

70781

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

KONVERSİYON BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN DİĞER PSİKOPATOLOJİLER

TEZ YÖNETİCİSİ
Prof. Dr. Bekir Aydın Levent

Dr. Şükrü Uğuz
Uzmanlık Tezi

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

ADANA/1998

**Tezimin hazırlanmasında yardımcı olan değerli hocam,
Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e,
eğitimime katkıda bulunan,
Prof. Dr. Mehmet ÜNAL, Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE
Doç. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ ve çalışma arkadaşlarıma
teşekkürlerimle.**

İÇİNDEKİLER

1. Tablo listesi.....	III
2. Özet.....	V
3. Abstract.....	VI
4. Giriş ve Amaç.....	1
5. Genel Bilgiler.....	2
6. Gereç ve Yöntem.....	20
7. Bulgular.....	30
8. Tartışma.....	52
9. Sonuç.....	61
9. Kaynaklar.....	63
10. Ekler.....	68

TABLO LİSTESİ

Tablo I: Organik kökenli inmelerle konversiyon bozukluğuna bağlı belirtiler arasında ayırım.

Tablo II: Epileptik ve Konversif bayılmaların ayırımı.

Tablo III: HKE alt ölçekleri yüzdellik normları

Tablo IV: HKE alt ölçekleri yüzdellik normları

Tablo V: HKE alt ölçekleri yüzdellik normları

Tablo VI: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

Tablo VII: Hastalarının hastalık başlangıç yaş gruplarına göre dağılımı.

Tablo VIII: Hastaların cinsiyete ve medeni duruma göre dağılımı

Tablo IX: Hastaların eğitim düzeyi ve meslek gruplarına göre dağılımı.

Tablo X: Hastaların yaşadıkları yere ve hastaların gelir düzeyine göre dağılımı
göre dağılımı.

Tablo XI: Hastaların semptomlarına göre dağılımı.

Tablo XII: Hastaların yakınma sürelerine göre dağılımı.

Tablo XIII: Sres etkeni ve soygeçmiş özellikleri.

Tablo IVX: Konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer psikopatolojiler.

Tablo XV: Hacettepe kişilik envanteri nevrotik eğilimler alt ölçeğinin; cinsiyet ve yaşadığı yer açısından karşılaştırılması.

Tablo XVI: Hacettepe kişilik envanteri aile ilişkileri alt ölçeği ile; medeni durumun karşılaştırılması.

Tablo XVII: Hacettepe kişilik envanteri aile ilişkileri alt ölçeği ile cinsiyetin karşılaştırılması.

Tablo XVIII: Hacettepe kişilik envanteri sosyal ilişkiler alt ölçeği ile cinsiyetin karşılaştırılması.

Tablo XIX: Hacettepe kişilik envanteri sosyal normlar alt ölçeği ile gelir düzeyinin karşılaştırılması.

- Tablo XX:** Hacettepe kişilik envanteri kişisel uyum alt ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.
- Tablo XXI:** Hacettepe kişilik envanteri sosyal uyum alt ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.
- Tablo XXII:** Hacettepe kişilik envanteri genel uyum alt ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.
- Tablo XXIII:** Süreklilik ve durumluk anksiyete puanlarının dağılımı.
- Tablo XXIV:** Durumluk kaygı envanteri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.
- Tablo XXV:** Süreklilik kaygı envanteri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.
- Tablo XXVI:** Beck Depresyon ölçeği ile sosyo demografik verilerin karşılaştırılması
- Tablo XXVII:** Toronto Aleksitimi Ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması
- Tablo XXVIII:** SCL 90-R kişiler arası duyarlılık alt ölçeği ile medeni durumun karşılaştırılması.
- Tablo XXIX:** Yakınma süresiyle cinsiyet karşılaştırılması.
- Tablo XXX:** Yakınma süresiyle medeni durumun karşılaştırılması.
- Tablo XXXI:** Yakınma süresi ile öğrenim durumu arasındaki ilişki.
- Tablo XXXII:** Yakınma süresi ile gelir düzeyinin karşılaştırılması.
- Tablo XXXIII:** Yakınma süresi ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişki.
- Tablo XXXIV:** Yakınma süresi ile eşlik eden hastalık arasında ilişki
- Tablo XXXV:** Yakınma süresi ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki.
- Tablo XXXVI:** Hacettepe Kişilik Envanteri ile Beck, Toronto ve STAI I-II'nin korelasyonları.

ÖZET

Konversiyon bozukluğu, herhangi bir organik nedenle açıklanamayan bir ya da daha fazla nörolojik belirtilerin varlığı ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine sorunları nedeniyle başvuran ve DSM IV tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konan, nörolojik muayene ve incelemeleri normal olarak belirlenen 15-48 yaşları arasında 72 hasta alındı.

Hastaların 63'ü kadın 9'u erkekti ve kadın erkek oranı 7/1 olarak belirlendi. Hastalık başlama yaşı ortalaması 25.9 ± 7.5 , ortalama başvuru yaşı 30.2 ± 8.3 idi.

Çalışmaya alınan hastaların 70 tanesinin (%97.2) en fazla 11 yıl eğitim aldıkları belirlendi.

Hastaların 29'u yalancı konvülziyon (%40.3), 27'si duyu-motor defisit (%37.5), 5'i globus histerikus (%6.9), 2'si afoni (%2.8) yakınması ile başvurmuşlardı. Ortalama yakınma süresi 4.2 yıl (min.1-max20) olarak belirlendi. 20 kişide (% 27.8) bir yıllık hastalık öyküsü vardı.

72 hastanın 43'ünde (%59.7) ataklardan önce belirgin stres etkeni olduğunu, 29'unda (%40.3) stres etkeni olmadığını belirledik.

72 hastanın 15'inde (%20.8) benzer hastalık öyküsü olan birinci derece yakınlar olduğunu tespit ettik.

Hastalık süresi 4 yıldan fazla olan grupta diğer gruba göre eşlik eden psikopatolojilerin anlamlı bir şekilde daha fazla olduğunu belirledik.

Sonuç olarak; konversiyon bozukluğunun genç erişkin yaşta başladığı, genellikle bir stres etkeninin ardından ortaya çıktığı, hastalık süresinin arttıkça eşlik eden psikopatolojinin de arttığı, en sık olarak da depresyonun tabloya eşlik ettiği belirlenmiştir. Bu nedenle hekimler, eşlik edebilecek psikopatolojileri önlemek için, konversiyon bozukluğunu olabildiğince erken tanımalı ve tedavi etmelidir.

Anahtar Sözcükler: Konversiyon bozukluğu, sosyodemografik veriler, semptomlar, eşlik eden psikopatoloji, kişilik özellikleri.

ABSTRACT

Comorbid psychopathology in conversion disorder.

Conversion disorder is defined as a disorder characterised by the presence of one or more neurological symptoms that cannot be explained by any organic cause.

The first 72 consecutive subjects that were diagnosed as conversion disorder according to the criteria of DSM-IV were included in the study.

The age of participants ranged between 15 - 48 in whom the neurological disorders were eliminated. The female - male ratio was 7/1 as 63 of participants were female whilst there were 9 males. The average onset age of the disorder was

25.9 ± 7.5 and the average age of application was 30.2 ± 8.3 .

70 of participants (97.2) have had an education period of maximum 11 years.

29 of participants (40.3%) applied to the clinic by pseudoseizures, 27 had sensory - motor deficits (37.5%), 5 had globus histericus (6.9%), 2 had afoni (2.8%).

The mean duration of complaints were 4.2 years (min.1-max20). 20 of the participants had a history of the disorder for 1 year.

We found that 43 of 72 participants had prominent stress while 29 (40.3) did not have any kind of stress.

15 first degree relatives of all participants (20.8) had similar complaints.

We found that the group having the disorder for more than 4 years had significantly higher comorbid psychopathologies.

In conclusion, conversion disorder tends to start in early adulthood, which usually follow a stress factor and as the duration of disorder increases, comorbid psychopathologies, especially the prevalence of depression increases. Clinicians should screen and treat these patients as early as possible to prevent future comorbid states.

Key Words: Conversion disorder, socio-demographic data, comorbidity psychopathology, personality traits.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Konversiyon sözlük anlamında döndürme demektir.⁵²

Savunma düzeneği olarak konversiyon terimi ise bilinç altı yaşanan çatışmanın doğurduğu anxietenin organ işlev yitimi ya da bozukluğuna döndürülmesi anlamını taşımaktadır.⁵²

Konversiyon bozukluğu, genellikle hareket ve duyu organlarında, organik bir temele dayanmayan işlev yitimi, azalması ya da çoğalması olarak tanımlanmaktadır.³³

Konversiyon belirtileri erken çocukluktan 90'lı yaşlara kadar her yaşta görülebilmekte ise de 15-35 yaş arasında daha sık görüldüğü bildirilmektedir.^{8,33}

Yapılan çalışmalardaki metodolojik farklar, tanımlamalardaki ayrılıklar nedeniyle konversiyon bozukluğunun yaygınlığı ve sıklığı üzerine kesin bir veri bulunmamaktadır.

Değişik toplumlarda yapılan farklı çalışmalarda görülme sıklığının 100.000'de 15-300 arasında olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri polikliniklerinde görülme oranı Gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık %10 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde bu oran çeşitli çalışmalarda %4.5-32 arasında bildirilmektedir.²⁵

Kırsal kesimden olma, alt sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, yetersiz iç görü ve düşük zeka düzeyi ile konversiyon bozukluğu sıklığı arttığı bildirilmektedir.^{1, 16, 17, 25, 27, 33, 61}

Genel olarak kırsal kesim ve düşük sosyoekonomik düzeyde daha garip ve abartılı belirtiler izlenirken, üst sosyoekonomik düzeyde ve eğitilmiş kişilerde belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklara daha çok benzediği bildirilmektedir.^{27, 31}

Bu çalışmada polikliniğimize baş vuran konversiyon bozukluğu olan hastalarda, kişilik özellikleri, eşlik eden diğer psikopatolojiler ve sosyodemografik özelliklerin araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe:

Konversiyon bozukluğunun klinik olarak tanımlanması MÖ. 1900 yıllarına kadar dayanmaktadır. Konversiyon ve dissosiyatif bozukluk terimi yakın zamana kadar histeri olarak isimlendirilmekteydi. Histeri sözcüğü Latince uterus anlamına gelen "hystera" dan köken almış ve psikiyatrik literatürde çok farklı anlamlarda kullanılmıştır. Bu dönemdeki Mısır papirüslerinde konversiyon belirtilerinin uterus, tuba ve ampullaların vücutta başıboş gezinmesine bağlı olduğu yazılmaktadır^{17, 19, 31, 41, 42}

Histeri orta çağda, şizofreni, epilepsi ve diğer birçok nörolojik hastalıklar gibi, doğa üstü güçlere, büyüye, sihirbazlığa bağlanmıştır. Bu çağda "Saint-Guy Dansı" şeklinde kitle histerisi nöbetleri görülmüş ve bu durum şeytana ruhunu satmak (possession demoniaque) şeklinde yorumlanarak binlerce kişi yakılarak yok edilmiştir^{26, 31}

İlk defa 16.YY'da C. Lepois histerinin nörolojik bir hastalık olduğunu savunmuş, hastalığın kliniğini doğru olarak tanımlamış ve histerinin erkeklerde de görüldüğünü bildirmiştir. Ancak 17. yüzyıl başında hastalığın beyinle ilişkisi kurulmaya başlanmış ve Sydhenam, histeriyi kadınlarda görülen, ruhsal ve fiziksel belirtilerle giden bir hastalık olarak tanımlamıştır.^{26, 31}

Konversiyon Bozukluğu konusundaki ilk bilimsel tanımlama, 1853 yılında yayınlanan "Histerinin patolojisi ve tedavisi üzerine" adlı kitabında (On the pathology and treatment of hysteria) Robert Carter tarafından yapılmıştır. Carter hastalığın ortaya çıkmasında etkili psikolojik ve sosyal faktörlere işaret etmiş ve represyon kavramını psikiyatriye tanıtmıştır. Daha sonra 1859'da Paul Briquet, 10 yıldan fazla süreyle izlediği 430 hasta üzerinde yaptığı gözlemlere dayanarak, hastalığın klinik özelliklerini ayrıntılı olarak tanımlamıştır. 19. YY başlarında histerik hastaların telkin ve hipnozla iyileştiren Mesmer, kendi adıyla anılan "Mesmerizm" yaklaşımını ortaya koymuştur. Charcot ise anatomo-klinik yöntemleri uygulayarak histeride dinamik bir lezyondan söz etmiş ve travmatik heyecansal olayların, kalıtım nedeniyle yatkın olan kişilerde, dinamik ve işlevsel bir bozukluğa yol açtığını söylemiş, ayrıca hipnoz

altında telkinle bu belirtilerin tekrar oluşturabileceğini ileri sürmüştür. Babinski ise histeriyi telkinle oluşturulup telkinle kaybolan bedensel ve ruhsal çeşitli belirtiler topluluğu olduğunu söyleyip "simülasyon" içine dahil etmeye çalışmış ve bu duruma "pithiatisme" adını vermiştir. Charcot'un öğrencisi Pierre Janet ise hastalığın psikolojik sentez işlevinde bir zayıflama ile bilinç altında oluşan daralma sonucu, kişilikte bir çözülme (dissosiasyon) olduğunu ve böylelikle kişiyi rahatsız eden duyguların dissosiasyon aracılığıyla bilinçten izole edildiğini bildirmiştir. ^{17, 21, 31, 32, 55}

Ancak ilk kez Freud, Breuer ile çalıştığı bir dönemde bastırılmış bir dürtünün somatik belirtilere yer değiştirmesi olarak tanımlamış ve "konversiyon" terimini kullanmıştır. ¹⁷

2.2. Epidemiyoloji:

Yapılan çalışmalardaki metodolojik farklar, tanımlamalardaki ayrılıklar nedeniyle konversiyon bozukluğunun yaygınlığı ve sıklığı üzerine kesin bir veri bulunmamaktadır. Değişik toplumlarda yapılan farklı çalışmalarda görülme sıklığının 100.000'de 15-300 arasında olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri polikliniklerinde görülme oranı gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde ise %10 dolayındadır. Ülkemizde bu oran çeşitli çalışmalarda %4.5-32 arasında değişmektedir. Genel hastane konsültasyonlarının %5-14'ü konversiyon bozukluğu tanısı almaktadır. Konversiyon bozukluğu, ergenlikten önce kız erkek arasında eşit iken ergenlikten sonra kadınlarda daha sıktır ve 2-10 kadına karşılık 1 erkekte görülmektedir. Ancak iş kazalarından sonra ve askerdeki erkeklerde de oranlarda bir artış olabileceği belirtilmektedir. ^{17, 23, 24, 35, 59}

Konversiyon belirtileri erken çocukluktan 90'lı yaşlara kadar her yaşta görülebilmekte ise de 15-35 yaş arasında daha sık görülmektedir. ^{17, 33}

Kırsal kesimden olma, alt sosyoekonomik koşullar ve düşük eğitim düzeyi, yetersiz iç görü ve zeka düzeyinin düşük olması ile konversiyon bozukluğu sıklığının arttığı bildirilmektedir. ^{1, 16, 17, 25, 27, 33, 61}

Çocuklarda yapılan çalışmalarda erişkinlerden daha düşük oranda konversiyon bozukluğu tanısı konduğu bildirilmektedir (% 4.8).⁵⁶

Konversiyon bozukluğunun çeşitleri değerlendirildiğinde Genel olarak kırsal kesim ve düşük sosyoekonomik düzeyde daha dağınık, değişken ve abartılı belirtiler izlenirken, üst sosyoekonomik düzeyde ve eğitilmiş kişilerde belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklara daha çok benzediği bildirilmektedir.^{27, 31}

2.3. Etiyoloji:

Konversiyon bozukluğunun etyolojisi dört alt başlıkta incelenebilir:

2.3.1. Psikodinamik Teori:

Freud 1889 yılında Viyana'da çoğunluğunu nevroitik hastalardan özellikle de histeri belirtileri gösterenleri giderek artan bir ilgiyle incelemeye başlamış ancak bu çalışmalarının bir kurama dönüşmesini 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 kullanıyordu. Bu hastalar hipnoz altında sorunlarını baskısız ve açıkça anlatabiliyor hipnozdan uyandıklarında rahatlık duyuyorlardı. Duyguların boşalmasına imkan veren bu yöntem arınma anlamına gelen Katarsis denmişti. Sağladığı rahatlamanın yanı sıra bu yöntem hastaların nörotik belirtilerinin oluşmasına neden olan sarsıcı olayların ve duygusal çatışmaların ortaya çıkmasını da sağlıyordu. Her ne kadar hasta içsel sorunları ile hastalık belirtileri arasında bir ilişki kuramıyorsa da onu hipnoz altında gözlemleyen hekim aradaki ilişkiyi açıkça görebiliyordu. Freud'un histeri patolojisine ilgi duyduğunu bilen Breuer bir gün ona izlemiş olduğu ilginç bir hastadan söz etti. "Anna O" adı ile anılan bu hastaya ait bulgular psikoanaliz tarihçesine geçmiş ve bu kuramın gelişmesine oldukça önemli katkıda bulunmuştur. Anna O gerçekte, sonradan sosyal hizmet alanında öncülüğü ile ün kazanmış olan Bertha Pappenheim idi. O zamanlar 21 yaşında olan bu genç ve zeki kadın babasının ölümünün ardından çeşitli histeri belirtileri geliştirdiği için Breuer'e baş vurmuştu. Bu belirtiler kol ve bacaklarda felç, deri duyumunun yitilmesi, kaslarda kasılmalar, görme konuşma güçlükleri, yemek yiyememe ve öksürük nöbetlerinden oluşuyordu. Anna babasına çok düşküncü ve yaşamının son günlerinde yatağının yanından ayrılmamış ölümlüne dek ona bakmıştı. Tedavi sırasında Breuer'i de Anna'yı da şaşırtan bir durum ortaya çıkmıştı.

Anna ne zaman babasına karşı duyduğu yakınlık ve sevgiden söz etse ya da histeri belirtilerinin hangi koşullar altında ortaya çıktığını anlatsa bu belirtiler ortadan kayboluyordu. Freud'un Breuer ile yaptığı ortak çalışmalar 1893'te ilk ürününü vermiş ve iki araştırmacının birlikte yazdıkları "Ön İletişim" ve ardından yayınlanan "Histeri üzerine incelemeler" adlı kitaplarında psikodinaminin temelini atmışlardır. Her iki çalışmada da histeri belirtilerinin sarsıcı olaylardan kaynaklandığını vurguluyor, belirtilerle olaylar arasındaki ilişkinin simgesel de olabileceğini anlatıyordu. Ayrıca histeri ile travma nevrozunun nedenlerinin ortak yönleri olduğu, her iki durumunda sarsıcı olaya karşı yeterli duygusal tepkilerin verilmemesi sonucu, duyguların bilinçten uzak tutulduğu ve sarsıntı yaşatan olayla histeri belirtileri arasındaki ilişki hipnoz altında açıklık kazandığında bu belirtilerin de ortadan kalktığı anlatılmıştı. Böylece, kişinin bilinç dışı dünyası ve bu sürecin davranışlar üzerindeki önemli etkisi ilk kez anlaşılmaya başlanmıştı. ^{17, 64}

Freud konversiyon oluşumunda, pregenital dönem ve bu dönemde çözülmemiş "oidipus karmaşası" ile "kastrasyon anksiyetesi" üzerinde durmuş, cinsel ya da saldırgan içerikli dürtülerin bilince çıkması engellendiğinde, bunların bir beden işleviyle sembolize edilip, konversiyon savunma düzeneği aracılığıyla işlev bozukluğu ya da kaybı şeklinde bilince çıkabileceğini belirtmiştir. ^{17, 31, 52}

Örneğin, bilinçdışı olarak arzulanan cinsel orgazm isteği, "kasılmalar" biçiminde bedensel bir anlatım olarak izlenebilir. Bu yolla kişi düşlemini "nesnelleştirmiş" olur. Ya da tersine parmaklarda oluşan bir kasılma ile benlikle kabul edilmeyen bir kendini tatmin olayı engellenmiştir. Böylece kişi bu eylemin gerçekleşmesi ile yaşayabileceği olası suçluluk duygularından korunmuş olabilir. Çocukluk döneminde çeşitli beden kısımları (Örneğin, ağız, anüs, ekstremiteler vs.) çocuğa zevk verici bölgeler olarak işlev görürler. Bu nedenle gerek bedenin değişik bölümleri, gerekse çeşitli beden işlevleri (dışkılama, işeme) cinsel fantezilerin anlatımına yardımcı olurlar. Örneğin gerçek cinsel doyuma ulaşmayan bir hasta için, Konversiyon belirtisi cinsel doyumun yerinin tutan şekli değiştirmiş bir biçimde kasılmalar olarak karşımıza çıkabilir. ³¹

Fenickel konversiyondaki biçim değiştirme düzeneklerinin sembolizm, plastik anlatım, yoğunlaştırma, yer değiştirme ya da tersi temsil etme, olayların sırasının tersine çevrilmesi ya da bütünü temsil eden ayrıntıların abartılması gibi işlevlere olanak sağladığını ifade etmiştir. ³¹

Konversiyon düzeneği bilinç dışı dürtünün kılık değiştirip ve çoğu kez sembolik bir biçimde dışa vurumuna izin vermektedir. Bir yandan belirti aracılığıyla dürtü kısmen dışa vurulmuş, diğer yandan da bilinçli farkındalık alanından uzak tutulmuştur. Böylece bilinç dışı dürtünün yaratacağı anksiyetenin yaşanması engellenmiş olmaktadır. Bu şekilde anksiyeteden korumasına “birincil kazanç” denir. Birincil kazanç az yada çok hastaların büyük bir bölümünde (%86) gözlenmektedir.^{31, 33, 52}

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 kazançlar” elde edilmiş olur.^{1, 31}

2.3.2. Nörobiyolojik hipotez:

Konversiyon bozukluğunda yapılan nöropsikolojik testler, olayla ilişkili uyarılmış potansiyeller ve beyin görüntüleme çalışmaları, olası nöropsikolojik etkenlerin rolü konusunda ışık tutmuşlardır. Nöropsikolojik testlerde hastaların yakın bellekte bozulma, alan bağımlılığında ve telkine yatkınlıkta arıma gibi bozukluklar göstermesi bu görüşü destekler niteliktedir. Konversiyon belirtilerinin özellikle kadınlarda ve bedenin sol tarafında daha çok görülmesi konversiyon bozukluğunda serebal dominans sorunları olabileceğini düşündürmüştür. Araştırma sonuçları hastaların sensori motor sinyallerinin işlenmesinde ve çözümlenmesindeki bozukluğa bağlı olarak endojen bedensel sinyalleri anlama ve bütünleştirmede bir yetersizlik gösterdiklerini doğrulamıştır. Birincil sorun sol hemisferdedir. Ek olarak sağ hemisfer organizasyonunun kadınlarda daha fazla düzensizlikler gösterdiği bilinmektedir. Bu görüş konversiyon belirtilerinin kadınlarda daha sık görülme nedenini biyolojik temellere oturtmaktadır. Konversiyon bozukluğunda yapılan nöroendokrin çalışmalar kortizol ve prolaktin üzerine odaklanmış ama anlamlı bir sonuç çıkarılamamıştır.^{1, 17, 31, 40}

2.3.3. Genetik özellikler:

Ljunberg, yaptığı bir çalışmada konversiyon bozukluğu olanların yakın akrabalarında da bozukluğun görülme sıklığını genel popülasyonla karşılaştırılmış ve kadın akrabalarda 12-14 kez, erkeklerde 4-6 kez daha fazla konversiyon bozukluğu belirlemiştir.¹⁷

Yapılan bir başka çalışmada histeri, A kan grubundan olanlarda kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak konversiyonun ortaya çıkışında genetik faktörlerin rol oynayabileceği görüşü ortaya atılmıştır.^{31, 17}

Ayrıca bu kişilerin 1. derece akrabalarında antisosyal kişilik özellikleri ve alkolizm normal popülasyondan daha fazla oranlarda bildirilmiştir.^{9, 17, 22, 31}

2.3.4. Sosyo-kültürel Görüşler:

Bu görüş konversiyon belirtilerinin kişinin içinde yaşadığı toplum ve kültürün etkisiyle biçimlendiğini savunmaktadır. Belirtiler, sözel emosyonel ifadelerin toplumca kısıtlandığı durumlarda sözsüz bir iletişim aracı olmaktadır. Böylece yasaklanmış duygu ve fikirler, mimikler ve davranışlarla, konversiyon belirtileri olarak dışa vurulurlar. Ruhsal yakınmaların önemsenmediği ya da zayıflık olarak nitelendirildiği toplumlarda, duyguların bedenselleştirilme olasılığı yükselmektedir. Başka deyişle, belirtilere karşı oluşan tutumlar, belirtileri sürdürücü ya da söndürücü olmaktadır. Ayrıca konversiyon belirtisi ile kişi, başka türlü elde edemeyeceği, belli yükümlülüklerden kaçınma ve çevresindeki kişilerin davranışlarını da denetleme olanağı elde etmiş olmaktadır. Bu özel koşulları sağlama yollarında biri “ hasta rolü”dür. Hasta bir kişi hastalık belirtilerinin kişiler arası ilişkileri denetlediğini, görevlerini askıya aldığı, çevrenin dikkat ve sempatisini çektiğini ve bazen de parasal kazançlar sağladığını fark ederek bu rolü sürdürmektedirler.^{1, 31}

2.4. Tanı:

Hastalığın klinik görünüm ve etyolojisi üzerine olan bilimsel çalışmalar 100 yılı aşkın bir geçmişe sahiptir. Ancak konversiyon tanımlama ve sınıflandırma sorunları halen aşılabilmiş değildir.

Amerika Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM I'de (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, First edition) "konversiyon reaksiyonu" olarak isimlendirilmiş ve anksiyete yaratan durumların ardından organlarda veya vücudun bir bölümünde ortaya çıkan istem dışı fonksiyonel bozukluklar olarak tanımlanmıştır.¹⁷

1968 yılında yayınlanan DSM II'de ise terminoloji "histerik nevroz, konversiyon tipi" olarak belirtilmiş ve psikojenik fonksiyon kaybı ya da bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Sembolizm, güzel aldırılmazlık ve ikincil kazanç tanı koymada önemli ipuçları olarak kabul edilmiştir.¹⁷

DSM III'ün yayınlanmasıyla tanım bir kez daha düzenlenmiş ve üç ana kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; Psödonörolojik belirtilerle giden konversiyon bozukluğudur. Psikojenik ağrı bozukluğu ve multiple somatik yakınmalarla giden somatizasyon bozukluğu. DSM III'te tanı bilinen bir tıbbi bozukluk ya da fizyopatolojik mekanizmalarla açıklanamayan fizik fonksiyonlarda kayıp ya da değişiklik olarak tanımlanmıştır. Bu tabloyu ortaya çıkaran belirgin-stres etkisi olması ve tablonun istem dışı ortaya çıkması gerektiği de belirtilmiştir.^{3, 17}

DSM III R'de ise Konversiyon Bozukluğu (ya da histerik nevroz, konversiyon tip) olarak isimlendirilmiştir. Fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde, fiziksel işlevsellikte bir kayıp ya da değişme söz konusudur. Psikolojik bir çatışma ya da gereksinimle açıkça ilişkili psikososyal bir stres kaynağı ile, belirtinin başlaması ya da alevlenmesi arasında geçici bir ilişki olması nedeniyle, psikolojik etkenlerin söz konusu belirtiliyle etyolojik olarak ilişkili olduğu yargısına varılır. Kişi bu semptomun belirli bir amacının olduğunun bilincinde değildir. Bu belirti kültürel bir tepkime biçimi olarak görülemez ve uygun bir inceleme sonrası bilinen fizik bir bozukluk ile açıklanamaz denmiştir.³

1994 yılındaki son sınıflama olan DSM IV'de ise Somatoform bozukluklar grubu içinde konversiyon bozukluğu bir alt başlık olarak tanımlanmıştır.

DSM IV'e göre Tanı ölçütleri:⁴

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

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

C- Bu belirti ya da defisit amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür belirtiler varmış gibi davranılmamaktadır.

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

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

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

Alt tipler:

Motor belirti ya da defisit gösteren

Duyu belirtisi ya da defisiti gösteren

Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren

Karışık görünüm sergileyen ⁴

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflaması olan ICD 10'da dissosiasyon ve konversiyon bozuklukları pek çok ortak özelliği paylaşmaları ve benzer ruhsal süreçlerin bulunduğu varsayımı göz önüne alınarak "Dissosiyatif" terimi altında hareket ve duyguların dissosiyatif bozukluğu, dissosiyatif motor bozukluk olarak isimlendirmiştir.³⁰

DSM III çalışma grubu, dissosiyatif bozuklukları Janet'in teorik formülasyonlarını ve belirsizlik taşıyan histeri kavramlarını bir kenara bırakıp gözlemlenen davranış özelliklerini ölçü olarak tanımlamıştır. Ancak DSM III'te konversiyon bozukluğu tanısı için yinede çevresel etkenlerle ilişkili olarak ruhsal etyolojinin rolünü vurgulamış, DSM III R 'de ise bu yaklaşımın stresin tetikleyici etkisi ve iradi kontrolün dışında olma ölçütleri dışında, büyük ölçüde bırakılmış ve ikincil kazançtan bahsedilmemiştir. Ayrıca

DSM III'te konversiyon bozukluğu tanısı için belirtilerin nörolojik sistemle kısıtlı kaldığını, DSM III R'de bu kısıtlamanın kaldırıldığını, DSM IV'de ise DSM III'deki yapıya geri dönüldüğünü görüyoruz. DSM IV'de konversiyon bozukluğunun somatoform bozukluklar içinde, dissosiyatif bozukluklar ise ayrı bir grup olarak tanımlanmış; ICD 10'da ise dissosiyatif (konversiyon) bozukluklar başlığı altında tek bir grup içinde toplanmıştır.⁵⁵

2.5. Klinik görünüm:

2.5.1. Duyu belirtileri:

Özellikle ekstremitelerde dermatomlara uymayan bir biçimde ve anatomik olarak kesin sınırlarla ayrılabilen duyu azalması, uyuşma, iğnelenme, karıncalanma gibi anestezi ve paresteziler gözlenebilir. Ekstremitte anestezisi genellikle eldiven çorap biçiminde, üniform dağılımlı, tüm duyuusal modaliteleri içeren (ağrı, dokunma, ısı) ve dermatomlara uymayan, keskin sınırlı bir görünümdeydir. Hemianestezi durumunda ise vücut ve başın, tam orta hattından geçen bir anestezi sergilenmektedir.^{5, 19, 31, 33, 46}

Öte yandan beş duyu organlarını da tutarak geçici körlük veya sağırlık da gözlenebilir. Fonksiyonel görme kaybı tanım olarak organik bir bozukluk olmaksızın görme keskinliğinde azalma, tüp ya da spiral görme gibi görme alanı bozukluklarının olmasıdır. Konversiyon belirtilerinden körlük oldukça nadir görülmekle birlikte, ani görme kaybına yol açabilen pek çok göz hastalıklarıyla da karışabilmektedir. Bu hastalar görmediklerini belirttikleri halde çevredeki eşyalara çarpmadan dolaşabilmektedir. Genellikle kendilerinden bakmaları istenen objeye dönüp bakışlarını o yöne yönelttikleri halde görmediklerini söylemektedirler. Ayrıca bu kişilerde ışık reaksiyonları ve kortikal evoked potansiyeli gibi nörolojik muayene ve testler sağlam olarak bulunmaktadır.^{5, 19, 31, 33, 46, 65, 60}

2.5.2. Motor belirtileri:

Konversiyon belirtileri genellikle bilinen anatomik yollara ya da fizyolojik düzeneklere uymaz. Fizik muayenede beklenen nesnel bulgular genellikle saptanmaz. Sendelemeler, çevreye çarpmalar ve sallanmalarla giden "ataksik" yürüyüş biçimleri gözlenebilir. Hastalar her an yere düşecek izlenimi vermelerine rağmen nadiren düşerler, düşseler de kendilerini kollayarak düştüklerinden yaralanmazlar. Hastaların bazen kas zayıflığı varmışçasına ayakta duramadığı

(astazi) ya da yürüyemedikleri (abazi) görülebilir. Pleji ya da , paraliziler sık karşılaşılan motor belirtilerdir. Muayene sırasında kol başın üstüne tutulup bırakıldığında bir süre aynı pozisyonda kalır, sonra yüzü koruyarak yavaşça yana düşer. Nörolojik muayenede paralizilerin kas sisteminde dağılımının bilinen nöral yollara uymadığı görülür. Antagonize kaslarda direnç, normal kas tonusu, olağan refleksler ve normal EMG bulguları saptanır. Ancak çok uzun süre devam eden bazı konversiyon paralizisi olgularında inaktivite atrofisi de görülebilir. Konversiyona bağlı bazı paralizilerde, gerçek felçlerde görülmeyen gece uykuda ekstremitelerinin hareketlerinin saptanabileceği bildirilmektedir.^{10, 19, 31, 33}

Motor belirtileri bir diğer grubu blefarospazm, tortikollis ve opistonustur.¹⁹

2.5.3. Yalancı (psödo)epileptik nöbetler:

Yalancı nöbetler psikiyatrist ve nörologları en çok uğraştıran konversiyon bozukluğu semptomlarından biridir. Dirençli epileptik nöbetlerde mutlaka psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Aksi takdirde yanlışlıkla dirençli epileptik olarak kabul edilip cerrahi girişim yapılan olgular olabilmektedir. Gerçek epilepsi ve yalancı nöbet birlikteliği %5-20 arasındadır ve ciddi ayırıcı tanı sorunları doğurmaktadır. Birlikte ailede epilepsi öyküsü bulunur. Yalancı nöbet sergileyen hastaların 1/3'ünde saf yalancı nöbetler, 1/3'ünde yalancı nöbet ve epilepsi, kalan 1/3'te ise başka bir nörolojik hastalık bulunduğu anlaşılmıştır.^{6, 15, 35}

Konversiyon nöbeti her seferinde değişik bir kasılma tipi gösterebilir. Genellikle başka insanların ya da hekimlerin varlığında ortaya çıkar. Bu grup hastalarla yapılan çalışmalarda geçmişte ve çocukluk çağında önemli travmaların olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmada yaşam boyu cinsel kötüye kullanılma öyküsü % 24-77, fiziksel kötüye kullanılma öyküsü % 15,5-70 olarak belirlenmiştir. Ancak bu oranlar çok geniş bir aralığı kapsamaktadır.^{6, 15, 19, 39}

Psikojenik nöbetlerin başlama yaşı ortalama 26-30 olarak belirlenmiştir. Bu durum gerçek epilepsi başlama yaşı için geç olarak değerlendirilmektedir.¹⁴ Konversif nöbetlerde, dil ısırma, idrar ve gaita inkontinansı, bilinç bozukluğu, düşerek kendini yaralama ve gece uykuda nöbet geçirme genellikle gözlenmez. Ancak nadir olgularda bu tür belirtiler olabilir. Özellikle uykuda nöbet geçirme ayırıcı tanı açısından önemli bir belirtidir. Konversiyon bozukluğunda nöbet sırasında ve ara dönemlerde kornea refleksi sağlam, ağrılı uyaranlara yanıt vardır, patolojik refleksler

yoktur. Nörolojik muayene ve testlerde bir bozukluk yoktur. Ayrıca nöbet sırasında epileptik hastalarda prolaktin düzeyinde yükselme saptanabilmektedir.^{2, 17, 31, 33, 39}

2.5.4. Nörovejetatif Belirtiler:

Boğazda düğümlenme (Globus histerikus), kusmalar, öksürük, hıçkırık, hava yutma (aerofaji), geçirmeler, öğürmeler, diyare ve yalancı gebelik gibi belirtiler görülebilir.⁵²

2.5.5. Diğer belirtiler:

Histerik tipte halüsinasyonlar ve illizyonlar, histerik psikozlarda, disosyatif durumlarda görülebilir. Ancak konversiyon bozukluğunda oldukça nadirdir. Konversiyon bozukluğunda bulunduklarında genel olarak diğer psikotik belirtiler yoktur ve hastanın belirtilere karşı içgörüsü vardır.^{5, 19, 46}

Bazı durumlarda belirtiler topluluk halinde bulunulan okul, işyeri, dinsel ayinler gibi ortamlarda başka kişilere yayılım göstererek kitle histerisine dönüşebilmektedir.¹⁹

2.5.6. Güzel aldırmazlık: (La belle indifferance)

Konversiyon bozukluğunda görülen özel bir duygulanım türüdür. Hasta çeşitli organ işlev bozukluklarına karşın bu belirtilere karşı bir aldırmazlık içinde ve rahat görünümündedir. Ancak artık güvenilir bir tanı ölçütü olarak kabul edilmemektedir ve DSM IV tarafından tanı ölçütleri içine alınmamıştır. Ancak klinikte sıklıkla karşımıza çıkabilmektedir.^{17, 31, 33, 52}

2.5.7. Lateralizasyon:

Son yıllarda yapılan çalışmalarda konversiyon belirtilerinin daha çok non-dominant hemisferle ilgili olduğu bildirilmektedir. Özellikle kadınlarda sol tarafta motor ve duyu kaybı daha baskın olarak gözlenmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda %65 - %74 sol taraf bulguları baskın bulmuştur. Sol tarafta fazlalığın nedenleri araştırıldığında, sol taraftaki bir felcin sağ tarafın çalışmasını engellemeyeceği, çok fazla işlev kaybına yol açmayacağı ya da nondominant hemisferin hastalığın oluşmasında önemli bir rol oynadığı, ileri sürülmektedir. Ancak lateralizasyon konusunda herhangi bir fark olmadığını ya da tam tersini bildiren yayınlar da bulunmaktadır.^{33, 53}

2.6. Psikolojik stres etkeni:

Yıllardır konversiyon bozukluğu akut psişik bir strese yanıt olarak değerlendirilmiştir. Briquet ve Charcot'da bu ilişkiye dikkat çekmişlerdir. Yapılan çalışmalarda %52 - %93, ataktan önce belirgin stres etkeni saptamıştır.¹⁷

2.7. Ayırıcı tanı:

Konversiyon bozukluğu için tanı koydurucu özgül bir belirti, bulgu ya da laboratuvar anormalliği yoktur. Tanımlayıcı belirtileri olmadığından, tanı diğer hastalıkları dışlayarak konmaktadır. Tıbbi hastalıklarda beklenen laboratuvar bulgularının olmayışı konversiyon bozukluğu tanısını desteklemektedir. Konversiyon bozukluğu tanısı, olası tüm nörolojik ya da tıbbi durumları dışlayacak kapsamlı bir tıbbi incelemeden sonra konmalıdır. Ancak bunların belirlenmesi konversiyon bozukluğu tanısı için yeterli değildir.

Nörolojik hastalığın tam olarak yerleşmesinden önce, hastaların %13,34'ünün işlevsel bozukluk tanısı aldıkları belirtilmiştir. Bir grup yalancı nöbet tanılı hastanın %8'inin 4 yıl sonraki değerlendirmelerinde tanının epilepsi olduğu görülmüştür. Atlanması en olası epileptik nöbet türü, ani emosyonel değişiklikler, kişilik değişiklikleri, saçma sapan hareketler yapma gibi ruhsal belirtileri de içeren frontal tip nöbetlerdir. Multipl skleroz, optik nevrit, periyodik paralizi, beyin tümörleri, myastenia gravis, Guillain-Barre hastalığı, polimyozit, idiyopatik ya da ilaca bağlı distoniler, hipoglisemi ve ilaç intoksikasyonları da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Konversiyon bozukluğu ve nörolojik hastalıkların birlikte görülme sıklığının yüksek oluşu, hastalığı model alma (epilepsi-yalancı nöbet birlikteliğinde olduğu gibi) ya da bozulmuş serebral işlevlerin konversiyon bozukluğuna yatkınlık oluşturmasıyla açıklanmaktadır. Ancak nörolojik bir hastalığın varlığı konversiyon bozukluğu tanısı konmasını engellemez. Belirti ya da kayıplar belirlenen bir nörolojik ya da tıbbi durumla tam olarak açıklanamıyorsa ek olarak konversiyon bozukluğu tanısı konabilir.^{19, 20, 64}

Tablo 1: Organik kökenli inmelerle konversiyon bozukluğuna bağlı belirtiler arasında ayırım.⁵²

	I.NÖRON TUTULUMUNDA	II.NÖRON TUTULUMUNDA	KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA
REFKEKSLER	DTR'ler artmış, patolojik refleks var	DTR'ler azalmış veya kaybolmuş, patolojik refleks yok.	Reflekslerde bozukluk yok. Abartma olabilir, patolojik refleks yok.
Sfinkter bozukluğu	Vardır	Olabilir.	Yoktur
Kaslar	Spastik felç Kısa sürede atrofi yoktur, fasikülasyon yoktur.	Flask felç, atrofi ve fasikülasyon vardır.	Kas tonüsü normaldir. Yapay kasılma olabilir. Çok uzun süreli kullanmamaya bağlı atrofi olabilir. Fasikülasyon yoktur.
Güzel Aldırmazlık	Yoktur.	Yoktur.	Çoğu kez görülebilir.

Tablo II: Epileptik ve Konversif bayılmaların ayırımı.⁵²

	EPİLEPTİK BAYILMA NÖBETİ	KONVERSİF BAYILMA NÖBETİ
Ortaya Çıkaran Etken	Nöronal deşarj.	Ruhsal stres
Süre	En çok 1-2 dakika	10-20 dakika veya saatlerce
Düşme biçimi	Aniden, tehlikeli olabilir. Çığlıkla düşme.	Genellikle yer ve zaman seçimi vardır. Düşüş tehlikeli değildir.
Altına Kaçırma	Olabilir	Genellikle olmaz.
Yaralanma, Dil ısırma	Olabilir	Dil ısırması olmaz, dudaklarını, ellerini ve çevredekileri ısırabilir.
Gelme Zamanı	Günün herhangi bir zamanı olabilir. Gece uykuda gelebilir.	Genellikle başka insanların yanında olur. Uykuda gelmez.
Bilinç yitimi	Ani bilinç yitimi.	Olabilir, olmayabilir. Konuşulanları duyup anımsamayabilir. Nöbet sırasında konuşabilir.
Ağrılı uyaranlara yanıt	Yok	Genellikle var.
Refleksler	Kornea refleksi alınmaz, patolojik refleksler görülür.	Kornea refleksi normaldir, patolojik refleks alınmaz
EEG	Genellikle bozuktur.	Genellikle normaldir.

Eğer belirtiler madde ya da ilaç kullanımına bağlıysa ya da yalnızca somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa, belirtiler yalnızca ağrı ya da cinsel işlev bozukluğu ile sınırlıysa konversiyon bozukluğu tanısı konmamalıdır. 17, 19, 26, 31, 33, 52

Yapay Bozukluklar (factitious disorders), temaruz ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Yapay bozuklukta çekirdek özellik hasta rolünü benimseyerek tıbbi tedavi ve bakım sağlamaktır. Temaruzda yasal yaptırımlardan, ödev ve yükümlülüklerden kurtulmak, parasal kazanç elde etmek gibi belirgin çıkarlar vardır. Bunlarda belirtiler bilinçli ve hastanın amacına uygun bir biçimde taklit edilmekte ya da çıkarılmaktadır. Halbuki konversiyonda belirtiler bilinç dışı ortaya çıkmaktadır. Ancak bazı olgularda bu ayrımı yapmanın kolay olmayacağı da unutulmamalıdır. 17, 19, 26, 31, 33, 52

Ağrı bozukluğu: Belirtiler yalnızca ağrı ile sınırlıdır. 31,33, 52

Hipokondriasis: Bu bozuklukta belli bir organında işlev bozukluğundan çok, önemli bir hastalığı olduğu duygusu ve inancı yaşanmaktadır. Ayrıca bedensel belirtilerine karşı aldırmaçlık içinde olmayıp, aksine aşırı bir korku duygusu yaşar. Öte yandan hipokondride gerçek bir işlevsel kayıp ya da çarpıtma bulunmaz ve hastalığın gidişi süregendir. 31, 33, 52

Somatizasyon Bozukluğu: Genç yaşta başlama eğiliminde, birden çok organı tutar ve polisemptomatiktir. 31, 33, 52

Şizofreni ve diğer bozukluklar: Donakalım ve balmumu belirtilerini (katatoni, katapleksi) konversiyondan ayırmak gerekir. Konversiyonda izlenebilen varsanılarda kişi bunların gerçek olmadığını bilincindeyken, psikozlarda gerçeği değerlendirme işlevi bozulmuştur. 31,33,52

2.8. Eşlik eden psikopatoloji:

Konversiyon bozukluğuna diğer bir ruhsal bozukluğun eşlik etmesi oldukça sık görülen bir durumdur. Herhangi bir duygudurum bozukluğunun, yalancı nöbet tipi konversiyon bozukluğu ile birliktelik oranı %45-85 arasında değişmektedir ve çoğunluğunu majör depresyon oluşturmaktadır. Yalancı nöbet tipi konversiyon bozukluğu hastalardaki ruhsal bozukluk birliktelikleri, panik bozukluğu, dissosiyatif

bozukluklar, posttravmatik stres bozukluğu, somatoform bozukluklar, şizofreni alkol ve madde kullanımı eşlik edebileceği bildirilmektedir. Yalancı nöbet hastalarında, nöbet tipi dışındaki konversiyon bozukluğu görülme oranı %82'dir.

Dissosiyatif bozukluk-konversiyon bozukluğu birlikteliği, çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü olan hastalarda daha fazla saptanmaktadır. ^{2, 6, 39, 58}

Konversiyon belirtilerinin duygulanımda labilite, dramatik davranışlar ve kendine özgü bir bilişsel stil ile karakterize olan histerik kişiliğe özgü olduğu varsayılmıştır. ^{1,31}

Artık histrionik kişilik bozukluğu ile konversiyon bozukluğu arasındaki ilişkinin zorunlu bir koşul olmadığı kabul edilmektedir. Ülkemizde Öztürk ve Göğüş bu hastaların çoğunun çekingen, duyarlı, çevresindekilerle boyun eğici, ağır yaşam koşullarına "uysal uyum" yapabilen duygu ve düşüncelerini dışa vurmayan ve çocukluktan beri aile içinde özel yer ve sorumluluk yüklenmiş kişiler olduğuna işaret etmektedir. ¹⁹

Depresyon: %17-29 oranında depresyon olabileceği bildirilmektedir. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada %88 oranında depresyonun eşlik edebileceği ve konversiyon belirtilerinin huzursuzluğun bir habercisi olabileceği bildirilmiştir. ⁶

2.9. Tedavi yaklaşımları:

Bu hastalar genellikle önce ilk yardım, nöroloji, dahiliye poliklinikleri ya da, pratisyen hekimlere başvurumaktadırlar.

Birinci basamak: Hastanın ikincil kazançları konversiyon belirtilerinin pekişmesinde ve süregitmesinde olumsuz rol oynayabileceğinden ilk amaç belirtinin kaldırılması olmalıdır. Bu amaçla sözel telkin, plasebo uygulaması, faradizasyon, trankilizan ve hatta amobarbital uygulamasının da etkili olduğu belirtilmiştir. Faradizasyonda hastanın yaşadığı can acısı, hem içrel çatışmanın yön değiştirmesine, hem de konversiyon belirtilerinin hastaya kazandırdığı ikincil kazancın cezalandırılıp ortadan kalkmasına yol açacaktır.

İkinci basamak: Hastayla ilgili gerekli tıbbi incelemeler yapıldıktan sonra bu yakınmalarının yaşadığı ruhsal stresler arasındaki bağlantılar anlatılmaya çalışılmalıdır. Daha sonra hastanın anksiyete düzeyi elverdiği ölçüde hastalığın oluşmasında rol oynayan kritik ruhsal sorunlar konuşulmaya başlanmalıdır. ^{31,33,52,47}

Üçüncü basamak: Eşlik eden belirtiler varsa bunlara yönelik anksiyolitik, antidepresan vb. ilaçlar başlanmalıdır. İkincil kazançları ortadan kaldırmak amacıyla davranış tedavileri uygulanabilir. Burada gerektiğinde hastanın yaşamında önemli yeri olan kişileri de devreye sokarak hastanın bu kazançlar olmaksızın kendine yetebilme, bağımsız davranabilme ve otonomisini kazanma yönündeki davranış girişimleri ödüllendirilebilir. Hastalığın uzun süredir devam ediyor olması, tedaviye geç başlanması, hastanın kişiliğinin güçsüz oluşu ve hastanın ikincil kazançlarının fazla oluşu tedavi konusundaki olumsuz koşullardır. ^{31, 33, 52, 47}

Sonuç olarak konversiyonda tedavi amacı, tek bir belirtinin ortadan kaldırılması olmamalıdır. Aksi takdirde hasta yeni belirtiler geliştirebilecektir. Esas amaç hastanın kişiliğinde, insanlarla olan ilişkilerinde ve davranışlarında gerekli değişimleri yaparak sağlığına kavuşmasını sağlamaktır. Yani duygularını bedensel değil, sözel olarak ifade etmeyi öğrenmesine, ikincil kazançlara ihtiyaç duymadan otonomisini kazanmasına çalışılmalıdır. ³¹

2.10. Gidiş ve sonlanım:

Konversiyon bozukluğu hemen her yaşta başlayabilmektedir. Geç çocukluk-erken yetişkinlik dönemine denk gelen 10-35 yaşları arasında başlaması sıktır. Olguların 1/5'i, 20 yaş ve altında başlamaktadır. Orta ve ileri yaş başlangıçlı konversiyon bozuklukları öncelikle tıbbi yönden ele alınmalıdır. Tanısal sorunların yaşanmadığı saf konversiyon bozukluğunda, izleme çalışmaları hastaların %75-100'ünün iyileşmiş olduğunu ortaya koymuştur. Konversiyon belirtileri tipik olarak kısa sürelidir. Hastaneye yatırılan olguların çoğunda belirtiler iki hafta içinde yatışmaktadır. Hastanede yatarken düzelme prognoz açısından önemlidir. Dört buçuk yıl izlenmiş konversiyon bozukluğu olan bir hasta grubundan hastanede düzelenlerin %96'sının iyi olduğu, buna karşılık düzelmeden çıkanların yalnızca %30'unun iyi olduğu görülmüştür. Düzelmeden çıkan hastalarda nüks sık görülmekte ve hastaların %20-25'inde belirtiler ilk bir yıl içinde yinelemektedir. Olumlu sonlanım göstergeleri olarak hastalık öncesi iyi bir sağlık durumu, akut başlangıç, başlangıçta açıkça belirlenebilen streslerin olması, başlangıçla tedavi arasının kısa olması, maluliyet rapor beklentisi olmaması, eşlik eden başka ruhsal ya da tıbbi bozukluğun olmaması ve ortalamanın üzerinde zeka belirlenmiştir. ^{6, 33}

Paralizi, afoni ve körlük belirtilerinin sonlanımı iyi, buna karşılık tremor ve nöbetlerin sonlanımı daha kötüdür. Yalancı nöbet öyküsünün uzun süreli olması ve eşlik eden psikopatoloji kötü sonlanım belirleyicileri olarak göze çarpmaktadır. Bazı çalışma verileri, yalancı nöbetlerin sonlanımının genellikle kontrol grubu olarak seçilen epileptiklerden bile kötü olabileceğini bildirmiştir.^{8, 33}

Kalıcı belirtiler daha çok ileri basamak bakım ünitelerinde gözlenmektedir. Bunlarda ya rapor gibi simülasyona yakın ikincil bir kazanç ya da nörolojik bir hastalığın sinsi başlangıç belirtileri olabileceği bildirilmektedir.^{17, 31, 33, 52}



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma grubunun seçimi:

Çalışmaya 1997-1998 yılı içinde Ç.Ü.T.F Balcalı Hastanesi psikiyatri polikliniğine sorunları nedeniyle başvuran ve konversiyon bozukluğu tanısı konan 15-48 yaşları arasında 72 hasta alındı.

Hastalık süresinin 4 yıl bulunması üzerine hasta grubu hastalık süresi 4 yıldan uzun ve kısa olarak ikiye bölündü ve her iki grup arasındaki farklar incelendi.

3.2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

DSM IV tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konmuş olması.

Nörolojik muayene, EEG ve diğer nörolojik incelemelerin normal olması.

Ağır sistemik hastalığının olmaması.

Alkol ya da madde bağımlılığının olmaması.

Okuma yazması olmayan hastalar için çalışmada kullanılan testleri okunduğu zaman anlayabilecek düzeyde olması.

3.3. Veri Toplama Araçları:

3.3.1. Konversiyon bozukluğu veri toplama formu.

Bu formun aslı ektedir. Her hasta için doldurulan bu formda;

1-6 ya kadar olan maddelerde Sosyo-demografik veriler araştırılmıştır.

7.maddede yakınma, 8. Maddede öyküsü belirlenmiştir.

9 maddede stres etkeni , 10 ve 11. madde de ise öz ve soy geçmiş araştırılmıştır.

12-24 maddelerde ruhsal muayene özellikleri incelenmiştir.

25 psikomotor işlevler değerlendirilmiştir.

26-31 arasında psikometrik testlerden alınan puanlar kaydedilmiştir.

32 tanı, 33. Maddede önerilen tedavi kaydedilmiştir.

3.4. Kullanılan Testler

Çalışmaya alınan hastalara Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), BECK Depresyon Ölçeği, Semptom Tarama Ölçeği (SCL 90-R), Toronto Aleksitimi Ölçeği uygulandı.

Çalışmaya alınan hastalardan okuma yazma bilmeyenlere testleri Dr. tarafından anlatıldı ve okunarak cevapları alındı.

3.4.1. Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE)

HKE, bireyin kişisel ve sosyal uyum düzeyleri hakkında bilgi veren kişilerin kendilerinin yanıtladığı, 166 sorudan oluşan bir kişilik ölçeğidir. Kişisel uyum için dört sosyal, uyum için dört toplam sekiz alt ölçekten oluşur:

- 1 Kendini gerçekleştirme
- 2 Duygusal kararlılık
- 3 Nevrotik eğilimler
- 4 Psikotik belirtiler
- 5 Aile ilişkileri
- 6 Sosyal ilişkiler
- 7 Sosyal normlara uyma
- 8 Antisosyal eğilimler

Kişisel uyum, Sosyal uyum, Genel uyum olmak üzere toplam üç uyum ölçeği vardır.⁵¹

Bu çalışmada HKE, bireyin kişisel ve sosyal uyum düzeylerini ölçme amacıyla kullanılmıştır. Uyumdan kasıt, bireyin hem kendisi, hem çevresi ile iyi ilişkiler kurabilmesi ve bunu sürdürebilmesidir.

Sağlıklı bir kişilik gelişiminin, bireyin sosyal ve kişisel yönü arasında dengeli bir etkileşimle mümkün olacağı düşünülür.

Bireyin kişisel yönü; davranış kalıplarını, tepki örüntüsünü, davranış biçimini, gerçekten ne yaptığını; sosyal yönü ise bireyin uyarıcı bir sistem olarak başkaları üzerinde bıraktığı etki ya da izlenimleri anlatır. Bireyin kişisel ve sosyal yaşantısıyla ilgili nitelikler, Hacettepe Kişilik Envanterinin iki temel bölümünü oluşturmaktadır.

Puanların yüksekliği uyum düzeyinin arttığını gösterir. Ellinci yüzde, puan dağılımının ortanca değerini temsil eder. Ortanca değer HKE'nin uygulandığı

gruptaki kişileri, yarısı bu puanın üstünde, diğer yarısı ise bu puanın altında olacak biçimde ikiye bölen puandır. ⁵¹

HKE'nin alt ölçeklere ilişkin güvenirlik kat sayıları "standart normlar" alt ölçeğinde en düşük 0.58 ve genel uyum puanında en yüksek 0.92 olmak üzere ortalama güvenirlik 0.82 bulunmuştur. Genellikle Kişisel uyum alt ölçeklerinin güvenirlikleri, sosyal uyum alt ölçeklerine göre biraz daha yüksektir. ¹²

a) Kendini gerçekleştirme (kg):

Kendine güvenme, kendi yeteneklerinin farkında olma, kendi kendine kararlar verebilme, doğru bildiğini söyleyebilme, kabul edildiği ve bir işe yaradığı duygusu içinde olma gibi niteliklerle ilişkilidir. ⁵¹

b) Duygusal kararlılık (dk):

Duygusal kararlılık puanının yüksek olması, bireyin duygusal yönden kararlı olduğunu gösterir, DK'dan yüksek puan alan kişiler, kendine güvenen, az üzülen, alıngan olmayan kişilerdir. Çoğu kez sakin ve huzurlu bireyler izlenimini verirler. Düşük puan alan kişiler gergin, kaygılı, karılaştıkları yeni durumlarda ise korkak ve çekingen ya da aşırı atak ve kavgacı olabilirler. ⁵¹

c) Nevrotik eğilimler (ne):

Bu kişilerin kronik yorgunluk, baş ağrısı, uykusuzluk, görme güçlükleri, iştahsızlık gibi psikosomatik yakınmaları vardır. Bu kişiler, genellikle duygusal çatışmalarını fiziksel yolla ifade ederler. Nevrotik eğilimler alt ölçeği benliğini olduğu gibi kabul edememe, mükemmeliyetçi olma, eleştiriye açık olmama gibi davranışları da içerir. ⁵¹

d) Psikotik belirtiler (pb):

Psikotik belirtiler puanı düşük olan bireylerde, insanlardan uzaklaşma, yalnız kalmayı yeğleme, dikkatini bir noktada toplama güçlüğü hayal kurma eğilimi gözlenir. Bu kişiler alıngan ve aşırı duygusaldırlar. ⁵¹

Tablo III: HKE alt ölçekleri yüzdelik normları ⁵¹

	KG	DK	NE	PB
%75	12	11	12	12
%50	9	8	9	9
%25	6	5	6	6

e) Aile ilişkileri (aı):

Bu ölçekten alınan puan, bireyin ailesiyle ilişkilerini yansıtır. Puanın yüksek olması, kişinin ailesiyle dostça ve sağlıklı ilişkiler içinde olduğunu, ailesini sevdiğini ve ailesi tarafından sevildiğini gösterir.

Bu tür bireyler, aile üyelerini normal ölçüler içinde kendilerinden istekte bulunan, ancak belli ölçüde bağımsız olma hakkını tanıyan kişiler olarak görülür. ⁵¹

f) Sosyal ilişkiler (sı):

Sosyal ilişkiler puanı, bireyin diğer insanlarla olan ilişkisinin niteliğini belirler. Puanın yüksek oluşu sosyal olgunluk yönünden, bireyin uyumlu ve sosyal becerilerinin yüksek düzeyde olduğuna işaret eder. Bu kişiler arkadaşları ve diğer yetişkin grupları içinde mutlu ve rahat bir görünüm verirler. Konuşmaktan hoşlanırlar ve başkalarının söylediklerine ilgi gösterirler. Başkalarını sever ve başkaları tarafından sevilirler. Topluluk içinde esnek bir tutum benimserler. Kabul gören davranışlar sergilerler. Kendilerini sosyal durumlarda uygun şekilde idare etmesini bilirler. ⁵¹

g) Sosyal normal (sn):

Uyulması zorunlu yasal durumlara olduğu kadar, dikkate alınması gereken sosyal kural ve toplum değerlerine, başkalarının hakkına saygılı olma, bunun yanı sıra, kendi istek ve gereksinimlerini de toplumla uzlaşarak belli ölçütlerde bağımsız olarak karşılama gibi davranışları ölçer. ⁵¹

h) Antisosyal eğilimler (ae):

Antisosyal eğilimler puanının düşük olması, bireyin antisosyal eğilimlere sahip olduğunu gösterir. Bu kişiler genellikle sert, öfkeyle dolu, kavgacı, incitme isteği duyan, zor kullanan, öç alma duyguları içinde olan, saygısız bireylerdir. Bilinçli olarak toplumsal normlara ters düşmekten hoşlanırlar ve bu şekilde kişisel doyum sağlamaya çalışırlar. ⁵¹

Tablo IV: HKE alt ölçekleri yüzdeler normları ⁵¹

YÜZDELİK DEĞERLER	AI	SI	SN	AE
%75	13	13	13	12
%50	10	10	10	9
%25	7	7	7	6

ı) Kişisel uyum (ku):

Kendini gerçekleştirme, duygusal kararlılık, nevroitik eğilimler,psikotik belirtiler, alt ölçeklerinin toplamından oluşur. ⁵¹

i) Sosyal uyum (su):

Aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, sosyal normlar, antisosyal eğilimler alt ölçeklerinin toplamından oluşur. ⁵¹

j) Genel uyum (gu):

Tüm alt ölçeklerin toplamından oluşur. ⁵¹

Tablo V: HKE alt ölçekleri yüzdeler normları ⁵¹

YÜZDELİK DEĞERLERİ	KU	SU	GU
%75	43	52	95
%50	36	46	82
%25	30	40	70

3.4.2. Durumluk-Sürekli Kaygı envanteri

STAI, Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberger'in İki Faktörlü Kaygı kuramından kaynaklanmıştır. STAI, kırk maddeden oluşan, yirmişer maddelik iki ayrı ölçeği içeren bir öz-değerlendirme anketidir. (STAI) Güvenirlilik katsayıları sürekli kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.87 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği 0.94-0.96 arasında olduğu bulunmuştur. Test tekrar test güvenirlilik katsayıları Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.71 ile 0.86 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.26-0.68 arasında bulunmuştur.⁵⁰

Durumluk kaygı (TX1), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği sübjektif korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularını gösterir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalktığı zamanlar ise durumluk kaygı seviyesinde düşme olur.⁵⁰

Bazıları ise sürekli huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu ortamların sürekli yorumlanmasıyla birey kaygı duyar. Buna da sürekli kaygı denir. Sürekli kaygı bir kişilik özelliğini belirler. Bu kişiler karamsarlıklar ve kolay incinirler. Testimizde bunun ölçen alt ölçek de sürekli kaygı ölçeğidir (TX2).⁵⁰

3.4.3. Semptom Tarama Ölçeği (SCL-90-R)

SCL-90 R, Degogatis tarafından geliştirilen, 5 dereceli likert tipi cevaplandırılan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen bir belirti tarama ölçeğidir. Somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, düşmanlık, fobik anksiyete paranoid düşünce, psikotik özellikler, olmak üzere dokuz alt özelliği vardır. Genel ortalama ise genel olarak iyiliği gösterir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İhsan Dağ tarafından yapılmıştır. Test tekrar test güvenirliliği $r=90$ Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı,

0.97, altölçeklerin test tekrar test güvenirliği 0.65-0.87 arasındadır. Beck Depresyon Ölçeği ile 0.78 korelasyon gösterdiği bulunmuştur. GSI ile MMPI alt ölçekleri arasında korelasyonların 0.1-0.77 arasında değiştiği belirlenmiştir.¹¹

a) Somatizasyon alt ölçeği

Kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, solunum sistemi yakınmaları ile baş ağrısı, yaygın kas ve baş ağrıları gibi bedensel yakınmaları değerlendiren alt ölçektir. 12 sorudan oluşur. Ortalama puan /soru sayısı < 1 ise, somatizasyon alt ölçeği normal sınırlar içindedir.

b) Anksiyete alt ölçeği

Bu ölçek huzursuzluk, gerginlik, somatik şikayetler, yaygın anksiyete bozukluğu, panik atakları ve disosiasyon yaşantılarını da içerir.

Alınan puan/ soru sayısı < 1 ise normal sınırlar içinde olduğunu gösterir. Bu alt ölçek 10 sorudan oluşur.

c) Obsesif kompulsif özellikler alt ölçeği (ok)

Bu ölçek, ısrarlı, ego-distonik, istenmeyen düşünce, dürtü ve eylemleri içerir. OK alt ölçeği 10 sorudan oluşur. Grup ortalamasının 10'a bölümüyle çıkan sayı 1'in altındaysa, normal sınırlar içinde olduğu söylenir.

d) Depresyon alt ölçeği (d)

Klinik depresyon özellikleri içerir. Disforik duygulanım, ilgi-istek kaybı, motivasyon yokluğu, güçsüzlük hissi, enerji kaybı, ümitsizlik ve depresyonun diğer bilişsel ve somatik belirtileri görülür. Ölüm ve intihar düşünceleri eşlik edebilir. Depresyon alt ölçeği 13 sorudan oluşur. Ortalama puan / Soru sayısı <1 ise normal sınırlar içindedir.

e) Kişiler arası duyarlılık (kd)

Kişiler arası duyarlılık puanı yüksek olan kişiler; kişisel yetersizlik duyguları hisseden, diğer insanların yanında kendini aşağı gören, insanlarla ilişkilerinde rahatsız olan, insanlarla Soru sayısı 9'dur. Alınan puan / Soru Sayısı <1 olursa normal sınırlar içinde olduğu söylenebilir. iletişim sırasında olumsuz beklentileri olan kişilerdir.

f) Hostilite (h)

Düşmanlık düşünceleri, duyguları ve eylemlerini, hoş olmayan duygulardan, bir şeyler kırıp dökmeye kadar kontrol edilemeyen öfke patlamalarını içerir. 6 sorudan oluşur. Ortalama puan/Soru sayısı <1 olması hostilite alt ölçeğinin normal sınırlar içinde olduğunu gösterir.

g) Psikoz alt ölçeği (p)

İşitme ve görme varsanıları, düşünce yayılması, düşüncelerin dışarıdan kontrol edilmesi düşünceleri gibi pozitif belirtiler ile şizoid yaşam tarzını içerir.

h) Fobik anksiyete (fa)

Yolculuk, evden dışarı çıkma, açık alan korkusu, kalabalıktan korku gibi korkuları içerir. 7 sorudan oluşur.

ı) Paranoid düşünceler (pd)

Şüpheler, sanrılar ve büyüklük düşünceleri paranoid düşüncenin en önemli belirtileridir. 6 sorudan oluşur.

3.4.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda görülen ve vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşmuş bir ölçektir. Ölçeğin amacı depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. ¹²

Beck depresyon ölçeğine göre 0-9 puanları arası normal, 10-15 hafif depresyon, 16-23 orta derecede depresyon, 24-63 puanları arası ciddi derecede depresyon olarak değerlendirilir. ¹²

3.4.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Toronto Aleksitimi Ölçeği, 26 soruluk bir öz-bildirim ölçeğidir. Yanıtları 5'li likert skalası üzerinde işaretlenir. Elde edilen toplam puan 26-130 arasında değişmektedir "74" ve üstündeki puanların aleksitimik, "62" ve altındaki puanların da aleksitimik olmayan bireyler olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Taylor ve Bagby Ölçeğin Cronbach Alfa içtutarlılık katsayısını 0.79, bir hafta ara ile yapılan uygulamada test-tekarar test güvenilirlik katsayısını 0.82 ($P<0.001$) olarak bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney testinde ise normal ve aleksitimik grubun puanları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($Z= -3.17$, $P<0.005$). Toronto Aleksitimi Ölçeğinin Türkçe uygulamasının puanlama yöntemi orjinalinden farklıdır. Orjinalinde 5'li likert puanlama sistemi kullanılırken Türkçe formunda zorunlu seçme yanıtlama sistemi kullanılmıştır. Kuder-Richardson formülü kullanılarak hesaplanan güvenilirlik katsayısı .65 olarak belirlenmiştir. Test tekrar test puanları arasındaki orantı anlamlı düzeyde bulunmuştur ($r=0.71$ $p<0.001$) tüm bu bulgular Toronto Aleksitimi Ölçeğinin, türkçe formunun da güvenilir ve geçerli olduğunu göstermektedir. Ölçekte "11 ve üstü puan alanlar aleksitimik, 11'den aşağı puan alanlar" ise aleksitimik değildirler. ^{29, 62}

Türkiye’de Toronto Aleksitimi Ölçeği ile yapılan bir başka çalışmada Toronto Aleksitimi ölçeği ile örnekleminde güvenirlik ve birlikte geçerlikleri araştırılmıştır. Bu çalışmada Toronto aleksitimi ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0.70, Cronbach Alfa katsayısı ise 0.72 olarak saptanmıştır. Bu bulgular bağlamında toronto aleksitimi ölçeğinin güvenilir bir ölçek olduğu, ülkemizde kullanılabileceği ortaya konmuştur.⁴⁹

3.5. Verilerin toplanması:

Çalışma ölçütlerine uyan ve çalışmaya alınan hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten ve onayları alındıktan sonra her biriyle önce klinik görüşme yapıldı, elde edilen bilgiler bilgi formuna işlendi. Daha sonra yukarda sayılan ölçekler ile değerlendirildi.

3.6. İstatistik işlemler:

Ç.Ü.T.F. Biyo-İstatistik Bilim Dalı ile işbirliği yapılarak SPSS-PC paket program yardımıyla yapıldı.

Oranların karşılaştırılmasında Ki-kare, Parametrik varsayımların sağlandığı durumlarda ortalamaların karşılaştırılması için T-Test , Parametrik varsayımların sağlanamadığı durumlarda karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis varyans analizi testleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo- Demografik Özellikler

Tablo VI: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

BAŞVURU YAŞI	N	%
15-19	10	13.9
20-24	8	11.1
25-29	15	20.8
30-34	17	23.6
35-39	15	20.8
40 YAŞ VE ÜSTÜ	7	9.8
TOPLAM	72	100

Araştırmaya alınan hastaların polikliniğimize başvuru yaşı 15-48 arasındaydı. Hastalık başlama yaşı ortalama 25.9 ± 7.5 , ortalama başvuru yaşı 30.2 ± 8.3 olarak belirlendi. Hastaların %62.5'i 25-39 yaş grubu içindeydi.

Tablo VII: Hastalarının hastalık başlangıç yaş gruplarına göre dağılımı.

Hastalık başlama yaşı	n	%
10-14	3	4.2
15-19	14	19.4
20-24	14	19.4
25-29	15	20.8
30-34	17	23.6
35-39	7	9.7
40-44	2	2.8
toplam	72	100

Tablodan da anlaşılabileceği gibi hastalık başlama yaşı ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerindedir. Hastaların %83.2'sinin hastalık başlama yaşı 15-34 yaş grubu içindeydi.

Tablo VIII: Hastaların cinsiyete ve medeni duruma göre dağılımı

		N	%
CİNSİYET	ERKEK	9	12.5
	KADIN	63	87.5
MEDENİ DURUM			
	EVLİ	50	69.4
	BEKAR	17	23.6
	DUL	2	6.9

Hastaların büyük bir bölümünün evli (%69.4) olduğunu belirledik. Çalışmaya alınan hastaların 63 kadın 9 erkekti, kadın erkek oranı 7/1 olarak belirlendi.

Tablo IX: Hastaların eğitim düzeyi ve meslek gruplarına göre dağılımı.

		N	%
EĞİTİM DÜZEYİ			
	OKUMA YAZMA YOK	7	9.7
	İLKÖĞRETİM	38	52.8
	LİSE	25	34.7
	YÜKSEK	2	2.8
MESLEK	EV HANIMI	45	62.5
	MEMUR	15	20.8
	ÖĞRENCİ	8	11.1
	İŞÇİ	1	1.4
	YOK	1	1.4
	DİĞER	2	2.8

Tabloyu değerlendirdiğimizde çalışmaya alınan hastaların 70 tanesi (% 97.2) en fazla 11 yıl eğitim aldıklarını, çalışanların da büyük bir bölümü vasıfsız devlet memuru olduklarını belirledik.

Tablo X: Hastaların yaşadıkları yere ve hastaların gelir düzeyine göre dağılımı göre dağılımı.

		N	%
YAŞADIĞI YER	KÖY	11	15.3
	İLÇE	14	19.4
	KENT	47	65.3
GELİR DÜZEYİ	10-20 MİLYON	11	15.3
	20-30 MİLYON	36	50.0
	30 MİLYON	25	34.7
	ÜSTÜ		

47 kişinin (%65.3) 30 milyon TL veya altında geliri vardı. Yaşadıkları yer değerlendirildiğinde hastaların büyük bir bölümünün (47 kişi %65.3) kent merkezi kökenli olduğunu tespit ettik.

Tablo XI: Hastaların semptomlarına göre dağılımı.

SEMPTOM DAĞILIMI	N	%
YALANCI NÖBET	29	40.3
DUYU VE/VEYA MOTOR DEFİSİT	27	37.5
GLOBUS HİSTERİKUS	5	6.9
AFONİ	2	2.8
DİĞER	9	12.5
TOPLAM	72	100

Hastaların belirtilerinin dağılımına bakıldığında toplam 58 hastanın (% 80.6) nörolojik defisitlerle polikliniğe başvurdukları görülmektedir.

Tablo XII. Hastaların yakınma sürelerine göre dağılımı.

YAKINMA SÜRESİ	N	%
0-1 YIL	20	27.8
2 YIL	13	18.1
3 YIL	9	12.5
4 YIL	11	15.3
5 YIL	5	6.9
6-8 YIL	7	9.8
8 YIL ÜSTÜ	7	9.8
TOPLAM	72	100

Yakınma süreleri hasta dosyalarındaki kayıtlarından ve yapılan görüşmelerden alınan öyküye göre belirlenmiştir. Hastalardan sadece iki tanesi ilk atak ile başvurmuşlardı. Diğer hastalar ya bizim polikliniğimizde ya da başka poliklinikler tarafından daha önce tanısı konmuş ve tedavi altına alınmış hastalardı. Ortalama yakınma süresi 4.2 yıl (1-20 yıl) olarak belirlendi. Ancak hastaların geneli değerlendirildiğinde % 27.8'inin bir yıllık hastalık süresi olduğu anlaşılmaktadır.

72 hastanın 15 tanesi (%20.8) lateralizasyon gösteriyordu. Bunlardan 9 tanesi sol, 6 tanesi sağ tarafa lokalize idi.

Tablo XIII. Sres etkeni ve soygeçmiş özellikleri.

		N	%
Stres Etkeni	Var	43	59.7
	Yok	29	40.3
I. derece yakınlarda benzer hastalık	Var	15	20.8
	Yok	57	79.2

72 hastanın 43'ünde (%59.7) ataklardan önce belirgin stres etkeni olduğunu, 72 hastanın 15'inde (%20.8) benzer hastalık öyküsü olan birinci derece yakınlar olduğunu tespit ettik.

Tablo IVX: Konversiyon bozukluğuna eşlik eden diğer psikopatolojiler.

EŞLİK EDEN HASTALIK	N	%
YOK	43	59.7
DEPRESYON	17	23.6
DİSTİMİ	3	4.2
SOSYAL FOBİ	1	1.2
ANKSİYETE BOZUKLUĞU	8	11.1
TOPLAM	72	100

Tabloyu incelediğimizde 29 hastada (%40.1) konversiyon bozukluğuna eşlik başka bir psikopatoloji saptadık. Bunlardan 20 kişide depresyon ve distimi (%27.8), 1 kişide sosyal fobi (%1.2), 8 kişide de anksiyete bozukluğu grubundan hastalıklar bulunuyordu.

4.2. Kullanılan testlerin değerlendirilmesi

4.2.1. Hacettepe Kişilik Envanterinin (Hke) Değerlendirilmesi

a) Kendini gerçekleştirme (kg):

Kendine güvenme, kendi kendine kararlar verebilme, kendini ifade edebilme özelliklerini yansıtır. Puan ortalaması 10.3 ± 3.5 olarak bulundu. Bu ortalama Sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalardaki %50'ye karşılık gelmekteydi ve bu alanda belirgin bir patoloji olmadığını düşündürdü.

b) Duygusal kararlılık (dk):

Duygusal kararlılık puanının yüksek olması (11 puan ve üstü) , bireyin duygusal yönden kararlı olduğunu gösterir, bu kişiler, kendine güvenen, sakin ve huzurlu bireyler izlenimini verirler. Konversiyon grubunda puan ortalaması 7.1 ± 3.3 olarak bulunmuştur. Bu ortalama Sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalardaki %25 'e karşılık gelmekteydi. Yani normal popülasyonlarda yapılan çalışmalarda deneklerin %25'i bu puana yakın puanlar almışlardı. Çalışmaya alınan hastaların aldıkları puanlar gergin, kaygılı, karşılaştıkları yeni durumlarda ise korkak ve çekingen tutum izleyebileceklerini düşündürmektedir.

c) Nevrotik eğilimler (ne):

Hastaların ortalama puanı 6.1 ± 4.1 olarak bulunmuştur. Bu ortalama puanlar bu kişilerin kronik yorgunluk, baş ağrısı, uykusuzluk, görme güçlükleri, iştahsızlık gibi bedensel yakınmaları olabileceğini ve genellikle duygusal çatışmalarını fiziksel yolla ifade ettiklerini düşündürmektedir. Bu bulgu da konversiyon bozukluğunda hastalığın temelinde yatan patolojiyi ifade etmektedir.

Tablo XV: Hacettepe kişilik envanteri nevrotik eğilimler alt ölçeğinin; cinsiyet ve yaşadığı yer açısından karşılaştırılması.

		N	Nevrotik Eğilimler (Rank)	P
Cinsiyet	Kadın	61	50.44	0.01
	Erkek	9	33.3	
Yaşadığı Yer	Köy	11	38.45	0.02
	İlçe	14	47.43	
	Şehir	45	45	

Tablo incelendiğinde bulgular Kadınların erkeklerden daha nevrotik eğilimde oldukları ve ruhsal yakınmalarını daha çok bedensel yolla ifade ettiklerini düşündürmektedir, ilçede yaşayanları köy ve şehirde yaşayanlara göre daha az nevrotik eğilim içinde olduğu tespit edildi. Bulgular istatistiksel olarak da anlamlıydı.

d) Psikotik belirtiler (pb):

Konversiyon grubunun ortalama PB puanı 7.4 ± 3.9 bulunmuştur. Bu puan sağlıklı bireylerin %25-50'sinin aldığı ortalama puanlara karşılık gelmekteydi ve önemli bir patolojiyi düşündürmedi.

e) Aile ilişkileri (aı):

Konversiyon grubunun Aİ puan ortalaması, 13.0 ± 2.6 bulundu. Bu ortalama puan sağlıklı bireylerin aldığı ortalama puanlardan belirgin bir fark göstermemekteydi.

Tablo XVI: Hacettepe kişilik envanteri aile ilişkileri alt ölçeği ile; medeni durumun karşılaştırılması.

MEDENİ DURUM	N	ORT.PUAN AI	SD±	P
EVLI	50	11.40	3.92	0.04
BEKAR, DUL	22	9.27	4.35	
TOPLAM	72	13.08	2.6	

Tablo incelendiğinde aile içi ilişkileri puanının evlilerde bekar ya da dullara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu oran istatistiksel olarak anlamlıydı.

Tablo XVII: Hacettepe kişilik envanteri aile ilişkileri alt ölçeği ile cinsiyetin karşılaştırılması.

Cinsiyet	N	Aile içi ilişkiler Rank	P
Erkek	9	49.22	0.05
Kadın	63	34.68	

Tablo değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldığını görüyoruz. Bu ölçekten alınan puanlar, bireyin ailesiyle ilişkilerini yansıtır. Genel ortalama puanların yüksek olmasına karşın, kadınlarda ve bekarlarda kısmen aile içi ilişkilerde güçlükler yaşanabileceği yönünde bulgular elde edilmiştir.

f) Sosyal ilişkiler (sı):

Konversiyon grubunun Sı ortalaması 10.7 ± 3.8 bulunmuştur ve Bu ortalama puan sağlıklı bireylerin %50'sinin puanlarından farklı değildi.

Tablo XVIII: Hacettepe kişilik envanteri sosyal ilişkiler alt ölçeği ile cinsiyetin karşılaştırılması.

Cins	N	Sı	P
Erkek	9	50.33	0.03
Kadın	63	34.52	

Tablo incelendiğinde genel olarak puanlar normal sınırlar içinde ise de erkeklerin daha uyumlu ve sosyal becerilerinin yüksek düzeyde olduğuna işaret etmektedir ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

g) Sosyal normlar (sn):

Konversiyon grubunun ortalama SN puanı 13.8 ± 3.8 bulundu. Bu ortalama puan sağlıklı bireylerin %75'inin aldığı ortalama puanlara yakındı.

Tablo XIX: Hacettepe kişilik envanteri sosyal normlar alt ölçeği ile gelir düzeyinin karşılaştırılması.

GELİR DÜZEYİ	N	Ortalama SN Puanı	SD±	P=
30 milyon TL/AY'dan az geliri olanlar	25	13.38	2.49	0.05
30 milyon TL ve daha fazla aylık geliri olanlar	47	14.60	2.67	
Toplam	72	13.8	3.81	

Tablo değerlendirildiğinde ortalama puanların normal sınırlar içinde olmasına karşın, gelir düzeyi 30 milyon TL/ay'dan daha fazla olan grubun, uyulması zorunlu yasal durumlara, dikkate alınması gereken sosyal kural ve toplum değerlerine daha dikkat gösterdikleri, diğer gruba göre ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve bu sonucunda istatistiksel olarak anlamlıya yakın ($P=0.05$) olduğu belirlenmektedir.

h) Antisozyal eğilimler (ae):

Konversiyon grubunun ortalaması 10.6 ± 3.2 bulunmuştur. Bu ortalama puan sağlıklı bireylerin %50'sinin aldığı ortalama puanlara uyuyordu. Bu alanda belirgin bir özellik yoktu.

1) Kişisel uyum (ku):

Konversiyon grubunun puan ortalaması 32.5 ± 13.5 bulunmuştur.

Kendini gerçekleştirme, duygusal kararlılık, nevrotik eğilimler, psikotik belirtiler, alt ölçeklerinin toplamından oluşur. Bu puanlar sağlıklı bireylerin aldığı puanlardan belirgin bir fark göstermiyordu.

Tablo XX: Hacettepe kişilik envanteri kişisel uyum alt ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

		KU PUANI	SD±	N	T	X ²	RANK	P
CİNS	ERKEK			9			35	0.10
	KADIN			63			47	
MEDENİ DURUM	EVLİ	33.08	14.04	50				0.62
	BEKAR	31.36	12.34	22	0.49			
GELİR DÜZEYİ	30Milyon TL ve altı	32.12	13.65	47				0.71
	30 Milyon TL ve üstü	33.36	13.53	25	-0.37			
EĞİTİM DÜZEYİ	YOK			7			39.14	0.57
	İlköğretim			38			34.05	
	Lise ve yüksek okul			27			39.26	
YAŞADI ĞI YER	KÖY			11			38.82	0.15
	İLÇE			14			45.29	
	ŞEHİR			47			33.34	

Tablo incelendiğinde Kişisel uyum düzeyi ile cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim ve yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

i) Sosyal uyum (su):

Konversiyon grubunun ortalama Sosyal uyum puanı 44.8 ± 11.2 bulunmuştur. Bu ortalama puan sağlıklı bireylerin %25 - 50'sinin aldığı ortalama puanlara denk gelmektedir.

Aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, sosyal normlar, antisosyal eğilimler alt ölçeklerinin toplamından oluşur.

Tablo XXI: Hacettepe kişilik envanteri sosyal uyum alt ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

		SU PUANI	SD±	N	T	X ²	RANK	P
CİNS	ERKEK			9			35.86	0.49
	KADIN			63			41.0	
MEDENİ DURUM	EVLİ	46.36	11.74	50				0.63
	BEKAR	41.45	9.24	22	1.73			
GELİR DÜZEYİ	30Milyon TL ve altı						35.88	0.73
	30Milyon TL üstü						37.66	
EĞİTİM DÜZEYİ	YOK			7			38.21	0.31
	İlköğretim			38			39.62	
	Lise ve yüksek okul			27		2.33	31.67	
YAŞADIĞI YER	KÖY			11			40.23	0.67
	İLÇE			14			38.86	
	ŞEHİR			47		0.79	34.93	

Tablo incelendiğinde sosyal uyum ile cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim, ve yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

j) Genel uyum (gu):

Genel uyum düzeyi değerlendirildiğinde ortalama puanı 77.3 ± 20.6 bulunmuştur. Tüm alt ölçeklerin toplamından oluşur. Her üç uyum ölçekleri ve genel uyum ölçeği beraberce değerlendirildiğinde çalışmaya alınan hastaların ortalama puanlarının sağlıklı bireylerin ortalama puanlarının %50'sinin altında kaldığı belirlenmiştir.

Tablo XXII: Hacettepe kişilik envanteri genel uyum alt ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

		GU PUANI	SD±	N	T	X ²	RANK	P
CİNS	ERKEK			9			43.83	0.26
	KADIN			63			35.86	
MEDENİ DURUM	EVLİ	79.30	22.18	50				0.22
	BEKAR	72.81	16.11	22	1.23			
GELİR DÜZEYİ	30Milyon TL ve altı	76.29	21.47	47				0.56
	30 Milyon TL üstü	79.24	19.21	25	0.57			
EĞİTİM DÜZEYİ	YOK			7			43.00	0.67
	İlköğretim			38			36.14	
	Lise ve yüksek okul			27		0.77	35.31	
YAŞADI ĞI YER	KÖY			11				0.41
	İLÇE			14				
	ŞEHİR			47		1.74		

Tablo incelendiğinde Genel uyum ile cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim ve yaşadığı yer arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır.

4.2.2. STAI DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Çalışmada durumluk kaygı ölçeği puanı, konversiyon grubunun %9.7'sinde, süreklilik kaygı ölçeği %18.1'inde normal popülasyonun ortalama puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Özellikle hastalık süresi 4 yılın üzerinde olan hastalar için anxiete puanları giderek artıyordu.²⁰

Tablo XXIII: Süreklilik ve durumluk anksiyete puanlarının dağılımı.

		N	%
STAI-1	NORMAL	65	90.3
	PATOLOJİK	7	9.7
STAI-2	NORMAL	59	81.9
	PATOLOJİK	13	18.1
TOPLAM		72	100

Tablo değerlendirildiğinde süreklilik anksiyete puanlarının durumluk anksiyete puanlarından daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo XXIV: Durumluk kaygı envanteri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

		STAI-1 PUANI	SD±	N	T	X ²	RANK	P
CİNS	ERKEK			9			36.61	0.98
	KADIN			63			36.48	
MEDENİ DURUM	EVLİ	36.91	12.92	50				0.87
	BEKAR	36.07	10.81	22	0.16			
GELİR DÜZEYİ	30 Milyon TL ve altı	36.53	11.51	47				0.25
	30 Milyon TL üstü	43.64	13.46	25	1.14			
EĞİTİM DÜZEYİ	YOK			7			41.93	0.76
	İlköğretim			38			36.17	
	Lise ve yüksek okul			27		0.53	35.56	
YAŞADIĞI YER	KÖY			11			36.91	0.99
	İLÇE			14			36.07	
	ŞEHİR			47		0.01	36.53	

STAI-I puanı ile cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim ve yaşadığı yer arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilememiştir.

Tablo XXV: Süreklilik kaygı envanteri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

		STAI-II PUANI	SD±	N	T	X ²	RANK	P
CİNS	ERKEK			9			26	0.1
	KADIN			63			38	
MEDENİ DURUM	EVLİ	51.44	7.5	50				0.24
	BEKAR	53.63	7.02	22	-1.17			
GELİR DÜZEYİ	30 Milyon TL ve altı	51.42	7.33	47				0.28
	30 Milyon TL üstü	53.40	7.44	25	-1.08			
EĞİTİM DÜZEYİ	YOK			7			34.71	0.18
	İlköğretim			38			37.78	
	Lise ve yüksek okul			27		0.30	35.17	
YAŞADI ĞI YER	KÖY			11			33.95	0.32
	İLÇE			14			29.93	
	ŞEHİR			47		2.24	39.05	

STAI-II ile cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim ve yaşadığı yer arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

4.2.3. Beck depresyon ölçeği

Tablo XXVI: Beck Depresyon ölçeği ile sosyo demografik verilerin karşılaştırılması

		BECK PUANI	SD±	N	T	X ²	RANK	P
CİNS	ERKEK			9			20.11	
	KADIN			63			38.84	0.01
MEDENİ DURUM	EVLI	23.54	9.63	50				
	BEKAR	24.90	14.37	22	-0.48			0.63
GELİR DÜZEYİ	30 Milyon TL ve altı	23.17	11.97	47	-0.87			0.38
	30 Milyon TL ve üstü	25.44	9.63	25				
EĞİTİM DÜZEYİ	YOK			15			28.70	
	İlköğretim			45			39.52	
	Lise ve yüksek okul			12		3.09	34.92	0.21
YAŞADI ĞI YER	KÖY			11			29.91	
	İLÇE			14			36.93	
	ŞEHİR			47		1.31	37.91	0.51

Beck depresyon ölçeği ile kadınlarda belirgin puan yüksekliği ($p=0.01$) gözlenirken, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Kadınlardaki depresyon puanındaki fazlalık istatistiksel olarak anlamlıdır.

4.2.4. Toronto aleksitimi ölçeği

Tablo XXVII: Toronto Aleksitimi Ölçeği ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		TORONTO PUANI	SD±	N	T	X ²	RANK	P
CINS	ERKEK			9			33.06	0.59
	KADIN			63			36.99	
MEDENİ DURUM	EVLİ	13.18	3.63	50				0.18
	BEKAR	11.90	3.90	22	1.34			
GELİR DÜZEYİ	30 Milyon TL ve altı	12.53	3.81	47				0.43
	30 Milyon TL ve üstü	13.28	3.61	25	-0.81			
EĞİTİM DÜZEYİ	YOK			7			52.29	0.11
	İlköğretim			38			34.76	
	Lise ve yüksek okul			27		4.41	34.85	
YAŞADI ĞI YER	KÖY			11			30.23	0.53
	İLÇE			14			36.11	
	ŞEHİR			47		1.26	38.09	

Toronto aleksitimi puanları ile cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim ve yaşadığı yer arasında bir ilişki bulunamamıştır.

4.2.5. Semptom tarama ölçeği (SCL-90R)

SCL-90-R ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda; Somatizasyon alt ölçeği 1.8 ± 0.8 , anksiyete alt ölçeği puanı ortalama 1.7 ± 0.7 , obsesif kompulsif özellikler alt ölçeği ortalaması 1.6 ± 0.7 , depresyon alt ölçeği ortalama puanı 1.5 ± 0.7 , kişiler arası duyarlılık puan ortalaması 1.6 ± 0.7 , hostilite ortalama puanı 1.4 ± 0.7 , psikoz alt ölçeği ortalama puanı $1,3 \pm 0,6$, fobik anksiyete ortalama puanı 1.4 ± 0.6 , paranoid düşünceler alt ölçeği puanı $1,4 \pm 0,6$ olarak bulunmuştur.

Puanların 1'den yüksek olması, içinde bulunulan tablonun (konversiyon bozukluğunun) şiddetinin yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo XXVIII: SCL 90-R kişiler arası duyarlılık alt ölçeği ile medeni durumun karşılaştırılması.

MEDENİ DURUM	N	KD PUANI	SD±	P
EVLİ	50	1.54	0.66	0.02
BEKAR VE DUL	22	1.95	0.78	

Tablo değerlendirildiğinde bekar veya dullarda kişiler arası duyarlılık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derece de yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.6. Yakınma süresi 4 yıldan fazla olanlarla, daha az olanların karşılaştırılması:

Tablo XXIX: Yakınma süresiyle cinsiyet karşılaştırılması.

	KADIN		ERKEK		TOPLAM		P
	N	%	N	%	N	%	
Yakınma Süresi 4 Yıldan Az	36	85.7	6	14.3	42	58.3	0.58
Yakınma Süresi 4 Yıl ya da Daha Fazla	27	90	3	10	30	41.7	
TOPLAM	63	87.5	9	12.5	72	100	

Her iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu.

Tablo XXX:Yakınma süresiyle medeni durumun karşılaştırılması.

	EVLİ		BEKAR		DUL		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yakınma Süresi 4 yıldan az olanlar	28	66.7	11	26.2	3	7.1	42	58.3
Yakınma Süresi 4yıl ya da daha fazla olanlar	22	77.3	6	20.0	2	6.7	30	41.7
Toplam	50	69.4	17	23.6	5	6.9	72	100

P=0.81 olarak bulundu istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo XXXI: Yakınma süresi ile öğrenim durumu arasındaki ilişki.

YAKINMA SÜRESİ	OKUMA YAZMA YOK		İLKÖĞRETİM		LİSE VE YÜKSEK		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
4 Yıdan daha az olanlar	2	4.8	22	52.4	18	42.9	42	58.3
4 Yıl ya da daha fazla olanlar	5	16.7	16	53.3	9	30	30	41.7
TOPLAM	7	9.7	38	52.8	27	37.5	72	100

P=0.18

Her iki grup arasında istatistiksel olarak fark yoktu.

Yakınma süreleri ile meslek (p=0.14), yaşadığı yer (p=0.41), semptom dağılımı (p=0.65), stres etkeni varlığı (p=0.99) arasında da istatistiksel fark bulunamamıştır.

Tablo XXXII: Yakınma süresi ile gelir düzeyinin karşılaştırılması.

YAKINMA SÜRESİ	30 MİLYONDAN AZ		30 MİLYON VE ÜSTÜ		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
4 Yıdan Az	31	73.8	11	26.2	42	100
4 Yıl ya da Daha Fazla	16	53.3	14	46.7	30	100
TOPLAM	47	65.3	25	34.7	72	100

P=0.07

Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo XXXIII: Yakınma süresi ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişki.

	NORMAL		ANKSİYÖZ	
	N	%	N	%
4 Yıldan az	39	92.9	3	7.1
4 Yıl ya da Daha Fazla	20	66.7	10	33.3
TOPLAM	59	81.9	13	18.1

P=0.01

Bu oran istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastalık süresi uzadıkça hastaların anksiyete düzeyleri belirgin şekilde artıyordu.

Yakınma süreleriyle iştah ($p=0.904$) ve libido ($p=0.341$) arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo XXXIV: Yakınma süresi ile eşlik eden hastalık arasında ilişki

YAKINMA SÜRESİ	EŞLİK EDEN		PSİKOPATOLOJİ	
	VAR		YOK	
	N	%	N	%
4 YILDAN AZ	12	28.6	30	71.4
4 YIL YA DA DAHA FAZLA	17	56.7	13	43.3
Toplam	29	40.3	43	59.7

P=0.01

Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastalık süresi arttıkça eşlik eden herhangi bir psikopatoloji riski de artmaktaydı.

Tablo XXXV: Yakınma süresi ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki.

SÜRE	N	YAŞ ORTALAMASI	SD±
4 Yıldan Az	42	27.88	7.73
4 Yıl ya da Daha Fazla	30	33.56	8.2

P=0.004

İstatistiksel olarak anlamlıydı. Hastalığı 4 yıldan uzun süren hastaların yaş ortalaması da yüksek olarak belirlendi.

Tablo XXXVI: Hacettepe Kişilik Envanteri ile Beck, Toronto ve STAI I-II'nin korelasyonları.

	KİŞİSEL UYUM	SOSYAL UYUM	GENEL UYUM
BECK DEPRESYON PUANI	R=-0.49 P=0.001	R=-0.33 P=0.01	R=-0.53 P=0.001
TORONTO	R=-0.37 P=0.01	R=-0.38 P=0.01	R=-0.045 P=0.001
STAI-1	R=-0.27 P>0.05	R=-0.17 P>0.05	R=-0.28 P>0.05
STAI-2	R=-0.48 P=0.001	R=-0.15 P>0.05	R=-0.41 P=0.001

Korelasyonlara baktığımızda; Beck depresyon ve Toronto Aleksitimi puanları arttıkça HKE'nin Kişisel, Sosyal ve Genel uyum puanları düşmekteydi. Bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıydı.

5. TARTIŞMA

Psikolojik etkenlerin neden olduğu ve fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde bedensel işlevsellikte değişme ya da kayıplarla giden bir bozukluk olarak tanımlanan konversiyon bozukluğu batı ülkelerinde giderek azalma gösterdiği bildirilse de ülkemizde hala sık karşılaşılan bir hastalıktır. ^{1, 16, 17, 25, 26, 27, 31, 33, 61}

Konversiyon belirtileri erken çocukluktan 90'lı yaşlara kadar her yaşta görülebilmekte ise de 15-35 yaş arasında daha sık görüldüğü bildirilmektedir. ^{17, 33}

Değişik toplumlarda yapılan farklı çalışmalarda görülme sıklığının 100.000'de 15-300 arasında olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri polikliniklerinde görülme oranı Gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık %10 olarak bildirilmiştir. ^{17, 31, 33}

Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Polikliniğine 1997-1998 tarihleri arasında baş vuran ve DSM IV tanı ölçütlerini göre konversiyon tanısı alan yeni ve kontroldeki 72 hasta, sosyodemografik özellikler, belirti dağılımı, kişilik özellikleri ve eşlik eden diğer psikopatolojiler yönünden incelenmiştir.

Çalışmaya 9 erkek, 63 kadın toplam 72 hasta alınmıştır. Kadın erkek oranı açısından incelediğimizde çalışmamızda bu oran 7/1 olarak bulunmuştur. Folks ve Ford'un 1983 yılında yaptıkları oldukça geniş bir çalışmada 52.000 hastane başvurusu içinde 1000 psikiyatri konsültasyonunu incelemiş ve kadın erkek oranını 53/9 Oranında bulmuşlar. Ülkemizde 1984 yılında yapılan 102 konversiyon bozukluğu olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada ise bu oran 9/1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın oranları literatürdeki 2-10 gibi farklı oranlarda belirtilen kadın popülasyonun baskın olduğu bulgularla uyumludur. ^{8, 16, 17, 23, 24, 27, 33, 34, 43, 59}

Hastaların başvuru yaşları 15-48 yaş arasındaydı. Hastalık başlama yaşı ortalama 25.97 ± 7.5 , ortalama başvuru yaşı 30.250 (± 8.3) olarak belirlendi. Hastaların %62.5'i 25-39 yaş grubu içindeydi. 51 konversiyon bozukluğu olan hastayı 2 yıl süreyle izleyen Tomasson, Kent ve Coryell hasta başvuru yaş ortalamasını 37, ilk semptomun ortaya çıktığı yaş ortalamasını ise 30 olarak bulmuşlardır. ⁶³

Yine benzer şekilde 5 yıllık bir izlem çalışmasında ise 38 hastanın 35 tanesinin 30 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. ⁸

Gerek ülkemizde, gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğunun ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başladığı bildirilmektedir.^{8, 13, 16, 63}

Ülkemizde Gülseren ve Özmen'in 1984 yılında bir genel hastane psikiyatri servisinde yaptıkları çalışmada başvuru yaşını 30.2 ± 9.7 , hastalık başlama yaşını da 24.1 ± 10 olarak bulmuşlardır.²⁵

Bizim çalışmamızda da bozukluğun genç erişkinlik döneminde başladığını saptanmıştır.

Başvuran hastaların %15.3'ü köy, %19.4'ü ilçe, %65.3'ü kentten gelerek başvurmuşlardı. Hastaların halen oturmakta olduğu yerler bakımından çalışmamızda elde edilen il merkezli yerleşim ağırlığı İzmir'de 1993 yılında yapılan Konversiyon bozukluğu tanısı almış hastalarda belirti dağılımını ve sosyodemografik özellikleri araştıran başka bir çalışmayla da uyumlu bulunmuştur.²⁵ Bu bulgunun konversiyon bozukluğundaki sosyoekonomik düzeyi düşük, kırsal alanda yaşayan kişilerde daha sık görüldüğü görüşü ile uyumsuzluk göstermekte gibidir. Ancak bizim ülkemizde şehirde yaşamak tek başına sosyoekonomik düzeyin yüksek olabileceğini düşündürmez. Diğer yandan Üniversite hastanesine ulaşma imkanı olan hastaların çalışmaya alındığı düşünülürse çoğunluğun il merkezi ağırlıklı olması daha kolay açıklanabilir.

Hastaların %69.5'ü evli, %30.5'i bekar ya da duldu. Ülkemizde yapılan bir çalışma da kadın hastaları %79.1'i, erkek hastaların %80'inin evli olduğu belirlenmiştir²⁵. Yurt dışı kaynaklı çalışmalarda ise evli oranları %40.6- 60 arasında değişmekte idi.^{8, 16, 34, 63}

Hastaların 45 tanesi (%62.5) ev hanımı, 15 (%20) tanesi memur, 8 tanesi öğrenci (%11.1), 1 tanesi (%1.4) işçi, 1 tanesi (%1.4) işsiz, 2 tanesi (%2.8) diğer meslek sahipleri olarak belirlendi

Sosyokültürel düzeyi gösteren diğer özelliklerin biri de eğitim düzeyidir. Çalışmaya alınan hastaların %9.7'sinin okuma yazması yoktu. %52.8'inin ilköğretim, %34.7'sinin lise, %2.8'inin yüksek okul mezunu oldukları belirlendi. Çalışmada diğer çalışmalarla uyumlu olarak hastaların önemli bir oranının düşük eğitim düzeyli olduğu belirlenmiştir.^{8, 16, 25, 63}

Çalışmaya alınan hastaların 11'inin 10-20 milyon, %50'sinin 20-30 milyon arası, %34.7'sinin 30 milyonun üstünde geliri olduğu belirlenmiştir. Bu tablo değerlendirildiğinde 65.3'nün aylık 30 milyon TL nin altında para kazanırken, %34.7'si 30 milyon TL'den daha çok para kazandığı belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında hastaların genel olarak düşük sosyoekonomik bir düzeyden geldiği saptanmıştır.

Kırsal kesimden olma, alt sosyoekonomik koşullar ve düşük eğitim düzeyi ile konversiyon bozukluğu sıklığı arttığı bildirilmektedir.^{1, 16, 17, 25, 27, 33, 61}

Konversiyon belirtilerinin kişinin içinde yaşadığı toplum ve kültürün etkisiyle de biçimlenebileceği savunulmaktadır. Belirtiler, sözel emosyonel ifadelerin toplumca kısıtlandığı durumlarda sözsüz bir iletişim aracı olmaktadır. Böylece yasaklanmış duygu ve fikirler, mimikler ve davranışlarla, yani konversiyon belirtileri olarak dışa vurulurlar. Ruhsal yakınmaların önemsenmediği ya da zayıflık olarak nitelendirildiği toplumlarda, duyguların bedenselleştirilme olasılığı yükselmektedir.^{1, 31}

Genel olarak kırsal kesim ve düşük sosyoekonomik düzeyde daha garip ve abartılı belirtiler izlenirken, üst sosyoekonomik düzeyde ve eğitilmiş kişilerde belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklara daha çok benzediği bildirilmektedir. Ancak çalışmamızda belirtilerle sosyokültürel düzeyle arasında anlamlı bir bağ kurulamamıştır.^{27, 31}

Ülkemizde yapılan bir çalışmada %66.3 bayılma, %36.9 parestezi, %27.1 kas kasılması, %13 konuşamama, %1 körlük olarak belirlenmiştir.²⁵

1991 yılında Tomasson, Kent ve Coryell'in 51 konversiyon bozukluğu olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada hastalık semptomlarının %71'inin⁶³, Folks, Ford ve Regan yaptıkları bir çalışmada 62 hastanın 52'sinin¹⁶ psödonörolojik defisitler oluşturduğunu belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda da %80.6'lık gruba bilinç yitimi ve pareteziler oluşturmaktaydı.

Yalancı nöbetler psikiyatrist ve nörologları çok uğraştıran konversiyon bozukluğu tiplerindendir. Gerçek epilepsi ve yalancı nöbet birlikteliği %5-20 arasındadır ve ciddi ayırıcı tanı sorunları doğurmaktadır. Yalancı nöbetler genellikle çocuklar ve ergenlerde sıktır ve ailede epilepsi öyküsü bulunur. Yalancı nöbet sergileyen hastaların 1/3'ünde saf yalancı nöbetler, 1/3'ünde yalancı nöbet ve epilepsi, kalan üçte birinde ise başka bir nörolojik hastalık bulunduğu anlaşılmıştır.⁶
15, 19, 35, 39

Bowman, Omkar, Marland ve ark. 1996 yılında yaptıkları bir çalışmada yalancı epileptik olgularda konversiyon bozukluğuna ek psikiyatrik sorunlar eklenme şansının daha yüksek olduğunu (%33) bildirmiştir.⁶

Slater, Brown, Jacobs ve ark. 1994 yılında yaptığı başka bir çalışmada ise Paroxismal nöbetleri olan ve antiepileptiklere dirençli 175 olguyu iki yıl süreyle izlemiş (EEG ve video kayıtları ile) ve bunlardan %40.6'sının sadece epileptik, %30.7'sinin sadece yalancı nöbeti, %0.99'unun hem epileptik hem de yalancı nöbetinin olduğu belirlenmiştir.⁵⁸

Çalışmaya aldığımız hastaların %40.3'ünde psikojenik nöbet vardı. (Çalışmaya alınan hastaların bir tanesi epileptik çıkmış ve çalışma dışı bırakılmıştır).

Psikojenik nöbetlerin başlama yaşı ortalama 26-30 olarak belirlenmiş bu gerçek epilepsi başlama yaşı için geç olarak değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da ortalama hastalık başlama yaşı 26 olarak belirlenmiştir.¹⁴

Konversiyon bozukluğunda boğazda düğümlenme (Globus histerikus), kusmalar, öksürük, hıçkırık, hava yutma (aerofaji) ve geçirmeler, öğürmeler, diyareler ve yalancı gebelik gibi belirtiler görülebileceği bildirilmektedir.⁵² Çalışmaya alınan hastalarımızın %6.9'unda globus histerikus vardı.

Körlük ya da afoni gibi belirtilerin batı ülkelerinde seyrek görüldüğü belirtilirken gelişmekte olan ülkelerde bu belirtilerin hala sık görülmeye devam ettiği bildirilmektedir.^{13, 34, 55, 56, 63}

Çalışmamızda afoni %2.8 oranında belirlendi.

Chandrasekaran, Goswami, Sivakumar ve ark. 1994 yılında yaptığı 5 yıllık bir izleme çalışmasında hastaların %50'sinde hastalığı tetikleyen bir stres etkeninin olduğu belirtmişler.⁸

Tomasson, Kent ve Coryell'in 1991'de yaptıkları çalışmada 250 hastada %56'sında ataklar öncesinde stres etkeni olduğu ve bunlarında ağırlıklı olarak evlilik sorunlarından oluştuğu belirlenmiştir.⁶³

72 hastanın 43 tanesinde ataklardan önce atakları tetikleyici stres etkeni tanımlanıyordu. Stres etkeni literatürdeki bilgilerin daha altında belirlenmiştir. Çalışmaya alınan hastaların daha kronik olması muhtemelen ilk ataklarda yüksek düzeyde bulunan belirgin stres etkeninin daha sonraki ataklarda ortaya çıkmayabileceğini ya da hasta tarafından önemli bir etken olarak yorumlanmayacağını düşündürmüştür.^{8, 63}

Soy geçmişleri incelendiğinde çalışmaya alınan hastaların %20.8'inde birinci derece yakınlarında benzer ruhsal hastalık öyküsü belirlendi. Ülkemizde yapılan konversiyon bozukluğunu inceleyen bir tez çalışmasında bu oran %28 olarak bulunmuştur.⁷

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda kayıpların daha çok nondominant tarafta yoğunlaştığı bildirilmektedir. Bazı yazarlar konversiyon bozukluğunda özellikle kadınlarda sol tarafta motor ve duyu kaybı daha baskın olduğunu bildirmişlerdir. Sol tarafta fazlalığın olası nedenleri: i) Sol taraftaki psikojenik kökenli bir felç sağ tarafın çalışmasını engellemeyeceği için çok fazla işlev kaybına neden olmaz. ii) Nondominat hemisfer belkide hastalığın oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır.⁵³ Ancak lateralizasyon konusunda herhangi bir fark olmadığını ya da tam tersini bildiren yayınlar da bulunmaktadır.

Çalışmamızda nörolojik defisitlerin 6 kişi sağ (%8.3), 9 kişi sol (%12.5) diğer hastalarda bilateral olduğu belirlenmiştir. Ancak lateralizasyon açısından herhangi anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Eşlik eden psikopatoloji:

Konversiyon bozukluğuna diğer bir ruhsal bozukluğun eşlik etmesi oldukça sık görülen bir durumdur.

Son zamanlarda yapılan bir çalışmada %88 oranında depresyona rastlanmış ve konversiyon semptomlarının huzursuzluğun bir habercisi olabileceği bildirilmiştir.⁶³

Herhangi bir duygudurum bozukluğunun, yalancı nöbet tipi konversiyon bozukluğu ile birliktelik oranı %45-85 arasında değişmektedir ve çoğunluğunu majör depresyon oluşturmaktadır. Yalancı nöbet tipi konversiyon bozukluğu hastalardaki ruhsal bozukluk birliktelikleri, panik bozukluğu %70, dissosiyatif bozukluklar %35-91, posttravmatik stres bozukluğu %33-49, alkol ve madde kullanımı %15-20 olarak belirlendiğini görüyoruz. Yalancı nöbet hastalarında, nöbet tipi dışındaki konversiyon bozukluğu görülme oranı %82'dir.^{39, 63}

Kent ve Coryell'in yaptıkları bir çalışmada 51 hastayı incelemişler ve %18'inde major depresyon, %18'inde alkol kötüye kullanımının eşik ettiğini bildirmişlerdir.⁶³

Bowman, Omark ve Markand yalancı nöbet tipi konversiyon bozukluğu olan 45 hasta ile 1996 yılında yaptıkları bir çalışmada %64 oranında affektif bozukluk %11 anksiyete bozukluğu belirlemişlerdir.⁶

Krumholz ve Niedermeyer 41 yalancı epileptik hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada %44 oranında depresyon belirlemişlerdir.³⁹

Literatürlerde verilen çok farklı sonuçların yapılan çalışmalardaki metodolojik farktan kaynaklanabileceği düşünüldü. Çalışmaların çoğunda verilen ölçeklerin sonucuna göre depresyon tanısı konabilmektedir. Oysa çalışmamızda ölçeklerle beraber her hasta ile tek tek görüşülmüş ve DSM IV tanı ölçütlerine göre major depresyon ya da distimi tanısı konmuştur.⁴

Çalışmaya alınan hastaların %23.6'sında klinik olarak depresyon, %4.2'sinde distimi, 1.2'sinde sosyal fobi, %11.1'inde anksiyete bozukluğu belirlendi.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastalığın genç erişkin yaşta başlayıp kronikleşme eğilimi taşıdığı belirtilmektedir.²⁵

1992 yılında bir çalışmada 51 konversiyon bozukluğu tanısı konmuş hastalar incelenmiş, hastalık başlama yaşı ile başvuru yaşı arasında ortalama 7 yıllık bir süre olduğu bildirilmiştir.⁶³

Çalışmamızda ortalama hastalık süresi 4.2 yıl olarak belirlendi. Seçilmiş hasta grubunun çoğunluğunun poliklinikte izleme gruplarından alınmış olması bu grubun muhtemelen tüm konversiyon grubu içindeki kronikleşmiş vakaların yoğun bulunduğu bölgeden seçilmiş olabileceğini bu nedenle de ortalama hastalık süresinin uzun olduğu düşündürdü. Çalışmada belirlenen ortalama hastalık süresi göz önüne alınarak hastaların 4 yıl altı ile 4 yıl ve üstü hastalık süreleri olarak iki gruba ayırıp inceledik. Ve bu iki grubu sosyodemografik veriler, eşlik eden hastalıklar ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırdık.

Hastalığı 4 yıldan daha fazla süren grupta yaş ortalaması daha yüksekti ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı. Yine hastalık süresi arttıkça eşlik eden diğer psikopatolojilerin de artış gösterdiği ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Bu artışlar olasılıkla; konversiyonun çözüm olarak kullanıldığı kişilerde ortaya çıkarıcı şartların sürmesi durumunda yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Benzer sıkıntıları süren kişi başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kaldığı durumlarda depresif ya da anksiyöz durumlardan birini gösterebilmektedir.

Yakınma süresi 4 yıl ve üstü olanlarla daha az süreyle hastalığı bulunan grup arasında cinsiyet, medeni, durum ve eğitim düzeyi arasında herhangi bir fark bulunmazken anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0.01$). Hastalık süresi uzadıkça hastalardaki anksiyete düzeyleri belirgin şekilde artmaktaydı. Benzer şekilde hastalık süresi ile konversiyon bozukluğuna eşlik eden psikopatoloji riski belirgin şekilde artmaktaydı. ($p=0.01$)

Hacettepe kişilik envanteri açısından değerlendirdiğimizde; Kendini gerçekleştirme 10.3 ± 3.5 olarak bulunmuştur. HKE alt ölçek yüzdelik normlarına göre %50 oranında olduğu belirlenmiştir. Nevrotik eğilimler açısından incelediğimizde ise normal popülasyonun %25'inin aldığı puanlar düzeyinde ortalama puan aldığı belirlenmiştir. Yani konversiyon bozukluğu ile baş vuran hastaların nevrotik eğilimleri normal popülasyonun en alt yüzdesine denk gelmektedir. Hastalık grubu içinde zaten yüksek oranda bulunan kadınlarda ise nevrotik eğilimler erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. $P=0.017$. Aynı şekilde İlçede yaşayan bireylerde şehir ve köyde yaşayan bireylere göre daha düşük nevrotik eğilimler gösterdiği belirlenmiştir. $P=0.027$ Nevrotik eğilimler gösteren kişiler kronik yorgunluk, iştahsızlık, baş ağrısı, uykusuzluk gibi, psikosomatik yakınmaları vardır ve genellikle duygusal alanlardaki sorunlarını bedensel yolla ifade ederler. Nevrotik eğilimlerin konversiyon bozukluğunda ve de özellikle kadınlarda sık görülmesi konversiyon bozukluğu açısından oldukça anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Çünkü bu gruptaki temel problem anksiyete ile başa çıkmada bedene döndürme savunma düzeneği kullanılmaktadır. Bu düzeneğin aşırı kullanılmasıyla da konversiyon bozukluğu ortaya çıkmaktadır.

Psikotik belirtiler alt grubunda ise sağlıklı bireylerin aldığı ortalama puanlar düzeyinde puan aldıklarını görüyoruz.

Aile ilişkilerini incelediğimizde ortalama puanların sağlıklı bireylerle aynı düzeyde olduğunu gözlemliyoruz. Aile ilişkilerinin iyi olması; kişinin ailesiyle dostça, ve sağlıklı ilişkiler içinde olduğunu, ailesini sevdiğini, ailesi tarafından sevildiğini, belli ölçüler içinde bağımsız olduğunu belirler. Ancak bekar ya da dul olanlarda aile ilişkilerinin evli hasta grubuna ($p=0.04$), kadınlarında erkeklere ($p=0.05$) göre anlamlı düzeyde aile içi uyumlarının bozuk olduğunu belirledik. Belki de bu bulgu kadınların aile içi beklentilerinin daha yüksek olduğunu ve bu beklentilerinin gerçekleşmemesi durumunda da hayal kırıklıkları yaşadığını düşündürmektedir.

Sosyal uyum ve Antisosyal eğilimler açısından normal popülasyondan herhangi bir fark göstermiyordu.

SCL Ölçeği:

Somatizasyon alt ölçeği kardiyovasküler, gastrointestinal, solunum sistemi yakınmaları, ile yaygın kas ve baş ağrısı gibi bedensel yakınmaları değerlendiren alt ölçektir ve ortalama puanı 1.85 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu konversiyon hasta grubunun ruhsal yakınmalarının bedenselleştirmeye eğilimli olduğunu destekleyen diğer bir bulgudur. 1995 yılında yurt dışı kaynaklı bir çalışmada 32 hasta testleri değerlendirilmiş ve ortalama SCL puanları $1.7 + 0.5$ olarak bulunmuştur.³⁴

Uygulanan ölçekler arasındaki ilişkiler:

Beck depresyon puanında artışlar kişisel uyum ($p=0.001$), Sosyal uyum ($p=0.01$) ve genel uyum ($p=0.001$) puanlarında belirgin düşüşlere eşlik ediyordu. Yani ikisi arasında negatif bir korelasyon söz konusu idi.

Toronto aleksitimi ölçeği ile KU ($p=0.01$), SU ($p=0.01$), GU ($p=0.001$) arasında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bu HKE'nin üç genel uyum ölçeğinin düşük olduğu bireylerde aleksitimi puanları yüksek olarak bulunması bu kişilerin kendini ve duygularını ifade etmekteki güçlükleriyle uyumlu bulunmuştur.

Aleksitimik bireylerde ardı arkası kesilmeyen bedensel yakınmaları sıralamaduygularını tanımlayacak uygun sözcükleri bulmada güçlük ve yineleyici ayrıntılarla belirli bir konuşma tarzı vardır.³⁷ Fantazi üretimi ve rüyalar sınırlıdır. Kişiler arası ilişkilerde, bağımlı ya da soğukturlar.³⁸ Yaşamları mekaniktir, yaratıcılıktan yoksundurlar.⁵⁷ u kişiler olumsuz duygularını yaşadıkları anda göstermekte güçlük çekerler.⁴⁴ Kendilerini teselli edici yöntemlere, normal kişilerden daha az başvururlar.²⁹ Duygusal yaşamlarındaki kısıtlılık, duruşlarındaki katılık ve duygularının yüzlerinden anlaşılmamasıyla kendini belli edebilir.⁴⁸ Aleksitimik kişiler görünüşte çevreleriyle uyum içinde yaşamaktadırlar. Ancak, görünüşteki bu yüksek toplumsal uyum düzeyinin "yalancı normallik" olduğu belirtilmektedir. Çünkü yakından bakıldığında, bunların kendi ruhsal gerçekleriyle pek az ilişki içinde oldukları ve robot gibi mekanik bir tarzda yaşadıkları görülmektedir.⁴⁵

Başlangıçta aleksitiminin psikosomatik hastalarda sık karşılaşılan ve süreklilik gösteren bir kişilik özelliği olduğu düşünülmekteydi.⁵⁷ Oysa daha sonraki gözlemler, bazı durumlarda aleksitimik özelliklerin geçici olarak ortaya çıkabileceğini göstermiştir.¹⁸

6. SONUÇ

1 yıl süre ile polikliniğimize başvuran konversiyon bozukluğu tanısı konmuş 72 hasta çalışmaya alınmıştır.

Daha önce yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğunun kadınlarda erkeklere oranla 2-10 kat daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Çalışmamızda kadın/erkek oranı 7/1 olarak belirlendi. Literatürlerde daha çok genç erişkin yaşta ve stres etkenleri sonrasında hastalık belirtilerinin başladığı bildirilmiştir. Çalışmamızda da, benzer şekilde hastalık başlama yaşı ortalaması 25.9 ± 7.5 , ortalama başvuru yaşı 30.2 ± 8.3 idi ve 43 olguda (%59.7) ataklardan önce belirgin stres etkeni vardı.

Literatür bilgileriyle uyumlu olarak hastaların büyük bir bölümünün nörolojik defisitler gösterdiği belirlenmiştir. Olguların 29'unda yalancı nöbet (%40.3), 27'sinde motor-duyusal belirti (%37.5), 5'inde globus histerikus (%6.9) ve ikisinde afoni (%2.8) vardı.

Ortalama yakınma süresinin 4.2 ± 4.6 (1-20 yıl aralığında) yıl olduğu, 15 olgunun (%20.8) birinci derece yakınlarında benzer hastalık öyküsü bulunduğu belirlendi.

Beck Depresyon Ölçeği ortalaması 23.9 ± 11.2 , STAI Durumluk anksiyete puan ortalaması 45.8 ± 12.2 , STAI Süreklilik anksiyete puan ortalaması 52.2 ± 7.3 , Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalaması 12.7 ± 3.7 idi. Hacettepe Kişilik Envanteri alt ölçekleri değerlendirilmesinde sosyal ilişkiler alt ölçeğinde, erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldığı bulundu.

Verilen testler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Toronto Aleksitimi Ölçeğinde aleksitimik puanlar arttıkça ters ilişkili olarak HKE genel uyum puanının azaldığı, yine benzer şekilde anksiyete puanları yükseldikçe HKE Genel uyum puanının azaldığı belirlendi.

Diğer çalışmalardan farklı olarak ortalama hastalık süresine göre hastalar iki gruba ayrılarak incelendi. Elde edilen verilere göre hastalık süresi 4 yılın üzerinde olan hasta grubunda anksiyete puanlarının diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve 4 yıldan fazla hastalığı olan grupta eşlik eden psikopatolojinin arttığı belirlendi. Depresyonun en sık eşlik eden hastalık olduğu belirlendi.

Bulgular bir arada değerlendirildiğinde, konversiyonun anksiyeteyi çözücü özelliğinin hastalık süresinin uzamasıyla yitirildiği, bu nedenle de başka psikopatolojilerin ortaya çıkma şansının arttığı kanısına ulaşılmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Alkın T, Tunca Z: Konversiyon bozukluğu. **Psikiyatri Temel Kitabı** (Eds Güleç C, Köroğlu E). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, 537-544.
2. Alper K, Devinsky O, Perrine K ve ark; Psychiatric Classification of Nonconversion Nonepileptic Seizures, **Arc Neurol**, 1995; 52, 119-120.
3. American Psychiatric Association: **Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders** Third edition-revised, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği: **Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı** Dördüncü baskı (DSM IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
5. Aşkın R; Histerik varsanılar, **Türk psikiyatri dergisi**, 1995; 6:2, 107-112.
6. Bowman ES, Markand NO; Psychodynamics and Psychiatric Diagnoses of 33 Pseudoseizures Subjects, **Am J Psychiatry**, 1996; 153:1, 57-63.
7. Candansayar T: 47 somatizasyon ve konversiyon bozukluğu olan bir grup hastada tanı sınırları ve psikososyal özelliklerin değerlendirilmesi. **Uzmanlık tezi**, Gazi Üniversitesi. Ankara, 1994.
8. Chandraselearn R, Goshami UV, Sivakuner ve ark; Hysterical Neurosis a follow up study, **Acta Psychiatry Scand**, 1994; 89, 78-80.
9. Cloninger CB, Guze SB; Hysteria and parental psychiatric illness, **Psychological medicine**, 1975; 5, 27-31.
10. Couerma H; Nocturnal limb movements in conversion paralysis, **J Nerv Ment Dis** 1993; 11, 707-708.
11. Dağ İ; Belirti tarama listesi, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 1991; 2:1, 5-12.
12. Derogatis LR, Rickel K, Rock AF; The SCL-90 and MMPI: a step in the validation of a new self report scale, **Br J Psychiatry**, 1977; 28, 337-342.
13. DSM III, **Mental Bozuklukların Sınıflandırılması**. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu. 1987, İzmir .
14. Falchony T, Khoil BA, Newman K; Psychogenic seizures in old age; a case report, **Epilepsia**, 1993; 34: 6, 1049-1051.
15. Feehan CJ; Hysteria in childhood, **Br J Psychiatry**, 1993; 163, 571-572.

16. Folks DG, Ford CV, Regan WM; Conversion symptoms in a general hospital, **Psychosomatics**, 1984; 25:4 285-295.
17. Ford CV, Folks DG; Conversion disorders: An Overview, **Psychosomatic**, 1985; 26:5 371-383.
18. Freyberger H; Supportive psychotrerapeutic techniques in primary and secondary alexithymia, **Psychother-Psychosom**, 1977; 28, 337-342.
19. 19. Gelder M, Gath D, Mayou R ve ark: **Oxford Textbook of Psychiatry**, 3th edition, Oxford university press, 1996, 160-196.
20. Gökalp Z, Erongun U: **Nöroşirürji Ders Kitabı**. Mars matbaası, Ankara, 1988, 75-83.
21. Guze SB, Perley MJ; Obsevrations on The Natural History of Hysteria, **Am J Psychiatry**, 1963; 119, 960-985.
22. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ; Hysteria and antisocial behavior. Further evidence of an association, **Am J Psychiatry**, 1971; 27:7, 133-136.
23. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ; Sex, age, and the diagnosis of hysteria, **Am J Psychiatry**, 1972; 129:6, 121-124.
24. Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ; A study of Conversion symptoms in psychiatric out patients, **Am J Psychiatry**, 1971; 128:5, 135-138.
25. Gülseren Ş, Özmen E, Önal C ve ark; Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler, **İzmir devlet hastanesi tıp dergisi**, 1993; 31:3, 373-377.
26. Günşel P, Bayar T, Velioğlu S: Psikonevrozlar. **İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitabı (Psikiyatri)** (Eds. Özaydın S.); İstanbul, 1984, 380-437.
27. Hodgman CH; Conversion and Somatization in Pediatrics, **Pediatrics in Review**, 1995; 16:1, 29-34.
28. Hollender MH; Conversion hysteria, **Arch gen psychiatry**, 1972; 26:4, 311-314.
29. Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ; Alexithymia-state and trait, **Psychother-Psychosom**, 1992; 60, 213-214.
30. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. **Klinik tanımlamalar ve tanı klavuzu**. (Çeviri Eds Öztürk M, Uluğ B). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği , Ankara, 1994.
31. Işık E: **Nevrozlar**. Kent matbaası, Ankara, 1996, 299-312.

32. Işık AR: Histerik konversiyon ve anksiyete nevrozu hastalarının zeka ve şahsiyetlerinin karşılaştırılması. **Doktora tezi**, İstanbul Üniversitesi. İstanbul, 1980.
33. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: **Synopsis of Psychiatry**. Seventh Edition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1994, 617-632.
34. Kent DA, Tomasson K, Coryell W; Course and outcome of conversion and somatization disorders. A four year follow up, **Psychosomatics**, 1995; 36, 138-144.
35. Krahn LE, Rummans TA, Shorbrough FW ve ark; Pseudoseizures After Epilepsia Surgery, **Psychosomatics**, 1995; 36:5, 487-493.
36. Kurumholz A, Niedermeyer E; Psychogenic seizures: A clinical study with follow up data, **Neurology**, 1983; 33, 498-502.
37. Lesser MI; Current concepts in psychiatry: Alexithymia, **New England Journal of Medicine**, 1985; 312:11, 690-692.
38. Lesser MI; A review of alexithymia concept, **Psychosom Medi**, 1981; 43, 531-543.
39. Lesser RP; Psychogenic Seizures, **Neurology**, 1996; 46, 1499-1507.
40. Ludwig AM; Hysteria a neurobiological theory, **Arch Gen Psychiatry**, 1972; 27:12, 771-777.
41. Mace CJ; Hysterical conversion I: A history, **Br J Psychiatry**, 1992; 161, 369-377.
42. Mace CJ; Hysterical conversion II: A critique, **Br J Psychiatry**, 1992; 161, 378-389.
43. Mai MF; Hysteria in a Clinical Neurology, **Can J Neurol Sci**, 1995; 22, 101-110.
44. Mc Donald PW, Prkachin KM; The expression and the perception of facial emotion in alexithymia, **Psychosom Medi**, 1990; 52: 2, 199-210.
45. Mc Dougall J; Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint, **Psychother-Psychosom**, 1982; 38, 81-90.
46. Nakoya M; True Auditory Hollucinations as a Conversion Symptoms, **Psychopathology**, 1995; 28, 214-219.
47. Neeleman J, Mann H; Treatment of hysterical aphonia with hypnosis and prokaletic therapy, **Br J Psychiatry**, 1993; 163, 816-819.
48. Nemiah JC; Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology, **Psychother Psychosom**, 1973; 22, 106-111.

TE: FULGUR GRETİLEMEZ
DOKÜMANASYON FİLMİ

49. Okyayüz ÜH; TAS ile CDKÖ bir Türk örnekleminde kullanılabilirlik koşullarının araştırılması, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 1993; 4:1, 18-25.
50. Öner N, LeCompte A: **Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El kitabı**. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No:333, İstanbul, 1992.
51. Özgüven E: **Hacettepe Kişilik Envanteri**. Odak Ofset Matbaacılık, Ankara, 1992.
52. Öztürk O: **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**. Hekimler Yayın birliği, 5. Baskı Ankara, 1994, 261-319.
53. Pascuzzi RM; Nonphysiologic (Functional) Unilateral Motor and Sensory Syndromes Involve the Left More Often Than the Right Body. **J Nerv Men Dis**, 1994; 2, 118-120.
54. Rinieris MP, Stefanis CN, Lykouras EP ve ark; Hysteria and ABO Blood types, **Am J Psychiatry**, 1978; 1106-1107.
55. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ ve ark; Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 1997; 8:3, 161-169.
56. Siegel M, Barthel RP; Conversion disorders on child psychiatry consultation service, **Psychosomatics**, 1986; 27:3, 201-204.
57. Sifneos PE; Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients, **Psychother Psychosom**, 1983; 40, 66-73.
58. Slater JT, Braun NC, Jacobs RE; Induction of Pseudoseizures with Placebo Intravenous Saline, **Epilepsia**, 1995; 36:6, 580-585.
59. Stefanis C, Markidis M, Chirstoodoulou G; Observation the evolution of the hysterical symptomatology, **Brit J Psychiatry**, 1976; 126, 269-275.
60. Şenol S, Önder M, Özalp E; Konversiyon Belirtisi olarak körlük: Bir olgu sunumu, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 1994; 5:4, 291-294.
61. Tasman A, Kay J, Lieberman LR ve ark: **Psychiatry**. Wb Saunders company, Philadelphia, 1997, 1119-1155.
62. Taylor GJ, Parker JDA, Ryan RM; A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance, **Am J Psychiatry**, 1995; 141, 725-732.

63. Tomasson K, Kent D, Coryell W; Somatization and conversion disorders: Comorbidity and demographics of presentation, **Acta Psyc Scand**, 1991 84, 288-293.
64. Zenbilci N: **Sinir sistemi hastalıkları**. İstanbul üniversitesi tıp fakültesi yayınları, 2. Baskı İstanbul, 1985, 383-399.
65. Ziegler DK, Schlemmer RB; Familial Psychogenic Blindness and Headache: A Case Study, **J Clin Psychiatry**, 1994; 55:3, 114-117.
66. Woodruff RA, Clayton P, Guze SB; Hysteria: An Evaluation of Specific Diagnostic Criteria by the Study of Randomly Selected Psychiatric Clinic Patients, **Br J Psychiatry**, 1969; 8, 1215-1243.



8. EKLER

BİLGİ TOPLAMA FORMU:

Konversiyon hastalarında ruhsal durum değerlendirmesi

Adı Soyadı:

Yaş:

Cins:

Tarih

Tlf:

Medeni durum: 1.evli

2.bekar

3.eşi ölü

4.boşanmış

5.ayrı yaşıyor

Çocuk sayısı:

Eğitim:

1.yok

2.ilkokul

3.orta

4.lise

5.yüksek

Meslek:

1.yok

2.işçi

3.memur

4.sebest

5.ev hanımı

6.öğrenci

7.üst düzey memur

8.Diğer

Geldiği yer:

1.köy

2.kasaba

3.ilçe

4. kent-merkez

5.kent-gecekondu

Gelir düzeyi:

1. 10 milyondan az

2. 10-20 milyon

3. 20-30 milyon

4. 30 milyon üstü

Yakınması:

Öyküsü:

Hastalık başlamadan önce önemli yaşam olayı:

Özgeçmiş:

Soy geçmiş:

Ruhsal Muayene:

Genel görünüm

Yapı:

1.normal

2.kaşektik

3.obes

Görüşmeye yönelik tutum: 1.olumlu 2.olumsuz 3.çekimser
4.negativizm

Bilinç : 1.açık 2.uykuya eğilimli 3.konfüze

Yönelim: 1.normal 2.zaman bozuk 3.yer bozuk
4.kişi bozuk

Dikkat: 1.normal 2.artmış 3.spontan azalmış
4.iradi azalmış

Bellek: 1.normal 2.yakın bellek ozuk
3.uzak bellek bozuk 4.diğer

Konuşma: 1.normal 2.yavaş-alçak sesle
3.hızlı-yüksek sesle 4.dağınık
5.mutizm 6.diğer

Düşünce akışı: 1.normal 2.yavaşlamış
3.hızlanmış 4.fikir uçuşması
5.blok 6.dağınık
7.neologizm 8.stereotipi
9.ekolali 10.klang çağrışım

Düşünce içeriği :	Var	Yok
1.Depresif düşünce	()	()
a.ilgi,istek,enerji azlaması	()	()
b.çaresizlik, umutsuzluk	()	()
c.suçluluk	()	()
d.yetersizlik, değersizlik	()	()
e.kendini cezalandırma	()	()
f.özkıyım düşüncesi	()	()
g.bedensel yakınmalar	()	()
2.Obsesyonel düşünce	()	()
3.Fobi	()	()
4.Sanrı	()	()

Algılama : 1.normal 2.varsanı işitsel 3.varsanı görsel
4.varsanı taktil 5.yanılsama görsel 6.yanılsama işitsel
7.derealizasyon

8.depersonalizasyon

Duygulanım:	Var	Yok
1.Çökkün	()	()
2.Taşkın	()	()
3.Bunaltı	()	()
4.Tekdüze-sığ	()	()
5.Uygunsuz	()	()
6.irritabilite	()	()
7.anhedoni	()	()

Psikomotor işlevler

a.Uyku	1.normal	2.azalmış	3.artmış	4.ritm bozukluğu
b.İştah	1.normal	2.azalmış	3.artmış	
c.Libido	1.normal	2.azalmış	3.artmış	

Devinimler:

1.normal	2.azalmış	3.artmış	4.dezorganize
5.katatonik	6.stereotipi	7.ekopraksi	8.manyerizm
9.kompulsiyon	10.diğer		

YAPILAN RUHSAL İNCELEMELER:

HKE () BECK DÖ () SPIELBERGER ANK Ö ()
ALEKSİTİMİ () SCL 90 R ()

PSİKIYATRİK TANI:

ÖNERİLEN SAĞALTIM:

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA İÇİNDE

Kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz

Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa herbirini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1 Gelecek hakkında karamsarım.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve bana sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2 Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

- 4- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3 Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0 Kendimden memnunum.
1 Kendi halimden pek memnun değilim.
2 Kendime çok kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım ve hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlıyabilirdim, şimdi istesem de ağlıyamıyorum.

- 10- 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
- 1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 - 2 Şimdi hep sinirliyim.
 - 3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11- 0 Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- 1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
 - 2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 - 3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 12- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 - 3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- 1 Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - 2 Görüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 - 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- 1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
 - 2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 - 3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 - 2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 - 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- 16- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım her şey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17- 0 İştahım her zamanki gibi.
1 İştahım eskisi kadar iyi değil
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok.
- 18- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünemiyorum.
- 20- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

STAI FORM TX-1

İsim: Cinsiyet: Yaş: Meslek: Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1-Şu anda sakinim	()	()	()	()
2-Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3-Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4-Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5-Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6-Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7-Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9-Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10-Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11-Kendime güvenim var	()	()	()	()
12-Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13-Çok sinirliyim	()	()	()	()
14-Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15-Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16-Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17-Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18-Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19-Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20-Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

STAI

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (TX-2)

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genellikle nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman	Bazan zaman	Çok zaman	Her
21-Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22-Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23-Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24-Başkaları kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
25-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
26-Kendimi dinlenmiş hissedirim	()	()	()	()
27-Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	()	()	()	()
28-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	()	()	()	()
29-Önemsiz şeyler için edişelenirim.	()	()	()	()
30-Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31-Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim	()	()	()	()
32-Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33-Genellikle kendimi emniyette hissederim	()	()	()	()
34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
35-Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	()	()	()	()

36-Genellikle hayatımdan memnunum()	()	()	()
37-Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()
38-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	()	()	()
39-Aklı başında ve kararlı bir insanım	()	()	()
40-Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()



HACETTEPE KİŞİLİK ENVANTERİ

1. Başkaları sizinle tartışmaya kalkınca hemen rahatsız olur musunuz?
2. Zıt görüşme olanlara rağmen planınızı genellikle uygulayabilir misiniz?
3. Yaptıklarınıza üzüldüğünüz zamanlar çok oluyor mu?
4. Bazı anlamsız düşünceler zihninizi meşgul edip sizi rahatsız eder mi?
5. Bir şanssızlığa uğrayacağınızdan korkuyor musunuz?
6. Oturduğunuz yerde duramaz hale geldiğiniz zamanlar olur mu?
7. Sık sık önemsiz şeyleri kendinize dert edinir misiniz?
8. Diğer insanlarla tanışmaktan zorluk çeker misiniz?
9. Çözemediğiniz ve cesaretinizi kıran sorunlarınızı ve sorumluluklarınız var mı?
10. Bazen hiç kimsenin sizi iyi anlamadığını düşündüğünüz olur mu?
11. Arkadaşlarınızla dışarıda çok fazla zaman harcadığınız için ailenizin sizden şikayet ettiği olur mu?
12. Aile içinde karar alırken sizin de fikrinizi alırlar mı?
13. İnsanları birbirleri ile tanıştırmak size kolay gelir mi?
14. Olabildiğince kalabalıktan uzak kalma eğitiminiz var mı?
15. Arkadaşlarınız sosyal ilişkilerinizi istenilen düzeyde bulurlar mı?
16. Tanışmadığınız yeni birisine de dostça davranmak gerekir mi?
17. Yasalara uymayan davranışları için insanlar haklı görülebilir mi?
18. Başkalarına sıra vermek size güç gelir mi?
19. Saygısız oluşlarından dolayı gençlerden öç almak istediğiniz zamanlar oluyor mu?
20. Çoğuz zaman yanlış veya kötü bir şey yapacağınızdan kaygılanır mısınız?
21. Size kötü davrandıkları için öç almayı isteğiniz kişiler oldu mu?
22. Fikirlerinizi başkalarına kabul ettirmenin güç olduğu kanısında mısınız?
23. Çoğu zaman başkalarının aynı konuda ne kadar verdiklerini öğrenme zorunluluğu duyar mısınız?
24. Hoş olmadığı için sizi uzun zamandır uzun bir yaşantınız var mı?
25. Duygularınızı kontrol altında tutabiliyor musunuz?
26. Güç bir durumla karşılaşacağınızı düşünce heyecanlanır ve terler misiniz?
27. Görme gücünüzdeki bozukluklardan sık sık yakınır mısınız?
28. Aileniz bireyleri ile sık sık tartışmalarınız olur mu?
29. Beklentinizin üstünde dostluk gösteren insanlara karşı dikkatli olmaya çalışır mısınız?

30. Dikkatinizi bir konu üzerinde toplamada çok güçlük çeker misiniz?
31. Çoğu zaman tüm vücudunuzda bir kırıklık, halsizlik hissedersiniz mi?
32. Aileniz, onlara karşı düşünceli davrandığınız kanısında mıdır?
33. Aileniz bireyleri genellikle birbirlerine karşı sakın davranırlar mı?
34. Birbiri ile şakalaşan kimseler arasında olmak ister misiniz?
35. Diğer insanlarla ilişki kurmada sizi yetenekli bulurlar mı?
36. Genellikle karşı cinsten birisi ile çalışmaktan hoşlanır mısınız?
37. Sahibine haber vermeden bazı şeyleri ödünç almak doğru sayılabilir mi?
38. Kişinin toplumdaki adet ve geleneklere uyması sizce önemli midir?
39. Kendini beğenmiş oldukları için çevrenizdeki çoğu kişileri uyarmak zorunda kaldığınız oluyor mu?
40. Hakkınızda dedikodu yapacaklardan kurtulmak size kolay gelir mi?
41. Zararsız yalanlar söyleyerek zor durumlardan kurtulmak size kolay gelir mi?
42. Arkadaşlarınız sizi, "eğriye eğri doğruya doğru", diyen bir kişi olarak mı bilirler?
43. Çevrenizdeki kişiler önemli konularda sizin görüşünüzü de öğrenmek isterler mi?
44. Arkadaşlarınızın çoğu kadar siz de güçlü ve sağlıklı mısınız?
45. Çevrenizdeki kişilerden kolayca hastalık kapın bir yaradılıştasınız mı?
46. "Başaramadım" gibi bir duygudan rahatsız mısınız?
47. Sağlığınıza çok dikkat etmek ihtiyacındasınız mı?
48. İçinde bulunduğunuz koşullardan dolayı sık sık sinirlendiğiniz olur mu?
49. Belli etmeseniz bile çevrenizdekilere sık sık darıldığınız olur mu?
50. Moralinizin bozulduğu ve bundan kurtulmanın çok zor olduğu zamanlar olur mu?
51. Çevrenizdeki kişilerin çoğu ile arkadaşlık etmek yerine yalnız olmayı tercih edersiniz mi?
52. Tanıdıkların bulunmadığı bir çevrede sıkılganlık çeker misiniz?
53. Ailenizdeki kişilerin bazıları size karşı çok cimri davranıyor mu?
54. Ailenizin çoğu kez her şeye itaat etmenizi beklemeleri sizi kızdırır mı?
55. Mutlu olacağınız sayıda ve nitelikte arkadaşlarınız var mı?
56. Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanır mısınız?
57. Sosyal etkinlikler sırasında başkalarını eğlendirmek size zor gelir mi?
58. İş ve sorumluluklardan kaçmak her zaman hatalı mıdır?
59. İnsan verdiği sözü her zaman yerine getirmeli midir?

- 60.Kapılarını açık bırakan kişilerin eşyalarının çalınmasını hakettikleri görüşüne katılır mısınız?
- 61.Karşıt cinsten birisi ile birlikte olunca genellikle onun cinsiyeti ile ilgili şeyler mi düşünürsünüz?
62. Bulunduğunuz çevrede çok fazla konu-komşu dedikoduları yapıyorlar mı?
63. İnsan ilişkilerinde utangaç bir kişi misiniz?
- 64.Kişileri birbirine tanıştırmak ve başkalarına tanıştırmak size kolay gelir mi?
- 65.Başkaları sizi yetenekli ve cesur bulur mu?
- 66.Alıngan bir kişi misiniz?
- 67.Fiziki görünüşünüzden dolayı duygusal bir hassasiyetiniz var mı?
- 68.Duygularınıza olan güveninizden dolayı görüşlerinizin esnek olduğu kanısında mısınız?
- 69.Sık sık kabızlıktan ve mide ağrılarından şikayetiniz olur mu?
- 70.Ara sıra zihninizin ağır işlediğini hissedersiniz mi?
- 71.Başkalarının mutluluğunu kıskandığınız zamanlar oluyor mu?
- 72.Başarmayı arzu ettiğiniz şeyleri düşünmek, onları yapmaktan daha çok haz veriyor mu?
- 73.Size açık olan avantajlı durumlardan bazı kişilerin yararlanma çabasında oldukları kanısında mısınız?
- 74.İstekli olduğunuz toplantı veya etkinliklere katılmanız genellikle engellenir mi?
- 75.En az anlayış gördüğünüz yerin aileniz olduğunu düşündüğünüz olur mu?
- 76.Koşulsuz olarak her insana yardım eder misiniz?
- 77.Sönük geçmekte olan bir toplantıya öncülük edip canlandırmak size kolay gelir mi?
- 78.Çabuk arkadaş edinen bir kişi misiniz?
- 79.Ortaya çıkan fırsatlardan otobüse ücret ödmeden binmek bir şerefsizlik midir?
- 80.İşlerini düze çıkarmak için pek çok kişinin yalan söylediği kanısında mısınız?
- 81.Sosyal kurallardan oldukça bağımsız bir yaşantı içinde misiniz?
- 82.Çevrenizdeki çoğu kişilerin politik görüşleri sizinkine ter düşer mi?
- 83.Başkalarının saflığını kendi çıkarlarına kullanan kimseleri ayıplar mısınız?
- 84.Aileniz, sizin başarılı olduğunuz kanısında mıdır?
- 85.İstedığınız bir işe veya mesleğe girmenizin engellendiği olur mu?
- 86.Önemli olmayan konular yüzünden sık sık eleştirildiğiniz olur mu?

- 87.Yaptığınız bir yanlış kabul etmek size zor gelir mi?
88. Ailenizin düşündüğü gibi olmama duygusu sizi rahatsız ediyor mu?
- 89.Belirli bir nedeni olmadan duygularınız kolayca neşeden üzüntüye, üzüntüden neşeye dönüşür mü?
- 90.Çevrenizdeki insanlara gerçeği kabul ettirmenin güç olduğu zamanlar olur mu?
- 91.Zihninizi dolduran türlü düşünceler uykunuzu kaçırır mı?
- 92.Genellikle sakin ve meseleleri soğukkanlı olarak ele alan bir kişi misiniz?
- 93.Zaman zaman aleyhinize çalışan insanların varlığından şüphelendiğiniz olur mu?
- 94.İnsanların içinde iken bile kendinizi yalnız hisseder misiniz?
- 95.Aileniz, yeterli düzeyde başarılı olduğunuz kanısında mıdır?
- 96.Akşamları eve dönüş sizi kaygılandırır mı?
- 97.Alienizdeki kişilerden bazılarının yakınlık ve sevginize yeterince karşılık vermediği oluyor mu?
- 98.Yeni tanıştığınız bir kimse ile konuşmaktan çekinir misiniz?
- 99.Çevrenizdeki insanlar çoğu zaman sizi hayal kırıklığına uğratırlar mı?
- 100.Sizce geçinilmesi güç kişilere de nazik davranılmalı mıdır?
- 101.Davranışınızın çevredekilere aykırı düşmesi sizi rahatsız eder mi?
- 102.Söz dinleyip kendisini problemin içine atmakta ısrar eden kişiler cezalarını çekmeli midir?
- 103.Bazı konularda kendi kendinizle kavga içinde misiniz?
- 104.İnatçı kişilere biraz zor kullanmanın onları ikna etmede yararlı olacağı kanısında mısınız?
- 105.Başkalarının mutluluğunu kıskandığınız zamanlar oluyor mu?
- 106.Başkalarının sizden hoşlandığı duygusu içinde misiniz?
- 107.Yeteneğinizi küçümseyip başladığınız bazı işleri yardım bıraktığınız oluyor mu?
- 108.Sizi eleştirdikleri zaman sakin kalabiliyor musunuz?
- 109.Sizi eleştirdikleri zaman sakin kalabiliyor musunuz?
- 110.Kendinizi sinirli bir kişi olarak mı görürsünüz?
- 111.Üzüntülü veya heyecanlı olduğunuz zaman konuşmanızda kekemelik olur mu?
- 112.Sonradan pişman olacağınız çok şeyi yaptığınız oluyor mu?
- 113.Kaslarınızda bazen asabi hareketler veya tikler olur mu?
- 114.Belirli bir neden yokken kendinizi son derece neşeli veya üzüntülü hissettiğiniz zamanlar olur mu?

- 115.Yaşı sizden küçük olanların daha rahat bir yaşam sürdürdükleri kanısında mısınız?
- 116.Hoşlanmadıkları için ailenizin evde misafir etmek istemedikleri arkadaşlarınız var mı?
- 117.Ailenizle aranızdaki diğer yargıları ve inanç farkları nedeniyle önemli sorunlarla karşılaştığınız oluyor mu?
- 118.Aileniz sizden çok fazla şeyler mi bekliyor?
- 119.Kız ve erkeklerin birlikte bulunduğu durumlarda kendinizi rahat hisseder misiniz?
- 120.İnsan ilişkilerinde utangaç bir kişi misiniz?
- 121.Çıkarlarını korumak için pek doğru olmayan yollara sapanları ayıplar mısınız?
- 122.Bir şeyi bulan kişiye onu saklama hakkı verilmeli midir?
- 123.İnsanların inançlarında kusur etmeleri, bir diğerine bunu başkalarına yayma hakkı verir mi?
- 124.Yaptığınız şeylerin yanlış anlaşılacağı kaygısı içinde misiniz?
- 125.İnsanların koşulsuz olarak serbest davranmalarına izin verilse toplumun daha iyi olacağı kanısında mısınız?
- 126.İçinde bulunduğunuz koşullardan dolayı sık sık sinirlendiğiniz olur mu?
- 127.Arkadaşlarınız istemediğiniz bir davranışta bulunduğu zaman, çoğunlukla bunu, çekinmeden kendisine söyleyebilir misiniz?
- 128.Gerçek yeteneklerinizi gösterebildiğiniz kanısına mısınız?
- 129.Kendinize özgü bir plan yapmaktansa arkadaşlarınızın?
- 130.Açlık hissi duymadan yemek yediğiniz zamanlar oluyor mu?
- 131.Akşama doğru ya da sabahları kendinizi çok yorgun hisseder misiniz?
- 132.Ne okuduğunuzun farkında olmadan bir süre okuyup sonra dikkatinizi topladığınız olur mu?
- 133.Çoğu zaman kendinizi yorgun ve halsiz hisseder misiniz?
- 134.Eleştirilmek sizi çok kırar mı?
- 135.Hoşlanmadığınız birisi ile karşılaşmamak için yolunuzu sık sık değiştirdiğiniz olur mu?
136. Cinsel konularda kendinizi rahat hisseder misiniz ?
137. Başka bir aile veya grubun üyesi olmayı istediğiniz zamanlar olur mu?
138. Aile bireylerinin kişisel meselelerinizi bilmek istemelerinden şikayetçi misiniz?
139. Aileniz karşı cinsten arkadaşlarınızı genellikle reddeder mi?
140. Bulunduğunuz çevrede halk tarafından seilmeyen çok kişi var mı?

141. Topluluk içinde tanıştığınız insanlarla çabuk kaynaşabiliyor musunuz?
142. Uzlaşma kabul etmeyen kişilere nazik davranır mısınız?
143. Arkadaşlarınız sizi, eğriye eğri, doğruya doğru diyen bir kişi olarak bilirler mi?
144. Saygısızlık gösterenlere aynı şekilde cevap verir misiniz?
145. Onlara aldırmamak yerine öç almanın daha iyi olduğu kanısında mısınız?
146. Yasalara aykırı davranmadan yasanın bir açığından yararlanmada bir sakınca görür müsünüz?
147. Duygularınızı kontrol altında tutabiliyor musunuz?
148. Arkadaş edinmede zorluk çekiyor musunuz?
149. Doğru yargılarınızı bile değerli bulmadıkları olur mu?
150. Cesaret verilmediği zaman işlerinize devam etmek size zor gelir mi?
151. Heyecanlı olaylar sizi karamsarlıktan kurtarır mı?
152. İşler kötü gittiği zaman çabuk heyecanlanan bir kişi misiniz?
153. Bazen içinizden insanlara küfretmek gelir mi?
154. Sık sık başınız ağrır mı?
155. Ayrıntılı konuşmadıkları için sık sık kişilerin sözlerini tekrarlatmak zorunda kalır mısınız?
156. Bazen sevdiğiniz kişiyi kırmaktan hoşlandığınız olur mu?
157. Sizden gelen bir neden yokken işlerinizin ters gittiği zamanlar oluyor mu?
158. Evden kaçıp başka bir yere gitmeyi düşündüğünüz zamanlar oluyor mu?
159. Aileniz bireylerinin hepsini denk ölçüler içinde seviyor musunuz?
160. Evde sakin olmak için susmak ya ad dışarı çıkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?
161. Taşındığınız sorumlulukların ağırlığı sizi fazlaca hareketsiz hale getiriyor mu?
162. Neşeli arkadaşlar arasına katılınca üzüntülerinizi untabiliyor musunuz?
163. Sıkışık durumlardan kurtulmak için gerçeği söylemediğiniz zamanlar olur mu?
164. Bulunmuş bir eşyayı her zaman iade etmek gerekli midir?
165. Yaşamının bir döneminde her insanın bir şeyler çalmış olabileceği görüşüne katılır mısınız?
166. Bazı insanların mal ve mülklerini tahrip etmeyi hak ettiklerini düşündüğünüz olur mu?
167. Size kötü davrandıkları için öç almayı istediğiniz kişiler oldu mu?
168. Başkaları sizinle tartışmaya kalkınca hemen rahatsız olur musunuz?

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygun ise EVET'in altındaki parantezin içine X koyunuz. Uygun değilse HAYIR'ın altındaki parantezin içine X koyunuz.

	EVET	HAYIR
1- Ağladığımda, beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.	()	()
2- Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.	()	()
3- Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.	()	()
4- Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem.	()	()
5- Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.	()	()
6- Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.	()	()
7- Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.	()	()
8- Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur.	()	()
9- Her hangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.	()	()

- 10-Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki;
doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar () ()
- 11-Benim için, yalnızca bir işin yapılmış olması
yetmez; nasıl ve neden yapıldığını bilmek
isterim. () ()
- 12-Duygularımı kolayca anlatabilirim. () ()
- 13-Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan
çok; onların nereden kaynaklandığı üzerine
düşünmeyi tercih ederim. () ()
- 14-Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülü mü, korkulu
mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilmem. () ()
- 15-Hayal gücümü bolca kullanırım. () ()
- 16-Yapacak başka bir şeyim olmadığında,
zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm. () ()
- 17-Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur. () ()
- 18-Pek hayal kurmam. () ()
- 19-Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan
çok işlerin olurlarına bırakmayı tercih ederim. () ()
- 20-Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var. () ()

- 21-İnsanın duygularına yakın olması önemlidir. () ()
- 22-İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur. () ()
- 23-Tanıdıklarım, duygularımdan daha çok söz etmemi isterler. () ()
- 24-İnsan, olayların derinine inmelidir. () ()
- 25-İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum. () ()
- 26-Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam. () ()



Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Öğrenci ise,

Okulun Adı:

Doğum Tarihi:

Öğrenimi:

İşi:

Adresi:

Tarih:

Tel:

YÖNERGE: Aşağıda herkese ait olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyun, sonra bu durumun bu gün dahil son bir ay içinde sizi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiğini göz önüne alarak yan taraftaki parantezin içine (X) işareti koyun. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen silin. Yenisini okunaklı biçimde işaretleyin.

Soru atlamaksızın tüm soruları yanıtlayın. Başlangıç örneğini dikkatle okuyun, anlamadığınız soru olursa danışın.

ÖRNEK:

	0	1	2	3	4
1. Baş ağrısı	()	()	()	(X)	()

0) Hiç yok 1) Çok az var 2) Orta derecede var 3) Fazla var 4) Aşırı derecede var

	0	1	2	3	4
1. Baş ağrısı	()	()	()	()	()
2. Sinirlilik ya da içinde titreme hissi	()	()	()	()	()
3. Kafanızdan atamadığınız tekrarlayıcı hoşa gitmeyen düşünceler	()	()	()	()	()
4. Baygınlık ya da baş dönmesi	()	()	()	()	()
5. Cinsel istek ve ilginin azalması	()	()	()	()	()
6. Başkaları tarafından eleştirilmesi	()	()	()	()	()

- duygusu () () () () ()
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri () () () () ()
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu () () () () ()
9. Olayları hatırlamada zorluk () () () () ()
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler () () () () ()
11. Kolayca gücenip rahatsız olma hissi () () () () ()
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar () () () () ()
13. Caddelerde ya da açık alanlarda korku hissi () () () () ()
14. Enerjinizde azalma ya da yavaşlama hali () () () () ()
15. Hayatınıza son verme düşünceleri () () () () ()
16. Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak () () () () ()
17. Titreme () () () () ()
18. Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi () () () () ()
19. İştah azalması () () () () ()
20. Kolayca ağlama () () () () ()
21. Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ve rahatsızlık hissi () () () () ()
22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek () () () () ()
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma () () () () ()
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları () () () () ()
25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu () () () () ()
26. Olaylar için kendini suçlama () () () () ()
27. Bel ve sırtta ağrılar () () () () ()

- 28.İşlerin yapılmasını erteleme duygusu () () () () ()
- 29.Yalnızlık hissi () () () () ()
- 30.Karamsarlık hissi () () () () ()
- 31.Herşey için çok fazla endişe duyma () () () () ()
- 32.Herşeye karşı ilgisizlik hali () () () () ()
- 33.Korku hissi () () () () ()
- 34.Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali () () () () ()
- 35.Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması () () () () ()
- 36.Başkalarının sizi anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi () () () () ()
- 37.Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi () () () () ()
- 38.İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak () () () () ()
- 39.Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması () () () () ()
- 40.Bunaltı yada midede rahatsızlık hissi () () () () ()
- 41.Kendini başkalarından aşağı görme duygusu () () () () ()
- 42.Adele (kas) ağrıları () () () () ()
- 43.Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi () () () () ()
- 44.Uykuya dalmada güçlük () () () () ()
- 45.Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme () () () () ()
- 46.Karar vermede güçlük () () () () ()
- 47.Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu () () () () ()
- 48.Nefes almada güçlük () () () () ()
- 49.Sıcak-soğuk basmaları () () () () ()

- 50.Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ev
durumlardan kaçınma hissi () () () () ()
- 51.Hiçbir şey düşünmeme hali () () () () ()
- 52.Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma,
karıncalanma () () () () ()
- 53.Boğazınıza bir yumruk tıkanması () () () () ()
- 54.Gelecek konusunda ümitsizlik hali () () () () ()
- 55.Düşüncelerinizi toparlamada güçlük () () () () ()
- 56.Bedeninizin çeşitli kısımlarında
zayıflık hissi () () () () ()
- 57.Gerginlik ya da coşku hissi () () () () ()
- 58.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi () () () () ()
- 59.Ölüm ya da ölmeyi düşünme () () () () ()
- 60.Aşırı yemek yeme () () () () ()
- 61.İnsanlar size baktığı yada hakkınızda
konuştuğu zaman huzursuz olma () () () () ()
- 62.Size ait olmayan düşünceler sahip
olma () () () () ()
- 63.Bir başkasına vurma, yaralama, zarar
verme isteği () () () () ()
- 64.Sabahları çok erken saatte uyanma () () () () ()
- 65.Yıkanma, sayı sayma, dokunma gibi
bazı hareketleri tekrarlama () () () () ()
- 66.Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık () () () () ()
- 67.Bazı şeyleri kırıp dökme isteği () () () () ()
- 68.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği
inanç ve düşüncelerinizin oluşu () () () () ()
- 69.Başkalarının yanında kendini çok
sıkılğan hissetme () () () () ()
- 70.Pazar yeri, sinema gibi kalabalık
yerlerde rahatsızlık hissi () () () () ()
- 71.Herşeyin bir yük gibi görünmesi () () () () ()

72. Dehşet ve panik nöbetleri () () () () ()
73. Topluluk içinde yiyip içerken
huzursuzluk hissi () () () () ()
74. Sık sık münakaşa etme () () () () ()
75. Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali () () () () ()
76. Başkalarının sizi başarılarınız için
yeterince takdir etmediği duygusu () () () () ()
77. Başkaları ile birlikte olduğunuz
durumlarda dahi yalnızlık hissi () () () () ()
78. Yerinde duramayacak ölçüde
rahatsızlık duyma () () () () ()
79. Kendinizi değersiz hissetme duygusu () () () () ()
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu () () () () ()
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma () () () () ()
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu () () () () ()
83. Eğer fırsat vererseniz insanların
sizden yararlanacağı duygusu () () () () ()
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız
eden düşüncelere sahip olma () () () () ()
85. Günahlarınızdan dolayı
cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi () () () () ()
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller () () () () ()
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık
olduğu düşüncesi () () () () ()
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık
duymama () () () () ()
89. Suçluluk duygusu () () () () ()
90. Aklınızda bir bozukluk olduğu
düşüncesi () () () () ()