukluk döneminkine benzeyen bedensel büyüme ortaya çıkmaktadır. Büyüyen ve gelişen ergenler kendilerini ne olarak hissettikleriyle karşılaştırmalı olarak başkalarının gözünde nasıl göründüklerini bulmaya çalışacaklardır (105). Erikson'a göre kimlik gelişimi süreci ne ergenlikle başlayan ne de ergenlikle biten bir süreçtir. Kimliğin tüm yaşam boyunca devam eden bir süreç olduğunu belirtir; ama kimlik sorunu dönüm noktasına ergenlikte ulaşır (106,107).

Ergenlik döneminde bireyler bilişsel, bedensel ve ruhsal değişimler sonucunda toplumun beklentileri ile karşı karşıya kalırlar. Bir yandan çocukluk özdeşimleri ve

kendilik algılarıyla mevcut dengesini sağlamaya çabalayan ergen, diğer yandan toplumsal beklentilerin zorunlu kıldığı değişim karşısında bocalar. Bu durumda ergen kendi kimliğini yeniden yapılandırarak toplum içinde yer edinmek durumundadır. Kimlik bunalımı olarak adlandırılan bu zorlu süreç ergenin bilişsel, duygusal ve ruhsal özelliklerine bağlı olarak olumlu geçiş sağlayan kimlik duygusunun kazanılması, askıya alma (psychosocial moratorium), kimlik dağınıklığı (identity diffusion) veya olumsuz / ters kimlik (negative identity) gelişimi gibi farklı şekillerde sonuçlanabilir (108).

Böylesi önemli görevlerin gerçekleştirildiği ve kazanımların elde edildiği bir dönemde fiziksel veya ruhsal sağlık sorunlarının varlığı bu sürecin doğal akışını etkileyebileceği aşıkardır.

Ergenler hastalıkları erişkinler gibi kavramsallaştırırlar, hastalığın oluşumundaki etkenlerin karmaşık ve çoklu etkileşiminin farkındadırlar. Hastalığı kendi suçlarına bağlamaya devam etseler de bu zamanla azalır (100). Ergenler için “hasta olmak” temel sorundur. Hastalık, bağımsızlığın kaybolması ve gelecekle ilgi planların bozulması şeklinde algılanır. Her ergen hastalığa farklı tepkiler verir. bazı ergenlere hastalığın getirdiği kısıtlamalar, yoğun ilaç kullanımı, anne babanın yoğun müdahalesi bağımsızlığın kazanılması için verilen savaşın önüne set çektiği için huzursuzluk verebilir. Bazı ergenler bu duruma boyun eğip ilaçları, tedavileri vb konularda aşırı dikkatli ve titiz tutumlar sergilerken, bazıları da bağımsızlığını kaybettikleri korkusuna kapılarak tehlikeli ve isyankar davranıp sözel olarak, veya davranışlarıyla tepkilerini gösterebilirler (101,102).

Kronik hastalıklar nedeni ile ergenlik dönemi sağlıklı bir şekilde tamamlanmayabilir. Kazanılması gereken, ebeveyninden ayrılma, bireyleşme süreci, kimlik gelişimi gibi bazı önemli özellikler hastalık nedeniyle sekteye uğrayabilir. Hastalığın ciddiyeti, akut ya da kronik oluşu, süresi, ergenin mizacı, ailenin hastalık karşısında tutum ve davranışları gibi faktörler bu süreci etkiler.

Konversiyon bozukluğu, belirtileri nedeni ile hem ergeni, hem aileyi, hem de diğer branştaki hekimleri endişelendirebilen, organik patolojilerle karışabilen, bazen önemsenmeyip, atlanabilen bir hastalık olması sebebiyle tanı konulup sağaltımının yapılması önemlidir. Toplumun ve ailenin hastalığa karşı verdiği olumsuz tepki, ergenin hastalığı algılayış şekli ve baş etme gücünün yetersizliği, tanı ve tedavi süreçlerinin uzaması gibi nedenlerle bozukluğun kronik bir hal alması; ergenlik döneminde kazanılması beklenen doğal özelliklerin aksamasına, ek ruhsal patolojilerin gelişmesine

ve hastalık kimliğinin oturmasına neden olabilir. Öte yandan erken ayırıcı tanı ve sağaltımın yapıldığı, aile ve hastanın bozuklukla ilgili bilinçlendirilip tedaviye katılımı sağlandığı takdirde KB'nin çocuk ve ergen yaş grubunda oldukça iyi seyirli olduğu bilinmektedir.

2.3. Kişisel Yapı Kuramı

Kelly'nin (1955) Kişisel Yapı Kuramı (KYK) (Personal Construct Theory), “kişinin hayat süreçleri, o kişinin olayları önceden beklediği, umduğu tarzda psikolojik olarak kanalize olur” şeklindeki temel bir önerme üzerine kuruludur. İnsan sürekli hareket halindedir, dünyayı görür, birçok olayla karşılaşır. Yaşadığı olayları kendine göre yorumlar, olaylar arasında benzerlik ve karşıtlıklar kurar. Yaşamı iyi-kötü, hızlı-yavaş, faydalı-faydasız gibi izlenimler (yapıtışı) ile tanır. Bireyin olayları yordama ve yorumlama sırasında edindiği izlenimler bir sistemin parçası halinde düzenlenerek yapılaşır. Kişilik, bireyin geliştirdiği yapılanma sistemidir. Birey önceden beklediği şeylere göre davranışını düzenler, kendisini ya frenler ya harekete geçirir. Bu yapı esneklik ve belirli sınırlar içinde değişebilme özelliği taşır. Bu ifadede kullanılan süreç, kişinin yaşantılarını, düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını kapsayan bir terimdir. Kelly'nin kişilik kuramı bu temel varsayım üzerine kurulan on bir bağıl-hükümden (alt-önerme) oluşmuştur, bu bağıl hükümler:

- 1) Yapılanma (Construction): Kişi gelecekteki olayları, ancak bu olayların tıpkısını önceden yaşamak suretiyle tahmin eder.
- 2) Bireysellik (Indivuality): Kişiler birbirlerinden yapılanma tarzları ile ayrılırlar.
- 3) Düzenleme (Organization): Her insan kendisine en faydalı olan yapıtaşları (constructs) arasında sıra düzensel ilişki bulunan bir yapılanma sistemi geliştirir.
- 4) İki-Yönlülük (Dichotomy): Bir kişinin yapılanma sistemi sınırlı sayıda iki yönlü yapıtaşlarından oluşmuştur.
- 5) Tercih (Choice): Yapıtışı kutuplarından hangisi kendisine daha çok yararlı ise kişi o kutbu yapılanma sistemine dahil eder.
- 6) Kullanılabilme Sınırı (Range): Bir yapıtaşını ancak belirli bir sınır içinde kullanışlıdır.

- 7) Yaşantı (Experience): Olayların aynıları olan yaşantılar ardarda yinelendikçe kişinin yapılanma sisteminde değişiklik olur.
- 8) Değişme Sınırı (Modulation): Kişi yapılanma sisteminde sınırsız değişiklik yapamaz. Değişiklik ancak sistemi teşkil eden yapıtaşlarının geçirgenlik sınırlarında yapılabilir.
- 9) Alt-Yapılanma (Fragmentation): Tümevarımsal olarak birbirleriyle uyuşmayan yapıtaşları birbiri ardına kurulan altyapılanmalar yardımıyla bağdaştırılıp yapılanma sistemi içinde kullanılabilir.
- 10) Ortaklık Özelliği (Commonality): Benzer yapılanma sistemlerine sahip insanlarda benzer ruhsal süreçlerin olması beklenir.
- 11) Toplumsallık (Sociality): Bir kimse yapılanma sistemini kurarken içinde bulunduğu toplumsal sürece katılan kişilerin sistemlerini göz önünde bulundurur (50).

Kuramdaki iki temel kavram konumuza biraz daha açıklık getirmek için ön plana çıkarılacaktır: Yapıtaşı (izlenim, construct) ve Yapılanma Sistemi (construction system).

Birey izlenimlerini yaşadığı olayları yorumlayarak edinir ve bu bireye özgüdür. Çocuk dünyaya ve kendine, kendi yarattığı ebeveyn modeli ile bakar ve bu modeli dış dünya gerçekliği ile sınar. Çocuk yaşantısı içinde beklentilerine göre davranır ve bazı şeylerin umduğu gibi olmasını ister. Bunun gerçekleşmesi izlenimlerini pekiştirir. Ardışık yaşantılar ve onaylamalar ile yapılanma sistemi gelişir (52).

Bireyin bu yapı sistemi sayesinde yaşantılarını anlamlandırdığı, ilerde karşılaşacağı olayların anlamını çıkardığı ve gelecekle ilgili tahminlerde bulunabildiği, böylece yaşamı daha iyi kavradığı ileri sürülmektedir (52). Yapıtaşları (izlenim, construct) kişinin yaşadığı olayları anlamlandırma ve yorumlama süreci içerisinde kazanılır, bunların iyi-kötü gibi iki ucu vardır ve birey yapıtaşlarının kendisi için en uygun yönünü yapılanma sistemine alır. Yapıtaşları kişinin çevresindeki elemanların nasıl algılandığını anlamak için bir temel oluşturur ve bireyin umduğu olaylara yüklediği anlamı özetler, şimdiki deneyimler ve olması beklenen olayları tanımlama şeklidir (51,52).

Yapılanma sistemine katılan yapıtaşlarının niteliği önemlidir. Bazı yapıtaşları, yeni izlenimlere uyum sağlar ve yeni izlenimlerin yapılanma sistemine katılmasına olanak tanır (geçirgen yapıtaşı). Yapıtaşları gevşek-geniş (loose) veya sıkı-dar (tight)

anlam içerebilir. Dar yapıtaşları belirli bir alan için kullanılır ve değişmez bir anlam taşır, normalde öz yapıtaşlarıdır (core construct). Bireyin kimliğini ve varoluşunu öz yapıtaşları belirler. Bu yapıtaşları arasında tutarlılık, bütünlük ön plandadır. Gevşek yapıtaşları ise değişkendir, pratikte özniteliği değişmez ancak farklı durumlara uygulanabilir. Buna bağlı olarak KYK’da iki çeşit düşünce biçimi tanımlanabilir. Bunlar; **a)** kişinin sürekli olarak yeni deneyimlere açık olmasını sağlayan ve varolan yapıları değiştirebilme kapasitesi gerektiren esnek düşünce şekli ve **b)** varolan “yapılar” içinde sadece söz konusu “*yapı*” kapsamında düşünmeyi sağlayan –esneklikten- uzak düşünce şeklidir. Herhangi bir yaşam olayına anlam vermek için var olan yapıların yetmemesi durumunda yeni yapıların geliştirilmesini içeren yeni yapı keşfi (construct innovation) ise en zor değişim olarak değerlendirilmektedir (50-52).

KYK ayrı başlıklar altında hastalıkları dikkate almaz, “Yapılanma Bozuklukları” ile ilgilenir. Kelly’e göre hasta yoktur “danışan” ve danışanın yapılanma sistemi vardır. Birey olayları açıklamak için yapıtaşlarını modifiye edebilir ve bu da gelecek deneyimleri yapılandırmada-anlamlandırmada kullanılır. Kelly bireyin yaşantılarıyla edindiği izlenimlerin değişen koşullarda yetersiz kalması durumunda veya bireyin deneyimlerini yapıtaşlarına uyarlayamadığı durumla karşı karşıya kalması halinde anksiyete oluştuğunu belirtir. Anksiyeteye karşı birey algısal alanını ve yapıtaşlarını daha geniş düzeyde yeniden düzenlemek için genişletebilir (dilatation) veya gevşek yapılanmayı daraltıp (constriction) sıkı yapılanmayı ön plana çıkartabilir. Gevşek yapılanmada belirsizliğe tolerans artar. Tutarsız kavram ve davranışlar sürdürülmeye çalışılır. Nesnel gerçek çözümler, anlamını yitirir. Sıkı yapılanmada ise birey yapılanma sistemini sürdürmek için aktivitesini kısıtlar, örneğin işine yönelir, katılışır, sorunlarıyla yüzleşmemeye çalışır, yeni çözümler üretmez (50). Deneyimlerin insandan insana farklılık göstermesi nedeniyle Kelly bütün olayların alternatif deneyimlere konu olduğunu belirtmektedir. Kelly’ye göre kişinin öngörülleri ile olayları anlamlandırmada kullandığı yapılar arasında bir çelişki oluşursa, birey var olan yapıların geçersiz olduğunu düşünür. Bu durumda var olan yapılarını yeniden gözden geçirip bunların geçersiz olanlarını değiştirirse ve geçmiş yaşantılardaki yapıtaşlarıyla başka bir seçenek oluşturabilirse anksiyete ile baş edebilir. Böyle bir yapısal seçenek (constructive alternativism) ortaya çıkarmazsa oluşturulan yapılanma sürdürülür. Bu şekilde yapılanma yineleyici şekilde geçersizleniyorsa problemler artar, yaşantılarla geçersizlenmesine rağmen aynı yapılanmanın sürdürülmesi de “bozukluğu” ortaya

çıkartır. Yapıtaşlarının “ardışık geçersizlenmesi” koşullarında temel güven ve kimlik gelişimi etkilenir. Kelly'e göre anormal davranış ya da patoloji, yaşantılarla yanlışlığı tekrar tekrar kanıtlanan kurguların devam etmesinden ibarettir (50).

Kelly'e göre kişisel yapılar bireyin dünyasını düzenleyemediğinde, psikolojik bozukluklar meydana gelmeye başlamaktadır. Çünkü insanın dünyaya bakış tarzını ve yorumlarını belirleyen bilişsel yapıda yer alan temel sayıltı ve inançlar çarpık veya işlevsel olarak bozuk olduğunda kişi sorunlar yaşamaya başlar. Kelly burada, düşünce (kişisel yapı) süreçlerinin duygu ve davranışların belirlenmesindeki etkisine vurgu yapmıştır (50).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Örneklem

Araştırmaya çalışma grubu olarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde Konversiyon Bozukluğu tanısı almış ve izlemde olan 12-18 yaş aralığındaki 20 kız ergen alınmıştır. Zihinsel gelişim geriliği, değerlendirme sırasında mani veya psikotik bozukluk gibi gerçeği değerlendirme yetisini etkileyecek bozuklukları olanlar çalışma dışında bırakılmıştır. Kontrol grubu olarak daha önce herhangi bir nedenle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, zihinsel gelişim geriliği ve görüşme sırasında gerçeği değerlendirme yetisini bozabilecek herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan (psikoz, mani vb), yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 20 sağlıklı ergen alınmıştır. Ebeveynlerden aydınlatılmış yazılı onam ve ergenlerin rızası alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirisine uyumlu olarak Akdeniz Üniversitesi İnsan Deneyleme Etik Komitesi tarafından onaylanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya dahil olan ergenlerle ilgili yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ders başarısı, nerede ve kiminle yaşadıkları, gelir düzeyleri, ailede ruhsal veya tıbbi hastalık öyküsü gibi genel demografik bilgileri içermektedir (Ek 1). Ayrıca polikliniğe başvuru yakınması, yakınmanın süresi, sıklığı, ailesel veya çevresel stresörlerin ve geçmiş travmatik yaşantıların varlığı, belirtilerin tipi, eşlik eden diğer somatik belirtiler gibi bilgilerde bu formda yer almaktadır.

3.2.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg (53) tarafından benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu (54) tarafından yapılan bu ölçek, benlik saygısının olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Çoktan seçmeli sorulardan oluşan ve 12 alt kategorisi bulunan ölçek toplam 63 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada sadece 10 maddeden oluşan “benlik saygısı alt testi” kullanılmıştır. Testin güvenilirlik katsayısı 0.89,

cronbach alpha geçerlik katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçekteki yüksek puanlar olumlu benlik saygısını ifade etmektedir.

3.2.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY: K-SADS-PL)

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir (54). Türk örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (55). ÇDŞG-ŞY, Major depresyon, distimi, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, kaçınma bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi, aşırı anksiyete/yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşı gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nevroza, bulimiya, geçici tik bozukluğu, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu temel tanıları içerir. ÇDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. ÇDŞG-ŞY belirtileri şimdi ve geçmişte olmak üzere “yok”, “eşik altı” ve “var” şeklinde değerlendirir, belirtilerin şiddeti hakkında bilgi vermez.

3.2.4. Konversiyon Bozukluğuna Ait Belirti Tarama Listesi

Özgür tarafından, disosiyatif bayılması olan olguların nöropsikolojik ve nörofizyolojik açıdan incelendiği bir çalışma için KB’li hastalarda belirtilerin taranması amacıyla oluşturulmuştur (111). Ek 2’de görülüşü üzere KB ‘da olası belirtiler motor (hemiparezi, hemipleji, vb.), duyu (atipik ağrı, hipoestezi, anestezi, vb), bayılma ile ilgili (çarpıntı, güçsüzlük, baş dönmesi, mental durum değişiklikleri, vb) hareketle ilgili (tonik-klonik kasılma, rijidite, vb) belirtileri taramakta ve belirtiler var-yok olarak değerlendirilmektedir.

3.2.5. Repertuar Grid Tekniği (RGT)

Kişisel Yapı Kuramı (KYK) birçok klinik bozukluk hakkındaki görüşlerimizi genişletmektedir ve bu araştırmalar, kuramın yapıtaş kavramından kaynağını alan Repertuar Grid Tekniği (RGT) ile gerçekleştirilmektedir. Kişilerin algıları, yorumları ve bilgileri arasındaki bağlantıları tespit etmeye yarayan RGT, ilk olarak psikiyatri hastalarının “kişisel yapılarını” elde etmek amacıyla Kelly tarafından geliştirilmiştir (50). Kişinin bireysel görüşlerini, anlayış, fikir ve yaklaşımlarını, dünyasını nasıl şekillendirdiğini ve beklentilerini araştırmak ve değerlendirmek için kullanılan bir tekniktir (50,57,58). RGT ile bireyin kendilik ve çevre algısı, düşünce yapısı incelenebilmekte ve deneyimler arasındaki matematiksel ilişki ölçülebilmektedir. Bununla birlikte RGT tanısal bir araç olarak kullanılamaz ancak bireyin kişisel yapılanmasında yer alan kendilik ve nesne ilişkilerine dair önemli bilgileri ortaya koyma açısından yararlıdır (59). Grid tekniği bir sınıflandırma testidir. Ancak geleneksel sınıflandırma testlerinde olduğu gibi standart test materyali ve kategorileri gerekli değildir. Burada ölçülmeye çalışılan, sınıflandırma kategorilerinin (yapıtaşlarının) doğruluğu ya da yanlışlığı değil sadece kategoriler arası ilişkidir. Bu sınıflandırma yöntemi ile kişinin algısal yapısı ve yapılanma sistemi gibi farklı yönleri değerlendirilebilir. Bu da insanların belli sorunlara yüklediği anlamı ve tercih ettikleri çözüm yollarının daha iyi anlaşılmasını sağlar (50,59,60).

RGT bireye odaklanır ve bireyin kendi evrenini göz önünde tutar (10). Kişilerin çevresindeki elemanlar ve bunları niteleyen yapıtaşları (izlenimler) gridin iki ögesini oluşturmaktadır.

Elemanlar yapıtaşları yönünden sınıflandırılan, kişinin yaşamında önemli yeri olan herhangi bir obje, olay ya da kişi/kişilerdir (51,58,61). Bireyin çevresindeki kişiler (kendisi dahil), nesnelere, fotoğraflar, duygu belirten sözcükler veya araştırılacak alana ilişkin özellikler eleman olabilir. Yapıtaşları ise bu kişileri ya da nesnelere (elemanları) tanımlamak için kullanılan sıfatlar veya özellikler (ör: nazik ya da sinirli gibi) ve bireyin algısını oluşturan “iyi-kötü” gibi iki uçlu izlenimlerdir. Elemanların nasıl algılandığını ve kişinin elemanlar arasında nasıl ayırım yaptığını anlamak için bir temel oluşturur (51,58). Bunlar grid uygulamasında sıfat gibi yer alır. Yapıtaşlarının elemanları ikiye bölme (beyaz-siyah gibi) veya elemanları derecelendirme (en beyazı-en siyahı) şeklinde iki tipi vardır. Elemanlar gridin yatay eksenini, yapıtaşları dikey eksenini oluşturur. Yapıtaşları ve elemanlar bireyin kendisinden elde edilebileceği gibi, bireyin yaşamında

önemli rol oynayan kişiler olgudan öğrenilerek elemanlar elde edilebilir (50). Yapıtaşlarını kişiden elde etmek için ele alınan elemanların karta yazılmış isimleri üçlü kombinasyonlar halinde sıra ile kişinin önüne konular ve “burada iki kişinin benzer ve dolayısıyla üçüncüsünden farklı olan özelliği nedir?” diye sorulur. Örneğin: anne-baba-kardeş üçlüsü verildiğinde “annem ve babam iyilik yönünden birbirlerine benzerler; kardeşim kötüdür” yanıtı “iyi-kötü” yapıtaşını ortaya çıkarır (63,64). Her bir triaddan iki kutuplu yapıtaşları elde edilebilir. Bu şekilde istenilen kadar yapıtaşı farklı üçlüler kullanılarak çıkarılabilir.

3.2.5.1. Grid uygulaması

Araştırmanın planlama aşamasından sonra kullanılacak elemanların ve yapıtaşlarının belirlenmesi için, daha önce herhangi bir nedenle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan 12-18 yaşlarındaki 15 ergenle çalışılmıştır. Bu ergenlere yaşamlarında önemli yeri ve etkisi olan (kendisi de dahil) 10 bireyin isimleri sorulmuş, daha sonra bu isimler üçlü olarak sunulmuştur. 3 kişiden ikisinin benzer ve diğerinin ondan farklı özelliklerini belirlemesi, sonra bu özelliklerin zıddını belirlemesi istenmiştir. Bu şekilde toplam 11 eleman ve bu elemanların nitelikleri olarak 88 yapıtaşı elde edilmiştir. Ön çalışmadan elde ettiğimiz eleman ve yapı taşları daha önce Cİ mağdurlarında yapılmış RGT örneklerindeki (62,64) eleman ve yapıtaşları göz önüne alınarak değerlendirilmiş, araştırma bunlardan 10 eleman ve 16 yapıtaşı seçilerek yürütülmüştür. Bu çalışmada kullanılan elemanlar BEN, OLMAK İSTEDİĞİM BEN (İdeal ben), ANNE, BABA, KARDEŞ, EN YAKIN KIZ ARKADAŞ, EN YAKIN ERKEK ARKADAŞ, ANLAŞAMADIĞI KİŞİ, SEVGİLİ/HOŞLANILAN KİŞİ ve ÖNEMLİ YETİŞKİN'dir. Eğer kişi anne-babasını tanımiyorsa veya kardeşe sahip değilse kişiden onun yerini tutan bir kişiyi düşünmesi ve söylemesi istenmiştir. İdeal Ben ‘olmak istediğim ben’ veya ‘gelecekte olmayı hayal ettiğim ben’ ile tanımlanmıştır.

Yapıtaşları olarak da ANLAYIŞLI, EĞLENCİLİ, İLGİLİ/DEĞERVEREN, GİRİŞKEN/SOSYAL, SİNİRLİ, ALINGAN, ÇALIŞKAN, MUTLU, GÜZEL/YAKIŞIKLI, GÜVENİLİR, SEVİLEN, GÜÇLÜ, CESUR, SAĞLIKLI, SAMİMİ, BAŞARILI ve bu niteliklerin karşıt uçları alınmıştır.

10 elemanın isimlerinin yazılı olduğu 10X10 cm boyutunda kartonlar deneğin önüne konup her bir nitelik için bu elemanları sıraya koyması istenmiştir. Bunun için Kelly (50), Slater (10) ve Büyükberker (65)'in ayrıntılarıyla tanımladığı yol izlenmiştir.

Her bir nitelik (yapıtışı) için bu elemanları diğer elemanlarla karşılaştırarak sıraya koyması istenmiştir. Kişilere ‘bu kişilerden en anlayışlı olanı kimdir?’ diye sorulmuş ve belirtilen eleman gridde o yapıtaşını gösteren sütunda o elemanın hanesine [1] olarak yazılmıştır. Seçilen eleman çıkarılarak geri kalan 9 eleman için aynı işlem yinelenmiştir. Bu şekilde ANLAYIŞLI yapıtaşına göre elemanlar sıralanmıştır. Daha sonra geri kalan 15 yapıtaşında da elemanlar aynı şekilde sıralanmış ve 10 X 16’lık grid elde edilmiştir. Bir grid yaklaşık 20-25 dakikada tamamlanmıştır.

3.2.5.2. Grid ölçüleri

Araştırmalarda grid tekniğinden elde edilen bazı ölçüler temel alınır. Araştırmamızda bunlardan sadece uzaklık ve bilişsel yalınlık-karmaşıklık ölçüleri kullanılmıştır.

A) Uzaklık: Bireyin biliş alanında iki eleman arasında ele alınan yapıtaşları temelinde yakın ve benzer bir tanımlamanın olup olmadığını belirtir. Elemanlar arasındaki benzerlik ve farklılıklar şeklinde de ifade edilebilir. Elemanların yakın olması benzerliği, özdeşimi gösterir (61,63). Bir başka deyişle bir elemanın BEN’e yakınlığı, kendilik (self) ve o elemanın ele alınan yapıtaşları temelinde bütünleşmesi ve özdeşim yapıldığı anlamına gelir; uzaklığı ise kendilikten farklılığını ve o elemana gereksinilmediğini belirtir (66). Ben ile ideal ben arasındaki uzaklığın fazla olması ise benlik saygısında azalma olarak yorumlanmaktadır (67,68). Çalışmamızda iki eleman arasındaki uzaklığı saptamak amacıyla öklidyen mesafesi kullanılmıştır. Çalışmamızda ayrıca çevre ve aileye olan uzaklıklar oranlanmıştır. C/A (Çevre/ Aile) olarak ifade edilen bu oranda çevreyi oluşturan elemanlar yakın kız arkadaş, yakın erkek arkadaş ve sevgili/hoşlandığı kişi iken, aileyi oluşturan elemanlar anne, baba ve kardeştir. Bu oranın 1’den yüksek olması çevre elemanlarına göre aile bireylerine daha yakın olmayı, 1’den küçük olması ise aile bireylerine göre çevreye daha yakın olmayı gösterir.

B) Bilişsel Yalınlık-Karmaşıklık (Cognitive Simplicity-Complexity): Yapıtaşları arası ilişkilerden türetilmiştir (69). Elemanların her bir yapıtaşında benzer (veya tam tersi) bir sıralama göstermesi Bieri tarafından bilişsel yalınlık olarak tanımlanmaktadır. Böyle bireyler çevresindeki kişileri değişik niteliklerde tanımlasalar bile özde tek bir nitelik belirleyici olmaktadır. Çünkü gridde elemanların ele alınan yapıtaşları temelinde benzer şekilde sıralanmasıyla yapıtaşları arasındaki korelasyon en yüksek (=+1) (veya en düşük= -1) değerleri almaktadır. Bilişsel yalınlık elemanların tek yönlü olarak

algılanmasını, bilinç alanında daralmayı ve “kendilik-diğer bireyler” sınırlarında ayrımlaştırıcılığın yetersizliğini, ben ile diğerleri arasındaki benzerlikleri algılama kapasitesinin azalmasını yansıtır (69,70). Bu bireyler veriler yetersiz olsa bile farklılıkları değil kendi özelliklerini temel alarak çevresindeki bireyleri tanımlar, çevresindeki bireylerin algılanışında ince ayrımlaştırma yoktur. Bilişsel yalın bireyler karşıt değerli izlenimlerden çok tek değerli izlenimleri alır, koşullar karşısında değişime dirençlidirler fakat değişim olursa bu bütün sistemi etkiler (71) ve tehdit edici uyarılardan kaçınma eğilimi taşır (72). Bu tür sıkı (tight) yapılanmanın bazı hastalarda prognozu kötüleştirdiği, hastalığın yinelenmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (73).

Bilişsel karmaşıklık ise sosyal davranış ve olayları çok boyutlu-yönlü bir şekilde yorumlama kapasitesidir. Bilişsel olarak karmaşık bireyler çevrelerine çok yönlü olarak bakar, ayrımlaştırır; tutarsız, karşıt değerli (ambivalan) izlenimleri, iyi ve kötü şeyleri bütünleştirebilirler (71). Bu bireyler tutarsız uyarılara daha kolay uyum sağlar ve yapılanma sisteminde daha çabuk değişim oluşturur, bu anlamda bilişsel karmaşıklığın değişen durumlarda potansiyel bir önemi vardır (74). Bilişsel karmaşıklık elemanların sahip olduğu yapıtaşlarının (anlamaların) bağımsızlık derecesi olarak görülebilir. Ancak aşırı bilişsel karmaşıklık Bannister ve Fransella'nın terimiyle düşük yoğunluk (intensity) skoruna neden olur, bu şizofrenik düşünce bozukluğunda görülür (65,75). Yoğunluğun yüksek olması bilişsel yalınlığı, düşük olması karmaşıklığı gösterir. Kognitif karmaşıklık dar anlamıyla yoğunluk olarak kullanılabilir. Yoğunluk gridde ortalama korelasyonu ifade eder. Korelasyonun düşük olması (düşük yoğunluk) kognitif karmaşıklığın yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3. İstatistiksel Çözümleme

Verilerin analizlerinde SPSS for Windows 17.0 (Statistical Package for Social Sciences) ve OpenRepGrid (Package for the Analysis of Repertory Grids) paket programları kullanılmıştır (77,78). Tanımlayıcı istatistiklerde Fransella ve Bannister'in yoğunluk (intensity) kavramı temel alınmıştır (75,76). İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi, iki gruba ait ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için t-testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Veriler

Çalışmamıza katılan KB tanılı ergenler ile kontrol grubunu oluşturan ergenlerin yaş ve eğitim düzeyleri, ders başarıları, yaşadıkları yerlerin dağılımı, aile yapısı, ailenin gelir düzeyi, anne-babaların yaşları, eğitim düzeyleri ve çalışma-iş durumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Sosyodemografik veriler.

	Hasta (n=20)	Kontrol (n=20)
Yaş (yıl)	15.3±1.4	15,5±1,2
Eğitim durumu (yıl)	9±1.5	9.4±1.3
Yaşadığı yer		
İl	13 (%65)	16 (%80)
İlçe	7 (%35)	4 (%20)
Ders başarısı		
İyi	3 (%15)	4 (%20)
Orta	15 (%75)	12 (%60)
Kötü	2 (%10)	4 (%20)
Anne		
Yaş (yıl)	41.1±7.3	39.4±4.6
Eğitim düzeyi (yıl)	7.3±3.8	9±3.8
Anne meslek		
Çalışmıyor	11(%55)	11(%55)
Çalışıyor	9 (%45)	9(%45)
Baba		
Yaş (yıl)	46.2±6.8	44.9±3.9
Eğitim düzeyi (yıl)	8.8±3.6	9.9±3.8
Baba meslek		
Çalışmıyor	1 (%5)	1 (%5)
Serbest	4 (%20)	7 (%35)
İşçi	10 (%50)	7 (%35)
Memur	5 (%25)	5 (%25)
Aile yapısı		
Çekirdek	19 (%95)	15 (%75)
Geniş		2 (%10)
Boşanmış	1 (%5)	3 (%15)
Gelir düzeyi		
İyi	5 (%25)	6 (%30)
Orta	11 (%55)	10 (%50)
Kötü	4 (%20)	4 (%20)

4.2. Konversiyon Bozukluğuna Ait özellikler ve Geçmişteki Travma Öyküleri

Çizelge 4.2’de demografik veri formu ile sorgulanan KB’ye ait özellikler sunulmuştur. Çalışmamıza katılan KB tanılı ergenlerin hiçbiri doğrudan çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurmamıştır. Bu ergenlerin %70 (n:14) gibi büyük çoğunluğu acil servisten, geri kalan %30’luk (n:6) kısmı ise başta pediatrik nöroloji ve kardiyoloji olmak üzere pediatri polikliniklerinden istenen konsültasyonlar ile çocuk psikiyatrisi polikliniğinde değerlendirilmiştir. Bu bölümlere hastaların başvurularında ilk sırayı bayılma (n:16, %80) alırken bunu uyuşma-kasılma (n:5, %25) ve güçsüzlük (n:4, %20) izlemektedir. Hastaların yarıdan fazlası (%55) ayda 4 defadan fazla konversiyon nöbeti geçirdiklerini tanımlamışlardır. Olguların büyük kısmında yakınmaların sıklığına rağmen çocuk psikiyatrisine ulaşmalarına kadar geçen ortalama süre 6.8 ± 6.2 aydır. En sık saptanan konversiyon tipi %55 (n:11) oranla kombine tip olmuş, ikinci sırayı %35 (n:7) oranla psödonöbet izlemiştir. Hastaların sadece %10’u (n:2) duyuşsal tip belirti tariflemiştir. Güzel aldırılmazlık hastaların çok az bir kısmında (%20) gözlenmiştir. Konversiyon belirtilerine %80 oranında ek bir somatik yakınmanın eşlik ettiği ve baş ağrısının en sık bildirilen somatik yakınma olduğu belirlenmiştir. KB tanılı ergenlerin üçte birinin anne ya da babasına hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı konmuştur. %15’inin de özellikle annelerinde konversiyon bozukluğu öyküsü vardır.

KB’li ergenlerin üçte ikisi (%75) hem çevresel, hem de ailesel stresörlerin varlığından bahsetmişlerdir. Hastalar tarafından ailesel stresörler olarak anne-baba arasında geçimsizlik, tartışma, kardeş geçimsizliği, ebeveynlerin katı- cezalandırıcı tutum ve davranışları, özellikle ders başarısı konusunda yüksek beklenti düzeyleri; çevresel stresörler olarak ise ders başarısında düşüklük, akranlarla geçimsizlik, dışlanma, düşük sosyoekonomik düzey tanımlanmıştır.

Çalışmaya katılan bütün ergenler geçmişteki travmatik deneyimleri açısından sorgulanmıştır. Kontrol grubunda hiçbir olgu travmatik yaşantı tanımlamazken, KB’li ergenlerin üçte birinden fazlası (%35) geçmişte en az bir travmatik yaşantılarının olduğunu bildirmişlerdir. Bu ergenlerin de en sık tanımladıkları travmatik deneyim cinsel istismardır (n:4, %20). Geçmişte cinsel istismara uğradığını belirten ergenlerin tümünde ya psödonöbet ya da kombine tip KB geliştiği görülmüştür. Çalışmaya katılan KB’li ergenlerin yarıdan fazlası (%55) en az bir kez özkıyım girişiminde

bulduklarını, üçte birinden fazlası da (%35) en az bir kez madde kullandıklarını tanımlamışlardır. Kontrol grubunda ise özkıym girişimi veya madde kullanımı saptanmamıştır.

Çizelge 4.2. Konversiyon bozukluğuna ait hasta verileri.

Hasta Grup		n (%)
Başvuru yeri		
Acil servis		14 (%70)
Pediatri poliklinikleri		6 (%30)
Başvuru yakınması		
Bayılma		16 (%80)
Uyuşma – kasılma		5 (%25)
Güçsüzlük		4 (%20)
Semptom sıklığı*	1	4 (20)
	2	2 (10)
	3	3 (15)
	4+	11 (55)
Çocuk psikiyatrisine başvurana kadar geçen ortalama süre *		6.8±6.2
Stresör faktörler		
Ailesel		2 (10)
Çevresel		3 (15)
Aile ve çevre		15 (75)
Belirti tipi		
Duyu		2 (10)
Psödonöbet		7 (35)
Kombine		11 (55)
Travmatik yaşantı		
Cinsel		4 (20)
Cinsel+ fiziksel		1 (5)
Fiziksel		1 (5)
Fiziksel + duygusal		1 (5)
Güzel aldırılmazlık		4 (%20)
Ek somatik yakınma		16 (80)
Suicid girişimi		11 (55)
Madde kullanımı		7 (35)
Komorbid fiziksel hastalık		1 (5)
Ailede psikiyatrik bozukluk		7 (35)
Ailede konversiyon bozukluğu		3 (15)

*ayda meydana gelen konversiyon atak sıklığı

4.3. Konversiyon Belirtilerinin Dağılımı

Çizelge 4.2’de görüldüğü üzere konversiyon belirtilerinin tarandığı belirti listesi incelendiğinde hastalarda en sık görülen belirtiler disosiyatif ve bilinç alanına ilişkin belirtilerdir (n:17, %85). Bunu %75 (n:15) oranla hareketle ilgili belirtiler, %60 (n:12) oranla duyu belirtileri; %25 oranla da (n:5) motor belirtiler izlemiştir. Hiçbir hastada motor belirtiler tek başına görülmemiştir. Hareketle ilgili belirti gösteren hastaların tamamında aynı zamanda disosiyatif ve bilinç alanına ilişkin belirtiler eşlik etmiştir. Sadece 1 hasta tek başına duyu belirtileri tanımlamıştır. 5 hastada (%25) hem duyu, hem motor hem de disosiyatif belirtiler bir arada görülürken, 6 hastada (%30) hem duyu hem disosiyatif belirtiler, 7 hastada da (%35) sadece disosiyatif belirtiler gözlenmiştir. 1 hasta ise nefes darlığı dışında hiçbir belirti tariflememiştir. Çizelge 4.3’de görüldüğü üzere tremor, baş dönmesi, güçsüzlük, akral parestezi, tonus kaybı, verbal yanıtızlık, çarpıntı, görme keskinliğinde azalma en sık görülen belirtiler olmuştur. Bunları hipoestezi ve parestezi başta olmak üzere duyu belirtileri izlemiştir. Daha az bir oranda paraparezi ve kuadriparezi başta olmak üzere motor belirtiler bildirilmiştir. Hastaların yarısından fazlasında (%55) yukarıda bahsedilen tüm bu belirtilerin varlığı saptanmıştır.

Çizelge 4.3. Konversiyon bozukluğuna ait belirti listesi bulguları.

	Hasta n (%)
Motor belirtiler	
Paraparezi	5 (25)
Quadriparezi Quadripleji	4 (20)
Hemiparezi	2 (10)
Hemipleji	1 (5)
Parapleji	1 (5)
Yutma güçlüğü	0
Afoni	0
Hareketle ilgili belirtiler	
Tonus kaybı	15 (75)
Üst ekstremitede kasılma	3 (15)
Alt ekstremitede kasılma	3 (15)
Pelvik kasılma	2 (10)
Rijidite	1 (5)
İnkontinans	1 (5)
Yaralanma	0
Duyu belirtiler	
Parestezi	12 (60)
Hipoestezi	12 (60)
Anestezi	2 (10)
Hipoaljezi	1 (5)
Hiperestezi	0
Analjezi	0
Atipik ağrı	0
Disosiyatif / Bilinç alanına ilişkin belirtiler	
Tremor	16 (80)
Güçsüzlük	15 (75)
Baş dönmesi	15 (75)
Akral parastezi	15 (75)
Verbal yanıtızlık	14 (70)
Çarpıntı	12 (60)
Görme keskinliği	12 (60)
Mental durum değişiklikleri	3 (15)
Çift görme	1 (5)
Sfinkter disfonksiyonu	1 (5)
Mutizm	0
Astazi-abazia	0
Koreiform hareketler	0
Myoklonus	0
Tik	0
Anosmi	0
Tübüler görme	0
Sağırlık	0
Vokal değişiklikleri	0

4.4. Ergenlerde Benlik Saygısı ve Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden (RBSÖ) elde edilen puanlar incelendiğinde KB tanılı ergenlerin ölçekten aldığı puanlar ($12,70 \pm 5,59$) kontrol grubundan ($20,70 \pm 4,87$) anlamlı olarak daha düşüktür ve ($t=4,83$, $df=38$ $p<0,001$). Bir başka deyişle KB'li ergenlerin benlik saygıları kontrol grubundan daha düşüktür.

Çalışmaya katılan tüm ergenler yarı yapılandırılmış görüşme (KSADS-PL) ile psikopatoloji açısından taranmıştır. Buna göre KB'li ergenlerin %85'inde (n:17) eşlik eden en az bir ek ruhsal bozukluk bulunmaktadır. Kontrol grubunu oluşturan ergenlerin ise üçte birinden fazlasında (%35) en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Buna göre KB'li ergenlerde KB'li olmayan yaşlıtlarına göre anlamlı düzeyde daha fazla psikopatoloji bulunmaktadır ($p< 0,01$, ki kare: 10.41). Ayrıca KB'li ergenlerin 8 tanesinde (%40) eşlik eden birden fazla psikopatoloji olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise hiçbir ergende birden fazla psikopatoloji aynı anda bulunmamıştır. KB 'li ergenlerde en sık eşlik eden ruhsal bozukluklar duygudurum bozuklukları (%75), Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) (%20), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (%15) ve sosyal fobidir (%10). Kontrol grubunu oluşturan ergenlerde ise saptanan ruhsal bozuklukların dağılımlarının farklılık sergilemektedir. Ergenlerdeki psikiyatrik bozuklukların dağılımını Çizelge 4.4'de sunulmuştur.

Çizelge 4.4. Konversiyon bozukluğuna eşlik eden psikopatolojiler.

	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Tanı alan *	17 (85)	7 (35)
Depresif bozukluk	15 (75)	2(10)
Anksiyete bozukluğu	1 (5)	0
Sosyal fobi	2 (10)	2 (10)
DEHB	1 (5)	1 (5)
KOKGB	4 (20)	1 (5)
TSSB	3 (15)	0

*K-SADS ile en az bir psikiyatrik tanı alan kişi sayısı

4.5. Grid Testindeki Eleman ve Yapıtaşlarına Ait Bulgular

4.5.1. Grid elemanları arasındaki uzaklıklar

Çizelge 4.5’de görüldüğü üzere bilişsel yalınlık-karmaşıklık hakkında bilgi veren yoğunluk değerlerine bakıldığında hem KB’li, hem de kontrol grubunu oluşturan ergenlerden elde edilen yoğunluk değerleri benzerdir. Bireyin biliş alanında elemanların, ele alınan yapıtaşları temelinde nasıl tanımlandığının anlaşılmasında yardımcı olan uzaklıklar açısından bakıldığında ise KB’li ergenlerle kontrol grubu ergenlerinin kardeşleri dışındaki bütün diğer önemli kişileri (elemanları) benzer şekilde tanımladıkları görülmüştür. Buna göre KB’li ergenler kardeşlerini kontrol grubu yaşlılarından farklı olarak kendilerinden daha farklı hissetmektedirler.

RGT ile elde edilen ‘Ben’ ve diğer elemanlar arasındaki uzaklıklar grup içlerinde sıralandıklarında ise gruplarda sıralamanın farklılıklar sergilediği görülmüştür. Korelasyon analizi ile incelendiğinde her iki grubun sıralamaları birbiri ile bağıntılı ve paralel bulunmamıştır ($\rho:0.43$, $p >0.05$). Buna göre hastalar kendilerini en fazla ideal benlerine, anne ve babalarına yakın görmektedirler. Kontrol grubundaki ergenler ise kendilerine kardeş, kız ve erkek arkadaşlarını en yakın olarak algılamakta, KB’li ergenlerden farklı olarak anne ve babalarını kendilerinden uzakta konumlandırmaktadırlar.

Çizelge 4.5. Gridde yoğunluk ve uzaklıklar.

	Hasta	Kontrol	p
Yoğunluk	0.2±0	0.2 ± 0.1	0.814
Ben - İdeal ben	16.3 ± 5.6	15.3 ± 5.4	0,573
Ben - Anne	16.9 ± 3.3	16.9 ± 2.7	0,952
Ben - Baba	17 ± 4.1	16.6 ± 2.7	0,693
Ben - Kardeş	17.5 ± 3.4	14.3 ± 2.9	0,003
Ben - En yakın kız arkadaş	16.9 ± 4.1	15 ± 2.5	0,084
Ben - En yakın erkek arkadaş	17 ± 3.5	15.8 ± 2.6	0,233
Ben – Anlaşamadığı kişi	18.1 ± 2.9	19 ± 3.8	0,429
Ben - Sevgili / Hoşlandığı kişi	18.1 ± 4	17.7 ± 3.2	0,744
Ben - Önemli yetişkin	17.4 ± 3.8	15.5 ± 2.8	0,08

Gelecekte olmak istedikleri kişi olarak da tanımlanabilecek olan “ideal ben”in diğer elemanlara olan uzaklıkları ise Çizelge 4.6’da sunulmuştur. Buna göre KB’li ergenler kontrol grubundaki yaşlılarına göre yakın erkek arkadaşlarını, sevgililerini ve hayatlarındaki önemli yetişkinleri, KB’li olmayan yaşlılarına göre daha yakın algılamaktadırlar. Bir başka deyişle KB’li ergenler kontrol yaşlılarından farklı bir şekilde bu elemanlar ile gelecekteki olmak istedikleri kişiye benzer ve bütünleşmiş olarak tanımlamaktadırlar.

Çizelge 4.6. İdeal Ben’in diğer elemanlara olan uzaklıkları.

	Hasta	Kontrol	p
İdeal ben - Anne	16.3 ± 2.6	17.9 ± 3.6	0,116
İdeal ben - Baba	17.7 ± 2.4	18.3 ± 3.6	0,55
İdeal ben - Kardeş	15.6 ± 2.8	17.3 ± 3.4	0,106
İdeal ben - En yakın kız arkadaş	15.2 ± 2.4	15.5 ± 3.4	0,694
İdeal ben - En yakın erkek arkadaş	15.1 ± 1.8	18 ± 3.5	0,003
İdeal ben - Anlaşamadığı kişi	20.5 ± 3.9	23 ± 5.2	0,091
İdeal ben - Sevgili/ hoşlandığı kişi	15.9 ± 2.9	18.6 ± 2.9	0,007
İdeal ben - Önemli yetişkin	14.1 ± 2.8	16.3 ± 2.9	0,022

4.6. RGT İle Elde Edilen Bulgular Arasındaki İlişkiler

Çizelge 4.7’de çalışma bulguları arasındaki ilişkiler sunulmaktadır, buna göre: Her iki grupta da ben-anne uzaklığı ile C/A oranı arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Çevre/Aile oranının yüksekliğinin çevreden uzak, aileye yakınlık ve aile odaklı olmaya işaret ettiği ve bu oranının düşüklüğünün ise aileden uzak, çevreye yakın olmayı gösterdiği düşünüldüğünde bu bulgu: gruplardan bağımsız olarak tüm ergenlerin kendilerini annelerinden farklı olarak algıladıkça ailelerinden uzaklaşıp çevrelerine yakınlaştıklarını göstermektedir. Ayrıca kontrol grubunda, KB’lilerden farklı olarak yaşla “ben-anne” mesafesi arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür yani kontrol ergenler büyüdükçe kendileri ile annelerini daha benzer olarak algılamaktadırlar. Her iki grupta da ergenler genel olarak kendilerini yakın arkadaşlarına benzer olarak algıladıkça (ben-kız/erkek yakın arkadaş uzaklığının az olması) ailelerinden uzaklaşmaktadırlar (C/A oranının yüksekliği).

KB'li kızlarda benlik saygısı olarak da ele alınan 'ben-ideal ben' mesafesi ile 'ben-anne' uzaklığı arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Bir başka deyişle bu ergenler kendilerini annelerinden farklı olarak tanımladıkça benlik saygıları da azalmaktadır.

Bilişsel yalınlık-karmaşıklıkla göstergesi olarak ele alınan yoğunluğun diğer verilerle ilişkisine bakıldığında KB'li ergenlerde hiçbir anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise ergenler kendilerini gelecekte olmak istedikleri kişi ile ne kadar farklı olarak algıarlarsa (ben-ideal ben mesafesinin uzunluğu) bir başka deyişle benlik saygıları ne kadar düşük olursa yoğunluğun azaldığı görülmüştür. Bu bulgu yüksek benlik saygısının bilişsel karmaşıklıkta azalmayla ilişkili olabileceğini şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca KB'li ergenlerden farklı olarak kontrol ergenlerin ailelerinden uzaklaşıp çevrelerindeki diğer insanlarla yakınlaştıkça (C/A yüksekliği) bilişsel karmaşıklıkları da azaldığı görülmüştür. Yine kontrol grubu ergenler kendilerini babalarına yakın ve onlarla benzer olarak algıladıkça yoğunluk artmakta ve bilişsel olarak yalınlaşmaktadırlar. Bir başka deyişle sağlıklı ergenler özellikle babalarından uzaklaştıklarında bilişsel olarak daha karmaşık hale gelmektedirler.

Çizelge 4.7. Gridden elde edilen bulgular arasındaki ilişkiye ait veriler.

		Hasta												
Kontrol		B-İB	B-A	B-B	B-K	B-YKA	B-YEA	B-AK	B-S	B-ÖY	C/A	Y	Yaş	Eğitim
B-İB	r		0.539	-0.115	0.437	0.280	0.162	-0.097	-0.032	0.276	-0.220	-0.377	0.374	0.163
	p		0.014	0.629	0.054	0.232	0.495	0.683	0.894	0.240	0.621	0.101	0.104	0.493
B-A	r	0.011		0.290	-0.029	-0.007	-0.057	-0.017	0.106	0.216	-0.459	-0.220	0.403	0.316
	p	0.962		0.215	0.904	0.976	0.812	0.943	0.656	0.360	0.042	0.351	0.078	0.175
B-B	r	0.226	0.542		0.165	0.086	0.278	-0.242	0.657	0.480	-0.212	-0.068	-0.137	-0.108
	p	0.339	0.014		0.487	0.717	0.236	0.305	0.002	0.032	0.370	0.777	0.566	0.652
B-K	r	-0.267	0.354	0.234		0.150	0.213	-0.104	0.205	0.349	-0.225	0.330	-0.200	-0.236
	p	0.256	0.126	0.321		0.529	0.368	0.662	0.386	0.132	0.340	0.156	0.398	0.316
B-YKA	r	0.248	0.238	0.351	-0.057		0.528	-0.336	0.192	0.549	0.681	-0.326	-0.368	-0.504
	p	0.291	0.313	0.129	0.812		0.017	0.148	0.418	0.012	0.001	0.160	0.110	0.023
B-YEA	r	0.155	0.028	0.391	0.268	0.361		-0.355	0.269	0.546	0.561	-0.289	-0.318	-0.523
	p	0.514	0.908	0.089	0.254	0.118		0.124	0.251	0.013	0.010	0.216	0.172	0.018
B-AK	r	-0.438	-0.351	-0.237	0.218	-0.168	0.168		-0.415	-0.267	-0.314	0.178	-0.054	0.091
	p	0.054	0.129	0.315	0.356	0.479	0.480		0.069	0.255	0.177	0.453	0.821	0.702
B-S	r	-0.123	-0.004	0.041	0.449	-0.062	0.439	0.446		0.543	0.197	0.001	-0.112	-0.139
	p	0.604	0.987	0.863	0.047	0.795	0.053	0.049		0.013	0.406	0.997	0.639	0.560
B-ÖY	r	0.120	0.278	0.728	0.385	0.343	0.496	0.210	0.488		0.263	-0.097	-0.126	-0.255
	p	0.616	0.234	0.000	0.094	0.139	0.026	0.374	0.029		0.263	0.683	0.597	0.278
C/A	r	0.134	-0.596	-0.382	-0.346	0.298	0.464	0.321	0.408	-0.026		-0.298	-0.346	0.075
	p	0.573	0.006	0.097	0.135	0.201	0.039	0.168	0.074	0.912		0.202	0.136	0.754
Y	r	-0.564	-0.383	-0.579	-0.152	-0.221	0.081	0.332	0.144	-0.377	0.477		-0.328	-0.155
	p	0.016	0.105	0.009	0.533	0.363	0.742	0.165	0.558	0.112	0.039		0.159	0.515
Yaş	r	-0.046	-0.453	-0.080	-0.155	0.075	0.026	0.124	-0.129	-0.051	0.224	-0.040		0.903
	p	0.846	0.045	0.737	0.514	0.752	0.913	0.603	0.587	0.830	0.342	0.872		0.000
Eğitim	r	-0.187	-0.317	-0.109	-0.131	-0.087	0.013	0.095	-0.050	-0.125	0.148	0.009	0.907	
	p	0.430	0.173	0.647	0.581	0.715	0.958	0.960	0.834	0.599	0.533	0.970	0.000	

B-İB: Ben-ideal ben
B-A: Ben-anne

B-YKA: Ben – yakın kız arkadaş
B-B: Ben-baba

B-A: Ben- anlamadığı kişi,
C/A: ÇEVRE/AİLE

B-ÖY: Ben-önemli yetişkin
B-K: Ben- kardeş

B-S: Ben-sevgili
Y: Yoğunluk

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada genel olarak Konversiyon Bozukluğu olan ergenlerin yaşitlarına göre kendilerini ve çevrelerindeki önemli diğer kişileri algılamalarında farklılıklar sergiledikleri saptanmıştır. Ayrıca bu ergenlerin benlik saygılarının daha kötü olduğu ve başta duygudurum bozuklukları olmak üzere başka ruhsal bozuklukların sık olarak KB'ye eşlik ettiği görülmüştür.

Bu çalışmadan elde edilen önemli bulgulardan ilki KB'li ergen kızlarla yaşitları kızların kendilerini ve çevrelerindeki diğer önemli kişileri algılama biçimlerinin önemli farklılıklar sergilemesidir. Buna göre KB'li kızlar kendilerini en çok ideal benlerine ve ebeveynlerine yakın tanımlarken; akranlarını, kardeşlerini ve diğer önem verdikleri yetişkinleri daha uzakta algılamaktadırlar. Kontrol grubunda ise bu durumun tamamen ters olduğu; ebeveynler en uzakta algılanan bireylerken arkadaşlar (kız, erkek) ve kardeşin en yakın algılanan bireyler oldukları görülmüştür ($\rho:0.43, p>0.05$). Saptanan bu farklılık ergenlik sürecindeki anne- babadan ayrışma bireyselleşme ve özerklik yolundaki adımların KB tanılı ergenlerde yaşitlarına göre kesintiye uğradığı şeklinde yorumlanabilir.

Ergenlik, bilişsel alanda bireyin kendi kararlarını alabilme potansiyelinin arttığı, kendilik ve kimlik gelişiminin hızlandığı, duygu ve davranışların daha çok ergenin kendisi tarafından düzenlenmeye başladığı bir dönemdir. Normal ve sağlıklı bir ergenlikte ikinci ayrışma-bireyselleşme süreci ve özerklik gelişimi tamamlanır. Ergenlerin “bireyselleşme”lerinin ilk işaretlerinden biri anne-babalarını idealize etmekten vazgeçmeleridir. Ana-baba kontrolünden ve içselleştirilmiş ana-baba imgesinden bağımsızlaşmayı sağlayan bireyselleşme süreci ergen tarafından ebeveynin daha gerçekçi bir biçimde değerlendirilmesini; kişisel, sosyal ve cinsel kimliğin sağlıklı bir şekilde oluşmasını sağlar. Ergenlik döneminde davranışsal, bilişsel ve duygusal özerkliğin gelişimi olumlu ruh sağlığına ve benlik algısına sahip, öz saygı düzeyi yüksek, kendi kendini güdüleyebilen ve kendi davranışlarını düzenleyebilen bir yetişkin olmanın yolunu açar. Bireyselleşme süreci ana-babadan ayrılma-vazgeçme ve aile dışında ana-babanın başka karşılıklarını bulmayı içerir. Ana-babalarıyla ayrışmaya giren ergenler, kendilerine ebeveynlerinin yerine geçebilecek yeni sevgi ve destek kaynakları ararlar. Bu dönemde yalnızlık ve boşluğa düşebilirler. Bu yüzden yalnızlık ve boşluk

duygularını doldurabilecekleri yeni ilişki ve arkadaşlara gereksinim duyarlar. Bizim çalışmamızdaki kontrol grubunu oluşturan ergenlerin ebeveynlerini kendilerinden uzak ve arkadaşlarını kendilerine yakın olarak tanımladıklarına dair bulgumuz, bu ergenlerin ayrışma-bireyselleşme sürecini sağlıklı bir şekilde yaşadıklarını, aileden bağımsızlaşıp akranları ile daha çok özdeşim kurduklarını ve topluma daha kolay ayak uydurabildiklerini düşünmemize neden olmaktadır. KB grubunda ise bu sürecin sağlıklı bir şekilde yaşanmadığı, ebeveynlere bağımlılığın devam ettiği, özerkleşemedikleri, yeni idealize edebilecekleri objeler bulmakta zorlandıkları hatta kendilerini idealize etme yolunda da yaşıtlarına göre daha farklı bir yol izledikleri görülmüştür. Bu farklılığın ortaya çıkışında Konversiyon Bozukluğu önemli bir rol oynuyor olabilir. KB'de belirtilerin aile içi dengenin sağlanması, konuşulamayan sıkıntıların bedenselleştirilmesi gibi özel durumlara hizmet etmesi, ikincil kazançları beslemesi ve anne-babanın tüm dikkatinin ergenin üzerinde olması, adeta üzerlerine titreyip bağımsızlıklarını kısıtlamaları; zaman içinde hastalık kimliğinin oturmasına ve bu şekilde farklı bir paternin gelişimine neden olabilir.

KB'li ergenlerden farklı olarak kontrol ergenlerin ailelerinden uzaklaşıp çevrelerindeki diğer insanlarla yakınlaştıkça (C/A yüksekliği) bilişsel karmaşıklıklarının azaldığı görülmüştür. Normal ergenlerdeki ana-babadan uzaklaşıp arkadaş ilişkilerine yoğunlaşmaları onların KB'li yaşıtlarına göre olaylara çok yönlü bakabildikleri, değişim karşısında daha esnek oldukları şeklinde yorumlanabilir. Yine bu ergenlerin kendilerini babalarından ne kadar farklı ve uzak algıladıkları bilişsel olarak karmaşıklıklarının o denli arttığı saptanmıştır. Toplumumuzda ergenlerin kendilerini ebeveynlerinden özellikle otorite figürü babalarından farklı ve uzak hissetmeleri çevrelerine çok yönlü bakabildikleri, tutarsız ve karşıt değerli izlenimleri birleştirip bütünleştirebildikleri şeklinde yorumlanabilir. Normal ergenlerde saptadığımız bu bulgu ergenlik dönemindeki kimlik gelişimi ve bireyselleşme sürecinde ebeveynlerden bağımsızlaşma, özerklik gereksinimi ve yaşama hazırlanmaları aşamalarında ergenin aile ortamından çıkıp toplumun ilkelerine ayak uydurma ve dünyaya daha geniş bir bakış açısından bakabilme becerilerinin geliştiğini destekler niteliktedir. Ayrıca KB'lilerde aynı ilişki paterninin gözlenmemesi KB'nin sağlıklı ergenlik dönemini engellediği olarak yorumlanabilir.

Kontrol grubunda, KB'lilerden farklı olarak ergen kızlar büyüdükçe kendileri ile annelerini daha benzer olarak algılamaktadırlar. Bu bulgu ergenliğin sonuna yaklaştıkça

ergenlerin ebeveynleri ile çatışmalarının azaldığı ve onlarla daha fazla özdeşim kurdukları şeklinde yorumlanabilir.

Genel olarak KB'li olan ve olmayan tüm ergenlerin ele alınan yapıtaşları temelinde ileride olmak istedikleri kişi (ideal ben) de dahil olmak üzere yaşamlarındaki önemli bireyleri benzer şekilde tanımladıkları (elemanlar arasındaki uzaklıklar) görülmüştür. Bu konudaki tek istisna kardeşlerdir. Buna göre KB'li ergenler kontrol grubundaki ergenlere göre kardeşlerini kendilerinden daha farklı olarak algılamaktadırlar. KB tanılı ergenlerin bu şekilde kendilerini kardeşlerinden farklı ve uzak tanımlamaları bu ergenlerin ebeveynlerinin gözünde kendilerini 'hastalıklı', 'numara yapan, ilgi çekmeye çalışan' çocuk; kardeşlerini ise evin 'sağlıklı', 'sorun çıkarmayan' çocuğu şeklindeki algılarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu bulgular hep beraber ele alındığında Konversiyon Bozukluğunun kızlarda normal ergenlik sürecinin akışını olumsuz etkilediğine işaret etmektedirler. Ancak bu olumsuz etkilenmenin sadece KB'ye mi bağlı olduğunu, yoksa diğer bozuklukların da benzer şekilde ergenlik döneminde farklı patern gelişimine neden olup olmadığını bu çalışma ile belirlemek mümkün değildir. İleride yapılacak olan çalışmalarda diğer ruhsal ve fiziksel hastalıkları olan ergenlerin de çalışmaya dahil edilmesi bu bulgunun sadece KB'ye özel olup olmadığı konusunda bilgi verebilir.

Bu çalışmadan elde edilen diğer önemli bir bulgumuz da KB'li ergenlerde çok sık olarak başka ruhsal bozuklukların olduğudur. Hatta olguların yarıya yakınında (%40) birden fazla eşlik eden psikopatoloji olduğu bulunmuştur. En sık eşlik eden psikopatolojiler Major depresyon, KOKGB ve TSSB'dir. Bu bulgumuz literatür verileriyle uyumludur. Hem erişkin psikiyatri hem çocuk-ergen psikiyatrisi çalışmalarında KB'ye başta duygudurum bozuklukları olmak üzere başka ruhsal bozuklukların sıklıkla eşlik ettiği bilinmektedir (18,30,31,83). Ayrıca bu ergenlerin benlik saygılarının da yaşlılarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda KB'de cinsel ve fiziksel kötüye kullanım ve ailesel sorunlar gibi yaşam olayları oldukça sık saptanmıştır. KB öncesi kardeş geçimsizliği, okul sorunları, akademik başarı ile ilgili kaygılar, ailenin yüksek beklentileri, ölüm veya fiziksel hastalık korkuları, ayrılık kaygıları gibi psikolojik etkenlerin rol oynadığı görülmektedir. KB tanısı konan çocukların ailelerinde sıklıkla çatışmalar yahut iletişim güçlükleri bulunduğu bilinmektedir (85,90). Benlik saygısındaki bu düşüklük altta yatan bu gibi stresörlerin ifade edilip çözüme kavuşmaması, ergenin çevresi hatta ailesi

tarafından anlaşılması, numara yaptığının ve kazanç sağladığının düşünülmesi, dışlanmışlık ve yalnızlık hissi yaşaması, aynı zamanda bu stresörlerle baş etme gücünün sağlıklı akranlarından daha zayıf olması sonucu ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamıza katılan tüm ergenler travmatik yaşantı açısından sorgulanmıştır. KB'lilerde travmatik yaşantı sık tanımlanmış ve en sık cinsel istismar bildirilmiştir. Cinsel istismara maruz kaldığını iddia eden tüm hastaların psödonöbet veya kombine tip nöbet geliştirdiği görülmüştür. KB'de çocukluk çağı travma öyküsü en az diğer bozukluklar kadar araştırılmış bir konu olup, özellikle psödonöbet tipi KB olan hastalarda cinsel ve fiziksel travma öyküsünün sık görüldüğü bildirilmiştir (31,36,109). Yayınlarda bu oran %25 ile %70 arasında değişmekle birlikte, bu travmaların hastalık açısından etyolojik önemi olduğu hemen hepsinde kabul edilmektedir (31,36,93,96). Bizim çalışmamızda da benzer oranlar bulunmuştur. KB'li ergenlerde psödonöbet veya kombine tip belirti varsa başta cinsel istismar olmak üzere travmatik yaşantı mutlaka sorgulanmalıdır. Bu bulgu özellikle acil pediatri servislerinde çalışan hekimlerimiz açısından dikkat çekicidir.

Dikkat edici bir başka özellik de bu ergenlerin hiçbirisinin doğrudan psikiyatrye kendi talepleriyle başvurmamış olmasıdır. Üstelik yakınmaların başlamasıyla çocuk psikiyatrisine ulaşmaları arasında 6 ay gibi bir süre bulunmuştur. Bu süre hastaların organik etyoloji ayrımı için diğer polikliniklerde görüntüleme vb diğer tetkiklerin yapılması nedeniyle uzamaktadır. Hatta bazı hastalar yanlışlıkla epilepsi tanısı almakta bir süre antiepileptik tedavi ile izlenip, nöbetlerin devamı üzerine psikiyatrye yönlendirilmekte ve bu süre bazen yılları almaktadır. Sürenin uzaması hasta kimliğinin oturması ve başka ruhsal bozuklukların eklenmesiyle sonuçlanabilmekte ve bu durum da tedaviye yanıtın düşmesine ve olumsuz gidişe yol açmaktadır. Ayrıca çocuklukta tedavi edilmeyen KB'nin erişkinlikte somatizasyon, anksiyete bozukluğu ya da kişilik bozuklukları gelişimine yol açtığı öne sürülmektedir (86,109).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde KB'nin en sık rastlanan belirtileri sırasıyla bayılma, yürüyememe ve duyu kaybıdır (80,87,110). Bizim çalışmamızda da ergenlerde en sık görülen KB belirtisi bayılmadır. Ayrıca uyuşma-kasılma, güçsüzlük gibi belirtiler de sık görülmüştür. Bu nedenle başvuruların sık olduğu acil servis, nöroloji ve kardiyoloji bölümleri başta olmak üzere pediatri hekimleri KB hakkında bilgilendirilmelidir. Böylece hastaların çocuk psikiyatrisine yönlendirilmeleri ve sağaltımlarının kısa sürede başlaması sağlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada KB tanılı ergenler ile kontrol grubundaki ergenlerin aile bireyleri ve çevrelerindeki diğer önemli kişileri farklı olarak yapılandırdıkları saptanmıştır. Buna göre KB tanılı ergenler kendilerini en çok ideal benlerine, anne ve babalarına yakın tanımlarken KB olmayan yaşıtları ebeveynlerini kendilerinden uzak, kardeş ve arkadaşlarını kendilerine yakın olarak tanımlamışlardır. İki grup arasında bu farklılık normal ergenlik sürecinde aşılması beklenen anne- babadan ayrışma bireyselleşme, özerklik kazanımı ve kimlik gelişimi yolundaki adımların KB tanılı ergenlerde kontrol grubuna göre daha farklı bir patern izlediğine işaret etmektedir. Ayrıca KB'li ergenlerin neredeyse tamamına yakınında eşlik eden başka ruhsal sorunların bulunduğu, benlik saygılarının da yaşıtlarından daha düşük olduğu görülmüştür. KB'li ergenlerde Cİ başta olmak üzere travmatik yaşantı deneyimlerinin sık olması ve bu çocukların başlangıçta diğer pediatri bölümlerine başvurdıklarına dair olan bulgularımız bir arada ele alındığında çocuklarla çalışan diğer hekimlerin bu bozukluk hakkında bilgilendirilmelerinin önemine işaret etmektedir. Ayrıca KB'nin çocuk ve ergenlerde erişkin yaşa göre daha iyi seyirli olduğu bilinmektedir. Bu nedenle KB'nun organik patolojilerle ayırıcı tanısının kısa sürede yapılarak erken tanı konulması ve sağaltımın başlaması ancak diğer pediatri branşları ile multidisipliner bir çalışma ile sağlanabilir. Bu nedenle KB tanılı ergenlere yönelik psikiyatrik hizmetlerde bu bulguların dikkate alınması; sadece ergen değil, çok yönlü bir şekilde aile içi ilişkiler, sosyal çevre, arkadaş ilişkileri ile ilgili özelliklerin, eşlik eden psikopatolojilerin de üzerinde ayrı ayrı durulması ve öncesinde travmatik yaşantının bulunup bulunmadığının mutlaka sorgulanması gerekmektedir. Yine ergenlik döneminde aşılması gereken ebeveyn den ayrışma- bireyselleşme sürecinin ve özerklik gelişiminin KB tanılı ergenlerde sekteye uğradığını göz önünde bulundurmak ve sağaltımda bu konuları işlemek erişkin yaşta gelişebilecek kimlik patolojilerin ve eşlik eden diğer psikopatolojilerin önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Çalışmamızda KB tanılı ergenlerde kendileri ve çevrelerini algılama konusunda saptanan farklılıkların bu popülasyona mı ait olup olmadığının tanımlanabilmesi bu konuda ileride yapılacak geniş örneklemliler, diğer ruhsal sorunlara sahip olguların da dahil edilmesi ile saptanabilir.

Ayrıca KB'nin benlik saygısını olumsuz etkilediği görülmüştür. Çalışmaya katılan ergenler geçmiş travmatik yaşantı açısından değerlendirildiğinde KB tanılı ergenlerin kontrole göre özellikle cinsel istismar başta olmak üzere daha fazla travmatik yaşantı tanımladıkları görülmüştür. Yine çalışmamızda KB tanılı ergenlerin %85'inin en az bir psikiyatrik bozukluğunun olduğu saptanmıştır. Depresif Bozukluk, KOKGB ve TSSB en sık konulan tanılar olmuştur.

7. ÖZET

Konversiyon Bozukluğu Tanısı Alan Ergenlerde Kendilik ve Çevre Algısı: Repertuar Grid Tekniği İle Değerlendirme

Bu araştırmada Konversiyon Bozukluğu (KB) tanısı almış ergenlerin kendilerini ve çevrelerindeki önemli diğer bireyleri nasıl algıladıkları, algılama şekilleri ile bu ergenlerin benlik saygıları, KB'ye eşlik eden psikopatolojiler, yaşadıkları travmatik deneyimler arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya çalışma grubu olarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde Konversiyon Bozukluğu tanısı almış ve izlemde olan 12-18 yaş aralığındaki 20 kız ergen alınmıştır. Kontrol grubu olarak daha önce herhangi bir nedenle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 20 sağlıklı ergen alınmıştır.

Ergenlerin kendisini, ailesini ve çevresini algılayışlarını ve yapılanma sistemlerini değerlendirmek için Repertuar Grid Tekniği kullanılmıştır. Mevcut psikopatolojileri Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) ile değerlendirilmiştir. Benlik saygısı ölçümü için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanılmıştır. Konversiyon belirtileri Konversiyon Bozukluğuna Ait Belirti Tarama Listesi ile sorgulanmıştır.

RGT değerlendirmesinde KB tanılı ergenler ile kontrol grubundaki ergenlerin aile bireyleri ve çevrelerindeki diğer önemli kişileri birbirinden farklı olarak yapılandırmaları, KB tanılı ergenlerin kendilerini en çok ideal benlerine, anne ve babalarına yakın tanımlaması böyle bir bozukluğu olmayan yaşlılarının ise anne ve baba elemanlarını kendilerinden uzak, kardeş ve kız-erkek arkadaşlarını kendilerine yakın olarak tanımlaması dikkat çekmiştir. İki grup arasında böyle bir farkın olması ergenlik sürecindeki anne- babadan ayrışma bireyselleşme ve özerklik kazanımı süreçlerinin KB tanılı ergenlerde kontrol grubuna göre daha farklı bir paternde yaşandığını göstermektedir. Ayrıca KB'nin benlik saygısını olumsuz etkilediği görülmüştür. KB tanılı ergenlerin %85'inin en az bir psikiyatrik bozukluğunun olduğu saptanmıştır. Depresif Bozukluk, KOKGB ve TSSB en sık konulan tanılar olmuştur.

Özetle KB tanılı ergenlerin böyle bir bozukluğu olmayan yaşıtlarına göre daha yüksek psikopatolojiye, daha düşük benlik saygısına sahip oldukları ve ebeveynden ayrışma-bireyselleşme ve kimlik gelişimi süreçlerini sağlıklı olarak yaşayamadıkları, ebeveyn bağımlılıklarının devam ettiği, akranları ile özdeşim kurma ve hayatlarındaki önemli insanları hatta kendilerini idealize etme konularında sağlıklı yaşıtlarının gerisinde oldukları gözlenmiştir.

Bu sonuçlar, KB'li ergenlerin eşlik eden ruhsal sorunlarının, kendileri ve çevrelerini sağlıklı yaşıtlarına göre farklı algıladıklarının tanımlanması ve tedavi süreçlerinde tüm bunların dikkate alınmasının gelecekteki olumsuz sonuçları azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Ergen, konversiyon bozukluğu, repertuar grid tekniği, kimlik gelişimi, psikopatoloji ve benlik saygısı.

8. ABSTRACT

The Self and Social Perception of Adolescents in Conversion Disorder: Assessment with Repertory Grid Technique

The aim of this study was to determine the relation between the perception of self and other important individuals', the ways of this perception and the self-esteem, comorbid psychopathologies and the traumatic experiences in adolescents took the diagnosis of Conversion Disorder (CD).

A total of 20 adolescent girls aged 12-18 took the diagnosis of CD and have still being followed in outpatient clinic of Department of Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health in Akdeniz University Faculty of Medicine were included in the study as experimental group. The control group was 20 healthy adolescents that have never referred to child psychiatry outpatient clinic for any reason and paired with the experimental group in the terms of age, gender, educational status.

Repertory Grid Technique (RGT) was used to evaluate the self, families' and others' perception and construction systems of adolescents. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was used to determine psychopathologies. Self-esteem was measured with Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Conversion symptoms were investigated by Conversion Disorder Symptom Check List.

In RGT assessment, the difference in construction of family and other important individuals between adolescents with CD and adolescents in control group has drawn attention. Adolescents with CD defined themselves close to their ideal self, mother and father mostly. On the other hand their healthy peers defined their mother and father remote but siblings, girlfriends and boyfriends near to themselves. The difference between these two groups has shown that adolescents with conversion disorder experience the process of separation-individuation and promotion of autonomy in a different pattern from adolescents in control group. In addition it was found that CD has negative effects on self-esteem. 85% of adolescents with CD have at least one psychiatric comorbidity. Depressive Disorder (DD), Oppositional Defiant Disorder

(ODD) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) were the most common psychiatric comorbidities.

In conclusion, adolescents with CD have more psychopathology levels and lower self-esteem. They can't experience a healthy separation-individuation and identity development process and continue to be dependent to their parents and also they can't achieve identification with their peers and idealization of others even themselves. The results of this study have shown that defining of comorbid psychiatric symptoms and the different construction of self and others and being aware of these entities in treatment approaches in adolescents with CD will reduce the negative effects of this disorder.

Key words: Adolescent, conversion disorder, repertory grid technique, identity development, psychopathology and self-esteem.

9. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5),Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabından; çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği Ankara 2013.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000 (çeviri Köroğlu E). Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001.
3. Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: an overview. Psychosomatics 1985; 26: 371-83.
4. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ. Sex, age and the diagnosis of hysteria. Am J Psychiatry 1972; 129: 121-4.
5. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ. A study of Conversion semptoms in psychiatric out patients. Am J Psychiatry 1971; 128: 135-8.
6. Doğan O. Konversiyon bozukluğu. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. Baskı, Ankara HYB Basın Yayın 2007; 377-85.
7. Işık E. Nevrozlar. Ankara, Kent Matbaası 1996; 299-312.
8. Griffith JL, Polles A, Griffith ME. Pseudoseizures, families and unspeakable dilemmas. Psychosomatics 1998; 39: 144-53. Kelly GA (ed), 1955.
9. Akagi H, House A. The epidemiology of hysterical conversion. In: Halligan PW, Bass CM, Marshall JC(eds.) Contemporary approaches to the study of hysteria: Clinical and theoretical perspectives. Oxford, England: Oxford University Press 2001; 73-87.
10. Slater P. The Use of the Repertory Grid Technique in the Individual Case. British J Psychiatry 1965; 111: 965-75.
11. Guze SB, Perley MJ. Observations on the Natural History of Hysteria. Am J Psychiatry 1963; 119: 960-85.
12. Çelikel F, Saatçioğlu Ö. Konversiyon bozukluğunda aleksitiminin depresyon ve anksiyeteye etkisi. Klinik Psikiyatri 2002; 5: 229-34.
13. Deveci A, Özmen E, Demet MM. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluklu hastaların sosyodemografik ve kilinik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 28-33.
14. Kaygısız A, Alkın T. Konversiyon bozukluğunda 1. ve 2. eksen ruhsal bozukluk eştanlıları. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10(1): 33-9.
15. Çevik A. Konversiyon Bozukluğu. Psikiyatri Dünyası 1999; 1: 11-4.

16. Öztürk O. Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. AŞ 2008; 512-37.
17. Bilge S. Konversiyon bozukluğu ve epilepsi ayırıcı tanısında telkinle nöbet oluşturma ve iktal EEG testinin duyarlılığı ve özgüllüğü. Dokuz Eylül Üniversitesi. Tıpta uzmanlık tezi 1996.
18. Kaygısız A, Alkın T. Konversiyon bozukluğunda 1. ve 2. eksen ruhsal bozukluk eştanıları. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10(1): 33-9.
19. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T. Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry 2004; 161: 2271-6.
20. Allet JL, Allet RE. Somatoform disorders in neurological practice. Curr Opin Psychiatry 2006; 19: 420-3.
21. Cloninger CB, Guze SB. Hysteria and parental psychiatric illness. Psychological Medicine 1975; 5: 27-31.
22. Tiihonen J, Kuikka J, Viinamaki H. Altered cerebral blood flow during hysterical paresthesia. Biol Psychiatry 1995; 37: 134-5.
23. Yazıcı KM, Kostakoglu L. Cerebral blood flow changes in patients with conversion disorder. Psychiatry Res 1998; 83(3): 163-8.
24. Marshall JC, Halligan PW, Fink GR. The functional anatomy of a hysterical paralysis. Cognition 1997; 64: B1-8.
25. Atmaca M, Aydın A, Tezcan E, Poyraz AK, Kara B. Volumetric investigation of brain regions in patients with conversion disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006; 30(4): 708-13.
26. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. Brain 2001; 124: 1077-90.
27. Werring DJ, Weston L, Bullmore ET. Functional magnetic resonance imaging of the cerebral response to visual stimulation in medically unexplained visual loss. Neuropsychiatr Dis Treat 2006; 2(1): 13-20.
28. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ. Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8: 161-9.
29. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzu (çeviri Ed. Öztürk M, Uluğ B). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, Ankara 1994.
30. Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A. Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. ve II. eksen eştanıları. Türkiye'de Psikiyatri 2: 87-96.

31. Bowman ES, Markand NO. Psychodynamics and Psychiatric Diagnoses of 33 Pseudoseizures Subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 57-63.
32. Feehan CJ. Hysteria in Childhood. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 571-2.
33. Tezer F, Ulusahin A, Saygı S. De Nevo Psychogenic Nonepileptic Seizures After Epilepsy Surgery. *Journal of Neurologica* 2007; 24: 170-7.
34. Lowman RL, Richardson LM. Pseudoepileptic seizures of psychogenic origin: A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 1987; 7: 363-89.
35. Rowan AJ. Diagnosis of nonepileptic seizures. In: Gates JR, Rowan AJ eds. *Nonepileptic seizures*. 2nd Boston: Butterworth -Heinemann 2000; 15-30.
36. Griffith JL, Polles A, Griffith ME. Pseudoseizures, families and unspeakable dilemmas. *Psychosomatics* 1998; 39: 144-53.
37. Tütüncü R, Türkçapar MH. Pseudoepileptik Nöbet Tanısı Alan Konversiyon Bozukluğu Hastalarının Bir Yıllık İzlem Sonuçları. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6: 76-9.
38. Saygı S. Epileptik olmayan psikojenik nöbetler. Ed: Bora İ, Yeni N. *Epilepsi*. Türk Epilepsi Derneği Yayınları 2007.
39. Wyllie E, Friedman D, Luders H. Outcome of psychogenic seizureures in children and adolescents compared to adults. *Neurology* 1991; 41: 742-4.
40. Sürgün F. Epileptik hastalarda ve psödonöbetleri olan hastalarda görsel uyarılmış potansiyeller. Fırat Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi 2008.
41. Lowman RL, Richardson LM. Pseudoepileptic seizures of psychogenic origin: A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 1987; 7: 363-89.
42. Sayar K, Işık H. Somatoform Bozukluklar. Işık E, Taner E, Işık U, ed. *Güncel Klinik Psikiyatri*. 2. Baskı, Ankara: Golden Print Matbaası 2008; 271-85.
43. Hollifield MA. Somatoform Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2005; 1800-29.
44. Binzer M, Kullgren G. Motor conversion disorder: A prospective 2 to 5 year follow up study. *Psychosomatics* 1998; 39: 519-27.
45. Yayla S. Konversiyon bozukluğu tanılı hastalarda psikiyatrik komorbidite ve dissosiyatif belirtilerin yaygınlığı. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi 2011 (Danışman: Doç.Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu).
46. Marchetti RL, Kurcgant D, Neto JG. Evaluating patients with suspected nonepileptic psychogenic seizures. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2009; 21: 292-8.

47. Kuloglu M., Atmaca M., Tezcan E. Sociodemographics and clinical characteristics of patients with conversion disorder in Eastern Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 88-93.
48. Rechlin T, Loew TH, Joraschky P. Pseudoseizure 'Status'. *J Psychosom Res* 1997; 42: 495-8.
49. The psychology of Personal Constructs, vol. I and II. Northon, New York.
50. Kelly GA. The psychology of Personal Constructs, vol. I and II (ed), Northon, New York 1955.
51. Neimeyer RA. An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61(2): 221-34.
52. Sewell KW. Personal construct therapy and the relation between cognition and affect. In M.Mahoney (ed.), *Cognitive and Constructive Psychotherapies*, New York: Springer Publishing Company 1995; 121-38).
53. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Pres 1965.
54. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak Psikiyatri AD Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara 1986.
55. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 980-8.
56. Gökler B, Ünal F, Pehlivanürk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11: 109-16.
57. Maitland HA, Viney LL. Disclosing childhood sexual assault in close relationships: The meanings and emotions women associate with their experiences and their lives now. *Personal Construct Theory & Practice* 2008; 5: 149-64.
58. Winter DA. Repertory grid technique in the evaluation of therapeutic outcome. In: Beail N(ed). *Repertuary Grid Technique and Personal Constructs*. Croom Helm, London 1985; 154-70.
59. Bannister D. The rationale and clinical relevance of repertory grid technique. *British J Psychiatry* 1965; 111: 977-82.
60. Neimeyer RA, Harter SL, Alexander PC. Group perceptions as predictors of outcome in the treatment of incest survivors. *Psychotherapy Research* 1991; 1: 1-11.
61. Space LG, Dingemans PM, Cromwell RL. Self-construing and alienation in depressives, schizophrenics, and normals. In J. Adams-Webber & J. C. Mancuso (Eds.), *Applications of personal construct theory*. San Diego, CA: Academic Pres 1983; 365-78.

62. Briere J. Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects. Newberry Park, CA: Sage 1992.
63. Ryle A, Breen D. Some Differences in the Personal Constructs of Neurotic and Normal Subjets. *British J Psychiatry* 1972; 120: 483-9.
64. Harter SL, Neimeyer. Long-term effects of child sexual abuse: Toward a constructivist theory of trauma and its treatment. In Neimeyer RA&Neimeyer GJ (Eds), *Advances in personal construct psychology*, Greenwich, CT: JAI Press 1995; 3: 229-69.
65. Büyükberker C. Şizofrenik Yapılaşma ve Kişisel Yapıtlar (Grid Tekniği ile Mukayeseli Bir Araştırma). *Yayınlanmamış Doçentlik Tezi*, Ankara 1969.
66. Ashworth CM, Blackburn IM, McPherson FM. The Performance of Depressed and Manic Patients on some Repertory Grid Measures: A Longitudinal Study. *British J Med Psychol* 1985; 58: 337-42.
67. Neimeyer RA. Personal constructs in clinical practice. In PC Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Pres 1985; 4: 279-335.
68. Winter D. Therapeutic alternatives for psychological disorder. In Neimeyer GJ & Neimeyer RA (Eds), *Advances in personal construct psychology*. Greenwich CT: JAI 1990; 1: 89-116.
69. Briere J. Cognitive Complexity-Simplicity and Predictive Behavior. *J Abnormal Social Psychology* 1955; 51: 263-8.
70. Erbes CR, Harter SL. Domain-specific cognitive complexity in survivors of child abuse. *Journal of Constructivist Psychology* 1999; 12: 215–38.
71. Lawlor M, Cochran L. Does Invalidation Produce Loose Construing?. *British J Med Psychol* 1981; 54: 41-50.
72. Wilkins G, Epting F, Riet H. Relationship Between Repression-Sensitization and Interpersonal Cognitive Complexity. *J Consult Clin Psychol* 1972; 39: 448-50.
73. Button E. Personal Construct Theory and Psychological Well-being. *British J Med Psychol* 1983; 56: 313-21.
74. Emerson E. The Prediction of Change in Repertory Grids. *British J Med Psychol* 1982; 55: 241-6.
75. Bannister D, Fransella F. A Grid Test of Schizophrenic Thought Disorder. *British J Soc Clin Psychol* 1966; 5: 95-102.
76. Fransella F, Bannister D. *A manual for repertory grid technique*. San Diego, CA: Academic Pres 1977.
77. Heckmann, M. *OpenRepGrid - An R package for the analysis of repertory grids*. University of Bremen, Germany, Diploma Thesis 2011.

78. R Core Team. R: A language and environment for statistica computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria 2013.
79. Avcı A, Aslan H. Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu: karşılaştırmalı bir klinik çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 1995; 6(1): 49-53.
80. Kerimoğlu E, Yalın A. Obsessive- compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. Journal of Ankara Medical School 1992; 14(1): 11-8.
81. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 8. Baskı, Baltimore, Williams and Wilkins 1998; 629-45.
82. Pehlivan Türk B. Somatoform bozukluklar. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17(5): 864-78.
83. Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorders in children and adolescents; clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders Turk J Pediatr 2002; 42: 132-7.
84. Lehmkuhl G, Blanz B, Lehmkuhl U. Conversion disorder: symptomatology and course in childhood and adolescence. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1989; 238: 155-60.
85. Grattan Smith P, Fairley M, Procopis P. Clinical features of conversion disorder. Arch Dis Child 1988; 63: 408-14.
86. Kerimoğlu E. Çocukluk çağı nevrotik bozuklukları. Ankara Kent Matbaası 1996; 390-93.
87. Volkmar FR, Pol J, Lewis M. Conversion reactions in childhood and adolescence J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1984; 21: 508-12.
88. Sonuvar B, Pehlivan Türk B. Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu. T Klin Psikiyatri 1999; 1: 62-7.
89. Kotagal P, Costa M, Wylie E. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents Pediatrics 2002; 110(4): e46.
90. Pehlivan Türk B. Somatoform Bozukluklar. Çocuk ve ergen psikiyatrisi Temel Kitabı, 1. Baskı Ankara HYB Basım Yayın Matbaası 2008; 423-37.
91. Fenichel O. Nevrozların Piskoanalitik Teorisi, Çev: Tuncer S, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir 1974.
92. Chapman AH. Textbook of clinical psychiatry, An İnterpersonal Approach, Sec. Ed., JB Lippincott, Philadelphia 1976.
93. Alper K, Devisky O, Perrine K. Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. Neurology 1993; 43: 1950-3.
94. Bowman ES. Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression, and dissociation. Psychosomatics 1993; 34: 333-42.

95. Bowman ES. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin* 2000; 64: 164-80.
96. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996; 46: 1499-507.
97. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001; 58: 1878-83.
98. Gülseren Ş, Özmen E, Önal C. Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi* 1993; 31(3): 373-7.
99. Kluft RP. Dissociative identity disorder. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* LK Michelson, WJ Ray (Eds.) New York, Plenum Press 1996; 337-66.
100. Schonfeld DJ. A Comprehensive Textbook içinde, M Lewis (ed) *The child's Cognitive Understanding of Illness. Child and Adolescent Psychiatry: Williams and Wilkins, Baltimore* 1996; 943-7.
101. Britto MT, Garrett JM, Duglis MA. Risky behavior in teens with cystic fibrosis or sickle cell disease. *Pediatrics* 1998; 101: 250.
102. Vigneux A. Review: some psychosocial interventions can help children and families copewith chronic conditions. *Evidence Based Nursing* 1998; 1: 43.
103. Steinberg L. *Adolescence, Third Ed, New York: Mcgraw Hill Inc* 2002.
104. Muuss RE. *Theories of adolescence, New York; Mc Graw-Hill* 1998; 117.
105. Erikson EH. *İnsanın sekiz çağı. (Çev: Şar V ve Üstün B), Ankara Birey ve Toplum Yayınları* 1984.
106. Erikson EH. *Childhood and Society, New York Norton* 1993.
107. Bosma HA. *Identity development in adolescence coping with commitments, Unpublished Doctoral Dissertation, University of Groningen, The Netherlands* 1995.
108. Erikson EH. *Identity: Youth and Crisis, New York, Norton* 1968.
109. Nemzer ED. Psychosomatic illness in children and adolescents. *Psychiatric disorders in children and adolescents içinde, BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (eds.) Saunders Company. Philadelphia* 1990; 135-46.
110. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorders. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 585-8.
111. Özgür O. *Disosiyatif Bayılması Olan Hastalarda Nöropsikolojik –Nörofizyolojik Testler ve Hastalık Süresi İle İlişkileri. Psikiyatri Uzmanlık Tezi* 1998.

10. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veriler İçin Kayıt Formu.

Adı Soyadı :

Yaşı :

Cinsiyeti :

EĞİTİM DURUMU:

Ders Başarısı: İyi (), Orta (), Kötü ()

YAŞADIĞI YER : İl () İlçe () Kasaba () Köy ()

GÖRÜŞMEYE GELİŞ BİÇİMİ : Konsültasyon :

Anne baba isteği :

Kendi isteği :

AİLE ÖZELLİKLERİ:

Anne:

Yaşı, Öğrenim durumu (YIL), Mesleği:

Baba:

Yaşı, Öğrenim durumu,(YIL), Mesleği:

Aile yapısı:

Çekirdek () Geniş () Anne-Baba ayrı () Boşanmış () Üvey () Ölüm ()

Kardeş: (doğum sırasına göre yaşı ve cinsiyeti)

Ailenin Gelir Durumu:

BAŞVURU YAKINMASI:

SÜRESİ:

SIKLIK:

YAKINMA NEDENİYLE ÖNCEKİ BAŞVURULAR:

Acil Servis:

Pediyatri Poliklinikleri:

Diğer Poliklinikler:

Hastaneye yatış (varsa belirtiniz):

ÇOCUK PSİKIYATRİSİNE BAŞVURU ÖNCESİ GEÇEN SÜRE :

YAKINMA ÖNCESİ PSİKOSOSYAL STRESÖR VARLIĞI :

Ailesel:

Sosyal:

KONVERSİYON TİPİ: Motor: Psödonöbet:
Duyusal: Solunum:
Kombine

EK SOMATİK YAKINMA :

BELİRTİLERE İLİŞKİN KAYGI :

(La bela indiferece)

FİZİKSEL HASTALIK : Var () Yok ()

RUHSAL HASTALIK : Var () Yok ()

Özkiyim Girişimi : Var () Yok ()

MADDE KULLANIMI: Sigara: Alkol: Uyuşturucu Madde:

GEÇMİŞ TRAVMATİK YAŞANTI:

Ev içi Şiddete Tanıklık : Yok () Var () (kim, ne zaman, sonuç)

Fiziksel Kötüye Kullanım : Yok () Var () (kim, ne zaman, sonuç)

Duygusal Kötüye Kullanım: : Yok () Var () (kim, ne zaman, sonuç)

Cinsel Kötüye Kullanım: : Yok () Var () (kim, ne zaman, sonuç)

Araba kazası/ başka kazalara maruz kalma : Yok () Var ()

Yangın ya da doğal afetlere tanık olmak : Yok () Var ()

Şiddet içeren bir olaya tanık olmak : Yok () Var ()

Şiddet içeren bir olayın kurbanı olmak : Yok () Var ()

Travmatik bir haber almak : Yok () Var ()

AİLEDE HASTALIK VARLIĞI : Tıbbi: Psikiyatrik:

BİRİNCİ DERECE AKRABADA KONVERSİYON BELİRTİLERİ : Var () Yok ()

Ek 2. Konversiyon Bozukluğuna Ait Belirti Tarama Listesi.

Motor belirtiler

Hemiparezi	Var ()	Yok ()
Hemipleji	Var ()	Yok ()
Paraparezi	Var ()	Yok ()
Parapleji	Var ()	Yok ()
Quadriparezi	Var ()	Yok ()
Quadripleji	Var ()	Yok ()
Yutma güçlüğü	Var ()	Yok ()
Afoni	Var ()	Yok ()

Duyu belirtiler

Parestezi	Var ()	Yok ()
Atipik ağrı	Var ()	Yok ()
Hipoestezi	Var ()	Yok ()
Anestezi	Var ()	Yok ()
Hipoaljezi	Var ()	Yok ()
Hiperestezi	Var ()	Yok ()
Analjezi	Var ()	Yok ()

Disosiyatif / Bilinç alanına ilişkin belirtiler

Çarpıntı	Var ()	Yok ()
Güçsüzlük	Var ()	Yok ()
Baş dönmesi	Var ()	Yok ()
Akral parastezi	Var ()	Yok ()
Tremor	Var ()	Yok ()
Sfinkter disfonksiyonu	Var ()	Yok ()
Mutizm	Var ()	Yok ()
Astazi-abazia	Var ()	Yok ()
Koreiform hareketler	Var ()	Yok ()
Myoklonus	Var ()	Yok ()
Tik	Var ()	Yok ()
Anosmi	Var ()	Yok ()
Görme keskinliği	Var ()	Yok ()
Çift görme	Var ()	Yok ()
Tübüler görme	Var ()	Yok ()
Sağırlık	Var ()	Yok ()
Vokal değişiklikleri	Var ()	Yok ()
Mental durum değişiklikleri	Var ()	Yok ()
Verbal yanıtızlık	Var ()	Yok ()

Hareketle ilgili belirtiler

Tonus kaybı	Var ()	Yok ()
Üst ekstremitede kasılma	Var ()	Yok ()
Alt ekstremitede kasılma	Var ()	Yok ()
Pelvik kasılma	Var ()	Yok ()
Rijidite	Var ()	Yok ()
İnkontinans	Var ()	Yok ()
Yaralanma	Var ()	Yok ()