

SOMATİZASYON : ÖNEMLİ BİR TIBBİ SORUN

ARSAN,Ç, ERDOĞAN,B, OĞUZ,A.

ÖZET : Psikososyal bir sorunun ifadesi olarak somatizasyon çeşitli psikiyatrik bozukluklarda tek veya önde gelen bir bulgudur. Somatizasyonun eşlik ettiği hastalıklar, doğalarından ötürü, genellikle psikiyatristler dışındaki hekimlerce görülecektir. Yazarlar somatizasyonun önemini bu açıdan tanımlamakta ve sorunun kültüre özgü belirleyicilerini, Erneğin mental bozukluklara yönelik tutumlar, çocuk yetiştirme kalıpları, sosyal rollerin önemi, duygusal hallerin tanımlayıcıları, vb., vurgulamakta ve somatizasyonlu hastaların değerlendirilme ve tedavilerinde biopsikososyal bir yaklaşım önermektedirler.

ABSTRACT : Cevdet ARSAN, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Bülent ERDOĞAN, Aslan OĞUZ, Erciyes University, Faculty of Medicine. Somatization: an important medical problem. Somatization as the expression of a psychosocial distress is the only or the major category of findings in a variety of psychiatric disorders. Illnesses with somatization, due to their nature, will be seen more frequently by physicians other than psychiatrists. The authors describe the significance of somatization in this respect and emphasizing the culturally specific determinants of the problem i.e. attitudes towards mental disease, child rearing patterns, importance of social roles, referants which express mood states, etc., recommend a biopsychosocial approach in evaluating and treating patient with somatization.

Key words : Somatization, social determinants, cultural determinants.

Anahtar sözcükler : Somatizasyon, sosyal determinantlar, kültürel determinantlar.

Prof.Dr.Cevdet ARSAN, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Doç.Dr.Aslan OĞUZ, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzm.Dr. Bülent ERDOĞAN.

Ayakta başvuran psikiyatrik hastaların muayenesi ile uzun süre uğraşan bir hekim için bu hastalarda ne kadar sık somatizasyon belirtileri bulunduğu hayret uyandırıcıdır. Kendisinde aslında duygusal bir bozukluk olduğu halde bunun yerine temelsiz somatik yakınmalar ileri sürerek hekimleri uğraştıran hastalar pek çoktur. Bunlar bazılarında "hastalık hastası" olarak görülmüştür. Duygusal ya da daha genel anlatımla psikiyatrik bir problemin bedensel bozukluk gibi algılanmasına ya da yakınmasına yol açması günümüz psikiyatrisinde somatizasyon adı ile belirtilmektedir. Somatizasyon pek çok görüntü ile hekimin karşısına çıkmakta ve çeşitli psikiyatrik bozukluklarda görülmektedir.

Somatoform bozukluklarda (1), depresyonda,anksiyete bozukluklarında, obsessif-kompulsif bozuklukda, matem reaksiyonlarında, histerik kişilik bozukluğunda ve "borderline" kişilik bozukluğunda önde gelen semptomlardan biri olan somatizasyon şizofrenide de sık olarak görülür (1). Tamaruz durumlarında da somatik yakınmalarla karşılaşmaktayız. Ayrıca yapılan çalışmalar (2) emosyonel bozukluktan muzdarip hastaların büyük bir çoğunluğunun psikiyatristlerden çok sağlık ocağı niteliğindeki ilk başvuru kurumlarında değerlendirilip tedavi edildiğini göstermiştir. Amerika'da yapılan çalışmalar toplam mental bozuklukların %60'nın sağlık ocağı düzeyinde görüldüğünü belirlemiştir (3). Bunların çoğunda ise somatoform bozukluklar bulunduğu bilinmektedir (4). Çünkü en sık görülen psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyete bozukluğudur ve bunlarda somatizasyon çoğunlukla bulunabilir (5). Ülkemizin Ünlü bir iç hastalıkları profesörü (6) kendisine başvuran hastaların üçte birinden fazlasının somatizasyon nedeniyle geldiklerini bildirmektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri ve iç hastalıkları stajları yapmış öğrenciler bu gerçeği "iki kliniğin poliklinik hastaları arasında neredeyse bir fark yok" diye ifade etmişlerdir. Dahası aynı olgunun bir iç hastalıkları profesörü tarafından da vurgu ile ifade edilmesidir (7).

Görüldüğü üzere somatizasyonun önemi, rastlanma sıklığı açısından, çok büyüktür. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalınca genel hekimlik açısından somatizasyon sorunları oligofreni, şizofreni ve cinsel sapıklıklar gibi konulardan daha önemli sayılmakta ve öğrencilere yapılan öğretim buna göre planlanmış bulunmaktadır. Kıdemli yazarın deneyimince bazı kırsal kesim grupları kendilerindeki somatizasyon bozukluklarının tedavisi için doğrudan kendisine,yani bir psikiyatriste, psikiyatrinin ne olduğunu bilmeksizin başvurmuşlardır. Onların bildikleri bu tür- somatik görünümlü- bir bozukluğu söz konusu hekimin iyi tedavi edebildiğidir. Sonuçta problem basit ve yüzeysel bir düşünüş mantığı ile psikiyatriste getirilmiş olsa bile problemin psikiyatrik niteliğinin tanındığı öne sürülmez. Problemi aslında

psikososyal olan olguların somatizasyon semptomlarını neden bu kadar sık seftikleri anlaşılması gereken bir konudur. Gerçi bazı psikiyatrik bozukluklarda somatizasyon yakınmaları bulunması klasik bilgi niteliğindedir. Son Amerikan psikiyatrik bozukluklar sınıflandırması (DSM III) (1) Somatoform Bozukluklar adını taşıyan bir antiteler grubu ve Somatizasyon Bozukluğu adını taşıyan bir bozukluk antitesi kabul etmiştir. Bununla beraber Ülkemizde somatizasyon semptomlarının başka toplumlara göre daha sık görüldüğü izlenimi alınmaktadır. Duygusal, düşünsel ve davranışsal yakınmalar arka planda bulunuşlarını sürdürmekte ve somatizasyonun kullanılması azalmamaktadır. Bu durumun kültürlerarası olarak karşılaştırılmasına gerek vardır.

Niçin insanlar kendilerindeki psikososyal sorunları olduğu gibi algılayamamakta veya ifade edememekteler? Problemin gerçek doğası neden görmezden gelinmekte veya inkâr edilmektedir? Sosyal bir stresin yol açtığı duygular neden görülmemekte yada arka planda kalmaktadır? Somatizasyon sorununun maliyeti ve çözümü nedir? Bunlar hep yanıtlanması gereken sorulardır. Bu ilginç soruların teorik planda araştırılması ve bu konuda varsayımların geliştirilmesi gereklidir.

Bu yazı somatizasyon konusunu ana çizgileriyle tanıtmak, somatizasyonun bazı yönlerine ilişkin görüşler öne sürmek ve bazı olağan tutumların daha uygun yaklaşımlarla değiştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla yazılmıştır. Sırasıyla somatizasyonun tanımı, nedenleri, tanınması, tanınmayışının nedenleri ve maliyeti üzerinde durulacak ve hastaya yaklaşım yöntemine ilişkin öneriler sunulacaktır.

1. Somatizasyon nedir ?

Somatizasyon, tanım olarak anksiyetenin fizik semptomlara dönüşümdür (8). Ancak bu yazıda altta yatan psikiyatrik bozukluğa ait affektif ve bilişsel değişikliklerin yadsınıp veya minimize edilip, yine bu bozukluğa ait manifestasyonların selektif olarak algılanışı ve ön plana çıkarılışı tarzında daha geniş, operasyonel bir tanıma sahiptir.

2. Somatizasyonun nedenleri :

2.1. Sosyokültürel faktörler.

Somatizasyonla birlikte bulunan psikiyatrik bozukluklar evrensel olmakla birlikte örneğin depresyonun görünümü kültüre göre değişir (9,10). Ayrıca çoğu kültürde ruhsal rahatsızlığa sahip olmak zayıflık işaretidir. Ek olarak ilgi, sevgi ve anlayış görmek için fiziksel yakınmaların geçerliliği çok daha fazladır. Bu durumda bozukluğun duygusal bileşeni azımsanır, açıkça bastırılır, yadsınır veya hiç yaşanmaz.

2.1.1. Hastanın ana dilinde duygusunu tanımlayan sözcük olmayabilir, örneğin Nijerya'nın Yoruba kabilesinde depresyonu ifade eden bir kelime yoktur (11). Çince de depresyonu, üzüntü, kederi dile getiren sözcük bulunmamaktadır (12). Birçok kültürlerde duyguların beden diliyle anlatılması olağandır. Aşk ile kalp arasında ilişki varsayımı çok olağandır. Bundan başka bizim kültürümüzde zevk için "baş döndürücü," nefret için "mide bulandırıcı," heyecan hali için "kalp çarptırıcı," sevgi objesi yitimine ilişkin olarak veya bir sevilenin üzüntü verici durumu ile bağlantılı olarak "kalp kanatıcı" ve acı verici bir olay hakkında "iç burucu" sıfatları kullanılmaktadır. Korku "nefes kesici" sözü ile, sıkıntılı bir bekleyişin olumlu sonuçlanması "rahat bir nefes almak" biçiminde ifade edilir. Sorun yaratmaya aday bir ilişki "baş ağrıtacaktır". Can sıkıcı kimselerin veya hoş olmayan eşyanın adı "karın ağrısı"dır. Hatta hoş olaylar "tatlı," kızdırap verici olaylar ise "acı" gibi tat alma türünden bedensel bir işleve ilişkin terimlerle anlatılır. Korku "öd patlaması," "altını kirletme" terimleriyle, acı gülmeye "altına işeme" terimleriyle ifade edilir. Korkulu anksiyete "eli ayağı buz kesilecek" biçiminde anlatılır. Çizgili kaslara ve deriye ilişkin anlatım biçimlerinin de eklenmesiyle bu liste uzatılabilir.

2.1.2. Birçok kültürde belirli duygusal hallerin algılanmasını ve bahsedilmesini engelleyip duygusal yakınmaları özgün bilişsel mekanizmaları fizik semptomlara iten yasaklar vardır (13). Tatsız duygular ruhsal içerikten uzak "external" terimlerle ifade edilir. Tanaka-Matsumi ve Marsella'nın yaptığı bir çalışmada (9) geleneksel Japonlarla Amerikalı Japonlara depresyon ve (Japonca'da depresyonun karşılığı olan) "yuutsu" sözcüğünün çağrıştırdığı kelimeler sorulmuş ve geleneksel gruptakilerin yağmur ve bulut gibi "external" veya başağrısı gibi bedensel tanımlayıcılar kullandıkları, oysa Amerikalı Japonların üzgün ve yalnız gibi sözcükler kullandıkları gözlemlenmiştir.

2.1.3. Belirli duyu halleri kültüre özgü terimlerle açıklanır. Örneğin Orta ve Güney Amerika'da oturan Latin kökenli gruplarda "susto" denilen bir bozukluk vardır (14,15,16). Kelime anlamı "ruh yitimi" olan bu bozukluk ajitasyonlu depresyona benzer. Terimin anlam yükü, bozukluğu doğa üstü güçlere bağlar. Yani kültür bireye hastalığı algılanışı, bedenin işleyişi hakkında uygun ve özgül terimler sağlar ve birey kendindeki değişiklikleri bu terimler aracılığıyla yorumları (17). Duygusal halin açıklanmasında kültüre özgü terimler kullanılması ve ruhsal bozukluğun toplumca istenmeyen bir durum olduğunu göstermesi bakımından aşağıdaki örnek oldukça tipiktir :

Ölgu 1. Ege bölgesinin modernleşmeye açık bir köyünden olan 25 yaşındaki bir erkek hasta yakınmasını "iç daralması, sıkıntı" olarak dile getirdi. Hekimin bu ifadeyi hiç anlamamışçasına "iç daralması ne demek?" sorusu:

karşısında şaşırma ve olumlu beklentisinin boşa çıkmasına duyulan üzüntü belirtileri gösterdi. Yapılan soruşturmada yakın zamanda hastanın evlenmesi için kız istendiği ve fakat hakkında yapılan soruşturmada hemşerileri hasta hakkında "delidir" dediklerinden kız ailesinin bu teklifi reddettiği öğrenildi. Psikiyatrik inceleme ile hastada yalnızca Anksiyete Bozukluğu (DSM III) bulunduğu saptandı.

2.2. Çocukluk yaşantısı.

Kültürün en küçük ölçekteki temsilcisi olan ailenin kendisine özgü kuralları ve normları vardır. Tatsız duygular da bu çerçevede ele alınır. Eğer istenmeyen duyguların ifadesi için yeterli psikolojik dil bu normları arasında yer almıyor ve yalnızca bedensel acıya prim veriliyorsa somatizasyon, çekilen ruhsal acıya uygun nitelikte ve nicelikte ilgi ve bakım görmek için geçerli stratejidir (14).

Ailenin değerler sistemi kültürün hastalıkla ilişkili değerlerini çocuğa pekiştirerek aktarır. Bu değerler istenmeyen duyguların algılanışını, yorumlanışını ve bunlarla başa çıkmanın yollarını da içerir. Zborowski (18) eski tip Amerikan ailesinde "erkek gibi" olmanın geçerli bir eğilim olduğunu vurgulamaktadır. Bu eğilim çok açık ki geleneksel Türk ailesi için de geçerlidir; "erkek adam ağlamaz". Mechanic'e göre (19) erkek çocuklar öğrenmenin etkisiyle daha gözüpük olmakta, emosyonel acısını daha az dışa vurmaktadır.

Krietman (20) somatik yakınmaları önde gelen depresyonlu hastalarla duygusal yakınmaları önde gelenler kıyaslandığında ilk gruptaki hastaların annelerinde de ısrarlı bedensel yakınmaların olduğunu ve sonunda depresyon tanısı almış olduklarını göstermiştir.

Psikosomatik bozukluğu olan ailelerle yapılan çalışmalarda (21,22,23) da istenmeyen duyguların yadsınmasının ve bu duygularla somatizasyon aracılığıyla başa çıkmanın bir denge oluşturduğu, yineleyen fonksiyonel yakınmaları olan çocukların bunları genellikle annelerinden kopya ettikleri görülmüştür.

2.3. "Başa çıkma mekanizması" olarak da isimlendirilen başa çıkma stratejileri problemlerle, streslerle ve rahatsızlık verici duygularla ilgili rahatlatma, ödül, huzur ve denge sağlama işlevine sahip davranışlardır. Değişik yaşam dönemlerinde kullanılması mutad olan stratejiler belirlidir. Lesse (24) disforik duygularla başa çıkmak için her yaşta genel olarak farklı strateji ve defansların kullanıldığını belirtmektedir. Ancak yaşamın bütün evrelerinde bir başa çıkma stratejisi olarak somatizasyonun kullanıldığı saptanmıştır (13). Yani

çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılıkta kullanılan başa çıkma stratejileri genel olarak farklı olduğu halde somatizasyon bütün bu dönemlerde görülebilir. Bu da somatizasyonun ne kadar yaygın olduğunu gösterir.

2.4. Çevresel sistemlerin etkisi.

Bedensel ya da duygusal belirti gösterme ikileminde hastanın çevresel sistemlerinin belirleyici rolü vardır. Bu sistemler aile, sosyal ilişki ağı, sosyal güvenlik kurumu ve soyopolitik kurumlardır. Hasta bu üst-sistemlerin bir alt sistemi olup hastalık bütün üst sistemlerle çeşitli derecelerde ilişkili alt sistemi olup hastalık bütün üst sistemlerle çeşitli derecelerde ilişkili bir olaydır. Kişilerarası transaksyonların ve sosyal rollerin hastanın davranışını nasıl ve ne oranda etkilediği bu sistemler modeli çerçevesi içinde gözlemlenmelidir. Aşağıdaki olgu affektif bileşenin ifade edilmesinde sosyal rolün etkisini oldukça tipik bir şekilde örneklemektedir.

Olgu 2. 40 yaşında, evli, 1 çocuk babası, yüksek okul mezunu ve bir banka şubesi müdürü olan hastanın kalp hizasında ağrı, çarpıntı, halsizlik ve kendisinde kalp hastalığı olduğu endişesi ile bir iç hastalıkları uzmanına başvurduğu ve hekimin EKG değerlendirmesi yaptıktan sonra "takma kafana, at bunları kafandan, vb." dediği öğrenildi. Yakınmalarının devam etmesi ve sıkıntı vermesi üzerine hastanın bir "sinir hastalıkları" uzmanına (nörolog) başvurduğu ve yaklaşık aynı öğütlerin yinelenildiği öğrenildi. Yapılan psikiyatrik değerlendirme hastada Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu (DSM III) olduğunu ortaya koydu.

Burada hastanın rahatsızlığının affektif komponentini ifade etmesi hem karısının erkek rolünden beklentisiyle hem de iş arkadaşlarının banka müdürü rolünden beklentileriyle bağdaşmamaktadır. Yani hastanın sosyal rolü hastalığını ifade ediş biçimini belirlemektedir. Çevresel sosyal sistemler, bireyin psikososyal sorunu için uygun çözümler sağlayamıyorsa somatizasyon bir başa çıkma stratejisi olarak sıklıkla kullanılır. Hekim bu olayı bir biyomedikal olay olarak görürken sosyal çözümlere (sınavdan veya işyerinden hospitalizasyon veya rapor aracılığıyla uzak kalabilme, görev yerinin veya niteliğinin değiştirilmesi, malülen emekliye ayrılma ve aileden daha çok ilgi görebilmek gibi) dolaylı olarak kapı açmış olabilir. Hekimin bu tutumu için aşağıda örnek olarak verilen olgu tipiktir.

Olgu 3. 30 yaşında, evli, 1 çocuk annesi ilkökul öğretmeni hasta polikliniğimize sıkıntı yakınması ile başvurdu. Aynı yakınma ile bir süre önce bir nörolog olan iş yeri hekimine

başvurmuş. Hekim sıkıntısının kaynağı olarak özellikle eşiyile bir sorunu yokmuş. Hekimin ısrarı üzerine sıkıntısının nedeninin okul müdürüyle olan anlaşmazlığı olabileceğini belirtmiş. Bunun üzerine hekimin, otoriteryen bir yaklaşımla bu tür olayların memuriyette her zaman olabileceğini, amirlere itaat etmesi gerektiğini ve bunun sıkıntıya neden olmaması gerektiğini belirken, vb. öğütler vermiş. Hasta bir süre sonra başağrısı yakınması ile aynı hekime başvurduğunda ise kendisine bir analjezik ve miyöröblaksanla birlikte bir hafta istirahat verilmiş.

Yeni hekim duygusal bir soruna değil bedensel bir soruna prim vermekte ve böylece psikososyal bir sorunla somatizasyon aracılığıyla başa çıkılmasını kalıcılaştırmakta ve kuvvetlendirmektedir. Bu da kronik somatizasyonlu hastaların tedavi edilmesindeki güçlüğü açıklar. Böylece kronikleşen hastalık, zaman içerisinde psikososyal çıkarlar sağlar. Aşırı biyomedikal yönelimli hekim psikososyal yanı gözardı ettikçe hastanın bedeninde bir buzukluk olduğu kanısı pekişecek ve bu hasta, ailesinden, aile dışı kişilerarası ilişkilerden ve sosyal güvenlik kurumundan ilgi görecektir. Öte yandan bu ilişkilerden istediği ilgiyi göremez ise tek başvuru kaynağı hekimler olur ve kronik bir hastalık hastası (!) haline gelir. Bu durum Şekil 1'de şematize edilmiştir.

3. Somatizasyonun tanınmayışında hekimin rolü.

3.1. Hekimin kişiliği ve eğitimi.

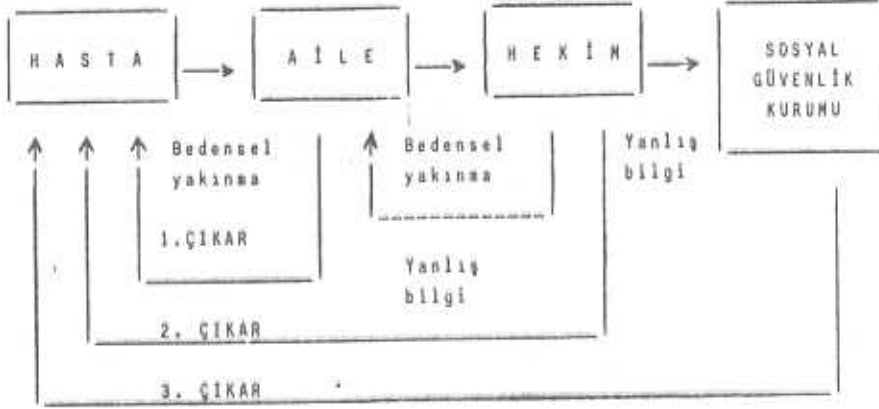
Strong Vocational Blank adını taşıyan bir meslek tercih testiyle ABD'de yapılan bir araştırma (25) hekimlerin mekanik türde meslekleri yeğlediklerini, psikolog ve psikiyatrist veya psikiyatrist adaylarının ise insanlarla ilişki veya insanlara etki yapma yönü bulunan meslekleri yeğ tuttuklarını göstermiştir. İç yapıya yönelik ilgilere sahip bir hekim hastayı biyopsikososyal değil sadece biyolojik bir varlık olarak görecektir. Halbuki her hekim bir oranda psikiyatrist olmalıdır.

Somatizasyonun tanınmasına engel olan bir başka neden de hastanın bedensel yakınmalarının ardında işten, sorumluluktan kaçma veya başka bir psikososyal çıkar yattığını bilinç dışı algılayan hasta tarafından "kullanılmak" için yüzeysel bir semptomatik tedavi ile hastayı bir yerde başından savması, geçiştirmesidir.

3.2. Sosyokültürel faktörler.

Hekim hastayla aynı toplumun üyesidir ve hastanın hastalık konusundaki düşüncelerini şekillendiren etmenler bir noktada hekim için de geçerlidir ve böylece sorunun psikiyatrik bir boyutu olduğunu bilinç dışı bir tarzda algılayan hekim bir psikiyatristin yardımını istemeyi

ŞEKİL 1



1. Çıkar : İliği, şefkat görme, olumsuz davranışlarının (dayak, suçlama) kalkması.
2. Çıkar : Rapor, istirahat
3. Çıkar : İşyeri veya niteliği değiştirilmesi, malulen emekliye ayrılma.

hastayı "dangalamak" olarak görür. Yani bir yerde hastayla aynı tarzda düşünür.

4. Somatizasyonun tanınmamasının bedeli.

Somatizasyonun tanınmaması veya bedensel yakınmaların somatizasyon kavramını da içeren bir düşünüş ile değerlendirilmeyişi bozukluğun biyolojik olduğu algısına yol açacaktır ki bu algının bir bedeli olacağı açıktır. Bu bedel şu öğelerden oluşmaktadır :

4.1. Mali külfet : Hasta veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumunun ödediği para;

4.2. İncelemenin ve yan etkilerinin neden olduğu fizik acı, travma

ve belki somatik iyatrojenik bozukluk;örneğin anksiyete nedeniyle kalp kateterizasyonu veya başağrısı nedeniyle serebral anjiyografi yapılmış olması, yani invaziv tanı yöntemlerinin kullanılması;

4.3. Somatizasyonun ağırlaşması ve kronikleşmesi (somatizasyonu kalıcıbir kalıp olarak yerleştirme, hastayı bu kalıba fikse etme);

Bu iki nedenle (iki değişik yoldan) olabilir :

4.3.1. Hastaya kendisinde biyolojik bir bozukluk olduğu söylendiğinden bir plasebo düzelmesi sağlamıştır, ancak hasta konulan tanıya ilişkin olarak bazı dolaylı psikososyal çıkarlar sağlamış olabilir ve bu çıkarları sonra yine elde etmek için aynı bozukluk tekrarlayacaktır; ya da

4.3.2. Hastaya kendisinde biyolojik bir bozukluk olduğu söylenmiş ve ve bu yanlış tanıya dayalı terapiden hasta yararlanmamıştır ki bu, "anlaşılmadım, bir türlü derdime çare bulunamıyor; herhalde tanınması çok güç ve tedavisi zor bir hastalığım var" düşüncesine ve ümitsizliğe yol açacak ve ümitsizliğin yarattığı depresyon, somatizasyonu ağırlaştırıp kronik- leştirecektir.

4.3.3. Hastada ruhsal bozukluk olduğu tanınmış, fakat yapılması gerekenler konusunda yanlış yol tutulmuştur. Hastaya "senin birşeyin yok," "bunları kafana takma (...)" "iradeni kullan" vb. denildiği sık görülmektedir. Bu

durumda hastaya yetersiz, ruhsal yönden zayıf ve mantıksız olduğu anlamları aktarılmakta ve toplumca istenmeyen bir rahatsızlığa sahip olduğu kanısı verilmektedir. "Neyin ne olduğunu en iyi bilen" hekim aynı anlatımları hastanın yakınmalarıyla ilişkisinde de kullanmaktadır. Bunun sonucu olarak yakınları hastanın yüzüne karşı bunu söyleyemeseler ya da söylemeseler bile onun bu rahatsızlığı uydurduğunu ya da "iradeyle önlenebilecek evham yoluyla yoktan yarttığını" düşünebilecek ve bunu tutumlarında göstereceklerdir. Çevresince kendini hasta olarak göstermek isteyen bir insan olarak görülen hastaya artık "hastalık hastası" damgası vurulur.Yenemediği psikososyal sorunlarına şimdi bir de bu damga ile yaşamak sorunu eklenmiş ve ruhsal yükü artmıştır. Artan ruhsal stres altında hasta olağan çıkış yolunu, yani somatizasyonu, daha sık ya da yoğun veya sürekli olarak kullanmaya yönelebilir.

Şimdi bir de bu damga ile yaşamak sorunu eklenmiş ve ruhsal yükü artmıştır. Artan ruhsal stres altında hasta olağan çıkış yolunu, yani somatizasyonu, daha sık ya da yoğun veya sürekli olarak kullanmaya yönelebilir.

4.4. Hastanın zamanının gereksiz yere harcanması.

4.5. Hasta yakınlarının zamanının gereksiz yere harcanması.

4.6. Sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının gereksiz yere işgâl edilmesi ve var olan olanakların başka hastaların yararına sunulmaması.

4.7. Çevresel sistemlerin manipüle edilmesi ve kötüye kullanılması.

5. Somatizasyonu tanıma ölçütleri.

5.1. Hastanın yakınmaları biyolojik bir bozukluğa benzemeyebilir, yani akla gelen biyolojik bozukluk için atipik olabilir. Böyle bir durumda biyomekanik incelemeler geçmeden önce hastanın durumunu sistemler modeli içerisinde değerlendirmek ve gerekirse bir psikiyatrisin yardımını istemek uygun olur.

5.2. Hastanın yakınmaları psikiyatrik bir bozukluk için tipik olabilir; gezici, olamayacak kadar çok sayıda beden parçasına yayılan ve genellikle ağrı, yanma, uyuşma, karıncalanma, vb. tarzda yakınmalardır.

5.3 Semptomatik tedavi ile geçmez veya plasebo etkisine bağılı geçici iyilik sağlar ve bu da daha önce belirtildiği gibi psikososyal çıkar kalıplarına yol açar.

5.4. Hastanın kişilerarası ilişkilerde benimsediği rolü aydınlatmak ve bu yakınmaların çevresel sistemleri içerisinde kendisine (aile içindeki sorumluluklarının azaltılması, suçlama, dayak gibi cezaların kalkması, ilgi, sevgi görmesi, izin, malüliyet tazminatı, iş ve veya işyeri değişimi gibi) psikososyal çıkarlar sağlayıp sağlayamayacağı belirlenmelidir.

6. Öneriler.

6.1. Hekim somatizasyonun altında yatan psikiyatrik bozukluğu tanıyabilmelidir: Hekimin görevi her zaman hastayı tedavi etmek değildir; ama mutlaka yardımcı olmaya ve ızdırabını gidermeye çalışmaktadır. Somatizasyonlu hastaların yakınmaları her zaman ızdırıp düzeyinde değilse de, mutlaka hekimin yardımını gerektiren rahatsızlıklardır. Kendilerindeki psikososyal sorunları anlayamadıkları içindir ki bu tür semptom gösteren hastalara hekimin yapabileceği ilk yardım problemin nereden kaynaklandığını anlamaya çalışmak ve hastaya anlatmaktır. Bu da hekimin konuya ilgi duyması, bilgi ve deneyimini arttırması sonucu gerçekleşecektir.

6.2. Hekim gerekli psikofarmakoterapiyi yapabilmelidir: Günümüz hekimin elinde hastaların psikososyal kaynaklı rahatsızlıklarının üstesinden gelebilmelerine yardımcı olacak çok çeşitli psikotrop ilaçlar vardır. Hastanın problemlerine yönelik içgörüyü kazanabilmesi ve bunların üstesinden gelebilmesi için belirli bir miktar rahatlığa ihtiyacı vardır. İlaçlar sorunu çözmez ama hastanın çözebilmesi için gerekli koşulları ona sağlar. Bunun için hekim yalnızca hastanın problemini anlamakla, anlatmakla yetinmemeli ve onun problemlerinin üstesinden gelebileceği bir rahatlığa kavuşmasını sağlamalıdır. Hasta yalnızca bunları anlayamadığından değil, anlaşılabile sorunlarının üstesinden kendi mevcut güçleri ile gelemeyeceğinden hastalanmıştır. Bu durumda hekimin "Şimdi artık sorunlarının nereden kaynaklandığını biliyorsun. Bundan sonrasını kendi iradenle olayları düzelterek ya da kafana takmayarak çözümlerebilirsin." şeklinde bir yaklaşımla ve ilaç kullanmanın da bir zayıflık ve gereksizlik olacağını söyleyerek bitirmesi hastayı gene yetersiz güçleriyle ortada bırakmaktan başka birşey olmayacaktır. Toplumumuz insanı tedaviye teşhisle eşdeğer kabul eder. Tedavisinden yarar görmediği için söyleyeceği şey "teşhis edemedi" demekten başka birşey olmayacaktır. Sonuç gene somatik yakınmasına dönüp bunu teşhis edebilecek yeni bir hekim aramak olacaktır.

6.3. Hekim ne denli basit olursa olsun, uygun psikolojik girişimi yapabilmelidir. Bu da herseyden önce hekimin psikiyatrik görüşme yöntemlerini iyi bilmesiyle başlar. Empatiden yoksun, direkt ve yüklü bir yaklaşım ile sorunun doğası hakkında bazı ipuçları elde edilebilse bile, iř bunları hastaya göstermeye geldiğinde aksayabilecektir. Otoriteryen bir biçimde, tıbbi ve entellektüel bir açıklama biçiminin hastalara çok yararı olmayacaktır. Hastayı anlamanın temel yolu ortak dili konuşmakla başlar. Hastanın hekimi anlamasının yolu da budur. Bunun için hekim hastaların anlayabileceği, kültür ve bilgi düzeylerine uygun örnekleri bulmalı ve vermelidir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3.basım, Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
2. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA : The de facto U.S. mental health services system : a public health perspective. Arch Gen Psychiatry 1978 ; 35(6):685-93.
3. Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ : Comprehensive Textbook of Psychiatry III, Maryland : Williams and Wilkins Co., cilt 2, 2077. 1980.
4. Hooper EW, Nyczi GR, Cleary PD, Reigier DA, Goldberg ID: Estimated prevalence of EDC mental disorder in primary care. Int. J Men Health 1979; 8:6-15.
5. Hesbacher PT, Rickels K, Goldberg D: Social factors and neurotic symptoms in family practice. Am J Pub Health 1975; 65: 148-165.
6. Yiğitbaşı Ö: Kişisel görüşme.
7. Birand A : Kişisel görüřme.
8. Campbell RJ : Psychiatric dictionary, 5. basım, New York : Oxford University Press, 1981.
9. Marsella AJ : Depressive affect and disorder across cultures, Triandis. H. Draguna J, ed. Handbook of cross-cultural psychology vol 5 : psychopathology. Boston : Allyn and Bacon, 1980.
10. Marsella AJ : Cross-cultural studies of mental disorders, Marsella AJ R, Ciborowski T, ed. Perspectives on cross-cultural psychology'de. New York : Academic Press, 1979.

11. Leighton A, Lambo T, Hughes C, Leighton D, Murphy J, Macklin D : Psychiatric disorder among the Yoruba. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1963.
12. Leff J : Psychiatry around the globe: a transcultural view. New York: Marcel Dekker, Inc., 1981.
13. Katon W, Klienman A, Rosen G : Depression and somatization: a review, part 1. Am J Med 1982; 72: 127-35.
14. Tanaka-Matsumi J, Marsella AJ: Cross-cultural variations in the phenomenological experience of depression 1. Word association studies. J Cross-Cult Psychol 1976; 7: 379-96.
15. Kiev A: Curandismo: Mexican-American folk psychiatry. New York: Free Press, 1968.
16. Rubel AJ: The epidemiology of a folk illness: susto in Hispanic America. Ethnology 1964; 3: 268-84.
17. White GM: Cultural explanations of illness and adjustment: a comparative study of American and Hong Kong Chinese students. Amerikan Antropoloji Derneği'nin 79. yıllık toplantısında sunulmuştur. Ethnography of Health Care Decisions, Washington, D.C., Aralık, 1980.
18. Zborowski M: Cultural components in responses to pain. J Soc Issues 1952; 8(4): 16-30.
19. Mechanic D: Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints N Engl J Med 1972; 286: 1132-39.
20. Krietman N, Swinsbury P, Pearce K, Costain WR: Hypochondriasis and depression in outpatients at a general hospital. Br J Psychiatry 1965; 111:607-15.
21. Minuchin S, Rosman BL, Baker L: Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1978.

22. Bruch H: Obesity, anorexia and the person within. New York: Basic Books, 1973.
23. Pallazzoli MS: Self-starvation. New York: Jason Aranson, 1978.
24. Lesse S: Behavioral problems masking severe depression. Am J Psychother 1979; 33: 41-53.
25. Holt RR, Luborsky L: Personality patterns of psychiatrists. New York, Basic Books, 1952.