

Somatoform Bozukluklarda Genel Tedavi İlkeleri

GENERAL TREATMENT PRINCIPLES IN SOMATOFORM DISORDERS

Mine ÖZMEN*

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

Özet

Somatoform bozukluk tanısı konan hastalar hekimlerin baş etmekte güçlük çektiği bir hasta grubunu oluşturur. Bu hastaların hepsi somatizasyonu kullanan, yakınmaları kronikleşmeye meyilli hastalardır. Pratisyen hekimlerin ve diğer alanlarda çalışan uzman hekimlerin, bu tür hastalara yaklaşım ve psikiyatrik tedaviye hazırlama konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Psikiyatrik tedavi uzun sürecektir; bazen amaç semptomu kontrol altına alabilmek, hastanın yaşamını engellemeyecek ölçüde baş etmektir. Tedavi eden hekimin hastanın semptomun altında yatan anlamları, duyguları anlamaya çalışması, hastanın yaşamında olup bitenleri araştırması, çok yönlü bir yaklaşımda bulunabilmesi, değişik tedavi yaklaşımlarını hastanın gereksinimlerine göre kullanabilmesi gerekir. Yazıda somatoform bozukluklarda genel yaklaşım ve tedavi ilkeleri kronik somatizasyon kavramı ekseninde ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik somatizasyon, Hekimin tutumu, Semptom kontrolü

T Klin Psikiyatri 1999, 1:92-98

Summary

Patients who have somatoform disorder are the ones that physicians have difficulty to cope with. All of these patients use somatization and their symptoms tend to be chronic. General practitioners and specialists at branches other than psychiatry must be educated on how to respond to these patients and how to prepare them for psychiatric treatment. Psychiatric treatment will take long and sometimes the aim is to control the symptom and make it not to interfere with daily life. The treating physician must try to understand meanings and emotions lying beneath the symptoms; he must have a multi-dimensional approach and must be able to use various treatment modalities in accordance with the patient's needs. This paper discusses the general approach to and the treatment of somatoform disorders on the axis of the chronic somatization concept.

Key Words: Chronic somatization, Physician's attitude, Symptom control

T Klin J Psychiatry 1999, 1:92-98

Somatizasyon akut olarak ortaya çıkmışsa sıklıkla psikososyal stressörlerle ilişkilidir. Bu kişilerde genellikle bedenselleştirme öncesi uyum oldukça iyidir. İlintili psikososyal stressörün tanımlanması, kısa bir fizik muayene ve değerlendirme sonrasında hastaya tıbbi bir sorununun atlanmadığı güvencesini vermek, hastanın sıkıntısının semptomla ilişkilendirilmesi, tıbbi tedaviye gereksinimi olmadığını güvencesinin verilmesi, alta yatan sıkıntıya yönelik bir yaklaşım yeterlidir. Bazen yal-

nızca bilgi vermek ve semptomunun sıkıntıları ile ilişkili olduğu yorumunu yapmak bile hastanın iyileşmesi ve işbirliği için yeterli olabilir. (1). Bazen somatizasyonlar yanlış değerlendirilir, gündemde olan, örneğin kişinin medyada o günlerde dinlediği bir hastalığa yorularak diğer branş hekimlerine başvurulur.

Hastalarımızdan biri yoğun çatışmaları olan kişileri gördüğünde aslında öfkeden dolan gözlerini, göğsündeki sıkışma hissini alerji belirtisi olarak yorumlayarak alerji kliniğine başvurmuş, oradan polikliniğimize yönlendirilmiştir. Ancak yapılan görüşmelerde eşinin ailesine "alerjik" olduğu anlaşılmıştır. Hasta bunu kolaylıkla kabul edebilmiş ve bilgilendirildikten sonra kendisi "alerji sandım ama ben falanca kişilerle birlikte iken, onların yaptıkları aklıma geldikçe gözlerim doluyor, göğsüm

Yazışma Adresi: Dr.Mine ÖZMEN
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD
Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri BD
İSTANBUL

sıkışıyor aslında" diyerek belirtmiş, bir kaç terapötik görüşme sonrasında yakınmaları gerilemiştir.

Akut olarak ortaya çıkan somatik belirtiler çok şiddetli ise ya da uzun sürerse psikiyatrik girişim, sıklıkla da destekleyici psikoterapi gerekebilir. Önemli ikincil kazançlar varsa, ya da hekim tarafından pekiştirilirse, öğrenilmiş bir davranış haline gelebilir ve gelecekte de kullanılabilir (1,2).

Kronik somatik yakınmaların - "kronik" tanımı üzerinde bir uzlaşma olmamakla birlikte 6 aydan uzun sürmüş semptomlar kronik somatizasyon olarak değerlendirilmektedir (1) - görülme sıklığı %4-5, hastanelerde ise %30-40 olarak bildirilmektedir (3). Bu tür yakınmalarla başvuran hastalarda ise yukarıda söz edilen yaklaşım işe pek yaramaz; hastaya bir şeyi olmadığı güvencesini vermek onu sakinleştirmez. Bu tür sorunları olan hastalar DSM-IV sınıflamasına göre somatoform bozukluk, ağrı bozukluğu, hipokondriasis, konversiyon bozukluğu, vücut dismorfik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk olarak ele alınmaktadır ve hepsinde ortak olan özellik hastanın fiziksel zemini saptanamamış kronik beden yakınmalarının olmasıdır. Bu hastalar, semptomunun geçmesini değil ilişki kurmayı ve anlaşılmayı, hekimin onun hasta olduğunu kabul etmesini istemektedir. Öyleyse hekim de hasta ile sorunun psikolojik olduğu tartışmasına girmemeli, bir sorun olduğu görüşüne katılmalı ve bunu tanımlamak için istekli ve meraklı olduğunu göstermeli, hastanın üzüntüsünü, sıkıntısını ve anladığını iletebilmelidir (1,4).

Hekimin Tutumu

Ülkemizde tıp eğitimi içinde hastanın bütüncül görüşle algılanmasına, iletişimle ilgili ve somatizasyonla baş etmeye yönelik becerilerin geliştirilmesine yönelik olarak verilen eğitim yetersizdir. Bu nedenle hekimler karşlarına gelen kronik beden yakınmaları olan hastalara nasıl yaklaşacaklarını bilememektedirler. Pratisyen hekimlerin ve diğer branş hekimlerinin de hastalarını psikiyatrik tedaviye nasıl hazırlayabilecekleri, psikiyatriste nasıl yönlendirecekleri konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Hastaya nereye ve neden gönderildiği açıkça seylenmelidir. Örneğin hastaya "sizi bir meslektaşına ya da dr.x'e gönderiyorum, sizinkine benzer

yakınmalar olan hastalarımız çok yararlandılar" gibi bir açıklama yapılabilir. Hekimin esnek olması ve kendisini hastanın tutumuna göre ayarlaması gerekir. Hasta psikiyatrik tedavi konusunda çok dirençli ise ısrar etmemesi, ileride tekrar bu fikri tartışması uygun olur. Öykü alırken ipuçlarına dikkat etmeli, güçlükler ya da olumsuz duygulara hastanın dikkatini çekmeli, hastadan yanıt alırsa araştırmalı, alamazsa erken yorum yapmaktan kaçınmalıdır. Hastasının yakınmalarını dinlemeli, muayene sırasında hasta ile klinik bulguları tartışmalı, normal bulguları hastaya iletmelidir ("kalp ritminiz normal" gibi). bunu yaparken "yaşınıza göre iyi sayılır" gibi belirsiz tümceler kullanmamalıdır. Anormal bulgular ise hastaya söylenirken beraberinde bunları araştırmak için ne yapılacağı da söylenmelidir. ("Sağ tarafınızdaki kaslarda biraz kuvvet kaybı var, bir MR yapabiliriz" gibi) (1,3).

Hastanın beraberindeki epikrizlerin, tetkiklerinin, dosyasının incelenmesi, hem hastanın hekimin yakınmalarını ciddiye aldığı görmesi ve hekimle işbirliğini arttırması açısından hem de organik bir nedeni atlamamak açısından önemlidir (1). Ayrıca gönderen hekimden de bilgi alarak hastanın neden gönderildiğini kavramak gerekir. Bazen psikiyatrist diğer tüm hekimlerin düşünce ve tetkiklerini gözden geçirme olanağı olduğundan atlanmış bir fiziksel hastalığı yakalamak için en elverişli konumda olabilir. Örneğin hasta psikolojik olarak değerlendirilen "baş dönmesi" yakınması nedeniyle psikiyatriste gönderilmiş ancak çok yararlı olabilecek bir KBB ya da nöroloji konsültasyonu istenmemiş olabilir.

Bu hastalar çok tetkik ve terapötik girişime maruz kaldıklarından, komplikasyonlar, yan etkiler ya da iatrojenik semptomlar ortaya çıkabilir, yeni semptomlar eskilerinin yerini alabilir. Hekim kendisi gerek görmedikçe yeni tetkik yaptırmamalı ve bu kararını hastası ile paylaşmalıdır. Bazen hekim özellikle somatizasyon kavramına yabancı ise, bu sonlandırmayı yapamaz çünkü varolan bir fiziksel hastalığı henüz bulamadığına, devam ederse bir şeyler bulacağına inanır. Hastanın beden yakınmalarına hekimin tahammül etmesi, ancak bunlarda bir farklılık sezerse tetkik istemesi gerekir. Tanısal tetkikler için objektif ölçütler gözönüne alınarak karar verilmelidir; hastanın subjektif yakınmaları değil. Her yeni yakınma için, hasta bedenini

iletişim için kullanan bir kişi olmasaydı ne yapılırsa o kadarını yapmaya dikkat etmek gerekir. Hasta ısrar ederse bazen bir ilk test için anlaşılır, o negatif gelirse başka test yapılmayacaktır (1,3,4).

Hastayı kimin takip etmesi gerektiği konusu tartışmalıdır. Hastayı takip edecek hekimin her zaman psikiyatrist olması gerekmez. Tek bir hekimin takip etmesi hem hastanın manipülasyonlarının azaltmak, hem de yeni semptomları değerlendirmek açısından yararlıdır. Pratisyen hekim ya da başka bir uzman hekim gerektiğinde psikiyatriste danışarak hastayı izleyebilir. Baş edemezse ya da birinci ekseninde konuşmuş olan tanıya bir kişilik bozukluğu tanısı da eşlik ediyorsa hastayı psikiyatrist izleyebilir. Psikiyatri kliniklerinde ise asistanlar rotasyonlara gittiklerinden hastalar sürekli farklı hekimlerce takip edilirler, yeterli denetim de yoksa tetkikler istenmeye devam edebilir. Bu nedenle daha kıdemli bir ekip üyesinin bu hastalardan genel olarak sorumlu olması uygun olur. Böylece hem sürekli değişik hekimleri dolaşmaktan bıkmış olan hasta, uzun vadede tek bir kişi ile iletişim kurmuş olur, hem de hekim organik nedenlerden kaynaklanan yeni bir semptom ortaya çıktığında, hastanın bunu dile getirişindeki farklılığı daha kolay sezebilir (1).

Hastaların tedaviye uyum göstermeleri için ilk başvurduğu hekimin ve psikiyatristin yakınmalarını ciddiye aldığını, sıkıntısının şiddetini anladığını hissetmesi ve önerdiği tedavi için mantıklı bir açıklama alabilmesi gerekir. Hastaya bir şeyi olmadığı güvencesini vermek genellikle işe yaramaz. Doğrudan hastayı sorunlarının anlamı ve kökeni ile yüzleştirmek de yararlı olmayabilir. Hemen semptomunun psikolojik olduğunu söylemek yerine hastanın yaşamında neler olup bittiğini araştırmak, semptomunun sembolik anlamlarını açıklamaya, semptomun gizlediği ya da savunduğu dayanılması güç affetleri ve semptomda gizlenen, iletilmek istenen mesajın ne olduğunu anlamaya çalışmak daha yararlı olabilir (2,4).

Hastalar kendilerine neler olduğunu anlamayı çok isterler. Sadece semptomlarından değil onların uydurulmuş yakınmalar olarak değerlendirilmelerinden de rahatsız olurlar. Ciddi bir hastalıkları olmadığını açıklamanın yanısıra, semptomlarının mekanizmasını da açıklamak gerekir. Erken dönemde semptomların emosyonel olduğunu

açıklamak pek bir şey kazandırmaz; hasta bunları red olarak algılayabilir. Salmon ve arkadaşları (1999) kronik somatizasyon saptanan 228 hasta grubunda yaptıkları bir araştırmada hekimlerin çoğunun hastanın düşünceleri ile uyuşmayan yorumlar yaptıklarını saptamışlar ve doktorların açıklamalarının üç grupta toplandığını bildirmişlerdir. Çoğu açıklama ("bir şeyiniz yok", "depresyonunuz var" gibi) hastalar tarafından semptomlarının gerçekliliğinin reddi olarak yorumlanmıştır. Böylece bu tür açıklamaların kişinin semptomlarını yarattığı ya da uydurduğu iması içerdiğini ve psikolojik sorunlar üzerinde olan yaftalara katkıda bulunduğu sonucuna varmışlardır. Bu durumda hasta sıkıntısının anlaşılmadığı, görmezden gelindiği ancak daha şiddetli ve çok sayıda semptomları olursa sıkıntısının fark edileceği hissine kapılabilir. Hekim "bir şeyiniz yok" dedikçe ya da geçeceğini umarak semptomlar için ilaç verdikçe hastanın sıkıntısı ve başvuruları artar. Hasta sorununu kökenini kavrayamamakta, hekim de eklenen yeni yakınmalar karşısında hayal kırıklığına uğramaktadır. İkinci gruptakiler hastanın kafasındaki açıklama ile uyumlu olan açıklamalar olarak değerlendirilmiştir (örneğin hasta yakınmalarını depresyona ya da çektiği çilelere bağlıyorsa, hekim de hastaya katıldığını belirtiyorsa). Bu açıklamalar karşısında hastalar, hekimlere güven duymadıklarını ve yeterliliklerini sorguladıklarını bildirmişlerdir. Çok az sayıda açıklama ise akla yatkın, hastayı suçlamayan, hekimin ilgilendiğini gösteren açıklamalar olarak yorumlanmış ("siz bu kadar sıkıntılı iken, kaslarınız kasılacaktır, bu durumda başınızın ağrması beklenebilecek bir durum" gibi), hastalar bu açıklamaların kendilerini motive ettiğini ve motive ettiğini ve güçlendiklerini bildirmişlerdir (5).

Hastalara bilgi verirken algı ile ya da bilişsel faktörlerle, beden belirtilerinin olduğundan şiddetli algılanabileceğini anlatmak da yararlı olabilir (örn. "Her ikimiz de merdiven çıksak kalbimiz hızlı atmaya başlar ama bunu bizim kalp krizi geçiriyorum diye yorumlayarak izlerse, onun kalbi daha hızlı atmaya başlayacaktır." gibi). Hastanın sinir sisteminin çok duyarlı olduğu, bedenindeki normal duyuları algılamasında bir sorun olduğu, başkalarının daha az yoğun algıladığı selim semptomları şiddetlendirerek algıladığı söylenebilir. Radyonun sesini çok açarsak arka plandaki gürültü-

lerin daha fazla duyulduğu hatırlatılarak bir analogi de yapılabilir. Yani hastanın semptomları gerçektir, uydurma değil. Hastaya ölümcül bir hastalığı olmadığı söylenirken bu semptomları tedavi etmenin de güç olduğu bazen de hiç geçmeyebilecekleri de söylenmelidir.

Hastanın beden yakınmalarına kronik yorgunluk sendromu ya da iritabl kolon sendromu gibi hastaya pek de bir şey ifade etmeyen ve yaftalarla yüklü olabilen tanısız etiketler koymaktansa günlük dille hastanın sorunlarını tanımlayan açıklamalar yapmak daha anlaşılır ve yararlı olabilir. ("uzunca sürmüş, organik bir nedene bağlanamamış şikayetleriniz var, çeşitli hastalıklarla ilgili endişeleriniz oluyor ve içiniz de bir türlü rahat etmiyor" gibi) (6,7).

Bu hastalar birden fazla disiplin tarafından değerlendirilmesi gereken kişilerdir. Özellikle psikiyatristlerden yeterli ölçüde yardım istenmemektedir. Pratisyen hekimlere ve diğer branş hekimlerine gerekirse vaka örnekleri ile eğitimler verilerek bu işbirliğinin artması sağlanmalıdır.

16 yaşında bir bayan hasta 3 sene önce anne babası bir evlilik krizi yaşarken saçlarının dökülmesi nedeniyle bir dermatolog tarafından psikiyatristlere gönderilmiş, psikoterapötik yaklaşım ve ailedeki sorunun çözülmesi ile yakınmaları gerilemiş. Birkaç ay sonra göğsünde ortaya çıkan yaralar nedeniyle çocuk hastalıkları kliniğine başvurmuş, bir sene süre ile çeşitli tetkik ve tedavilerle izlenmiş, ardından 1 sene süre ile enfeksiyon hastalıkları kliniğinde izlenmiş, 8 ay önce dermatoloji kliniğinde gene aynı yakınmalarla artefakt dermatiti tanısı ile takibe alınmış, bu arada onlardan habersiz kanama yakınması ile 3 aydır da hematoloji kliniğinden (sürekli kanaması olduğunu bildirmesine karşın hematokritleri normaldi) sonuç vermeyen tetkik ve tedavilerle izlenmekteydi. Nihayet kliniğimize gönderilip yapay bozukluk tanısı ile takibe alındığında hastanın semptomları kronikleşmiş, pekiştirilmiş; doktorlar ve hastane yaşamının eklenini oluşturmuştu.

Hekimler bazen hastanın olmayan hastalığını tedavi etmekte, dolayısı ile çifte mesajlar verebilmektedirler. Bu da hastanın hastalığı olduğuna dair zaten güçlü olan inancını iyice pekiştirebilmektedir.

Hastalar psikiyatriste başvurduğunda kabarık dosyasında bazen birbiri ile de çelişebilen teşhislerle gelirler. Bu durum doğal olarak hastayı kuşkuya düşürür ve güvensizlik, öfke uyandırır. Hem psikiyatriste gönderilmesi hem de psikiyatrik tedaviyi kabul etmesi güçleşir. Hastanın psikiyatriste gelmekle ilgili ikircikli düşünceleri muayenenin ilk dakikalarında ya da fark edilir fark edilmez çalışılmalıdır. Hastaya psikiyatriste neler söylenerek gönderildiği, bunun hastayı nasıl etkilediği araştırılmalıdır. Bazen hasta kime gönderildiği açıklanmadan gönderilebilir, psikiyatri kliniğine gönderildiğini fark ettiği anda kendisini kandırılmış hissedip kızabilir. Çok dirençli hastalarda ilk görüşme yeterli işbirliği oluşturmak üzere kullanılabilir, daha ayrıntılı bilgilerin alınması ve yakınmalarının değerlendirilmesi ertelenebilir. Görüşmenin ilk bölümünde hastanın semptomlarına odaklanmak bunların ciddiye alındığını hissetmesi açısından yararlıdır. "zor günler geçirmişsiniz" ya da "bu şikayetleriniz sizi çok sıkıntıya sokmuş" ya da "zorlamış" türünden empatik cümleler, hasta ile işbirliği oluşturmak açısından yararlıdır (4).

Hastaya dokunmanın, yani yakınmaları ile ilgili fiziksel muayenesinin yapılmasının önemi vurgulanmaktadır. Böylece hastaya fiziksel sorun olmadığını kanıtları ile yaklaşılabilir. Hastanın semptomlarının tipi, sıklığı ve hastanın semptomlarına yönelik tepkisi de muayene sırasında gözden geçirilmelidir.

Hasta yakınları ile görüşerek bilgi almak ve hastanın şimdiki ve hastalık öncesindeki işlevselliğini ya da geçmişteki, şimdiki, psikososyal stressörleri değerlendirmek açısından çok yararlıdır. Hastanın kurmakta zorluk çektiği bir stressör-semptom ilişkisini sorar sormaz dile getirebilirler.

Hastalar tıbbi bir sorunları olduğuna dair güçlü bir inanç geliştirmiş olabilirler, böylece özellikle ilk görüşmede tipik olarak savunucu bir tutum takınırlar ve sorunların fiziksel olduğunda ısrar ederler. "Ben iradeli bir kişiyim kurslara vb gitim.", "benim sorunum psikolojik olamaz, olabilir tabi herkes gibi mutlaka psikolojik sorunlarım olmuştur ama benim omurgamda kırıklar var ve bu durumda çok şiddetli ağrı duymam doğal", "ağrım geçse başka bir sıkıntım kalmayacak, siz bana ağrım için bir ilaç verin", "aynı şikayetler komşu-

mun ablasında da vardı, beyin kanaması çıktı" gibi tümceleri bu hastalardan çok sık duyarız.

Bu savunucu tutumlara karşılık olarak hekimin esnek olması, çok katı bir tutum sergilememesi, başka görüşlere açık olduğunu iletmesi, sabırla hastayı başka bir açıdan da bakmaya hazırlanması gerekir. Uygun bir yaklaşımla bu tür dirençler zaman içinde kırılabilir. Bazen tüm bir tedavi boyunca, hasta sorununun psikolojik bileşeni olduğunda ısrar edebilir. Gene de psikiyatrik yaklaşımdan yararlanılabilir (4).

Kronik baş ve omuz ağrıları olan, somatoform ağrı bozuklukları tanısı ile izlenen bir hastamız, yakınmalarının hemen öncesinde ardarda annesini, babasını ve erkek kardeşini kaybetmişti. Bunlardan "hiç etkilenmemişti", grup çalışmasında katılıp katılmayacağı sorulduğunda "gelirim tabi, biz eğitimciyiz ötekilere bir faydam olsun" diye yanıt vermişti. Ağrıları psikotrop ajanlarla geçtiği halde hiçbir zaman semptomunda katkıda bulunabilecek stressör etkenlerde ilgili yorumlarımıza yanıt vermemişti.

Hastanın yaşamının semptomun nasıl etkilediği sorusundan, yaşamının bu semptomun oluşumuna nasıl katkıda bulunduğu sorusuna geçebilmesi için zaman gereklidir. Bazı yorumlar bu konuya giriş yapmak için yararlı olabilir. Hastanın hazır olduğu hissedilirse emosyonel sorunlarla beden semptomlarını birbirine bağlayan yorumlar yapılabilir. "Galiba eşinizin ilişkisini öğrendikten hemen sonra nefes alma güçlüğüne başlamış" gibi. Hasta bu yorumu alıp işlemeye başlarsa çalışmaya devam edilebilir, yanıt vermez ya da savunucu bir tutum takınırsa ileride tekrar denemek üzere bir kenara bırakılabilir.

Hekim hastasına semptomlarının kafasında oluşturduğu şeyler değil, gerçek olduğuna, bedeninde duyumsadığına inandığını iletmemelidir. Radyo ile analogi yapılırsa amaç kanal değiştirmek değil volümün ya da antenin kontrolü ya da düzeltilmesidir. Yani semptomu azaltan ya da artıran etkenleri tanımak, yeni baş etme yolları olarak onu kontrol altına almaktır. Somatizasyonu bir tür iletişim olarak algılandığında hastanın sıkıntısının anlaşılmasını ve bir ilişki kurmayı istediği de anlaşılacaktır. Hastanın hekimi ile ilişki kurması için semptomuna gerek olmadığı mesajı hem düzenli görüşmelerde hem de hekimin hastanın

psikososyal öyküsüne, bir insan olarak kendisine giderek artan ilgisi ile verilecektir (1,4).

Hastanın yalnızca fiziksel ya da ruhsal hastalığı olması gerekmez. bazen her ikisi de aynı kişide bulunabilir. Kronik somatizasyonu olan birçok kişinin fiziksel hastalıkları da vardır ancak bu tedavinin odak noktası haline gelmemelidir. Hasta hastalığının ne olduğu yeti yitiminin ne ölçüde bu hastalığına bağlı olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

Tetkiklerin sonlandırılması ve düzenli kontroller yapılması konusunda hasta ile yapılan anlaşma hem sağlık harcamalarını azaltır, hem de tedavi süreci hem hasta hem de hekim için daha az yorucu hale gelir. Bu kontrollerin sıklığına hasta ile birlikte karar verilmeli, hastanın semptomlarına göre sıklığı değiştirilmemelidir. Böylece hasta yardım istemek için semptomuna başvurmak zorunda kalmaz. Bazı hastalar çok ısrarlı olabilir; açık bir biçimde sınırların çizilmesi gerekebilir.

Tedavi İlkeleri

Somatizasyona eşlik eden ruhsal hastalığın tedavisi gerekebilir. Depresyon sıklıkla somatizasyonun altında yatan neden olarak psikiyatristin karşısına çıkar. Özellikle yaşlılarda aleksitimi ve somatizasyon daha fazla gözleendiğinden depresyon maskelenebilir. Kronik ağrılı hastalarda da depresyon sıktır. Hasta depresyonu ile konversif belirtilerle savaşılabılır. Ya da bazı yapay bozuklukların ardındaki oto-destrüktif davranışları için itici güç depresyon olabilir. Somatizasyona eşlik eden ruhsal hastalıklar somatik amplifikasyonun artmasına yardım ederler. Bu hastalar yan etkilere çok duyarlı olduklarından ilaçla birlikte yeni semptomlar ortaya çıkabilir.

İlaç önerilecekse dikkatlice, bazen iyi geleceği yönünde bir telkinde bulunmadan hatta bazı durumlarda kötümser biçimde bile verilebilir. Örneğin hastaya çok yararı olmasa bile denemeye değeceği söylenebilir. Hasta isteksizse zorlamakla pek birşey elde edilemez. İlacın dozu mümkün olduğunca düşük başlanıp yavaşça arttırılmalıdır.

Bu hastalar sıklıkla bir torba dolusu ilaç ve tetkiklerle karşımıza gelirler. Çok zaman alsa da (bazen önerilmiş bir benzodiazepini yada aslında yararı olmayan ancak hastanın yakınmalarının

kötüye gitmesini engellediğine dair kuvvetli bir inanç geliştirdiği herhangi bir ilacı kesmek aylar alabilir) gereksiz ilaçların kesilmesi gerekir. Endikasyon yoksa ilaçlar yazmak, hem sorunun fiziksel olarak algılanmasına neden olabilir hem de ilaç etkileşimleri açısından sorun yaratabilir (1,3,4).

Bir yandan hasta yavaş yavaş semptomunun dışında kalan konularda, yaşamında olup bitenler konusunda konuşmaya teşvik edilirken, diğer yandan hastanın sorunları için önerilen spesifik tedavinin mümkünse hastaya seçenek olarak sunulması gerekir. Örneğin somatoform hastalıklarda önerilen fizyoterapi ya da masaj uygulamaları kas-iskelet sistemindeki ağrıları gidermek açısından yararlı olabilir. Hipokondriak bir hastada duyguları tanınması ve ifade edebilmesi için çalışırken, somatizasyon bozukluğu tanısı almış bir hastada ise emosyonları ile bilişel başa çıkma yöntemleri önerilebilir (3,8).

Semptomları pekiştiren dinamikleri değiştirmek yararlı olabilir. Birçok hastanın yaşamı semptomları ve hastane ile ilişkisi temelinde sürer. Düzenli görüşme takviminin belirlenmesi bunu kırabilir. Böylece hastanın semptomu hekimi hemen görmesini sağlamayacaktır, yakınması olsa da randevu tarihini beklemesi gerekmektedir. Hastanın sosyal destek sistemindeki ona yakın kişiler hastalıkla ilintili davranışları ödüllendirmemeleri konusunda eğitilmelidir. Sosyal hüner eğitimi, girişimcilik eğitimi, fiziksel aktivasyon programları ki ülkemizde bu konuda eleman eksikliği vardır, gerekebilir. Grup psikoterapisi, sosyal destek sağlanması, kişiler arası ilişki becerilerinin artırılması ve hastanın duygularını ve isteklerini yaşantılayıp ifade edebileceği, güvenli bir ortam oluşturması açısından yararlı olabilir (4).

9 yaşında bir kız çocuğu dermatolojiden artefakt dermatiti tanısı ile gönderilmişti. Yapılan psikiyatrik muayene sırasında başının sağ tarafında parietal bölgeden frontal bölgeye kadar uzanan yaklaşık 3x15 cm boyutunda eski bir yara izi göze çarpmaktaydı. Bu iz birinci sınıfa başladıktan 2 ay sonra ortaya çıkan ve iki sene süren bir yaraya aitti. Aile ve hasta "el sürmediğini" söylemelerine karşın dermatologlar bunu hasta tarafından oluşturulduğu konusunda hem fikirdiler. Yara bir sene önce remisyonla girmiş 1 ay önce başka bir yerde tekrar

başlamıştı. Alınan anamnezde hastanın 6 yaşında iken, kendisinden 1 yaş büyük ablası ile birlikte aynı sene okula başlatıldığı (abla çelimsiz olduğundan bir sene okula göndermeyerek bekletmek kararı almışlar. Hastamızı ise yaşı tutmadığı halde birlikte gitsinler diyerek aynı sınıfa başlatmışlardı) öğrenildi. Zaten aralarında var olan rekabet, çok haksız bir rekabete dönüşmüş, ablanın her alanda kardeşinden çok daha başarılı olması ile tahammül edilemez hale gelmiştir. Evde de sürekli olarak ablanın başarısı örnek gösteriliyordu. Yara remisyonuna girdiği dönemde ise abla tesadüfen öğrenci olduğundan sınıflar ayrılmıştı. Baş edemediği kardeş rekabeti nedeniyle öfkesini kendisine yönelttiğini düşünerek aileye çocuklarının sınıflarını ayırmaları ve karşılaştırma yapmaması, hastanın başarılarını desteklemeleri önerildi. Aile bu önerilere uydu ve hastanın yarası daha fazla ilerlemeden kapandı.

Aktarım ve karşı aktarım duygularının tanınması önemlidir. Somatizasyonu kullanan hastalar hekimlerde güçlü olumsuz duygular uyandırır ve bu da daha kalitesiz bir sağlık hizmeti almalarına neden olabilir. Hekim hastaya yardım edemediği için suçluluk duyabilir, hastanın gene bir şikayete gelebileceğinden korkabilir ya da kızabilir. Hastayı bu nedenle reddedebilir ya da hasta ile işbirliği yaparak gereksiz tetkikler isteyebilir. Yetersiz tetkiklerde ısrar etmek, hastanın uyandırdığı bilinçdışı çatışma ve duygularla başetmek üzere hekimin devreye soktuğu bir davranış biçimi de olabilir. Hekimin somatizasyon kullanan hastalarda sevebileceği ya da ilgisini çeken bir yön bulmaya çalışması hastasına ilgisini devam ettirebilmesi açısından yararlı olabilir (4,9).

Birçok kronik durumda tedavi değil bakım, başetmek ya da semptom kontrolü önemlidir. Hastaya kronik semptomları ve yeti yitimi ile uyum sağlayarak, en aza indirerek yaşamasına yardım etmek, semptomlarının geçmeyebileceğini kabul lenip baş etme stratejilerine odaklanmak tedavinin hedefi olmalıdır. Yapısal bir bozukluk olmadığına ve kişinin "hasta olma ihtiyacını" giderecek bir ilaç ya da cerrahi girişim olmadığına göre somatizasyonu kullanan kişinin tüm yakınmalarını gidermek mümkün olmayabilir. Tedavi etmeye çalıştıkça hastanın istekleri ve yakınmaları artabileceğinden başa çıkmaya odaklanmak bir kısır döngüyü de kırabilir.

Hekim yakınmalarının gerçekliğini kabul ettiğinde hastanın sıkıntısı da kabul edilmiş olur. Hekimi kızdıran ve hayal kırıklığına uğratan şeylerden biri de hastaların onunla zıtlaştığı, karşı geldiği, ya da engellediği, şaşırttığı hisleridir. Hekim kendisi semptomları yok etmekten vazgeçtiği zaman hastanın onun terapötik çabalarını engellediği duyguları da silinecektir. Dolayısı ile daha az hiddetli ve öfkeli olacaktır. Hastanın bilinçli olarak onu şaşırtmak ve engellemek amacıyla olmadığını hatırlaması daha kolay olacaktır (4,6,7).

Hastalar tıbbi bir sorunları olduklarına inandıklarında psikolojik tedavi onlara pek yakın gelmez ancak hekim semptomlarıyla baş etmek üzere ya da semptomlarıyla görünüşte ilgisiz bir başka emosyonel sorun tanımlayabilmişse psikolojik tedavi fikrini kabul edebilirler. Çoğu stresin yaşamlarını sıkıntıya soktuğu fikrini kabul edebilir ve "stresle başa çıkma" adı altında tedaviye razı olabilir. Bazen semptomlarıyla ilişkisini kabul etmeseler de örneğin evlilik sorunları gibi problemler için tedaviye ikna olabilirler. Her zaman çatışma-semptom ilişkisini kabullenmeleri, içgörü geliştirmeleri beklenmemelidir. Klasik içgörü oluşturmaya yönelik yaklaşım her zaman yararlı olmayabilir. Hasta terapi ile içgörü geliştirse de semptomları geçmeyebilir. Bu nedenle semptom kontrolü için davranışçı ve bilişsel başetme yöntemlerinin öğretilmesi psikoterapinin temel hedeflerinden biridir. Amaç hastanın semptomlarına alışması, dayanabilmesi ve bunlar nedeniyle iş, aile yaşamı ya da etkinliklerinin etkilenmemesidir. Son yıllarda somatisasyonlarda standart davranışçı-bilişsel tedavi programları geliştirilmeye başlamıştır. Bunlar genellikle egzersizler, eğitici bilgiler, kasetler ve okunacak materyalden oluşan eğitim programlarıdır. Hastalar bir sınıfta buluşmakta 6-16 seans boyunca 1/2-2 saatlik interaktif seanslar yapılmaktadır. Amaç, sağlık hakkındaki yanlış inançları ve bilgileri düzeltmek, sorunu arttıran davranışları (örneğin dışarı çıkmamak, hareket etmekten kaçınmak) değiştirmek, hekim hekim dolaşmayı, sürekli güvence almak gibi sorunu sürdüren davranışları değiştirmektir (4,6-8).

Ayrıca her hastanın başa çıkma yöntemleri ve öz kaynakları değerlendirilmeli, sorunla baş etmek üzere devreye sokmasına yardım edilmelidir.

Yoga, diyetler gibi alternatif tedaviler hakkında bilimsel çalışmalar olmamakla birlikte bunlar

hastanın semptomu üzerinde kontrolü olduğu hissini arttırarak kısmen yararlı olabilir. Ancak bu tür tedavilerin zararlı olabileceği de hatırlatılmalıdır.

Sonuç

Yukarıda söz edilen tedavi yaklaşımlarını uygularken, bu süreç içinde en önemli terapötik ajanın hekimin bizzat kendisi olduğunu unutmamak gerekir. Hastayı takip ederken ilgisi, merakı, dikkatlice dinlemesi, hastaya eşlik etmesi önemli terapötik unsurlardır. Düzenli görüşmeler, gerektiğinde muayene etmek, bazen basit önerilerle sıkıntısını rahatlatmaya çalışmak, hastaya hekimin ilgisinin devam ettiği, sıkıntısının anlaşıldığı mesajını vererek, kurulmuş olan iletişimin ve işbirliğinin devamını ve kuvvetlenmesini sağlayarak semptomları ile baş etmesine yardımcı olur. Bu işbirliği zemininde de hekim çeşitli yaklaşım ve tedaviler arasına hasta için uygun gördüklerini devreye sokarak onun güçlü yönlerini ortaya çıkarmaya, yaşamını semptomlarından etkilenmeksizin sürdürmesine katkıda bulunur.

KAYNAKLAR

1. Bass C, Benjamin S. The management of chronic somatization. *The British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 472-81.
2. Ford CV. The somatizing disorders; illness as a way of life. New York: Elsevier, 1983: 373-5.
3. Koton W. Depression: Somatic symptoms and medical disorders in primary care. *Comprehensive Psychiatry* 1982; 23: 274.
4. Abbey SE. Somatization and somatoform disorders. *Textbook of consultation liaison psychiatry*'de (ed: Rundell JR, Wise MG), American Psychiatric Press, Washington DC, 1996: 368-401.
5. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patient's perceptions of medical explanations for somatization disorders: Qualitative analysis. *British Medical Journal* 1999; 318 (7180): 372-6.
6. Barsky AJ. A 37 year-old man with multiple somatic complaints. *JAMA* 1997; 278 (8): 673-9.
7. Sahrpe M, Bass C. Pathophysiological mechanisms in somatization. *International mechanisms in somatization. International Review of Psychiatry* 1992; 81-97.
8. Barsky AJ, Klermen GL. Overview. Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273.
9. Hahn SR, Thomas KS, Wills TA ve ark. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of Clinical Epidemiology* 1994; 47: 467-657.
10. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274 (24): 1931-34.