



Psikiyatride Fonksiyonel Konfüzyon

Functional Confusion in Psychiatry

Osman Özdemir¹, Pınar Güzel Özdemir²

¹Serbest Hekim, Van, Türkiye

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

ÖZ

Bu yazıda psikiyatride görüşme esnasında hikâyesini anlatmakta zorlanan, belli bir konuya odaklanamayan ve sorulara amaca yönelik cevaplar veremeyen hastalarda görülen klinik tablo olarak tanımlanan fonksiyonel konfüzyon üzerinde durulmuştur. Fonksiyonel konfüzyonun en sık borderline kişilik bozukluğu ve bedensel belirti ve ilişkili bozuklukları olan hastalarda görüldüğü öne sürülmektedir. Borderline hastalarda görülen fonksiyonel konfüzyonun zihinselleştirme kapasitesindeki yetersizlik, disosiyasyon ve bilişsel bozukluklar ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarda hastaların duygusal yakınmalarını sözel olarak tanımlayamaması ile alexitimi arasındaki benzerlik üzerinde durulmuştur. Somatoform disosiyasyon ve konfüzyon arasındaki ilişki ele alınmıştır. Yazıda ayrıca çocukluk çağı travmalarının fonksiyonel konfüzyon için yatkınlaştırıcı bir rol oynayabileceği ileri sürülmektedir. İleri dönemde klinik tabloların ortaya çıkmasında ve semptomların şiddetinde fonksiyonel konfüzyonun etkili olabileceği ifade edilmektedir. Fonksiyonel konfüzyonu olan hastalarda tedavide psikoterapötik müdahalelerden önce düşük doz antipsikotik eklenmesini de içeren psikofarmakolojik müdahaleler önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Fonksiyonel konfüzyon, borderline kişilik bozukluğu, disosiyasyon

ABSTRACT

In this paper, functional confusion defined as clinical condition which is the patient can not focus on a certain issue, reply the questions and explain his/her story during psychiatric interview is focused. It is hypothesized that functional confusion seem most prevalent in patients with borderline personality disorder and somatic symptom and related disorders. Relationship between inability of mentalization, dissociation, cognitive disturbances and functional confusion seen in patients with borderline personality disorder is emphasized. Similarities are explained between alexitimia and can not expression of emotional complaints in the patients with somatic symptoms and related disorders. Relationship between somatoform dissociation and confusion has been discussed. In the article, also it has been argued that childhood traumatic experiences might play a role on vulnerability to functional confusion. Functional confusion may contribute to emergence of clinical conditions and severity of illness in adulthood period. Patients with functional confusion should be treated with psychotropic medications including low dose antipsychotic drugs rather than psychotherapeutic interventions.

Keywords: Functional confusion, borderline personality disorder, dissociation

Giriş

Psikiyatride hastanın ruhsal durum muayenesinde sorulara amaca yönelik cevapların alınmadığı, yer ve zaman oryantasyonun bozulduğu konfüzyon tablosu en sık yaşlı hastalarda, deliryumda görülebilmektedir (Raj 2015, Thom ve ark. 2019). Deliryumda bilişsel bozulmanın yanı sıra psikotik, depresif, anksiyete, duygudurum ve hatta dissosiyatif belirtileri de içeren çok farklı semptom komorbiditesi görülebilir (Salawu ve ark. 2009). Bu hastalıklara ek olarak psikiyatrik ayırıcı tanıda madde intoksikasyonu ve yoksunluğu belirtileri de düşünülmelidir. Psikiyatride, özellikle akut psikotik bozukluklarda da konfüzyon görülebilir. Primer psikiyatrik durumlar, tıbbi nedene bağlı durumlar, madde intoksikasyonu ve yoksunluğu olan hastalar deliryum ve psikoz ile karşımıza çıkabilir

(Griswold ve ark. 2015). Ayrıca sikloid psikoz gibi geri dönüşlü psikotik tablolarda belirli derecelerde konfüzyon bir semptom olarak karşımıza çıkabilir (Liappas ve ark. 2001, Peral ve Cuesta 2005, Griswold ve ark. 2015). Yine psikotik özellikli depresyonda sorulara yanıt verme süresi uzamış, şaşkın, konfüze hastalar olabilmektedir (Griswold ve ark. 2015). Belirgin bir stres faktörü olsun veya olmasın kısa psikotik bozukluklarda konfüzyon görülebilen bir klinik tablodur (Ungvari ve ark. 2000, Liappas ve ark. 2001, Griswold ve ark. 2015). Postpartum psikozda affektif semptomların yanı sıra oryantasyon bozukluğu, konfüzyon ve deliryum benzeri belirtiler görülebilir (Işık 2018).

Tüm bunlara ek olarak psikiyatride hemen her gün görüşme esnasında hikâyesini anlatmakta zorlanan, belli bir konuya

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Osman Özdemir, Serbest Hekim, Van, Türkiye

E-posta/E-mail: drosmanoazdemir@yahoo.com **Geliş tarihi/Received:** 02.04.2021 **Kabul tarihi/Accepted:** 27.08.2021

ORCID ID: 0000-0003-4247-889X

odaklanamayan, anlattığı konuları birbirine karıştıran ve sorulara amaca yönelik cevaplar veremeyen hastalar görebiliriz. Söz konusu hastalarda görüşmenin başından itibaren hastanın yaşadıklarını bir bütünlük halinde anlatamadığını, cümleleri düzenli kuramadığını; gerek bedensel gerekse psikolojik şikâyetlerini sözel olarak tanımlayamadığını fark edebiliriz. En basit ifadesiyle kafa karışıklığı diyebileceğimiz bu durum fonksiyonel konfüzyon olarak tanımlanabilir.

Fonksiyonel Konfüzyon Kavramı

Nörolojide konfüzyon bilinç bulanıklığı, hasta ile kooperasyon (iletişim) kurulamaması, yer zaman kişi oryantasyonu (yönelimi) sağlanamaması anlamına gelmektedir. Konfüze hastanın nörolojik muayenesi şuur konfüze, nonkoopere ve dezoryante olarak kayıt edilebilir (Acar ve ark. 2018). Fonksiyonel kavramı DSM 5'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) konversiyon bozukluğunda 'fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu' olarak geçmektedir. Burada konversiyon bozukluğunun semptomlarının fonksiyonel (anormal merkezi sinir sistemi işlevselliğine bağlı) ya da psikojenik (olası nedenlere bağlı) olduğu belirtilmektedir (APA 2013). Konfüzyon, DSM-5'te Çözülme (Disosiyasyon) bozukluklarında geçmektedir. Disosiyasyona çoğunlukla bir örselenme sonrasında rastlanır ve konfüzyon hissi örselenmenin derecesinden etkilenir. Buradaki konfüzyon, şaşkınlık anlamında kullanılmakta ve fonksiyonel konfüzyon olarak tanımladığımız kavrama en yakın anlamı içermektedir. Fonksiyonel konfüzyon olarak tanımladığımız tablo belki de tam anlamıyla bir disosiyasyondur. Disosiyasyonun şiddetine göre konfüzyonun şiddeti de artabilir.

Psikiyatride Fonksiyonel Konfüzyonun Görülebileceği Durumlar

Oryantasyon (yönelim) bozuklukları zaman, yer veya kişileri tanıyamama durumudur. Bazen kişi bunları sözel olarak tanımlayamadığı halde davranışsal olarak tanımlayabilir. İstenilen kişiyi eliyle gösterebilir, yer ve zamanı doğru yazabilir, amaca yönelik davranışlar sergileyebilir. Bozulmalar (dezoryantasyon) kısa veya uzun süreli; dalgalı veya kalıcı; kısmi (biri, zaman oryantasyonu, ya da ikisi, zaman ve yer oryantasyonu) veya tümü (üçü birlikte, zaman, yer ve kişi oryantasyonu) olabilir. Oryantasyon bozukluklarının çoğu formu organik olsa da bazı formlar fonksiyonel psikiyatrik bozukluklarda da görülebilir. Ağır depresyon (psödodemans), mani, şiddetli anksiyete, disosiyatif ve psikotik bozukluklarda zaman oryantasyonu bozulabilir (Berrios 1982, Berrios 1983). Zaman oryantasyonu ile beraber yer oryantasyonu demans gibi durumlarda bozulabilir. Yer, zaman ve kişi oryantasyonun bozulması organik psikiyatrik rahatsızlıklarda ve bazen akut psikotik durumlarda olabilir (Berrios 1983).

Psikiyatride yataklı servislerde organizite ayırıcı tanısı yapılan veya EKT gibi ağır somatik tedaviler uygulanan hastalarda nörolojik anlamda konfüzyon tablosu görülebilir. Bu yazıda poliklinik koşullarında daha sık karşılaşılabileceğimiz Borderline kişilik bozukluğu ve Bedensel belirti ve ilişkili bozuklukları olan

hastalarda görülen fonksiyonel konfüzyon ele alınmaktadır. Böylece bu vakalarda karar almayı hızlandırmak, tanı koymaya ve tedaviyi düzenlemeye yardımcı olabilmek amaçlanmıştır.

Borderline Kişilik Bozukluğunda Fonksiyonel Konfüzyon

Günlük psikiyatri polikliniklerinde borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda fonksiyonel konfüzyon ile sık karşılaşılabılır. Bu hastalarda görüşmenin başından itibaren konudan konuya atladıkları, kişisel hikâyelerini anlatamadıkları fark edilebilir. Bu açıdan hastanın belirti kümesi depresyon, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), panik bozukluk veya başka bir anksiyete bozukluğu gibi farklı tanımlar olsa bile hikâyesini anlatmakta zorlanan konfüze hastalarda borderline kişilik bozukluğu hemen akla gelebilir. Fonksiyonel konfüzyon bu hastalar için herhangi bir tanı yönteminden veya yapısal görüşme çizelgesinden daha hızlı tanı koymaya yardımcı bir muayene bulgusu olabilir. Burada hastanın konfüzyonunun direnç ile de ilişkili olabileceği vurgulanmalıdır. Hasta çoğu zaman aile yakınlarının ısrarı veya onu zorlayan başka bir koşulun etkisiyle istemeden muayeneye gelebilir. Zaten içgörüsü olmadığı ve sorunları çevresinde gördüğü için sorulara sürekli çevresel yanıtlar verebilir. Borderline kişilik örgütlenmesinde görülen fonksiyonel konfüzyon bu hastalarda kimlik bütünlüğünün sağlanamaması ile yakından ilişkili olabilir. Nitekim kimlik bütünlüğü olmayan hastanın hikâye bütünlüğünün de olması beklenmez. Bu açıdan fonksiyonel konfüzyon borderline hastalarda trait (kalıcı) bir özellik olabilir ve stres altında hastanın dağılmasına; ajitasyon, disosiyasyon ve hatta kısa psikotik reaksiyona zemin hazırlıyor olabilir.

Fonksiyonel konfüzyon hastanın hikâyesini anlatmasına engel olurken aynı zamanda hastanın kliniği hakkında da önemli bazı ipuçları verebilir. Hastada belirgin bir konfüzyonun varlığı kliniğin ağırlığını, psikososyal işlevsellik alanlarındaki bozulmaya ve intihar girişimi riskinin göreceli olarak arttığına işaret edebilir. Sorulara yanıt verme süresi uzamış, çağrışmaları yavaşlamış, disforisi artmış olan hastanın konfüzyonunun arkasında planladığı intihar düşüncelerinin de katkısı olabilir. Bu açıdan belirgin bir konfüzyonun varlığı tedavi yaklaşımını da etkileyebilir. Böyle bir durumda psikoterapi yerine farmakolojik müdahaleler ilk planda düşünülebilir. Söz gelimi depresyon tablosuyla başvuran borderline hastada antidepresana ek olarak düşük doz antipsikotik ve belli bir süre benzodiazepin verilmesi hastanın daha kısa sürede toparlanmasını sağlayabilir.

Tüm bunlarla beraber borderline psikopatolojide hastanın yaşadıklarını objektif olarak değerlendiremediği ve anlamlandıramadığı görülmektedir. Dolayısıyla hastanın kavrayamadığı bir şeyi anlatmakta zorlanması anlaşılabilir. Tam da bu noktada tedavinin hastanın hikâyesini anlamasına yardımcı olduğu söylenebilir. Borderline hastada görülen fonksiyonel konfüzyon başarılı bir tedavi süreci sonrası, semptomatik farmakoterapinin yanısıra psikoterapotik görüşmelerle düzelebilir. Hasta hikâyesini tekrar tekrar anlattıkça başlangıçta işlemleyemediği yaşantıları anlamaya, bağlantısız gibi görünen

cümleler ve olaylar bütünleşmeye; bellek boşlukları dolmaya başlar. Olayları değerlendirirken çarpık noktaları, abartıları ve çelişkileri gördükçe taşlar yerine oturacak, farkındalığı artacak ve zihni berraklaşacaktır. Böylece hastanın kişisel hikâyesi daha akıcı ve net bir hale gelecektir.

Borderline Hastalarda Mentalizasyon ve Fonksiyonel Konfüzyon

Hastanın yaşadıklarını bir bütünlük halinde anlatamaması, cümleleri düzenli kuramaması; gerek bedensel gerekse psikolojik şikayetlerini sözel olarak tanımlayamaması mentalizasyon (zihinselleştirme) kapasitesindeki yetersizlik ile ilişkili olabilir. Zihinselleştirme kişinin kendini ve başkalarını bir bütünlük halinde değerlendirebilme, içsel durumları hakkında düşünebilme ve iletişim kurabilme becerisidir (Allen 2013). Mitrani (1995), zihinselleştirme yeteneğindeki eksikliği erken çocukluk döneminden itibaren özellikle ebeveynin bakım verme kapasitesindeki eksikliğe, ihmale ve hatta duygusal, fiziksel, cinsel istismara bağlı gelişen travmatik yaşantıların -travmada hep olageldiği üzere- sembolizasyon yetisini ketlemesine bağlar ve bu türden yaşantılara “unmentalized experience” adını verir. Zihinselleştirilemeyen deneyimler içsel ya da dışsal verilerin zihinsel temsillere dönüştürülememesi, organize edilememesi, ya da bütünleştirilememesi anlamına gelmektedir. Söze dökülemeyen bu türlü deneyimlerin yoğun olması ileride sınırda kişilik bozukluğu gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür.

Zihinselleştirmenin nörobiyolojik açıklaması şu şekilde yapılmaktadır. Bir tehdit ve tehlike karşısında duygusal stres seviyesinin artmasından kaynaklanan nörokimyasal değişim nedeniyle beynin işlevsel örüntüleri esneklikten otomatikliğe geçer. Prefrontal korteksin aracılığıyla gerçekleşen nispeten yavaş üst düzey işlevlerden, arka kortikal (parietal) ve alt kortikal yapıların (amigdala, hipokampus ve striatum) aracılık ettiği daha hızlı sezgisel ve alışılmış davranışlara geçilir. Bu süreçte savunmalar (kaçma, savaşma, donma) etkinleştikçe zihinselleştirme de pasifleşir. Üst düzey işlevlerden (zihinselleştirme) otomatik tepkilere (kaç-savaş) bu geçişin ne zaman meydana geleceği, yani geçiş eşiği kişiden kişiye değişir (Judd 2005, Fertuck ve Stanley 2006, Allen 2013, Brand ve Lanius 2014).

Borderline Hastalarda Disosiyasyon ve Fonksiyonel Konfüzyon

Borderline hastalarda görülen fonksiyonel konfüzyonun disosiyasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Borderline hastaların stres altında geçici psikoz benzeri disosiyatif ataklar yaşadığı bilinmektedir (Judd 2005, Zanarini ve ark. 2013, Brand ve Lanius 2014, Schultz ve Hong 2017). Psikotik tablolar ile konfüzyonun yakın ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda borderline hastalarda fonksiyonel konfüzyonun görülmesi beklenebilir. Ayrıca halihazırda aktive olan geçmiş travmatik deneyimler ve bununla ilişkili disosiyatif yaşantılar da hastanın dikkat ve bellek süreçlerini bozarak yakın ve uzak yaşam olaylarının bütünlük halinde hatırlanmasını bozabilir (Judd 2005, Fertuck ve Stanley 2006, Skrzypinska ve Szmigielska 2015, Krauze-Utz ve ark. 2017).

Borderline hastalarda görülen fonksiyonel konfüzyonun emosyonel ve davranışsal disregulasyon ile ilişkili bilişsel disregulasyonun bir sonucu olduğu öne sürülebilir (Figuroa ve Silk 1997, Brand ve Lanius 2014, Choudhary ve Thapa 2017). Borderline hastalarda yapılan norögörüntüleme çalışmalarında gösterilen belirli beyin bölgelerinde disfonksiyonel yollar, fonksiyonel beyin anormallikleri, bozulmuş nörobiyolojik mekanizmalar, nörokimyasal düzensizlikler ve nörobilişsel defisitler bu hastalarda görüldüğü ileri sürülen fonksiyonel konfüzyona yakınlaştırıcı rol oynayabilir (Dell’Osso ve ark. 2009, Krauze-Utz ve ark. 2017). Borderline hastalarda disosiyatif semptomların şiddeti ile ilişkili olarak amigdala ve sol singulat girus aktivitesinin ve anterior singulat kortekte glutamat düzeylerinin daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Krauze-Utz ve ark. 2017). Ayrıca N-metil D-aspartat (NMDA) antagonistlerinin ve kannabinoidlerin disosiyatif semptomları tetikleyebildikleri bilinmektedir. Bu patofizyolojik süreçler borderline hastalarda görüldüğü ileri sürülen fonksiyonel konfüzyonda etkili olabilir.

Borderline kişilik bozukluğunda çocukluk çağı cinsel travmalarıyla ilişkili olarak şiddetli ya da patolojik disosiyasyon ve çeşitli disosiyatif yaşantılar sık görülebilmektedir (Judd 2005, Brand ve Lanius 2014, Krauze-Utz ve ark. 2017). Disosiyasyonun, borderline kişilik bozukluğunda görülen psikopatoloji için mediatör (aracı) rol oynadığı belirtilmektedir (Judd 2005, Krauze-Utz ve ark. 2017). Bu hastalarda emosyonel disregulasyon, kimlik dağılımı ve kişilik bölünmesinin altında disosiyasyon önemli rol oynamaktadır (Judd 2005, Brand ve Lanius 2014, Krauze-Utz ve ark. 2017). Ayrıca disosiyasyon bilgi işleme süreçlerini ve kişisel belleği kesintiye uğratabilmektedir (Judd 2005, Krauze-Utz ve ark. 2017). Bu verilerin borderline hastalarda görülen konfüzyonla bağlantılı olduğu söylenebilir.

Borderline Hastalarda Bilişsel İşlev Bozuklukları

Literatürde bilişsel işlev bozukluklarının borderline psikopatolojinin merkezinde bulunduğunu savunan yazılar bulunmaktadır (Judd 2005, Fertuck ve Stanley 2006, McClure ve ark. 2016, Gica ve ark. 2021). Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda yapılan çok sayıda çalışmada dikkat ve bellek fonksiyonlarında, öğrenme becerilerinde, planlama ve problem çözme gibi yürütücü işlevlerinde ve sözel akıcılık gibi dil fonksiyonlarında bozulma olduğu gösterilmiştir (Burgess 1990, Dinn ve ark. 2004, Ruocco 2005, Ruocco ve ark. 2014, McClure ve ark. 2016, Kaplan ve ark. 2020). Borderline kişilik bozukluğuna eşlik edebilen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, travmatik beyin hasarı, öğrenme bozuklukları ve diğer organik durumlar bu hastalarda görülen bilişsel bozulmaları desteklemektedir (Burgess 1990, Dinn ve ark. 2004, Judd 2005, McClure ve ark. 2016). Ayrıca çocukluk çağı travmalarının bilişsel fonksiyonlardaki bozulma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Cinsel istismar öyküsü olan borderline hastalarda bilişsel işlevlerde olan bozulmanın cinsel istismar öyküsü olmayan borderline hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Fertuck ve Stanley 2006, Gica ve ark. 2021). Bilişsel problemler akademik ve mesleki başarılarını, günlük işlevselliklerini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilir (Ruocco ve ark. 2014). Fonksiyonel konfüzyonu destekleyen bu

veriler bilişsel disregülasyonun borderline semptomatolojinin bir boyutu olduğunu göstermektedir (Judd 2005).

Bedenselleştirme, Aleksitimi ve Fonksiyonel Konfüzyon

DSM-5'de bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar kümesinde ele alınan ruhsal bozukluklarda hastaların ruhsal yakınmalarını sözel olarak tanımlayamaması söz konusudur. Bu hastalarda duygu söze dökülememekte, muğlak ifadeler kullanılabilir. Sifneos ve McDougal gibi kuramcılar bu olguyu ikincil aleksitimi, "disaffectation" ve "affect deficit" olarak adlandırmaktadırlar. McDougal (1984) psikosomatik hastaları (affectless or disaffected) soğuk, duygusal yanıt vermeyen, duygularını göstermeyen, duygusal deneyim yetersizliği olan kişiler olarak tarif etmektedir. Alexitimi kavramı Türkçe'ye 'duygular için söz yokluğu' olarak çevrilebilir (Dereboy 1990). Alexitimik kişilerin duyguları tanıma ve tanımlamada ve düşlem (fantezi) kurmada zorluk yaşayabildikleri bilinmektedir. Görüşme esnasında bu hastaların metaforlardaki benzerlikleri anlamada ve kavramlar arasındaki bağlantıları kurmakta zorlandıkları görülebilir.

Psikosomatik hastalar üzerinde yapılan gözlemler neticesinde bu hastaların duygusal yaşamlarının farkında olmadıkları, duyguları söze dökme konusunda zihinsel bir yetersizlik yaşadıkları, gerginliklerini sözel ya da simgesel yollarla boşaltamadıkları bildirilmiştir. Aleksitimik özelliklerin sürekli (trait) ya da geçici (state) olduğu tartışması birincil ve ikincil aleksitimi kavramlarını ortaya çıkarmıştır. Birincil alexitiminin psikosomatik hastalıklarda bedensel bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde yatınlık sağlayan önemli bir etken olduğu; ikincil alexitiminin ağır hastalıklar ya da travmalar yaşayan kişilerde geçici ya da kalıcı ortaya çıkabilen bir durum olduğu belirtilmiştir (Dereboy 1990).

Bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu ve konversiyon bozukluğunun ortak özelliği belirgin stres ile ilişkili bedensel belirtilerin varlığı ve işlevsellik bozulmasıdır. Bir bedensel belirtinin tıbbi olarak açıklanamazlığı zihin-beden ikiliğini doğurur. Hastada görülen kafa karışıklığı veya fonksiyonel konfüzyon bu çatışma ile de ilişkili olabilir. Bedensel belirti ve ilişkili bozuklukların ortaya çıkmasında genetik ve biyolojik faktörler dışında erken örselenme deneyimleri, hastalığa odaklanmış dikkat, stresin bedensel olmayan dışa vurumlarının desteklenmemesi etkili olabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Bu bireyler bedensel belirtilere fazla odaklanabilir ve yoğun kaygı yaşayabilirler. Bu nedenle başka bir konuya yönlendirilmekte zorlanabilirler. Bu durum fonksiyonel konfüzyon olarak tanımladığımız tabloda rol oynayabilir. Bedensel belirti bozukluğunun daha düşük eğitim seviyesi olan ve düşük sosyoekonomik düzeyi olan bireylerde ve yakın zamanda stresli yaşam olayları deneyimleyenlerde daha sık görüldüğü göz önünde bulundurulduğunda yine bu faktörlerin de fonksiyonel konfüzyona katkıda bulunabileceği söylenebilir.

Muayene esnasında sağlık anksiyetesi olan hastaların yoğun bir kaygı ve konfüzyon yaşadığı fark edilebilir. Sorulara yanıt verme

süresi uzamış, çağrışımları yavaşlamış hastanın karar alma süreçlerinin etkilendiği, hatta bazı hastalarda neredeyse psikoza yaklaştığı görülebilir. Tedavide bu nedenlerle hem hezeyana yaklaşan düşünce katılığı nedeniyle, hem de anksiyolitik amaçlı düşük doz antipsikotik eklenmesi uygun olabilir. Antipsikotikler ayrıca uyku ve iştahın düzenlenmesine yardımcı olabilir. Tek doz veya bölünmüş dozlar şeklinde olanzapin (2.5-5 mg/gün), sülpirid (50-100 mg/gün), trifluoperazin (stilizan 1-2 mg/gün), haloperidol (10-20 damla, 1-2 mg/gün), ketiapin (50-100 mg/gün kısa etkili veya XR formlar) ve risperidon (1-2 mg/gün) kullanılabilir. Bedensel belirti bozukluklarında benzodiazepinlerin kullanımı oldukça sınırlıdır (Kleinstaubler ve ark. 2014).

Somatoform Disosiyasyon ve Konfüzyon

Hem somatoform hem de psikofom disosiyasyonun çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Nijenhuis 2000, Şar ve ark. 2004, Kienle ve ark. 2017, Farina ve ark. 2019). Somatoform disosiyasyon, disosiyatif durumların yeniden aktivasyonu sonucu ortaya çıkan ve tıbbi olarak açıklanamayan fonksiyonel bedensel semptomları ifade etmektedir (Kienle ve ark. 2017, Nilsson ve ark. 2019). Somatoform disosiyasyon, bedensel bileşenlerin işlevlerinin, duyumsamalarının ve reaksiyonlarının entegrasyon bütünlüğünün bozulmasıdır (Nijenhuis 2000, do Espirito Santo ve Pio-Abreu 2007, Kienle ve ark. 2017, Nilsson ve ark. 2019). Konversiyon bozukluğu, somatizasyon, ve ağrı bozukluğu gibi Somatoform bozukluğu olan hastalarda yüksek oranda cinsel istismar olduğu bildirilmiştir (Nijenhuis 2000, El-Hage ve ark. 2002, Şar ve ark. 2004). Disosiyasyon, somatizasyon ve affekt disregülasyonu çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişkilidir (Nijenhuis 2000, Şar ve ark. 2004). Travmatik yaşantılar mental fonksiyonların bütünlüğünü bozarak konfüzyona yol açabilir (Farina ve ark. 2019).

Disosiyatif bozukluğu olan hastalarda somatoform belirtilerin yaygın olduğu hatta somatoform belirtilerin en çok görülen disosiyatif belirtiler olduğu belirtilmektedir (Nijenhuis 2000, El-Hage ve ark. 2002). Açıklanamayan bedensel belirtiler, kronik ağrı, psödoepileptik nöbetler olan kadın hastalarda disosiyatif fenomenlerin ve cinsel istismar öyküsünün sık olduğu bulunmuştur (El-Hage ve ark. 2002). Disosiyatif bozukluk, somatoform bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu eştanları sık görülebilmektedir (Mai 2004, Deville ve ark. 2014). Bu hastalarda ayrıca konfüzyonun eşlik edebildiği psikoz benzeri belirtiler de görülebilmektedir (Deville ve ark. 2014). Borderline hastalarda görülen kimlik karmaşasının (konfüzyonu) depresyon, anksiyete ve somatoform disosiyasyon için en iyi öngörücü (prediktör) olduğu belirtilmiştir (Nijenhuis 2000).

Sonuç

Psikososyal yüklenme faktörü olsun veya olmasın psikopatolojinin zihinsel organizasyonda bir dağılıma ve kaos ile ilişkili olduğu söylenebilir (Özdemir ve ark. 2012). Bozulmuş zihinsel denge hastada kafa karışıklığı ve konfüzyon şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Yukarıda ele alındığı üzere

fonksiyonel konfüzyonun sembolizasyon, mentalizasyon, duygu düzenleme, alexitimi ve disosiyasyon kavramlarıyla ilişkili olabileceği öngörülmektedir. Bununla beraber çocukluk çağı travmalarının fonksiyonel konfüzyon için yatkınlaştırıcı bir rol oynadığı ileri sürülebilir. İleri dönemde başta borderline ve bedensel belirti bozukluğu olan hastalarda olmak üzere klinik tabloların ortaya çıkmasında ve semptomların şiddetinde fonksiyonel konfüzyon etkili olabilir. Fonksiyonel konfüzyonu olan hastalarda psikoterapötik müdahalelerden önce psikofarmakolojik müdahaleler ve anksiyolitik ilaçlar, özellikle düşük doz antipsikotikler önerilir. Ayrıca bu hastalarda hasta yakınlarıyla beraber görüşme yapılabilir (Özdemir 2020). Böylece hasta yakınları hastanın anlamakta zorlandığı noktaları anlayabilir, hastalık hakkında daha çok bilgi sahibi olabilir ve ilaçların düzenli kullanılmasını sağlayabilir.

Yazarların Katkıları: *Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmiştir.*

Danışman Değerlendirmesi: *Dış bağımsız.*

Çıkar Çatışması: *Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.*

Finansal Destek: *Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.*

Authors Contributions: *The authors attest that she has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.*

Peer-review: *Externally peer-reviewed.*

Conflict of Interest: *No conflict of interest was declared by the authors.*

Financial Disclosure: *The authors declared that this study has received no financial support.*

Kaynaklar

Acar T, Acar BA, Karabacak M, Aras YG (2018) Konfüzyon ile prezente olan HaNDL sendromu: Nadir bir olgu sunumu. *Noro Psikiyatrs Ars*, 4:340-342.

Allen JG, Fonagy P, Bateman AM (2013) Klinik Uygulamada Zihinselleştirme. (Çeviri Ed. T Özakkas), İzmit, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.

APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorder, 5th edition (DSM-5) Washington DC, American Psychiatric Association.

Berrios GE (1982) Disorientation states and psychiatry. *Compr Psychiatry*, 23:479-591.

Berrios GE (1983) Orientation failures in medicine and psychiatry:discussion paper. *J R Soc Med*, 76:379-385.

Brand BL, Lanius RA (2014) Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 1:13.

Burgess JW (1990) Cognitive information processing in borderline personality disorder: a neuropsychiatric hypothesis. *Jefferson Journal of Psychiatry*, 8:34-49.

Choudhary S, Thapa K (2017) Mental status examination of borderline personality disorder. *J Psychol Clin Psychiatry*, 8:00476.

Dell'Osso B, Berlin H, Serati M, Altamura AC (2009) Borderline Personality Disorder: New Research: Neuropsychobiology, comorbidity and dimensional models in borderline personality disorder: Critical issues for treatment. (Eds Jackson MH, Westbrook LF):59-79. Milan, Nova Science Publisher.

Dereboy İF (1990) Alexitimi: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 3:157-165.

Deville C, Moeglin C, Sentissi O (2014) Dissociative disorders:Between neurosis and psychosis. *Case Rep Psychiatry*, 2014:455892.

Dinn WM, Harris CL, Ayçiçeği A, Greene PB, Kirkley SM, Reilly C (2004) Neurocognitive function in borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 28:329-341.

do Espirito Santo HMA, Pio-Abreu JL (2007) Dissociative disorder and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Braz J Psychiatry*, 29:354-358.

El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, Gaillard P (2002) Post-traumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation*, 3:59-74.

Farina B, Liotti M, Imperatori C (2019) The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Front Psychol*, 10:933.

Fertuck EA, Stanley B (2006) Cognitive disturbance in borderline personality disorder: Phenomenologic, social cognitive, and neurocognitive findings. *Curr Psychos Ther Rep*, 4:105-111.

Figuroa E, Silk KR (1997). Biological implications of childhood sexual abuse in Borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 11:71-92.

Gica Ş, Kaplan B, Atar AT, Güleç MY, Güleç H (2021) Investigation of the effects of childhood sexual abuse on disease severity and cognitive functions in borderline personality disorder. *Dusunen Adam*, 34:141-150.

Griswold KS, Del Regno PA, Berger RC (2015) Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *Am Fam Physician*, 91:856-863.

İşık M (2018) Postpartum psychosis. *East J Med*, 23:60-63.

Judd PH (2005) Neurocognitive impairment as a moderator in the development of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17:1173-1196.

Kaplan B, Güleç MY, Gica Ş, Güleç H (2020) The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder. *Braz J Psychiatry*, 42:503-509.

Kienle J, Rockstroh B, Bohus M, Fiess J, Huffziger S, Steffen-Klatt A (2017) Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome - two sides of the same medal? A comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. *BMC Psychiatry*, 17:248.

Kleinstaub M, Witthöft M, Steffanowski A, Marwijk HV, Hiller W, Lambert MJ (2014) Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 11:CD010628.

Krauze-Utz A, Frosti R, Winter D, Elzinga BM (2017) Dissociation and alterations in brain function and structure: Implications for borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 19:1-22.

Liappas J, Paparrigopoulos T, Kouzoupis K, Gouzaris A, Christodoulou GN (2001) Functional psychosis in middle-aged people presenting as a long-lasting confusion state: A report of two cases. *Psychopathology*, 34:268-272.

Mai F (2004) Somatization disorder: a practical review. *Can J Psychiatry*, 49:652-662.

McClure G, Hawes DJ, Dadds MR (2016) Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personal Ment Health*, 10:43-57.

McDougall J (1984) The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. *Psychoanal Q*, 3: 386-409.

Mitrani JL (1995) Toward an understanding of unmentalized experience. *Psychoanal Q*, 1: 68-112.

Nijenhuis ERS (2000) Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation*, 1:7-30.

Nilsson D, Green S, Svedin CG, Dahlström Ö (2019) Psychoform and somatoform dissociation among children and adolescents: An evaluation of

a new short screening instrument for dissociation, DSQ-12. *Eur J Trauma*, 3:213-220.

O'Neal MA, Baslet G (2018) Treatment for patients with a functional neurologic disorder (Conversion disorder): An integrated approach. *Am J Psychiatry*, 175:307-314.

Özdemir O (2020) Psikiyatride hasta yakınlarıyla beraber görüşme. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 6:665.

Özdemir O, Özdemir PG, Yılmaz E (2014) The butterfly effect in psychiatry: A case example. *Journal of Mood Disorders*, 1:34-37.

Peralta V, Cuesta MJ (2005) Cycloid psychosis. *Int Rev Psychiatry*, 17:53-62.

Raj YP (2015) Clearing up confusion. *Curr Psychiatry*, 14:19-31.

Ruocco AC (2005) The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Res*, 137:191-202.

Ruocco AC, Lam J, McMains SF (2014) Subjective cognitive complaints and functional disability in patients with borderline personality disorder and their nonaffected first-degree relatives. *Can J Psychiatry*, 59:335-344.

Salawu FK, Danburan A, Ogunlana P (2009) Delirium: Issues in diagnosis and management. *Ann Afr Med*, 8:139-146.

Schultz HE, Hong V (2017) Psychosis in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry*, 16:25-29.

Skrzypinska D, Szmigielska BD (2015) Dream-reality confusion in borderline personality disorder: a theoretical analysis. *Front Psychol*, 6:1393.

Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O (2004) Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 161:2271-2276.

Thom RP, Levy-Carrick NC, Bui M, Silbersweig D (2019) Delirium. *Am J Psychiatry*, 176:785-793.

Ungvari GS, Leung HCM, Tang WK (2000) Reactive psychosis: A classical category nearing extinction? *Psychiatry Clin Neurosci*, 54:621-624.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice GM (2013) Cognitive experiences reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16 year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*, 170:671-679.