

# Majör Depresyon Eş Tanısı Bulunan Bir Konversiyon Bozukluğu Olgusuna Farmakoterapi ve Psikodrama Teknikleri ile Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu

Özlem Kazan Kızılkurt<sup>1</sup>,  
Suzan Mert Akgül<sup>1</sup>, Filiz İzci<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstinye Devlet Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,  
İstanbul - Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,  
İstanbul - Türkiye

## ÖZ

Majör depresyon eş tanısı bulunan bir konversiyon bozukluğu olgusuna farmakoterapi ve psikodrama teknikleri ile yaklaşım: Bir olgu sunumu

Psikolojik etkenlerle ortaya çıkabilen, fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde motor ve duysal işlevsellikte değişikliklerle giden konversiyon bozukluğu (KB) psikiyatri klinik ve acil servislerinde sık görülen bir ruhsal hastalıktır. KB'ye depresif bozukluk gibi birden çok ruhsal hastalıkta eşlik edebilmektedir. KB'nin tedavisinde antidepresan, antipsikotik ilaç tedavileri yanında psikoterapi teknikleri de uygulanabilmektedir. Bu makalede, KB'ye eşlik eden majör depresif bozukluk tanıları bulunan, ilaç tedavisi ile beraber KB'de sık kullanılmayan bir psikoterapi türü olan psikodrama teknikleri uygulayarak yanıt aldığımız bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** Konversiyon bozukluğu, psikodrama, seyir

## ABSTRACT

An approach to conversion disorder with comorbid major depression using pharmacotherapy and psychodrama techniques: a case report

Conversion disorder (CD) is a psychiatric disorder commonly seen in clinical and emergency psychiatry departments; it may occur with psychological factors and lead to changes in motor and sensory functioning in a way that suggests a physical disorder. Multiple mental illnesses such as depressive disorder can accompany CD. In addition to antidepressant or antipsychotic drug treatments, psychotherapy techniques can be applied in the treatment of CD. In this report, we aim to present a case of major depressive disorder with accompanying CD where we intervened applying drug therapy together with psychodrama techniques, a type of psychotherapy that is not frequently used in CD.

**Keywords:** Conversion disorder, psychodrama, prognosis



**Bu makaleye atıf yapmak için:** Kazan-Kızılkurt O, Mert-Akgül S, İzci F. An approach to conversion disorder with comorbid major depression using pharmacotherapy and psychodrama techniques: a case report. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2018;31:413-420. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310412>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Özlem Kazan Kızılkurt,  
İstinye Devlet Hastanesi, İstinye Mahallesi,  
İstinye Caddesi, No: 98, 34465,  
Sarıyer/İstanbul, Türkiye

Telefon / Phone: +90-0212-323-4444

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
dr.ozlemkazan@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
1 Şubat 2018 / February 1, 2018

İlk düzeltme öneri tarihi /  
Date of the first revision letter:  
3 Mart 2018 / March 3, 2018

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
15 Mayıs 2018 / May 15, 2018

## GİRİŞ

Konversiyon bozukluğu (KB), psikolojik etkenlerin neden olduğu, özellikle nörolojik bozuklukları taklit edecek şekilde motor ya da duyu işlevlerini etkileyen ancak merkezi ya da periferik sinir sisteminin bilinen anatomik ve fizyolojik yapısına uymayan bir ya da birden fazla semptom ve defisitinin olduğu bir bozukluktur (1). Batı ülkelerinde giderek azalma

göstermekle beraber ülkemizde hala sık karşılaşılan bir bozukluk olan KB psikiyatri acil polikliniklerine yapılan başvuruların %12-47'sini oluşturmaktadır (2,3).

KB'nin etiolojisinde çeşitli psikodinamik görüşler, nörobiyolojik ve genetik etmenler, sosyo-kültürel görüşler üzerinde durulmuş; ancak yapılan çalışmalar sonucunda genellikle çok etkenli bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (4,5). KB'de erken çocukluk dönemi travmaları ve duygusal stresin rolü üzerine yapılan

çalışmalarda, özellikle sosyal-mesleki alandaki yaşam olayları ve erken çocukluk döneminde kötü muameleyle uğrama ile konversiyon belirtileri arasında ilişki olduğu saptanmıştır (6). Psikodinamik görüşe göre, herhangi yüklü bir yaşantı, dürtünün etkili biçimde bastırılması ile sağlanmış olan dengenin bozulmasına neden olabilir, o zaman benliğin kullanmakta olduğu bastırma (repression) yetersiz kalır ve ortaya bir çatışma durumu çıkar. Çatışmanın doğurduğu bunaltıya karşı yeni bir düzenek gereklidir, histerik nevrozda bu, döndürme (konversiyon) ya da çözülme (disosiasyon) düzeneğidir (7). Ayrıca literatürde, KB'ye diğer bir ruhsal bozukluğu eşlik etmesi, sık görülen bir durum olarak bildirilmiştir (8-10). Bowman ve Markand (11) tarafından yapılan bir çalışmada KB'ye %88 oranında depresif bozukluğun eşlik edebileceği ve konversiyon belirtilerinin huzursuzluğun bir habercisi olabileceği belirtilmiştir.

KB tedavisinde antidepresan ve antipsikotik ilaçlar, psikanalitik ve bilişsel-davranışçı psikoterapi, egzersiz, fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES), biofeedback gibi rehabilitasyon yöntemleri uygulanmaktadır (12,13). Psikoterapinin, çoğu hastada yararlı olduğu bildirilmiştir (14), aile ilişkilerindeki sorunlu alanların belirlenmesi ve ele alınmasında psikodinamik bakış açısının (15); bilişsel baş etme becerilerinin geliştirilmesi, bilişsel davranışçı aile müdahaleleri, gevşeme egzersizleri, sağlıklı davranışın olumlu pekiştirilmesi ve hasta rolü davranışının söndürülmesi gibi bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin (16) tedavideki önemi vurgulanmaktadır.

Tedavide kullanılabilen bir diğer terapi tekniği ise psikodramadır. Temelleri 1920'lerde Jacob Levy Moreno (17) tarafından atılan, spontan tiyatrodan yararlanılarak geliştirilen psikodrama tekniği, dramatisasyon ve rol alma tekniklerini kullanarak, dramatik benlik temsili yoluyla bireylerin eylemlerini sürdürüp yaşamlarını prova ettikleri bir psikoterapi yöntemidir. Bu yöntemin amacı katarsis sağlamak, iç görü kazandırmak ve bireyi daha sağlıklı davranışlara yönlendirmektir (18). Moreno'nun psikodrama tekniği hem bireysel hem de grup terapisi olarak uygulanmaktadır ve bireysel psikodrama, monodrama olarak bilinmektedir. Literatürde psikodrama uygulamaları ile ilgili

artan uygulamalardan bahsedilmekle birlikte, monodrama ile ilgili bilgi halen çok kısıtlıdır ve daha çok olgu sunumları ve gözlemsel verilere dayanmaktadır. Bu veriler monodrama tekniğinin yas reaksiyonu (19), anoreksiya nervosa (20), obsesif kompulsif bozukluk (21), borderline kişilik örgütlenmesi (22), anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif kişilik ve travmatik yaşantılar (23) ile çalışılırken etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Ayrıca monodrama uygulamalarının, grup psikodrama uygulamalarına benzer şekilde belirtileri ortadan kaldırmanın yanı sıra ruhsal büyüme, zenginleşme ve yaratma gücünün özgürleşmesi gibi yararları da olduğu belirtilmektedir (24). KB belirtileri, kültürel özellikler nedeniyle anlatımı yasaklanan duygu ve düşüncelerin bir iletişim aracı olarak da görülebilmektedir. Belirtiler, sözle anlatımı yasaklanan duyguların ve düşüncelerin 'beden dili' ile anlatılmasına olanak sağlamaktadır (25). Önceden planlanmayan duygu ve düşüncelerin spontan olarak oyunlaştırılmasını esas alan psikodrama teknikleri ile hastalarda katarsis sağlanmasının, ifade edilemeyen duygu ve düşüncelerin bu teknikler yardımı ile ifadesinin kolaylaştırılmasının ve iç görü sağlanmasının KB tedavisinde fayda sağlayabileceği düşünülmüştür.

Bu yazıda KB ve eş zamanlı olarak majör depresyon tanısı konularak takibe alınan, farmakoterapi ve bireysel psikodrama teknikleri ile tedavisi sürdürülen bir olgu, özellikle acil servislerde gözden kaçırılabilir bir bozukluk olan KB tanısına dikkat çekmek ve tedavide psikodrama tekniklerine verilen olumlu yanıtı incelemek amacı ile sunulmuştur.

## OLGU

Otuzyedi yaşında kadın hasta, psikiyatri polikliniğine son 5 ayda ortaya çıkan, özellikle son 1 ayda sıklığı giderek artan nöbet benzeri bulgular nedeni ile nöroloji kliniğinden yönlendirildi. Nöbetlerin, çoğunlukla yaşanan bir stresörü takiben ortaya çıktığı, olduğu yerde bayılma ile başladığı, ardından tüm vücutta kasılma, sözel uyaranlara cevapsızlık, anlamsız sesler çıkarma ile devam ettiği ve yaklaşık 10-15 dakika sürdüğü öğrenildi. Hasta, son 1 yıldır devam eden mutsuzluk,

isteksizlik, bitkinlik şikâyetlerinin olduğunu, hayattan zevk alamadığını, sürekli uyuma isteğinin olduğunu ifade ediyordu. Geçen hafta kız kardeşinin yüzünü bir yılan yüzü olarak gördüğünü, bu durumun 1-2 dakika sürdüğünü, son yıllarda buna benzer olarak kısa süreli etrafını ve özellikle elleri olmak üzere bedeninin bazı bölümlerini olduğundan farklı algıladığı, sanki yaşananlar veya konuşulanlar gerçek değilmiş gibi hissettiği, bazen eşyaları olduğundan farklı olarak gördüğü dönemler olduğunu belirtti. Ancak bunların çok kısa süreli olup geçtiğini ve bu nedenle bu belirtileri önemsemediğini ifade etti. Yapılan nörolojik muayenesinin normal olduğu, biyokimyasal ve hematolojik tetkikler ve görüntüleme incelemeleri sonucunda bulgularını açıklayacak dâhili ve nörolojik bir patolojik bulgu saptanmadığı belirtilerek polikliniğimize sevk edildi. Hastamız 'KB' ve majör depresyon' eş tanıları ayrıca bu tanılara eşlik eden depersonalizasyon/derealizasyon belirtileri ile tedaviye alındı. Yapılan psikiyatrik muayenesi ile beraber hastalık belirtilerini ortaya çıkaran ve sürdüren etkenlerin saptanması amacı ile yaşam öyküsü, aile öyküsü ve stres faktörleri ayrıntılı olarak sorgulandı.

Hastanın öyküsünde 1 yıl önce kız kardeşi ve eşi arasında bir ilişki olduğunu öğrenmesi ve eşinden ayrı yaşamaya başlamasının ardından depresif ve konversif şikâyetlerinin başladığı öğrenildi. Özellikle, kız kardeşi ve eşi arasındaki ilişkiyi hatırlatan olay veya konuşmaların ardından vücudunun boşaldığını, olduğu yerde bayıldığını, kol ve bacaklarının kasıldığını, o anda etrafında olanları duyduğunu ancak tepki veremediğini, kitlenip kaldığını anlattı. Bu bayılmaların son 1 ayda sıklaşarak, her gün veya gün aşırı olarak ortaya çıktığı ve kimi zaman bayılmaları ağlama nöbetlerinin takip ettiği öğrenildi. Yaklaşık 1 yıl önce, 12 yıllık evliliğini bitirme kararı alan ve eşine boşanma davası açan hasta, 10 yaşındaki oğlu ile beraber ailesinin yaşadığı eve yakın olan ve ayrılık öncesi eşi ile beraber yaşadıkları evde kalıyordu. Eşi ile birbirlerini severek evlendiklerini, evliliği süresince sürekli ekonomik sıkıntı yaşadıklarını, eşinin sorumluluklarını yerine getirmeyen birisi olduğunu bunlara rağmen hiçbir şeyi dert etmediğini eşini çok sevdiğini ifade ediyordu. Eşinin kendisini kız kardeşi ile aldatması konusunda kendisini suçluyor,

eşine yeteri kadar ilgi göstermediği için bu konuda sorumlu olabileceğini ancak yine de bu durumu kabullenemediğini belirtiyordu. Nişanlı oldukları dönemde eşinin ailesi ile sorunlar yaşadıklarını, kendisini kabullenemediklerini düşündüğünü ve bu nedenle evlilikleri boyunca onlarla görüşmekten kaçındığını, mümkün olduğunca uzak kalmaya çalıştığı öğrenildi. Hastanın kişilik özellikleri değerlendirildiğinde, içe kapanık, duygularını kolay ifade edemeyen, duyarlı birisi olduğu izlendi. Bastırma, disosiasyon ve konversiyon düzeyleri, temel savunma mekanizmaları olarak değerlendirildi. Hastanın bilinen tıbbi hastalık öyküsü yoktu, herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Soygeçmişinde özellik yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde; yaşında gösteren, özbakımı iyi olan hastanın bilinci açıktı, işbirliğine istekliydi, göz teması kuruyordu. Yer, zaman ve kişi yönelimi tamdı. Bellek ve algı kusuru saptanmadı. Yargılama, soyutlama ve gerçeği değerlendirme olağandı. Konuşması yavaş ve anlaşılırdı. Psikomotor aktivite ve konuşma miktarı olağandı. Duygudurumu depresif, duygulanımı sıkıntılı ve depresifti. Uyku, iştah ve cinsel istekte belirgin azalma mevcuttu. Düşünce içeriğinde kız kardeşi ve eşine karşı yoğun öfke duyguları hâkimdi. Uygulanan Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) puanı=26, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) skoru:27 olarak değerlendirildi. Hasta ayaktan psikiyatri poliklinik takibine alındı, ilaç tedavisi essitalopram 10mg/gün olarak başlandı ve kontrollerde 20mg/gün dozuna yükseltilerek devam edildi. İki haftada bir poliklinik kontrollerine gelmesi üzerine ortak karara varıldı ve eş zamanlı olarak deneyimli bir psikoterapist yönetiminde ısınma, eylem, paylaşım tekniklerinin kullanıldığı bir bireysel psikoterapi türü olan monodrama seanslarına başlandı. Tedavinin seyri ile değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulmakla beraber, terapinin süresi 6 ay olarak belirlendi.

Terapinin ikinci seansında sürekli olarak sinirli olduğundan bahseden, çok çabuk öfkelenildiğini ifade eden hastadan bu öfkesini bir resim ile anlatması istenildi. Kâğıdın ortasına bir yanardağ çizen hasta ardından bu yanardağa çıkan bir yol yaptı ve bu yol ile yanardağın kenarına çıktığını anlattı. Yolun sonuna kendisini ve

kardeşini resmetti ve kardeşinin orada durarak bu yanardağı alevlendirdiği söyledi. Terapistin bu durumda ne yapmak istediğini sorması üzerine, resimdeki yanardağın üstüne toprak bir tabaka çizdi ve bu yanardağı kapatmak istediğini söyledi. Artık hayatına yeni bir yön vermek istediğini, kız kardeşini düşünmek istemediğini ifade etti. Devam eden seansta da artık bu yaşadıklarının etkisinden kurtulmak istediğini, her şeyin üstünü kapatarak hayatına devam etmek istediğini belirtti. Bu süreçte duyguları hakkında konuşmaktan kaçındığı izlendi. Hastanın konversif ve depresif belirtileri devam ediyordu ve ölçek skorlarında minimal değişiklik oldu (Ham D=22, BPRS=22).

Yaz boyunca evlerinin bahçesinde beslediği ve büyüttüğü civcivlerin kesilme vakti geldiğinde onları kesemediğini, çok ağlayarak kümesi dağıttığını anlattığı seansta kimseyi görmek istemediğini ve hiçbir şey yapmak istemediğini belirtti. Dağılan kümesin sembolik olarak dağılan eski ailesini çağrıştırdığı düşünüldü. Kardeşinin de kendi ailesini dağıttığını söyledi ve ağlamaya başladı, kardeşine karşı hissettiği öfkeden bahsetti ve uzun süre ağlamaya devam etti. Kardeşi ile konuşmayı hayal ettiği bir sahne kuruldu ve kardeşine karşı hislerini aktarabildi.

Hayatında üst üste koyduğu her şeyin yıkıldığını anlatarak başladığı bir görüşmede bu hislerini görüşme odasında bulunan nesnelere aracılığı ile ifade etmesi ve canlandırması istendi. En alta kız kardeşi olarak isimlendirdiği parçayı koydu, ardından üstüne sırası ile mutluluk, oğlu, anne-babasını yerleştirdi. Duruma dışarıdan baktığı zaman üst üste koyduğu parçaların kız kardeşinin üstünde durduğunu fark etti ve kız kardeşi olarak adlandırdığı parçayı diğer parçalardan ayırmak istedi. Kız kardeşini temsil eden parçayı ayırdıktan sonra kalan tarafa mantık olarak isimlendirdiği bir parça daha yerleştirdi. Her iki tarafa bakarak ne hissettiği sorulduğunda; kardeşini temsil eden parçaya baktığı zaman öfke, diğer tarafın ise huzur hissettirdiğini ifade etti. Olumlu taraf olarak isimlendirdiği tarafa örgü örmek, oğlunun dersleri ile ilgilenmek olarak iki parça daha ekledi ve kendi davranış değişikliklerinin olumlu tarafını çoğaltabileceğini fark etti.

Eşinden boşanmak isteyerek bir avukat ile görüştü ve boşanma davası açtı, bu dönemde enerjisizlik,

isteksizlik şikâyetleri kısmen artış gösterdi. Kendisini mutsuz hissettiğini, evden pek dışarı çıkmak istemediğini ifade ediyordu. Bu süreçte eşi ile rol değişimi yapılarak aralarındaki ilişkiyi görmesi sağlandı. Eşi ve kız kardeşi arasında yaşanan ilişkinin kendi suçu olmadığını, evlilikleri boyunca birçok zorluk yaşadıklarını, kendisinin anlayışlı bir eş olduğunu ancak duygularını ifade etmek konusunda kimi zaman sorun yaşadığını, eşi ile aralarında konuşamadıkları birçok konu olduğunu ve iletişim kurmakta zorluk yaşadıklarını fark etti.

Terapinin ilerleyen seanslarında, yaşadığı olayları annesine anlatmak istediğini, ancak nasıl anlatacağını bilemediğini ve annesinin kendisine inanmayacağından korktuğunu ifade etti. Bunun üzerine geleceğe projeksiyon tekniği uygulandı ve annesi ile konuşma denemesi yapıldı. Boş sandalyede önce annesinin rolüne geçti, daha sonra kendi rolüne geçerek annesine içinden geçenleri aktardı. Bu sahnede evliliğinde yaşadığı zorlukları ve hislerini annesine anlattı, annesinin desteğine ihtiyaç duyduğunu, onun yanında olmasını istediğini söyledi. Bu seansın ardından annesi ile konuştu ve kız kardeşi ile eşi arasında yaşanan ilişkiyi annesine anlattı. Annesinin çok üzülmediğini ama kendisine sarılarak onu teselli ettiğini, o günden sonra annesi ile ilişkilerinin daha iyi olduğunu, annesinin kendisine destek olduğunu, kendisini anladığını ve bunun onu çok rahatlatıldığını ifade etti.

Terapinin altıncı ayında, tedavi süreci ile beraber örmeye başladığı bir battaniden bahsetti. Kahverengi bir ip ile örmeye başladığı battanienin son kısımlarını pembe ve beyaz renkli ipler ile bitirdiğini söyledi. Bu battanienin kendi değişim sürecinin somut bir ifadesi olduğunu, hep görebileceği bir yerde durmasını istediğini ifade etti. Bu süreçte oğlu ile daha fazla ilgileniyor, sürücü belgesi almak için kursa gidiyordu ve bir taraftan iş arıyor, çalışmak istediğini söylüyordu. Uygulanan medikal tedavi ve terapi seansları ile yaklaşık son üç ayda herhangi bir bayılma nöbeti yaşamayan hastanın depresif belirtileri oldukça gerilemişti ve aynı zamanda bu süreçte herhangi bir disosiyatif belirti yaşamamıştır (Ham D=6, BPRS=5).

Hastanın tedavisi, ilk altı aylık dönemde iki haftada bir defa; takip eden süreçte ayda bir defa yapılan kontroller ile sürdürüldü. Birinci yılın sonunda ilaç tedavisi

doz azaltılarak kesildi ve hastanın depresif belirtilerinin kaybolduğu, işe girdiği, sosyal ilişkilerinin belirgin olarak iyileştiği ve işlevselliğinin oldukça düzeldiği izlendi. Hastadan olgu bildirimini yapılışında sözlü ve yazılı onam alındı.

## TARTIŞMA

KB tedavisinde öncelik; ayrıntılı değerlendirme yapmak ve kişide organik bir bozukluk olmadığı konusunda emin olmaktır. Tedavi planlanırken; hastalığı ortaya çıkarıcı, sürdürücü ve kişinin yatkınlığını sağlayan faktörlere ek olarak bireyin ruhsal durumu, aile ve toplum içindeki konumu, mevcut sorunları da göz önüne alınarak biyopsikososyal bir model oluşturulmalıdır (26). KB'nin tedavisinde antidepresan ilaç tedavisi ile beraber uygun psikoterapi kombinasyonun ve hastanın işlev seviyesini iyileştirmeye ve öznel sıkıntıların azaltmaya odaklanan multidisipliner rehabilitasyon en etkili tedavi planı olduğu (27), özellikle psikiyatrik ek tanı söz konusu olduğunda psikofarmakolojik tedavi desteğine ihtiyaç duyulacağı bildirilmiştir (28). Monodrama, oyunculuğa dayandığı için özellikle genç hastalar tarafından iyi kabul gören, klasik psikodinamik müdahalelerin yanı sıra, doğrudan veya dolaylı olarak davranışsal ve bilişsel müdahalelere de izin verebilen, hastayı merkeze almasına rağmen aile içi rol dağılımlarına değinebilme imkanı sağlayan bir terapi türü olarak tanımlanmıştır (21), bu nedenle monodrama uygulamasının KB'de fayda sağlayabilecek bir terapi türü olacağı düşünülmüştür. KB'de psikodrama uygulaması ile ilgili yapılan herhangi bir çalışma bulunmazken, bu terapi tekniğinin depresyon üzerine olan olumlu etkisinden bahsedilmiştir (29-31). Psikodramanın, spontanlık ve yaratıcılığı harekete geçirdiği; dolayısıyla depresyon ile ortaya çıkan konuşma miktarında azalma, çağrışımlarda fakirleşme, eylem azlığı veya yavaşlığı gibi belirtilerin tedavisinde etkili olduğu; bu nedenle depresyon tedavisinde kullanılabilirliği sonucuna varılmıştır. Psikodramanın hem depresyonun iyileşmesine hem de kişisel gelişime katkı sağladığı bildirilmiştir (32). Costa ve arkadaşları (33) hafif-orta derecede depresyonu olan hastalarda kısa ve fokal psikodramatik psikoterapi olarak adlandırdıkları

daha yapılandırılmış ve kısa süreli tedavi modifikasyonu kullanmıştır. Bir grup hastaya yalnızca ilaç tedavisi, bir grup hastaya ise ilaç ve psikoterapi beraber uygulanmış ve psikoterapi gören grubun depresyon şiddetinde daha fazla azalma olduğu ve sosyal uyum ölçeğinde artışın daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (33). Bizim olgumuzda da; farmakoterapi ile beraber yürütülen, temel olarak monodrama tekniklerinin kullanıldığı psikoterapinin tedaviye katkısının önemli olduğunu düşünüyoruz. Hastamızın psikodrama uygulamaları ile kardeşine ve eşine karşı olan duygularını tanıma ve bunları ifade edebilme olanağı bulmuştur. Kullanılan rol değişimi teknikleri ile sorun yaşamış olduğu ikili ilişkilerine ve kendisinin ilişki içindeki konumuna dışarıdan bakabilmiştir. Hastamız bu bütüncül tedavi yaklaşımından fayda görmüş, konversif bayılmalarının süreç içinde tekrarlamadığı görülmüş, depresif şikâyetleri kaybolmuş, disosiyatif belirtileri yaşanmamış, annesi ile olan ilişkileri düzelmiş ve işlevselliği olumlu yönde değişmiştir.

Konversiyon semptomları, tarihsel olarak histeri kavramıyla bağlantılıdır ve disosiyatif bozukluk belirtileri ile yakın bir ilişki içinde olmuştur. Pierre Janet (34), histeriyi bir disosiyatif bozukluk olarak kavramlaştırmış ve travma geçirmiş hastalarda, tıbbi olarak açıklanamayan somatik belirtileri bu durumun özellikleri olarak tanımlamışken, Freud (35) daha sonra histerinin somatik semptomlarının represyon savunma mekanizmasının bir sonucu olduğunu ve bunların konversiyon semptomları olduğunu belirtmiştir. Tanı sistemlerinde de bu iki klinik tablonun ilişkisi zaman içinde değişikliğe uğramıştır. DSM-II'de, konversiyon ve disosiyatif histerik nevroz tipleri, tek bir bozukluğun varyantları olarak sınıflandırılmıştır. DSM-III ve sonraki versiyonlarında disosiyatif bozukluklar ayrı bir grup olarak kabul edilirken, KB somatoform bozukluklar arasında sınıflandırılmıştır. ICD-10, histerik nevrozun tüm belirtilerini "disosiyatif (konversiyon) bozukluklar" altında sınıflandırmaktadır. Bu iki tanı arasındaki ilişkiye olan ilgi, DSM 5'deki KB'yi içeren somatoform bozukluklar ve disosiyatif bozukluklar bölümlerinde yapılan değişikliklerin ardından artmıştır. Tanı kategorilerinin yanında, yapılan çalışmalar ile de tıbbi olarak açıklanamayan somatik semptomlar ve disosiyatif

bozukluklar arasındaki mevcut ilişki kanıtlanmıştır. KB olan hastaların %30.5'i - %47.4'ün eş zamanlı DSM-IV'e göre dissosiyatif bozukluğa sahip olduğu gösterilmiştir (36,37). Depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu belirtileri için başta psikodinamik psikoterapi ve bilişsel psikoterapi uygulamalarının etkinliğinden söz edilmekle beraber (38), monodrama uygulamasının etkinliği bilinmemektedir. Hastanın depersonalizasyon/derealizasyon türünde dissosiyatif belirtileri klinik açıdan belirgin sıkıntıya yol açmadığı, işlevselliği önemli ölçüde etkilemediği için tanı kategorisine göre sınıflandırılmamıştır, ancak tedavinin ilerleyen aşamalarında bu belirtilerinin tekrarlamadığı izlenmiştir. Monodramanın, dissosiyatif belirtiler üzerine olan etkisi daha ayrıntılı incelemeye ihtiyaç duymaktadır.

KB olan hastaların sorunlarını konuşma zorluğu yaşayan bunun yerine beden dili kullanmaya meyilli, sözel iletişim güçlükleri olan kişiler oldukları, duygularını kolay ifade edemeyen kişilerde fiziksel belirtilerin kişinin beden dili olabildiği ve bu belirtilerin bir iletişim aracı ya da yardım çağrısı olduğu belirtilmiştir (39). Bu nedenle KB belirtileri ile tedaviye alınan hastamızın sözelleştiremediği sorunları psikoterapi ile incelenmesinin tedavide önemli yeri olacağı, çeşitli psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan monodrama tekniğinin hastamızın ilişki sorunlarını çözebilmesine, ifade edilemeyen duygu ve düşüncelerin bu teknikler yardımı ile ifadesinin kolaylaştırılmasına ve içgörü sağlanmasına olanak sağlayarak tedavide yardımcı olacağı düşünülmüştür. Bunun yanında hastanın kişiler arası

ilişkilerinde düzelme sağlanması ve akıl okuma, kişiselleştirme gibi bilişsel hatalarının terapi seanslarında çalışılmasının iyileşme sürecine katkıda bulunmuş olacağı kanaatine varılmıştır.

Sonuç olarak bu yazı ülkemizde sık görülen bir tablo olan KB ve majör depresyon eş tanılı ile takip edilen hastanın tedavisinde bütüncül yaklaşımın sağladığı faydanın altını çizmek amacı ile sunulmuştur. Hastamız ilaç tedavisine ek olarak sürdürülen psikoterapi tedavisinden fayda görmüş ve her iki tedavi yaklaşımının beraber uygulanmasının tedavi etkinliğini artırmış olduğunu düşünmekteyiz.

Katkı kategorileri	Yazarın adı	
Kategori 1	Çalışma konsepti/Tasarımı	Ö.K.K., S.M.A., F.İ.
	Literatür araştırması	Ö.K.K., S.M.A., F.İ.
	Veri analizi/Yorumlama	Ö.K.K., S.M.A., F.İ.
	Olgunun takibi (mevcut ise)	Ö.K.K., S.M.A.
Kategori 2	Yazı taslağı	Ö.K.K., S.M.A.
	İçeriğin eleştirel incelemesi	Ö.K.K., S.M.A., F.İ.
Kategori 3	Son onay ve sorumluluk	Ö.K.K., S.M.A., F.İ.
Diğerleri	Teknik veya malzeme desteği	Yok
	Süpervizyon	Yok
	Fon sağlama (mevcut ise)	Yok

**Bilgilendirilmiş Onam:** Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

- Guggenheim GF. Somatoform Disorders: In Sadock BJ, Sadock VA (editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2000, 3097-3114.
- Salgırtay A. Ankara üniversitesi psikiyatri kliniğine bir yıl içinde başvuran acil hastalar üzerinde bir araştırma. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1979.
- Bediz AU, Aydemir Ç, Başterzi AD, Kısa C, Cebeci S, Göka E. Konversiyon bozukluğu olan hastalara karşı hekim tutumları. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 2001, 78-79.
- Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: an overview. Psychosomatics 1985; 26:371-374, 380-383. [CrossRef]
- Işık E. Nevrozlar. 1.Baskı, Ankara: Kent Matbaası, 1996, 299-312.
- Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Categorical and dimensional models of personality disorders: In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (editors). Textbook of Personality Disorders. First ed. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 2005, 35-57.
- Uluşahin A, Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş., 2015, 398-408.

8. Özen Ş, Arıcıoğulları Z. Konversiyon bozukluğu zemininde gelişen nöroleptiğe bağlı faringeal distoni: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2000; 10:228-32.
9. Kaygısız A, Alkın T. Konversiyon bozukluğunda I. ve II. eksen ruhsal bozukluk eştanıları. *Türk Psikiyatr Derg* 1999; 10:33-39.
10. Dilbaz N, Bitlis V, Doğan S, Usseli I, Erdoğan S. Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastalarda psikiyatrik belirtiler. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 1994; 7:5-9.
11. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizures subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153:57-63. **[CrossRef]**
12. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007; 69:881-888. **[CrossRef]**
13. Khalil TM, Abdel-Moty E, Asfour SS, Fishbain DA, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Functional electric stimulation in the reversal of conversion disorder paralysis. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69:545-547.
14. Erol Ö. Psikoterapötik görüşme. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2009; 2:45-51.
15. Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents—an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry* 2005; 59:278-292. **[CrossRef]**
16. Hopp JL, LaFrance WC Jr. Cognitive behavioral therapy for psychogenic neurological disorders. *Neurologist* 2012; 18:364-372. **[CrossRef]**
17. Kellerman P. Psikodramaya Derinlemesine Bakış. Gökler B, Gökler Danışman I, Mavili Aktaş A (Çeviri ed.) 1. Baskı, Ankara; Nobel Yayıncılık, 2013.
18. Özbek A, Leutz G. Psikodrama Grup Terapisinde Sahnesele Etkileşim. 2. Baskı, Ankara: Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü Yayınları, 2003, 31-51.
19. Yavaş İ, Uzamış yas reaksiyonunun tedavisinde bir monodrama uygulaması: Olgu sunumu. 22. Uluslararası Grup Psikoterapileri Kongresi Tam Metin Kitabı, 1998, 179-188.
20. Özdel O, Ateşçi F, Kalkan-Oğuzhanoğlu N. Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmokoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:153-159.
21. Cohen D, Delaroche P, Flament MF, Mazet P. Case report: individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014; 62:19-21. **[CrossRef]**
22. Okyayuz HU. Borderline Hastanın Psikoterapisinde Monodrama ve Psikodrama Yöntemlerinin Kullanımı. Yayınlanmamış Psikodrama Yeterlik Tezi, Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, Ankara, 2000.
23. Babaoğlu AN. Bireysel psikoterapide monodrama ve katatim görüntü yaşantısı tekniklerinin birlikte ve karşılıklı kullanımı. Yayınlanmamış Psikodrama Yeterlik Tezi, İstanbul, 1997.
24. Özer-Danış G, Üneri ÖŞ. Psikodramanın az bilinen yüzü: Monodrama. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2017; 20:238-242.
25. Doğan O. Konversiyon Bozukluğu. In Güleç C, Köroğlu E (editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayıncılık Birliği, 2007, 377-385.
26. Başar HM. Konversiyon bozukluğu hastalarında yönetici işlevler ve disosiyatif belirtiler. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 2015.*
27. Allin M, Streeruwitz A, Curtis V. Progress in understanding conversion disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2005; 1:205-209.
28. Fritz GK, Campo JV. Somatoform disorders: In Lewis M (editor). *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Third ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2002, 847-858.
29. Ackerman M, Ackerman S. The use of psychodrama in a post-partum depression. *J Am Coll Neuropsychiatr* 1962; 1:67-70.
30. Burwell D. Psychodrama and the depressed elderly. *Can Nurse* 1977; 73:54-55.
31. Rezaeian MP, Sen AK, Sen-Mazumdar DP. The usefulness of psychodrama in the treatment of depressed patients. *Indian J Clin Psychol* 1997; 24:82-88.
32. Uysal S. Grup Psikoterapisinde psikodrama yönteminin depresyon tedavisine katkısı. *Psikodrama Yeterlilik Tezi, Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, Ankara, 2007.*
33. Costa EM, Antonio R, Soares MB, Moreno RA. Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Braz J Psychiatr* 2006; 28:40-43. **[CrossRef]**
34. van der Kolk BA, van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaption in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1530-1540. **[CrossRef]**
35. Freud S, Breuer J. *Studies on hysteria. Human Emotions: A Reader*, 30, 1998.

36. Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Gecici O, Buyukbayram A, Tutkun H. Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44:324-330. **[CrossRef]**
37. Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2271-2276. **[CrossRef]**
38. Coons PM. Depersonalization and Derealization: In Michelson LK and Ray WJ (editors). *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. Springer Science & Business Media, 1996, 291-305. **[CrossRef]**
39. Kozłowska K. The developmental origins of conversion disorders. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007; 12:487-510. **[CrossRef]**