

# Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı

Özgün Karaer KARAPIÇAK<sup>1</sup>, Selçuk ASLAN<sup>2</sup>, Çisem UTKU<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dörtyol Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü, Dörtyol/HATAY

<sup>2</sup>Doç. Dr. Gazi Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD/ANKARA

<sup>3</sup>Uzm. Psikolog Gazi Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD/ANKARA

## Özet

**Amaç:** Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır. Şiddetli sağlık kaygısı, hipokondriazis olarak da adlandırılır. Panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunda da bedensel duyumların yanlış yorumlanması sonucu, bir hastalığı olduğu inancı oluşmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste görülen sağlık kaygısını araştırmak ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Hasta gruplarına, SCID-I uygulanmıştır. Hasta gruplarının, klinik durumlarını ve hastalık şiddetlerini belirlemek amacıyla panik bozukluğu olan hastalara; Panik Agorafobi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Depresif Belirti Envanteri (DBE), somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastalara; Belirti Yorumlama Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri uygulanmıştır. Sağlıklı gönüllülerin var olan psikopatolojilerini saptamak için Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla hem hasta gruplarına hem sağlıklı gönüllülere Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen bulgular hipokondriaziste sağlık kaygısı boyutunun çok önemli bir ana element olduğunu desteklemiştir. Öte yandan panik bozukluk ve somatizasyon da sağlık kaygısının sık yaşandığı ruhsal sorunlardır. Sağlık kaygısı bunların yanı sıra sağlıklı kişilerin ve depresyon tablolarının da bir parçası olarak karşımıza çıkabilir.

**Sonuç:** Gelecek çalışmalarda sağlık kaygısının nasıl daha iyi yönetilebileceği, hangi psikoterapötik müdahalelerin daha etkili olduğunun incelenmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık kaygısı, panik bozukluğu, hipokondriazis

## Summary

### Health Anxiety in Panic Disorder, Somatization Disorder and Hypochondriasis

**Objective:** Health anxiety is the fear of being or getting seriously sick due to the misinterpretation of physical symptoms. Severe health anxiety is also named as hypochondriasis. Belief of having a disease due to the misinterpretation of physical symptoms is also seen in panic disorder and somatization disorder.

The aim of this study is to search the health anxiety in panic disorder, somatization disorder and hypochondriasis and compare it with healthy volunteers.

**Method:** SCID-I was used to determine psychiatric disorders in patient group. In order to assess the clinical state and disease severity of the patient group; Panic and Agoraphobia Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Inventory of Depressive Symptomatology were used for patients with panic disorder and Symptom Interpretation Questionnaire, Hamilton Anxiety Rating Scale, Inventory of Depressive Symptomatology were used for patients with somatization disorder and hypochondriasis. Brief Symptom Inventory was used to assess psychopathology in healthy group. In order to evaluate health anxiety of both groups, Health Anxiety Inventory-Short Form was used.

**Results:** Results of this study support that health anxiety is a significant major component of hypochondriasis. On the other hand, health anxiety seems to be common in panic disorder and somatization disorder. Health anxiety also may be a part of depression or present in healthy people.

**Conclusion:** Further studies are needed in order to search how to manage health anxiety appropriately and which psychotherapeutic interventions are more effective.

**Key words:** Health anxiety, panic disorder, hypochondriasis

## GİRİŞ

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu inancını ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır. Sağlık kaygısı, hafif formlarında, uygun sağlık hizmetini aramaya ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmaya yardımcıdır. Ağır formları toplumda az görülür, ancak genel hastane uygulamasında sık karşılaşılr.

Özellikle panik bozukluğu bulunan bireylerin yaşadığı korkutucu bedensel kaygı belirtileri ve hızla gelişen ciddi bir fiziksel hastalıkla belirtilerin bağlantılı olduğu düşüncesi bedenselleştirme ve farklı hipokondriak uğraşlarla birlikte seyredebilmektedir. Panik nöbetleriyle ortaya çıkan şiddetli bedensel belirtiler ve duyular; birçok olgu tarafından, ciddi sağlık sorunları yaşadıkları biçiminde yorumlanmaktadır. Benzer şekilde somatizasyon bozukluğu olan hastalarda da, bedensel duyuların yanlış yorumlanması sonucu, bir hastalığı olduğu inancı oluşmaktadır (Asmundson ve ark 2001). Sağlık kaygısı olarak adlandırabileceğimiz bu durum ruhsal bozuklukların tanı ve tedavi aşamasında değerlendirilmelidir.

Williams, sağlık kaygısı ve hipokondriazisi anlamak ve tedavi etmek için en iyi yaklaşımın bilişsel davranışçı modeller olduğunu belirtmiştir (Williams 2004). Salkovskis ve Warwick, hipokondriazis ve sağlık kaygısı için, Clark ve Barlow'un panik bozukluğu modeline çok benzeyen, bilişsel davranışçı bir model geliştirmiştir (Barlow 1986). Bu kurama göre, olası hastalığın görülme sıklığı, bulaşabilirliği, seyri, prognozu ve kişide var olan bedensel belirtilerin anlamı ile ilgili işlevsel olmayan varsayım ve inançlar, hipokondriazis ve sağlık kaygısı için risk faktörlerini oluşturur. Hatta bu inançlar gizli olarak kalabilir ve varolduğuna inanılan hastalık hakkında okumak, yeni bir hastalıktan haberdar olmak ya da birtakım bedensel değişiklikler veya duyular gibi değişik olaylarla tekrar harekete geçebilir. Bu inançlar bir kere tetiklenirse özellikle kişiye odaklı, otomatik hipokondriak düşünceler ortaya çıkabilir. Böylece kişi, hastalığın belirteci olabilecek herhangi bir duyuma karşı daima tetikte olur ve giderek anksiyöz bir hal alır (Marcus ve ark. 2007). Sağlık kaygısının, süregelen hale gelmesi ve giderek artışı bu uyum bozucu bilişsel süreçlerle açıklanabilir (Hadjistavropoulos ve ark. 1998). Panik bozukluk sağlık kaygısı belirtilerinin sıklıkla yaşandığı ancak hipokondriazis düzeyinde sabit inanışlara dönüşmediği, daha çok bilişsel olarak o sırada ortaya çıkacak bir bedensel

sağlık tehlikesi olasılığına ve bedensel duyuların yanlış yorumlanmasına odaklanmış bir bozukluktur (Abramowitz ve ark. 2007).

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste görülen sağlık kaygısını araştırmak ve bu hastalık gruplarında saptanan sağlık kaygısını, sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmaktır.

## YÖNTEM

Çalışmaya, Aralık-2009 ile Nisan-2010 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu tanısı almış 56 hasta, somatizasyon bozukluğu tanısı almış 19 hasta ve hipokondriazis tanısı almış 16 hasta ile 50 sağlıklı gönüllü dâhil edilmiştir. Görüşmeler, olgular bilgilendirilerek ve rızaları alınarak yapılmıştır.

Hasta gruplarına, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I: SCID-I) uygulanmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999). Hasta gruplarının, klinik durumlarını ve hastalık şiddetlerini belirlemek amacıyla panik bozukluğu olan hastalara; Panik Agorafobi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis tanısı konulan hastalara; Belirti Yorumlama Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri uygulanmıştır (Tural ve ark. 2000, Yazıcı ve ark. 1998, Aslan ve ark. 2006, Duman ve ark.2004). Sağlıklı gönüllülerin var olan psikopatolojilerini saptamak için Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır (Sahin ve Durak 1994) Sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla, hem hasta gruplarına hem sağlıklı gönüllülere Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulanmıştır (Karapınar ve ark. 2009).

Hasta grubunun çalışmaya dâhil olma ölçütleri; 18-80 yaşları arasında olmak, DSM-IV'e göre panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ya da hipokondriazis tanısı almış olmak, okur-yazar olmak, zekâ geriliği, demans, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı gibi işbirliği ve bilgi almayı zorlaştıran ağır bir ruhsal bozukluğunun bulunmaması idi.

Kontrol grubunun çalışmaya dâhil olma ölçütleri ise; 18-80 yaş arasında olmak, DSM-IV'e göre bilinen bir major psikiyatrik bozukluğun bulunmaması, okur-yazar olmak ve alkol/madde bağımlılığının bulunmaması idi.

**Tablo 1:** Tüm katılımcıların sosyodemografik ve klinik verileri.

Demografik Değişkenler		Panik Bozukluğu		Somatizasyon Bozukluğu		Hipokondriazis		Kontrol	
		N=56	%	N=19	%	N=16	%	N=50	%
Cinsiyet	Kadın	41	40,2	17	16,7	8	7,8	36	35,3
	Erkek	15	38,5	2	5,1	8	20,5	14	35,9
Yaş	18-25	13	52	1	4	2	8	9	36
	26-35	17	29,8	5	8,8	6	10,5	29	50,9
	36-45	9	45	4	20	3	15	4	20
	46-55	14	56	6	24	1	4	4	16
	56 ve üstü	3	21,4	3	21,4	4	28,6	4	28,6
Yaş ortalaması/ standart sapma		36.1/ 12.0		44.3/ 12.1		40.3/ 15.2		33.36/ 10.6	
Eğitim	İlkokul	3	17,6	11	64,7	3	17,6	-	-
	Ortaokul	7	77,8	1	11,1	1	11,1	-	-
	Lise	27	62,8	2	4,7	6	14	8	18,6
	Üniversite	18	26,5	5	7,4	6	8,8	39	57,4
	Yüksek lisans	1	25	-	-	-	-	3	75
Medeni Durum	Bekar	17	43,6	1	2,6	2	5,1	19	48,7
	Evli	30	33	18	19,8	13	14,3	30	33
	Dul	3	100	-	-	-	-	-	-
	Boşanmış	6	75	-	-	1	12,5	1	12,5
Meslek	Çalışmıyor	6	60	1	10	3	30	-	-
	Ev hanımı	12	50	10	41,7	2	8,3	-	-
	İşçi	4	30,8	-	-	-	-	9	69,2
	Memur	17	27,4	4	6,5	5	8,1	36	58,1
	Serbest	5	45,5	1	9,1	3	27,3	2	18,2
	Emekli	6	50	2	16,7	3	25	1	8,3
	Öğrenci	6	66,7	1	11,1	-	-	2	22,2
Fiziksel Hastalığı	Var	16	41	5	12,8	5	12,8	13	33,3
	Yok	40	39,2	14	13,7	11	10,8	37	36,3
Fiziksel Hastalık Türü	Kardiyovasküler	2	28,6	1	14,3	2	28,6	2	28,6
	Diabetes Mellitus	2	28,6	1	14,3	1	14,3	3	42,9
	Tiroid	6	60	-	-	1	10	3	30
	Astım	1	25	1	25	-	-	2	50
	Anemi	3	100	-	-	-	-	-	-
	Osteoporoz	1	100	-	-	-	-	-	-
	Diğer	1	14,3	2	28,6	1	14,3	3	42,9

**İstatistiksel Değerlendirme:** İstatistiksel değerlendirmeler, SPSS for Windows 10.0 paket programı ile yapılmıştır. Çalışmada yer alan örneklem grubunun normal dağılım gösterip göstermediğini anlamak için normallik testi yapılmıştır. Sonuçta, yordayan değişkenlerden yaş ve cinsiyete ait Skewness-Kurtosis değerlerine göre grubun normal dağılmadığı saptanmıştır (Yaş değişkenine ait Skewness- Kurosis=.209—1.116, cinsiyet değişkenine ait Skewness-Kurosis=-1.026--.968). Ayrıca normallik sayıtlılarına göre, örnekleme oluşturan gruplarda yer alan katılımcı sayısı en az 30 olmalıdır. Bu çalışmada ise Somatizasyon Bozukluğu grubunda 19 kişi, Hipokondriazis grubunda ise 16 kişi olduğundan normallik sayıtlısının geçerli olmadığı görülmektedir. Bu nedenle, verilerin değerlendirmesinde nonparametrik analizler kullanılmıştır. Yordanan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Üç gruba ait yordayan değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise, Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise  $p < 0.05$  değeri, istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Meslek, yaş grupları gibi bilgilerin yanı sıra fiziksel hastalık varlığı, var ise türü, katılımcının ve ailesinden herhangi bir bireyin intihar girişimi olup olmadığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, var ise türü ve hasta gruplarının almakta oldukları tedaviler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis hastalık grupları için ortalama hastalık başlangıç yaşı  $31.04 \pm 11.67$ , hastalık süresi  $7.69 \pm 9.13$ , somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis hastalık

grupları için ise ortalama genel tıbbi polikliniklere başvuru sayısı  $9.49 \pm 16.37$ , ortalama acil servise başvuru sayısı  $22.14 \pm 47.85$ , ortalama ameliyat sayısı ise  $1.09 \pm 1.65$  olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmada yer alan panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, hipokondriazis ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların SKE-KF toplam puanı ve sağlık kaygısı ile ilişkili diğer boyutlardan aldıkları puanların Kruskal Wallis testi sonuçları Tablo 4’te verilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında, SKE-KF [ $\chi^2_{(3)} = 88.473, p < .05$ ], olumsuz sonuçlar [ $\chi^2_{(3)} = 46.416, p < .05$ ], kaçınma davranışı [ $\chi^2_{(3)} = 17.607, p < .05$ ], güvence arama [ $\chi^2_{(3)} = 27.773, p < .05$ ] puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. SKE-KF toplam puanı açısından grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında uygulama sonrasında en yüksek kaygı düzeyine hipokondriak hastaların sahip olduğu bunu sırasıyla panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ile kontrol grubunun izlediği görülmektedir. Olumsuz sonuçlar boyutu puanları açısından grupların sıra ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalama puanının panik bozukluğu hasta grubunda görüldüğü, bunu sırasıyla hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu ve kontrol grubunun takip ettiği görülmektedir. Kaçınma davranışı boyutu puanları açısından grupların sıra ortalamalarına bakıldığında büyükten küçüğe doğru panik bozukluğu, kontrol grubu, hipokondriazis ve somatizasyon bozukluğu grubunun sıralandığı görülmektedir. Güvence arama boyutu incelendiğinde ise hipokondriazisli olguların ortalama puanının somatizasyon bozukluğu ortalama puanından, somatizasyon bozukluğu ortalama puanının panik bozukluğu ortalama puanından daha yüksek olduğu, kontrol grubunun ise en düşük ortalama puanı olduğu gözlenmiştir.

**Tablo 2:** Hasta gruplarında belirtilerin başlangıç yaşı, süresi, acil servis, ameliyat sayısı ve poliklinik başvuruları.

Hasta grupları	Değişkenler	N	Ortalama	SD
Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Hipokondriazis	Hastalık başlangıç yaşı	91	31,04	11,67
	Hastalık süresi	91	7,69	9,13
Somatizasyon Bozukluğu, Hipokondriazis	Poliklinik başvuruları	35	9,49	16,37
	Acil başvurusu	35	22,14	47,85
	Ameliyat sayısı	35	1,09	1,65

**Tablo 3:** Tüm gruplarda SKE-KF ve ilişkili boyutları

Ölçekler	Örneklem grupları	N	Sıra Ort.	Sd	$\chi^2$	p	Anlamlı Fark
SKE-KF	Sağlıklı Gönüllü	50	28,25	3	88,473	0,000	Hipokondriazis>Panik Bozukluğu> Somatizasyon Bozukluğu> Sağlıklı Gönüllü
	Panik Bozukluğu	56	98,25				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	78,89				
	Hipokondriazis	16	99,84				
	Panik Bozukluğu	56	94,96				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	85,16				
	Hipokondriazis	16	100				
	Olumsuz Sonuçlar	Sağlıklı Gönüllü	50				
Panik Bozukluğu		56	92,23				
Somatizasyon Bozukluğu		19	72,08				
Hipokondriazis		16	90				
Kaçınma Davranışı	Sağlıklı Gönüllü	50	66,51	3	17,607	0,001	Panik Bozukluğu> Sağlıklı Gönüllü> Hipokondriazis> Somatizasyon Bozukluğu
	Panik Bozukluğu	56	86,9				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	46,55				
	Hipokondriazis	16	58,41				
Güvence Arama	Sağlıklı Gönüllü	50	49,77	3	27,773	0,000	Hipokondriazis>Somatizasyon Bozukluğu> Panik Bozukluğu> Sağlıklı Gönüllü
	Panik Bozukluğu	56	74,54				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	89,29				
	Hipokondriazis	16	103,25				

Tüm örneklem grubunda yer alan katılımcıların SKE-KF puanı ve sağlık kaygısı ile ilişkili diğer boyutlardan aldıkları puanların yaş grupları açısından fark olup olmadığını anlamak için Kruskal Wallis analizi uygulanmış ve sonuçları Tablo 5'te verilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında SKE-KF puanları [ $\chi^2_{(4)}=13.627$ ,  $p<.05$ ], olumsuz sonuçlar boyutu puanları [ $\chi^2_{(4)}=12.348$ ,  $p<.05$ ] ve kaçınma davranışı boyut puanları [ $\chi^2_{(4)}=14.525$ ,  $p<.05$ ] açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bunun tersine, güvence alma boyutu puanları [ $\chi^2_{(4)}=5.056$ ] açısından böyle bir bulgu elde edilmemiştir. SKE-KF puanı açısından grupların sıra ortalamaları dikkate

alındığında, uygulama sonrasında en yüksek kaygı düzeyine 36-45 yaş arasında yer alan hastaların sahip olduğu, bunu sırasıyla 46-55 yaş, 18-25 yaş, 56 ve üstü yaş ile 26-35 yaş gruplarının takip ettiği görülmektedir. Olumsuz sonuçlar boyutuna bakıldığında grupların sıra ortalamaları arasında sırasıyla 36-45 yaş, 46-55 yaş, 18-25 yaş, 56 ve üstü yaş ile 26-35 yaş grupları şeklinde bir sıralama olduğu gözlenmektedir. Kaçınma davranışı boyutu puanları açısından grupların sıra ortalamalarına bakıldığında büyükten küçüğe doğru, 18-25 yaş, 46-55 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 56 ve üstü yaş grupları şeklinde sıralandığı görülmektedir.

**Tablo 4:** Tüm gruplarda SKE-KF ve ilişkili boyutlarının yaşa göre analizi.

Ölçekler	Yaş Grubu	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	p	Anlamlı Fark
SKE-KF	18-25 yaş	25	71,76	4	13,627	0,009	36-45 yaş> 46-55 yaş> 18-25 yaş> 56 ve üstü yaş> 26-35 yaş
	26-35 yaş	57	57,91				
	36-45 yaş	20	91,8				
	46-55 yaş	25	84,06				
	56 ve üstü yaş	14	69,89				
Olumsuz Sonuçlar	18-25 yaş	25	69,18	4	12,348	0,015	36-45 yaş>46-55 yaş>18-25 yaş >56 ve üstü yaş >26-35 yaş
	26-35 yaş	57	60,34				
	36-45 yaş	20	93,5				
	46-55 yaş	25	82,44				
	56 ve üstü yaş	14	65,07				
Kaçınma Davranışı	18-25 yaş	25	86,34	4	14,525	0,006	18-25 yaş >46-55 yaş>26-35 yaş> 36-45 yaş >56 ve üstü yaş
	26-35 yaş	57	72,82				
	36-45 yaş	20	66,85				
	46-55 yaş	25	74,48				
	56 ve üstü yaş	14	35,89				
Güvence Arama	18-25	25	64,72	4	5,056	0,282	
	26-35	57	65,11				
	36-45	20	84,45				
	46-55	25	76,54				
	56 ve üstü	14	71,75				

Tüm hasta gruplarındaki kadın ve erkek katılımcıların elde edilen SKE-KF puanı ve ilişkili boyutlardan aldıkları toplam puanlarının karşılaştırılması amacıyla Mann Whitney U-testi uygulanmıştır. Buna göre kadın ve erkek katılımcıların SKE-KF (U=780), olumsuz sonuçlar (U=801.5), kaçınma davranışı (U=754.5), güvence arama (U=654.5) ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

## TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Çalışmamızda, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastaların sağlık kaygısının varlığı araştırılmış, üç grup arasında bir karşılaştırma yapılmış ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Literatürdeki araştırmalarda, somatoform bozukluklardan özellikle hipokondriaziste ve anksiyete bozukluklarında sağlık kaygısının yüksek olduğu belirtilmiştir (Williams 2004, Taylor ve Asmundson 2004, Abramowitz ve ark. 2007). Sağlık kaygısı yüksek olan bireyler, defalarca pratisyen doktorlara gidip, değişik tedaviler almaktadır (Conroy ve ark. 1999). Herkes için gerektiği gibi hipokondriak bireylerin, özellikle de yaşlı olanların, periyodik tıbbi değerlendirmeleri gereklidir (Taylor ve Asmundson 2004). Ancak doktor ziyaretleri aracılığı ile sağlanan güvence arama davranışı, kaygıda kısa süreli bir azalma sağlar ve olumsuz bir pekiştireç olarak sağlık kaygısının devamında rol oynar (Conroy ve ark. 1999).

Çalışmamıza katılanlardan somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak olanların, genel tıp polikliniklere ortalama başvuru sayısının  $9,49 \pm 16,37$ , acil servislere ortalama başvuru sayısının  $22,14 \pm 47,85$  saptanmıştır. Hipokondriak kişilerin çoğu, her seferinde “bu kez” ciddi bir sorunları olduğunu düşünerek defalarca polikliniklere ve acil servislere başvurur. Ancak acil serviste uzun süre muayene için beklemek kişiyi rahatsız eder ve sık bir şekilde gereksiz hastane ziyaretlerine başlarlar (Taylor ve Asmundson 2004).

Çalışmamıza katılan tüm gruplar birlikte değerlendirildiğinde, beklentilerimizle uyumlu olarak sağlık kaygısının en yüksek olduğu grup hipokondriazis olarak bulunmuştur. Bunu sırasıyla panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve sağlıklı gönüllüler izlemiştir. Bu çalışmada kullandığımız SKE-KF, sağlık kaygısının bilişsel ve davranışsal boyutlarını ölçebilen yeni bir araçtır. Hem hipokondriak hastaları hem de sağlıklı bireyleri değerlendirmek için iyi psikometrik

özelliklere sahiptir. Abramowitz ve arkadaşları, sağlık kaygısı açısından, ilk kez hipokondriazis ile anksiyete bozukluklarını, bu ölçeği kullanarak karşılaştırmışlardır ve panik bozukluğu hastalarının SKE-KF skorlarını, hipokondriak hastaların skorları kadar yüksek saptamışlardır (Abramowitz ve ark. 2007).

Sağlık kaygısının değerlendirildiği SKE-KF’da ilk 14 soruda, hastalığa yakalanma olasılığı ile bedensel uyarılma sorgulanmaktadır. Panik bozukluğunda kilit rol oynadığına inanılan bedensel uyarılma, hipokondriazisi anlamak için de önemlidir (Schmidt ve ark. 1997). SKE-KF bedensel uyarılma faktörü, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve güvenlik davranışlarını sık kullanma konusunda, en güçlü psikolojik yordayıcı olarak bulunmuştur. Bedensel uyarılma, sağlık kaygısının süregenleşmesinde rol oynar. Bedensel uyarılmanın, felaket olarak yorumlanan bedensel belirtilerin, algılanma olasılığını arttırdığı düşünülmektedir ki bu da kişinin, hastalığa yakalanma korkusunu ve güvence arama davranışını pekiştirir. Panik bozukluğunda bedensel uyarılma, uyarılmışlıkla ilişkili bedensel duyumlara odaklanmıştır ve bu tür duyumlar hakkındaki katastrofik inançlardan kaynaklanır. Aksine hipokondriaziste bedensel uyarılma, uyarılmışlıkla ilişkili olmayan belirti ve bulgulara odaklanmıştır ve hastalıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan kaynaklanır (Abramowitz ve ark. 2007).

Çalışmamızdaki tüm gruplarda olguların SKE-KF’deki olumsuz sonuçlar bölümüne verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde en yüksek ortalama puanı, panik bozukluğu hastalarının aldığı saptanmıştır. Bunu sırasıyla, hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu ve sağlıklı gönüllü grupları takip etmiştir. Bilişsel-davranışçı kurama göre, sağlık kaygısı yüksek olan kişiler, sağlık ile ilişkili bilgi ve duyumları kişiyi tehdit eden bir felaket olarak algırlar. Yapılan çalışmalarda bu kişilerin felaketeleştirme puanları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve ark. 1998). Bedensel uyarılma ile yüksek sağlık kaygısı seviyelerinin birleşimi, bedensel ipuçlarının katastrofik şekilde yorumlanmasıyla hipokondriak korku ve panik nöbetlerine yol açar (Deacon ve ark.2008).

SKE-KF’un kaçınma davranışı ek boyutuna göre tüm gruplar incelendiğinde, panik bozukluğu hasta grubu en yüksek puanı almıştır. Panik bozukluğu grubunu, sırasıyla sağlıklı gönüllü, hipokondriazis ve somatizasyon bozukluğu grupları izlemiştir. Hastalığa yakalanmaktan korkan insanların, tipik davranışlarından biri de hastalıkla ilişkili

uyarılardan kaçmaktır. Kaçma davranışı, hem aktif hem pasif olabilir. Pasif kaçınma, hasta veya hasta gibi görünen kişilerden ya da sağlık hizmetlerinde çalışan doktor, hemşire gibi hastalık taşıyabileceği düşünülen kişilerden kaçınmak şeklinde olur. Aktif kaçınma ise, herhangi bir hastalık için yüksek risk altında olan kişinin, o hastalık için gerekli tetkiklerden kaçınması şeklinde olur (Taylor ve Asmundson 2004). Sağlık kaygısı yüksek olan panik bozukluğu ve hipokondriazis grubunun, bu boyuttan yüksek puan alması, daha önceden yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında beklenen bir durumdur (Hadjistavropoulos ve ark. 1998). Ancak bizim çalışmamızda, sağlıklı gönüllülerin kaçınma davranışı puanları da yüksek bulunmuştur. Bu durum araştırmalarla uyumluluk göstermemekle birlikte, genel olarak, insanların, çeşitli sebeplerle hastane ortamına girmek istememesi, doktor ziyaretlerinden hoşlanmaması nedeniyle olabilir.

SKE-KF'un güvence arama ek boyutuna göre tüm gruplar incelendiğinde, hipokondriazis hasta grubu en yüksek puanı almıştır. Hipokondriazis grubunu, sırasıyla somatizasyon bozukluğu, panik bozukluğu ve sağlıklı gönüllü grupları izlemiştir. Güvence alma, kişinin sağlığı ile ilgili kötü giden bir şey olmadığı mesajının, tekrarlayan şekillerde gösterilmesi olarak tanımlanır. Sağlık kaygısı olan kişilere, doktorlarının sağladığı güvence, bedenle ilgili yakınmaların gözden geçirilmesi, fizik muayene ve/veya tıbbi tetkikler şeklinde olabilir (Warwick, Salkovskis 1985). Çalışmalar, hipokondriaklarda, güvence almanın başlangıçta yatıştırıcı bir etkisi olduğunu ancak genellikle 24 saat içinde sağlık kaygısının geri döndüğünü göstermektedir (Haenen ve ark. 2000).

SKE-KF'da, yaş grupları açısından sağlık kaygısı ve olumsuz sonuçlara bakıldığında, 36-45 yaş aralığı grubunun en yüksek puanı aldığı görülmüştür. Bu bulgu, genellikle o yaş grubunda kronik fiziksel hastalıklara yakalanma oranının daha fazla olması ile açıklanabilir. Yani bir hastalıkla yaşamaya adapte olma döneminde sağlık kaygısı artış gösterebilir. Ayrıca, bu uyum sürecinde, hastalığın, kişinin hayatını mahvettiğine dair düşünceler baş gösterebilir.

Çalışmamızda, SKE-KF, toplam puan ve ilişkili boyutları açısından cinsiyet farkına göre değerlendirildiğinde, anlamlı bir fark bulunmamıştır. Noyes ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada, sağlık kaygısı ve güvence arama puanları, kadınlarda, erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak dışlanma ve bedensel duyumlara odaklanmada, cinsiyete göre farklılık görülmemiştir. Sonucun bizim çalışmamızla benzerlik göstermemesinin nedeni

farklı sağlık kaygısı ve bileşenlerini ölçmek için farklı ölçeklerin kullanılması olabilir (MacSwain ve ark. 2009).

Çalışmamızda, HADÖ ölçek toplam puanları ve HADÖ psikik alt ölçek puanları açısından üç hastalık grubu karşılaştırıldığında, sıralama; hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluğu şeklinde olmuştur. HADÖ ölçeği ile SKE-KF'da çıkan sonuçlar benzerdir. Buna dayanarak, SKE-KF'un kaygıyı ölçmek için kullanılacak iyi bir ölçek olduğu söylenebilir (Abramowitz ve ark. 2007).

Geçtiğimiz 20 yılda, hipokondriazis modeli, diğer anksiyete bozukluklarının da oluşmasında etkili olan bilişsel ve davranışsal süreçleri içeren, 'sağlık kaygısı' olarak yeniden geliştirilmiştir (Abramowitz ve ark. 2007). DSM-IV'e göre, hipokondriazis, belirti ve bulgular bedene odaklı olduğu için, somatoform bozukluklar içinde yer almaktadır. Ancak burada gözetilen, hipokondriazis ile somatoform bozukluklar grubu arasındaki, yüzeysel fenomenolojik benzerliklerdir. Oysaki hipokondriazis ile anksiyete bozukluklarının paylaştığı önemli işlevsel mekanizmalar bu sınıflandırma sistemine göre açık değildir. Ayrıca hipokondriazisin temel özelliği, kişinin sağlığı hakkındaki kaygısıdır, aşırı veya anormal somatik belirtilerin varlığı değildir. Bilişsel-davranışçı modele göre hipokondriazis, sağlık kaygısı olarak değerlendirildiğinde, fenomenolojik ve fonksiyonel olarak hipokondriazis ile OKB ve panik bozukluğu arasında benzerlikler vardır. Ek olarak hipokondriaziste, mantıksız, hastalığı hatırlatıcı düşüncelerden korkma ve kaçış vardır. Bu düşüncelerin ışığında, DSM-V'te, hipokondriazisi, anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırmak, hastalığın doğası ve tedavisi açısından daha anlamlı olacaktır (Olatunji ve ark. 2009).

Çalışmamıza katılan, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak örneklem gruplarının sayısı olarak azlığı, çalışmanın önemli sınırlılığıdır. Bu nedenle, elde ettiğimiz sonuçlarla genelleme yapılamamıştır. Çalışmanın ikinci sınırlılığı, çalışmanın deseninin kesitsel olması nedeniyle hastalardan alınan klinik bilgilerin, hastaların hafızasına bağlı olarak yanıltıcı olabilmesidir. Son kısıtlılık olarak ise, sağlık kaygısının değerlendirildiği aşamada, hastalardan birçoğunun farmakolojik tedavi alıyor olması kabul edilebilir.

Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen bulgular hipokondriaziste sağlık kaygısı boyutunun çok önemli bir ana element olduğunu desteklemiştir. Sağlık kaygısı teriminin hipokondriazisle eş anlamlı



kullanılması etiketlemeyi azaltarak hastanın yardım alma isteğini olumlu yönde destekleyecektir. Öte yandan panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu da sağlık kaygısının sık yaşandığı ruhsal sorunlardır. Sağlık kaygısı bunların yanı sıra sağlıklı kişilerin ve depresyon tablolarının da bir parçası olarak karşımıza çıkabilir. Gelecek çalışmalarda sağlık kaygısının nasıl daha iyi yönetilebileceği, hangi psikoterapötik müdahalelerin daha etkili olduğunun incelenmesi yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP (2007) The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. *Cogn Ther Res.*, 31:871–883.
- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ, (2007) Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders. *Behav Ther.*, 38:86–94.
- Aslan S, Kuruoğlu AÇ, Işıklı S ve ark. (2006) Depresif Belirti Envanteri - Klinisyen Formu (DBE-K30) ve Özbildirim Formu (DBE-Ö30)'nun Majör Depresyonlu Hastalarda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Klin Psikofarmakoloji Bülteni*,16:1-14.
- Asmundson GJG, Taylor S.,Sevgur S ve ark. (2001) Health anxiety: Classification and clinical features. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Eds.) *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related disorders* (pp. 3–21). New York, Wiley.
- Barlow DH *Anxiety and its disorders* (2002): The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. New York: Guilford. sf: 51
- Clark D M (1986) A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther.*, 24: 461–470.
- Conroy RNM, Smyth O, Siriwardena R ve ark. (1999). Health Anxiety and Characteristics of Self-Initiated General Practitioner Consultations. *J Psychosom Res.*, 46: 45-50.
- Deacon BJ, Lickel J, Abramowitz JS (2008) Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*; 22: 344–50.
- Duman ÖY, Usubütün S, Göka E (2004) Belirti Yorumlama Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türk Psikiyatr Derg.*,15:26-40.
- Hadjistavropoulos HD, Craiq KD, Hadjistavropoulos T (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behav Res Ther.*, 36; 149-164.
- Haenen MA, de Jong PJ, Schmidt AJ ve ark. (2000) Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behav Res Ther.*,38:819-33.
- Karapıçak ÖK, Aktaş K, Aslan S (2009) Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi (20-24 Ekim 2009) poster bildiri sf:75.
- MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH ve ark. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Pers Individ Differ.*, 47: 938–943.
- Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM ve ark. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clin Psychol Rev.*, 27: 127–139.
- Noyes R, Stuart S, Langbehn D ve ark. (2003) Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosom Med.*, 65:292–300.
- Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Brit J Psychiat*, 194:481–482.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:227-232.
- Schmidt NB, Lerew DR, Trakowski JH (1997) Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psych.* 65:214–220.
- Şahin NH, Durak A (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikol Derg.* 9(31): 44-56.
- Taylor S, Asmundson GJG (2004). *Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach*. The Guilford Press New York, London.
- Tural Ü, Fidaner H, Alkın T ve ark. (2000) Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) Türkçe Uyarlanması. *Türk Psikiyatr Derg.*11: 29-39
- Warwick HM, Salkovskis PM (1985). Reassurance. *Br. Med. J (Clin Res Ed.)* Apr 6; 290 (6474):1028.
- Williams PG (2004) The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Ther Res.* 28: 629–644
- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg.* 9: 1147.

### *Yazışma adresi/Address for correspondence:*

Doç. Dr. Selçuk ASLAN, Gazi Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Beşevler/Ankara  
E-mail: saslan@gazi.edu.tr

Alınma Tarihi: 16.10.2011

Kabul Tarihi: 26.12.2011

Received: Oct.16.2011

Accepted: Dec. 26.2011