

Hekimlik Açısından Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar

SOMATIZATION AND SOMATOFORM DISORDERS IN VIEW OF DOCTOR-PATIENT RELATIONS

Günsel KOPTAGEL-İLAL*

*Prof.Dr.,İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Konsültasyon-Liyazon-Psikiyatrisi BD, Başk., İSTANBUL

Özet

Bedensel yakınmaların ön planda olduğu ancak organik bir bozukluğun saptanmadığı rahatsızlık durumları hekimlikte yeni bir olay değildir. Ancak günümüzde bu rahatsızlık durumu "Somatizasyon" ve "Somatoform Bozukluklar" adı altında tanı sınıflandırmalarına girmiş ve ayrı bir hastalık birimi olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Oysa, somatizasyon kökünü ontogenetik gelişim sürecinden alan bir iletişim yolu, bir anlatım biçimidir. Sözel anlatımın zorlaştığı, sakıncalı olduğu veya yetersiz kaldığı durumlarda, duyguların açıklanmasında dolaylı bir araç olup, sözcüksüz iletişim görevini üstlenir. Hekim-hasta etkileşiminde bedensel yoldan anlatımla gönderilen mesajlar doğru alınarak, olumlu bir içeren-içerilmiş ilişkisi kurulduğunda, karşılıklı insanlararası iletişim kolaylaştırılır, bu sözcüksüz iletişim, sözcüklü iletişime çevrilebilir ve gerek tanılamada, gerekse tedavide olumlu ilerlemeyi kolaylaştırır. Aksi halde, bedenleştirme süregenlik kazanarak kalıcı bir davranış biçimine dönüşebilir. Hastanın yakınmalarındaki duygusal içerik yeterince anlaşılıp hekim-hasta arasında insanlararası anlayışa dayanan bir etkileşim kurulamadığında, hastalarda "vazgeçmiş-vazgeçilmiş"lik durumlarının oluşması kolaylaşır. Böyle halde, tedavi çabalarının sonuçsuz kalması hekim üzerinde yıldırıcı bir etkide bulunur.

Anahtar Kelimeler: Somatizasyon, Somatoform bozukluk, Hekim-hasta ilişkisi, Sözcüksüz iletişim

T Klin Psikiyatri 1999, 1:50-54

Summary

Somatic complaints without concrete organic disorders is not a new phenomenon in medicine. This syndrom is now recognized as a separate entity and included in the diagnostic scales as a special form of psychiatric disorder. On the other hand, somatization is a way of communication which is rooted in the ontogenetic developmental process. It is an indirect means of expressing emotions through nonverbal forms when direct and verbal expression is difficult, riskful or insufficient to convey the message. The correct understanding and reception of the message conveyed by the patient through bodily symptoms, facilitates the establishment of a positive container-contained relationship between the doctor and the patient. It can then be easier to convert the nonverbal communication into verbal communication and achieve a satisfactory progress in diagnostic and therapeutic procedures. Otherwise, somatization can become chronic and turn into a steady behaviour pattern. The lack of understanding the emotional contents of the patient's somatic complaints and the failure in establishing an interaction based on humane understanding, may lead to the development of a "giving up-given up" situation which effects the therapeutic process negatively and frustrates the doctor.

Key Words: Somatization, Somatoform disorder, Doctor-patient relationship, Nonverbal communication

T Klin J Psychiatry 1999, 1:50-54

Somatizasyon ve somatoform bozukluklar bugün hekimlikte en sık rastlanan hasta davranışı ve yakınma nedenleridir. Bilinen istatistiklere göre, somatoform bozukluk genel halk arasında %5

Yazışma Adresi: Günsel KOPTAGEL-İLAL
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
Konsültasyon-Liyazon-Psikiyatrisi BD
İSTANBUL

8. Anadolu Psikiyatri Günleri, Diyarbakır 22-26 Haziran 1999'de "Somatizasyon Panel"indeki konuşma.

oranında bulunmakta, toplumdan topluma değişmekle birlikte, bütün dallardan hekimlere başvuran hastalar arasında ise %70-%85 oranında bir sıklık göstermektedir (1,2). Eskiden "psikonevroz" grubu içinde düşünülen veya "temaruz" diye değerlendirilen bu yakınmalar, son 20 yıldır ayrı bir sendrom olarak tanımlanarak tanı sınıflandırmalarına yerleştirilmişlerdir. Somatizasyonu genelde bir davranış olarak görebilsek de, somatoform bozukluklar bugün artık üzerinde özellikle durulmayı ve tedaviyi gerektiren durumlardır.

Başlangıçta 60 belirtiden başlayıp 25'e indirgenen, 1980'de DSM-III'e 12-14 semptomla giren ve nihayet DSM-IV ile ICD-10'da ortalama 6 semptomla inen tanı kriterleri bugün somatoform bozukluklarda ve bir alt grubu olan ayrışmamış somatoform bozukluklarda kesin kriterler olarak şöyle belirlenmişlerdir:

Somatoform bozukluklar için:

a) En az 2 yıldır süreklilik gösteren, çeşitli organlara ait, ama organik hiçbir nedenin bulunmadığı, çoğul somatik belirtilerden yakınma.

b) Değişik hekimlerin önerilerine uymama ve verdikleri güvencelere inanmama konusunda inatçı bir tutum.

c) Belirtiler nedeniyle ve bunlardan doğan davranıştan ötürü aile ve sosyal yaşamındaki işlevlerinde kısıtlanma.

Ayrışmamış somatoform bozukluklar için de:

a) En az 6 aydır süreklilik gösteren ve organik bir nedene bağlanamayan çoğul bedensel belirtilerden yakınma.

b) Somatoform bozukluk tanısı için gerekli olan semptomatik kriterlerin tam bulunmaması.

Somatizasyonu ve somatoform bozukluklar sendromunu ayrı bir hastalık birimi olarak tanımlamak ve ona uyan tedavi yöntemleri oluşturmak için her ne kadar çaba harcanıyorsa da, elimizdeki örneklere bakarsak, bunun hekimlik uygulamalarında ne kadar geçerlilikte olduğu yine de tartışmaya açıktır. Hastayı hastalık açısından değil de hastalığı hasta açısından görmenin gerekliliği tıp tarihinin başlangıç dönemlerinden beri vurgulanmıştır, ama tıp bilimiz ve yüksek teknolojinin sağladığı kolaylıklar arttıkça, semptomlar, sendromlar, ilaçlar ve tedavi yöntemleri bolluğu (ve belki biraz da karmaşası) içinde sınıflandırmalara ve sınıflandırmaların öngördüğü kriterlere sığınmak eğilimine girildiğini de pek kolay yadsıyamayız. Hastalığa doğru tanı konulması kuşkusuz ki en başta gelen ve en önemli kuraldır. Ne var ki, bedensel yakınmasıyla başvuran hastayı çeşitli makinelerle sokup çıkarmak, vücudunun bütün sıvılarını bir nefeste en ince ayrıntılarına kadar inceleyen laboratuvar aygıtlarından geçirmek ve ardından çeşitli boy, biçim ve renklerde haplarla iğneler vermekle kendimizi tatmin eder ve belki ilk

anda, bir ölçüye kadar, hastada da "iyi muayene olduğu", "mükemmel bir tedavi göreceği" duygusunu yaratırız ama bütün bu işlemlerle hastanın tüm hücrelerini tanımış olsak bile acaba o hastayı gerçekten tanımış olur muyuz?

Hastalık bir varoluş kavgasıdır, "olmak veya olmamak" köprüsü üzerinde bir çarpınmadır. Beden bu kavgayı kendi savunma sistemlerini harekete geçirerek yenmeye çalışırken, semptomlar da dışarıya uzanmış sinyallerdir. Bunlara "imdat işaretleri" de diyebiliriz (3). Önemli olan, sinyali doğru alıp, doğru yanıtı, dolayısıyla doğru desteği vermektir. Bu, her hastalık için söz konusu iken, somatoform bozukluklarda daha da büyük önem taşır. Canlı bireyin varoluşu onun bireysel kimliğiyle, kendiliğiyle tamamlanır ve bütünlenir. Yaşam tüm canlılarda bedende başlar, bedenle biter. Bedeni her canlının en kendine ait olan nesnesi, en ilk ve en son desteğidir. Ruhsal aygıt, ontogenetik gelişiminde beden üzerinden geçen bir yoldan ilerleyerek olgunlaşır. Kimlik ve kendilik duyguları da bu gidiş sürecinde filizlenip gelişirlerken, insanda değişik boyutlarda da uzantılarıyla onun biyopsikososyal bütünlüğünü oluşturur. Yaşam, sistem teorisiyle açıklanabilen bir dinamizma sergiler. Bu dinamizmanın temeli etkileşim ve iletişim ilişkisine dayanır. Organizma kendi içinde bir etkileşim ve iletişim ilişkisi sürdürürken, aynı zamanda çevresiyle de böyle bir ilişki içindedir. İnsanda ise bu etkileşim bilinçli ve bilinçdışı olarak ruhsal aygıtın başatlığı altındadır. Filogenetik gelişimin üst basamaklarına çıkmış olan insan, iletişimde beden ötesinde bir yeteneğe, sözel iletişime ulaşmıştır. Ancak sözel anlatımın hızı duygu ve düşüncenin hızından çok daha yavaştır. Bu yüzden, iletişimde sözcüklü ve sözcüksüz anlatımlardan çok daha fazla bir duygusal ve düşünsel içerik vardır. Hekim-hasta karşılaşmasında verimli bir etkileşime ulaşabilmede ön basamak, her iki tarafın da anlayıp değerlendirebileceği kapsamlı bir iletişim ilişkisinin kurulmasıdır. Hastanın sözel ve sözcüksüz yoldan sunduğu verileri anlaşılır bir hale sokmak hekimin görevidir. Davranış, duruş, tutum, görüntü ve bedensel belirtilerle sunulan sözcüksüz veriler yanısıra, sözcüklerle ama ya dolaylı ve örtülü ya da metaforik, yani mecazi, deyişlerle sunulan veriler anlaşılıp, anlaşıldığı da belirtildiğinde, hekimle hasta arasında "olumlu bir içeren-içerilmiş ilişkisi" kurulmuş olup tedavi sürecini olumlu yönde etkiler.

Psikoterapide kullanılan başlıca araç terapistle hasta arasındaki iletişimidir. Bu tedavide amaç, hastanın duygusal yaşantısı üzerinden giderek hastada bir değişiklik sağlamaktır. Genelde sözel yoldan yürütülen bir tedavi olarak bilirse de, deneyimler göstermiştir ki, psikoterapist hastanın bedensel olaylarına da dikkat ettiğinde, iletişim daha iyi, başarı da daha yüksek olmaktadır. Ön planda bedensel semptomlarını sunan hastalar, beden yapıları ve beden işlevleri konusunda bilinçlendirildiklerinde ve psikoterapi seanslarında bu alanlardaki bozukluklarını da düzeltmelerine yardım edildiğinde, üzüntü, öfke, sevinç, heyecan gibi duygularını daha canlı ve içten olarak yaşamaya başlarlar. Bunu başardıktan sonra, analitik çalışma da kolaylaşır ve daha derin düzeylere inerek sürdürülebilir. Artık hasta, daha önce bastırılmış olduğu duygularıyla belirtileri arasındaki bağlantıyı görmeye başlamıştır. Hastaların bedensel belirtileri üzerinde çalışmaya başlamakla, onların bilişsel işlevleri ile duygusal yaşantıları arasındaki gedik üzerinden bir köprü kurulmuş olur. Zira, beden, duygu ile düşünce arasındaki köprü rolünü üstlenmiştir (4). Bu, çocukluklarından beri bedensel, duygusal ve düşünsel işlevlerini birbirinden ayrı tutmaya alışmış hastaların, Winnicott'un (5) da dediği gibi, "psikosomatik bütünleşmesi"ni sağlamaya yarar.

Sözcüklü anlatımın şu veya bu nedenle yeter- sız kaldığı durumlarda, herkes bedeninden yardım alır. Somatizasyon normal davranış içinde de sık sık başvurulan bir çare olmakla birlikte, kesinlikle organ bozukluklarına ya da salt ruhsal bozukluklara dayalı, tanısı belli hastalıklarda da somatizasyona rastlanır. Somatoform bozukluklarda ise beden iletişim aracı olarak ön plana geçmiştir ve giderek tek araç haline almıştır. Burada Beden-Ben'ini yaşamada bir aksama, özellikle de beden işlev- lerinin algılanmasında bir bozukluk bulunmaktadır. Üst düzeydeki, desomatize olmuş yaşamdan geriye, bedene dönmüş (resomatizasyon) ve orada takılı kalmıştır. Bu bedene geriye dönüş, yahut da deso- matizasyon yolunda sağlam bir ilerleme göstere- memiş bulunma, çeşitli etkenlere bağlı olabilir. Çocukluk yaşantıları, gelişim sürecindeki aksaklık- lar yanısıra erişkinlikte yaşanan stresler, travmatik olaylar, üstesinden gilememiş çatışmalar ve duyguların şu veya bu nedenle açıklanmasındaki engellerin yanısıra, hekim-hasta ilişkilerinin de bu- rada bir ölçüde rolü bulunabilir.

Olumlu bir içeren-içerilmiş ilişkisi kurula- mamış bulunan hekim-hasta karşılaşmasında, her iki taraf da bir yabancıyla karşı karşıyadır. Yabancı, bilinmeyendir ve bilinmeyen korku uyandırır. Canlının varoluşu kimliğiyle bütünlenir demiştik. Kimliğin tanınması, yabancılık korkusunun gide- rilmesinde ilk adımdır. Yabancı ve bilinmeyen karşısında her birey kendi kimliğinin de desteğini gereksinmekte ve ilkin ona sarılmaktadır. Hekim, kendine kural olarak tanınmış olan kimliğine sarılıp, yapacağı her girişimle bu kimliği zede- lemekten, kaybetmekten korkarken, hasta da kimlik- siz kaldığı sürece "özel bir birey" olma niteliğinden yoksun kalma korkusunu taşır. Oysa hekim-hasta ilişkisi "özelliğe" dayalı bir ilişkidir. Hasta, hekimi "özel bir kişi" olarak görürken, kendini de "özel bir kişi" olarak görür ve hekimin de onu öyle görmesi- ni bekler. Eğer kimliğinin tanınmadığını duymu- sarsa, korkusu artacak ve herkesin korku karşısında yaptığı gibi o da silahına sarılacaktır. Somatoform bozukluk gösteren hasta zaten sözcüklerle konu- şmayı bedenine konuşmuştuğundan, onun kullanmayı en iyi bildiği silahı bedensel belirtileridir. Onlara sıkı sıkıya yapışır. Bu hastalar zor hastalardır. Çoğunlukla pek çok hekimi dolaşmışlar ve birçoğu da "ısrarlı bedenleştiriciler" ("persistant somatiz- ers") (6) grubuna girmişlerdir. Hekimin kalıplaşmış soru ve önerilerine esnek bir uyumla katılmadık- larından, hekimi zorlarlar. Hekimin de silahı elin- deki tanı klişeleri ve bu tanılara göre önerilen ilaçlardır. Etkileşimde biri bedenini uzatırken, öte- ki de ilaçlarını uzattığında, aradaki gedığın üze- rinde sağlam bir köprü kurulamaz, zira uzatılan şeyler aynı malzemeden değildir ve birbirleriyle kaynaşıp bütünleşemezler. Biri etten candan oluşan beden, öteki ise sanayi ürünü cansız bir maddedir. Oysa, yukarda sözü edilen psikoterapötik yak- laşımında aynı malzemeden oluşan iki canlı arasında, iki insan arasında, canlı bir dinamizmanın köprüsü atılmaktadır.

Araştırmalar kanıtlamıştır ki, somatoform bozukluk gösteren hastalara hekimler tarafından çok fazla sayıda ilaç verilmektedir. Bunlar arasında başı antidepressifler çekmekte, ardından da tranquilizanlar gelmektedir. Katon ve ark. (7)'nin rastlantısal örnekleme ile 162 hasta üzerinde yap- tıkları araştırmada, hastanın daimi hekiminin salt hastanın depressif durumu konusunda danışmanlık isteği üzerine yapılan psikiyatrik konsültasyonlarda

da hastalara verilen antidepressif ilaçların çok yüksek oranda olduğu ve bunun hiçbir zaman yeterli bir tedavi etkisinde de bulunmadığı görülmüştür (7). Sack ve ark. ise (8) incelemelerinde, somatizasyon bozukluğu gösteren hastaların majör depresyonlardan çok daha fazla tıbbi ve cerrahi tedavi gördüklerini saptamış, eğer hekimler hastaları daha iyi tanıyıp, somatoform bozukluk tanısını daha erken koyabilselerdi bu türden girişimlere gerek kalmamış olacağını belirtmişlerdir (8). Somatoform bozukluklarda depresyon ve anksiyetenin de sıklıkla birlikte görüldüğünü diğer araştırmacılar da belirtmişlerdir ve bu genel gözlemden de bilinir (7,9-13).

Somatoform bozukluklar kronikleşmeye yüz tuttukça, hastalarda “vazgeçme-vazgeçilme” (giving up-given up”) durumu yerleşir (14). Bu şöyle gelişir:

1. Kişiye, içinde bulunduğu hoşnutsuzluk yaratan durum karşısında “artık dayanamıyorum” dedirten duygu yüklenmeleri onda bir yandan umutsuzluk, bir yandan da çaresizlik yaratmıştır. Umutsuzluk durumunda, yardım almayı reddettiği gibi kendi kendine de yardım edemez. Çaresizlik durumunda ise, yardımı reddetmediği halde yine de kendi kendine yardım edememektedir.

2. Hasta kendini eskisine göre daha zayıf, daha yeteneksiz görür, kontrol gücü azalmıştır, hoşnutsuzdur ve kendiliğinden birşey yapamaz olmuştur.

3. Hasta, obje ilişkilerinde güvensizliğe düşmüştür, kendini bu objeler tarafından terk edilmiş, “vazgeçilmiş” hisseder.

4. Çevresi artık ona eskisi gibi davranışlarında yol gösterici, destek verici değildir.

5. Geçmiş ve gelecek arasındaki süreklilikte kopukluk olmuştur.

6. Geçmişteki benzeri duygular ve yaşantılar yeniden canlanıp bugünün bir parçası olurlar.

Kişinin alışılmış savunmaları ve olanakları streslerle başetmede yetersiz kaldığında ve, o, gereksindiği doyumları elde edemediğini farkettiğinde “vazgeçme” (giving up) dönemi doğar. “Vazgeçilmişlik” (given-up) döneminde ise artık bütün direnme çabaları ve dışardan yardım beklene sona ermiştir.

İşte bu halde, tabloda depressif bir görünüm de vardır. Ancak bu, somatik belirti oluşumuyla, depressif duygu durumunun birbiriyle etkileşen yanıdır. Hasta beden belirtilerinden yakınırken, aynı zamanda yaşamından, nesne dünyasındaki ilişkilerindeki sevgisizlikten de yakınmakta, bunun kaderini organ diliyle açıklamaya çalışmaktadır.

Beden yakınmaları üzerine gelişen ruhsal belirtileri, anksiyetesi, obsessif türde takılmaları ve hatta fobik tutumları da olup somatoform bozukluk tanı kriterlerine uydukları gerekçesiyle salt somatoform bozukluk olarak tanımlanıp, yıllarca boyunlarında bu etiketle dolaşan hastaların sayısı hiç de az değildir. Ancak, bu etikete bağlandıklarından ötürü onların somatik yakınmalarını tümünden gözardı etmenin de hekimlik hatasına düşürdüğü durumlara sık sık rastlanır. Burada, psikofizyolojik işlevsel bir bozukluk olabileceğini, hatta kimi zaman işaretlerin çok belirgin olmasından ötürü başlangıçta gözden kaçmış ya da zamanla ilerlemiş bazı organik bozuklukların da bulunabileceğini unutmamak gerekir. İşte bu nedenle, bu gibi hastalar konusunda psikosomatik tıp bilgisi ve yaklaşımının önemi büyüktür. Hastanın ilk başvurduğu hekimin bu bilgilere sahip olarak ve bu anlayışı benimseyerek tedaviye başlaması, hastalığın kronikleşmesi ve kalıcı bir davranış biçimine dönüşmesini, başka bir deyişle, hastanın hastalık mesleğine girmesini önleyebilecektir. Bunun yanısıra, organik katılımların ve organik mekanizmanın bilinçli olarak ele alınabilmesi açısından, tedavilerinin de öncelikli olarak hekim psikoterapistler tarafından üstlenilmesinin önemini vurgulamakta yarar vardır.

Ayrıca, son yıllarda dünya hekimliğinin gündeminde olan salutogenez kavramının, yani hastanın öz kaynaklarını sağlık üretici yolda geliştirmeye yönelik salutogen tutumun bu gibi hastalara yaklaşımda ve tedavide özel bir yeri olduğu da unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kaplan H, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998: 629-45.
2. Kisker KP, Freyberger H, Rose HK, Wulff E. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Stuttgart, Thieme, 1991.
3. Koptagel-İlal G. Somatizasyon ya da imdat çağrısı. Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3:3, 199-204.

4. Kinston M, Wolff H. Bodily communication and psychotherapy. In: Lipowski et al, eds. Psychosomatic Medicine. New York: Oxford Univ Press Clin, 1977: 32:355.
5. Winnicott DW. Psychosomatic illness in its positive and negative aspects. Int J Psychanal 1966; 47:510-6.
6. Lowy FH. Management of the persistent somatizer. Lipowski et al, eds. Psychosomatic Medicine. New York: Oxford Univ Press, 1977: 510-22.
7. Katon W, Korff M, Lin E, Busch R, Russo J, Lipscomb P, Wagner E. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed utilizers. Gen Hosp Psychiat 1992; 14, 86-98.
8. Sack M, Loew T, Scheidt CE. Diagnostik und Therapie der somatisierungsstörung und undifferenzierten Somatisierungsstörung - eine Übersicht zur empirischen Literatur, Zsch Psychosom Med 1998; 44, 214-32.
9. Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter MM. A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. Psychosomatics 1995; 36, 376-86.
10. Rudolf G. Körpersymptomatik als Schwierigkeit in der Psychotherapie, Praxis d. Psychother.u.Psychosom 1992; 37, 11-23.
11. Henningsen P, Sack M. Diagnostik und Therapie umweltbezogener Körperbeschwerden-eine Übersicht der empirischen Literatur, Zsch Psychosom Med 1998; 44, 251-67.
12. Scheidt EC, Hartkamp N, Loew T. Diagnose und Behandlung von Konversions - störungen, Zsch Psychosom Med 1998; 44, 223-50.
13. Löwe B, Clement U. Somatoforme Störung und Körperbild - eine vergleichende Studie, Zsch Psychosom Med 1998; 44, 268-78.
14. Engel GL, A life setting conducive to illness. The giving-up, given-up complex. Bull Menninger Clin 1967; 32:355.