

Jinekoloji Pratiğinde Somatizasyon Sorunu ve Çözüm Önerileri-1

THE PROBLEM OF SOMATISATION IN GYNECOLOGIC PRACTICE AND POSSIBLE SOLUTIONS-1

Orhan AKSAKAL*

*Dr., Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Şef Yardımcısı, ANKARA

Özet

Amaç: Jinekoloji pratiğinde somatoform bozukluklara yaklaşılmasına yardımcı olmak.

Açıklama: Çoğu jinekoloğun gözlemlediği gibi; jinekolojik muayene bulguların başvuru semptomunu tam açıklamadığı büyük bir hasta grubu vardır. Bunlar içinde somatoform bozukluklar önemli bir yer işgal ederler. Bu hastalar klinisyeni çok fazla meşgul ederler. Bunlar arasında pelvik ağrı jinekoloji pratiğinde özel önem taşır. Bu hastalara yaklaşımda yeni teknikler geliştirmek gerekir.

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

Anahtar Kelimeler: Somatoform bozukluk, Jinekoloji, Çözüm önerileri

T Klin Psikiyatri 2001, 2:31-35

Summary

Objective: To contribute handling somatoform disorders in gynecologic practice.

Comment: As many gynecologic practitioners observed, in a big portion of the patients the findings of the gynecologic examination does not correlate with the presenting symptom an important portion of these patients have somatoform disorders. This group of patients take up very much time of the practitioner. Pelvic pain patients have an important portion among these. New approaches must be developed to handle these patients.

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

Key Words: Somatoform disorder, Gynecology, Solutions

T Klin J Psychiatry 2001, 2:31-35

Somatizasyon hastalarının gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görülmesi ve sıklığının %30 gibi yüksek oranlara çıkması (1), bu grup ülkelerde ve bu anlamda bizim ülkemizde de, bu alanda çalışan profesyonellerin bu tür hastalarla her an karşılaşma olasılığının olduğunu gösterir. Ancak bu tür yayınların artması birebir hastayla karşı karşıya olan doktorların zihninde bu hastada somatizasyon olasılığı nedir? sorusunu beraberinde getirecektir. Özlenen yaklaşım, tıp pratiğini uygulayan doktorun:

1. Bu soruları kendi kendine sormasını ve ona göre hastaya yaklaşmasını sağlamak.

Geliş Tarihi: 15.05.2000

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

T Klin J Psychiatry 2001, 2

2. Pozitif tıp bilimi ilkelerinden kopmadan bunu yapmasını sağlamaktır.

Ancak, salt pozitif tıp terbiyesiyle yetişmiş olan doktorumuzun böylesi alışmadığı ama yine (dolaylı da olsa) rakamlara dökülebilen yeni bir metodolojiyi benimsemesini sağlamak ilk anda sorunlu olacaktır. Doktorumuzun bu sorunu çözmesi gerekmektedir. Çünkü onun bu alanda gösterdiği eksiklik bu grup hastaların yeni doktor arayışlarını ve en sonunda da genel olarak adına "alternatif tıp" denilen alanlara başvurmasına sebep olmaktadır. Doktorumuzun yetersiz kaldığı durumlardan birkaçı başka bir yazıda örnek olarak verilmişti (2). Bu örneklerde görülen ortak sonuç hastaların aynı sebepten ötürü birçok kez doktora gitmesi idi. Bu da tahmin edileceği gibi hastane ve doktor meşguliyeti ve tetkik maliyetlerinin çok fazla artması demektir.

31

Bu durumun sebepleri arasında iki ana olasılık sözkonusudur: 1. ya doktor karşısındaki hastanın bir somatizasyon vakası olduğunu anlayamamaktadır, ki bunun olası sebeplerine başka bir yazıda değinilmişti (2), 2. ya da doktor hastanın başvuru tablosunun bir psikolojik tabanlı durum olduğunu anlasa bile sonrasında uygun yaklaşımda bulunamamaktadır ve aynı hasta başka doktora gitmek zorunda kalmaktadır. “Sonrasında uygun yaklaşım”dan kastedilen şey hastanın doktora gelmesine sebep olan ve genellikle hasta için olumsuz ve korkutucu olan düşünce ve duygu süresince saygılı davranmaktır. Hastanın bir veya birden çok aşamada zihinsel olarak zorlandığı öngörüldüğünde bu hastanın durumuna kestirme bir yorumla “senin hiçbir şeyin yok” veya “senin durumun psikolojik” deyip onu göndermeye çalışmanın hasta tarafından onu hafife almak olarak yorumlanacağını tahmin etmek zor olmayacaktır. Ülkemizde (ve dünyanın çoğu ülkesinde) kadınlar tarafından pek olumlu karşılanmayan jinekolojik muayeneyi (3-7) göze alıp başvuran bir hastanın bu noktaya kolay gelmediğini düşünmek kazanılması gereken iyi bir alışkanlıktır. Sosyal güvencesi olmayan kadın, erkeğini (toplumumuzda kadınlar ezici çoğunluğuyla ekonomik olarak erkeğe bağımlıdır) muayene parasını ödemek için ikna etmek zorundadır. Sosyal güvencesi olan kadın ise kuyruklarda bekleyip çoğunlukla tam temiz olmayan bir muayene masasında muayene olma durumunu göze almak zorundadır. Tabii ki muayeneye giderken kendisine nasıl davranılacağı endişelerini de yoğun olarak taşımak durumundadır.

Yani, doktorumuzun muayene bitiminden sonra hastaya “hiçbir şeyin yok” veya “senin durumun psikolojik” demeden önce düşünmesi gerekmektedir. Doktorun hastanın sevineceğini umarak veya kendisini boşuna meşgul ettiği önyargısıyla küçümseyerek (“haydi kalk çabuk” mantığıyla) “hiçbir şeyin yok” deyip evine göndermeye çalıştığı hastaların önemli bir kısmı evine döndüğünde kaçınılmaz olarak “madem hiçbir şeyin yoktu niye bizi o kadar uğraştırdın” taciziyle karşılaşacaktır. Burada doktorumuz hastaya kötülük etmiş olmaktadır. Ancak hastanın semptomu devam etmektedir. Hatta biraz artabilir de. Veya başka semptomlar da eklenebilir. “Senin durumun psikolojik” gibi bir ifade de doktor tarafından hastaya “kötü bir şeyin yok, senin sorunun psikolojik” mantığıyla iyi niyetle

söylenirse de bu ifade de iki yönlü yoruma açıktır. Bunlardan birincisi hasta için yararlı olandır; hasta kendisinin psikolojik olarak çok bunaldığını doktora onaylatmış olmaktadır. İkinci sonuç hastanın zararına olandır: bu hastanın, “çok önemli bir şeyin yokmuş, bizi boşuna bu kadar yordun, bu kadar para harcattın” taciziyle karşılaşması olasıdır.

Yani somatizasyonun, ikisi de psikiyatri biliminin öncülüğünde analiz edilmesi ve kotarılması gereken iki yönü vardır:

1. Başvuru semptomunun bir somatizasyon olup olmadığı nasıl anlaşılacaktır?
2. Somatizasyonun varlığı ortaya çıkarıldığında ne yapılacaktır?

1. Başvuru Tablosunun Bir Somatizasyon Olup Olmadığı Nasıl Anlaşılabilir?

Doktorun bir hastayla karşılaştığı zaman en büyük kaygısı “önemli bir hastalığı gözden kaçırıyor olabilir miyim?”dir. Ancak, bu düşünce sistemi yüzünden tanıya yardımcı olabilecek muayene ve hasta gözlemi bulguları araştırılmak ve izlenmek yerine tetkiklere yönelinmektedir. Kadın-doğum doktoru meslekdaşlarımızın bildiği gibi iyi ve hastayı gevşeterek yapılan bir muayenede hiçbir şey bulunamayan en azından pelvik ağrı hastalarında tetkiklerde de yaşamsal bir patoloji saptanma oranı neredeyse sıfıra yaklaşmaktadır. Doktor öncelikle hastaya formüsel yaklaşım yöntemini sorgulamalıdır. Doktor çok güvendiği laboratuvar tetkiklerinin inter-intra observer hatalarının ileri boyutlara ulaşabileceğini çok iyi bilmeli ve global klinik yaklaşım için bir ileri adım atmaya çalışmalıdır. Doktorumuz hastayı “potansiyel bir bomba”, teşhisi atlanacak bir kanser, bir lösemi olarak görme alışkanlığını kırmak için çaba göstermelidir. Türk kadın hasta toplumunda bugüne değin yapılmış tek çalışmanın (8) sonuçlarına göre jinekolojik hastamızın dokuda hiçbir bozulma olmadan doktora başvurma oranı %33 gibi ilgi çekecek derecede yüksek bir oranda olmaktadır. Değerlendirmeler uzman doktor seviyesinde olmasına ve subjektif olmasına rağmen aynı çalışmanın bir başka çok ilginç sonucuna göre hastanın başvuru semptomunun dokudaki bulguyla ilgisiz bambaşka bir semptom olması %66 gibi çok daha yüksek oranlara ulaşmaktadır (8). Her ne kadar başka çalışmalarla desteklenmesi gerekse de bu iki

sonuç ya kadınlarımızın sorunlarını anlatamadıklarımızı ya da somatizasyonun değişik şekilleriyle başvurabildiklerini ve somatizasyonun toplumuzda çok daha yüksek ve değişik şekillerde karşımıza çıkabildiğini düşündürmesi açısından çok ilginçtir. Bu durumda kendi hastamızın özelliklerini tanımaya çok fazla gereksinimimiz olduğu ortaya çıkmaktadır. “Acaba bariz klinik durumlar dışında hastamızın ne demek istediğini anlayabiliyor ve ona gereğince doktorluk yapabiliyor muyuz?” sorusunu kendimize sormamız gerekiyor.

Acaba gerçekten kadın hastalarımız arasında somatizasyon bu kadar yüksek mi? Aslında toplum hayatımızı ve bu hayat içinde kadının hikayesini yakından incelediğimizde somatizasyon için zeminin hazır olduğunu görmek hiç de zor değildir: (ülkemizin çoğu yöreleri itibarıyla) doğduğunda üzülünerek (!) başlanan bir hayatta evden birgün gideceği düşünülerek üzerine yatırım yapılmadan, yeterince okutulmadan büyünülür, evlenirken bazı yörelerimizde parayla satılan bir mal olunur. Evlendikten sonra evine hapsedilir. Çocuk doğurması, hatta erkek çocuk doğurması beklenir. Aksi olursa (kız doğursa) suçlanılır. Ev işlerini yapmak onun görevidir. Şikayetçi olması hoş karşılanmaz. Ancak o, bunların hepsini görmekte, hissetmekte, kadınlığına hayıflanmakta, kadın olduğu için depresyon yaşamaktadır (1). Yani her türlü psikik zorlanmayı yaşamaktadır. Belki de bahsedilen araştırma sonuçlarına şaşırılmaması gerekir. O zaman şaşırılmamız gereken şey biz Türk insanının doktorlarının nasıl da kendi insanını tanımıyor olduğumuzdur. Hemen çok önemli bir uyarıda bulunmak gerekir: Yukarıda bahsedilenler çoğu kadın hastanın somatizasyon yaşıyor olduğunun bir göstergesi olarak alınmamalıdır. Buraya dek anlatılanlar iyi bir muayeneden sonra hiçbir şey bulunamayan hastaların perde arkasını aydınlatmaya yöneliktir. Yani esas olan şey iyi bir muayenedir.

Bu noktada bir başvuru semptomu olarak çok sık olarak karşımıza çıkan pelvik ağrıyı biraz daha ayrıntılı incelemek gerekir. Bilindiği gibi insanımızın sağlık kültüründe hasta olmadan doktora gitmek kavramı yer almamaktadır. Bir kadın, vücudunda merak ettiği bir durumu açığa çıkartmak için bir doktora götürülmeyi haklı çıkaracak gerekçe bulmak zorundadır. “Ağrı” herkes tarafından kolayca kabul edilecek bir doktora gitme sebebidir. Pelvik ağrı da pelvis ile ilgili endişelerin ay-

dınlatılması için doktora götürülmekte aracı olarak sıklıkla kullanılan bir semptomdur. İşte bu hasta grubu doktorun “hiçbir şeyin yok” ifadesinden mutlu olan bir gruptur. Bu kadın için evdeki taciz de o kadar önemli değildir. O, kafasındaki endişeyi (kanser, kist, ur, yara vs.) yoketmiş mutlu bir insandır. Ama pelvik ağrı bilindiği gibi bir somatizasyon semptomu olarak da karşımıza sıklıkla çıkmaktadır. Bir yanda endişesini gidermek için gelmiş bir yanda somatizasyon olarak pelvik ağrı gelişmiş olan, ikisi de aynı semptomla yani pelvik ağrı ile başvurmuş olan iki grup hasta vardır. Bunlardan biri “hiçbir şeyin yok” sözünden çok büyük mutluluk duymakta diğeri aynı ifadeden mutsuz olmaktadır. Bir doktorun bu iki hastayı birbirinden ayırabilmesi veya ayıramıyorsa yuvarlak bir ifade kullanarak iki grup hastaya da hitabetmesi gerekir (örneğin; “kistiniz, urunuz, yaranız yok, ama biraz yıpranmışsınız” gibi her iki amaca hitabeden bir ifade kullanılabilir. Bu hastaların evlerine mutlaka bir reçete ile gönderilmeleri de çok önemli bir ayrıntıdır).

Burada şöyle düşünülebilir: “madem bu kadar karışıklığa sebep olabiliyor, o zaman direkt olarak ‘bir endişeniz var mı’ diye sorup cevabını alalım”. Ancak, tecrübeler göstermektedir ki hastamız böyle bir soruya direkt yanıt vermemektedir. Hastamızın deyim uygunsa “dilini çözmek” için uzun uğraşlar gerekmektedir.

Daha sonradan psikiyatri disiplininin yoğun desteğini almak umuduyla şimdilik kaydıyla iki tür hasta arasında ayırım yapmak için bazı önerilerde bulunulabilir: Kötü beklenti içindeki hasta gergin bir ifade sergiler. Çünkü hiç sevmediği bir muayene ortamına çok korktuğu bir hastalığın kendisinde olup olmadığını anlamak için gelmiştir. Bu korkulan hastalıkların en kötüsü olan kanser bizim kültürümüzde ölümle eşdeğerdir (bizim insanımız kontrol amacıyla değil sadece hasta olduğunda doktora gittiğinden sadece kontrolle önü alınabilen serviks kanserinin ileri döneminde başvurmakta, geç belirti veren over kanserinde de çok geç dönemde başvurmakta, bu iki durumda da mortalite yüksek olmaktadır. Bu ve benzeri örnekler ortalama bir Türk insanına kanserin ölüm demek olduğunu düşündürür). Yani kendisine bu muayene sonrasında “kanserin var” da denilebilir. Bu durumdaki bir insanın çok gergin olması kaçınılmazdır. Ancak bazı insanların gerginliklerini örtbildikleri de

unutulmamalıdır. Bu hastalar muayene sırasında kendilerine söylenen “kanserin yok, urun yok, kistin yok” gibi ifadeleri ilgiyle dinlerler, gözleri doktorun yüzünü izler. Adeta doktorun yüzünde kötü hastalıkları ile ilgili yüz ifadesi değişikliği ararlar. Doktor “hiçbir şeyin yok” dediğinde de derin bir nefes alma gibi genel bir davranış veya bir gülümseme mimiği sergilerler.

Başvuru semptomunun bir somatizasyon olup olmadığına yönelik şüphenin çıkış noktası semptom ile doku bulguları arasındaki uyumsuzluktur. Bu uyumsuzluğu değerlendirebilmek için hastalıklı bir organın/dokunun belirti verme patternlerini bilmek gerekir.

Pelvik ağrı için somatizasyon lehine olabilecek belirtiler arasında:

-Hastada ağrıdığı ifade ettiği yerde yavaşça yapılan bir muayenede herhangi bir kitle, ısı artımı vs. yokken aşırı ağrı ifade edebilir.

-Kasıklarım ağrıyor diye gelen hasta muayene sırasında doktorun elinin her hareketinde ağrı belirtir (pelvik peritonit durumunda geçerli olan bu muayene bulgusu bölgede ısı artımı ve genel durumda kısmi bozulma ile beraberdir).

-Belli bir tarafım ağrıyor diyen hasta doktorun eli o taraftaki her noktaya değdiğinde ağrıdığı ifade edebilir (organik patolojilerin sebep olduğu ağrılı durumlarda ağrı şiddeti bir yerde en şiddetli, onun çevresinde daha az şiddetlidir. Eğer muayenede tüm bölgede eşit şiddette ağrı hissi uyanıyorsa bu durum bir somatizasyon olabilir).

Bu örnekler çoğaltılabilir. Ancak, yazarın uyguladığı bir yöntem muayene amacıyla pelvise ulaşmada kolaylık sağlamak ve bilinçli defansı aşmada yardımcı olmaktadır. Bu yöntemde muayene sırasında hastada ağrı reaksiyonu saptanması halinde hareketler durdurulup hatta eller birkaç milimetre gevşetilip bu pozisyonda hareket-siz beklenirken hastanın bilinci meşgul edilip eğer ağrı reaksiyonu ve defans hasta tarafından bilinçli yapılıyor ise bilinç başka bir konuyla meşgul iken karnı sıkma uğraşısını bırakır ve gevşek bir karın ile muayene tamamlanır. Yazarın bilinci meşgul etmek için kullandığı yöntem hastanın sosyo-ekonomik-kültürel yapısına yönelik bazı sorular sormaktır (iş, ev, çocuklar, koca, ekonomik durum vs.). Hasta bu sorulardan herhangi biriyle il-

gilenirse konuşma daha detaylandırılmaktadır. Böylece hastanın bilinci oyalanırken gevşek kalan karın kasları muayenenin tamamlanmasına olanak tanımaktadır. Yazarın deneyimlerine göre önemli organik patolojilere (ektopik gebelik, ileri derecede pelvik iltihabi hastalık vb.) bağlı pelvik ağrı durumlarında hastanın bilincinin oyalanma çabaları amacına tam ulaşmamakta veya ulaşsa bile hastanın dikkati kolayca patolojinin olduğu bölgeye çevrilmiştir.

Önemli olan nokta karşımızdaki hastanın dokuda bozulma olmadan neden başvurduğudur.

2. Somatizasyonun Varlığı Ortaya Çıkarıldığında Ne Yapılabilir?

Mesleğinde tecrübelenen meslektaşlarımız zaman içinde temelinde organik bozukluk bulamadıkları bir çok belirtiyeye “psikolojik” demeye başlarlar. Bu yargı zaman içinde ortaya çıkan ve çoğunlukla da geçerli olan bir yargıdır. Ancak burada yanlış olan “psikolojiktir” kanısına vardıldıktan sonra yapılanlardır. Hastada niçin böylesi bir psikolojik durum geliştiğini düşünme alışkanlığını kazanmak yerinde bir davranış olacaktır. Doktor bu hastanın kendi karşısına büyük olasılıkla zorluklarla ve büyük bir birikimle geldiğini bilmelidir. Muayene masasının iki ayrı tarafındaki bu iki insan (doktor ve hasta)dan kuvvetli durumda olanı yani doktor bu kuvvetini hastaya biraz kafa yorma şeklinde kullanabilir. O hastanın beklediği belki de sadece biraz anlaşılmasıdır. En azından söylediklerinin dinlenilmesi bile onu mutlu edecektir. “Niye mutlu edeyim ki” düşüncesinin ardından gelen umursamaz tavırlar tüm jinekoloji sektörünün aleyhine birikime sebep olmuş durumdadır. Jinekologlar olarak kamuoyunda prestijimizin üst düzeylerde olduğunu söylemek hiç de olası değildir.

Psikiyatri disiplininin biz jinekologlara her seviyede yardımını sevinçle karşılayacağız.

Sonuç

Somatizasyon kavramına daha etkin yaklaşım için psikiyatri ve jinekoloji disiplinlerinin birlikte hareket edip bu önemli sorun için kamuoyu oluşturmaya başlamaları, hatta bu konunun genel amaçlı jinekoloji kongrelerinde ayrı oturumlar halinde işlenmesi için çaba göstermeleri ülkemiz için çok yararlı olacaktır.

Teşekkür

Bu yazının hazırlanma fikrini bana veren ve bundan sonra desteğini esirgemeyeceğini ifade eden çok değerli hocamız Prof.Dr.Abdülkadir Çevik'e teşekkürü bir borç bilirim.

KAYNAKLAR

1. Çevik A, Aysev A, Bogenç A. Polikliniğe başvuran hastalarda somatiform bozuklukların değerlendirilmesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (Serbest Bildiri), GATA, Ankara, 1988).
2. Aksakal OS. Bir Kadın Doğum Uzmanı Gözüyle Somatizasyon. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 1999; 1(1):79-83.
3. Osofsky H. Women's Reactions to Pelvic Examination. Obstetrics Gynecology 1967; 30:146-51.
4. Debrovner C, Shubin-Stein R. Psychological Aspects of Vaginal Examinations. Medical Aspects of Human Sexuality 1975; 9:163-4.
5. Wagenheim HS. Reactions of Women to Gynecologic Examination. Obstetrics and Gynecology 1967; 30(1):152-3.
6. Magee J. The Pelvic Examination: A View From the Other End of the Table. Annals of Internal Medicine 1975; 83(4):563-4.
7. Weiss L, Meadow R. Women's Attitudes Toward Gynecologic Practices. Obstetrics and Gynecology 1979; 54(1):110-4.
8. Çermik Ö, Çevik A, Soykan A, Aksakal O. Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 1999; 1(1):68-78.