

UYUM BOZUKLUĞU

Halise Devrimci ÖZGÜVEN*, Engin Turan TUNCER**

ÖZET

DSM sınıflandırma sisteminin Uyum Bozukluğu tanısı, açık ve özgül bir belirti profili olmayan birkaç kümesinden biridir. Uyum Bozukluğu, ruhsal sıkıntı, sosyal-çevresel zorlanmalar yaşama ve bazen davranışsal bozuklukların varlığı gibi, psikiyatrik bir bozukluk olmanın çok genel koşullarını karşılamaktadır. Klinik özellikleri henüz tam geliştirilmediği ve altta yatan etiyolojik faktörleri açık olmadığı için halen sıra dışı ve "transitional" bir tanı kategorisi olarak görülmektedir. Ancak yapılan çalışmalar uyum bozukluğu tanısının tanımsal ve prediktif geçerliliğini desteklemektedir. Uyum bozukluğu özellikle konsültasyon-lyezon psikiyatrisi ve psikiyatrik kriz alanları için iyi bir araştırma alanı ve sıklıkla kullanılabilecek bir tanı sınıfı gibi görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: Uyum Bozukluğu, kriz, konsültasyon-lyezon psikiyatrisi

Adjustment Disorder

SUMMARY

Diagnosis of adjustment disorder of the DSM classification system is one of the categories that hasn't clear and specific symptom profile. Adjustment disorder meets the criteria of being a general

psychiatric disorder such as feelings of anxiety, experiencing social-environmental strains and sometimes showing behavioural disturbances. In the meantime, it's etiological factors are not clear enough and the clinical characteristics are not defined clearly so it is seen as a "transitional" diagnostic category. But the results of the studies support the identifiable and predictive validity of this diagnosis. Adjustment disorder as a class of diagnosis seems to be a good research area and could be used frequently especially in consultation-liason psychiatry and in crisis.

Key Words: Adjustment disorder, crisis, consultation-liason psychiatry

Birkaç yüzyıl önce dinin "normal" ile "anormal" arasındaki ayırımı, "iyi" ile "şeytani" arasındaki dikotomiye dayandığı ve akıl hastalıklarının doğa üstü güçlerle ilişkisine kuvvetle inanıldığı bir çağda, XVII. yüzyılda yaşamış olan Napier, deilikten daha az akut ve daha az şiddetli olan, hastaların "gamlı" diye tanımlanabileceği bir çeşit akıl hastalığı daha tanımlamıştı. Bu "gamlı" kadın ve erkekler, başta iç sıkıntısı ve yalnızlık olmak üzere tipik melankoli belirtilerinden yakınıyorlardı. Napier bu tabloya ilişkin vakalar bildirmekte ve bunların ruhsal sıkıntılarının dışsal zorlanmalarla ilişkisine de dikkat çekmekteydi. Tıp tarihçesi Mac Donald, bugün Uyum Bozukluğu olarak tanımladığımız tablonun Napier'in bildirdiği vakalarla benzerliğine dikkat çekmektedir (Fabrega, 1987).

* Uzm. Dr. AÜPKUAM

** Doç. Dr. AÜTF Psikiyatri ABD

1980'lerden beri akademik psikiyatri büyük ölçüde biyolojik yaklaşımların etkisi altındadır ve psikososyal davranışsal etkenler araştırmalarda, teorilerde ve klinik uygulamada görece daha küçük bir rol oynamaktadır. Ancak hiçbir sosyal grup yoktur ki, ruhsal sıkıntıya ve işlevsellikte bozulmaya yol açabilecek zorlanmalardan tamamen uzak olabilsin. Bu nedenle, baskın biyomedikal anlayışa karşın, modern tıp ve davranış bilimleri, zorlanmaların yol açtığı evrensel sıkıntıları ve bozuklukları önemle ele almaktadır.

Biyomedikal tıp anlayışında tanı koymanın geleneksel bir önemi ve anlamı vardır; "hastalık" olan durumu "hastalık olmayan" durumdan ayırmak temeldir. Psikiyatri alanındaki nozolojik gelişmenin temeli de bu anlayışa dayanmaktadır. Uyum Bozukluğu bu nozolojik yaklaşımın yumuşak bakışını temsil etmektedir.

DSM sınıflandırma sisteminin Uyum Bozukluğu tanısı, açık ve özgül bir belirti profili olmayan birkaç kümesinden biridir. Uyum Bozukluğu, ruhsal sıkıntı, sosyal-çevresel zorlanmalar yaşama ve bazen davranışsal bozuklukların varlığı gibi, psikiyatrik bir bozukluk olmanın çok genel koşullarını karşılamaktadır (Fabrega 1987). Klinik özellikleri henüz tam geliştirilmediği ve alta yatan etiyolojik faktörleri açık olmadığı için halen sıra dışı ve "geçici (transitional)" bir tanı kategorisi olarak görülmektedir (Fabrega ve ark 1987). Andreasen, bazı klinisyenlerin uygulama içinde bu tanıyı bir çöp sepeti gibi kullanıp kullanmadıklarını sorgulamaktadır (Andreasen ve Hoenk 1982).

Uyum Bozukluğu'nun konvansiyonel ve kültürel bir temeli vardır; bu tür bozuklukların bütün sosyal gruplarda evrensel olduğu bildirilmektedir (Fabrega 1987). Kültürel ve tıbbi antropoloji literatürü sosyal zorlanmaları izleyen, iyilik-mutluluk halini ve işlevselliği etkileyen kişi odaklı bozuklukların çok sık olduğunu göstermektedir (Fabrega 1980). Bu durumdaki kişiler, hemen her toplumda o topluma özgü bir yolla, tıbbi anlamda tedavi edilmekte, yani, bu durum bir hastalık ya da bir sağlık krizi olarak görülüp, grubun tıbbi uygulayıcıları tarafından ele alınmaktadır.

Bu tür bozukluk ya da hastalıklar hemen her toplumda kendine özgü bedensel ve ruhsal belirtiler gösterir. Bu tabloların bazı toplumlarda kendine

özgü adları bile vardır. Örneğin yerli Amerikan grupları arasında "Saladera, Susto", Kuzey Amerika'da "Nervous breakdown", Yoruba kabilesinde "Airi-Orunsun" bunlar arasında sayılabilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği, tanı sınıflandırma sistemi oluşturmaya yönelik çalışmalarını çeşitli tanı sınıfları için çalışma grupları oluşturarak yürütmüştür. DSM-III'ün hazırlanması sırasında bu çalışma grupları, klinisyene kişide psikiyatrik bir bozukluk olduğunu düşündüren, ancak özgül bir tanı sınıfına sokulamayan hastaların bir tanı almasını sağlayan "artık" bir tanı kümesine gereksinim olduğunu belirlemişler ve Uyum Bozukluğu'nu sınıflandırma sistemine dahil etmişlerdir (Strain ve ark 1989). Bu artık kümenin betimsel (deskriptif) prediktif geçerliliğini araştırmış olan çeşitli çalışmalar vardır. Bunlardan Looney ve Gunderson'un (1978), Andreasen ve Wasek'in (1980) ve Andreasen ve Hoenk'in (1982) yaptıkları çalışmalar, DSM-III'deki Uyum Bozukluğu tanı ölçütlerinin belirlenmesindeki temel kaynaklar olmuşlardır ve özellikle bu kümenin betimsel geçerliliğine yönelik veriler sunmuşlardır.

Mc Kegne ve arkadaşlarının (1983) yaptıkları çalışmaya göre DSM-III'ün geliştirilmesiyle birlikte, tıbbi bakım ünitelerinde daha önce depresyon olarak değerlendirilen vakaların çoğunun Uyum Bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (Fabrega ve ark 1987). Daha sonra Fabrega ve arkadaşlarının (1986, 1987), Rosen ve arkadaşlarının (1987), Popkin ve arkadaşlarının (1989) ve Bronisch ve Hecht'in (1989) yaptıkları çalışmalarda, Uyum Bozukluğu'nun betimsel ve prediktif geçerliliğini destekleyen önemli veriler elde edilmiştir.

Synder ve arkadaşları (1990) Uyum Bozukluğu tanısının kalıcılığını inceledikleri çalışmalarında, "Depresif Duygudurumlu Uyum Bozukluğu" olarak değerlendirilen hastaların %79.2'sinde hastalık sonlandığında da tanının aynı kaldığını tespit etmişlerdir. Bu sonuç Uyum Bozukluğu'nun tanısız kalıcılığının, Major Depresyon ile çok benzer olduğunu göstermekte ve bu bozukluğu "artık" bir tanı kümesi olarak görmedeki eğilime rağmen, betimsel geçerliliğini güçlü bir biçimde desteklemektedir.

Uyum Bozukluğu dahili ve cerrahi nedenlerle hastanede yatan hastalar arasında en sık rastlanılan psikiyatrik tanılardan biridir (Kaplan ve ark 1994). Andreasen ve Wasek'in (1980) 3 yıl boyunca

ca hastaneye yatan tüm vakaları değerlendirdikleri çalışmada, Uyum Bozukluğu görülme sıklığı %5 olarak bildirilmiştir. Derogatis ve arkadaşlarının (1983) ise seçilmiş bir grupta - yeni tanı konmuş kanserli hastalarda- yaptıkları bir başka çalışmada, kanserli hastalar arasında Uyum Bozukluğu yaygınlığı %32 olarak bulunmuş ve bu oran kanserli hastalarda en sık rastlanan Eksen I bozukluğunun Uyum Bozukluğu olduğunu göstermiştir. Daha sonra Fabrega ve arkadaşları (1987) ayaktan izlenen 6800 psikiyatrik hasta ile yaptıkları çalışmada bunların %10'unun Uyum Bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığını ve %9'unda birincil tanının Uyum Bozukluğu olduğunu; bu 6800 hastaya konan toplam 13000 Eksen I tanısının %5.5'inin Uyum Bozukluğu olduğunu ve Uyum bozukluğu tanısı alan hastaların %30'unda Uyum Bozukluğu'nun tek tanı olduğunu tespit etmişlerdir. Buna göre Uyum Bozukluğu, alkol bağımlılığı sendromu, major depresyon-tek epizod, major depresyon-tekrarlayıcı tip ve distimik bozukluktan sonra en sık konan 6. tanıdır ve %30 oranı bipolar, ünipolar affektif bozukluk ve fobik bozuklukların oranlarını izlemektedir.

1983 ile 1990 yılları arasında çeşitli konsültasyon-liyezon psikiyatrisi servislerinde yapılan çalışmalara göre, bu servislerde konsülte edilen hastalar arasında Uyum Bozukluğu yaygınlığı %11.5 ile %33 arasında değişmektedir (Mc Kegney ve ark 1983; Rosen ve ark 1987; Bronisch ve Hecht 1989; Popkin ve ark. 1990; Synder ve ark 1990). Uyum Bozukluğu'nun en sık ergenlerde (Andreasen ve Hoenk 1982; Rosen ve ark. 1987; Synder ve ark. 1990; Kaplan ve ark. 1994) olmak üzere özellikle genç yaşlarda görüldüğü bildirilmekte, ancak her yaşta görülebileceği de bilinmektedir. Kadın/erkek oranı 2/1 civarındadır (Rosen ve ark 1987; Snyder ve ark 1990; Kaplan ve ark 1994; De Leo 1989); hiç evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde daha sık ortaya çıkabilmektedir (Bronisch 1989; Snyder 1990). Uyum Bozukluğu ile birlikte en sık görülen psikiyatrik bozukluklar Organik Mental bozukluklar ile alkol ve madde bağımlılığıdır (Fabrega 1987; Snyder 1990).

Etyoloji

Uyum Bozukluğu, tanı ölçütleri içinde de belirtildiği gibi bir ya da birden çok zorlanmanın ortaya çıkarttığı bir durum olarak düşünülmektedir. Zorlayıcı yaşam olaylarıyla kişilerde çok çeşit ve şiddette duygusal ve davranışsal belirtiler ortaya çıkabilir.

Ancak bu birlikte bulunma ilişkisinin bozukluğun etiolojisini tek başına açıklayamayacağına ait görüşler vardır.

Freud sıradan bir zorlanmanın neden bazı kişilerde hastalığa yol açarken, diğerlerinde yol açmadığını merak etmiştir (Kaplan ve ark 1994). Psikoanalitik araştırmalar bir kişinin zorlanmaya yanıt verme kapasitesinde annenin ve destekleyici çevrenin rolüne önem vermektedirler. Winnicott'un "yeterince iyi anne (good-enough mother)" kavramı bu konuda önemle üzerinde durulan bir kavramdır. "Yeterince iyi anne", çocuğunun gereksinimlerini karşılayabilen ve büyüyen çocuğun yaşamdaki engellenmeleri kaldırabilmesini yeterince destekleyebilen kişidir (Jennings 1993). Çocukluk çağındaki ruhsal bir zedelenme; boşanma, işle ilgili sorunlar, bedensel hastalıklar gibi zorlanmalarla karşılaşıldığında normal bir kişiyi, Uyum Bozukluğu geliştirmeye yatkın kılabilir denmektedir (Pollock 1992). Praag (1982) Uyum Bozukluğu geliştiren hastaların kişilik yapısının daha değişken ve daha nevrotik olduğunu belirtmektedir. Psikoanalitik yaklaşımlı araştırmacılar Uyum Bozukluğu'nu anlamının şu üç faktörü değerlendirerek mümkün olabileceğini belirtmektedirler:

1. Zorlanmanın niteliği
2. Zorlanmanın o kişi için bilinç düzeyindeki ve bilinçdışı anlamı
3. Kişinin önceden var olan yapısal duyarlılığı, yatkınlığı.

Psikoanalitik yaklaşıma göre Uyum Bozukluğu'na yol açtığı düşünülen güncel zorlanmanın, çocuklukta yaşanmış zedelenme ve düş kırıklıklarını uyandırarak etkili olması önemli bir olasılıktır, bu nedenle Uyum Bozukluğu olan kişiler, şimdiki olayın geçmişteki zedeleyici olaylara benzer yanlarını araştırmaları için cesarettendirilmelidirler (Kaplan ve ark 1994).

Psikoanalitik teorisinin Uyum Bozukluğu'nu anlamada işaret ettiği geçmiş zedeleyici yaşantılar ve düş kırıklıklarını araştıran bir çalışmaya literatürde rastlanamadı. Ancak, yapısal duyarlılık ve yatkınlığın incelendiği birkaç çalışma vardır. Bronisch ve Hecht'in (1989) Uyum Bozukluğu ile Major depresyonu olan hastaların kişilik özelliklerini karşılaştırdıkları çalışmada Uyum Bozukluğu olan hastalarda çeşitli özellikler arasında normalin üstünde puan alınan hiçbir kategori saptanmamıştır.

Popkin ve arkadaşlarının (1990) bir konsültasyon-liyezon psikiyatri servisinde bedensel hastalıkları nedeniyle hastanede yatmakta olan hastalarda yaptıkları bir çalışmada, Uyum Bozukluğu olan hastaların daha önce başka zorlanmalarla da benzer bir dönem geçirip-geçirmediklerine bakılmış ve hastaların yalnız %2'sinin daha önce de Uyum Bozukluğu geçirmiş olduğu saptanmıştır; bu sonuç yapısal duyarlılık hipotezini desteklemektedir. Yapısal yatkinliğe işaret edebilecek olan, hastalığın ortaya çıkışından önceki işlevsellik düzeyinin incelendiği bir çalışmada (Fabrega ve ark 1987), Uyum Bozukluğu olan hastaların bozukluktan önceki işlevsellik düzeyleri normal kontrollerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuş, ancak aynı çalışmada Uyum Bozukluğu ile bunun dışında psikiyatrik bozukluğu olan hastaların oluşturduğu grup karşılaştırıldığında, bu grubun hastalık öncesi işlevselliğinin de Uyum Bozukluğu hastalardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür.

Aslında Uyum Bozukluğu koruyucu hekimliğe ve danışma hizmetlerine öncelik veren çağdaş tıp anlayışının ve psikiyatrideki çağdaş kriz kuramı ve krize müdahale yaklaşımının bir parçasıdır. Tüm insanlar yaşamlarının çeşitli dönemlerinde başedilmesi güç yaşam olaylarıyla karşılaşabilirler ve bazen daha önce kendilerine yeterli olmuş başetme becerileri mevcut durumda mücadele etmede yeterli olmayabilir. Bu durumda kişi kriz yaşayabilir. "Kriz herkes içindir" (Uslu 1992). Üstelik bu başetme becerileri durağan değildir. Değişkenlik özelliğine sahiptir. Anna Freud, egoyu insan yaşamının çeşitli dönemlerinde içeriği, yetenekleri, bilgileri ve dürtülere karşı kullandığı savunma araçları değişen dinamik bir yapı olarak tanımlamıştır (1989). Egonun o dönemdeki gücüne ve becerilerine, ortaya çıkarıcı olayın veya psikososyal zorlanma etmenlerinin şiddetine ve sosyal desteklerin düzeyine göre kişide kriz durumu oluşabilir ya da oluşmayabilir, dolayısıyla Uyum Bozukluğu ortaya çıkabilir ya da çıkmayabilir. Bu durumda diğer kriz tanıları gibi Uyum Bozukluğu da biyolojik ya da psikodinamik anlamda psikopatolojiyi ya da normalliği anlatmaz.

Çeşitli çalışmalar ile Uyum Bozukluğu olan hastalarda psikososyal zorlanmaların ortalama şiddeti normal kontrollerden ve başka psikiyatrik bozukluğu olan hastalardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Rosen ve ark 1987, Snyder ve ark 1990).

Uyum Bozukluğu'na yol açtığı düşünülen zorlanmalar tıbbi ve tıbbi olmayanlar diye ikiye ayrılabilir. Tıbbi olmayan zorlanmaların başlıcaları: Erişkinler için evlilik sorunları, mesleki ve ekonomik sorunlar; ergenler için okul sorunları, ebeveyn reddi, anne-baba boşanmasıdır (Fabrega ve ark 1987; Kaplan ve ark 1994; De Leo 1989).

Uyum Bozukluğu ile ilgili bir çalışmada, varolan zorlanmanın tıbbi bir hastalık olduğu ve olmadığı durumlar ayrı ayrı incelenmiş ve birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Tıbbi hastalığa bağlı Uyum Bozukluğu olan grupta daha çok erkek hasta olduğu, bu grupta hastaların daha çok malin hastalık tanısı aldıkları, bunlarda önceden psikiyatrik bozukluğun daha az oranda bulunduğu, daha uzun süre hastanede kaldıkları, psicotropik medikasyona ve kontrol muenesine daha çok gereksinim duydukları bildirilmektedir (Popkin ve ark 1990).

Uyum Bozukluğu'nda tıbbi hastalıklara bağlı zorlanmaları araştıran bir başka çalışmada da (Snyder 1990), Uyum Bozukluğu'nun en sık eşlik ettiği tıbbi hastalıkların kanser, diabetes mellitus, AIDS ve hipertansiyon olduğu bildirilmiştir. Anksiyete, depresif duygu-durumu ve bunun gibi Uyum Bozukluğu belirtileri genellikle yaşamı tehdit eden tıbbi hastalıkların seyrinde, özellikle tanının yeni konduğu, yan etki ve zorlukları beklenen bir tedaviye başlandığı, tedavi planının değiştiği, durum iyi bile olsa bir tedavinin sonlandırıldığı, hastalığın seyrinin değiştiği, major cerrahi müdahalenin planlandığı, hastalığın ilerlediği ve terminal safhaya ulaştığı geçiş dönemlerinde daha sık ortaya çıkmaktadır. Uyum Bozukluğu, hastanın geleceğe ve tedavinin etkinliğine ilişkin belirsizlik duygusunu, yeni ve alternatif tedavi yöntemlerinin etkili olmaya bileceğine ilişkin endişesini ve kronik, kontrol edilemeyen ağrı, nefes darlığı ya da hareket kısıtlılığı yaşayabileceğine ilişkin korkularını yansıtır. Hastanın tedaviye uyumu ve yararlanımı açısından tablonun dikkatle ele alınması gerektiği açıktır.

Diğer kriz durumlarında olduğu gibi, Uyum Bozukluğu'nun ortaya çıkmasında zorlanmanın türü ve şiddetinin yanı sıra, hastanın sosyal-çevresel desteklerinin de önemli rolü vardır. Uyum Bozukluğu'nun major depresyonlu hastalar ve normal kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, Uyum Bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna göre yakınlarıyla anlamlı derecede daha az ilişki kur-

makta oldukları bildirilmiştir (Bronisch ve Hecht 1989).

Uyum Bozukluğu'nun Klinik Bulguları

Çeşitli çalışmalarda Uyum Bozukluğu'nun kliniğiyle ilgili bulgular, çeşitli ölçekler kullanılarak yapılan anksiyete ve depresyon ölçümlerinin normal kontrollerden anlamlı derecede yüksek, Major depresyonlulardan ise anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir (Fabrega ve ark 1987; Bronisch ve Hecht 1989; Snyder ve ark 1990; Pollock (1992). Uyum Bozukluğu olan hastalarda normal kontrollere göre anlamlı derecede sık rastlanan belirtiler şunlardır: Uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı,

libido kaybı, impulsivite, sosyal içe çekilme, depresif duygudurum ve intihar düşünceleri (Fabrega ve ark 1987). Uyum Bozukluğu, ergenlerde impulsivite, saldırgan davranışlar, alkol-madde kötüye kullanımını gibi belirtilerle, çocuklarda ve yaşlılarda ise bedensel yakınmalarla kendini gösterebilmektedir (Kaplan ve ark 1994). Bu belirtilere ek olarak, Hall ve Benedek Uyum Bozukluğu olan hastalarda gün içi duygudurum değişiklikleri olduğunu saptamışlardır (Hall ve Benedek 1993). Bu hastalarda affektif dalgalanma ve birbirini izleyen inkar/kabul dönemleri olabilmektedir.

Uyum Bozukluğu'nun DSM-IV'e (1994) göre tanı ölçütleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: DSM-IV'e Göre Uyum Bozukluğu Tanı Ölçütleri

<p>A- Zorlanma yaratan etkenin başlangıcından sonraki üç ay içinde, gösterilebilir bir etkene tepki olarak duygusal ya da davranışsal belirtilerin gelişmesi.</p> <p>B- Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu belirtiler ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zorlanma etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sıkıntı. 2. Toplumsal ya da mesleki/egitimsel işlevsellikte belirgin bozulma. <p>C- Zorlanmayla ilişkili bozukluk başka özgül bir Eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir Eksen I ya da II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.</p> <p>D- Bu belirtiler yası göstermemektedir.</p> <p>E- Zorlanma etkeni (ya da bunun sonuçları) bir kez sonlanınca belirtiler ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez.</p> <p>Akut: 6 aydan kısa sürerse.</p> <p>Kronik: Kronik bir zorlanma kaynağına tepki olarak bozukluk 6 aydan daha uzun sürerse.</p> <p>Uyum Bozuklukları önde gelen belirtileri vurgulayan alt tiplere ayrılır:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresif duygudurum ile giden Uyum Bozukluğu: Depresif duygudurum, ağlamaklılık, umutsuzluk gibi belirtiler ön plandadır. • Anksiyete ile giden Uyum Bozukluğu: Sinirlilik, üzüntü, aşırı kaygı, çocuklarda asıl bağlandığı kişilerden ayrılma korkusu gibi belirtiler ön plandadır. • Karışık Anksiyete-Depresif Duygudurum ile giden Uyum Bozukluğu: Yukarıda sayılan belirtiler bir aradadır. • Davranım Bozukluğu ile giden Uyum Bozukluğu: Başkalarının haklarına saldırı ya da yaşının gerektirdiği önemli toplumsal değerler ve kuralları bozma (okuldan kaçma, kırıp-dökmeye, pervasızca araba kullanma, kavgaçılık, yasal yükümlülükleri yerine getirmeme vb.) gibi belirtiler ön plandadır. • Karışık Duygudurum-Davranım Bozukluğu ile giden Uyum Bozukluğu: Hem depresyon, anksiyete gibi duygular hem davranım bozukluğu belirtileri bir aradadır. • Belirlenmemiş Tip: Fiziksel yakınmalar, toplumdan uzaklaşma, işte ya da okulda ketlenme gibi çeşitli belirtileri içerebilir.

Klinik Seyir ve Prognoz

Uyum Bozukluğu'nda belirtilerin düzelmesinin diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha hızlı ve tam olduğu (Bronich ve Hecht 1989; Snyder ve ark 1990); bu hastaların büyük bölümünün daha önceki işlevsellik düzeylerine döndükleri (Andreasen ve Hoenk 1982) bildirilmektedir. Andreasen ve Hoenk'in Uyum Bozukluğu olan hastalarla yaptıkları bu izleme çalışmasında, 5 yılın sonunda hastaların yalnız %29'unun, çoğu major depresyon ve/veya alkol bağımlılığı sendromu tanıları aldıkları, ergenlerde ise hastalığın seyrinin ve sonucunun erişkinlerdeki kadar iyi olmadığı, ergen hastaların %56'sında 5 yıl sonra duygudurum bozukluğu, madde bağımlılığı vb tabloların ortaya çıkmış olduğu bildirilmiştir.

Ayırıcı Tanı

Uyum bozukluğu'nun ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken başlıca bozukluklar şunlardır (Fabrega 1981; Pollock 1992):

- Major depresyon
- Posttravmatik stres bozukluğu
- Yas reaksiyonu
- Generalize anksiyete bozukluğu
- Davranış bozukluğu
- Somatizasyon bozukluğu
- Alkol ve madde bağımlılığı
- Kısa psikotik bozukluk
- V kodları
- İlaç yan etkisi
- Bazı fizyolojik durumlarda ortaya çıkabilen belirti ve bulgular.

Ayırıcı tanıda düşünülen yukarıdaki bozukluklar içinde major depresyonun önemi büyüktür. Uyum Bozukluğu'nun tanımsal ve prediktif geçerliliği ile ilgili çalışmaların çoğu Uyum Bozukluğu'nun major depresyonlu ve normal kontrollerle karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Daha önce sözü edilmiş olan bu çalışmaların ortak sonuçları şöyle özetlenebilir:

- İki grubun bazı demografik özellikleri birbirinden farklıdır. Major depresyon daha yaşlı, daha yüksek oranda erkek içeren bir grupta görülmektedir.

- Uyum Bozukluğu olan hastaların hastalık öncesi ve sonrasındaki işlevsellik düzeyleri daha iyidir.

- Uyum Bozukluğu'nda tespit edilen zorlanmaların şiddeti major depresyondakine göre daha fazladır.

- Uyum Bozukluğu'nda belirtilerin şiddeti daha hafiftir.

- Uyum Bozukluğu'nda belirtilerdeki iyileşme daha hızlı ve tamdır (Bronich ve Hecht 1989; Snyder ve ark 1990).

Uyum Bozukluğu'nun Tedavisi

Uyum Bozukluğu tablosu hemen bütün toplumlarda önce yakın çevre ve aile tarafından kültüre özel yöntemlerle ele alınır (Fabrega 1987). Psikoterapi ya da ilaç tedavisi vakaların önemli bir bölümünde gerekmez, kendiliğinden olan düzelmeler oldukça sıktır (Kaplan ve ark 1994).

De Leo'nun (1989) Uyum Bozukluğu'nun tedavisinde viloxasine, 5-adenosylmetionine, lormetrazepam, destekleyici psikoterapi ve plaseboyu karşılaştırdığı çalışmada, plasebo dahil tüm gruplarda hastaların depresyon ölçümlerinde anlamlı düzelmeye saptanmıştır; bu bulgu Uyum Bozukluğu'nun sıklıkla kendiliğinden düzeldiği düşüncesini desteklemektedir.

Tedavi anksiyete belirtilerinin hızla giderilmesini ve hastanın zorlanmayla başetmesine yardım etmeyi amaçlamalıdır. Krize müdahale yaklaşımı ile kısa acil psikoterapi güncel tedavilerdir. Hasta duygu ve düşüncelerini açıkça tartışması konusunda cesaretlendirilmeli, zorlanmaya ilişkin endişeleri normalize edilip bu endişelerin anlaşılabilir olduğu vurgulanmalı, bu endişelere ve diğer belirtilere empati ile yaklaşılmalıdır (Schatzberg 1990). Daha sonra destek, öneriler, öğrenme, sosyal desteklerin harekete geçirilmesi ve gerekirse kısa süreli hastaneye yatırma ile hastanın durumunda hızlı bir düzelmeye sağlanmaya çalışılır. Eğer ortadan kaldırılamayacak bir zorlanma etkeni söz konusuysa, psikoterapi hastanın bu duruma uyum sağlamasına yardımcı olacaktır.

Bireysel psikoterapinin yanında benzer durumlara karşı karşıya kalmış kişilerde grup psikoterapisi özellikle yararlı olabilir (Kaplan ve ark 1994).

Anksiyete belirtilerinin giderilmesinde gevşeme tekniklerinin uygulanması düşünülebilir (Schatzberg 1990).

İlaç tedavisi gerekli görülürse kısa süreli olarak ve hastada önde gelen belirtilere göre seçilmeli; kısa etkili benzodiazepinlere ve sedatif-anksiyolitik etkisi olan antidepresanlara öncelik verilmelidir (Kaplan ve ark 1994; Schatzberg 1990).

Kavramın Başlıca Sorunları

Buraya kadar Uyum Bozukluğu'nun tarihi geçmiş olan, tüm sosyal gruplarda evrensel biçimde rastlanan bir bozukluk olduğu özetlenmeye ve Uyum Bozukluğu ile ilgili araştırma sonuçlarından örnekler verilerek bu bozukluğun geçiriliği ve başlıca özellikleri irdelenmeye çalışıldı. Bütün bu çalışmalar, Uyum Bozukluğu olan hastaların normal kontrollerle kıyaslandığında hasta olmanın genel ölçütlerini karşıladığını, bunların normal kontrollerden anlamlı biçimde daha şiddetli, daha durağan belirtilerinin olduğunu, işlevselliklerinin ise daha düşük olduğunu göstermektedir.

Ancak Uyum Bozukluğu olan hastalar özgül psikiyatrik bozuklukları olan hasta grubundan da farklıdır; belirtileri sınırlı, şiddeti ve süresi daha az, onlara göre daha işlevsel ve sağlıklıdır. Bu sonuçlar Uyum Bozukluğu'nun en azından yüzeysel geçerliliğini desteklemekte ama onu normal grup ile hasta grup arasında bir yere yerleştirmektedir.

Uyum Bozukluğu tanı sınıfının başlıca sorunları şöyle sıralanabilir:

- Uyum bozukluğu bir hastalık olmanın ancak genel özelliklerini taşımaktadır;
- Kendine özgülü açık bir klinik profili yoktur;
- Uyum Bozukluğu ile sosyal zorlanmalar arasındaki ilişkinin ölçülmesi ve spesifiye edilmesi çok zordur;
- Bir zorlanma etkenine verilen yanıtı değerlendirirken kullanılan uyumlu/uyumsuz (adaptif/maladaptif) terimleri bir sorun yaratmaktadır. Stresörlere verilen yanıtların normalliği/normal dışılığı kesinlik taşımaz. Ayrıca maladaptif davranışların derecelendirilmesi, en azından bugün için oldukça zor görünmektedir.

• Uyum Bozukluğu'nun biyolojik bir özgülüğü ya da göstergesi henüz bulunamamıştır.

Bütün bunlar Uyum Bozukluğu'nun tanımsal ve prediktif geçerliliğini, nozolojik bir antite olarak şüpheli hale getirmektedir. Ayrıca, Strain ve arkadaşlarının (1989) Uyum Bozukluğu tanısının geçerliliğine yönelik olarak sorduğu şu sorular araştırılmaya değer gibi görünmektedir:

- Uyum Bozukluğu bağımsız bir tanı kategorisi olarak kalmalı mıdır?
- Uyum Bozukluğu V kodları ile kombine edilebilir mi?
- Acaba Uyum Bozukluğu'nun, "Stres Yanıtı Sendromları" diye adlandırılacak yeni bir tanısal sınıf altına alınması yararlı olur mu?

Kanımızca bu sorulara şunlar da eklenebilir:

- Uyum Bozukluğu tanısı için maladaptif yanıtların ve semptomların süresinin 6 ayla ya da herhangi bir zaman limiti ile sınırlanması gerekli midir?
- Stresör ile belirtiler ve/veya maladaptif yanıtların başlangıcı arasında belli bir minimum süre bırakılması anlamlı mıdır?
- Uyum Bozukluğu için, özgül bir klinik profil oluşturulabilecek midir?
- Stresörün bedensel hastalık olduğu Uyum Bozukluğu ile bedensel hastalık dışında stresörlerin söz konusu olduğu Uyum Bozukluğu birbirlerinden bağımsız antiteler midir?
- Farklı Uyum Bozukluğu alt tiplerinin olmasının araştırmalar ya da klinik uygulama açısından bir önemi ya da yararlılığı var mıdır?

Uyum Bozukluğu, taşıdığı tüm sorunlara karşın tanımsal geçerliliği kısmen kanıtlanmış hastalık olarak klinik uygulamada dikkate değer bir tanı sınıfıdır. Özellikle konsültasyon-liyazon psikiyatrisi ve krize müdahale alanlarında klinisyene değerlendirme ve tedavi planı yapmada yardımcı olabilir ve üretken bir araştırma alanı olabilecek potansiyele sahip gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

- Andreasen NC, Wasek P (1980). Adjustment Disorders in Adolescents and Adults. *Archive of General Psychiatry*, 37:1166-1170.
- Andreasen NC, Hoenk P (1982). The Predictive Value of Adjustment Disorders: A Follow-up Study. *American Journal of Psychiatry*, 139:584-590.
- Bronisch T, Hecht H (1989). Validity of Adjustment Disorder, Comparison With Major Depression. *Journal of Affective Disorders*, 17:229-236.
- De Leo D (1989). Treatment of Adjustment Disorders: A Comparative Evaluation. *Psychological Reports*, 64: 51-54.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*, 249:751-757.
- Fabrega H (1980). The Idea of Medicalization: An Anthropological Perspective. *Perspective in Biology and Medicine*, 24: 129-142.
- Fabrega H, Mezzich JA, Coffman GA (1986). Descriptive Validity of DSM-III Depressions. *Journal of Neurologic and Mental Disorders*, 174:573-584.
- Fabrega H (1987). Religion and Secularization in Psychiatric Practice: Three Examples. *Psychiatry*, 50 (February): 31-49.
- Fabrega H, Mezzich JA, Mezzich C (1987). Adjustment Disorder As A Marginal Or Transitional Illness Category in DSM-III. *Archive of General Psychiatry*, 44 (June): 567-572.
- Freud A (1989). Ego ve Savunma Mekanizmaları. *Birinci Baskı*, 136-137, Bağlam Yayınları, Ankara.
- Hall DP, Benedek DM (1993). Adjustment Disorder Criteria. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (6): 592-596.
- Jennings S (1993). *Playtherapy With Children*. Blackwell Scientific Publications, Great Britain.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994). Adjustment Disorders. *Synopsis of Psychiatry*, Seventh Edition, Chapter 25:727-730; New York, Williams & Wilkins.
- Looney JG, Gunderson EKE (1978). Transient Situational Disturbances: Course and Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 135:660-663.
- Mc Kegney FP, Mc Mahon T, King J (1983). The Use of DSM-III in A General Hospital Consultation-liaison Service. *General Hospital Psychiatry*, 5:115-121.
- Pollock D (1992). Structured Ambiguity and The Definition of Psychiatric Illness: Adjustment Disorder Among Medical Inpatients. *Social Science and Medicine*, 35 (1): 25-35.
- Popkin MK, Callies AL, Colon EA, Stiebel V (1990). Adjustment Disorders in Medically Ill Inpatients Referred For Consultation in A University Hospital. *Psychosomatics*, 31 (4): 410-414.
- Praag HM (1982). A Transatlantic View Of The Diagnosis Of Depressions According to The DSM-III-I. Controversies and Misunderstandings in Depression diagnosis. *Comprehensive Psychiatry* 23(4):315-329.
- Rosen DH, Gregory RJ, Pollock D, Schiffmann A (1987). Depression in Patients Referred For Psychiatric Consultation. *General Hospital Psychiatry*, 9: 391-397.
- Schatzberg AF (1990). Anxiety and Adjustment Disorder: A Treatment Approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(11) (Suppl):20-24.
- Snyder S, Strain JJ, Wolf D (1990). Differentiating Major Depression From Adjustment Disorder With Depressed Mood in The Medical Setting. *General Hospital Psychiatry*, 12:159-165.
- Statistical Manual of Mental Disorders (1994). Fourth Edition (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Strain JJ, Stoudemire GA, Hales RE, Wolf D (1989). Critical Issues in The Review of Diagnostic Criteria for "Adjustment Disorder" and "Psychological Factors Affecting Physical Condition". *General Hospital Psychiatry*, 11:153-155.
- Uslu R (1992). Acil Başvuruların Kriz Kuramı ve Krize Müdahale İlkeleri Doğrultusunda Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Ankara.