

Hipokondriyazis

Doç. Dr. H. Ercan ÖZMEN*

Özet

Hipokondriyazis kişinin hasta olacağı korkusu ya da ciddi bir hastalığı olduğuna ilişkin zihinsel uğraşlarla karakterize bir bozukluktur. Bu bozuklukta beden belirtilerinin gerçekçi olmayan, hatalı biçimde yorumlanması, tüm tıbbi değerlendirme ve güvencelere karşın kaygıların sürmesi ve kişisel, sosyal ve mesleki işlevsellik düzeylerinde gerileme söz konusudur. Bu yazıda hipokondriyazis ve tedavisi ile ilgili güncel bilgi aktarımı amaçlanmıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;1:15-18

Hipokondriyazis beden belirtilerinin gerçekçi olmayan bir biçimde veya hatalı yorumlanması-na bağlı olarak kişinin ciddi bir hastalığı olduğu ya da olacağı biçiminde yoğun zihinsel uğraşlar ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. Yeterli tıbbi değerlendirme ve hekimler tarafından verilen çeşitli güvencelere karşın zihinsel uğraşların sürmesi, bu düşüncelerin hezeyan düzeyinde olmaması (kişi zaman zaman aslında bir sorununun olmayabileceğini veya abartmış olabileceğini kabul eder) ve yalnızca dış görünüm ile ilgili belirli bir kaygı ile sınırlı olmaması tanı için gereklidir. Bu düşünceler klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da mesleki, toplumsal ve diğer önemli yaşam alanlarında işlevsellik kaybına yol açar. Bu bozukluğun en az altı ay sürmesi ve bedensel hastalık kaygısının yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, major depresyon, ayrılma anksiyetesi ya da diğer bir somatoform bozukluk ile açıklanamaması hipokond-

riyazis için bir diğer tanı ölçütüdür. Dünya Sağlık Örgütü'nün hipokondriyazis tanı ölçütleri temel olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV tanı ölçütleriyle örtüşmektedir. Hipokondriyazisteki zihinsel uğraşlar bedensel işlevlerle (çarpıntı, terleme gibi); önemsiz, sıradan bedensel sorunlarla (arasıra olan öksürük, küçük yaralar gibi) veya müphem ve değişken beden algılarıyla (damarların sızlaması, kalbin yorulması gibi) ilgili olabilir. Kişi bu belirtileri, varlığından kuşkulandığı hastalığın işaretleri olarak algılar veya yorumlar. Hastalık kaygısı aynı anda veya değişik zamanlarda değişik organ sistemlerini içerecek şekilde olabileceği gibi, tek bir organ veya hastalıkla da (kalp hastalığı veya beyin tümörü bulunduğu kaygısı gibi) sınırlı olabilir. Yeterli muayene ve tıbbi incelemelerin herhangi bir hastalık varlığını doğrulamamasına, şüphelenilen hastalığın yol açması gereken sorun ve sonuçların görülmemesine ve tekrarlanan güvencelere karşın bu kaygılar devam eder. Ancak bu inanç hezeyanlı bozukluğun somatik tipinde olduğu gibi kesin ve değişmez değildir. Kişi ciddi bir hastalığının olmasıyla ilgili kaygılarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1. Nöroz Birimi, İSTANBUL

etmiyorsa ve hezeyanlı bozukluk tanısı dışlanmışsa, içgörünün yetersiz olduğu belirtilir. Hipokondriyak hastalar kendi bedensel uyarılarına duyarlı oldukları gibi, başka kişilerin hastalıklarını duyduklarında ya da hastalıkla ilgili yazılar okuduklarında da aşırı düzeyde endişelenirler. Sağlıkla ilgili kitapların okunması, sağlık programlarının izlenmesi, sohbet konularının bile endişe edilen hastalıkla ilgili olması dikkat çekici diğer özelliklerdir. Bu hastaların tıbbi öyküleri çok sayıda hekim başvurusu ve yinelenen tetkiklerle, hekim-hasta ilişkisinde yaşanan sorunlar ve öfke duygularıyla doludur. Bu kişiler genellikle yeterli ilgi ve tıbbi bakım görmediklerinden yakınılar ve psikiyatrik konsültasyona sıklıkla direnirler. Hastalık kaygısıyla tekrarlanan tıbbi muayene ve tetkikler ekonomik kayıpların yanı sıra, iyatrojenik komplikasyonlara da yol açabilir. Hipokondriyazis kliniğinde vurgulanması gereken diğer bir unsur depresif bir sürecin veya bir anksiyete bozukluğunun varolan tabloya sıklıkla eşlik edebildiğidir. Schwenzer 152 olgu ile yaptığı bir çalışmada hipokondriyak hastalarda sosyal anksiyete ve sosyal fobik özelliklerin kontrol grubuna oranla belirgin derecede yüksek olduğu sonucuna varmıştır.

Yaygınlık ve Seyir

Hipokondriyazisin genel nüfus içindeki yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte, sağlık kurumlarına başvuranlardaki yaygınlığının %4 ile %9 arasında olduğu bildirilmektedir. Her iki cinsiyette de benzer oranlarda görülür. Hipokondriyazis herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak hastaların çoğunda belirtiler erken erişkinlik döneminde ortaya çıkar. Seyir genellikle süregendir, alevlenme ve yatışma dönemleri şeklinde dalgalı bir gidiş gösterir. Aralarda tam düzelmeler olabilir. Hastalık dönemleri aylarca hatta bazen yıllarca sürebilir. Psikososyal stres kaynakları yeni atakları tetikleyebilir. Hastalığın seyri sırasında ciddi ekonomik kayıplar, sosyal veya mesleki işlevsellik kaybı sık görülür. Yakın geçmişe kadar prognozu iyi olmayan ve tedavisi çok güç bir hastalık olarak kabul edilen hipokondriyazis günümüzde çok daha etkin biçimde tedavi edilebilmektedir.

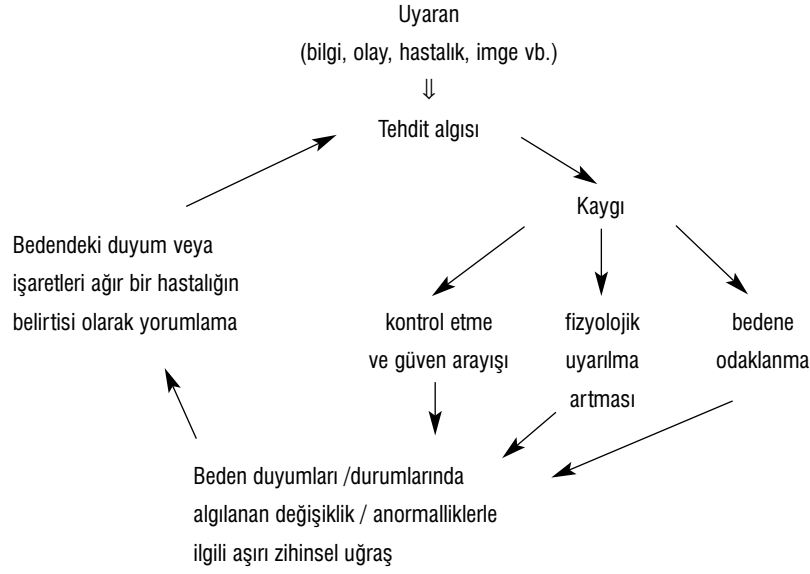
Kontrollü çalışmalar olmamakla birlikte bazı yazarlar olguların yaklaşık yarısında düzelve sağlanabildiğini belirtmektedir. Ani başlangıç, tedavi edilebilir genel tıbbi bir durumun eşlik etmesi, kişilik bozukluğunun bulunmaması, yüksek sosyoekonomik düzey ve belirgin ikincil kazançların olmaması iyi prognoz göstergeleri arasındadır

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda öncelikle önem verilmesi gereken konu genel tıbbi bir hastalığın varlığının araştırılmasıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, majör depresyon, ayrılma anksiyetesi ve psikotik bozukluklar ayırıcı tanıda yer almalıdır. Diğer somatoform bozukluklardan konversiyon bozukluğunda nörolojik bir bozukluğu düşündürebilecek yalnızca bir veya iki semptomun olması; somatizasyon bozukluğunda hastanın hastalığa değil çok sayıda ve birden fazla sisteme ilişkin semptomlara odaklanmış olması; ağır bozukluğunun ağır semptomları ile sınırlı kalması; beden dismorfik bozukluğunda bedensel eksiklik veya çirkinlikle ilgili öznel kaygıların bulunması ile ayırıcı tanıya gidilir.

Etiyoloji

Hipokondriyazis etiyojisi ile ilgili dört temel kuramdan söz edilmektedir. İlk kuram normal beden duyularının abartılı biçimde algılanması ile ilgilidir. Bu hastalar kendi bedensel duyularını diğerlerinden belirgin olarak algılamakta ve bu durumu varlığından endişe ettikleri hastalığın kanıtı olarak yorumlamaktadır. Bu hatalı algılamalar zaten yüksek olan kaygı düzeyini daha da arttırmakta, bu da bedensel uyarıların şiddetlendirerek olayın kısır döngüye dönüşmesine yol açmaktadır (Şekil 1). Haenen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hipokondriyak hastalar ve sağlıklı kontrol olguları, dikkat bedene yöneltildiği ve başka bir yere istemli olarak çekildiği durumlarda değerlendirilmiş; her iki durumda da beden duyularının bildirilmesi hipokondriyak hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Dikkati çeken diğer bir unsur bu kişilerdeki sağlık ve hastalıkla ilgili hatalı ve çarpıtılmış düşüncelerin (kognisyonlar) ön planda olmasıdır. "Bedensel belirtiler her zaman bir hastalık habercisidir", "iyi olduğunuza emin olabilirsiniz, ama hasta olmadığınızın emin olamazsınız" ya da "doktorlar sık sık teşhis hatası yaparlar" gibi inanışlar söz konusu olabilir. Dikkatin bu tür düşünceler doğrultusunda seçici hale gelmesi nedeniyle hastalar çevrelerinden, gazete haberlerinden veya daha önce gittikleri hekimlerden kendi inanışlarını destekleyecek ifadeleri aktarırlar. Kısır döngü nedeniyle giderek artan kaygı düzeyi ve hatalı yorumlanan duyular nedeniyle ciddi bir hastalığı olduğuna ilişkin inancı pekişen hastalar, tekrarlayıcı biçimde güvence arayışına girer ve muayene ve tetkikleri izleyerek ancak kısa süreli bir rahatlama dönemi yaşayabilirler.



Şekil 1. Beden duyumlarının algılanma biçimi ile anksiyete arasındaki kısır döngü

Psikodinamik kurama göre hipokondriyaziste başkalarına yönelik agressif ve hostil arzular; bastırma veya yer değiştirme mekanizmasıyla bedensel yakınmalara dönüşür. Geçmişteki hayal kırıklıkları, kayıplar veya reddedilmeler böyle bir öfkeye kaynaklık edebilmektedir. Bazı yazarlar suçluluk hissine karşı egonun bir savunma düzeneği olarak hipokondriyazisi kullandığını belirtmektedir.

Öğrenme kuramına göre psikososyal öğrenme süreci bu hastalığın etiolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. Burada hastalık rolünün öğrenilmesi ve sosyal ilgi, iletişim veya başka türlü bir ikincil kazanç ile bu rolün pekişmesi söz konusudur.

Etiyoloji ile ilgili bir diğer kuram da hipokondriyazisin depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi diğer psikiyatrik hastalıkların farklılaşmış bir formu olduğu biçimindedir.

Barsky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hipokondriyak kişilerin yaşam öykülerinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla çocukluk çağı travma öyküsü bulunduğu, bunların çoğunlukla cinsel taciz veya ciddi fiziksel şiddet şeklinde olduğu bildirilmiş; bu hastaların travma yönünden araştırılması gerektiği vurgulanmıştır.

Tedavi

Etkin tedavinin ne olduğuna ilişkin kontrollü çalışma sonuçları henüz belirgin olmamakla birlikte, bilişsel davranışçı tedavi uygulanabilirliği ve olumlu

sonuçları nedeniyle en fazla önerilen yaklaşımdır. Tedavi yaklaşımı ne olursa olsun hastayla güven ilişkisinin kurulması; içgörünün sağlanması ve tedavi işbirliğinin oluşturulması çok önemlidir. Tanı konulamamış ve fiziksel bir sorunu olduğuna inanan hastayla tedavi işbirliğini oluşturmak klinik bilgi ve deneyim gerektirir. Nitekim bu hastaların psikiyatrik konsültasyona ne kadar dirençli olduğu bilinmemektedir. Bu nedenle hipokondriyak hastaların tedavisinin birinci basamak sağlık birimlerinde yapılması gerektiği ileri sürülmektedir. Tedavideki temel ilkelerden biri eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların saptanması ve tedavi edilmesidir. Anksiyete bozuklukları veya depresyon tedavisinin hipokondriyazisin klinik görünümünde olumlu değişiklikler yaptığı bildirilmektedir. Seçici serotonin geri alım engelleyici (SSRI grubu) antidepresan ilaçların olumlu etkilerinden söz edilmektedir. Fluoksetin ile yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada ilacın olumlu etkileri bildirilmiş, ancak aynı çalışmada plaseboya yanıtın da yüksek olduğu vurgulanmıştır. Bilişsel davranışçı terapide hastanın hipokondriyazis hakkında bilgilendirilmesi, bedensel duyumlarla kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin gösterilmesi, tıbbi güvence arama davranışının engellenerek hastanın kaçındığı kaygıyla karşılaştırılmasının ve onunla başa çıkmasının sağlanması, hatalı algılama ve yorumlamaların düzeltilmesi, daha uyumlu davranış kalıplarının yerleştirilmesi amaçlanır. Olaylarla ilgili duygu, düşünce, davranışlar ve bedensel belirtilerin

kaydedildiği günlüklerin tutulması, stresle başa çıkma ve sorun çözme eğitimi, kaçınma davranışlarının belirlenerek engellenmesi yoluyla bu

amaçlara ulaşılmaya çalışılır. Grup terapilerinin de hipokondriyazis tedavisinde yararlı olduğuna ilişkin yayınlar mevcuttur.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM IV), Washington DC., Çev. E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Barksy A, Wool C, Barnett M et al. (1994) Childhood trauma in hypochondriasis. *Am J Psychiatry*, 151:397-401.
3. Barksy AJ, Barnett MC, Cleary PD (1994) Hypochondriasis and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 51(11):918-925.
4. Barksy AJ (1996) Hypochondriasis. Medical management and psychiatric treatment. *Psychosomatics* 37(1):48-56.
5. Buckley PF, Bird J, Harrison G (1995) Psychophysiological, dissociative and somatoform disorders. *Examination Notes in Psychiatry*, 3. Baskı, Oxford, Butterworth & Hainemann, s.224-226.
6. Fallon BA, Schneider FR, Marshall R et al. (1996) The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacol Bull*, 32 (4). 607-611.
7. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P (1996) *Psychiatry and Medicine*. Oxford Textbook of Psychiatry, 3. Baskı, Oxford University Press, Oxford, s.342-358.
8. Guggenheim FG, Smith GR (1995) Somatoform Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. Baskı, cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s. 1251-1261.
9. Haenen MA, Schmidt AJ, Kroeze S et al. (1996) Hypochondriasis and symptom reporting-the effect of attention versus distraction. *Psychother-Psychosom* 65(1): 43-48
10. Noyes R Jr, Kathol RG, Fisher MM et al. (1994) Psychiatric comorbidity in patients with hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 16 (2):78-87.
11. Rachman SJ (1996) Trends in cognitive and behavioural therapies. *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*. PM Salkovskis (Ed) John Wiley and Sons, Chichester s.1-24.
12. Salkovskis PM (1989) Somatic Problems. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems- A Practical Guide*. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark D (Ed), Oxford University Press, Oxford, s.234-276.
13. Savron G, Fava GA, Grandi S et al. (1996) Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 93 (5):345-348.
14. Schmidt AJ, Wolfs-Takens DJ, Oosterlaan J ve ark. (1994) Psychological mechanisms in hypochondriasis: attention-induced physical symptoms without sensory stimulation. *Psychother-Psychosom* 61 (1-2):117-120.
15. Schwenzer M (1996) Social Fears in hypochondriasis. *Psychol Rep* 78(3):971-975.
16. Smith GR (1995) Somatization disorder and undifferentiated somatoform disorder. *Treatment of Psychiatric Disorders*, 2. Baskı, GO Gabbard (Ed), American Psychiatric Press, Washington DC.
17. Warwick HM, Clark DM, Cobb AM (1996) A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry*, 169 (2):189-195.