

Somatoform Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon

Nalan K. OĞUZHANOĞLU**, Figen ÇULHA**, Fahrettin ÜLKEROĞLU**

ÖZET

Somatoform bozukluğu tanısı alan hastalarda eşlik eden depresyonu ve anksiyeteyi araştırmak amacıyla taşıyan çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-III-R tanı kriterlerine göre somatoform bozukluk tanıları alan toplam 102 hasta ile benzer yaş, cins, eğitim özelliklerine sahip 50 kontrol grubu araştırma kapsamına alındı. Deneklere DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi (somatoform bozukluk, mizaç ve anksiyete bozuklukları modülleri) uygulandı. Hasta grubunda ilk iki sırayı somatizasyon bozukluğu (% 4.13) ve konversiyon bozukluğu (% 24.51) aldı. Toplam 32 hasta (% 31.37) depresyon, 16 hasta (% 15.69) anksiyete bozukluğu olarak değerlendirildi. Sonuçlar somatoform bozukluk ile mizaç ve anksiyete bozuklukları arasında yakın ilişkiyi göstermiştir. Sonuçlar ilgili literatürle karşılaştırılarak tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Somatoform bozukluk, depresyon, anksiyete

Düşünen Adam; 1995, 8 (2): 37-42

SUMMARY

One hundred and two outpatients with somatoform disorder according to DSM-III-R criteria, were involved in present study to investigate the accompanying depression and anxiety. Age and sex matched control group with 50 case were also involved. Each case was investigated with DSM-III-R structured clinic interview (somatoform, mood and anxiety moduls). In the patients group the first two diagnostic group were the somatization disorder (43.13 %) and the conversion disorder (24.5 %). Thirty-two patients (31.37 %) were diagnosed to have depression, 16 patients (15.69 %) were diagnosed to have anxiety. Result showed the close relation of somatoform disorder to mood and anxiety disorders. Results were discussed in relation with the literature.

Key words: Somatoform disorder, depression, anxiety

GİRİŞ

Somatoform hasta grubunun bir fizik hastalığa atfettiği bedensel yakınmalarına bilinen tıbbi tanı araçları ile organik bir tanı konulamamaktadır. Bu hastalar sürekli ve ısrarlı biçimde tıbbi yardım arayışı içindedirler. Olasılıkla psikososyal sorunlara duy-

gusal belirtilerden daha çok bedensel yakınmalarla yanıt vermektelerdir. Ayrıntılı soruşturma ile psikolojik sorunlar ortaya çıkarılabilmektedir. Somatizasyon belirtilerinin depresyon ve anksiyete ile yakın ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar^(1,2) psikolojik sorunların artması ile somatizasyonda yoğunlaşma olduğunu bildirmektedir.

* III. Anadolu Psikiyatri Günleri'nde bildiri olarak sunulmuştur (Trabzon, 1994).

** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Örneğin doğal afet gibi sosyal sorunlarla karşılaşan insanlar tıbbi olarak açıklanamayan gastrointestinal sistem ve psödo-nörolojik belirtileri oldukça yaygın olarak bildirmektedir (3). Somatizer yani sorunlarını bedenselleştiren hastaların (4) tanı dağılımlarında üst sıraları duygulanım bozuklukları ve somatoform bozukluğu almaktadır (5). Somatizasyon hastalarının kronik fizik hastalık ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (6). Sorunlarını somatik dille ifade eden hastalara eklenen depresyon kısır bir döngünün oluşumuna katkıda bulunarak iyileşmenin geçikmesine yol açar.

Biz çalışmamızda somatoform bozukluk tanısı alan hastalarda depresyon, anksiyete bozukluğu ile kişilik bozukluğu komorbiditesini ve ailedeki psikopatoloji varlığını araştırmayı amaçladık.

MATERYEL ve METOD

Haziran 1993-Mart 1994 tarihleri arasında psikiyatri polikliniğine başvuran ya da konsültasyon istenen bireyler arasından somatoform bozukluk ön tanısı almış olan hastalar arasında gönüllü olanlar poliklinik hekimi dışındaki bir psikiyatrist tarafından ayrıntılı görüşmeye alınmıştır. Gerekli laboratuvar tetkikleri ve uygun konsültasyonlar sonucu organik bozukluk şüphesi olan hastalar dışlanmıştır. SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) somatoform bozukluklar modülü (7) kullanılarak somatoform bozukluk tanısı kesinleşen toplam 102 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Benzer yaş, cins ve eğitim özelliğine sahip, önceden psikiyatrik tedavi görmemiş, DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi sağlıklı kişi formu kullanılarak organik ve mental bozukluğu olmayan gönüllü 50 refakatçi kontrol grubu olarak oluşturulmuştur. Tüm araştırma grubuna ayrıca SCID anksiyete ve mizaç bozukluklar modülü kullanılarak depresyon ve anksiyete bozukluğu araştırılmıştır. Duygu, kognitif, davranış ve fizik belirti içerikli depressif semptomların yüzde dağılımları belirlenmiş, ayrıca ayrıntılı ruhsal muayene sırasında kişilik bozuklukları ve alkol kullanımı da araştırılmıştır. Kendileri ve yakınlarından alınan öykü sırasında aile bireylerindeki psikopatoloji varlığı soruşturulmuştur. Sonuçların istatistiksel analizi X^2 testi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Yüziki hastanın 77'si (% 75.49) konsültasyon istemi ile polikliniğimize başvurmuşlardır. Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik tüm özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Özellikle evli, kadın, ilkokul mezunu olma durumu her iki grubun da benzer özellikleri olarak saptanmıştır.

Alkol alma öyküsü değerlendirildiğinde; sosyal içicilik hasta ve kontrol grubunda sırasıyla % 17.64 (18), % 10(5), alkol kötüye kullanımı % 8.82(9), % 2(1), bağımlılık %7.84(8) ve %8(4) olarak belirlenmiştir. Hiç alkol kullanmama ise hasta grubunda %65.68(67) iken kontrol grubunda %80(40) olarak saptanmıştır. Alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı toplam olarak ele alındığında hasta grubunda 17(%16.67), kontrol grubunda ise 5(%10) kişi olarak belirlendi. Ancak aradaki fark anlamlı değildi ($X^2=1.205$ $p=0.27$).

Soruşturulan alanlardan birisi yakın akrabaların alkol kullanımıydı. Somatoform grubun yakın akrabalarından alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı daha sık olarak saptandı (% 9.8). Kontrol grubunda ise ancak % 2 olarak saptandı. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Antisosyal özellikler soruşturulduğunda ise kontrol grubunda % 4(2) olarak belirlenen oran somatoform grubun 1. ve 2. derece yakın akrabalarında % 20.59(21) idi. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2=7.189$ $p=0.0073$). Depresif sendrom grubuna alabileceğimiz aile psikopatolojisi, somatoform grubun yakın akrabalarında % 12.75(13) kontrol grubunda % 4(2) olarak belirlendi ($X^2=2.885$ $p=0.0894$ anlamlı değil).

Hastalık süresi değerlendirildiğinde 5 yıl ve daha uzun süreli olanlar çoğunlukta idi % 53.92(55). Bir yıldan daha kısa süreli olma durumu % 18.62(19) olarak değerlendirildi. Yıllık doktora başvuru sayısı oldukça yüksekti. Ondan daha fazla sayıda doktordan yardım arayışı oranı %45.09(46), 3-10 arası başvuru oranı %43.13(44) olarak saptandı. Çok sayıda psikiyatri dışı yardım arayışı (özellikle mistik yönelimli) %26.47(27) oranındaydı. En az bir kez başvurma oranı ise %20.58(21) olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Sosyodemografik dağılım

		Araştırma		Kontrol	
		Sayı	%	Sayı	%
Yaş	X	32.77±0.78		33.3±1.90	
Cinsiyet	E	28	27.45	14	28.57
	K	74	72.54	35	71.42
Eğitim	ilkokul	42	41.17	15	30
	ortaokul	8	7.84	8	16
	lise	21	20.58	6	12
	yüksek öğrenim	15	14.70	9	18
	okur-yazar değil	16	15.68	12	24
Medeni durum	evli	74	72.54	36	72
	bekar	26	25.49	12	24
	diğer	2	1.96	2	4

Tablo 3. Grupların depresyon ve anksiyete bozukluğu dağılımı

Tanı	Araştırma		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Distimi (sekonder tip)	18	17.64	3	6
Majör depresyon	13	12.74	2	4
BTA depresyon	1	0.98	4	8
Toplam	32	31.37	9	18
Yaygın anksiyete bozukluğu	8	7.84	--	--
BTA anksiyete bozukluğu	5	4.90	1	2
Fobik bozukluk	3	2.94	--	--
Toplam	16	15.69	1	2*
Depresyon ve anksiyete belirtileri	4	3.92	1	2
Toplam	52	50.98	11	21.15*

* İstatistiksel olarak anlamlı, BTA: başka yerde adlandırılmayan.

Tablo 2. DSM-III-R'a göre tanı dağılımı

Tanı	Sayı	%
Somatizasyon bozukluğu	44	43.13
Konversiyon bozukluğu	25	24.51
Farklılaşmamış som. bozukluğu	19	18.62
Hipokondriazis	8	7.84
Somatoform ağrı bozukluğu	4	3.92
BTA somatoform bozukluğu	2	1.96

BTA: Başka yerde adlandırılmayan

Hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştıran stres etmenleri soruşturulduğunda, ancak %21.56(22)'sında stres etmeni saptanmadı diğerlerinde psikososyal stres etmenleri bulundu. İşlev düzeylerine bakıldığında günlük işlerde verimsizlik ve kısmi iş-gücü kaybı 73(%71.56) hastada, tam iş-gücü kaybı ise 2(% 1.96) hastada saptandı. 27 hastanın işlevsellik düzeyi olağandı.

Somatoform bozuklukların ayrıntılı dökümü Tablo 2'de gösterilmiştir. Somatizasyon ve ardından konversiyon bozukluğu tanıları tabloda belirtildiği gibi üst sıralarda yer almıştır. Somatoform bozukluğuna eşlik eden depresyon ve anksiyete bozukluklarının dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir. Araştırma grubunda sekonder tip distimi ve majör depresyon kontrol grubuna göre belirgin olarak yüksek düzeyde saptandı. Toplam olarak depresyon tanılarını karşılaştırdığımızda bulduğumuz bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmadı ($X^2=3.046$ $p=0.08$).

Anksiyete bozukluklarına hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık rastlandı ($X^2=5.058$ $p=0.0025$). Tanı dağılımında yaygın anksiyete bozukluğu ilk sırada saptandı. DSM-III-R tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan ancak anksiyete

Tablo 4. Depresif belirtilerin gruplar arası dağılımı

Depresif belirtiler	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Üzüntü	60	58.82	11	22
Karamsarlık	54	52.94	11	22
Anksiyete	84	82.35	13	26
Öfke	16	15.68	5	10
İlgi-istek azalması	45	44.11	7	14
Benlik saygısı azalması	17	16.66	--	--
Konsantrasyon azalması	36	35.29	6	12
Unutkanlık	49	48.03	7	14
Kararsızlık	13	12.74	1	2
Ölüm düşünceleri	38	37.25	3	6
Obsesyonlar	36	35.29	2	4
Paranoid düşünceler	11	10.78	1	2
Cezalandırma d.	12	11.76	3	6
Psikomotor yavaşlık	26	25.49	7	14
Sosyal izolasyon	12	11.76	2	4
Ağitasyon	17	16.66	4	8
Özkıym girişimi	7	6.86	1	2
Enerji azalması	77	75.49	13	26
Uyku sorunları	63	61.76	11	22
Cinsel isteksizlik	45	44.11	5	10
İştah azalması	52	50.98	8	16
Başağrısı	57	55.88	6	12
Yaygın ağrılar	70	68.62	3	6
Kalp yakınmaları	67	65.68	5	10
GİS yakınmaları	71	69.60	6	12

GİS: gastrointestinal sistem.

Tablo 5. Kişilik bozukluklarının gruplar arası dağılımı

	Hasta		Hasta	
	Sayı	%	Sayı	%
Kaçınan kişilik	13	12.74	1	2
Obsesif- kompulsif kişilik	9	8.91	--	--
Histrionik kişilik	2	1.96	--	--
Bağımlı kişilik	--	--	1	2
Toplam	24	23.53	2	4*

* İstatistiksel olarak anlamlı

ve depresyona ait belirti yakınmaları getirenleri ayrı olarak kümelendirdiğimizde her iki grupta benzer oranlar bulduk.

Eşlik eden anksiyete-depresyon tanıları ve tanı alacak düzeyde olmayan belirtilerin toplam sayısına baktığımızda hasta grubunda 52 (% 50.98), kontrol grubunda ise 11 (% 21.15) olarak belirledik. Somatoform grubunda yüksek oranda bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($X^2=12.675$ $p=0.0004$). Depresif belirtilerin dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir. Kontrol grubuna göre daha fazla depresyon

tanısı alan hasta grubunda depresif belirtiler de yüksek oranda saptanmıştır. DSM-III-R tanı kriterlerine göre kişilik bozuklukları sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir. Hasta grubunda üst sıraları kaçınan kişilik bozukluğu (% 12.74), obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (% 8.91) ve histrionik (% 1.96) kişilik bozukluğu aldı. Kontrol grubunda ise bir kaçınan (% 2) ve bir bağımlı kişilik bozukluğu (% 2) dışında kişilik bozukluğu saptanamadı. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu ($X^2=9.25$ $p=0.0027$).

TARTIşMA

Çeşitli nedenlerle ruhsal sıkıntılarını bilinçdışı yolla somutlaştırarak bir çeşit iletişim biçimi olarak kullanılan somatoform grubu hastalar somut tedavi arayışı içinde psikiyatri dışı polikliniklere başvururlar. Çalışma grubumuzun çoğunluğunun (%75.49) diğer polikliniklerden sevkle gelmesi bu görüşü desteklemektedir. Ancak hastaların büyük bir kısmı (% 78.43) hastalıklarına psikolojik yorumlamalar getirmiş ve psikososyal stres etmenlerinin hastalıklarına

yol açtığını bildirmişlerdir. Ayrıca eşlik eden depresif duygu ve anksiyete belirtilerinin ifade edilmesi duygularını uygun ortamda sözel yolla anlatmalarında bir yoksunluk olmadığını göstermektedir. Hastaların büyük kısmını bayanlar oluşturmaktadır. Bu sonucu özellikle somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu gibi tanıların daha sık olması etkilemiştir. Bilindiği gibi iki hastalık da kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir (8,9).

Her hastanın yıllık doktora başvuru oranı oldukça yüksekti. Hem hekim hem de hekim dışı yardım arayışı sıklığı. Hastalıkların süreleri de oldukça uzun olarak belirlendi. Bu durumlar, somatoform grubu hastalıkların tanısını pekiştiren özelliklerdir.

Hastaların ailesel özellikleri araştırıldığında alkol kullanma, antisosyal kişilik çizgileri ve affektif bozukluk öyküsü kontrol grubuna göre yüksek oranlardaydı. Bu sonuç hastalıklar arasında biyolojik akrabalık şüphesini uyandırmaktadır. Hastaların büyük kısmının somatizasyon bozukluğu grubundan oluşması sonuçları bu yöne kaydırarak ve daha önce bildirilen araştırma sonuçları ile (9) uyumluluğa yol açmış olabilir.

Hastalarda aynı anda görülen diğer psikiyatrik bozukluklar içinde depresyon ilk sıralarda yer almıştır. Sonuçlar önceki çalışmalarla uyumludur (10). Depresyon tanularına baktığımızda somatoform bozukluk ardından gelişen sekonder özellikli distimi tanısı ağırlık taşıyordu. Olasılıkla bu sonuçta uzun süren tıbbi ve tıp dışı yardımdan yararlanamayan hastalardaki olumsuz duygular ve, umutsuzluk rol oynuyordu. Literatürle uyumlu olarak majör depresyon tanısı da önemli düzeyde bulundu (11). Depresif belirtiler ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde üzüntü ve anksiyete, unutkanlık ve somatik yakınmalar yaygın olarak bulundu. Somatik yakınmalar depresif bulgu olarak mı değerlendirilmeli yoksa somatoform grubu hastaların doğal özelliği nedeniyle beklenen bir sonuç mu, ya da birçok hastada rastladığımız anksiyetenin somatik belirti artışındaki rolüne mi bağlı?

Bu konuda net bir ayırım yapmak son derece güçtür. Psikanalitik kurama göre somatizasyon ve konversiyonun bilinçdışı çatışmaların yol açtığı anksiyeteyi ortadan kaldırması beklenirken tersine ça-

lışmamızda yüksek oranda bulunmuştur. Sonucumuz Tarhan ve arkadaşlarının sonuçlarına benzemektedir (12). Olasılıkla eklenen çökkünlük ve bunaltı, bilişsel yapıyı etkileyerek bedensel duyuların algısını arttırmakta, somatik belirtilerin algı eşliğini düşürmekte ve somatizasyon ile depresyon arasında kısır döngü meydana gelmektedir (1,13,14). Depresyon ve anksiyete de çeşitli somatik belirtilere yol açarak bireyin ızdırabını arttırarak zevk almasını önler ve somatizasyonda depresyonun uzamasına yol açar (13).

Hastalardaki özkıyım girişimi kontrol grubundan yüksek olmasına karşın literatürde bildirilen düzeyde değildir (15). Hastaların hastalık süresinin uzun sürmesinde altta yatan kişilik patolojisinin rolü olabilir (16). Hastalık süreleri oldukça uzun olan hasta grubunda kontrol grubuna göre daha fazla kişilik bozukluğu saptandı. Literatürle uyumlu olarak özellikle kaçınan ve obsesif-kompulsif kişilik daha yüksek oranlardaydı (17).

Bu durum hastaların somatizasyona eğilimini arttırmış olabilir. Obsesiflerin, güvensiz olmanın üstesinden gelme çabası olarak aşırı güven ve kontrol arayışı, ayrıntılara dikkat, tanıdık olmayan şeylerin tehdit olarak algılanması sonucu somut ve bilinen durumla hastalığının açıklanma çabası somatizasyona yatkınlığı arttırmaktadır (17). Yine somatoform bozukluklar grubunda özellikle somatizasyon bozukluğuna sıklıkla kaçınan kişilik eşlik etmektedir (18). Dış dünya ile ilişkilerindeki kaygılı tutum beden dili ile iletişimi ortaya çıkarmış olabilir.

Sonuçta, çalışma somatoform bozukluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları arasında yakın ilişkiyi destekleyen bulgular elde etmiştir. Ayrıca obsesif-kompulsif ve kaçınan kişilik bozukluklarının somatizasyona daha yatkın olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak sonuçların, özellikle geniş çaplı ve farklı sosyo-kültürel ortamlarda yapılacak benzer epidemiyolojik araştırmalarla sınanması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Lipowski ZJ: Somatization: The concept and its clinical application. Am J Psychiatry 145:1358-1368, 1988.
2. Simon GE, Von Korff M: Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiologic catchment area study. Am J Psychiatry 148:1494-1500, 1991.
3. Escobar JI, Canino G, Rubio-Stipec M, et al: Somatic symptoms after a naturel disaster: a prospective study. Am J

Psychiatry 149:965-967, 1992.

4. Göka E, Dönbak S: Sorunlarını bedenselleştiren hasta (somatizer): Tanı güçlükleri ve tedavi yaklaşımları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 4:326-337, 1993.

5. Lloyd G: Somatization: A psychiatrist's perspective. *J Psychomatic Res* 33:665-669, 1989.

6. Bass C, Murphy M: Somatization disorder in a British Teaching Hospital. *BJCP-Winter* 45:237-244, 1991.

7. Sorias S, Saygılı R, Elbi H: DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu SCID. Ege Üniversitesi, İzmir 1988.

8. Goldman HH: Review of general psychiatry. Third Ed. Prentice Hall International Inc. USA 1992.

9. Hyman SE, Jenike MA: Manual of clinical problems in psychiatry. First Ed. Little, Brown and Company, USA 1990.

10. Morrison J, Heibstein J: Secondary affective disorder in women with somatization disorders. *Compr Psychiatry* 29:433-440, 1988.

11. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 49:101-108,

1992.

12. Tarhan N, Kayacan B, Burkovik Y: Konversiyon bozukluğu gösterenlerin zeka, kişilik ve bazı klinik özellikler yönünden karşılaştırmalı incelenmesi. *GATA Bülteni* 33:175-186, 1991.

13. Lipowski ZJ: Somatization and depression. *Psychosomatics* 31:13-21, 1990.

14. Barsky AJ: Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 33:28-34, 1992.

15. Tomasson K, Kent D, Coryell W: Somatization and conversion disorders: Comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatr Scand* 84:288-293, 1991.

16. Bass C, Somatoform disorders: Aspects of Liaison Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 6:210-215, 1993.

17. Starcevic V: Relation between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: Close relatives separated by nosological schemes? *Am J Psychiatry* 3:150-159, 1990.

18. Rost KM, Atkins RN, Brown FW, Smith GR: The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 14:322-326, 1992.

becya