

"ANİ GÖRME KAYBI İLE SEYREDEN KONVERSİYON BOZUKLUĞU: BİR OLGU SUNUMU"

Dr. Canay PAMUKÇU ÜNLÜ, Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ
SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Konversiyon bozukluğu, tıbbi olarak açıklanamayan, istemli motor ve duyu fonksiyonunu etkileyen semptomlarla kendini gösteren bir psikiyatrik hastalıktır (1).

Konversiyon bozukluğunun yaygın semptomları; körlük, felç, distoni, konversif nöbetler, yutma güçlüğü, halüsinasyonlar, motor tikler, yürüme güçlüğü, anestezi olarak sayılabilir (2). Konversiyon bozukluğu olan hastalarda bu semptomlar doğrudan organik bir nedenden kaynaklanmaz, daha ziyade psikolojik bir çatışma sonucu oluşur. Konversiyon bozukluğu teşhisi konan hastalar herhangi bir hastalığı taklit etmemektedirler. Dinamik bakışa göre konversiyon bozukluğu, çatışmalar ve yakın zamanda ortaya çıkan stres faktörleri ile ilişkilidir. Semptomlar, hastanın yasaklanmış bir arzusu ile vicdanı arasındaki bilinçsiz çatışmanın bir sonucu olarak ortaya çıkar. Konversiyon semptomları, sembolik olarak, bireyin kabul edilemez arzusunun tam farkındalığı olmaksızın kısmi bir arzusun yerine getirilmesini temsil eder (ör. cinsel arzu-vajinismus, uyarılma-senkop, öfke-felç) (3).

Konversiyon ifadesini literatüre kazandıran kişiler Freud ve Breuer olmuştur. DSM-I'de "Konversiyon reaksiyonu" olarak sınıflandırılmıştır(4). Organik hastalıklardan bağımsız olarak gelişen bu semptomların bilinç dışı çatışmayı yansıttığını öne süren Sigmund Freud, konversiyon bozukluğu terimini icat etmiştir(5). DSM-II'de başlığın adı "histerik psikonevroz, konversiyon tipi" olmuş ve güzel aldırılmazlık bulgusunun önemine değinilmiştir. DSM-III'ten DSM-IV'e geçerken bu belirtilerin oluşumunun nedeni olarak dinamik yaklaşımlarla ilgili tanım yerine "psikolojik etkenlerle alakalı çatışma veya stresin neden olduğu belirtiler" kriteri getirilmiştir. DSM-5 ile psikolojik stres faktörü kriteri kaldırılmıştır. Bazı yazarlarca konversiyon belirtilerinin bir "iletişim biçimi, hasta rolünü benimseme, başa çıkma düzeneği ya da streslere tepki" olduğu düşünülmüştür (6, 7). Konversiyon belirtilerinin kişinin içinde yaşadığı toplum ve kültürün etkisiyle biçimlendiğine dair sosyokültürel görüşler ileri sürülmüştür. Duyguları sözel ifade etmenin toplumca kısıtlandığı durumlarda belirtiler ortaya çıkarak sözsüz bir iletişim aracı olmaktadır. Böylece baskılanmış duygular, konversiyon belirtileri halinde dışa vurularak, konversiyon bir çeşit kendini ifade biçimi olarak kullanılabilir (6,8). Olgumuzda acil servise görme kaybı ile gelen konversiyon bozukluğu olgusunun psikiyatri kliniğindeki takibi ve tama yakın iyilik hali anlatılmaktadır.

OLGU

Daha önce bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan ve yaşadığı marital sorunlar sonrası psikiyatrik yakınmaları başlayan, psikiyatri polikliniğinde Majör Depresif Bozukluk tanısıyla takip ve tedavisi süren 48 yaş kadın hasta eşi ve oğlu ile Kartal'da yaşamakta, anasınıfı öğretmeni olarak çalışmaktaymış. Poliklinik kontrollerinde birkaç kez geçici şekilde konuşurken kekeleme ve ardından kısa süreli konuşamama şeklinde ataklar halinde görülen semptomları olan ve organik etyolojileri dışlanan hasta, Eylül 2022 itibarıyla yaşadığı marital sorunlar sonrası çalışmamaya başlamış. Ağustos 2022 tarihinde eşi ile yaşadığı tartışma sonrası acil servise ilk kez görme kaybı şikayeti ile başvurmuş. Acil serviste yapılan tetkiklerinde altta yatan organik etyoloji düşünülmeyen hastanın görme kaybı acil takibi sonrası yaklaşık 2 saat içinde gerilemiştir. Konversif nöbet geçirdiği düşünülen ve depresif şikayetleri arttığı görülen, disosiyatif bulgular tarifleyen (1 aya yakın süreyi hatırlamayan), suicidal söylemleri başlayan kadın hasta sonraki poliklinik kontrolünde takip ve tedavisinin düzenlenmesi açısından kapalı psikiyatri servisine devralındı. 21 günlük yatış Hastanın Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) 29 görülmüştür. Daha önce antidepresan kullanım öyküsü olan hastanın tedavisi Venlafaksin 225 mg 1x1, Risperidon 1 mg, Alprazolam 0.5 mg 1x1/2, Ketiapin 25 mg olarak düzenlenmiştir. vizitlerde klinik şef eşliğinde tedavisi düzenlenen hasta ile uzman psikolog ve asistan hekim görüşmeleri günlük olarak planlanmış, BDT seansları tamamlanmıştır. Takiplerinde terapötik ilişki kurulan ve farmakolojik tedaviye dramatik yanıt görülen, pasif suicidal düşünceleri gerileyen suicidal homisidal tutumu gözlenmeyen, geliş şikayetleri gerileyen, disosiyatif bulguları ortadan kalkan kadın hastanın taburculuğu planlanmıştır. Taburculuğunda Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) 6 olarak görülmüştür. Taburculuğu sonrası poliklinik takipleri devam eden hasta ilaçlarını düzenli kullandığı ve tedaviye uyum sağlandığı gözlemlenmiştir. 5 seans grup terapisi almış olan hastanın geliş şikayetleri yüksek oranda gerilemiştir. Poliklinik tedavisine Venlafaksin 225 mg/gün, Risperidon 1 mg/gün, Ketiapin 25 mg/gün olarak devam edilmekte olan hastanın, tama yakın iyilik hali sağlanmıştır. Olgusu sunumu için hastadan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

TARTIŞMA

Konversiyon bozukluğu, genellikle ani başlangıçlı, tıbbi olarak açıklanamayan motor veya duyu kayıplarıyla seyreden ve çoğu zaman psikososyal stresörlerle ilişkili bir tablodur. Literatürde, özellikle akut yaşam olayları ve kişilerarası çatışmaların semptomların başlamasında tetikleyici rol oynadığı belirtilmiştir (6,8). Bizim olgumuzda da, hastanın evlilik sorunlarını takiben gelişen ani görme kaybı, bu ilişkiyi desteklemektedir.

Klinik izlemde, olgumuz farmakolojik tedavi (Venlafaksin, Risperidon, Ketiapin) ile birlikte bilişsel davranışçı terapi seanslarından belirgin fayda görmüş ve tama yakın iyilik hali sağlamıştır. Literatürde, konversiyon bozukluğu tedavisinde tek başına farmakoterapinin sınırlı olduğu, psikoterapi ile kombine edilmesinin ise prognozu anlamlı şekilde iyileştirdiği vurgulanmaktadır (9).

Bu olgu, Konversiyon Bozukluğu'nda kapsamlı biyopsikososyal değerlendirmenin ve multidisipliner yaklaşımın önemini göstermektedir. Psikososyal stresörlerin belirlenip hedeflenmesi, tedaviye erken başlanması ve hasta-hekim terapötik ilişkisinin güçlendirilmesi, klinik iyileşme sürecinde kritik rol oynamaktadır.

KAYNAKÇA

- 1- Ballmaier M, Schmidt R. Conversion disorder revisited. *Funct Neurol*. 2005;20:105–113.
- 2- Marshall S, Bienenfeld D. Conversion disorder. *Medscape. Drugs Dis*. 2015;26:2013.
- 3- Blitzstein SM. Recognizing and treating conversion disorder. *Virtual Mentor*. 2008;10:158–160.
- 4-Ünal S. Somatoform bozukluklar; nozoloji ve tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 1999;1(1):1–6.
- 5- Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London, Hogarth Press, 1962.
- 6- Ford, C. V., & Folks, D. G. (1985). Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics*, 26(5), 371–383.
- 7-Kaygısız, İ., & Alkın, T. (1999). Konversiyon bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 3(1), 17–23.
- 8-Alkan, M., & Tunca, Z. (1997). Konversiyon bozukluğu: Sosyokültürel açıdan bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 204–212.
- 9- LaFrance, W. C., Baird, G. L., Barry, J. J., Blum, A. S., Frank Webb, A., Keitner, G. I., Machan, J. T., Miller, I., Szaflarski, J. P., & Consortium, N. E. S. (2009). Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 66(5), 478–485.