

BİR OLGU DOLAYISIYLA HİPOKONDRIYAZIS

Dr. H. SOYSAL*, Dr. Ş. N. ERKOÇ*, Doç. Dr. O. ARKONAÇ*

ÖZET: Kronikleşme ve nüks etme oranı yüksek bir somatoform bozukluk olan hipokondriyazis, bir olgu sunularak tanımlanmış ve özellikle tedavi sürecini olumsuz etkileyen etkenler tartışılmıştır.

SUMMARY: "Hypochondriasis" one of the somatoform disorders with a high rate of relapse and chronicity is revisited by this case presentation in which those factors adversely effecting the therapeutic process are given due respect.

Anahtar Sözcükler: Hipokondriasis, terapötik süreç, olumsuz etkili etmenler.

Key Words: Hypochondriasis, therapeutic process, adversely effecting factors.

GİRİŞ

Hipokondriyazis, Hippocrates'den beri bilinen, halk arasında da klinik tabloya oldukça uyan bir adla; "hastalık hastalığı" ile anılan bir bozukluktur. Bozuklukta hakim tablo, kişinin bedensel işaretleri veya hisleri fizik bir hastalığın kanıtları olarak yorumlanması ya da ciddi bir hastalığa yakalanacağı korkusuyla aşırı meşguliyetidir. Gerekli tüm muayene ve araştırmalarla, bu yersiz kuşkularına ilişkin tıbbi güven verilmesine rağmen hastalığına veya hasta olunacağına dair endişe devam eder. DSM III-R tanı ölçütlerine göre, tanının konabilmesi için bozukluğun altı ayı aşması gerekir (1, 2).

Genç yaşlarda başladığı bilinmekle beraber en sık 40-60 yaşlarda görülür, cinsiyet dağılımı eşittir. Beaver ve Rodney, kültüre bağlı olarak sıklığı %0.4-3.9 arasında bildirmişlerdir. Tüm somatoform bozuklukların, gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde, özgün araştırmalar olmamakla birlikte, gelişmiş ülkelere oranla daha yaygın olduğu kabul edilmektedir (3, 5).

Bu olgularda, alışlagelmiş bir davranış kalıbı, hekime ellerinde bir torba ilaç, tahlil sonucu ve reçeteyle başvurmalarıdır. Dikkat ve uğraşları bedensel uyarılışlar, fizyolojik işlevler ve değişimler üzerine yoğunlaşmıştır, kaygılıdırlar. Beraberinde depresyon gelişebilir. Anksiyeteye bağlı çarpıntı, üşüme, terleme, uçlarda uyuşma, soluk alma güçlüğü gibi belirtiler olabilir (2, 4).

OLGU

A.İ.G., 34 yaşında, erkek, tıp doktoru, evli 2 çocuklu. 9.10.1989 tarihinde göğsünde basınç ve yanma hissi, sıkıntı, ölüm korkusu, çift görme ve bitkinlik yakınmalarıyla başvurdu.

O güne dek hiçbir yakınması yokken, Şubat 1989'da bir gece, arabasıyla yolda kalmış ve geceyi arabada üşüyerek geçirmiş. Birkaç gün sonra hastayı uykusundan uyandıran göğsünde ağrı ve basınç hissiyle beraber, ölüm korkusu olmuş. Hekim olduğundan, miyokart enfarktüsü geçirdiğini düşünerek eve bir doktor çağırması. O gece ve takip eden günlerde çekilen çok sayıda EKG'de kardiyak patoloji düşündürülecek bir bulguya rastlanmamış. Hastamız bundan sonra göğüs ağrılarının yanısıra, çarpıntı, boğazında tıkanma, ishal, sağ tarafında güçsüzlük, bacaklarında güçsüzlük, çift görme, bulantı ve zayıflama gibi yakınmalarla Ankara, İzmir, Balıkesir, Bursa ve İstanbul'da, 7 ay süren muayene ve tahliller yaptırmış. Yapılan abartmasız yüzlerce tetkik arasında kraniyal ve mediastri-

nel BT, koroner anjiyografi, glikoz yükleme testleri, ekokardiografi de bulunmaktadır. Bu araştırmalar boyunca refrakter hipoglisemi ve multipl skleroz tanıları da konmuş ancak bu tanımlar laboratuvarla desteklenememiş. Ekim ayında yapılan ekokardiografide ise MVP (mitral valv prolapsusu) saptanmış. MVP'yi bulan klinikte hastamıza, yakınmalarının panik atak olabileceği söylenerek, hastahemimize başvurması önerilmiş.

Hastada, 2 yaşında geçirdiği ateşli bir hastalık sonrası gelişen şaşılık ve çift görme nedeniyle, 12 yaşında geçirdiği şaşılık ameliyatı dışında tıbbi öykü yoktu.

Psikiyatrik muayenede, kendine bakımı ve motor aktivitesi azalmış, duygulanımı çökkün bulundu. Düşünce içeriğinde, tüm araştırmalara rağmen bulunamayan nörolojik bir hastalığı olduğu inancı vardı. Somatik yakınmaları ile ilgili ayrıntıcılığı ve endişeleri tüm düşünce sürecini oluşturuyordu. Bu arada uykusuzluk ve iştahsızlıkla isteksizlik tanımlandı.

Hasta, servise kabul edildikten sonra, kendisinin "atak" olarak tanımladığı durumun gözlenmesi, nörolojik muayene, EEG, PPD, bruselloz testleri ve diğer metabolik-endokrinolojik tetkikler planlandı, bunlarda bir bozukluk bulunmadı. Ataklarında ise, hastanın telkinle hafifleyen yoğun bir anksiyete ile beraber her seferinde değişik bedensel yakınmaları olduğu görülürken panik bozukluğun otonomik belirtileri gözlenmedi. Bu durumuyla, mianserin ve diazepam sağaltımına başlandı. 3. haftanın sonunda depresif belirtiler tama yakın düzeldi. İlk günlerde uygulanan Hamiton Depresyon Ölçeği puanı 32'den 13'e düştü. Ancak hasta izinlerinde ve hasta izinsiz hastaneyi terkederek, BT, ultrasonografi ve EKG'ler yaptırmayı sürdürüyordu. Hastalık öncesi kişiliği hakkındaki anamnez, servis içi gözlemi ve SCID-II (DSM III-R'ye göre yapılandırılmış kişilik testi) sonucunda narsisistik özellikli histrionik kişilik bozukluğu tespit edildi.

Hastaya ilaç tedavisi dışında, muayene ve incelemeleri sonucu bedensel bir hastalığı olmadığını anlaşıldığı, yakınmalarının ruhsal kaynaklı olduğu anlatıldı. Somatik yakınmaları olduğunda yardım istemeden kendi başına başdebilmesini öğretmek amacıyla açıklamalar ve sistemli duyarsızlaştırma davranış tedavisi uygulandı. 4. haftanın sonunda başlangıçtaki depresif durumunun düzeldiğini, bizim dışımızdaki doktorların kendisine bedensel bir hastalığı olmadığını dair güvence vermediklerini, zaten kendisinin de nörolojik bir hastalığı olduğuna inandığını söyleyerek taburcu oldu. Olgumuz taburculuğundan 2 hafta sonra görüldüğünde, ruhsal bir yakınmasının kalmadığını, hastalığını ortaya çıkarabilmek için tekrar bir ekokardiografi bir de kraniyal NMR yaptırdığını, 3. BBT için de randevu aldığını belirtti.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hipokondriyazisin ayırıcı tanısında gözönünde bulundurulması gerekli en önemli konu organik hastalıklardır. Nörolojik, endokrin ve birden çok sistemi tutan hastalıkların özellikle erken dönemlerinde hipokondriyazis düşünülebilir. Ancak, bir organik hastalığın varlığı beraberinde hipokondriyazis olması olasılığını dışlamaz (4). Şizofreni, major depresyon, somatik tip hezeyanlı bozukluklarda görünen somatik hezeyan, hipokondriyazisin aksine sabit ve sarsılmazdır. Hipokondriyak, korktuğu hastalığın bulunmadığına zaman zaman da olsa inandırılabilir (1, 5). Distimia, gelişmiş anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk ve somatizasyon bozukluğundaki hipokondriyak kaygılar, hastanın zihnini hipokondriyazisteki gibi sürekli meşgul etmez (1, 2, 5).

Bozukluk tedaviye dirençli ve süregendir.

Hekimin sık sık değişik muayeneler yapması, hastanın olduğuna inandığı hastalıkla ilgili ilaç ve diyet önermesi, hastadaki endişeyi pekiştirir. İyatrojenik etken bununla kalmaz, yakınmalarını ayrıntılı anlatıp hekimin zaman ve sabrını zorlayan hasta genellikle başka bir hekime sevk edilir. Bu, hastalarda zaten var olan hekim değiştirme eğilimi yanında hekimlerin bıkınlığı ve hasta karşısındaki çaresizliğinden de kaynaklanır. Böylece ruh hekimine gelen hasta çok sayıda doktor dolaşmış, hastalığı bir yaşam biçimine dönüşmüş bir birey olur (3, 4).

Olgumuzda, 7-8 aydan beri süregelen hakim tablo, karmaşık ve invazif tetkiklerin yapılması ve bunlardan, sürekli değişkenlik de gösteren yakınmalarını izah edecek bir organik hastalığı düşündürecek sonuçlar alınmamıştır.

Hasta, solunum güçlüğü, göğüs ağrısı, pareziler, dışkılama bozuklukları, bulantı, çift görme, kas ağrıları, uyuşmalar ve tanımlamakta güçlük çektiği hisleri hastanede yattığı sürece tedavi edici ekibe sürekli bildirmektedir. Belirtilerin çokluğu ve değişkenliği nedeniyle önce somatizasyon bozukluğu düşünülmüş ancak, 30 yaşından sonra başlaması ve bu bozukluğun neredeyse kadınlara özgü olduğunu düşündürecek oran-

da kadınlarda görülmesiyle ayırıcı tanıda dışlanmıştır. Öte taraftan hipokondriyak kaygıların, hastada var olan depresif belirtilerin tedavi edilmesinden sonra da sürdüğü ve şiddetini koruduğu görülmüştür. Bu durumla olguda, DSM III-R'ye uygun çok eksenli değerlendirmeyle, 1. eksende hipokondriyazis, 2. eksende narsistik özellikli histrionik kişilik bozukluğu, 3. eksende MVP tanılarını düşündük. Hastanın 4. ekseninde kodlanan, psikososyal yükleyicilerinin şiddeti babasının ölümü nedeniyle orta şiddette (3), 5. ekseninde kodlanan son bir yıllık sosyal-mesleki işlev görme derecesi ise 0-90 arası değerlendirmede 60 idi.

Olgunun, yukarıda özetlenen davranışsal-bilişsel sağaltımında ise karşımıza önemli bir engel çıktı. Bu, hastaya hastanemize yatışından önce ve sonra multipl skleroz, refrakter hipoglisemi, juguler ven stazı vs. dayanaksız tanıları konmasıydı. Bu tutum hastaya verilmesi gerekli tıbbi güvenceyi zedeleyiyor, inandırıcılığımızı azaltıyordu.

Dileğimiz, hipokondriyazis ve diğer somatoform bozuklukların genel tıp eğitimi içerisinde daha etkin ve geniş biçimde yer almasıdır.

KAYNAKLAR

- 1- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised, APA, Washington, 1987.
- 2- Arkonaç O: Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar. Nobel 2. Basım, İstanbul, 1987, 338-44.
- 3- Kenyon F.E.: Hypochondriacal States. British Journal of Psychiatry. 129, 1-14, 1977.
- 4- Öztürk, M. O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Evrim, 2. Basım. İstanbul, 1989, 257-62.
- 5- Tuncer ve ark.: Hipokondriyazis. Düşünen Adam 2.2. 102-05, Haziran 1988.

ALKOL BAĞIMLILIĞI VE AGORAFOBİYLE GÖRÜLEN PANİK BOZUKLUK TANISI ALAN İKİ OLGUNUN TEDAVİSİ

Dr. Peykân (GENÇOĞLU) GÖKALP*, Uz. Dr. Nesrin YETKİN*, Psk. Julide ARAL*, Psk. Mustafa K. ANIL*

ÖZET: Alkol bağımlılığı nedeniyle, 1988 yılında Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezinde yatarak tedavi gören ve aynı zamanda agorafobiyle birlikte görülen panik bozukluk tanısı da alan iki olgu klomipramin ve davranışçı yöntemlerle tedavi edildi. İlk olgu, Y.K. 53 yaşında, erkek hasta, 20 yıl sosyal içicilikten sonra, 10 yıl önce agorafobisi ortaya çıktığında alkol miktarını arttırmış ve bundan önce iki kez alkol bağımlılığı nedeniyle hastaneye yatmış.

İkinci olgu, A. E. 34 yaşında, erkek hasta, 4 yıl sosyal içicilikten sonra, 7 yıl önce agorafobik semptomları ortaya çıktığında gün boyunca alkol almaya ve 1988 yılında Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine başvurmuş.

Hastaların fobik kaçınma düzeyleri Hallam ve Hafner'in Korku soru Formu ile 0-8 arasında derecelendirilmiştir. Tedavi hedefleri en kolaydan en zora doğru hastayla birlikte sıralanmıştır. Hastalar klomipramin 150 mg/gün ve doğal ortamda yüzyüze bakım yöntemleriyle tedavi edilmiştir.

Bütün tedavi hedeflerine ulaşıldığı gibi, hastalar izleme süresi sonuna semptomsuz olarak ulaştılar. Bu iki olgu, alkol bağımlılığında altta yatan nedenin belirlenmesinin ve tedavisinin kalıcı bir sonuç elde etmede ne denli önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alkol bağımlılığı, agorafobi, panik bozukluk, klomipramin, davranış tedavisi, "doğal ortamda yüzyüze bakım".

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

**Bu bildiri 1989 Bakırköy I. Alkol Bağımlılığı Sempozyumunda sunulmuştur.