

## Bölüm 142

# SOMATİK BELİRTİ BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

**Ahsen BÜYÜKAVŞAR<sup>1</sup>**

### GİRİŞ

Psikiyatrik Hastalıklar Tanı Sınıflandırılması El Kitabı (DSM)-IV' te somatoform bozukluklar başlığı altında bulunan hastalıklar DSM-V çıkması ile bedensel belirti ve bunlarla ilişkili kaygıyı kapsayan hastalık gruplarını içeren somatik (bedensel) belirti bozukluğu ve ilişkili hastalıklar olarak değiştirilmiştir (1).

Bu psikiyatrik hastalık grubunda klinik tabloya bedensel belirtiler hakimdir. Bedensel belirtiyi destekleyecek bir organik nedenin olmadığı veya altta yatan hastalığın kliniği olamayacak kadar şiddetli semptomların bulunduğu, psikososyal faktörlerle belirgin ilişkili olduğu gösterilmiş bedensel belirtilerle kendini göstermektedir (2).

Açıklanamayan bedensel şikayetleri mevcut olan bu hastalar çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetleri ve iç hastalıkları, nöroloji fizik tedavi ve rehabilitasyon branşlarına başvurmurlar (1).

Hastalara belirtilerin organik bir nedeni olmadığı belirtilmesine rağmen hastalar ileri tetkik ve tedavi için ısrarcıdır (2).

### 1. BEDENSEL BELİRTİ (SOMATİZASYON) BOZUKUĞU

Bu hastalık DSM- V' te bir kişinin altı ay ya da daha uzun bir süre boyunca günlük hayatını bozan sıkıntı veren bir veya birden çok bedensel belirtiyi sahip olması ve bedensel belirtilerle ilgili

li kaygı, yoğun düşünce, içsel aşırı güç ve zaman harcanması olarak tanımlanmaktadır (3).

Bedensel belirtiler genç yaşlarda başlar, dönemsellik gösterir ve yıllar süren değişik fiziksel belirtiler mevcuttur. Değişen semptomlarla birlikte hastalık artık bir yaşam biçimi olmuştur (1). Hastalar semptomlarının henüz tanı konamamış bir hastalığa bağlı olduğuna inanırlar ve aksi yönde ikna edilemezler (4). Kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük kişilerde daha sık görülmekte olup genel toplumda görülme sıklığı %1' dir. Hastalarda ilaç kötüye kullanımı yoğundur ve hekimlerin dikkat etmesi gereken bir noktadır (1).

Semptomlar isteğe bağlı olarak oluşturulmaz. Kişinin bedeninde oluşan değişikliklere dikkati yoğunlaşmış olup bedensel belirtiler abartılı olarak algılanır. Hastalar sosyal öğrenme ile benlik için başedilemez ve çözülemez sorunları bedensel belirtilerle dile getirip toplumsal olarak kabul gören fiziksel hasta rolüne uygun hale gelmiştir. Bu hastaların % 80' inde komorbid psikiyatrik hastalık özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları bulunmaktadır (4).

Ayırıcı tanıda kolayca tanı konulamayan tıbbi durumlar dikkate alınmalıdır. AIDS (kazanılmış immun yetmezlik sendromu), SLE (sistemik lupus eritematozus), Myastenia Gravis, Multipl Skleroz, endokrinopatiler, gizli neoplastik sendromlar düşünülmeli gereken hastalıklardır (4).

Tedavide hasta ile kurulan iyi iletişim temel noktadır ve tüm tedavi basamaklarının önceliği-

<sup>1</sup> Psikiyatri Uzmanı, Uzm.Dr., Akşehir Devlet Hastanesi, ahsen.buyukavsar@gmail.com

Bakımverenin yapay bozukluğu ise başkasında tıbbi bir hastalık olduğuna yönelik belirtiler ortaya çıkarmaktır. Annelerin çocuklarının hastaneye yatması için yapay semptomlar oluşturabileceği tutarsız öykü ve iyileşmeyen hastalıklarda akılda tutulmalıdır. Bu vakalarda çocuğun önceki kardeşlerinde açıklanamayan ölümler mevcuttur. Yaşayan çocuk sayısı ölümlerden az olabilir.

Hipoksiye bağlı epileptik olmayan nöbetler, insülin enjeksiyonu ile hipoglisemi atakları oluşturulabilir (9).

Hasta belirtilerin sahte olduğunu kabul etmese de bu durum mutlaka tıbbi kayıtlara geçirilmelidir.

## 5 .TEMARUZ (SİMÜLASYON)

Kişinin bilinçli olarak dış uyaran motivasyonu ile semptom üretmesidir. Askerlikten muaf olma, suç kovuşturmasından kaçma, parasal ödenek alma, işten kaçma gibi belirli bir motivasyonel uyaran mevcuttur. Yapay bozuklukta amaç farklı olarak intrapsişik gerilimi azaltmaktır.

Şu durumlarda temaruz düşünülmelidir:

- 1) Adli tıpla ilişkili durumlar (mahkeme açılma-ndan kendi başvurusu veya adli bir dosya olarak),
- 2) Kişinin yaşadığı sıkıntı ve hastalığın sebep olduğu yitim ile muayene bulgularının tutarsız olması,
- 3) Tanı koyma sırasında veya ilaç kullanımı esnasında işbirliği yapmama,
- 4) Antisosyal kişilik bozukluğunun olması.

Hasta ile görüşme öncesinde uzun yapılandırılmış bir görüşme planlanmalı ve hekim görüşmede suçlayıcı olamamalı, tarafsız davranmalıdır.

## SONUÇ

Çeşitli bedensel semptomlarla başvuran hastalara hekim aşırı şüpheli yaklaşmayarak ayrıntılı fizik muayene ile organik patolojiyi dışladıktan sonra, durumu psikiyatrik açıdan da değerlendirmeli, stresörler, aile ve yaşam olayları sorgulanmalı, hastanın tedaviden beklentisi ve hastalık motivasyonunun anlaşılması için ayrıntılı öykü alınmalıdır.

Hangi hastalık kategorisi olursa olsun hastanın güvenini kırmadan, öfke göstermeden bedensel belirtilere yönelik sorgulama yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Histeri, psikosomatik, somatizasyon.

## KAYNAKÇA

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
2. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın. 2007:265-78.
3. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
4. Sadock B. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü Prof Dr Ali Bozkurt Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi. 2016:1082-107.
5. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. Dialogues in clinical neuroscience. 2018;20(1):23.
6. Neng JM, Weck F. Attribution of somatic symptoms in hypochondriasis. Clinical psychology & psychotherapy. 2015;22(2):116-24.
7. Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, et al. Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum? Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus-Part II. 42: Karger Publishers; 2018. p. 72-80.
8. O'Neal MA, Baslet G. Treatment for patients with a functional neurological disorder (conversion disorder): An integrated approach. American Journal of Psychiatry. 2018;175(4):307-14.
9. Bass C, Wade DT. Malingering and factitious disorder. Practical neurology. 2019;19(2):96-105.