

# Bedenselleştiren Hastaya Yaklaşım

Mine ÖZMEN

*İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul*

## Giriş

Hekime beden yakınması ile gelen hastaların önemli bir bölümünde tüm çabalara karşın herhangi bir fiziksel hastalık saptanamaz. İç hastalıkları gibi hastaların belirsiz, tam ayrışmamış, özgün olmayan belirtilerle başvurduğu branşlarda bu oran özellikle yüksektir. En sık gözlenen 25 fiziksel yakınmayla iç hastalıkları polikliniklerine başvuran kişilerle yapılmış bir çalışmada, hastaların %10-15'inden azında belirtilerin fiziksel bir hastalıkla ilişkilendirilebildiği bildirilmiştir.<sup>1</sup> Alan çalışmaları pek çok kişinin hemen hergün değişik bedensel duyular ya da belirtiler algılayabildiğini göstermektedir.<sup>2</sup> Birincil basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin %30'unda açıklanamayan fiziksel belirtiler saptandığı bildirilmiştir.<sup>3</sup> Bu çalışmalardan da anlaşılacağı gibi, fiziksel belirtilerle başvuran bir hastada bir fiziksel hastalık tanısı konması aslında pek de beklenmeyen bir durumdur.

Bedenselleştirme ya da somatizasyon, fiziksel yakınma organik nedenlerle açıklanamadığında kullanılan, bedeni psikolojik nedenlerle ya da ikincil kazanç için kullanmayı tanımlayan bir terimdir. Bedenselleştirme, normal bir tepkiden, hastanın yaşamının hastalık korkusu ile kaplandığı ya da hastalığın taklit edildiği ya da oluşturulduğu uca kadar uzanan geniş bir yelpazede ele alınabilir. Bu spektrumun normale yakın ucunda ciddi bir stres ya da hastalık sonrasında geçici olarak kişinin bedeni ve sağlığı ile ilgili endişe hissetmesi yer alır. Çoğu kişi kişisel stres altında iken fizyolojik olarak daha kırılgan hissedebilir, örneğin prematür ventriküler kontraksiyonlar gibi çok da anlamı olmayan belirtilerle fazlaca ilgilenebilir. Benzer bir tepki, hastalık belirtilerini yeni öğrenen ya da hastalarla henüz yüz yüze gelmeye başlamış tıp öğrencilerinde de görünür. Ancak bu durum yaşamın bütününe kapladığı ve kronikleştiği zaman karşımıza bir sağlık sorunu olarak çıkar. Bedenselleştirme ruhsal hastalıkların hemen hepsinde gözlenebilen bir belirtidir. Bedenselleştirmenin tek bir nedeni yoktur. Bilinçli ya da bilinçsiz bir süreç olabilir. Buna göre hasta bir sorununu, duygu ya da yaşantısını bedeni aracılığı ile dile getirir ve psikososyal sorunlarını inkar eder. Bu da kaygıdan kurtulma (birincil kazanç, olumsuz pekiştirme), sorumluluklardan kurtulma, diğerlerinden ilgi görme (ikincil kazanç, olumlu pekiştirme) gibi bazı kazançlar sağlar.

Hasta beden yakınmasını, engellenmiş bazı duygu ve düşüncelerini ifade edebilmek, iletebilmek ya da acıdan kendisini korumak, kişiler arası ilişkileri yönlendirmek, hasta rolünün ayrıcalıklarından yararlanmak, onaylanmak, bağımlılık gereksinimlerini gidermek ve maddi çıkarları için kullanabilir. Kişilik yapısı, bilişsel yapı, duygularını ifade edebilme yetisi bedenselleştirmeye değişik oranlarda katkıda bulunabilir. Bazı kültürlerde, ruhsal hastalıktan çok, fiziksel hastalıklara bağlı olarak çıkan beden yakınmaları daha çok kabul görür ve kişinin hasta rolüne bürünmesini kolaylaştırır. Ayrıca pek çok ülke gibi ülkemizde de özel sağlık sigortaları psikiyatrik tedavileri ödemez; bu da beden dilinin kullanılmasını pekiştiren bir unsur olarak düşünülebilir.

Akut bedenselleştirmeler, psikososyal stressörlere tepki olarak ortaya çıkabilir. Örneğin, bir tıbbi hastalıkla, bazı hastalar belirtilerini ve buna bağlı kaygılarını inkar ederek başa çıkarken, bazıları bedenlerine odaklanarak ve sürekli kontrol ederek tepki gösterir. Myokard infarktüsü geçirmiş hastaları düşünelim. Bazı hastalar kriz geçirmemişcesine günlük yaşamına devam ederken, bazıları kalbini dikkatle izler, farklı ya da hastanın sıra dışı bir anlam yüklediği bir belirti ortaya çıkarsa, bunu hastalığın ilerleme göstergesi olarak değerlendirebilir ve sürekli hekimine başvurarak güvence isteyebilir. Travmaya maruz kalmış kişilerde, posttravmatik stres tepkileri, anksiyete ile ilintili beden belirtileri, bedenle aşırı uğraş, uyku bozukluğu, konsantrasyon bozukluğu ve geçici duygudurum bozuklukları ortaya çıkabilir. Özellikle yaşlılarda stres karşısında geçici hipokondriak belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtiler aile üyelerinde suçluluk uyandırarak güçsüz hisseden yaşlının güç kazanmasına, aile bireylerini yönetmesine yardım edebilir. Kural olarak geçici hipokondriak uğraşlar belli durumlarda ortaya çıkar ve kendiliğinden remisyona girer.

Kronik bedensel yakınmaları olan hastalar tıbbi bir hastalık saptanamadığı halde "hasta" olan ve buna bağlı yeti yitimi ortaya çıkmış kişilerdir. Bu hastalar sorunlarının psikiyatrik olduğunu kabul etmezler, psikiyatlara başvuramazlar, sağlık sistemini çok sık kullanırlar, birçok kez yatırılarak tetkik edilirler, bazen gereksiz cerrahi girişimlere maruz kalırlar ya da iatrojenik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilirler. Hekimler de belirtiyi hastanın

psikososyal ortamındaki güçlüklerin yansıması olarak görmektense, organik açıklamalar aramaya ve tedavi etmeye çalışır. Bu hastalar aslında belirtilerinin geçmesini değil, ilişki kurmayı ve anlaşılmayı istemektedirler. Bu tür hastalar hekimlerde sıklıkla düşmanca duygular ya da küçümseme hissi uyandırılır; bu nedenle gereken olumlu ilişki ve işbirliğinin kurulması güçleşebilir.<sup>4,5</sup> Sıklıkla her iki taraf da ayrı dilden konuşur, bedensel yakınmalar çözümlenmeksizin sürer gider ve süreç her iki taraf için de hüsrarla sonuçlanır. Ayrıca çalışmama/erken emeklilik, sağlık harcamalarında artma gibi sonuçları nedeniyle kendi çektikleri ve hekimlere çektiydikleri sıkıntının yanı sıra, hem yakın çevreleri hem de toplum açısından yük oluştururlar.<sup>6</sup>

Hekimlerin, araştırma ve girişimlerini nesnel ölçütlere dayandırmaları ve gereksiz yere tekrarlamamaları, bedenselleştirmeyi erken dönemde tanıma, hastayı psikolojik tedaviye hazırlama, bedenselleştirmeyle başa çıkma konularında belli yöntem ve becerileri edinmeleri gerekir.<sup>4</sup> Kronik bedenselleştirmeyle seyreden ruhsal bozukluklar somatoform bozukluklar başlığı altında sıralanır.

## Somatoform Bozukluklar

Tıbbi bir soruna bağlı olmayan ya da var olan tıbbi belirtiyel orantısız kronik bedensel yakınmaların, yani bedenselleştirmenin ön planda olduğu somatoform bozukluklar olarak adlandırılan ruhsal hastalıkların prevalansı yaklaşık %20 olarak bildirilmektedir.<sup>3</sup> Somatoform belirti kümeleri ile seyreden bu hastalıkların patofizyolojisine yönelik ileri sürülen pek çok varsayım (belirtilerin amplifikasyonu, kas kontraksiyonu, katekolamin salınımı, kalıcı nörobiyolojik disfonksiyon, nörolojik hiperreaktivite, artmış kortizol düzeyi) üzerinde henüz görüş birliğine varılamamıştır.<sup>7</sup>

Somatoform bozukluklar, bedenselleştirme bozukluğu, konversiyon bozukluğu, hipokondriazis, ağrı bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğu olarak sıralanabilirler. Bedenselleştirme bozukluğu erken yaşta başlar, sıklıkla kadınlarda görülür, en az dört sistemi tutan çok sayıda bedensel belirtiyel seyrederek. Konversiyon bozukluğu nörolojik ya da tıbbi bir durumu düşündüren belirtilerle ortaya çıkar (felç, anormal hareketler, afoni, körlük, sağırılık, uyuşmalar, epilepsi benzeri nöbetler vb.). Hipokondriaziste kişi bedensel belirtilerini yanlış yorumlar ve ciddi bir hastalığı olduğuna inanır; tıbbi tetkiklerle hastalık olasılığı dışlansa da ikna olamaz. Bazen hipokondriyak yakınmalar fiziksel hastalığa eşlik eder. Kronik ağrı bozukluğu da doktorları dolaşmaya yol açan ve sıklıkla psikolojik nedenlerle ortaya çıkan bir başka somatoform hastalıktır. Ağrı duyarlılığı ve yaşantısı, sadece kişilik yapısına ve hastalık öncesi uyuma değil, kültürel etkenlere ve nöronal iletiye bağlı biyolojik etkenlerle de ilişkilidir. Kaza sonrası ağrı reseptörlerinin duyarlılığı ve omurilikteki nöronların uyarılabilirliği değişebilir, nörolojik zedelenme sonrası ağrı eşiği değişebilir, ağrı oluşturabilen P maddesi ya da histamin düzeyleri de ağrı şiddetini etkiler. Beden dismorfik bozukluğunda ise kişi, görünümündeki hayali bir bozuklukla yoğun bir şekilde

meşgul olur ve bunu düzeltmek için doktorlara, özellikle de plastik cerrahlara başvurur.<sup>8</sup>

Konik bedenselleştirme ile seyreden durumların en uçtaki örneği Munchausen sendromu ya da yapay bozukluktur. Yapay bozuklukta kişi, bilinçdışı bakım alma ve kendine zarar verme arzuları nedeniyle şüphe edilen hastalıkla ilgili belirtileri gizlice kendisi oluşturur. Bir hastamız uzun süre psikoterapi ile takip edildikten sonra bilinçdışı bakım alma gereksinimi yorumlanınca bunu kabul edebilmiş, kendisini “hastane bağımlısı” olarak tanımlamış ve hastanenin onun için “evhane” olduğunu söyleyerek durumunu kavradığını çok güzel bir biçimde ifade etmişti. Uzun süre tıbbi hastalık açısından araştırılan, çok çeşitli tanılar almış, pek çok klinikte takip ve tetkik edilmiş hastalarda yapay bozukluk tanısının mutlaka akla gelmesi gerekir. Bu hastalar, genellikle belirtilerini bilinçli olarak ürettikleri şüphesi oluştuğunu sezer sezer ortadan kaybolup başka bir klinikte yeni belirtilerle ortaya çıkarlar.<sup>9</sup>

Aleksitimi (hastanın duygularını tanıyamaması ve ifade edememesi) kronik bedenselleştirme gelişen hastalarda sıklıkla gözlenir; bu hastalar belirtilerini son derece ayrıntılı anlatabilirken, duygularını söze dökemezler. Genellikle psikolojik açıdan sorunlarını araştırmaya yatkın ve istekli değildirlir. Klinikleri ardında kızgın ve hayal kırıklığına uğramış hekimler bırakarak dolaşırlar. Dosyaları hastalık ve ilaçlarla ilgili pek çok bilgi içermesine karşın, kişisel bilgileri içermez. Bütün tanı ve tedavi çabaları boşa çıkar, belirtisi tam açıklaması bile tıbbi ya da psikiyatrik bir tanı konmuşsa ve tedavi için bir ilaç önerilmişse, ilaçların neredeyse bütün “yan etkileri” ortaya çıkar. Hekimde hastanın hasta kalmak ve acı çekmek ihtiyacı içinde olduğu izlenimi doğar. Beden yakınmaları, düşük benlik saygısı ile baş etmeye yönelik bir savunmadır; kendilik algısı ile bir sorunu olduğunu kabul etmek acı verir, oysa bedeni ile sorunu olduğu fikri hem daha kolay anlaşılır, hem de daha kolay kabul edilebilir.<sup>5</sup>

## Bedenselleştiren Hastanın Klinik Yönetimi

### Akut gelişen bedensel yakınmalar

Akut gelişen bedenselleştirme belirtileri genellikle haliha-zırdaki psikososyal stresörlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu kişilerde genellikle bedenselleştirme öncesi uyum oldukça iyidir. İlintili psikososyal stresörün tanımlanması, kısa bir fizik muayene ve değerlendirme sonrasında hastaya tıbbi bir sorununun atlanmadığı güvencesini vermek, hastanın sıkıntısının belirtiyel ilişkilendirilmesi, tıbbi tedaviye gereksinimi olmadığını güvencesinin verilmesi, altta yatan sıkıntıya ya da soruna odaklanan bir yaklaşım yeterlidir. Çok şiddetli ise ya da uzun sürerse, psikoterapi ya da bazen eşlik eden ruhsal bozukluğa yönelik ilaç tedavisi gerekebilir. Burada önemli olan hastanın belirtisinin pekiştirilmemesidir. Önemli ikincil kazançlar (ilgi, bakım alma, sorunluluklardan kurtulma) varsa, aile, yakın çevre veya hekim tarafından pekiştirilirse, bedenselleştirme öğrenilmiş bir davranış haline

gelebilir ve gelecekte de kullanılabilir.<sup>5,10</sup> Bu nedenle hekimin hastaya ve çevresine tutum önermesi önemlidir. (Örneğin, “ağrınız olsa bile bunun sizi yönetmesine izin vermeyin, işinize devam edin”; “yakınmanız için artık acil polikliniklere başvurmayın, sizi korkuttuğunu anlıyorum, ancak görüyorsunuz bunlar gelip geçiyor ve size zarar vermiyor, sessiz bir odada dinlenin ve geçtikten sonra günlük yaşamınıza aksatmadan devam edin”).

## Depresyon

Kronik bedenselleştirme yakınmaları ile başvuran bir hastada öncelikle depresyon, anksiyete bozukluğu gibi tedavi edilebilir bir ruhsal bozukluk olasılığını dışlamak gerekir. Örneğin, bazen hasta depresyonu ile bedensel belirtilerle ya da konversiyon bozukluğu geliştirerek savaşılabılır, depresyon tedavi edilince bedensel belirti de kaybolur. Tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtilerin önemli bir kısmının altında yatabilen depresyon, hem hastaların hem de hekimlerin beden yakınmalarına odaklanmaları nedeniyle maskelenebilir. Bu hastalar belirtilerini belirsiz tarif ederler ve yeti yitimleri yakınmalarının hekimde çağrıştırdığı fiziksel hastalığa oranla çok fazladır. Aynı zamanda bir iki pek önemli olmayan tanı konmuş tıbbi hastalığı da varsa, hekimin aklına depresyon gelmez.

Uzun yıllar ağrı yakınmaları ile birçok hekimi dolaşmış çeşitli tetkikler yaptırmış olan genç bir erkek hastaya, son başvurduğu hekim fibromyalji tanısı koyarak pregabalin başlamıştı. Hasta önerilen doz ve sürede kullanmasına karşın, bundan da yarar görmeyince bir yakınının tavsiyesi ile bana başvurmuştu. Belirgin depresyon (distimi) tablosu içerisindeydi; antidepresanlar önerilmiş, ancak depresyonda kullanılan bir ilacın kendisine iyi gelmeyeceği inancıyla ilaçlarını hiç bir zaman yeterli doz ve sürede kullanmamıştı. Bütün belirtilerini sergilemesine karşın, depresyonda olmadığı konusunda ısrarlıydı. Ayrıntılı bir görüşme sonrasında yakınmalarının psikiyatrik olmadığını düşünmesine karşın, benim önereceğim tedaviye razı oldu. İlk görüşmelerde tanı sorununu bir kenara bırakıp hem tıbbi öyküsünü hem de kişisel tarihini öğrenmeye çalıştım ve tedavisini kendi koyduğum tanı (distimik bozukluk) doğrultusunda düzenledim. Hastama ağrılı durumlarda bazı antidepresanların etkili olduğunu ancak uygun doz ve süre kullanmamız gerektiğini anlattım. Bu arada daha önceki tedavilere uyumunun bozuk olduğunu göz önüne alarak “iyi hissedene dek” haftada bir psikoterapi önerdim. Seanslar sırasında ailede yası tutulmamış trajik bir öykü ortaya çıktı. Oldukça yakın akrabalarından biri çok genç bir yaşta, geçirdiği depresyon sonrasında ardında birçok soru ve yoğun suçluluk duyguları bırakarak intihar etmişti. Bu aile için depresyon korkulacak, utanılacak ve çok acı veren bir hastalıktı. Hastam da aslında o yıllarda depresyona girmiş ve yaklaşık 10 yılını depresyon içerisinde geçirmişti. Ben onun iç dünyasını daha iyi anladıkça (bu arada üç ay geçmişti, depresyon kısmen gerilemeye başlamıştı ve yıllar sonra ilk defa kendisini zaman zaman “eskisi gibi” iyi hissettiğini söylemeye başlamıştı), ona tanısının depresyon olduğunu ve neden depresyona girdiğini anlatabildim.

## Kronik Bedenselleştirme

Kronik bedensel yakınmaları olan bir hastada ilk yapılacak şey fiziksel hastalık, depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi bir ruhsal bozukluk olasılığını dışlamaktır. Tedavi edilebilir bir psikiyatrik ve tıbbi hastalık dışlanmışsa hekimin kendisinin hastası ile “uzun bir beraberliğe” hazırlanması gerekir. Öncelikli amaç, doğru tanı koymak ve gereksiz tetkiklerin, girişimlerin önlenmesidir. Tedaviden çok yönetimden ya da baş etmekten söz etmek daha uygundur. Bu hastaların uzun süre takip edileceği (en az 6 ay, belki yıllar) baştan kabul edilmelidir. Hekim tedaviyi planlarken esnek olabilmeli, hastanın yanıtına göre kendi tutumunu ayarlamalıdır. Tedavinin biçimi, süresi ve hedefi hastanın anlayabileceği bir dille açıklanmalıdır.

Hasta birkaç hekime gitmekte ise, takip ve tedaviden tek bir hekim sorumlu olmalıdır. Bu hastaları tercihan hastanın birincil hekimi (pratisyen hekim, aile hekimi ya da diğer branş hekimi) takip edebilir. Böylece hastanın manipulasyonları kontrol edilebilir ve azalır; yeni belirtiler ortaya çıksa bile, daha etkili biçimde değerlendirilebilir.

Hekim hastasının yakınmalarını ciddiye almalı, tıbbi dosyalarını incelemeli (ki bu incelemeler sırasında hastalara pek de klinik temeli olmayan ve birbiri ile çelişebilen tanılar verildiği dikkati çeker), muayene sırasında hasta ile klinik bulguları konuşmalı, normal bulguları hastaya iletmelidir (“kas kuvvetiniz yerinde” gibi.). Bunu yaparken “yaşınıza göre iyi” gibi belirsiz cümleler kullanılmamalı, anormal bulgular ise bunlar için ne yapılacağı ile birlikte söylenmelidir (“kaslarınızda çok hafif kasılma artışı var, bir EMG yapabiliriz” gibi).<sup>5,6</sup> Muayene ve tetkikleri tekrarlamak ve güvence vermek bazı hastaları bir süreliğine rahatlatır da, çoğu gergin olmaya ve olmadık tetkikler istemeye devam edecektir. Bu nedenle hekimin araştırmalara sınır koyması, hangi tetkikin gerekli olduğuna karar vermesi, endikasyon yoksa tetkik istememesi gerekir. Bazen çok zorda kalırsa “son bir” tetkik için hasta ile anlaşma yapılabilir. Hekim bu sonlandırmayı yapmakta güçlük çekebilir, bir şeyleri gözden kaçırdığına ve araştırmaya devam ederse bir şeyler bulacağına için için inanabilir. Bir fiziksel hastalığı atlayarak gerekeni yapamadığı endişesini yaşayabilir. Hastaya ileride gerek olursa (kronik bedenselleştirmesi olan bir hasta da tıbbi bir hastalığa yakalanabilir) gerekli değerlendirme ve tıbbi tetkiklerin yapılabilmesi de anlatılır. Hastaya belirsiz mesajlar verilmemeli, net olarak fizik bulgular normal denmişken reçete yazılarak çelişkiye düşülmemeli, hastalığı olduğu inancı pekiştirilmemelidir (“kesinlikle kalbinizde bir şey yok” dedikten sonra reçeteye 1-2 ilaç yazmak gibi).<sup>11</sup> Hem fiziksel hastalık hem de bedenselleştirme birlikte saptanabilir; kronik bedenselleştirmesi olan bazı hastaların tedavi gerektiren fiziksel hastalıkları da vardır. Ancak, fiziksel hastalık görüşmelerin odak noktası haline gelmemelidir. Hastaya tıbbi hastalığı, hastalığının neden olacağı yeti yitimi hakkında net bilgi vermek ve bedenselleştirme sürecini kısa, anlaşılır, suçlayıcı olmayan, akılcı modellerle hastaya açıklamak gerekir (Örneğin, “bir beden belirtisine odaklanırsak ve ona olumsuz bir

anlam yüklersek, mesela kalp krizi geçirdiğimizi zannederek, bu endişe hali kana hormonların salgılanmasına ve kalbinizin daha da hızlı artmasına neden olur; bu durum kaygınızı daha da artırır ve bir kısır döngü ortaya çıkar”). Hasta bu açıklamalara karşın durumunu kabul etmiyorsa, hekim sorunun psikolojik olduğu tartışmasına girmemeli, bir sorun olduğu görüşüne katılmalı, bunu tanımlamak için istekli olduğunu göstermeli, hastasının üzüntüsünü, sıkıntısını kabul etmelidir. Sorunun ruhsal çatışmalarla ilişkisi üzerinde ısrarcı olmak bir işe yaramayacağı gibi hastanın direncini de artırır. Hasta ile ilişki kurmak ve onu anlamaya çalışmak, fiziksel yakınmalarını bir süre bir kenara bırakarak onu bir insan olarak tanımaya çalışmak ve süreç içerisinde yavaş yavaş bilgilendirmek ve yeri gelince onu kırmadan, saygılı, yumuşak bir yaklaşımla yüzleştirmek daha iyi sonuç verir. Hekim hastasını görmeye devam etmeli, giderek beden belirtileri ile ilgili verileri, diğer psikiyatrik belirtilerini hastanın duygularını, ailenin hastanın duygudurumu ile ilgili yorumlarını araştırarak tanısını doğrulayacak verileri toplamaya çalışmalıdır. Görüşmelerde psikososyal ipuçlarına dikkat etmek, olumsuz yaşam olaylarına, güçlüklerle ya da olumsuz duygulara hastanın dikkatini çekmek, hasta cesaretlendirirse araştırmak, uygun olur. Eğer hasta gene kabul etmiyorsa, ısrar edilmez, görüşmelere devam edilir ve uygun bir zamanda tekrar bedensel yakınmalarla ruhsal süreçler ilişkilendirilir.<sup>5,6,11</sup> Böylece hastanın fizik belirtilerle iletişim kurma gereksinimi azalır, başka yollardan da iletişim kurulabileceğini yavaş yavaş kavramaya başlar. Böylece hastanın sık sık hastanelerin acil polikliniklerine ve birçok hekime başvurması ve gereksiz tıbbi tetkik oranı azalır.<sup>12</sup> Hasta giderek hekimine güvenmeye başlamış olacağından, ruhsal hastalık tanısını reddetse de, hekiminin onayı almaksızın yeni doktorlara başvurmamaya, gereksiz tetkikler yaptırmamaya, eşlik eden psikiyatrik bozukluk varsa ilaçla tedavisine rıza gösterecektir. Bu hastalar, ayrıntılara dikkat ettiklerinden ve hipokondriak uğraşlarından dolayı, çok iyi gözlemcidirler ve ilaç yan etkilerinden çok yakınırlar.<sup>6,13</sup>

Hastanın kontrollerinin fiziksel belirtilerle ilintisiz ve düzenli olması gerekir. Yakınması olduğunda gelmesi yerine hekimin de onu görebileceği bir sıklıkta gelmesi (gerekirse başlangıçta daha sık olmak üzere, ayda bir, iki ayda bir) önerilir. Böylece hasta hekimini görmek için fizik belirtilere gereksinim duymayacaktır. Tedavinin etkisini değerlendirirken hastanın bildiriminden ziyade davranışlarındaki değişimler göz önüne alınmalıdır. Hasta düzeldikçe onunla birlikte kontrol sıklığını azaltma kararı alınabilir.

Hastayı takip etme olanağı yoksa ya da baş edilemeyen durumlarda psikiyatrya sevk edilen hastalar, “psikiyatrik bir vaka” olarak değerlendirilmekten hoşlanmazlar; bunu örseleyen bir durum olarak algılayabilirler. Bu nedenle psikiyatrya gönderilmenin hastanın yakınmalarını uydurduğu anlamına gelmediği, yakınmalarının gerçek olduğu vurgulanmalıdır. Psikiyatrya gönderildiğini de açıkça belirtmek ve açıklamalar yapmak gerekir (“sizi fakültemizin konsültasyon-liyezon psikiyatrisi polikli-

niğine gönderiyorum”, “sizi doktor A’ya gönderiyorum; kendisi psikiyatry, sizinkilere benzer yakınmaları olan hastalarla ilgileniyor ve birçok hastamız çok faydalandı”, “bu kişi/bölüm kronik ağrı konusunda uzmandır” gibi); hasta kendisini kandırılmış hissederse, bundan sonraki hekimine güvenip tedaviyi kabul etmesi güç olabilir.<sup>4,10</sup> Depresyon ya da anksiyete bozukluğu saptanan hastaların durumlarını psikososyal etkenlerle ilişkilendirmelerinin aksine, kronik bedenselleştirmesi olan hastalar belirtilerini tamamen organik nedenlere bağlarlar;<sup>14</sup> beden belirtilerinin ruhsal süreçlerle ilgili olabileceği fikrine son derece dirençlidirler ve psikiyatrye yönlendirilmeye tepki gösterirler. Psikiyatrya gönderilmeyi kabul etmeyen ya da kabul edip tedaviyi reddeden kişiler, hastalığı olduğuna dair bazen pek de kolay değiştirilemeyen güçlü bir inanç taşıyabilirler. Kendilerini psikiyatrik hasta saymazlar; onlara göre tanı konulamamış fiziksel hastalıkları vardır. Hatta hezeyana yakın nitelikte aşırı değerlendirilmiş düşünceleri de olabilir. Hekimin psikolojik faktörlerle ilgili fikirlerini çürüterek hasta olduğunu kanıtlamaya çalışırlar. (“Doktorlar psikolojik diyor ama, sahici bir ağrı var, benim. Buna neden olacak bir şey olması gerekir”; “Benim sorunum psikolojik olamaz, olabilir tabii, herkes gibi mutlaka psikolojik sorunlarım olmuştur, ama benim omurgamda kırıklar var ve bu durumda çok şiddetli ağrı duymam doğal”). Bu tür savunucu tutumlar karşısında hekimin çok katı olmadan, “Ağrınız olduğunu biliyorum ve bunun tabii ki bir nedeni olması gerekir, ancak pek çok farklı şey bu ağrıya neden olabilir. Tüm bu olasılıkları gözden geçirmemiz gerekebilir” ya da “Siz kendinizi bizden iyi bilirsiniz ve belki de haklısınız; bu bayımlarınızla ilgili psikolojik bir etken bulamayabiliriz, ama eğer bazı ruhsal etkenlerin katkısı varsa, aramazsak hiç bulamayız” gibi yanıtlarla hastayı farklı açıdan da bakmaya hazırlaması gerekir. Bu hastalar olumlu bir ilişki kurulursa ve iyi yönetilirse takip sürecinde psikiyatrye sevgi ve tedaviyi kabul edebilirler.

Bazı hastalar ruhsal süreçlerle beden yakınmalarının ilgisini reddetseler de psikiyatrya başvururlar ya da makul bir açıklama ile sunulan tedavi önerisini kabul ederler (“Gelmeyecektim ama herkes geliyormuş”, “Ben iradeli bir kişiyim, kişisel gelişim kurslarına gittim”). 43 yaşında bir öğretmen hastamız, kronik bel ağrılarından yakınıyordu ve bunu açıklayacak organik bir patoloji bulunamamıştı. Ciddi yaşam olaylarını anlattığında, ağrısı bu olaylarla yakından ilişkili gözükmeyle birlikte kendisinin bunlardan “hiç etkilenmediğini” ileri sürüyordu. Grup psikoterapisi önerisine “insanlara bir faydam olur, eğitimcilik bu demek” diyerek olumlu yanıt vermişti.

Psikiyatry kliniklerinde izlenen hastaya yaklaşımın niteliği (davranışçı, bilişsel-davranışçı ya da psikodinamik psikoterapi) de yapılan formülasyona ve psikiyatryın yönelimine bağlıdır. Fizik belirtilerle ilintisiz, düzenli, kısa kontrollerde, kişisel ilişki kurmak, psikososyal sorunları çalışabilmek, hastaların benlik saygılarını ve yeterlilik duygularını geliştirebilmek gene en önemli hedeflerdir. Belirtiyi pekiştiren sosyal dinamikleri değiştirmeye yönelik girişimler tedavinin bir parçası olmalıdır. Bazı hastalar, emosyonların dile getirilmesine yönelik, bazıları ise daha



çok aile ile işbirliği ve destekleyici psikoterapilerden, yaşamındaki detaylar, emosyonlar ve bedenselleştirme yerine, bilişsel başa çıkma yöntemlerine odaklanan yaklaşımlar ve grup psikoterapisi uygulamalarından yarar görebilirler.<sup>4,5,6,15,16,17</sup>

Psikiyatrik ilaçları ya da ağrı kesicilerin dikkatle kullanılmak, bağımlılık geliştirme riski nedeniyle benzodiazepinlerden kaçınmak gerekir. Polifarmasi varsa alınan ilaçlar azaltılmalıdır. Somatoform bozukluklara sıklıkla eşlik eden psikiyatrik bozukluklar (depresyon ve anksiyete bozukluğu), saptandıklarında uygun ilaçlarla tedavi edilmelidir.<sup>16</sup> Hastalar çok talep ederler ve çok sayıda ilaç kullanırlar, ama somatoform bozukluklarda psikotrop ilaçlar işe çok az yarar. Hipokondriazis ve beden dismorfik bozukluğunda ise seçici serotonin gerilim inhibitörleri işe yarayabilir. Gene ağrı bozukluğunda hasta antidepresanlardan yararlanır.<sup>19</sup> Bazı hastaların beden yakınmaları psikotik boyutlara ulaşır. Bu durumda antipsikotik kullanımı, hatta bazen yatırılarak tedavi gerekebilir.<sup>12,13</sup>

## Sonuç ve Öneriler

Bedenselleştirmenin altında iyi tedavi edilmemiş bir depresyonun yatabileceği unutulmamalı, saptandığında uygun biçimde tedavi edilmelidir. Ayrıca depresyonun somatoform bozukluklara sıklıkla eşlik ettiğini, tedavisinin somatoform yakınmaların şiddetini, dolayısı ile sağlık harcamalarını azaltacağını ve hastanın yaşam kalitesini artıracaklarını da unutmamak gerekir.

Akut bedenselleştirmeler strese verilen yanıt olarak değerlendirilebilir. Bu kişilerde genellikle bedenselleştirme öncesi uyum oldukça iyidir; ilintili psikososyal stresörün tanımlanması, kısa bir fizik muayene ve değerlendirme sonrasında hastaya tıbbi bir sorununun atlanmadığının güvencesini vermek, hastanın sıkıntısının belirtisiyle ilişkilendirilmesi, hastanın tıbbi tedaviye gereksinimi olmadığını güvencesinin verilmesi, alta yatan sıkıntıya yönelik bir yaklaşım genellikle yeterlidir.

Kronik bedenselleştirmelerle seyreden durumlarda bu yaklaşım yeterli olmaz. Burada birinci ilke "zarar vermemektir". Öncelikli amaç gereksiz tetkik ve girişimlerin önlenmesidir. Erken dönemde hastaya belirtilerin emosyonel olduğunu açıklamak, bir şeyi olmadığı güvencesini vermek pek işe yaramaz. Hastanın istediği, belirtisinin geçmesi değil, ilişki kurmak ve anlaşılmasıdır. Hasta yardım istemek için belirtilerine başvurmak zorunda kalmamalı, belirtilerinden bağımsız, düzenli bir görüşme takvimi belirlenerek, işbirliği ve olumlu ilişki kurmaya çalışılarak, tercihan birincil hekimi tarafından takip edilmelidir. Bu nedenle diğer branş hekimlerinin, aile hekimlerinin ve pratisyen hekimlerin bu hastaların yö-

netiminde gerekli bilgi ve beceriyi edinecek eğitimlerden geçmeleri gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-266.
2. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1474-2480.
3. De Waal MW, Arenold IA, Eekhof JA, et al. Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-476.
4. Katon W. Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 274-287.
5. Sifneos PE. Short term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge: Harvard University Press; 1972: 84.
6. Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 1992; 36:439-447.
7. Rief W, Shaw R, Fichter MM. Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosom Med* 1998; 60: 198-203.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
9. Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 1983; 99: 240-247.
10. Ford CV. The somatizing disorders; illness as a way of life. New York: Elsevier; 1983: 80-99.
11. Bass C, Benjamin S. The management of chronic somatization. *The Br J Psychiatry* 1993; 162: 472-481.
12. Abbey SE. Somatization and somatoform disorders. In: Rundell JR, Michael G, Wise MP, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996: 368-402.
13. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273-283.
14. Henningsen P, Jacobsen T, Schiltenwolf M, et al. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 85-92.
15. Warwick HMC, Mclark DM, Cobb AM, et al. A controlled trial of cognitive behavioral therapy of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 189-95.
16. Allen LA, Escobar JI, Lehrer PM et al. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med* 2002; 64: 949-950.
17. Avia MD, Ruiz MA. Recommendations for the treatment of hypochondriac patients. *J Contemp Psychother* 2005; 35: 301-313.
18. Simeon GE, Vonkorff M. Somatization and psychiatric disorders in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1494-1500.
19. Blumer D, Heilbronn M. Antidepressant treatment for chronic pain: treatment outcome of 1000 patient with pain-prone disorders. *Psychiatr Ann* 1984; 14: 796-800.