

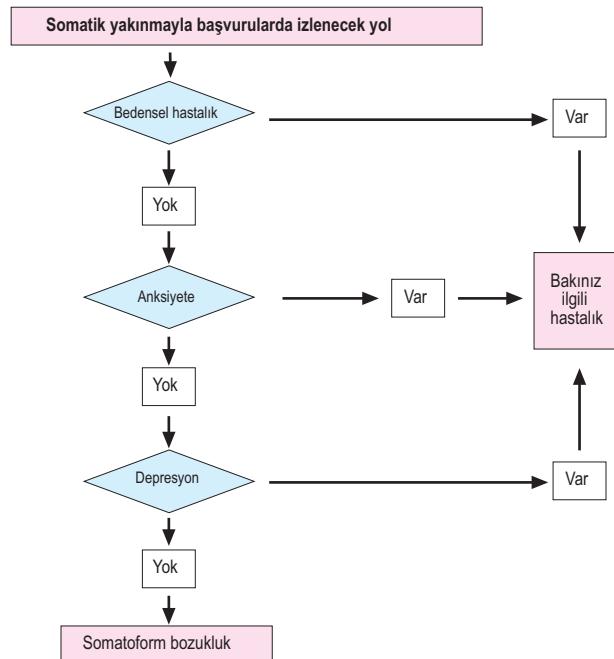


SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Somatoform bozukluklar herhangi bir organik neden olmaksızın, oluşumlarında psikolojik nedenlerin rol oynadığı çeşitli bedensel belirtilerle seyreden psikiyatриk bozukluklardır. Belirtiler hastalar tarafından bilinçli olarak yaratılmaz ve bilinçli olarak kontrol edilmeleri mümkün değildir. Bu hastalık grubunda somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, hipokondriasis, psikojenik ağrı bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu yer alır. Birinci basamakta bu bozukluklara oldukça sık rastlanır.



HİPOKONDRIAZİS

Normal veya anomal bedensel duyuşmlara karşı aşırı duyarlılık ve bu duyarlılıkla birlikte bu duyuşmları ciddi bedensel bir hastalığın belirtisi gibi yorumlama ve aksi kanıtlanşa bile hastanın bu düşüncesinden vazgeçmemesi ile karakterize bir bozukluktur. Hastalık hastalığı olarak da bilinen bu bozukluk ağır bir anksiyete (bunaltı-kaygı-endişe) haline neden olur. Yaşam boyu prevalansı %4-9 arasında değişmektedir. En sık 20-30 yaşlar arasında görülür. Her iki cinsten de görülmeye sıklığı aynıdır. Hastaların

en önemli özelliği içgörülerinin olmayacağıdır. Sağlıklılarına ilişkin kaygıların mantiksızlığını kavrama konusunda istek ve gayretleri yoktur. Bu mantiksızlığı kavramaları yönünde hekim tarafından ortaya konan çabalar çoğunlukla boş gider. Seyir genellikle kroniktir.

Ayırıcı Tanı

Major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu yarattıkları somatik belirtiler ve bunlarla ilişkili şiddetli kaygılar nedeniyle ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Yine HIV enfeksiyonu, multipl skleroz (MS), sistemik lupus eritematozus (SLE), hipokondriasis tanısı konmadan önce mutlaka dışlanmalıdır. Beden dismorfikbozukluğu ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken bir diğer durumdur. Bu bozuklukta insanın görüntüsünü bozduğunu düşündüğü bir beden bölgesi ile bitmek tükenmek bilmeyen uğraşısı vardır.

Tedavi

Düzenli doktor (psikiyatrist dışında) kontrolü ve bu kontrollerde, hastada içgörü yetersizliği olsa bile telkin ve güven tesisi bu bozukluğun tedavisinde önemli bir yer tutar. Psikiyatrik tedavide grup psikoterapileri bireysel psikoterapiye yeğlenir. Birlikte olan psikiyatrik durumlar örneğin, depresyon, anksiyete antidepresanlar ve anksiyolitiklerle tedavi edilir.

SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

Herhangi bir organik neden olmaksızın aşağıdaki belirtilerin bir kısmı ile seyreden bir bozukluktur. Kadınlarda bu belirtilerden 14'ü, erkeklerde ise 12'sinin bulunması somatizasyon bozukluğu tanısının konması için yeterlidir. Bir kısım hastada belirti sayısı açısından somatizasyon bozukluğu kriterini karşılamayabilir. Ancak bu hastalar somatizasyon sendromu olarak değerlendirilir. Yaşam boyu prevalans %0,1-0,5'tir. Kadınlarda 5 ile 20 kat daha sık görülür. Alt sosyokültürel düzeyde daha sık rastlanır.

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. Karın ağrısı | 15. Hafıza kaybı | 28. Gebelikte aşırı veya hastaneye yatmayı gerektirecek kadar kuşma |
| 2. Eklem ağrıları | 16. Çarpıntı | 29. Üriner retansiyon veya zor işeme |
| 3. Göğüs kafesinde ağrılar | 17. Cinsel ilgisizlik | 30. Paralizi |
| 4. Ağrılı ürinasyon | 18. Menstrüel düzensizlik | 31. Sağırlık |
| 5. Bulantı | 19. Ses kaybı | 32. Baş dönmesi |
| 6. Kusma | 20. Cinsel ilişkide ağrı | 33. Kas güçsüzlüğü |
| 7. İshal | 21. Cinsel ilişkiden zevk alamama | 34. Bilinç kaybı veya baygınlık |
| 8. Bağırsaklarda gazlanma | 22. Ektremiteerde ağrı | 35. Nöbet veya konvülşyonlar |
| 9. Yutkunmada güçlük | 23. Dismenore | 36. Aşırı menstrüel kanama |
| 10. Nefes darlığı | 24. Genital organ ve bölgelerde ağrı | 37. Kendini hasta hissetme |
| 11. Yürümede zorluk | 25. Sırt-bel ağrısı | |
| 12. Körlük | 26. Diğer ağrılar (baş ağrısı gibi) | |
| 13. Çift görme | 27. Bazı yiyeceklerle tathamılsızlık | |
| 14. Bulanık görme | | |

Ayırıcı Tanı

Hastalar özellikle MS, SLE ve HIV gibi enfeksiyonlar açısından incelenmelidir. Ayrıca çok sayıda doğum ve düşük yapmış olma dikkate alınmalıdır. Somatik belirtilerle seyreden depresyon ve anksiyete bozuklukları ve şizofreni göz önünde bulundurulması gereken ruhsal bozukluklardandır.

Tedavi

Belirtilerin ruhsal ve emosyonel sorunların bir ifadesi olduğu düşünüldüğünde tedavide psikoterapinin ve psikoterapide de hastanın kendisini, duygularını ve sorunlarını ifade etmesinin önemli olduğu akılda tutulmalıdır. Psikoterapide amaç bedensel belirtilerin ruhsal ve duygusal sorunların bir anlatımı olarak kullanılmasını hastaların kendilerini ifade etme düzeyinde ortadan kaldırılmasını sağlamaktır.

PSİKOJEN AĞRI BOZUKLUĞU

Herhangi bir organik neden olmaksızın bedensel ağrılarla seyreden bir bozukluktur. Psikososyal stresörler bu bozukluğun ortaya çıkışında önemlidir. Kadınlarda erkeklerden çok daha sık görülür. Ağrılar kolayca lokalize edilemez. Madde kötüye kullanımı ile komplike olabilir. Her yaşta ortaya çıkabilir. Kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta rastlanır.

Ayırıcı Tanı

Ağrı yaratan tüm tıbbi durumlar ve somatizasyon bozukluğu dikkate alınmalıdır.

Tedavi

Destekleyici, içgörü kazandırmaya yönelik psikoterapiler ve düşük doz antidepresan ilaç ile tedaviler denenebilir.

KONVERSİYON BOZUKLUĞU

Strese tepki olarak gelişen nörolojik hastalığa benzer, motor (paralizi gibi), disosiyatif (bayılma) veya duyusal (konuşamama, körlük, sağırlık gibi) semptomlarla seyreder. Bu belirtiler nöroanatomik dağılıma uymazlar. Hastaların, bu bedensel belirtilere karşı güzel alırdırmazlık (La belle indiference) adı verilen bir tür ilgisizlik içinde olmaları pek çok olguda neredeyse tipiktir. Hastalar belirtilerden yakınır ancak bu belirtileri çok da umursamıyor izlenimi uyandırırlar. 1-30/10.000 oranında görülür. Psikiyatrik ayaktan hastaların yaklaşık %3'ünü oluşturur. Alt sosyoekonomik düzeyde daha sık rastlanır. 10-35 yaşları arasında kadınlarda daha sıktır.

Ayırıcı Tanı

Duyu ve motor kayıp veya fonksiyon bozuklukları ile seyreden diğer tüm tıbbi durumlar konversiyon bozukluğu tanısı konmadan önce dışlanmalıdır. Temaruz (taklit ve uydurma tablolar) ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Somatizasyon bozukluğu da ayırcı tanıda önemlidir. Çoklu organ ve beden bölgeleri tutulumu ile konversiyondan ayrılır.

Tedavi

Belirtiler genellikle günler ve haftalar sürebilir ve yineler. Destekleyici (supportive), ıggörü kazandırmaya yönelik ve davranışçı psikoterapi uygulanır. Psikoterapi yanı sıra özellikle anksiyolitikler veya düşük doz antidepressanlar (anksiyolitik amaçlı) tedavide işe yarar.

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU

Hasta, bedeninde fizik görünümünü bozan bir şeyin olduğuna inanır ve bundan dolayı büyük sıkıntı yaşar. Görünümünü bozan şey ya hayalidir ya da çok ufak bedensel bir kusurdur. Örneğin hastanın burnu çok büyütür ve bu görünüm hastaya göre son derece acayıptır. Bedenin bir bölgesi ile bitmek tükenmek bilmez uğraşı genellikle kozmetik amaçlı cerrahi bir girişim arayışına döner. Depresif belirtiler duruma eşlik eder. Buradaki uğraşı obsesif bir özellik taşır ancak bu durumda obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmaz. Beden dismorphik bozukluğu en çok 15-20 yaşları arasında kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta görülür.

Ayırcı Tanı

Anoreksiya beden imajında bozulma ve kilo almaya karşı aşırı duyarlılık nedeniyle dikkate alınmalıdır.

Tedavi

SSRI antidepressanlar ve *klomipramin* tedavide etkin ilaçlardır. Eşlik eden durumlar ayrıca tedavi edilmelidirler.

Sevk

- Ayırcı tanıda güçlük
 - Organik sorun
 - Psikoterapi gereksinimi
 - Öyküde başka bir psikiyatrik hastalık hikayesinin bulunması
 - Diğer eşlik eden hastalıklara bağlı intihar riski olması
- durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, 4. basım (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington 2000'den çeviri. Koroğlu E (çeviri ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
2. Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000.
3. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. McGraw Hill, 2000.
4. Hahn RK, Albers LJ, Reist C. Current Clinical Strategies: Psychiatry 1999-2000 Edition. Current Clinical Strategies Publishing. New York.