

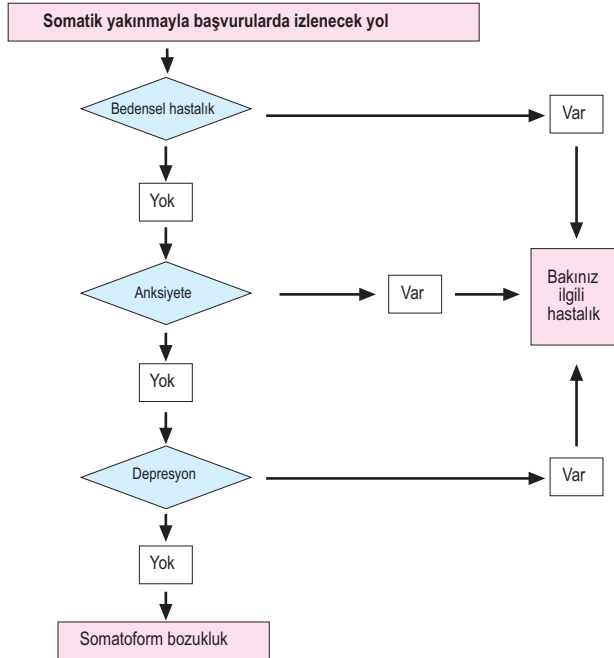


# SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Somatoform bozukluklar herhangi bir organik neden olmaksızın, oluşumlarında psikolojik nedenlerin rol oynadığı çeşitli bedensel belirtilerle seyreden psikiyatrik bozukluklardır. Belirtiler hastalar tarafından bilinçli olarak yaratılmaz ve bilinçli olarak kontrol edilmeleri de 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 anormal bedensel duylumlara karşı aşırı duyarlılık ve bu duyarlılıkla birlikte bu duylumları ciddi bedensel bir hastalığın belirtisi gibi yorumlama ve aksi kanıtlansa 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 cinste de görülme sıklığı aynıdır. Hastaların

en önemli özelliği içgörülerinin olmayışdır. Sağlıklarına ilişkin kaygıların mantıksızlığını kavrama konusunda istek ve gayretleri yoktur. Bu mantıksızlığı kavramaları yönünde hekim tarafından ortaya konan çabalar çoğunlukla boşa 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 eritematosus (SLE), hipokondriazis tanısı konmadan önce mutlaka dışlanmalıdır. Beden dismorfik bozukluğu 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       |
| 2. Eklem ağrıları          | 16. Çarpıntı                         | hastaneye yatmayı gerektirecek |
| 3. Göğüs kafesinde ağrılar | 17. Cinsel ilgisizlik                | kadar kusma                    |
| 4. Ağırli ürinasyon        | 18. Menstrüel düzensizlik            | 29. Üriner retansiyon          |
| 5. Bulantı                 | 19. Ses kaybı                        | veya zor işeme                 |
| 6. Kusma                   | 20. Cinsel ilişkide ağrı             | 30. Paraliz                    |
| 7. İshal                   | 21. Cinsel ilişkiden zevk alamama    | 31. Sağırılık                  |
| 8. Bağırsaklarda gazlanma  | 22. Ekstremitelerde ağrı             | 32. Baş dönmesi                |
| 9. Yutkunmada güçlük       | 23. Dismenore                        | 33. Kas güçsüzlüğü             |
| 10. Nefes darlığı          | 24. Genital organ ve bölgelerde ağrı | 34. Bilinç kaybı               |
| 11. Yürümede zorluk        | 25. Sırt-bel ağrısı                  | veya baygınlık                 |
| 12. Körlük                 | 26. Diğer ağrılar (baş ağrısı gibi)  | 35. Nöbet veya konvülsiyonlar  |
| 13. Çift görme             | 27. Bazı yiyeceklerle                | 36. Aşırı menstrüel kanama     |
| 14. Bulanık görme          | tahammülsüzlük                       | 37. Kendini hasta hissetme     |

**Ayırıcı Tanı**

Hastalar özellikle MS, SLE ve HİV 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 bozukluklardır.

**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 duyuşal (konuşamama, körlük, sağırılık gibi) semptomlarla seyreder. Bu belirtiler nöroanatomik dağılıma uymazlar. Hastaların, bu bedensel belirtilere karşı güzel aldırma (La belle indifference) adı verilen bir tür ilgisizlik içinde olmaları pek çok olguda neredeyse tipiktir. Hastalar belirtilerden yakınıyor ancak bu belirtileri çok da umursamıyor izlenimi uyandırır. 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 siktir.

**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 ayırıcı tanıda önemlidir. Çoklu organ ve beden bölgesi tutulumu ile konversiyondan ayrılır.

### Tedavi

Belirtiler genellikle günler ve haftalar sürebilir ve yineler. Destekleyici (supportive), içgörü kazandırmaya yönelik ve davranışçı psikoterapi uygulanır. Psikoterapi yanı sıra özellikle anksiyolitikler veya düşük doz antidepresanlar (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 büyüktür ve bu görünüm hastaya göre son derece acayiptir. 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 dismorfik bozukluğu en çok 15-20 yaşları arasında kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta görülür.

### Ayırıcı Tanı

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

### Tedavi

SSRI antidepresanlar ve *kломipramин* tedavide etkin ilaçlardır. Eşlik eden durumlar ayrıca tedavi edilmelidirler.

### Sevk

- Ayırıcı 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. Köroğlu 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.