

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

ALANLAR ORTAK

**ANKSİYETE, SOMATOFORM,
DİSSOSİYATİF VE DUYGU DURUM
BOZUKLUKLARI**

Ankara, 2012

-
- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
 - Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
 - PARA İLE SATILMAZ.

İÇİNDEKİLER

AÇIKLAMALAR	ii
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	2
1. ANKSİYETE	2
1.1. Anksiyetenin Oluşum Nedenleri.....	2
1.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)	3
1.3. Anksiyete ve Posttravmatik Stres Bozukluğunda Yaklaşım.....	3
UYGULAMA FAALİYETİ	5
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	6
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	7
2.SOMATOFORM BOZUKLUKLAR.....	7
2.1. Dissosiyatif Bozukluklar	11
2.2. Somatoform ve Dissosiyatif Bozukluklarda Yaklaşım.....	13
UYGULAMA FAALİYETİ	15
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	16
CEVAP ANAHTARLARI.....	17
KAYNAKÇA	18

AÇIKLAMALAR

ALAN	Alanlar Ortak
DAL/MESLEK	Hemşirelik
MODÜLÜN ADI	Anksiyete, Somatoform, Dissosiyatif ve Organik Duygu Durum Bozuklukları
MODÜLÜN TANIMI	Hastada görülebilecek anksiyete, somatoform, dissosiyatif organik duygu durum bozuklukları ve bu bozukluklarda görülen yaklaşım ilkelerine yönelik bilgi ve becerilerin kazandırıldığı öğrenme materyalidir.
SÜRE	40/16
ÖNKOŞUL	
YETERLİK	Anksiyete, somatoform, dissosiyatif ve organik duygu durum bozuklukları hakkında bilgi sahibi olarak hastalara uygun yaklaşımda bulunmak.
MODÜLÜN AMACI	Genel Amaç Bu modül ile gerekli araç gereç ve ortam sağlandığında hastada görülebilecek anksiyete, somatoform, dissosiyatif ve organik duygu durum bozukluklarını ayırt edip bu rahatsızlıklara uygun yaklaşımlar gösterebileceksiniz. Amaçlar 1. Anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğunu ayırt edip hastalara uygun yaklaşımda bulunabileceksiniz. 2. Somatoform ve dissosiyatif bozuklukları ayırt edip sağlık personeli olarak gerekli yaklaşımı sağlayabileceksiniz.
EĞİTİM ÖĞRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI	Ortam: Teknik sınıf ve laboratuvar, kütüphane, bireysel öğrenme ortamları, sağlık işletmeleri vb. Donanım: Maket, afiş, resim, CD, DVD, bilgisayar, projeksiyon cihazı vb.
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	Modül içinde yer alan her öğrenme faaliyetinden sonra verilen ölçme araçları ile kendinizi değerlendireceksiniz. Öğretmen modül sonunda ölçme aracı (çoktan seçmeli test, doğru-yanlış testi, boşluk doldurma, eşleştirme vb.) kullanarak modül uygulamaları ile kazandığınız bilgi ve becerileri ölçerek sizi değerlendirecektir.

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Ruh sağlığı yerinde olan birey kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içerisinde. Çeşitli faktörlere bağlı olarak bu denge bozulabilir.

Hastada organik duyu durum bozukluklarına yol açan çeşitli nedenler vardır. Bu nedenler bireysel veya toplumsal yaşam alanlarında verimli ve sağlıklı olmasına engel teşkil edecektir.

Hemşirenin hastada görülebilecek bu sorunları tanınması ve bilinçli yaklaşım ve bakım vermesi oldukça önemlidir.

Bu bilgiler doğrultusunda hazırlanan modül aracılığıyla, hastada anksiyete, somatoform dissosiyatif ve organik duyu durum bozukluklarına yol açan nedenler, klinik şekilleri, depresyon çeşitleri, tedavisi bipolar bozukluklar, tedavisi bunlardan korunma yolları, önerileri ve yaklaşım ilkelerine yönelik bilgi ve beceri edineceksiniz. Böylece bilinçli sağlık elemanı olma yolunda bir adım atmış olacaksınız.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

Bu faaliyette anksiyete çeşitlerini ve posttravmatik stres bozukluğunu ayırt edip hastalara uygun yaklaşımda bulunabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Anksiyete ve anksiyete nedenlerini araştırınız. Araştırmanınızı görsel sunu haline getirerek sınıf ortamında sununuz

1. ANKSİYETE

Sıkıntı, bunaltı ya da kaygı; anksiyete olarak adlandırılır. Anksiyete fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve endişe hâli olarak tanımlanır. Çok hafif bir tedirginlik veya gerginlik duygusundan, panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir.

Anksiyete bozukluklarında kişi huzursuzdur, kötü bir şey olacaktıymış hissini taşır ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike veya tehdit kaynağı gösteremez. Kaygı hali, kişinin günlük yaşantısını bozacak düzeyde ve süreklilik kazanmışsa, anksiyete bozukluklarından söz edilir.

1.1. Anksiyetenin Oluşum Nedenleri

Genetik faktörler, çocukluk çağındaki etkilenmeler, kişinin bilinçaltından kaynaklanan ve baş edilemeyen dürtüler, kişilik özellikleri, yaşam sürecindeki yanlış öğrenmeler, çaresizlik, gelecek kaygısı, başkasına bağımlı olma korkusu, kendine güven kaybı, yaşamdaki önemli olaylar (ölüm, kaza, hastalık vb.) çevresel ve ailesel faktörler sayılabilir. Anksiyetenin belirtileri üç grupta toplanır:

- Psikolojik belirtiler: Hafif bir tedirginlik duygusundan, çıldırma, kontrolünü kaybetme ya da ölüm korkusunun eşlik ettiği panik atağa kadar değişik şiddetlerde ortaya çıkan belirtilerdir.
- Fiziksel belirtiler: Taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, göğüste basınç hissi, baş dönmesi, uyuşukluk ya da gastrointestinal ve solunum sistemine ait fiziksel belirtiler görülebilir.
- Bilişsel belirtiler: Konfüzyon (yer, zaman ve kişilerle ilgili yanılsamalar), olayın anlamını değerlendirmede yanlışlıklar, konsantrasyon (yoğunlaşma) güçlükleri, algı bozuklukları ve hatırlama güçlüğü gibi bilişsel belirtilerdir.

Anksiyete bozukluklarında yukarıda verilen belirtiler bir arada görülebilir.

Anksiyete bozukluklarında hekime başvurmak gerekir. Psikoterapi ve ilaç tedavisi uygulanır.

1.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

Posttravmatik stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları içinde yer alır. Kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden travmatik yaşantıyla karşılaşması sonucu ortaya çıkar. Örneğin; trafik kazası, deprem, yangın, saldırıya uğrama (tecavüz vb.), güç doğumlar, önemli hastalıklar. Bu yaşantı esnasında aşırı korku, çaresizlik ve dehşete düşme gibi duygular hissedilir. Travmatik olay sonucunda olayı tekrar yaşama korkusu, sıkıntı, öfke, uyku düzensizliği, rahatsızlık veren rüyalar, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve depresyon gibi ruhsal belirtiler görülür.

Posttravmatik stres bozukluğunda olayın şiddeti, kişinin olaya yakınlığı ve olaydan etkilenme derecesine bağlı olarak belirtiler değişik derecelerde ortaya çıkar. Bazı kişilerde zamanla hafifleyerek kaybolur. Belirtilerin uzun sürmesi, hafiflemek yerine şiddetlenmesi, belirgin sıkıntı oluşturmaması, işlevselliği bozması, kişinin tedavi için kendi kendine alkol veya ilaç kullanmaya başlaması bozukluk olduğuna işaret eden ipuçlarıdır. Belirtiler travmayı takiben genellikle 3 ay sonra başlar. Yapılan çalışmalarda hastalık belirtilerinin 6 ay sonra %51, 12 ay sonra %42, 36 ay sonra %33 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Hastalık %1-9 oranında yaşam boyu devam edebilir.

Posttravmatik stres bozukluğunda görülebilecek belirtiler şunlardır:

- **İntrusif (davetsiz, araya giren) belirtiler:** Travmatik yaşantının sürekli göz önüne gelmesi veya rüyalarda görülmesi şeklindedir.
- **Kaçınma davranışı ve tepkisizlik:** Kişi olayı ya da olayın bir yönünü çağrıştıran konularla ilgili konuşmaktan kaçınır. Olayı hatırlatan kişi ve etkinliklerden kaçınmak için çaba sarf eder, benzer olayla karşılaştığında yoğun sıkıntı duyar. (Trafik kazası geçiren bir insanın tekrar araba kullanamaması gibi)
- **Aşırı uyarılmışlık belirtileri:** Travma öncesine göre kişi gergin ve sıkıntılıdır. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü, hipervijilans (tüm iç ve dış uyaranlara karşı aşırı dikkat hâli), aşırı irkilme, öfke patlamaları, dikkat dağınıklığı gibi belirtiler görülebilir.

Posttravmatik stres bozukluğunda hekime başvurmak gerekir. Psikoterapi ve ilaç tedavisi uygulanır.

1.3. Anksiyete ve Posttravmatik Stres Bozukluğunda Yaklaşım

Aşağıdaki yollar izlenmelidir:

- Anne, baba ya da ilgili sağlık personeli probleme ilişkin bilgi sahibi olmalı, hekim, psikiyatrist, psikolog, hemşire vb. sağlık ekibiyle işbirliğine gitmelidir.

- Sağlık ekibi aracılığıyla anne, baba, hemşire soruna ilişkin algı ve tutumlarını tanımaya çalışmalıdır.
- Sağlık ekibinin önerilerine uyulmalı, bu öneriler doğrultusunda tutum ve davranışlar geliştirilmelidir.
- Hastaya karşı ön yargılı olunmamalı, yargılayıcı davranılmamalı ve olduğu gibi kabul edilmelidir.
- Hastanın kişiliğine saygı duyulmalıdır.
- Hasta ile güvene dayanan bir iletişim kurulmalıdır.
- İletişimde anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.
- Bireyle iletişimde empati yapılmalıdır.
- Hasta ilaç alıyorsa ilaçlarının takibi yapılmalıdır.
- Anksiyete ve posttravmatik stres oluşumunu hazırlayan faktörler belirlenmelidir.
- Çevredeki fiziksel uyaranlar en aza indirilmeli ve güvenli bir çevre oluşturulmalıdır.
- Aşırı koruyucu olmaktan kaçınılmalıdır.
- Konuşurken ve çalışırken sakin olunmalı ve uygun bir ses tonu kullanılmalıdır.
- Hastanın anksiyetesi arttığında yanında bulunulmalıdır.
- Duygularını açıklamasına olanak sağlanmalı ve dinlenmelidir.
- Hastaya ailesinin ve yakınlarının sosyal desteği sağlanmalıdır.

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlemleri yaptığımızda hastanın ruh sağlığını etkileyen faktörleri ayırt edebileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Anksiyetenin tanımı ve oluşum nedenlerini ayırt ediniz	➤ Kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden travmatik yaşantıyla karşılaşması sonucu ortaya çıkar. Anksiyetenin tanımı ve oluşum nedenlerini ilgili kaynaklardan araştırınız.
➤ Posttravmatik stres bozukluğunu tanımlayınız .	➤ Posttravmatik stres bozukluğuna örnek vakalar araştırabilirsiniz.
➤ Posttravmatik stres bozukluğunda görülebilecek belirtileri ayırt ediniz.	➤ İntrusif (davetsiz, araya giren) belirtiler kaçınma davranışı ve tepkisizlik, aşırı uyarılmışlık belirtilerine uygun örneklemeler yapabilirsiniz.
➤ Anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğunda yaklaşımları ayırt ediniz.	➤ Hastanın kişiliğine saygı duymalısınız. ➤ Hastayla güvene dayanan bir iletişim kurmalısınız. ➤ İletişimde anlaşılır bir dil kullanmalısınız.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, anksiyeteyi tanımlar?
 - A) Duygusal çöküntü, mutsuzluk ve hareketlerde yavaşlamayla karakterize tablo
 - B) Kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden travmatik yaşantıyla karşılaşması sonucu ortaya çıkan tablo
 - C) Toplumsal stresler sonucu ortaya çıkan üzüntü hâli
 - D) Fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve endişe hâli olarak tanımlanır.
 - E) Aşırı iyimser olma, fazla para harcama gibi belirtilerle karakterize tablo
2. Aşağıdakilerden hangisi, posttravmatik stres bozukluğunu tanımlar?
 - A) Duygusal çöküntü, mutsuzluk ve hareketlerde yavaşlamayla karakterize tablo
 - B) Kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden travmatik yaşantıyla karşılaşması sonucu ortaya çıkan tablo
 - C) Toplumsal stresler sonucu ortaya çıkan üzüntü hâli
 - D) Özgüven kaybı
 - E) Öfkesini kontrol edememe
3. Aşağıdakilerden hangisinde kişi olayı ya da olayın bir yönünü çağrıştıran konularla ilgili konuşmaktan kaçınır?
 - A) Anksiyete
 - B) Depresyon
 - C) Posttravmatik stres
 - D) Somatoform bozukluk
 - E) Uyku bozukluğu
4. Aşağıdakilerden hangisi, anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğunda yaklaşım ilkelerinden değildir?
 - A) Hasta aşırı korunmalıdır.
 - B) Hastanın kişiliğine saygı duyulmalıdır.
 - C) İletişimde anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.
 - D) Hasta ile güvene dayanan bir iletişim kurulmalıdır.
 - E) Hasta yakınlarının sosyal desteği sağlanmalıdır.
5. Aşağıdakilerden hangisi anksiyetenin oluşum nedenlerinden değildir?
 - A) Genetik yatkınlık
 - B) Bilinçaltından kaynaklanan dürtüler
 - C) Özgüven kaybı
 - D) Düzenli uyku
 - E) Ailesel faktörler

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Somatoform ve dissosiyatif bozuklukları ayırt edip, sağlık personeli olarak gerekli yaklaşımı sağlayacaksınız.

ARAŞTIRMA

- Somatoform bozuklukları araştırınız. Araştırmanızı görsel sunu haline getirerek sınıf ortamında sununuz.
- Dissosiyatif bozuklukları araştırınız. Araştırmanızı görsel sunu haline getirerek sınıf ortamında arkadaşlarınızla paylaşınız.

2.SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Somatoform bozukluklar, organik bir nedeni olmadan psikolojik olarak ortaya çıkan fiziksel yakınmalardır. Örneğin, bireyin kolu ya da belden aşağısı aniden tutmaz olur, herhangi duyuşal bir işlevi bozulabilir. Günümüzde hemen her hastalığın ortaya çıkışında psikolojik faktörlerin de rol oynadığı düşünölmektedir. Ancak somatoform bozukluklar söz konusu olduğunda ana neden psikolojiktir ve büyük olasılıkla da yüksek bir stres söz konusudur. Somatoform bozukluğa sahip kişiler genellikle doktor doktor dolaşırlar ve sorunlarına çare bulmaya çalışırlar. Bu hastalar o kadar gerçek fiziksel yakınmalarda bulunurlar ki doktorlar da tanı koymakta zorlanırlar. Somatoform bozukluklar altı çeşittir. Bunlar; somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriyazis ve beden dismorfik bozukluğudur.

- **Somatizasyon bozukluğu (Briquet Sendromu):**Uzun zamana yayılan, 30 yaş öncesinde başlayan ve kişinin işlevselliğini bozup onu tedavi arayışına iten dört ağrı belirtisi (en az dört ayrı yer ve işlevle ilişkili ağrı örüntüsünün olması), iki sindirim sistemi ile ilgili belirti (bulantı, kusma, ishal, şişkinlik vb.), bir cinselle ilgili belirti (cinsel isteksizlik, cinsel işlev bozukluğu, adet görme ile ilgili sorun) ve bir sahte nörolojik belirti (koordinasyon ve denge bozukluğu, ses kısılması, çift görme, körlük, sağırılık vb.) olduğunda somatizasyon bozukluğu düşünölmür. Örneğin bir kişinin fiziksel bir nedenle açıklanamayan midesiyle ilgili kronik şikayetleri (midede kramp, bulantı vb.) vardır ve bunun yanında cinsel işlev bozuklukları, kulakta çınlama, omuz, boyun, sırt ve bacaklarda ağrı şikayetleri de mevcuttur. O zaman bu kişiye somatizasyon bozukluğu tanısı konabilir. Somatizasyon bozukluğuna sahip kişiler defalarca hastanelere, doktorlara giderler, her türlü testten geçerler ancak bir türlü bu

sorunlara neden olabilecek fiziksel bir sorun bulunamaz. Somatizasyon bozukluğuna sahip kişi rol yapmıyordur, bu belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkmaz. Somatizasyon bozukluğu, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görölür.

➤ **Nedenleri:** Somatizasyon bozukluğunun ortaya çıkış nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, ailesel yatkınlık ve çevresel etkenlerin rol oynadığı düşünölmektedir. Bu bozukluğa neden olduğu düşünölen etkenlerden bazıları şunlardır:

- **Psikolojik streten korunmak;** Somatizasyon bozukluğunun nasıl ortaya çıktığı ile ilgili en eski teorilerden biri, bu bozukluğun streten korunmak için bir savunma mekanizması olarak ortaya çıktığı görüştür. Bu görüşe göre, bazı bireyler depresyon ya da anksiyete yaşamamak için fiziksel semptomlar geliştirirler.
- **Fiziksel duyumlara aşırı hassasiyet göstermek;** Başka bir görüşe göre ise, somatizasyon bozukluğu kişinin fiziksel duyumlarına aşırı derecede hassasiyet göstermesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu bozukluğa sahip kişiler başka insanların farkında bile olmadığı ufak acı ya da ağrılara karşı çok fazla önem verebilirler. Ancak bu görüştün doğruluğu henüz tam olarak anlaşılamamıştır.
- **Fiziksel duyumlarla ilgili olumsuz düşüncelerin abartılması;** Bu görüşe göre, somatizasyon bozukluğu fiziksel duyumlarla ilgili abartılı ve olumsuz düşüncelerin sonucunda ortaya çıkar. Örneğin, somatizasyon bozukluğuna sahip bir kişi başı ağrıdığında bunun beyin tümörüne sahip olduğundan ya da nefes darlığı hissettiğinde astım olduğundan korkar. Doktorlar bu hastalıkla ilgili fiziksel bir belirti bulamazlarsa, bu defa da kişi çok nadir görölen bir hastalığı olduğunu düşünür ve sürekli bu hastalığı tanı koyacak bir uzman arar. Anksiyetesi onun semptomlara daha da yoğunlaşmasına neden olur ve semptomları artmasın diye günlük hayatındaki aktivitelerini kısıtlar hale gelebilir, daha az aktivitede bulundukça da fiziksel semptomları hakkında daha fazla düşünür ve bu daha fazla strese neden olur.
 - **Tedavisi;** Somatizasyon bozukluğu tedaviye dirençli olmakla birlikte, genellikle mümkündür. İlaç tedavisi ile birlikte bilişsel-davranışçı terapinin uygulanması olumlu sonuç verebilir. Ayrıca düzenli olarak aynı doktorun kontrolünde olmak fayda sağlayacaktır. Bu şekilde hastanın sürekli farklı doktorlara başvurup gereksiz yere testler yaptırması engellenebilir.

➤ **Farklılaşmamış somatoform bozukluk;** Farklılaşmamış somatoform bozukluk, kişide belirli bir tıbbi duruma bağlı olmadan en az altı ay boyunca fiziksel yakınmaların olmasıdır. Farklılaşmamış somatoform bozukluğunda, kişilerin çok çeşitli yakınmaları olabilir. Ancak bu yakınmaların tek ortak yönü, hastalığın ortaya çıkmasına neden olacak fiziksel bir sorunun olmamasıdır. Yakınmalar kişi ağır stres altındayken başlar ya da kötüleşir. Bu kişiler hayatlarını yaşadıkları fiziksel semptomlara göre düzenlerler, sürekli farklı

doktorlara giderler ve sorunlarının nedenini bulmaya çalışırlar. Farklılaşmamış somatoform bozukluk, somatizasyon sendromu olarak da adlandırılır.

Farklılaşmamış somatoform bozukluğun semptomları kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilir. En yaygın görülen yakınmalardan bazıları acı, yorgunluk, iştah kaybı ve mideyle ilgili sorunlardır. Fiziksel yakınmalar genellikle uzun dönem sürer. Farklılaşmamış somatoform bozukluğuna sahip kişiler zamanla yeni fiziksel yakınmalar geliştirirler. Farklılaşmamış somatoform bozukluğunun neden ortaya çıktığı tam olarak bilinmemektedir. Bazı uzmanlar çocuklukta ailede yaşanan bir takım problemlerin bu bozukluğun ortaya çıkışında etkili olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca kişinin fiziksel duyumlarına gereğinden fazla ve abartılı önem vermesi de bu bozukluğun nedenlerinden biri olabilir.

Farklılaşmamış somatoform bozukluğu yaygın bir sorundur. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyden genç kadınlar bu bozukluğun görülme riski en fazla olan gruptur. Farklılaşmamış somatoform bozukluğa sahip kişilerin yarısında depresyon ve anksiyete gibi başka psikolojik sorunlar da görülmektedir.

- **Konversiyon bozukluğu:** Konversiyonun kelime anlamı ‘ döndürme’ ya da ‘dönüştürme’dir. Bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkar. Konversiyon bozukluğu kişide altta yatan herhangi bir fiziksel sorun olmaksızın bayılma, duyu kaybı ya da felç gibi nörolojik belirtilerin ortaya çıkmasıdır. Bu belirtiler kişinin kontrolü dışında ortaya çıkar.

Konversiyon bozukluğunda, istemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen nörolojik ya da genel bir tıbbi durumu düşündüren belirti ya da belirtiler vardır. Bu belirtilere psikolojik etkenler eşlik eder. Bunun öncesinde çatışmalar ya da stres yaratıcı bir etken vardır. Kişi rol yapmaz. Bu belirtiler genel bir tıbbi durum ya da madde kullanımını sonucunda ortaya çıkmaz. Konversiyon bozukluğunda hasta da motor, duyu, nörolojik belirtiler görülebilir.

- **Nedenleri;** Konversiyon bozukluğunun en önemli nedeninin stres yaratıcı bir olay ya da durumla karşılaşmak olduğu düşünülmektedir. Uzun süren içsel bir çatışma ya da psikolojik bir sorun, kişinin bunları ifade etmek için fiziksel bir semptom geliştirmesine neden olabilir.

Fiziksel, duygusal ya da cinsel taciz de hem yetişkinlerde hem de çocuklarda konversiyon bozukluğuna neden olabilir. Yetişkinlerde mobbinge uğramak (iş yerinde amirler tarafından uygulanan psikolojik baskı) da konversiyon bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olabilir.

Konversiyon bozukluğunda görülen semptomlar, kişinin kontrolünde değildir. Ancak hasta bu semptomları hisseder. Semptomlar genellikle aniden ortaya çıkar, ancak bazı durumlarda aşamalı olarak da artabilir. En sık rastlanılan semptomlar şunlardır:

- Bedenin belirli kısımlarında his kaybı,
- Epilepsi benzeri nöbet geçirme,
- Bayılma, hareket etmede güçlük,

- Körlük, çift görme, felç, bedenin herhangi bir bölümünde titreme,
- Ses yitimi vb.

Konversiyon bozukluğu tanı koyulması zor bir bozukluktur. Çünkü konversiyon bozukluğuna sahip vakaların %60'ında eşlik eden fiziksel bir bozukluk bulunmaktadır. Konversiyon bozukluğunun tedavisinde ekip çalışması yararlı olmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra psikodinamik psikoterapi, grup terapisi ve aile terapisinin birlikte uygulanması faydalı olmaktadır.

- **Ağrı bozukluğu:** Ağrı bozukluğunda bedenin bir ya da birden fazla bölgesinde fiziksel bir nedenle açıklanamayan bir ağrı vardır. Bu ağrı kişinin işlevselliğinde bozulmaya yol açar. Ağrının başlaması, alevlenmesi ve sönmesinde psikolojik nedenler etkilidir. Bu ağrılar genellikle kişinin sırtı, başı, göğsü ve karnında ortaya çıkar. Ağrı bozukluğunun tanısı konarken altta yatan organik bir sorun olup olmadığına, ağrının yoğunluğuna, şiddetine ve yoğun yaşanan stresin sonucunda ortaya çıkıp çıkmadığına, işlevselliği bozup bozmadığına, kişinin sosyal hayatı üzerinde olumsuz etkisi olup olmadığına dikkat edilir.
- Ağrı bozukluğunun semptomları çok çeşitli olmakla birlikte en yaygın görülen semptomlar şunlardır: Bu ağrı karşısında kendini çaresiz ve umutsuz hissetme, pasif kalma, klinik muayenelerde sürekli artan ağrı, uykusuzluk, bitkinlik, sosyal hayatta bozulma, depresyon ve anksiyetedir.
 - **Ağrı bozukluğun tedavisinde;** Ağrıların akut ya da kronik olmasına bağlı olarak birkaç farklı tedavi yöntemi birlikte uygulandığında olumlu sonuç alınabilir. İlaç tedavisinin yanı sıra psikoterapi, grup terapisi, uyku sorununun çözülmesi, akupunktur ve gevşeme tekniklerinin öğrenilmesi de faydalı olabilir.
- **Hipokondriyazis :** Hipokondriyazis halk arasında “hastalık hastalığı” olarak adlandırılır. Hipokondriyazis, kişinin vücut belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olabileceği korkusunu yaşamasıdır. Hipokondriyak kişiler bu korkularının anlamsız olduğunun farkındadırlar, ama bu onların anksiyetesini azaltmaya yetmez. Bu kişiler bazen duydukları yeni bir hastalığın kendilerinde olabileceği korkusuna kapılırken, bazen de normal belirtileri bile bir hastalık belirtisi olarak algılayabilirler. Bazen de bu korkular sevilen yakın birinin kaybından ya da televizyonda duyulan kötü bir haberden sonra da ortaya çıkabilir. Hipokondriyak kişiler sık sık doktora giderler, herhangi bir hastalıkları olmadığı söylendiğinde ikna olmazlar. Gereksiz birçok tıbbi testi ve tahlili yaptırırlar. Ayrıca bu hastalık hastalığı durumu yüzünden sosyal ilişkilerinde de bozulma olur, sürekli hastalıklarından yakılarak çevrelerindeki insanları bıktırırlar.
 - **Hipokondriyazisin nedenleri ve belirtileri:** Hipokondriyazisin birçok farklı nedeni olduğu düşünülmektedir. Bir görüşe göre, hipokondriyak kişiler beden duyumlarına karşı aşırı hassasiyete sahiptirler. Bu nedenle de kalp çarpıntısı ya da baş ağrısı gibi belirtileri çok daha ciddi belirtilermiş gibi yorumlayıp paniğe kapılabilirler. Başka bir görüşe göre de, hipokondriyazis anksiyete ya da stresin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir ya da kişi sorunun asıl kaynağı ile yüzleşmemek için fiziksel bir hastalığı

varmış gibi davranabilir. Hipokondriyazis bozukluğu her yaşta ortaya çıkabilir. Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı aynıdır.

- **Hipokondriyazisin tedavisi :** Tedavide ilaç tedavisi ile birlikte bilişsel davranışçı terapi fayda sağlamaktadır.

- **Beden dismorfik bozukluğu:**Beden dismorfik bozukluğu kişinin sürekli aslında var olmayan bedensel kusurlarıyla uğraşması şeklinde ortaya çıkan bir bozukluktur. Bu uğraşlar kişinin işlevselliğinde bozulmalara neden olur ve sosyal hayatını etkiler.

Beden dismorfik bozukluğu genellikle ergenlik döneminin başlarında ortaya çıkmaktadır, ortalama görülme yaşı 17'dir. Özellikle ergenlik döneminde ergen için dış görünümün önemi büyüktür ve bedenini beğenmeyebilir. Kendini güzel bulmayabilir, şişman olduğunu ya da boyunun kısa olduğunu düşünebilir. Bu düşünceler zamanla yoğunlaşıp kişinin okul, aile ya da arkadaşlık ilişkilerini etkiler hale geldiğinde bir sorun var demektir. Beden dismorfik bozukluğuna nörobiyolojik ve psikolojik etkenlerin yol açtığı düşünülmektedir .

Psikolojik nedenleri ise özellikle son yıllarda medyada güzellik ve iyi görünümün, mükemmel erkek ve kadın imajının desteklenmesi ile kişilerin kendi dış görüntüleriyle ilgili kaygılara kapılmaları bir başlangıç nedeni olabilir. Ayrıca kişinin çocukluktaki aile yaşantısı da önemli bir etken olabilir.

- **Beden dismorfik bozukluğunun en sık rastlanılan belirtileri şunlardır:**

- Bedenin bir bölgesi ile ilgili aşırı düşüncelere sahip olmak (sivilceler, akneler, yaralar, yüzdeki kırışıklıklar, saç dökülmesi, kellik, yüzün şekli, simetri olup olmaması vb.)
- Anksiyeteye baş edebilmek için ritüel davranışlarda bulunmak (sürekli diyet ve egzersiz yapmak, makyaj ritüelleri, ayna karşısında saatlerce duruşunu seyretmek vb.) problemleri gördükleri bölgeyi makyaj, şapka ya da giysi ile gizlemeye çalışmak
- Sürekli aynadaki ya da vitrin camındaki görünüşünü kontrol etmek
- Sürekli diğer insanlara görünüşünü onaylatma çabasında olmak
- Sürekli insanları görünüşlerine göre kıyaslamak
- Ev dışı aktivitelerden ve sosyal ortamlardan kaçmak

- **Beden dismorfik bozukluğunun tedavisi:** İlaç ve psikoterapi birlikte kullanılmaktadır. Kişinin kendisine zarar verme riskinin olduğu bazı durumlarda hastanede tedavi görmesi gerekebilir. Dış görünüşün öneminin medyada ve günlük hayatta sıkça vurgulandığı günümüzde, ailelere, öğretmenlere, doktorlara, medyaya ve gençlerle çalışan herkese önemli görevler düşmektedir.

2.1. Dissosiyatif Bozukluklar

Bu gruptaki hastalıkların psikopatolojisindeki temel düzenek dissosiyasyondur. Dissosiyasyon; kimlik, bellek, algı ve çevre ile ilgili duyular gibi normalde bir bütün halinde çalışan işlevlerin bütünlüğünün bozulmasıdır. Diğer bir niteliği de, davranışların

bireyin normal davranış biçiminden ayrılarak bağımsız bir şekilde tek başına işlev görmesidir.

Dissosiyasyon çoğunlukla travmaya karşı bir savunma düzeneği olarak ortaya çıkar. Travma karşında oluşan dissosiyasyon iki işlevi yerine getirir; travmadan kaçmayı sağlarken aynı zamanda, yaşamın geri kalan bölümünde travmanın yer etmesindeki zorunlu işleyişi de geciktirir. Dissosiyasyon bozukluğunun beş ayrı tipi vardır; dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, dissosiyatif kimlik bozukluğu, depersonalizasyon bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluktur.

- **Dissosiyatif amnezi:** Anahtar belirti genelde travmatik olan ya da yoğun strese neden olan önemli kişisel bilgilerin, sıradan bir unutkanlıkla veya organik bir durumla açıklanamayacak bir biçimde hatırlanmamasıdır. Bu belirti dışında hastalar tamamıyla sağlıklı görünürler ve uygun işlevsellik gösterirler. En sık rastlanan dissosiyatif bozukluktur. Kadınlarda daha sık görülür. Genelde stresli ve travmatik olaylara eşlik eder. Dissosiyatif amnezinin 4 tipi vardır:
 - **Sınırlı amnezi:** En sık rastlanan tiptir. Birkaç saat-birkaç gün gibi kısa süreli olaylarla sınırlı bir bellek kaybı vardır.
 - **Yaygın amnezi:** Tüm yaşam olayları ile ilgili bellek kaybı vardır.
 - **Seçici amnezi:** Sadece bazı olayların veya bazı kişilerin hatırlanmadığı bir durum söz konusudur.
 - **Sürekli amnezi:** Olaylar, yaşanmasının hemen ardından unutulur. Bu nedenle yeni anılar oluşturulamaz. Bir başlangıcı vardır. Başlangıcından bulunan ana dek her şey unutulmuştur.

Hastanın üstesinden gelemediği (cinsel veya agresif) bir dürtünün hayal edilmesi veya gerçek bir şekilde dışa vurulması hızlandırıcı bir etken olabilir. Hastalar genellikle belleklerini kaybettiklerinin farkındadırlar. Bazı hastalar bellek yitimi konusunda endişelidirler, bazıları aldırılmaz ve ilgisiz görünürler.

Kullanılan savunma mekanizmaları bastırma ve yadsımadır. Bastırma ile benlik tarafından kabul edilemeyen veya benliği aşırı derecede rahatsız eden dürtüler bilinç tarafından bloke edilir. Yadsıma ile dış gerçekliğin bazı yönleri bilinç tarafından görmezden gelinir.

- **Dissosiyatif amnezide belirtiler ve tedavi:** Belirtiler genelde birden bire sonlanır ve az sayıda yinelemelerle birlikte iyileşme tamdır. İkincil kazançlar varsa durum daha uzun sürebilir. Yitirilmiş anılar bir kez geri gelince, psikoterapi hastaların bilinçli durumlarıyla hatıralarını birleştirmede yardımcı olabilir.
- **Dissosiyatif Füğ:** Başlıca belirti, kişinin geçmişini ve önemli kimlik bilgilerini (örneğin ad, aile) unutup evinden ya da alışageldiği ortamdan ayrılmasıdır. Kısmen ya da tamamen yeni bir kimliğe bürünür.

Oldukça nadir görülen bir durumdur. En sık savaş sırasında, doğal afetlerden sonra veya yoğun bir iç çatışmadan sonra (örneğin evlilik dışı bir ilişki) ortaya çıkar. Alkol veya madde kullanımı, epilepsi, travma öyküsü, depresyon, bazı kişilik bozuklukları (sınırdaki, histrionik, şizoid) yatıklaştırıcı etkenlerdir.

İyileşme genelde kendiliğinden, hızlı ve tamdır. Yinelemeler nadirdir.

➤ **Dissosiyatif kimlik bozukluğu (çoğul kişilik):**

İki veya daha fazla birbirinden ayrı kimlik ve kişiliğin aynı kişide bulunması ve bu farklı kişiliklerin birbirinden farklı davranış, ilişki kurma biçimi ve tutumlar içine girmesi ile karakterizedir. Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar. Kişilik sayısı genelde 5-10 arasındadır. Bir kişilikten diğerine geçiş ani ve dramatiktir. Hasta genelde diğer kişiliğe ve onun baskınlığı sırasında yaşadığı olaylara amnestiktir.

%90-100'ü kadındır. Geç ergenlik ve genç erişkin dönemlerde başlar. Psikiyatrik eş tanılar sıktır. 2/3'ü intihar girişiminde bulunur. Travmatik çocukluk çağı öyküsü (fiziksel ve/veya cinsel istismar) sıklıkla bulunur. Bu bozukluğu geliştirmeye eğilim hem psikolojik hem de biyolojik olarak bulunabilir. Bu kişilerde EEG anormalliklerine ve hipnoz edilmeye yatkınlığa sık rastlanır.

Prognoz açısından dissosiyatif bozuklukların en kötüsüdür, çoğunlukla kronik seyrederek ve iyileşme tam değildir.

• **Dissosiyatif kimlik bozukluğunda tedavi:**

Tedavi amaçlı psikoterapide öncelikle farklı kimlikleri ayrı ayrı tanımaya çalışmak, ego güçlerini değerlendirmek, travmanın üzerinde durmak ve en son aşamada kimliklerin birleştirilmesini sağlamak gerekir. Bazı olgular hipnozdan faydalanabilir. Eşlik eden belirtilere uygun ilaç seçilmelidir. Genel olarak hastaneye yatırılmaları gerekmez. Ancak intihar düşünceleri ve eylemleri, kendini yaralama, anksiyete, depresyon ve saldırganlık olasılığı varsa yatırılmaları gerekir.

- **Depersonalizasyon bozukluğu:** Kişinin kendi gerçeklik duygusundan ya da bedeninden ayrıldığı hissini olduğu, ya da sanki bunları dışarıdan bir gözlemci gibi izlediği hissini yaşadığı, sürekli veya yineleyen yaşantıların olduğu bir bozukluktur. Bu yaşantısı sırasında kişinin gerçeği değerlendirmesi bozulmaz. Bu tanıyı koymak için belirtilerin yinelemesi ve klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki işlevsellikte azalmaya neden olması gerekir. Anksiyete bozuklukları (örneğin panik atak sırasında), depresyon ve şizofrenide depersonalizasyon bir belirti olarak bulunabilir.

Tedavi ile ilgili bilgiler yetersizdir. Destekleyici psikoterapi önerilir. Eşlik eden belirtilere yönelik ilaç verilebilir.

2.2. Somatoform ve Dissosiyatif Bozukluklarda Yaklaşım

- İlgili sağlık personeli probleme ilişkin bilgi sahibi olmalı, hekim, psikiyatrist, psikolog, hemşire vb. sağlık ekibiyle iş birliğine gitmelidir.
- Hemşire, hastanın ve ailesinin hastalığa ilişkin algı ve tutumlarını tanımaya çalışmalıdır.

- Sağlık ekibinin önerilerine uyulmalı, bu öneriler doğrultusunda tutum ve davranışlar geliştirilmelidir.
- Hastaya karşı ön yargılı olunmamalı, hastaya yargılayıcı davranılmamalı ve hasta olduğu gibi kabul edilmelidir.
- Hastanın kişiliğine saygı duyulmalıdır.
- Hasta ile güvene dayanan bir iletişim kurulmalıdır.
- İletişimde açık bir dil kullanılmalıdır.
- Bireyle iletişimde empati yapılmalıdır.
- Hasta ilaç alıyorsa ilaçlarının takibi yapılmalıdır.
- Somatoform ve Dissosiyatif bozuklukların oluşumunu hazırlayan faktörler belirlenmelidir.
- Çevredeki fiziksel uyaranlar en aza indirilmeli ve güvenli bir çevre oluşturulmalıdır.
- Hastayı aşırı korumaktan kaçınılmalıdır.
- Konuşurken ve çalışırken sakin olunmalı ve uygun bir ses tonu kullanılmalıdır.
- Hastalığın akut dönemlerinde hastanın yanında olmalıdır.
- Duygularını açıklamasına olanak sağlanmalı ve dinlenmelidir.
- Düzenli beslenme ve egzersiz yapması sağlanmalıdır.
- Dissosiyatif bozuklukların önlenmesinde özellikle hafıza teknikleri, okuma, okuduğunu anlatma ve bulmaca çözme gibi uğraşlar çok faydalıdır.

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlemleri yaptığınızda hastanın ruh sağlığını etkileyen faktörleri ayırt edebileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Somatoform bozukluğunun tanımı ve çeşitlerini öğreniniz.	➤ Somatoform bozukluklar, organik bir nedeni olmadan psikolojik olarak ortaya çıkan fiziksel yakınmalardır. Çeşitlerini ilgili kaynaklardan araştırabilirsiniz.
➤ Dissosiyasyon bozukluğunu tanımlayınız.	➤ Dissosiyasyon bozukluğuna uygun ➤ örnek vakalar araştırabilirsiniz.
➤ Dissosiyasyon bozukluğunun çeşitlerini ayırt ediniz.	➤ Dissosiyatif amnezi dissosiyatif füğ, dissosiyatif kimlik bozukluğu, depersonalizasyon bozukluğunu ilgili kaynaklardan araştırabilirsiniz.
➤ Somatoform ve Dissosiyatif bozukluklarda yaklaşımı uygulayınız.	➤ Hastaya ve kişiliğine saygı duymalısınız. ➤ Hasta ile güvene dayanan bir iletişim kurmalısınız. ➤ İletişimde açık bir dil kullanmalısınız. Diğer yaklaşımları ilgili kaynaklardan araştırabilirsiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

- Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.
1. Aşağıdakilerden hangisi somatoform bozuklukları tanımlar?
 - A) Duygusal çöküntü, mutsuzluk ve hareketlerde yavaşlamayla karakterize tablo
 - B) Kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden travmatik yaşantıyla karşılaşması sonucu ortaya çıkan tablo
 - C) Organik bir nedeni olmadan psikolojik olarak ortaya çıkan fiziksel yakınmalardır.
 - D) Fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve endişe hâli olarak tanımlanır
 - E) Hepsi
 2. Aşağıdakilerden hangisinde ağrı, sindirim, cinsel işlev bozukluğu ve nörolojik belirtilerin bir arada olması tanı konulmasını sağlar?
 - A) Somatizasyon bozukluğu
 - B) Farklılaşmamış somatoform bozuklukluğu
 - C) Konversiyon bozukluğu,
 - D) Farklılaşmamış somatoform bozukluk,
 - E) Hiçbiri
 3. Aşağıdakilerden hangisinde kişide belirli bir tıbbi duruma bağlı olmadan en az altı ay boyunca fiziksel yakınmaların olması hâlidir?
 - A) Depresyon
 - B) Posttravmatik stres
 - C) Somatoform bozukluk
 - D) Farklılaşmamış somatoform bozukluk
 - E) Panik atak
 4. Aşağıdakilerden hangisi, kişide altta yatan herhangi bir fiziksel sorun olmaksızın bayılma, duyu kaybı ya da felç gibi nörolojik belirtilerin ortaya çıkması durumudur?
 - A) Özgüven kaybı
 - B) Konversiyon bozukluğu
 - C) Somatoform bozukluk
 - D) Farklılaşmamış somatoform bozuklukluğu
 - E) Depresyon
 5. Aşağıdakilerden hangisi, bedenin bir ya da birden fazla bölgesinde fiziksel bir nedenle açıklanamayan bir ağrı olması durumunu tanımlar?
 - A) Konversiyon bozukluğu
 - B) Somatoform bozukluk
 - C) Farklılaşmamış somatoform bozuklukluğu
 - D) Ağrı bozukluğu
 - E) Dissosiyasyon

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ-1'İN CEVAP ANAHTARI

1	D
2	B
3	C
4	A
5	D

ÖĞRENME FAALİYETİ-2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	A
3	D
4	B
5	D

KAYNAKÇA

- ÖZPOYRAZ, Nurgül, Çukurova Ün.Tıp Fak. Psik. ABD Ders Notları
- ÖZTÜRK, M. Orhan, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Hekimler Yayın Birliği
- ÖZMEN Mine, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri
- Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu Aralık 1999, İstanbul.
- SAYIN, Ashıhan, Gazi Ün. Diş Hekimliği Fakültesi, Psikiyatri Notları
- Yüksel, N., Ruhsal Hastalıklar Kitabı, MN Medikal & Nobel, 3. Baskı, Ankara, 2006.
- <http://www.orgm.meb.gov.tr>
- <http://www.aof.anadolu.edu.tr>