



KONVERZIVNI POREMEĆAJ

Feed your soul through art

SOMATOFORMNI I DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI U SAVREMENIM KLASIFIKACIJAMA

ICD-XI	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Hipohondrija – spada u opsesivni spektar i anksiozne poremećaje • Poremećaj telesnog distresa (somatizacioni poremećaj) – deo poremećaja telesnog distresa i doživljavanja • Umišljeni poremećaji • Disocijativni poremećaji: <ul style="list-style-type: none"> • Disocijativni neurološki simptomi - konverzija 	<p>Poremećaji sa somatskim simptomima i sa njima povezani poremećaji</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poremećaj sa somatskim simptomima (somatizacioni, bolni i dobar deo hipohondrije) • Poremećaj anksioznosti u vezi sa bolešću (hipohondrija manji deo) • Umišljeni poremećaj • Konverzivni poremećaj (Poremećaj sa funkcionalnim neurološkim simptomima) <p>Disocijativni poremećaji</p>

Konverzija se nalazi na različitim mestima u trenutno važećim ICD i DSM klasifikacijama. U ICD klasifikaciji ona je jedan od disocijativnih poremećaja i ima naziv disocijativni neurološki simptomi. U DSM klasifikaciji konverzija (sa novim nazivom *poremećaj sa funkcionalnim neurološkim simptomima*) je u grupi poremećaja sa somatskim simptomima (nekadašnji somatoformni). Kao što vidimo iz slajda, a o tome smo govorili u prethodnom predavanju, u ICD-u su preostali poremećaji sa somatskim simptomima razbacani u različite kategorije i ne predstavljaju više jednu grupu kao u DSM-u.

Koja su objašnjenja za različite odluke o kategorizaciji autora dveju klasifikacija? ICD na neki način dalje poštuje freudovsku (evropsku) podelu histerije na dve grupe – disocijativne i konverzivne (vidi slajd 4) kao i teorijsku pretpostavku da im je u osnovi isti mehanizam. Sa druge strane, u većoj meri ateoretična DSM se drži kliničke slike gde kod konverzije dominiraju somatski simptomi pa ona ostaje u društvu ostalih poremećaja koji se manifestuju kroz telesne tegobe.

TERMINI KOJI SU U UPOTREBI KAO SINONIMI ZA KONVERZIJU

- Histerija
- Funkcionalni poremećaj (simptomi)
- Psihogeni neurološki poremećaj (simptomi)
- Neorganski neurološki simptomi
- Medicinski neobjašnjeni simptomi
- Disocijativni neurološki simptomi ICD-11
- Poremećaj sa funkcionalnim neurološkim simptomima

Treba zapamtiti prvi najstariji naziv koji u praksi još uvek neki koriste. Izbačen je zbog pežorativnog značenja (u osnovi naziva je materica koja, po strim teorijama, luta zbog nezadovoljenih seksualnih želja – uvredljivo zar ne?). Poslednja dva naziva su najnoviji iz dveju aktuelnih klasifikacija. Njima se pokušava istisnuti histerija, ali i konverzija jer je i ovaj drugi naziv teorijski opterećen. *Medicinski neobjašnjeni simptomi* je krovni termin za različite poremećaje sa somatskim tegobama bez poznate medicinske etiologije. Ima dosta istraživanja pre izlaska poslednjih klasifikacija koja su se bavila somatoformnim poremećajima pod ovim nazivom pa nije loše i njega zapamtiti. Danas se i on više zvanično ne koristi jer previše sugerise da osoba **nema** medicinski problem ili ako ga ima preuveličan je. Kao što smo videli u prethodnom predavanju o poremećajima sa somatskim tegobama, a videćete i u ovom, sada je naglasak na onom što osoba **ima**, a to je patnja i disfunkcionalnost zbog telesnih tegoba.

ISTORIJA KONSTRUKTA

U starijim psihijatrijskim tekstovima histerična neuroza se manifestuje kao:

- **Konverzivna neuroza** - somatski simptomi **nastali konverzijom** (pretvaranjem) psihičkog problema i anksioznosti u telesni simptom
- **Disocijativni poremećaji** – **nastali disocijacijom** (odvajanjem) psihičkih funkcija i sadržaja od svesti,
- Zajedničko za obe vrste je to da osoba veruje da je bolesna i ponaša se kao da je bolesna najčešće od neke
 - **neurološke bolesti** (oduzetosti, napadi, amnezije, fuge itd.),
 - **ali i mentalne** (konverzivne depresije, konverzivne psihoze),
- Simptomi su u raskoraku sa anatomijom i fiziološkim funkcionisanjem osobe, ali i karakteristikama mentalnih poremećaja na koje podseća

Ovo vam je detaljnije objašnjenje zašto su konverzija i disocijativni poremećaji i dalje zajedno kao dve vrste disocijativnih poremećaja u ICD-u. U ranijoj literaturi, a i nekim novijim teorijama, u oba slučaja u osnovi poremećaja je mehanizam disocijacije. O disocijaciji možemo govoriti i kao o opisu fenomena – odvajanje svesti o svojoj funkcionalnosti od same funkcionalnosti. Npr. Nisam svesna da mogu da pomeram noge, a zaista mogu – kad bukne požar, skočim na obe i bežim – obrati pažnju - nije simulacija.

KRITERIJUMI ZA KONVERZIJU PREMA DSM-5

Obrati pažnju!! Nije važno da rezultati pretraga ne ukazuju na bolest, već da tegobe ne odgovaraju fiziologiji ili anatomiji tog dela organizma.

A. Jedan ili više simptoma voljne motorne ili senzorne disfunkcije

B. Klinički nalazi ukazuju na **raskorak** između simptoma i neurološkog ili medicinskog stanja na koje liče

C. Simptom ili deficit se ne može bolje objasniti drugim mentalnim poremećajem

D. Simptom ili deficit izaziva klinički značajan distres ili deficit u socijalnoj, profesionalnoj ili drugoj važnoj oblasti funkcionisanja ili zahteva medicinsku procenu.

Akutna epizoda – do 6 meseci

Perzistenti – preko 6 meseci

Zapamti A i B kriterijum i dodatno objašnjenje za B kriterijum.

Dakle radi se o poremećaju kod koga se javljaju različiti neurološki ispadi koji nisu u saglasnosti sa anatomijom i fiziologijom organizma. Simptomi koje osoba ima – razne disfunkcionalnosti, su promenljivi – u nekim situacijama se smanjuju ili izgube. Osoba nije svesna da deo tela sa simptomom funkcioniše i na osnovu znakova i proba može se ustanoviti ili prepoznati da on zaista funkcioniše.

Ponekad se viđaju i konverzije u vidu mentalnih poremećaja – nekada su zvane *histerične ili psihogene psihoze* (sa vizuelnim halucinacijama, traju nekoliko dana, nestaju kad se osoba izmesti iz problematične situacije) i *histerične, psihogene depresije* (dominira tekst „jadan ja“ i depresivni afekat, ali nema depresivnog samoprebacivanja, krivice, niskog self-koncepta, depresivnog kognitivnog stila).

Simptomi i deficiti se javljaju u senzornoj i motornoj oblasti u vidu pojačanog ili oslabljenog (ugašenog) funkcionisanja organa:

	Motorna	Senzorna
Hiper-funkcija	<i>Konvulzije</i> (pseudo-napadi) <i>Drhtanje, neobičan hod...</i>	<i>Hiperestezije</i> (Pojačana taktilna osetljivost) <i>Halucinacije</i>
Hipo-funkcija	<i>Stupor</i> <i>Mutizam</i> (afonija) - gubitak govora <i>Paraliza</i> (pareza-slabost, paraplegija-gubitak motorne funkcije nekog dela tela)	<i>Anestezije</i> (gubitak osetljivosti) <i>Otežan vid</i> <i>sluh, miris</i> <i>Slepilo, gluvoća</i>

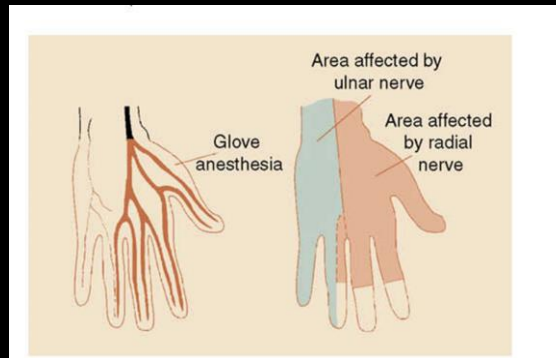
SIMPTOMI I DEFICITI



U tabeli su različiti deficiti – simptomi koji se mogu javiti kod konverzije, razvrstani prema tome da li pripadaju senzoriјumu ili motorici i da li se simptom manifestuje kao pojačana ili oslabljena finkcija.

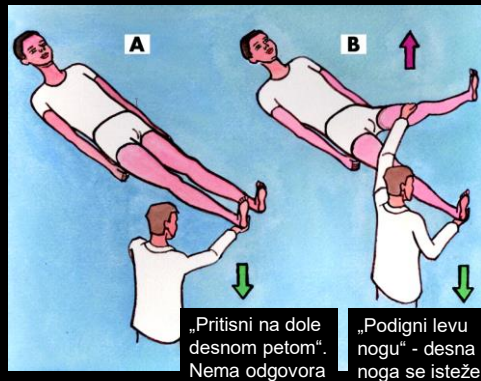
ZNACI RASPOZNAVANJA KONVERZIJE: ANESTEZIJA U VIDU RUKAVICE

- Simptomi podražavaju naivnu - laičku predstavu telesne bolesti (npr. trnjenje i gubitak osećaja u celoj šaci i delu podlaktice odjednom – anestezija u vidu rukavice).



Na slici vidimo fenomen anestezije u vidu rukavice jednog od znakova raspoznavanja konverzije. U slučaju organskog neurološkog oštećenja očekuju se simptomi u jednom delu šake jer dva nerva inervišu šaku (desni deo slike), a ne u celoj šaci što bi bio slučaj kod konverzije.

ZNACI RASPOZNAVANJA KONVERZIJE: HOOVEROV ZNAK



Provera (ne)organske slabosti desne noge - Osoba ne može da pritisne nogu na zahtev, ali je automatski pritiska kad treba da podigne drugu nogu.

Huverov znak konverzije podrazumeva da se na osnovu testa pokaže da u ovom slučaju noga nije oduzeta kako to osoba veruje.

OSTALI ZNACI RASPOZNAVANJA KONVERZIJE

- Nekonzistentni su (kad se zaboravi, deo tela profunkcioniše)... Na primer, deo tela profunkcioniše prilikom oblačenja ili kao refleks (recimo refleksno hvatanje iznenadno bačene lopte)
- La belle indifference – ravnodušan prema bolesti (ponekad iznose ozbiljne simptome, a deluju nezabrinuto)
- Konvulzije (psihogeni napadi) bez ugriza jezika, pene, umokravanja, povređivanja, sa stisnutim očima koje se protive otvaranju
<https://www.youtube.com/watch?v=5n4ahF6nzh0>
- Tunelsko viđenje – ne vide se periferni delovi vidnog polja
- Početak često nakon stresa, postoji sekundarna dobit
- Česti su disocijativni simptomi (amnezija, depersonalizacija, derealizacija)
- Nema znakova svesne simulacije

Ravnodušnost prema simptomima nije pouzdan znak konverzije, mada je nekada bio važna stavka u objašnjenju poremećaja (kod Frojda npr.). Ravnodušnost se ne javlja uvek, a sa druge strane kod nekih neuroloških oboljenja se takođe javlja (npr. kod multiple skleroze).

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

- Telesne bolesti, najčešće neurološke (multipla skleroza, lupus, epilepsija...).
- Drugi somatoformni poremećaji: hipohondrija, dismorfofobija
- Simulacija i umišljeni bolesnici
- Disocijativni poremećaji (često komorbidni)
- Panični poremećaj (panični napad vs. konverzivna konvulzija)
- Depresija sa naglašenim somatskim tegobama, tzv. somatska depresija, za razliku od konverzije ispoljava i druge znake depresije
- Početna sch psihoza (regresivni simptomi se mogu javiti kod oba poremećaja)

Jako je važno da se osoba, za koju se sumnja da su njeni simptomi konverzivni, medicinski ispita. Ljudi ne umeju uvek da opišu svoje simptome, mogu imati karakteristične osobine ličnosti koje idu uz konverziju (histrionična ličnost), a da pri tome ipak boluju od neke neurološke bolesti. Mnoge konverzije iz prošlosti danas bi bile dijagnostikovane kao neurološki poremećaji. Nije se desilo jednom da je pacijent dijagnostikovao kao konverzija umro od neurološke bolesti. DAKLE PRVO MEDICINSKA PROVERA, pa tek onda konverzija.

Kod simulacije motivacija je svesna, često materijalna, simptomi se voljno proizvode i prezentuju, a nema ih kad osobu ne gleda stručno lice. Sa druge strane, osoba sa konverzijom nije svesna svoje funkcionalnosti niti čemu joj simptomi služe – ona ne folira.

STATISTIČKI PODACI

- Prevalencija povremenih simptoma češća, a trajnog poremećaja 2-5/100 000 godišnje
- Češće se javljaju i šalju u nepsihijatrijske ustanove (npr. na neurologiju)
- Polovi 2:1 do 5:1 za žene
- Javlja se na svakom uzrastu, od dece do starih, najčešće kasno detinjstvo do ranog odraslog doba



ETIOLOGIJA

▪ Vulnerabilnost:

- Temperament: histrionični, granični
- Rane traume: zlostavljanje u detinjstvu

▪ Medijatori:

- Sugestibilnost
- Životni događaji u odraslom dobu
- Disfunkcionalni partnerski i porodični odnosi

▪ Okidači:

- Akutni stres i životni događaji – najčešće interpersonalni i profesionalni (radni)

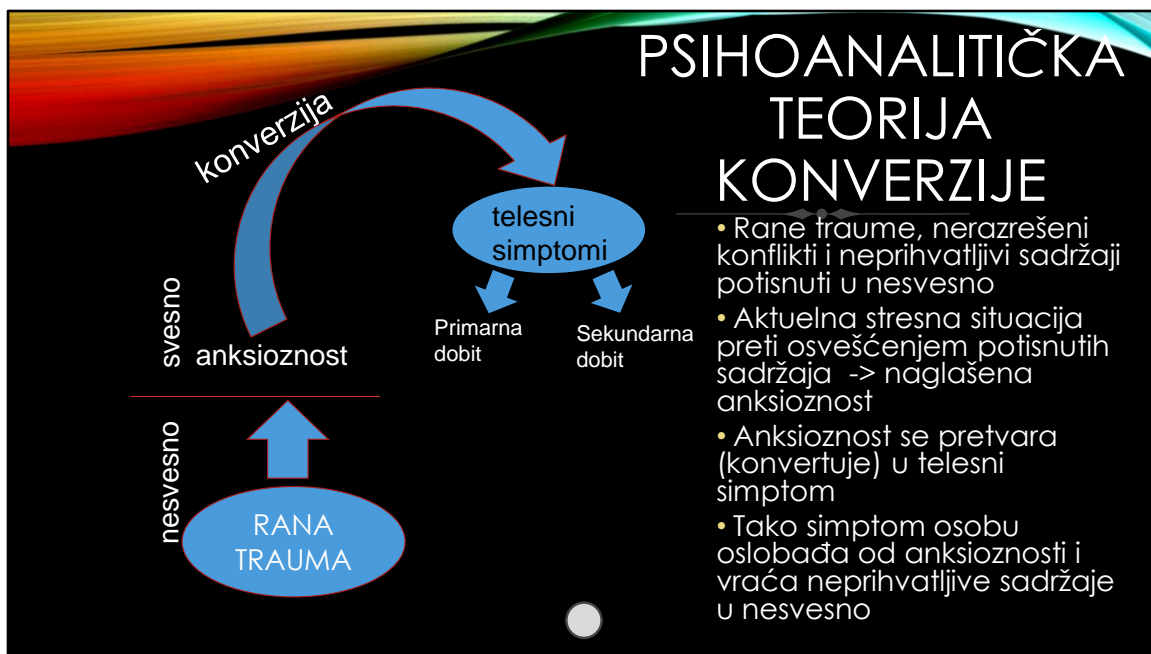
▪ Mehanizam nastanka i održavanja

- Strieto-talamo-kortikalni putevi blokirani stresom (emocijama).
- Telesne bolesti sa sličnim simptomima su rizik faktor: npr. epilepsija je rizik za pojavu konverzivnih napada
- Uslovljavanje (sekundarna dobit=potkrepljenje)

Češća među:

- seoskim stanovništvom,
- manje obrazovanim,
- manje inteligentnim,
- neintrospektivnim i naivnim,
- mentalno nedovoljno razvijenim,
- nepoznavaocima medicine/ psihologije
- osobama sa nižim SES
- nerazvijenim zemljama
- vojnim I milicijskim zanimanjima

Kod rizik faktora (uokviren tekst na slajdu), možete primetiti da svi oni omogućavaju naivnu sliku telesnog funkcionisanja. Sve veća obrazovanost stanovništva tako može da objasni i zašto je konverzija danas redak poremećaj dok je nekada bila mnogo češća



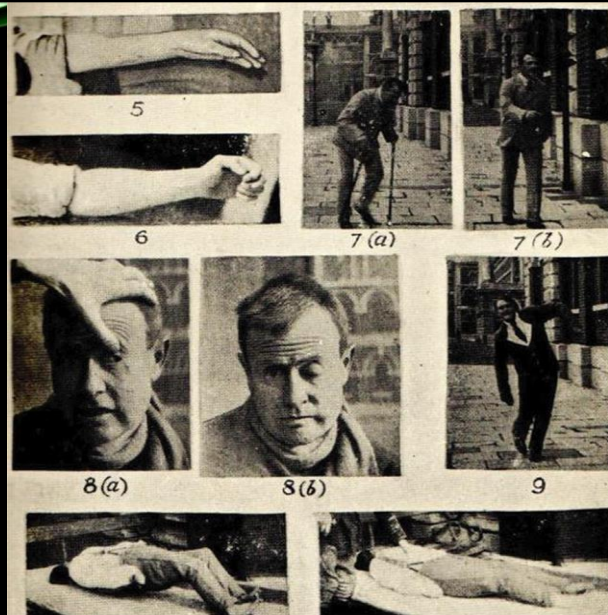
Ne morate učiti

Dobit od konverzije

Konverzija omogućava:

- Primarnu dobit – oslobađanje od anksioznosti i vraćanje rane traume u nesvesno
- Sekundarnu dobit – razrešavanje aktuelne konfliktne situacije

Pošto konverzija "rešava" aktuelni problem pacijenta, javlja se "lepa ravnodušnost" (la belle indifference) – pacijent deluje ravnodušno uprkos teškim simptomima o kojima izveštava.



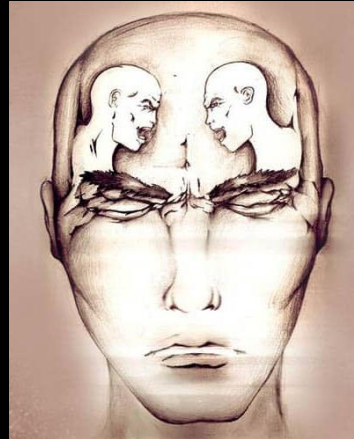
Ne morate učiti



DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI

DISOCIJACIJA KOD DISOCIJATIVNIH POREMEĆAJA

- Disocijacija - pojava pri kojoj dolazi do odvajanja (disociranja) određenih sećanja ili mentalnih sadržaja i funkcija od normalne svesti. Ovi odvojeni sadržaji nisu izbrisani već se mogu spontano ili na neke podražaje vratiti u svest, mada ne i voljno.
- Blaži oblici disocijacije se javljaju u traumatičnim situacijama, ali traju nekoliko minuta ili dana.



Rekli smo da je u ICD-u i konverzija vrsta disocijativnog poremećaja gde se svest o funkcionisanju dela tela odvaja od njegovog funkcionisanja. I kod disocijativnih poremećaja u užem smislu svest je odvojena, ali od nekih mentalnih sadržaja (sećanja, znanja o sebi i svojim namerama, akcijama i sl.). Ovo uže značenje je dakle zastupljenije u literaturi.

U psihijatrijskim ustanovama nekada, a ponegde i danas, o disocijaciji se govori u kontekstu psihoza gde se bilo kakvo razdvjanje, između ili unutar psihičkih funkcija, naziva disocijacija. Savremena psihijatrija zamenila je termin disocijacija u kontekstu psihoza terminom dezorganizacija – npr. umesto disociran govor, kažemo da je dezorganizovan. Tako je disocijacija zvanično zadržana samo u kontekstu disocijativnih poremećaja.

DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI U DSM-5



- Disocijativna amnezija
- Poremećaj višestrukog identiteta (DID)
- Depersonalizaciono/derealizacioni poremećaj
- Drugi specifični disocijativni poremećaji
 - Mešoviti disocijativni simptomi
 - Persuazivni poremećaj identiteta
 - Akutna disocijativna reakcija na stres
 - Disocijativni trans
- Disocijativna fuga

Od drugih specifičnih disocijativnih poremećaja treba zapamtiti disocijativni trans (ponegde poremećaj transa i zaposednutosti) koji se javlja u ICD-u i rezervisan je za disocijativna stanja koja se sreću u religijskim i parareligijskim okruženjima, a koja se viđaju po filmovima. O akutnoj disocijativnoj reakciji na stres govorićemo sa ostalim reakcijama na stres.

DISOCIJATIVNA AMNEZIJA

Najčešće se
javlja nakon
traumatičnih
događaja

Za razliku od amnezije sa
organskom osnovom (npr.
usled povrede glave),
disocijativna amnezija je
najčešće:

anterogradna,

reverzibilna

Predstavlja nemogućnost
prisećanja ličnih
doživljaja, obično
traumatične ili stresne
prirode, a koja prevazilazi
običnu zaboravnost.

Kod organske traume izbrisana su sećanja na ono što se desilo pre i tokom traume - sećanja se nisu konsolidovala pa su nestala – npr. osoba se neseća šta se dešavalo pre i tokom sudara u automobilske nesreće. Kod psihogene, tj. disocijativne amnezije osoba se ne seća onog šta se dešavalo nakon traume, stresa – npr. Posle silovanja, osoba se ne seća šta je posle bilo, kako je otišla sa mesta, dospela u bolnicu i sl. Reverzibilnost disocijativne amnezije ogleda se u spontanom ili psihoterapijom izazvanom vraćanju sećanja. Kod organske amnezije sećanja se ne vraćaju.

DISOCIJATIVNA AMNEZIJA

- Može biti:
 - **generalizovana**, kada se odnosi na **ceo identitet i životnu istoriju** – najređa (u ratu, silovanja, ekstremni stres)
 - **lokalizovana**, kada se odnosi na **neki period života**, npr. traumatski događaj
 - **selektivna** - zaboravljaju **se neki aspekti situacija ili delovi događaja** – najčešća
 - **sistematična** – gube se informacije **određene kategorije** (npr. U vezi porodice, neke osobe i sl.)
 - **kontinuirana** – gube **se nove informacije** kako dolaze

Ne treba učiti

FUGA



- Osobe sa ovim poremećajem gube privremeno osećaj identiteta i putuju ili lutaju nekad i na vrlo udaljena mesta.
- Takođe se najčešće javlja nakon traume
- Osoba je neupadljiva za okolinu jer je predmetna svest očuvana – osoba vrši niz automatskih radnji koje su na prvi pogled funkcionalne
- Svest o sopstvenom identitetu ne postoji te je putovanje nemotivisano, neplanirano i nerukovođeno svesnim psihičkim procesima.
- Nakon izlaska iz fuge, osoba ima amneziju za taj period.
- Češća je u ratnim vremenima i u vreme prirodnih katastrofa.

DISOCIJATIVNI POREMEĆAJ IDENTITETA

- Najozbiljniji disocijativni poremećaj - uključuje sve ostale disocijativne poremećaje.
- Osoba doživljava prekide identiteta sa naglim izmenama u:
 - **doživljaju sebe** (oseća se drugačije) i
 - **doživljaju mogućnosti uticanja** (ispoljava ponašanja nad kojima nema osećaj da su njena i da može da utiče na njih)
- Pridružene promene u afektivitetu, ponašanju, memoriji, percepciji, kogniciji i senzomotornom funkcionisanju.
- Na taj način ispoljava dva ili više različitih identiteta (u nekim kulturama - zaposednutost)

Ranije se zvao poremećaj višestruke ličnosti. Ovo je kontraverzni poremećaj o kome se u evropskoj psihijatriji dugo nije govorilo, da bi se u cilju usaglašavanja dve klasifikacije danas opisivao i u ICD-u. Definicija u DSM-u je takođe danas opreznije formulisana jer još uvek postoje teorije po kojima je ovaj poremećaj jatrogeno stanje do koga dovode psihijatri i psiholozi, a ne pravi poremećaj. Američka literatura je bogata opisima, razvijena je terminologija vezana za DPI, a prevalencija je povremeno bila značajna. Na sledećem slajdu su neki podaci koji potiču iz američkih izvora.

DISOCIJATIVNI POREMEĆAJ IDENTITETA

- Stresor često vodi promeni identiteta.
- Amnezija za disocijativna stanja, za duže ili kraće periode života ili rupe u sećanju tokom dana, fuge, iznenadno zaboravljanje veština
- Kod osoba sa DPI su moguća različita imena za identitete, različit temperament, gestovi i mimika, rečnik, ponašanje na psihološkim testovima, različit rukopis, ponekad su polne i rasne identifikacije drugačije u stanjima izmenjenog identiteta.
- Poremećaj se najčešće povezuje sa teškim fizičkim/seksualnim zlostavljanjem, uglavnom tokom dečinstva.
- Retko se dijagnostikuje u Evropi, ali se u Americi 90-tih nešto češće identifikovao i više proučavao. Čak i tamo, mišljenja su podeljena da li poremećaj kao takav uopšte postoji.

Potential Switching Triggers for People With Dissociative Identity Disorder

- Heavy stress
- Experiencing strong emotions or a memory
- Changing of the season

- Alcohol or drugs
- A sight, smell, sound, taste or texture
- A special event or holiday

verywell

ETIOLOGIJA DPI-A: IGRANJE ULOGA ILI REAKCIJA NA TRAUMU?

Sociokognitivne te. - DPI je sociokulturna uloga + specifična kognitivna obrada situacije

- Neki kliničari dijagnostikuju DPI češće od drugih
- Razlika u prevalenci SAD - Evropa
- Tipični simptomi se javljaju tek pošto je tretman otpočeo
- U laboratorijskim uslovima uz pomoć nekih uputstava uspešno odglumljeni bazični fenomeni DPI-a.
- DPI je jatrogeno stanje koje proizvode stručnjaci kroz ispitivanje pacijenta

Traumatske te. - disocijacija je biološka reakcija na traumu

- Razlike između pacijenata i glumaca:
 - Kognitivni deficiti
 - Način izveštavanja simptoma
 - Razlike u identitetima po pitanju sećanja na traumu
 - Razlike u stanju vida kod različitih identita
- => DID ≠ socijalna kreacija već traumom izazvanji poremećaj

Suprotstavljene teorije tiču se samog postojanja poremećaja. Sociokognitivne teorije pokušavaju da objasne i zašto postoji diskrepanca između Evrope i SAD-a po pitanju prevalence, kao i varijacije u prevalenciji tokom vremena, a i lokalno, i u samoj Americi. Na slajdu su nabrojani argumenti za njihov stav da je DPI rezultat učenja uloga koje osobama nameću stručnjaci i aktiviranja nekih kognitivnih distorzija čemu pogoduje naglašena sugestibilnost ovih osoba. Sa druge strane zagovornici traumatske teorije DPI-a veruju da je reč o poremećaju koji je posledica izuzetno teških i često dugotrajnih trauma gde se disocijacija, odvajanje od sebe, javlja kao mehanizam odbrane, ne samo tokom delovanja traumatskih situacije već i kasnije (opet u stresu, pod jakim emocijama i sl.).

DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI

Poremećaj	Prevalencija	Definicija	Osnovne odlike	Etiologija za sve disocijativne por.
Disoc. amnezija	Oko 2%	Nemogućnost osobe da se priseti važnih ličnih informacija koje su obično vezane za stresnu ili traumatsku situaciju	Gubitak mogućnosti prisećanja ne može se objasniti neurološkim uzrokom, efektima PAS ili drugim disocijativnim p.	Uloga izloženosti stresnim i traumatskim iskustvima Fizičko i seksualno zlostavljanje tokom detinjstva – faktor rizika
Disoc. poremećaj identiteta	1.5%?	Osoba ispoljava 2 ili više različitih identiteta koji se povremeno smenjuju u preuzimanju kontrole nad ponašanjem	Osoba ne može da se seti važnih ličnih informacija i ima velike rupe u sećanju. Prosečan broj identiteta kod osoba sa ovim poremećajem je oko 13.	
Depersonalizacija	0.8%	Utisak otuđenosti od ličnog identiteta (poput življenja u snu, odvojenosti od sopstvenih mentalnih procesa ili tela)	Simptomi izazivaju značajnu uznemirenost, osobe često misle da "počinju da lude". Simptomi ne mogu biti objašnjeni drugim poremećajem (sch, panični napad...)	

Zapamtite prevalencije i etiologiju.

