

---

# Konversiyon Bozukluğu

**Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK\***

## Özet

*Bu yazıda genel pratisyen hekimler tarafından sık görülen ve bazı organik bozukluklarla karışabilen konversiyon bozukluğu çeşitli yönleriyle tartışılmış, bozukluğun Charcot döneminden günümüze kadar olan süreç içinde uğradığı değişiklikler aktarılmıştır.*

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;1:11-14

Charcot; Mesmer ve Braid döneminde başlayan ve hemen hemen unutulmuş hipnotizmayı Paris'in meşhur Salpetriere salonunda yüzlerce meraklı ve renkli seyirciye muhteşem bir gösteriyle ve insanların şaşkın bakışları arasında sunarken konversiyonu 19. yüzyılın ikinci yarısında ilk kez bu derece medyatik bir olay haline getiriyordu.

Aslında eski Roma ve Yunanlılarda histerik fenomenler biliniyor ve bunun bir kadın hastalığı olduğu ayrıca uterusun hareketleri sonucu ortaya çıktığı ifade ediliyordu. Charcot'un bu gösterileri Pierre Janet ve Sigmund Freud'un da ilgisini çekmiş ve onlar da bu gösterileri izlemeye gitmişlerdir. Charcot bu gösterilerinde sahneye çağırıldığı insanları hipnotize ederek meyva diye kömür yediriyor, çocuğu diye elindeki şapkasını sevip öptürüyor, elleri ve ayakları üzerinde (dört ayak) yürüterek köpek gibi havlatıyordu. Bu

gösterileri izleyen Janet için anahtar kavram bilincin dissosiyasyonu olmuştur. Freud da önceleri dissosiyasyon kavramını benimsemiştir. Ancak onun ilgisi kavramlardan çok bu histerik semptomların kaynağına yönelik olmuştur. Freud'un histerik hastaların tedavisinde hipnozu kullanması, Viyana'da Breuer'in hiptonize ettiği hastaları serbest konuşmaya bıraktığında anlattıkları çocukluk dönemi emosyonel travmatik yaşantıları ve bunların doğrudan histerik semptomlarıyla bağlantılarını görmesi sonucu olmuştur.

Bilinç dışına itilmiş bu ilk anıların ve bunlarla ilişkili duyguların spontan ifade edilmesi semptomların kaybolmasına yol açmaktaydı. Freud buradan yola çıkarak tedavi yaklaşımını ve mevcut semptomun nasıl oluştuğunu açıklamıştır. Travmatik olayla ilgili olan duygusal yaşantı sözel olarak ifade edilmediği için somatik histerik semptoma dönüşüyordu. Bu semptom aynı zamanda sembolik olarak travmatik olayı da yansıtıyordu. Freud konversiyon mekanizmasının histeride merkezi bir özellik olduğunu ifade etmiştir.

---

\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

Bu gelişmeler sonunda psikiyatristler psikozlar dışında psikonevrozlar, psikosomatik bozukluklar, davranış bozuklukları ve karakter bozukluklarıyla ilgilenmeye başlamışlardır. Bu gelişmeler sınıflandırmaları da etkilemiş ve daha önce "histeri" diye tanımlanan tablolar "konversiyon histerisi" olarak isimlendirilmiştir. Ancak gelişmeler daha sonra DSM-II'de histeriyi "konversiyon histerisi" ve "disosiyatif histeri" diye iki ayrı grup içinde değerlendirmeye yöneltmiştir. Bu sınıflamadaki konversiyon histerisinde özel duyu ve istemli motor sinir sisteminin etkilendiği ve körlük, sağırılık, anosmi, anestezi, parestezi, ataksi, akinezi ve diskinezi gibi belirtilerin ortaya çıktığı görülür. Hastalar bu semptomlara genellikle uygun olmayan bir "ilgi" gösterirler. Yani belirtilerine ilgisiz gibi kalırlar ki buna "güzel aldırılmazlık" denir. Çünkü bu belirtiler gerçekte sevgi ve ilgi kazancı (primer kazanç) yanı sıra onu hoşnut etmeyen sorumluluklardan uzaklaştırdığı için sekonder bir kazanç da sağlamaktadır.

Konversiyon histerisi yeni sınıflandırmalarda (DSM-IV) "somatoform bozukluklar" temel başlığı altında ele alınmış ve konversiyon histerisi yerine "konversiyon bozukluğu" olarak adlandırılmıştır. Ancak orijinal konversiyon histerisinde yeni sınıflandırmalarda ki somatizasyon bozuklukları da yer almaktadır.

### EPİDEMİYOLOJİ

Konversiyon bozukluğunun epidemiyolojisi hakkında kesin bir şey söylemek mümkün değildir. Bazı çalışmalara göre görülme sıklığı yılda 100.000'de 22 olarak belirlenmiştir. Ancak kültürel farklılıkların bu oranı değiştirebileceğini belirtmek gerekir. Konversiyon bozukluğuna kırsal alanda ve gelişmemiş toplumlarda daha sık rastlanır. Çalışmalar genel hastanelerdeki psikiyatrik konsültasyonların %5-15 ile %25-30 arasındaki kısmının konversiyon bozukluğu ile ilgili olduğunu göstermektedir. Ülkemizde kesin bir epidemiyolojik araştırma olmamakla birlikte gözlemler bu rakamların daha yüksek olduğu yönündedir. Kadın erkek oranı ise 2'ye 1 ile 5'e 1 arasında değişmektedir. Genellikle genç kızlarda ve daha az olarak askerlikte ve yaptıkları işle bağlantılı olarak erkeklerde görülür. Hastalık her yaşta ancak ergenlik ve genç erişkinlikte daha sık görülmektedir.

### ETİYOLOJİ

Bütün hastalıklarda olduğu gibi etiolojide psikolojik ve biyolojik faktörler rol oynarlar. Psikolojik faktörler psikanalitik olarak Freud'un "konversiyon savunması" modeliyle açıklanmaktadır. Konversif belirti

hasta için sembolik bir anlatım yoludur. Bir hastamızın sağ kolu paralize olmuştur. Görüşmeler sonunda işyerinde amirine olan şiddetli kızgınlığı nedeniyle içinden onu yumruklamak geçmiş ve tam o sırada koluna felç gelmişti. Bir başka hastamızda 6 yıl süren bir parapleji ortaya çıkmıştı. Bu genç hastamızdan gençliğini yaşamayıp sürekli ev işlerinde yardımcı olması isteniyor ve buna karşı geleliyordu. Parapleji aracılığıyla hasta ev işlerinin sorumluluğundan kurtulmuştu. Bir diğer hastamız çok öfkelenildiği kayınvalidesine küfredeceksen sesini kaybetmişti (histerik afoni). Bunun gibi örnekleri çoğaltmamız mümkündür. Etiyolojide biyolojik faktörler çok açık olmamakla birlikte duyu ve düşüncelerimizin de biyokimyasal süreçler olduğunu kabul ettiğimize göre bazı biyolojik faktörlerin varolabileceği düşünülmelidir. Bazı beyin görüntüleme yöntemlerinde baskın hemisferde hipometabolizma ve çekinik hemisferde hipermetabolizma saptanmıştır. Bunun yanı sıra bazı nöropsikolojik testler sözel iletişim, hafıza, dikkat ve affektif uygunlukta pek belirli olmayan serebral bozukluklar ortaya koymaktadır.

Tanı yönünden konversiyon bozukluğu tarihsel olarak somatizasyon bozukluğu, somatoform ağrı bozukluğu gibi histeri kökenli olmasına rağmen DSM-IV'de bunlardan ayrı olarak alanı daraltılmış bir klinik bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Konversiyon bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı kriterleri şöyle sıralanmaktadır:

- a) İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren semptom ya da defisitler.
- b) Bu semptom ya da defisite psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, söz konusu semptom ya da diğer stres etkenlerinin olduğunun gözlenmesiyle böyle bir yargıya ulaşılır.
- c) Yapay bozuklukta ya da simulasyonda olduğu gibi bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.
- d) Bu semptomlar ya da defisitler nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.
- e) Bu sorun, belirgin bir sıkıntı doğurmasıyla; toplumsal, mesleki alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olmasıyla ve tıbbi değerlendirmeyi gerektirmesiyle klinik açıdan önemli olmaktadır.

f) Semptomlar ağrı ya da cinsel işlev bozukluğuyla sınırlı ve yalnızca somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa ya da başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.

Konversiyon bozukluğunda semptom ya da defisit tipine göre isimlendirme yapılabilmektedir. Örneğin motor semptom ya da defisit gösteren, duyu semptomu ya da defisiti gösteren katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren ve karışık görünüm sergileyen konversiyon bozuklukları gibi isimlerle tanımlanabilmektedir.

Konversiyon bozukluğu tanısı ancak etiyolojik, nörolojik ya da genel tıbbi durumları dışlamak için tam bir tıbbi araştırma yapıldıktan sonra konmalıdır. Konversiyon semptomları, bilinen anatomik yollara ve fizyolojik mekanizmalara uymaz, bunun yerine kişinin belirli bir durumu nasıl kavramsallaştırdığına bağlıdır. Örneğin bir paralizi motor innervasyon alanlarına göre bir defisit olmaktan çok parapleji vakamızdaki gibi belirli bir hareketi yerine getirmemeyi ya da bütün bir vücut bölümünü hareket ettirmemeyi kapsayabilir. Bu semptomlar tutarsızlık gösterebilir. Örneğin giyinirken ya da kişinin dikkati başka bir yöne çekildiğinde "paralizi" olmuş bir ekstremitenin farkına varılmadan hareket ettirilebilir. Konversiyon bozukluğunda gerek klinik nörolojik muayene ve gerekse her türlü laboratuvar muayenesinde (EMG, EEG gibi) patolojik bir durum saptanamaz. Buna rağmen özenli ve dikkatli davranılması gerekir. Çünkü çok çeşitli nörolojik durumlar konversiyon bozukluğu olarak yanlış tanı alabilir. Bunlar arasında multipl skleroz, miyastenia gravis, idiyopatik ya da madde kullanımının yol açtığı distoniler ve assendan miyelitin başlangıç dönemleri vardır. Öte yanda konversiyon bozukluğu yanısıra nörolojik bir bozukluk da aynı anda birlikte bulunabilir. Konversiyon semptomları olan kişilerin üçte birinde aynı zamanda nörolojik bir patoloji bulunabilir ya da daha önce nörolojik bir hastalık geçirmiş olabilir.

Hastalar konversiyon semptomundan ikincil kazanç sağlayabilirse de simülasyon ya da yapay bozukluktan farklı olarak semptomlar yarar sağlamak için amaçlı olarak çıkartılmazlar. Bir semptomun amaçlı olarak çıkarılıp çıkarılmadığını belirlemek kolay değildir. Semptomun geliştiği ortamın dikkatli değerlendirilmesi ve iyi bir anamnez bu konuda yardımcı olabilir.

Konversiyon bozukluğunun klinik alt tipleri ortaya çıkan semptom ya da defisit niteliğine göre belirlenir.

Bunlar;

**1- Motor semptom ya da defisit gösteren:** Bu alt tip koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güçsüzlük, yutma güçlüğü ya da boğazda yumru hissi, afoni ve üriner retansiyon gibi semptomları kapsar.

**2- Duyu semptomu ya da defisiti gösteren:** Bu alt tip dokunma ya da ağrı duyusu kaybı, çift görme, körlük, sağırılık ve halüsinasyon gibi semptomları kapsar.

**3- Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren:** Bu alt tip istemli motor ya da duyu komponentleri olan katılmalar ya da konvülsiyonları kapsar.

**4- Karışık görünüm sergileyen:** Birden fazla kategorinin semptomları varsa bu alt tip kullanılır.

Konversiyon bozuklukları kırsal toplumlarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerde, tıbbi ve psikolojik kavramlar hakkında daha az bilgi sahibi olan kişilerde daha yaygındır. Konversiyon semptomlarının biçimi, yerel ve kültürel düşüncelerden hareketle, yaşanan sıkıntıyı dışa vurma için kabul görecektir.

Konversiyon semptomları çocuklarda daha çok yürüme sorunları ya da katılmalarla görülür.

#### AYIRICI TANI

Konversiyon semptomlarını değerlendirirken nörolojik ya da diğer genel tıbbi durumların, madde kullanımının ve ilaçların yol açtığı patolojileri dışlamak gerekir.

Semptomlar ağrı ya da cinsel işlev bozukluğuyla sınırlı ise konversiyon bozukluğu yerine sırasıyla ağrı bozukluğu ya da cinsel işlev bozukluğu tanısı konur.

Konversiyon semptomları yalnızca somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa ek olarak konversiyon bozukluğu tanısı konmalıdır. Semptomlar başka bir mental bozuklukla (şizofrenide, diğer psikotik bozukluklarda ya da duygudurum bozukluğunda görülen katatonik semptomlar ya da somatik hezeyanlar ya da bir panik atağı sırasında görülen yutma güçlüğü gibi) daha iyi açıklanıyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz. Hipokondriyariste kişi psödonörolojik semptomlarının altında yatan "ciddi hastalık"la uğraşıp dururken konversiyon bozukluğunda kişinin

ilgi odağı sergilediği semptom üzerinedir ve güzel aldırılmazlık (la belle indifference) bulunabilir. Beden dismorfik bozuklukta ise önem verilen şey istemli motor ya da duyu işlevindeki bir değişiklikten çok görünümdeki hayali ya da küçük bir kusurdur. Konversiyon bozukluğundaki halüsinasyonlar -ki bunlara psödohalüsinasyon denir- psikotiklerdeki halüsinasyonlardan farklı olarak genellikle içgörü bozukluğu olmadan ve diğer psikotik semptomlar eşlik etmeden çoğu zaman birden çok duyu sistemini kapsayarak ve çoğunlukla saf düşlemsel ya da çocuksu bir içerikle ortaya çıkar. Bunlar genellikle psikolojik açıdan anlamlıdır ve kişi bunları ilginç bir öykü gibi anlatır. Simülasyon ya da yapay bozuklukta semptomlar amaçlı olarak çıkartılır ya da böyle semptomlar varmış gibi davranılır. Yapay bozuklukta temel güdü hasta rolünü benimsemek ve tıbbi değerlendirme ve tedavi yapılmasını sağlamak iken simülasyonda parasal karşılık almak, görevden kaçmak, yasal takipten kurtulmak ya da ilaç sağlamak gibi daha belirgin amaçlar vardır. Bu amaçlar konversiyon bozukluğundaki ikincil kazanca benzebilir. Konversiyon semptomlarının ayırt ettirici özelliği semptom çıkarmada bilinçli bir niyetin olmasıdır.

## TEDAVİ

Konversiyon bozukluğunda tedavi, semptomları ortaya çıkaran içrel çatışmaların anlaşılıp çözümlenmesi ve bireyin psikik strüktürünün güçlendirilerek semptom çıkaran savunmalar yerine sağlıklı davranış ve ilişki kalıplarını oluşturmaya yardımcı olmakla mümkün olur. Bu amaçla herşeyden önce suggestibilite (ikna edilebilirlik) özelliğinden de yararlanarak semptomların ortadan kaldırılması gerekir. Bu işlemde sonra gerek çözümleyici, gerek içgörü kazandırıcı ve destekleyici psikoterapiler ve olumlu davranış ve ilişki biçimini geliştiren davranışçı ve kognitif tedavi yöntemleri ile semptomların tekrar ortaya çıkmaması için bireyin hazırlanması gerekir. Bu tedaviler yapılırken hastada varolabilen anksiyete ve diğer depresif durumlara karşı trankeleze ve anti-depresif ilaç tedavileri de verilebilir. Hastalığın akut olarak başlaması, başlangıç sırasında açıkça tanımlanabilir bir stres kaynağının varlığı, hastanın erken tedaviye alınması ve entellektüel düzeyin ortalamanın üzerinde olması gibi durumlar prognozun iyi olmasını sağlar. Ayrıca paralizi, afoni ve körlük semptomları prognozun iyi olacağını, tremor ve katılmalar ise prognozun iyi olmayabileceğini düşündürülebilir.

## Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) Washington DC., 1994, Çev. E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Çevik A (1996) Psikonevrozlar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, Işık Sayıl (Ed), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Antıp A.Ş. Yayınları.
3. Freud S (1953) Fragment of analysis of a case of hysteria. Standart Edition of the Complete Psychological works of Sigmund Freud. Cilt 7, Hogarth Press, s.7.
4. Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Synopsis of Psychiatry. 8. baskı, , Egypt, Mass Publishing Co.
5. Köksal C, Çevik A, Okyayuz Ü ve ark. (1983) Altı yıl süren bir parapleji vakasının (konversiyon reaksiyonu) düşündürdükleri. Yeni Sempozyum Dergisi, 2:1.
6. Nemiah JC (1976) Hysterical Neurosis, Conversion Type. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2. Baskı, Cilt:1, AM Freedman, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Williams and Wilkins, Baltimore.