

Bir Kadın Doğum Uzmanı Gözüyle Somatizasyon

SOMATISATION FROM THE POINT OF VIEW OF A GYNECOLOGIST'S

Orhan AKSAKAL*

*Op.Dr., Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şef Yrd., ANKARA

Özet

Bu yazıda jinekoloji pratiğinde somatoform bozukluğun önemine işaret etmek ve çözüm önerisi sunmak amaçlanmıştır.

Çoğu klinisyenlerimizin gözlemediği gibi; muayene bulgularının başvuru semptomunu tam açıklamadığı büyük bir hasta grubu vardır. Bu hasta grubu klinisyeni çok fazla meşgul etmekte, tam teşhis konamamakta, hasta tekrar tekrar gelmekte, klinisyen "acaba önemli bir şeyi mi atlıyorum" düşüncesiyle fazla sayıda tetkik yapmakta, birşey bulamadığında hastayı başka disiplinlere sevk etmekte veya verdiği ilaç etkili olmadığı için hasta kısa süre sonra karşısına tekrar geldiğinde bunalmakta ve çaresiz kalmaktadır (doktorun tükenmişliği).

Bu yazı, jinekolog açısından sorunu çeşitli yönleriyle ortaya koyup çözüm önerileri sunmaya çalışmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Somatoform bozukluk,
Jinekolojik uygulamalar, Çözüm önerileri

T Klin Psikiyatri 1999, 1:79-83

Summary

In this article it is aimed to present the importance of somatoform disorders in gynecologic practice and to suggest some solutions.

As many gynecologic practitioners observed, there is a big portion of patients in which the findings of the gynecologic examination does not correlate with the presenting symptom. This group of patients take up very much time of the practitioner. The clinician, lest overlooking an important disorder, orders lots of laboratory analyses and wants the help of other medical disciplines. Despite this efforts, generally the definite organic diagnosis could not be established. And the practitioner feels him(herself) inadequate against the problem (exhaustion).

This paper aims both to present the gynecologic dimension of the problem and to suggest some solutions.

Key Words: Somatoform disorder,
Gynecologic practice, Suggestion of solution

T Klin J Psychiatry 1999, 1:79-83

Bu yazının yazılma gerekliliğine işaret eden çalışma (1) somatoform bozuklukların ülkemizdeki durumu hakkında önemli ipuçları vermekte ve çoğu klinisyenlerimizin günlük hayattaki gözlem ve deneyimlerini teyid etmektedir. Bir büyük eğitim hastanesinde asistanlar arasında yapılan sözel bir araştırmanın sonuçları da bu çalışmayı desteklemektedir (yayınlanmamış bilgi).

Çoğu klinisyenlerimizin gözlemediği gibi muayene bulgularının başvuru semptomunu tam açıklamadığı büyük bir hasta grubu vardır (2). Bu hasta grubu klinisyeni çok fazla meşgul etmekte,

tam teşhis konamamakta, hasta tekrar tekrar gelmekte, klinisyen "acaba önemli bir şeyi mi atlıyorum" düşüncesiyle fazla sayıda tetkik yapmakta, birşey bulamadığında hastayı başka disiplinlere sevk etmekte veya verdiği ilaç etkili olmadığı için hasta kısa süre sonra karşısına tekrar geldiğinde bunalmakta ve çaresiz kalmaktadır. Veya aynı hasta doktor değiştirmektedir. Bu durumda önceki klinisyen aynı hastayı bir daha görmediği için mutlu bile olmaktadır (doktorun aynı hasta ile ilgili tükenmişliği). Böylesi klinik prezentasyonlara doktorlarımızın ezici çoğunluğu hazır değildir. Çünkü vücutta bir bozukluk olmadan 'ben hastayım' düşüncesiyle başvuran (psikosomatik hastalıklar, somatoform bozukluklar, somatizasyon) veya başvuru şikayeti doku veya organdaki bozukluğu açıklamaktan çok uzak olan çok büyük bir hasta

Yazışma Adresi: Dr.Orhan AKSAKAL
Dostlar sitesi, A-Blok No: 12
06520, Balgat, ANKARA

gurubuna karşı uygun yaklaşım metodolojisi maalesef tıp eğitimi sırasında gerektiği gibi öğretilmemektedir.

Bunun sebeplerini şöyle irdeleyebiliriz: tıp eğitimimiz genellikle dış (özellikle Amerika) kaynaklı kitaplara dayalıdır. Bu kitaplar içerik zenginlikleri, konuları ele alışlarındaki tutarlılık ve sağlamsı yaklaşımalarıyla büyük güven sağlamışlardır (örneğin dahiliye konusunda Harrison veya Cecil, cerrahi konusunda Schwartz, kadın-doğum konusunda Novak, Sciarra, Te Linde vs, veya her branş için mevcut olan Current serisi textbooklar). Bu kitaplarda organik semptom ve belirtiler sistematik ve araştırma sonuçlarına dayanılarak işlenmekte, ancak bu ana kitaplarda hasta psikolojisinin ancak belli başlı öğelerinden bahsedilebilmektedir. Bu kitaplar evrensel olma iddiası ve üretildikleri ülkelerin sağlık sigorta sistemlerinin baskısından dolayı rakamsal olarak kolayca ifade edilemeyecek şeyleri içermekte çekimser davranmaktadırlar. İçerdikleri bilgiler yalın, sağlam ve rakamlarla teyid edilmiş bilgiler olmalıdır. Aynı sebepten dolayı rakamlarla ifadesi çok güç olan halet-i ruhiye (doktorun karşısına bir beynin kumandasında bacaklar tarafından yürünerek getirilen organı getiren ruh hali, korkular, beklentiler, eşlik eden depresyon) (3) da bu kitaplarda yeterince ifade bulmamaktadır. Referans kitapların tıp hayatımızdaki yerini gözden geçirdiğimizde bu kitapların bizi yönlendirmedeki esas rollerini irdelememiz gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu değerli kaynak kitaplar bu bakış açısından incelendiğinde birçoğumuz şu gerçeği farkedecektir: bu kitapların sunduğu hasta tipi şudur: size hasta olarak başvuran bir insanın başvuru semptomunun bir doku veya organ veya sistem bozulmasına bağlı olduğu öngörülür. Semptomun şiddeti bozulmayla doğru orantılıdır ve her türlü semptom mutlaka ayırıcı tanıları dahil incelenmelidir. Bu değerli kitaplar her hangi bir organ veya organ sistemindeki anormal durumu çok iyi incelemekte, ama pratikte yaşayan tıp (örneğin Çankırı'da yaşayan çiftçi Ahmet bey'in sıkıntidan ortaya çıkan başağrısı veya Endonezya'daki işadaminin herhangi bir yöresel sorunundan ortaya çıkan psikolojik belirtisi vb...) konusunda ayrıntıya girmemektedirler. Halbuki bir ırkın hastalık kabul ettiği bir durumu diğer bir ırk normal karşılayabilmektedir. "Ben hastayım" düşüncesinin dayanakları geniş tabanlıdır ve yörelere göre

değişir. Evrensel bir kitabın yöresel hastalıkları içermesi beklenemeyeceği gibi somatizasyon gibi rakama kolay dökülemeyen bir konuda ayrıntıya girmesi de beklenmemelidir.

Öyleyse bir evrensel kitabı baz alarak herhangi bir yerde tıp uyguladığınızda hata yapmanız kaçınılmazdır, yani evrensel kabul görmüş gerçekler gözönünde tutulmak kaydıyla, her yörenin kendine has bir tıp uygulaması ve hasta yaklaşımı olmalıdır.

Ayrıca Türk insanının sağlık konusunda kitaplara uymayan birçok özelliğinin yanısıra belki de en önemli olarak; sorunlarını direkt diyalogla değil dolaylı anlatma (vücut dili) yolunu çok sık kullanan (bir şikayeti varsa başı ağrır ve yakın çevresi kendisinin bir şikayeti olduğunu böylece anlar vs.) bir tarzı vardır. İnsanımızın sorunlarını anlatmadaki bu tarzı sosyo ekonomik ve kültürel seviye ile ilişkilidir (4). Bu tarz, kronik pelvik ağrı şeklinde kadın-doğum pratiğinde sıkça karşımıza gelmektedir (5)

Türkiye'de kadın-doğum doktorluğu yapmakta olan meslektaşlarımız için ek sorunlar vardır, şöyle ki; kadınıımız ezici çoğunluğuyla (taşra bölgeleri ve kent varoşları) şimdiki tıp eğitim sisteminin hiç bahsetmediği veya üstünde durmadığı dinamiklerle yaşamaktadır. Şöyle ki; ülkemizde yer yer kadınlar bir mal gibi değiştirilmekte, kendi kaderi üzerinde söz hakkı verilmemektedir. Ama aynı zamanda kendisinden birçok şey beklenmektedir. Örneğin kendisinden doğurma görevi beklenmektedir ama erkek çocuk doğuramazsa yine durumu sarsılmaktadır, erkeğine kadınlık ve evi çekip çevirme görevleri de vazgeçilmez olarak kendisindedir. Yani o, bir "uterus", bir "vajen", çamaşır-bulaşık yıkayan, yemek pişiren "el" dir. Ancak, "beyni" vardır ve düşünebilip-hissedebilmektedir. Zaten çok az beklentili olacak şekilde yetiştirilmesine rağmen o da karşılanmadığı için (en azından biraz takdir edilme ve hakkının biraz teslimini beklemektedir) hayal kırıklıkları yaşayabilmektedir. Ama maalesef, 4-5 kişilik iş yapmasına rağmen yine de en küçük hatada fatura kendisine kesilmektedir. İnsanın en önemli zevklerinden olduğu söylenen cinsellik konusunda bir talebi olması çok "ayıp"tır ve böyle bir talebi çoğunlukla hoş karşılanmaz. Bu konuda da kocanın istekleri ön plandadır. Kocasının cinsellik istediği anda kendisinin bunu hiç arzu etmemesi önemli değildir. Ya itaat edecektir ya da kavga çıkacaktır. Bu şartlarda oluşan bir cinsellik kendisi için zaten

tam bir eziyettir. Çünkü kendisinin tatmin sağlayıp sağlamadığı da koca tarafından çoğu zaman önemsenmemektedir. Onun "okumak" gibi çok masumane bir isteği de karşılanmamıştır. Çünkü onun okuması demek kontrolden çıkması ve kendi ekonomik bağımsızlığını kazanması demektir. Bu durumda kocasına ukalalık yapabilir. Aslında "Okumaması daha iyidir"!! O, evden dışarı adım atar atmaz "namusun korunması" düşüncesiyle devreye giren ve adına "toplum kuralı" denen kurallar bütünüyle iyice kısıtlanmış durumdadır (erkek arkadaşı olamaz, belli bir saatte eve dönmüş olmalıdır, sağa baksa ayıptır, sola baksa ayıptır vb.). ekonomik bağımsızlık arama çabaları da engellenerek iyice erkeğe bağımlılık sağlanmıştır, hiçbir çıkış noktası bırakılmamıştır (bu satırlar yorumlanırken Türk insanının ezici çoğunluğunun yaşadığı taşra kentleri ve yerleşim birimleriyle, büyük kent "varoşları" gözönünde tutulmalıdır). Bir insan düşününüz ki, bu senaryo içinde yıllarını geçirmekte ve birçok olumsuzluğu algılayıp hissetmektedir, yaşadıklarından dolayı birçok şikayeti olsa da "şikayet etmesi" yasaktır. O zaman belirtileri hipertansiyon, baş ağrısı, uyuşma, karıncalanma, halsizlik, çarpıntı, vb'den bayılmalara dek giden bir spektrum içinde çeşitli psikolojik yan etkiler ortaya çıkabilecektir (6). Çünkü bu insanın bir beyni olduğu, düşünebildiği, hissettiği unutulmuştur. Yani kadınımda somatizasyon zemini hazırdır . Ama doktoru buna hiç hazır değildir.

Halihazırdaki sistemi çok iyi uyguladığı bilinen fakültelerin başarısına yakından bakıldığında; bol tetkike dayalı sistem, hastayla çok zaman geçirilmesini, ona harcama yapılmasını gerektirdiği için onun "önemsendiği" (çoğu insan için "önemsenmek" çok tatmin edicidir; onun şikayetleri hafife alınmamış, aksine "kendisinin de anlam veremediği" kadar ciddiyetle üzerine eğilmiştir ve kendisi "insan" yerine konmuştur) hissini hastaya ve yakın çevresine verdirmektedir. Sonuçta konulan teşhis ve tedavinin doğruluğu ve etkinliği bariz klinik durumlar dışında tartışmalıdır (kalp yetmezliği, siroz vb). Tabii ki bu agresif yaklaşım yeni tür somatoform bozukluklar ortaya çıkarabilmektedir (tetkiklerin yapılması ve bunların yorumlanması sürecinde vücut üzerinde yeni uğraşı alanları ortaya çıkabilmektedir).

Bu sistemde doktor, ilk basamakta çözebileceği bir depresyon vakasını hiç kurcalamayıp, ya

şikayetlere yönelik ilaçlar vermekte (bu esas sorunu çözmekte) ya da psikoloji veya psikiyatri konsültasyonu istemektedir. Bu da Türkiye gerçeklerine uymamaktadır. Çünkü ülkemizde (maalesef!) psikiyatri ve psikoloji branşlarına ürküntü ile bakılmaktadır ve şu ana sebeplerden dolayı psikiyatriste gidilmemektedir: 1-Psikiyatriste gidilmesi halinde bunu duyacak olan kişilerin yapacağı "deli", "akıl hastası" gibi yorumların korkusu. 2-Belki de daha önemli olarak şu sebepten (özellikle her yönden kocasına bağımlı kadın hastalar için geçerli); eğer kendisini doktora getiren semptom çok önemli bir ruhsal birikimin neticesinde oluşmuş ise ve bunu ancak psikiyatristin çözeceği (toplumumuzda psikiyatrik sorunlara gereken önem verilmemektedir) söylenirse konu hafife alınmış olacak ve çevresi tarafından ayıplanacaktır ("bizi bunun için mi doktor kapılarına düşürdün" gibi tacizlerle karşılaşabilecektir) ve beklenenin tersine içindeki birikimi ifade etmenin ya daha değişik bir yolunu bulacak yani başka bir semptomatoloji oluşacak ya da ilk semptom çok daha şiddetle ifade edilecektir. Halbuki onun belki de sadece "anlaşılmaya" ihtiyacı vardır.

Yani uygulanmakta olan sistem "doku" yani organ ile ilgilenmekte, ruhsal durumu irdelemekten kaçınmakta, dokuyu size "ben hastayım" düşüncesiyle getiren halet-i ruhiyeyi dikkate almaya çekinmektedir. Halbuki dokuda hiçbir bozukluk olmadan doktor karşısına gelen büyük bir grup hasta (somatoform bozukluklar grubu) uygulanan sistemden hiçbir yarar görememekte ve aksine sistemin bol tetkike dayalı , vücut üzerinde girişimci yapısından dolayı ortaya yeni psikolojik sorunlar (hastalık hastalığı) çıkarabilmektedir. Bu grup hasta tatmin bulamadığı için sık sık doktor değiştirmekte, çok gürültülü semptom veya semptom kümeleri üretebilmekte, doktor ve hastane meşguliyeti yaratmakta, bu tip hastalara fazlaca tetkik yapıldığı için maddi kayıplara da yol açmaktadır (bazı araştırmalara göre sebep olunan harcama semptom-doku uyumu olan hastalık durumlarına göre 5 ila 10 kat arasında değişmektedir).

Bizim doktorumuzun başarısız kaldığı sayısız durumlardan birkaçı (yazarın deneyimleri)

Örnek 1: 66 yaşında kadın hasta sağ üst kadrın karın ağrısı ile başvuruyor. Normal ağrı sorgulaması yapıyor. Hayatı boyunca köyünde zaman

meffumu olmadan yaşamış ninemiz ağrının "geçen yıl ekim ayının 14" ünde başladığını hatırlıyor. Tabii ki ağrıya ilgili normal sorgulamanızı yapıyorsunuz ve çeşitli cevaplar alıyorsunuz. Bir yıl boyunca değişik doktorlara gidildiğini ve çok çeşitli ilaçlar kullanıldığını öğreniyorsunuz. Çantadan kabarık reçeteler çıkıyor. Anamnezi samimi bir şekilde derinleştirdiğinizde (ki o zaten bunu birisine anlatmak için çoktan hazır) onun ailesine, tam o günde namuslarıyla ilgili bir iftira atıldığını öğreniyorsunuz (= vücut dili kullanımı, sıkıntıyı dolaylı anlatma ...).

Örnek 2: 40 yaşında 5 çocuklu ev hanımı yıllardır alt karın ağrısı var. Usulüne uygun yaptığımız muayenede hiçbir şey bulamadınız ama halâ şiddetli ağrım var diyor. Hatta bazen kıvraniyor. Anamnez derinleştğinde eşinin hergün alkollü olduğunu, bu haliyle kendisi istemese de cinsel ilişkide bulunmak istediğini öğreniyorsunuz. "sana 1 ay ilişki yasağı raporu veriyorum" diyorsunuz, bir yazılı rapor düzenliyorsunuz ve hemen yüzü gülmeye başlıyor (vücut dili kullanımı).

Örnek 3: 22 yaşında erkek hasta: şiddetli baş ağrısı. Anamnezde; yeni evli, eşinin önceki nişanlılığını öğreniyor, eşine ve kendine kızgın ama bunu ifade edemiyor (vücut dili kullanımı).

Örnek 4: 34 yaşında 4 doğum yapmış hasta, "içinin titremesi" şikayetiyle başvuruyor. Tabii ki muayenede bir şey bulunamıyor, ilk müdahale eden doktor tarafından çeşitli tetkikler öneriliyor ama anamnez derinleştirildiğinde kocanın kendisini çok yakın zamanda aldattığı ortaya çıkıyor vb..

Örnek 5: 29 yaşında 4 çocuklu kadın hasta. Şiddetli pelvik ağrı ile başvuruyor. Muayene yapılırken sorulmadığı halde kendisi 4 yıl önce "çocuk aldırıldığını" söylüyor. Daha sonra alınmaya başlanan anamnezde ağrılarının bu olaydan sonra başladığını net olarak söylüyor. Hatta çocuk alınma işleminin 4 yıl önce tam bu aylarda olduğunu söylüyor. Anamnez derinleştğinde aynı hastanın 4 yıldır yılın aynı döneminde hastaneye yatırılmasını gerektirecek şiddette alt karın-pelvis ağrıları krizleri yaşadığı, bir keresinde laparoskopi yapıldığı, verilen ilaçların kısa sürede etkisini kaybettiği, her yılın aynı dönemlerinde olan hastaneye yatma olaylarının dışında bir çok defalar pelvik ağrı sebebiyle doktora gidip ilaçlar kullanmak zorunda kaldığı or-

taya çıkıyor. Hastanın son yatışındaki gürültülü tablosu sırasında tüm akut faz reaktanları normal seviyede bulunuyor.

Bu örneklerdeki hastaların oranı tüm hastalar içinde %10 ile %30 arasındadır (bu oran ilk bakışta az gibi görünüp tersten bakarak %70 ila 90 hastaya yeterli olunduğu sonucu çıkarılabilir ama zaten bu %70-90'lık hasta gurubu teşhiste hiç sorun çıkarmamaktadır) ancak bu oranın çok ötesinde doktor meşguliyeti ve tetkik harcamasına sebep olmaktadır (1. örnekteki ninemiz 1 yıl içinde 7 kez, 2. örneğimiz kendi ifadesine göre tahminen 2 ayda bir doktora gitmiş, 3. örnek hergün iki kez bu titreme nöbetini geçirdiği için 3'ü acil servise "kaldırılmak" şeklinde olmak üzere toplam 6 kez doktor karşısına çıktığını ifade etmiştir). Bu hastalık gurubu, çevresinde oluşturduğu rahatsızlık ve teşhisteki çaresizlikten dolayı (çünkü tablo herhangi bir hastalık tablosuna tam olarak oturamamaktadır ve teşhis için multipl sistem araştırması yapılmak zorunda kalınmaktadır) "şunu da isteyelim" diyerek istenen gereksiz tetkikler açısından oranının çok ötesinde maddi tahribat yapmaktadır. Halbuki bu insanlar muhtemelen sadece "anlaşılmak ve onaylanmak" istemektedirler.

Yazının bundan önceki bölümünde şimdiki sistem içinde yetişen doktorun somatoform bozukluklarda karşılaştığı zorlukların kaynaklarından bahsedildi. Bu durumun düzeltilmesi ancak bir sorun olarak algılanmasıyla başlatılabilir. Bunu başlatacak olan insanlar öğretim üyeleridir. Bütün dengelerini şimdiki sistem içinde kurmuş ve bir yaşam düzeyi tutturmuş öğretim üyelerinin böylesine zor bir konuda kısa zamanda değişimleri beklenmemelidir. Bu insanlara çok sağlam mesajlar verilerek şimdiki sistem (= hastaya matematiksel, doku ve organsal yaklaşan sistem) zayıflatılmalıdır. Beri yandan bu hastalara yaklaşımda kolaylık sağlayacak bir metodoloji sunulmalıdır.

Oluşturulacak yeni doktor, psikiyatristin bazı işlevlerini yapabilmeli, Türk insanı gibi, kendini konuşarak değil, "vücut dili"yle anlatan bir insanın vücut dilini anlamayı bilmelidir. Bu yeni doktor çok fazla doktor meşguliyeti yaratan ve büyük tetkik masraflarına yol açan birçok somatoform bozukluk vakasını herhangi bir tonsillit vakası gibi, ilk basamakta kontrol altına alınıp, denetlenebilir duruma getirebilmelidir.

Bunun için doktorlarımızın öncelikle doku veya organda bir bozukluk olmadan da "hastalık" oluşabileceğini kabul etmeleri, doktor olarak bu sorunları çözmenin de kendi işleri olduğunu, çünkü uygun yaklaşımla kendileri çözemediğinde konunun bilimsel tıp dışındaki alanlara intikal ettiğini (hocalar, analar, türbeler, dedeler vs.) çok iyi bilmeleri gerekmektedir.

Fakülteye fen ve matematik puanlarla girmiş olan ve sayısal eşitliklere alışarak yetişmiş olan doktorlarımızdan sayıya dökülmesi çok zor olan somatoform bozukluklara kolayca yaklaşmalarını beklemek yanlış olabilir. Fakat meslektaşlarımızın da bildiği gibi somatoform bozukluklar diye başlıbaşına bir konu bilimsel literatürde yer almaktadır (7). Yani somatoform bozukluklara yaklaşmak da bilimsel olabilir.

İlk anda bu konunun çok soyutmuş gibi geldiğini kabul ediyoruz. Ancak bu hastalar mevcuttur, her an karşımıza çıkabilir ve zeka olarak ileri düzeyde olan doktorlarımız bu sorunlarla uğraşmaktan kaçmak yerine üzerine gitmelidirler.

En büyük sorunlardan biri matematiksel düşünmeye alışmış olan doktorlarımıza bu hastalıklara alışık oldukları düşünce tarzlarına uygun sistematik bir yaklaşımın sunulmamış olmasıdır.

"Psikoloji" sözcüğü meslektaşlarımızda genellikle gizemli, ve uğraşmaktansa başından göndermeyi telkin ettiren durumları çağırıştırır. Bu konulara yaklaşmakta bir tedirginlik vardır. Çünkü doktorumuza tetkiklerin rakamsal sonuçlarına dayalı bir hasta yaklaşımı öğretilmiş ve benimsetilmiştir. Psikoloji gibi elle tutulup rakamsal kıyaslamalara sokulamayan bir konuda doktorumuz kendini savunmasız ve çaresiz hissetmektedir.

Şimdi doktorlarımızın bu grup hastaya yaklaşımları hakkında biraz bilgi vermeye çalışalım:

Genellikle hastanın başvuru semptomunu açıklayacak organik bir bulgu saptanamadığında doktor hastasına ya "bir şeyin yok" deyip göndermekte ya "psikolojik" demekte ve ek birşey önermemekte veya psikiyatri konsültasyonu istemektedir. Birinci yaklaşım eksiktir ve hastanın beklentisini çözmemektedir. İkinci yaklaşım da eksiktir çünkü yine bir çözüm sunmamıştır ve aksine bazen ters tepki verir. Üçüncü yaklaşım günün evrensel bilimsel yaklaşımına uygundur ama pratikte hasta

tarafından tam olarak uygulanmamaktadır (bunun sebeplerinden daha önce bahsedilmişti).

Çözüm önerileri: Psikiyatri dışı branşlara başvurup somatoform bozukluk ön tanısı alan hastaların psikiyatri bölümüne sevki kolaylaştırılmalıdır. Hastalarımızın psikiyatri bölümlerine bakışı incelenip gerekli tedbirler alınmalı, aksi halde hastayı psikiyatri bölümüne göndermeyip ilk basamakta basit somatoform bozuklukları çözen diğer branş doktorları yetiştirilmelidir.

Böyle bir doktor nasıl oluşturulacaktır:

Bu süreç 4 aşamada gerçekleşebilir:

1. Doktor öncelikle kendi insanını tanımalıdır. Bunun için önce Türk insanı ana hatlarıyla tanımlanmalıdır. Burada en önemli nokta tabii ki Türk insanının sağlığa bakışı, neyi hastalık olarak kabul ettiği, vücudunda oluşan değişmelere tepkisi, dokordan beklentileri, tedavi uyumu ve tedaviyi uygulamaya nasıl motive edileceği gibi konulardır.

2. Somatoform bozukluk olasılığını anlama eğitimi yapılmalıdır.

3. Somatoform bozukluktan şüphelenildiğinde bunun kesinleştirilmesi için neler yapılabileceğinin eğitimi verilmelidir.

4. Teşhis kesinleştiğinde neler yapılacağı öğretilmelidir.

2, 3 ve 4. aşamalar kesinlikle psikiyatristlerin önerdiği, insanımıza göre adapte edilmiş programlar çerçevesinde ve bu konuda uzmanlaşmış psikiyatristlerin denetim ve gözetiminde olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çermik Ö. Uzmanlık Bitirme Tezi, 1993.
2. Lipowski ZJ. Somatisation: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145(11): 1358-68.
3. Lipowski ZJ. Somatisation and Depression. Psychosomatics 1990; 31: 13-21.
4. Kirmager LJ. Culture, affect and somatisation. Transcultural Psychiatric Research Review 1984; 21: 159-88.
5. Rosenthal RH. Psychology of Chronic pelvic pain. Obstetrics and gynecology clinics of North America 1993; 20: 627-42.
6. Çevik A., Aysev A., Bogenç A. Polikliniğe başvuran hastalarda somatoform bozuklukların değerlendirilmesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (Serbest Bildiri), GATA, Ankara, 1988.
7. World Health Organisation: the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Oxford University Press, World Health Organisation, 1992.