

Farklı Bir Hipokondriyazis: Bir Vaka Sunumu

Çiçek Hocaoğlu¹

ÖZET:

Farklı bir hipokondriyazis: Bir vaka sunumu

Hipokondriyazis ciddi bir fiziksel hastalığa ilişkin yoğun korkular ile karakterizedir. Hipokondriyazisli hastaların çoğu kanser, kalp hastalığı gibi fiziksel hastalıklar hakkında endişe duyarlar. Bununla birlikte hipokondriyazisin az görülen bu alt tipleri ile ilgili çok az bilgi mevcuttur. Çalışmamızda farklı bir hipokondriyazis alt tipi tanısı olan hasta sosyodemografik özellikler, hastalık öyküsü ile literatür bulguları ışığında sunulmuştur. Bu olgu bildirimde östaki borusunun çalışmaması, rahat nefes alamama ve kulakta çınlama yakınmaları nedeniyle başvurduğu kulak burun boğaz hastalıkları (KBB) uzmanı hekim tarafından tekrarlanan değerlendirmeler sonrası psikiyatra sevk edilen 41 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: hipokondriyazis, somatoform bozukluk, alt tip

Journal of Mood Disorders 2015;5(1):36-9

ABSTRACT:

A different hypochondriasis: a case report

Hypochondriasis is characterized by preoccupation of having serious physical illness. Most patients with hypochondriasis worry about physical diseases like cancers and cardiac diseases. However, little is known about this rare subtype of hypochondriasis. This paper presents, a case report of a 41-year-old man who was referred to psychiatry clinic from his otorhinolaryngologist after repeated evaluations for concerns of blockage in the ear, eustachian tube dysfunction, tinnitus and inability to breathe comfortably. We will discuss different subtypes of hypochondriasis, sociodemographic characteristics, history of the disease and related literature in the light of our findings.

Key words: hypochondriasis, somatoform disorder, subtype

Journal of Mood Disorders 2015;5(1):36-9



¹Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Çiçek Hocaoğlu, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize-Türkiye

Telefon / Phone: +90-464-217-4274

Elektronik posta adresi / E-mail address: cicekh@gmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 19 Kasım 2014 / November 19, 2014

Bağıntı beyanı:

Ç.H.: Yazar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Declaration of interest:

Ç.H.: The author reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Hipokondriyazis çok eski çağlardan beri ‘hastalık hastalığı’ olarak da bilinen kişinin vücut belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı oluşu düşüncesini taşıyıp durması, yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine rağmen bu düşüncelerin sürüp gitmesi ile karakterize bir bozukluktur. Belirtiler herhangi bir yaşta başlayabilmekte birlikte, en sık 20-30’lu yaşlarda ortaya çıkar. Erkek ve kadınları eşit olarak etkilemektedir (1-5). Ülkemizdeki ruh sağlığı profili çalışmasında 12 aylık hipokondriyazis yaygınlığı kadınlarda %0,8, erkeklerde %0,3, tüm nüfusta %0,6 olarak belirlenmiştir (6). DSM-IV-TR’e göre hipokondriyazis tanısı için belirtilerin en az 6 ay sürmesi, toplumsal, mesleki alan-

lardaki işlevselliğin bozulmasına neden olması, mevcut durumun diğer ruhsal bozukluklar ile açıklanamaması gerekir. DSM-5’de ise; somatoform bozukluklar bölümünde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Buna göre somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu tanıları kaldırılmış ve bedensel belirti bozukluğu adı altında birleştirilmiştir (7). Etiyolojisinde öne sürülen teoriler arasında; bu kişilerin fiziksel hastalık eşiklerinin ve toleranslarının düşük olduğu, sosyal öğrenme modeli ile hasta rolünü benimsedikleri, belirtilerin düşük özgüven ve suçluluk duygularının bir sembolü olduğu belirtilmiştir (3,4). Psikodinamik yaklaşım ise; hipokondriyazisin nedenini kişinin başkalarına karşı hissettiği öfkeyi ve düşmanca düşüncelerini içselleştirmesi sonucu, bu duyguların bedensel yakınmalara dönüştürmesi olarak açıklamıştır. Kişide varolan çevreye yönelik saldırgan

ve öfke yüklü dürtüler bastırma ve yer değiştirme savunma mekanizmaları ile bedensel belirti haline dönüştürülür. Somatoform belirtilerin oluşması ve sürmesinde biyolojik etkenler de araştırılmıştır. Bu konuda otonomik fizyolojik uyarılmışlık, immün ve endokrin sistem, nörotransmitterler ve amino asitler, genetik ve ilişkili beyin bölgelerindeki yapısal ve işlevsel değişiklikler üzerinde durulmuştur (8). Hipokondriyazisli olgularda orbitofrontal korteks ve hipofiz hacimlerinde azalma ve talamus hacminde artış olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (9,10). Hipokondriyazis, somatoform bozukluklar arasında en az çalışılan ve pek çok bilinmeyen olan bir bozukluktur (11,12). Hastalar genellikle hayati organlara (beyin, kalp gibi) ait hastalıkları olduğunu dile getirirler. Bununla birlikte hipokondriyazis az görülen alt tipleri ile ilgili çok az bilgi mevcuttur. Çalışmamızda daha önce yazında yer almayan farklı bir hipokondriyazis alt tipi tanısı olan hasta sunulmuştur.

OLGU

41 yaşında, erkek, lise mezunu, dul, telefon bayisi olarak çalışan TA, psikiyatri konsültasyonu istemi nedeniyle psikiyatri polikliniğine annesi ile birlikte başvurdu. Kendisini muayene eden KBB uzmanı hekimin herhangi bir hastalık bulgusuna rastlayamadığını 'mevcut durumun psikiyatrik bir sorun olabileceği' düşüncesi ile psikiyatri polikliniğine sevk ettiğini, 'aslında herhangi bir ruhsal sorunu olduğuna inanmadığını' söyleyen TA, son 3 yıldır hekim hekim, hastane-hastane dolaştığını ifade etti. Daha öncesi herhangi bir ruhsal hastalık ve tedavi görme öyküsü olmayan hasta ilk kez 2 yıl öncesi geçirdiği ağır bir gribal enfeksiyon sonrası başlayan kulağında tıkanıklık hissi, rahat nefes alamama, kulağında çınlama ile KBB uzmanlarına başvurmuş. Yapılan muayene ile tetkiklerde herhangi bir soruna rastlanmamasına rağmen, yakınmalarının devam ettiğini belirten hastanın bu nedenle sık sık farklı il merkezlerdeki nöroloji, KBB uzmanlarına başvurduğu, belirtilere yönelik önerilen tedavileri almadığı öğrenildi. Annesi hastanın özellikle son bir yıldır çok sinirli, gergin olduğunu, işine düzenli gitmediğini, az konuştuğunu, arkadaşlarından uzaklaştığını, içe kapandığını, uykularının düzensiz olduğunu ve sadece kulaklarındaki sorunla ilgilendiğini, gittiği doktorlara güvenmediğini ifade etti. Hasta ise; kulağındaki sorununu ısrarla 'östaki borusunun çalışmamasından kaynaklandığını', 'doktorların bunu saptayamadığını', hekimlerin 'herhangi bir hastalık bulamadık' açıklamalarının kendisini kısa bir süre rahatlattığını

ancak, daha sonra yakınmalarının tekrarladığını belirtti. Sorununa çare bulabilmek adına çok sayıda yazılı tıbbi kaynağa başvurduğunu ve araştırdığını belirten hasta yakınmaları nedeni ile yaşamını rahat sürdüremediğini de ekledi. İş nedeni ile sıkça il dışına çıkması gerekirken hastanın hastalığı nedeni ile yolculuk yapamadığı, bu nedenle son bir yıldır ekonomik kayba uğradığı öğrenildi. Üç yıl önce yaklaşık 4 yıl süren evliliğini eşinin açtığı boşanma davası sonucu bitiren TA halen annesi ile yaşadığını ancak, çoğunlukla eve gitmediğini kendisine ait işyerindeki üst katta bulunan odada kaldığını belirtti. Hastanın evlilik yaşantısı ile ilgili soruları yanıtlamaktan kaçındığı izlendi. Annesi ise, hastanın boşandığı eşi ile severek evlendiğini, ilk bir yıl sorunsuz bir evliliklerini olduğunu ancak, çocuklarının olmadığı için daha sonraki yıllarda sık sık sorunlar yaşadıklarını belirtti. Hastanın tıbbi özgeçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Ablasında somatizasyon bozukluğu, annesinde de gençlik yıllarında özellikle sıkıntılı olduğu dönemlerde konversiyon bozukluğu ve tedavi görme öyküsü mevcuttu.

Fiziksel muayene, nörolojik, KBB muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın laboratuvar bulguları, elektroensefalografi ve beyin manyetik rezonans görüntüleme tetkikleri normal olarak değerlendirildi.

Ruhsal Durum muayenesi: Kendine bakımı iyi, yaşında görünümlü, saygılı, göz teması kuran, görüşmeye istekli erkek hastanın konuşması açık, ayrıntılı, anlaşılır ve amaca yönelikti. Duygulanımı sıkıntılı ve huzursuz, duygudurumu çökkündü. Düşünce içeriğinde depresif bulgular olup, süreç kulağındaki rahatsızlık üzerine yoğunlaşmıştı. Bilinci açık, koopere, oryante, algılamada patolojik bulgu saptanmadı. Bellek ve zeka normaldi. Soyut düşünce, gerçeği değerlendirme ve yargılaması normaldi. Benlik saygısı azalmıştı. Beck Anksiyete Ölçeği 15 puan, Hamilton Depresyon Ölçeği 18 puan, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği 32 puan olarak saptandı. Hastanın yanında getirdiği kendisine daha önce uygulanan tüm tıbbi değerlendirmelere ait rapor ve tetkik sonuçlarını içeren oldukça kalın olan hasta dosyası incelendi. Hasta ve yakını hastanın durumu ile ilgili olarak bilgilendirildi. Mevcut durumun psikiyatrik bir hastalıktan kaynaklanabileceği açıklandı. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda DSM-IV'e göre hipokondriyazis ile depresyon tanısı ile seçici serotonin gerilim inhibitörü (SSGI) başlanarak önceleri daha sık aralıklarla görülüp, iyileşme düzeyine göre SSGI dozu yükseltildi. En yüksek dozda 8 hafta kalındıktan sonra antidepresan ilaç tedavisine yeterince yanıt ver-

mediği kararlaştırılan hastaya güçlendirme tedavisi olarak düşük doz antipsikotik ilaç eklendi. Kontrol görüşmelerinde hastanın son yıllarda yaşadığı stresli yaşam olayları üzerinde duruldu. Savunucu bir tutum sergileyen hastanın evliliği sırasında cinsel sorunlar yaşadığı ve eşinin infertilite nedeniyle tedavi gördüğü öğrenildi. Tedavinin 6. ayında işine geri dönen, depresif belirtileri azalan hasta 'kendini iyi hissettiğini ancak aslında sorunun devam etmesine rağmen kendisini rahatsız etmediğini' belirtti. Bu süre içinde hastanın herhangi bir tıbbi başvurusu, tetkik yaptırma girişimi olmadı. Tedavinin 1. yılı sonunda yapılan görüşmede ise; hastanın özellikle saçlı deri bölgesinde çok sayıda cilt lezyonları olduğu dikkat çekti. Hasta son iki aydır üstaki borusundaki tıkanıklık ve üstaki borusunun çalışmamasından etkilendiğini, bu nedenle sürekli kaşıdığı için cilt lezyonlarının kendisi tarafından oluşturulduğunu söyledi. Yakınmalarının halen devam ettiğini ve Ankara'da adını öğrendiği ünlü bir 'KBB' uzmanından randevu aldığını ve muayene için gideceğini belirtti. Bir ay önce kontrole gelen hastanın ilgili muayene ve tetkiklerini yaptırdığı, herhangi bir hastalık bulgusuna rastlanmadığı, sürekli yutkundugu için hava yuttuğunun ifade edildiğini, hekimin açıklamalarından etkilendiğini, mantıklı bulunduğunu söyleyen hastanın halen mevcut tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Hipokondriyazis, genel sağlık hizmetlerine başvuruların %3-13'ünü oluşturmaktadır (12). Olguların çoğunlukla psikiyatri-dışı hekimlere başvurması hastalığın gerçek yaygınlığının sanıldığından daha fazla olduğunu düşündürmektedir (13). Olgu sunumunda da benzer şekilde psikiyatri-dışı hekim başvurusu mevcuttur. Hastalığın ortaya çıkışından önce belirgin bir psikolojik stres yaşanması çarpıcı bir özelliktir. Ekonomik sorunlar, ağır çalışma koşulları, aile içi çatışmalar gibi durumlar da önemlidir. Bir süre sonra bu yoğun duygular fiziksel yakınmalara dönüşür (14,15). Olguların psikiyatlara başvurma nedenleri arasında ikincil psikiyatrik belirtiler mevcuttur. Hipokondriyazisin depresyonla olan bağlantısı ve örtüşen yanları uzun yıllardır bilinmektedir. Mazoistlik eğilimler, suçluluk ve karamsarlıkla ilişkilidir. İçeriyönelmiş agresyon, bu suçluluk duygularına ve karamsarlığa bağlanabilir (16-19). Birilerine karşı hissettiği öfkeyi ifade edemeyen veya bu konuda cesareti olmayan bir kişi duygula-

rını iç dünyasında bastırır. Hissedilen öfkenin başlıca sebebi geçmişte yaşanan kayıplar, bir yakınının hastalanması, bir tanıdığının kendisini reddetmesi ve çeşitli sebeplerle yaşanan ayrılıklardır (17). Olgumuzun hastalık öncesi sorunlu evlilik ilişkisi ve eşinden boşanmış olması bu durumla ilişkilendirilebilir. Hipokondriyazisli olguların aile bireylerinde de benzer modellerin olduğu bilinmektedir (19,20). Olgu sunumumuzda da benzer şekilde annesinde ve ablasında psikiyatrik hastalık öyküsünün olması bu durumu destekler niteliktedir. Ayrıca bedensel duyuların büyütülmesi de hipokondriyazise yatkınlığı arttırır (21,22). Hipokondriyazisli hastalar üzerinde yapılan 4-5 yıllık bir izlem çalışmasında tedaviyle hipokondriyak ve somatik belirtiler azalırken bedensel duyuların büyütme konusunda herhangi bir gerileme olmadığı görülmüştür (23). Dolayısıyla hipokondriyazisli hastalarda bedensel duyuların büyütme eğilimi sabit kaldığından nüks riski yüksektir. Olgumuzda da bedensel duyuların büyütme eğilimi dikkat çekicidir. Hipokondriyazisli olguların çoğunlukla kalp, beyin gibi hayati organlara ait hastalıkları dile getirdiği bilinmektedir (24). Ancak, özellikle olgu bildiriminde de olduğu gibi hayati organlarla ilişkili olmayan hastalık belirtileri tanımlayan az rastlanan olguların da görülebileceği unutulmamalıdır (25,26). Genel olarak hipokondriyazisin prognozu kötüdür. İyi prognoz ölçütleri; yüksek sosyoekonomik düzey, tedaviye yanıt veren depresyon ve anksiyetenin eşlik etmesi, belirtilerin ani başlaması, eşlik eden kişilik bozukluğunun olmamasıdır (27). Tedaviye genellikle dirençlidirler (28,29). Ayrıca hipokondriyazis ile birlikte olguların çoğunda psikiyatrik eş-tanımlarla (depresyon, distimi vb) karşılaşılması tedavi sürecini daha da karmaşıktır. Bu nedenle erken tanı ve tedavinin hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği çok açıktır. Grup ve bireysel psikoterapinin etkili olduğuna dair çalışmalar vardır (30,31). Eşlik eden depresyon veya anksiyete bozukluğu varsa ilaç tedavisi eklenebilir. Olgumuzda da benzer şekilde depresyon ekhastalığı ile antidepresan kullanımı söz konusudur.

SONUÇ

Klinisyenlerin hipokondriyazis hakkında bilgili olması, farklı klinik görünümlere sahip olabileceğinin anımsanması, hipokondriyazisli olguların bildirilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar:

1. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29:503-19.
2. Oyama O, Paltoo C, Greengold J. Somatoform disorders. *Am Fam Physician.* 2007;76:1333-8.
3. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004;56:391-408.
4. Forister JG, James B. Hypochondriasis: meeting the management challenge. 2007;20:42-6.
5. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:127-39.
6. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara;1998.
7. van der Feltz-Cornelis CM, van Houdenhove B. DSM-5: from 'somatoform disorders' to 'somatic symptom and related disorders'. *Tijdschr Psychiatr.* 2014;56:182-6.
8. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology.* 2005;30:996-1002.
9. Atmaca M, Seç S, Yıldırım H, Kayalı A, Korkmaz S. Hipokondriak hastalarda volümetrik MRG analizi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2010; 20: 293-9.
10. Atmaca M, Yıldırım H, Seç S, Kayalı A. Pituitary volumes in hypochondriac patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010; 34: 344-7.
11. Sağduyu A. Somatizasyon Nedir? *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1994; 5:257-64.
12. Ford CV. The Somatizing Disorders. *Psychosomatics.* 1986;27:327-33.
13. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis.* 1991;179:647-55.
14. Fishbain DA, Lewis JE, Gao J, Cole B. Is chronic pain associated with somatization/hypochondriasis? An evidence-based structured review. *Pain Practice.* 2009;6:449-467.
15. Clarke DM, Piterman L, Byrne CJ, Austin DW. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. 2008;17:560-4.
16. De Gucht V, Fischler B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics.* 2002;43:1-9.
17. Costa PT, Mc Crae RR. Hypochondriasis, Neuroticism and aging. *Am Psychol.* 1985;40:19-29.
18. Braddock AE, Abramowitz JS. Listening to hypochondriasis and hearing health anxiety. *Expert Rev Neurother.* 2006;6:1307-12.
19. Kellner R. Somatization; theories and research. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178:150-60.
20. Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan AE. Kronik bel ağrılı hastalarda psikiyatrik tanı dağılımı. *Yeni Symposium Dergisi.* 2000;38:124-30.
21. Güleç MY, Hocaoğlu C, Gökçe M, Sayar K. Kalpe ilişkili olmayan göğüs ağrısında aleksitimi, öfke ve bedensel duyuları büyütme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2007;8:14-21.
22. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *Br J Psychiatry.* 2013;202:7-8.
23. Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. Prospective 4-to 5-year study of DSM III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:737-44.
24. Hart J, Björgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bulletin of the Menninger Clinic.* 2010;74:122-40.
25. Karapıçak ÖK, Aslan S, Utku Ç. Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriyaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi.* 2012;1:43-51.
26. Weck F. Treatment of mental hypochondriasis: a case report. *Psychiatr Q.* 2014;85:57-64.
27. Uğuz Ş, Aydın H, Yurdagül E. Monosemptomatik hipokondriyazis: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2003;6:240-3.
28. Magariños M, Zafar U, Nissenon K, Blanco C. Epidemiology and treatment of hypochondriasis. *NS Drugs.* 2002;16:9-22.
29. Arthur J, Barsky. The patient with hypochondriasis. *N Engl J Med.* 2001;345:1395-9.
30. Avia MD, Ruiz MA. Recommendations for the treatment of hypochondriac patients. *J Contemp Psychother.* 2005;35:301-13.
31. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;4:CD006520.