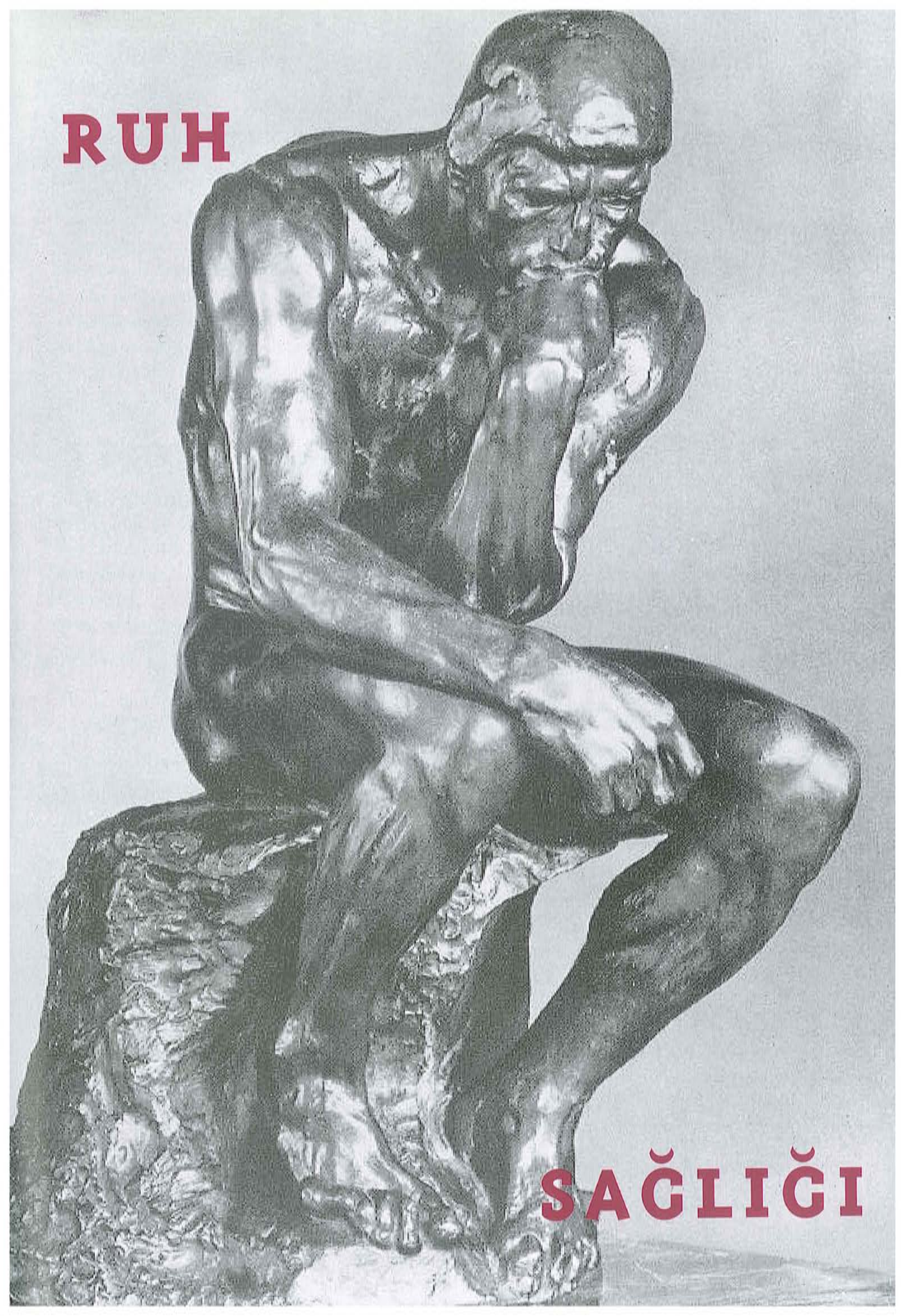


RUH

SAĞLIĞI



Doç. Dr. Berna ULUĞ

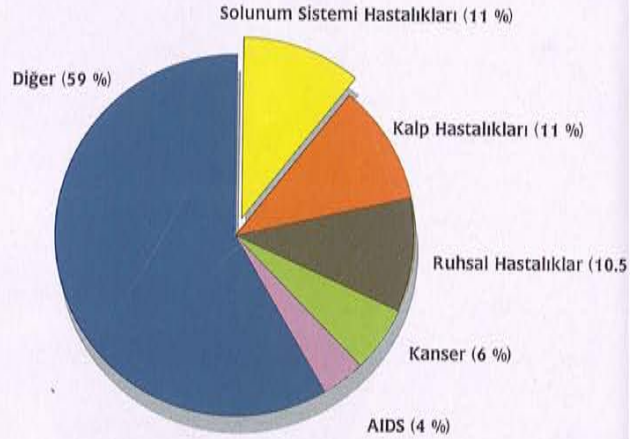


1959 yılında Ankara'da doğdu. 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1982- 1985 yılları arasındaki mecburi hizmet yıllarından sonra 1985-1990 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamladı. Aynı bölümde 1992'de Yardımcı Doçentliğe ve 1996'da Doçentliğe atandı. 1995-1996'da Amerika Birleşik Devletleri tarafından verilen bir burs ile Johns Hopkins Üniversitesinde alkol-madde bağımlılığı alanında uzmanlaşma eğitimi ve halk sağlığı alanında master derecesi aldı. Halen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

NEDEN RUH SAĞLIĞI?

Türk Eczacıları Birliği Başkanı Sayın Mehmet Domaç'ın, Mised Dergisi için ruh sağlığına ilişkin yazılar istemesini büyük bir memnuniyetle karşıladık. Neden? En önemlisi yazılarımız, Dergi aracılığı ile çok sayıda eczacıya ulaşacaktı. Her ikisi de sağlık alanında çalışan bekim ile eczacının mesleki buluşma ve iletişim fırsatlarının hiç de yeterli olmayışını gözönünde tutarsak, bu, çok önemli bir kazanım olacaktır.

Ruhsal ve davranışsal bozukluklar toplumda çok yaygın olup önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadırlar. Çarpıcı bir örnek vermek gerekirse, ülkemiz de dahil olmak üzere değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda 18 yaş üstü kadınlarda depresyon için yaşamboyu yaygınlık oranı %20 olarak bulunmaktadır. Bunun anlamı şudur: Her beş kadından biri yaşamının belli bir döneminde depresyon geçirmektedir. Bu oldukça yüksek bir orandır. Bu kadar sık görülen rahatsızlıklar ile ilgili olarak, sağlık alanında çalışan profesyoneller başta olmak üzere, tüm toplumun bilgi düzeyinin yükselmesi gereklidir.



Yetiyitimi Yılları

World Bank, WHO, Harvard: Global Burden Of Disease 1996

Ruhsal rahatsızlıklar, yaygın olmalarının yanı sıra, hastaya ve hasta yakınlarına önemli bir yük getirmektedir. Bireyin gerek kişisel gerek sosyal yaşamında aksamalara yol açmakta, ciddi düzeyde bir yetiyitimine sebep olmaktadır. Birey iş gücü göremez hale gelmekte, günlük hayatını ve toplumsal ilişkilerini yürütememektedir. Toplumda çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen yetiyitimi oranlarına bakıldığında ilk sırayı solunum sistemi hastalıkları (%11) ve kalp hastalıkları (%11) almaktadır. Bunları %10.5 ile ruhsal bozukluklar ve alkol ve madde kullanımına bağlı hastalıklar izlemektedir. Yani, toplum-

daki iş gücü kaybının, bir başka deyişle hastalıkların topluma yükünün/maliyetinin %10.5 inden ruhsal rahatsızlıklar sorumludur.

Ruhsal rahatsızlıklar ile ilgili diğer bir önemli konu da toplumun bu rahatsızlıklara ilişkin yanlış inançları ve önyargıdır. Büyük ölçüde bilgi eksikliğinden kaynaklanan bu önyargılar nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yeterli olmamaktadır. Örneğin toplumda depresyon yaygınlığı için "buzdağı" benzetmesi sıklıkla kullanılmaktadır. Çünkü değişik sağlık birimlerine başvurup depresyon tanısı almış olan hastaların sayısı toplum taramalarında bulunan hasta sayısının çok altındadır. Bunun bir nedeni depresif belirtileri olan kişilerin bunu ruhsal bir hastalık olarak düşünmemeleri ve uygun başvurularda bulunmamalarıdır. Diğer bir neden ise hekimlerin, özellikle birinci basamakta, depresyonu iyi tanımamaları, depresyon tanısı koymamalarıdır. Bu bilgi eksikliği, birinci basamakta çalışan hekimler için son yıllarda yapılan çok sayıda eğitim programları ile aşılımaya çalışılmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır.

Birinci basamakta en sık görülen ruhsal rahatsızlıklar şunlardır: Depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, uyku bozuklukları ve alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar. Anksiyete bozukluğu, oldukça sık olarak görülen panik bozukluğu ve fobi gibi rahatsızlıklar için kullanılan bir terimdir. Panik nöbeti geçiren kişiler bu nöbet sırasındaki şiddetli bedensel belirtiler nedeniyle bedensel bir hastalıkları olduğunu düşünmekte ve psikiyatlardan çok dahiliye doktorlarına ve en çok da acil servislere başvurmaktadır. Bedensel belirtiler sıklıkla depresyonda da görülmekte hatta ön plandaki belirtiler olabilmektedir. Psikiyatride ruhsal sıkıntılarının bedensel belirtilere yol açması "somatizasyon" (bedenselleştirme) olarak adlandırılmaktadır. Oldukça sık olarak rastladığımız bu olguya ilişkin ayrıntılı bilgiler **Dr. Afşin Sağduyu** tarafından bu dergi için derlenmiştir.

Depresyon sık olarak görülmesinin yanı sıra manik-depresif hastalığın bir dönemi olarak da ortaya çıkmaktadır. Bu rahatsızlığın belirtileri, gidüş özellikleri ve tedavisi **Dr.Timuçin Oral**'in yazısı ile aktarılmaktadır. **Dr.Selçuk Candansayar**, yazısında ruh sağlığı kavramı ve bunun bireysel ve toplumsal anlamları ve etkileri üzerinde durmuştur. Yine ruh sağlığı alanında çok önemli bir kavram ve uygulama olan kriz ve krize müdahale yaklaşımı **Dr.Halise Devrimci Özgüven** tarafından okurlara sunulmaktadır.

Yukarıda da belirttiğim gibi toplumda sık olarak görülen ruhsal sorunlardan biri de alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklardır. Başta sigara olmak üzere bağımlılık yapan maddelerin kullanımı ile ilgili ciddi sağlık sorunları ile hep karşı karşıya kalıyoruz. Türk Eczacıları Birliği'nin de bu konuya verdiği önemi ve bu alandaki hizmet girişimlerini göz önüne alarak iki yazımızı bu konuya ayırdık. **Dr.Kültegin Ögel** yazısında özellikle eczacılar için pratik önerileri vurguluyor. Hemen izleyen bölümde ise bu alandaki bazı temel bilgiler okurlara sunulacaktır.

Bu sunuş yazısını Dünya Sağlık Örgütü dokümanlarından bir alıntı ile bitirmek istiyorum: **"Ruhsal ve davranışsal bozuklukların sır olarak saklanması, aslında problemin boyutlarını da gizlemektedir. Hastalıkla yüzleşecek kadar cesur, hastalığı tanıyacak kadar bilgili olmalıyız. Hasta yakınlarına, aile bireyelerine karşı hastalığı farkedebilmeleri ve tedaviye destek olabilmelerine yetecek kadar açık olmalıyız. Ruhsal hastalık, ne olursa olsun, sonuçta bir hastalıktır ve birçok vakada uygun yaklaşımla üstesinden gelinebilir."**

Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: ALKOL BAĞIMLILIĞI

Alkolizmin bütün dünya ülkelerinde ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görülmesi nedeniyle 1994'de Amsterdam'da düzenlenen "Consensus"

konferansında bazı ilkeler üzerinde anlaşılmıştır. Bu ilkeler aşağıda belirtilmektedir:

- * Alkolizm ve alkol bağımlılığı, alkol alımı üzerindeki kontrolün kaybedilmiş olduğunu belirtmek üzere kullanılan eş anlamlı terimlerdir.

- * Alkol bağımlılığı her bireyde kendini aynı biçimde göstermez. Bu da hasta grubunda çeşitliliğe (heterojenliğe) yol açar.

- * Alkol bağımlılığı olan birçok insanın beyin biyokimyaslarındaki anormalliklerin, bu hastalığın oluşumunda önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

- * Erken tanı ve tedavi, tedavinin başarılı olma şansını artırmaktadır; tedavide psikososyal tedaviler ve ilaç tedavileri uygun bir biçimde birleştirilmelidir.

- * Erken ve etkili tedavi, hastalığın ilerlemesini durdurabilir. Tedavinin gecikmesi ise daha ağır sorunlara yol açmaktadır.

- * Beyinbilim ("neuroscience") ve davranış bilimlerindeki son gelişmeler alkolizm için umut veren ilaç tedavilerinin belirlenmesini sağlamıştır.

- * Bugünkü klinik ve nörofarmakolojik bilgilerimiz, gelecekte alkolizm tedavisinde, ilaç tedavisinin çok önemli bir rol oynayacağına işaret etmektedir.

- * Opioid reseptör antagonistleri, ve yine bağımlılıkta rol oynayan reseptörler üzerine etkili olan kalsiyum asetilhomotaurinat adlı bileşik, alkolizmin tedavisinde umut verici tamamlayıcı ilaçlar olarak düşünülmektedir.

- * Alkolizm ile birlikte bulunan başka bozukluklar da, başta depresyon olmak üzere, alkolizmin tedavisi sırasında önemle ele alınmalı ve tedavi edilmelidir.

- * Pratisyen ve uzman hekimler, tıp öğrencileri, diğer sağlık çalışanları ve toplum, alkolizmin nedenleri, birey ve toplum üzerine etkileri ve tedavisi üzerine bilgilendirilmelidir.

Alkolizmde Rol Oynayan Nörotransmitterler

Dopamin, serotonin, GABA ve opioid peptidleri, alkol arama davranışının oluş mekanizmasında rol oynadığı düşünülen nörotransmitterlerdir.

Etkileri açısından bakılacak olursa:

- * Dopamin: Lokomotor aktiviteyi, ödüllendirilme (haz) ve öfori (keyif) hissinin oluşumunu kontrol eder.

- * Serotonin: Duygudurumun belirlenmesinde ve dürtüsel davranışların ortaya çıkışında rol oynar.

- * Endorfinler: Acı ve keyif verici uyarılara yanıtı ve bunlara karşı adaptif (uyumsal) işlevleri düzenler.

- * GABA: Alkolün bunalıtı (anksiyete) giderici ve motor koordinasyonu bozucu etkisinden sorumludur.

Alkolün, çeşitli beyin nörotransmitter ve nöromodülatör sistemleri ile etkileşimi üzerindeki yoğun çalışmaların ana amacı, yeni ilaçların geliştirilmesidir. Bu ilaçların istenen etkileri şunlardır:

- * Güçlü, karşı konulamaz alkol alma isteğini ("craving") azaltma

- * İçme davranışını değiştirme

- * Nüksü önleme

- * Yüksek risk taşıyan bireylerde alkolizmin gelişmesini önleme

* Erken dönemde saptandığında alkolinin ilerlemesini durdurma

* Uzun süreli tedavi sonuçlarını daha iyi hale getirme

Alkol bağımlılığının, uzun süreli izleme dayanan ve nüksü önlemeyi amaçlayan tedavisinde bu ilaçların, psikososyal ve bilişsel-davranışçı tedaviler ile birlikte kullanımı düşünülmektedir.

Alkolizmin Rehabilitasyonu

Alkolizmin rehabilitasyonunda değişik terapötik yaklaşımlar birlikte uygulanmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra davranış tedavisi, grup ve aile tedavileri, birbirini tamamlayan tedavi yaklaşımları olarak kullanılmaktadır. Alkol bağımlılığı, diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi, biyolojik, davranışsal ve toplumsal mekanizmalara eşit ölçüde dayalı kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda ilaç tedavisinin tek başına yeterli olamayacağı açıktır. Ne var ki, nüks riskini azaltan bir ilaç, hastanın psikososyal tedavilere de çok daha etkin bir biçimde katılabilmesini sağlamaktadır. Bu nedenle, ilaç tedavisinin etkili biçimde yapılması büyük önem taşımaktadır.

Tedavi İsteğini Artırıcı Yaklaşım

"Tedavi isteğini artırıcı terapi" ("Motivational Enhancement Therapy") alkol ve alkol dışı madde kullanım bozukluğunda (kötüye kullanım ya da bağımlılık) kullanılan sistematik bir girişim modelidir. Amacı sorunlu içicilerde içme davranışının değişmesini sağlamaktır. Ayaktan izlenen hastalarda uygulanabilir. Aşağıda belirtilen prensip ve yaklaşımlar sigara bağımlılığı ve diğer madde bağımlılıkları için de geçerlidir.

Son 20 yıldır yapılan araştırmalarda, yoğun ve daha uzun süreli tedavilerle karşılaştırıldığında, daha kısa zaman ayırarak yapılan müda-

halelerin de alkol sorunu olan hastalarda etkili ve faydalı olduğu gösterilmiştir. Bu kısa müdahalelerde davranış değişikliği sağladığı saptanan 6 yaklaşım aşağıda sıralanmaktadır. Bu 6 yaklaşım biçiminin başharfleri "**DESTEK**" akronimi ile hatırlanabilir:

- D**anışmanlık/ Bilgi verme
- E**mpatik yaklaşım
- S**orumluluğu (hastanın kendi sorumluluğu) vurgulama
- T**avsiyede bulunma (kesin ve açık bir üslupla)
- E**i altındaki tedavi/yardım seçeneklerini sunma
- K**endine güveni destekleme

Bu terapötik yaklaşımlar, hastanın tedaviyi kabul etmesinde önemli rol oynadığı gibi uzun dönemde de alkol kullanımını, alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan sorunları ve bedensel hastalıkları azaltmaktadır.

Tedavi isteğini artırıcı yaklaşımı uygulayabilmek için herşeyden önce "değişim süreci evrelerini" bilmek gereklidir. Bu evreler, kullanıcının duyu ve düşünceleri ile tanımlanacak olursa aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- * Bırakmayı düşünmüyorum
- * Bıraksam iyi olabilir ama bırakabilir miyim; bırakmak da başka sıkıntılar getirecek
- * Bırakmaya karar verdim
- * Artık içmiyorum
- * İçmemeyi sürdürüyorum
- * Yeniden başladım

Bireyin bu evrelerde çizgisel olarak ilerlemesi şart değildir. İlerleme gösterebileceği gibi geri-

ye dönüşler de gösterebilir. Hekimin, etkili bir müdahalede bulunabilmesi için, bireyin hangi evrede olduğunu bilmesi gereklidir. "Tedavi isteğini artırıcı yaklaşım" (TIAY) özellikle ikinci ve üçüncü evrelerde uygulanmalıdır.

"Düşünme" ya da "tasarlama" evresi olarak da tanımlanabilecek ikinci evrede TIAY, hastaya aşağıda belirtilen soruların sorulmasını gerektirir:

- * İçki içme ne gibi sorunlara yol açıyor?
- * Bu sorunların ciddiyeti nedir?
- * İçki içmenin etkileri nelerdir: olumlu ve olumsuz etkileri?
- * İçkiden vazgeçebilir mi?
- * İçkiyi bırakmanın bedelleri ve faydaları neler olacaktır?

"Karar verme" olarak tanımlanacak üçüncü evrede ise TIAY aşağıdaki konuların değerlendirilmesini gerektirir:

- * Geçmiş deneyimler
- * Geçmişteki bırakma denemeleri
- * Başarısızlık nedenleri
- * Umutsuzluk/ karamsarlık duyguları
- * Cesaretlendirilme ihtiyacı
- * Hastaya destek olabilecek ya da engel olabilecek çevresel etkenler

Hastanın görüşme sırasında yüzleştirici olmaktan çok empatik bir yaklaşımla ve dikkatle dinlenmesi gereklidir. Alkole bağlı sorunların her hastada aynı biçimde ortaya çıkacağını varsaymak ve hastayı bu önyargılarla dinlemek yanıltıcı olmaktadır. Bunun yerine her hastanın kendisine özgü sorunlarının ne olduğu anlaşılmalıdır. Alkolün genel olarak zararlı etkilerinden

çok, o bireyin yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerini saptamak önemlidir. Birey, görüşme sürecinde "şu anda içinde bulunduğum durumdan memnun değilim, ... bakımlardan farklı durumda olmak isterdim" değerlendirmesini hekimin yönlendirmesi ile yapabilirse, amaca yaklaşılmış olur. Hasta ile, sorunlarına ilişkin yüzleştirici bir tartışma ya da hastayı yargılama, hastada savunucu bir tutum yaratır ki bu da TIAY ile uyumlu olmayan bir yaklaşımdır. Hastanın kendisine güveninin desteklenmesi gereklidir çünkü güveni ve umudu olmayan kişilerin değişim yönünden adım atması mümkün değildir.

Bazen ciddi sorunu olan hastalar bile psikiyatri kliniklerine veya bağımlılık tedavi merkezlerine başvurma konusunda isteksiz ve dirençli olabilirler. Bu hastalar için "tedavi isteğini artırıcı yaklaşım", sorunu kabul etme ve tedaviye yönelme için bir basamak olmaktadır.

KAYNAKLAR

* Chick J, Erickson CK ve ark. (1996) Conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment. Alcohol Clin Exp Res, 20:2, 391-402

* Erickson CK (1996) Review of neurotransmitters and their role in alcoholism treatment. Alcohol Alcohol, 31 (Suppl 1), 5-11

* Swift R (1997) Treatment of addictive disorders. Kitap bölümü: Manual of Therapeutics for Addictions, Ed: Miller NS, Gold MS, Smith DE. John Wiley & Sons, Inc., New York.

* NIAAA (1995) Motivational Enhancement Therapy Manual. Project Match Monograph Series, NIH Publication No. 94-3723, Rockville, Maryland.

Doç. Dr. Afşin SAĞDUYU

A. Afşin Sağduyu, Gemlik'te doğdu. İlkokulu Zonguldak-Hisarönü'nde, ortaokulu Eskişehir'de okudu. 1981'de Ankara Atatürk Lisesi'ni, 1988'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni birincilikle bitirdi. Psikiyatri ihtisas eğitimini, aynı üniversitenin psikiyatri bölümünde, 1994 yılında tamamladı. 1994-1996 yılları arasında Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalıştı.

1996'dan bu yana da Başkent Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda çalışmakta olup, 1997 yılında Doçent oldu. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar, somatizasyon ve psikiyatrik epidemiyoloji alanında çalışmaları bulunmaktadır.

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOMATİZASYON

Somatizasyon Nedir ve Nasıl Tanı Konur?

Somatizasyon tanısı genellikle bedensel yakınmaları açıklayabilecek olası fiziksel hastalıklar dışlandıktan sonra konur. Bu, çok sayıda ve invazif olabilen tetkik ve değerlendirmelerin yapıldığı uzun bir süreç olup; sıklıkla hastada yakınmaların artarak işlevselliğin daha da bozulmasına (Gureje ve ark. 1997) ve ekonomik kayıplara yol açar (Fink 1992). Diğer yandan çaresiz kalmanın getirdiği engellenme sonucu ortaya çıkan öfke, hekimin hastayla olan ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmekte, kimi zaman da açık bir şekilde hastanın reddedilmesine neden olmaktadır. Bu nedenlerden ötürü, somatizasyonun "her şey yapıldı bir şey bulunamadığında konan bir tanı" olmaması, diğer hastalıklarda olduğu gibi tanı ölçütlerinden yola çıkılarak gecikmeden teşhis ve tedavi edilmesi gerekir. Bir çalışmada pratisyen hekimlerin somatoform bozukluk türlerinin % 36-71'inin tanıyabildikleri belirlenmiştir (Fink ve ark. 1999).

Psikiyatrideki standart tanı dizgeleri içinde "somatoform bozukluklar" başlığı altında çok sayıda bozukluk tanımlanmıştır. Ancak günlük pratikte bu ayrımlandırmanın fazla bir yararı olmamakta ve tedavi yaklaşımları büyük ölçüde örtüşmektedir. Somatizasyon ayrı bir hastalık olmaktan çok, farklı klinik görünümünün (hipokondriasis, konversiyon, somatizasyon bozukluğu gibi) altında bulunan ortak bir süreç olarak ele alınmalıdır (Katon ve ark. 1991, Lin ve ark. 1991, Kroenke ve ark. 1997). Üç temel özelliği vardır: Farklı organ sistemlerine ait çok sayıda belirtinin varlığı, yakınmaların objektif bulgularla beklenenin üzerinde olması ve kronik gidiş (Servan-Schreiber ve ark. 1999). Hafif formlarında günlük yaşamdaki stres faktörlerinin etkisiyle artıp azalan baş ağrısı, uyuşukluk ve bel ağrısı gibi sık rastlanan yakınmalar vardır. Şiddetlenildiğinde ise çok sayıda bedensel yakınma ile giderek işlev kayıplarının arttığı, özel yaşamın ve iş performansının bozulduğu görülür.

Somatizasyonun temel sağlık hizmetlerindeki değerlendirmesinde üç basamak izlenmelidir (Servan-Schreiber ve ark. 1999):

1. Fiziksel sağlığın değerlendirilmesi: Dikkatli bir fizik muayene yapılmalı ve gerekli olduğu düşünölen laboratuvar tetkikleri tamamlanmalıdır. Tetkiklerin seçiminde hastanın talebi değil, tıbbi endikasyon ölçü alınmalıdır. Hastalık öyküsünün alınması ve mümkünse önceki tıbbi kayıtlara ulaşılmaması gereksiz tetkikleri ve iyatrojenik komplikasyonları önleyecektir.

2. Ruh sağlığının değerlendirilmesi: Depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı olan bireyler sıklıkla nonspesifik bedensel yakınmalarla doktora gelebilirler. Fiziksel belirtilerin altında yatabilecek olan depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar araştırılmalı, bu yapılırken hastaların "psikiyatrik hastalık" etiketi alma endişesi içinde olabileceği düşünölenek özenli ve sabırlı olunmalıdır.

3. Somatizasyon tanısının irdelenmesi: İlk iki basamakta bir bozukluk saptanmayan hastalarda, çok sayıda organ sistemine ait kronik bedensel yakınmaların varlığı somatizasyon tanısı için yeterli olacaktır.

Somatizasyonu Olan Hasta Nasıl Ele Alınmalıdır?

Hastanın yakınmalarının kendisine rabatsızlık veren gerçek yakınmalar olduğu dikkate alınarak tedaviye başlanmalıdır. Fiziksel hastalıklarda bile çekilen acı her zaman organik patolojinin boyutu ile korelasyon göstermez (Melzack 1982). Bu hususların gözardı edilmesi olumlu hasta-bekim ilişkisinin kurulmasını önleyecek, dolayısıyla da tedaviyi imkansız kılacaktır.

Tedavi üç temele dayanır (Servan-Schreiber ve ark. 1999):

1. Belirtiler için hastaya uygun tıbbi açıklamanın yapılması,
2. Tedavi hedeflerinin rasyonel bir şekilde belirlenmesi,
3. Kısa ve düzenli görüşmeler.

Hekim hastaya yakınmalarının gerçek olduğunu, ancak fiziksel olarak yapılacak bir şey kalmadığını, yakınmalarının yıllar boyu geçirdiği sıkıntılara ve streslere bağlı olabileceğini söyleyebilmelidir. Tıpta yeri olmayan uyurma tanılar konmamalıdır; bu durum hastadaki güvensizliği ve öfkeyi arttırabilir. Belirtilerin oluşumu hastaların anlayabileceği bir dille ve örneklerle açıklanmalıdır. Somatizasyon tanısı hastaya açıklanırken şöyle bir yol izlenebilir: "Muayene ve test sonuçlarına göre hayatınızı tehdit eden bir hastalığınız yok. Bununla beraber, sık görölen, ama tam olarak çözümlenememiş ve yaşıntınızı ciddi biçimde bozan tıbbi bir rahatsızlığınız var. Her ne kadar hastalığı tamamen düzelden bir tedavi bulunmamaktaysa da, yakınmalarınızla daha iyi başetmenize yardım edecek yöntemler vardır".

Somatizasyonu olan hastaların tedavisinde yapılan en sık yanlışlardan birisi hastanın önüne gerçekçi olmayan hedefler konmasıdır. Şiddetli olgularda belirtilerin tamamen düzelmesi uzak bir ihtimaldir. Hedef, belirtileri ortadan kaldırmak değil, belirtilerle nasıl daha iyi başedilebileceği ve işlevselliğin arttırılabileceği olmalıdır. Tedavi hedefleri konusunda hasta ile hekim uzlaşmalıdır. Yersiz ve uygun olmayan güvenceler verilmemeli, hastalığın kronik gidiş gösterdiği belirtilmelidir. Bu yapılmadığı takdirde, her iki tarafta da ortaya çıkan hayal kırıklığı ve engellenme ile, testler ve invazif işlemlerle dolu süreç yeniden başlayabilir.

Düzenli ve kısa süreli muayene randevuları hastaların tıbbi bakım almak için yeni belirtiler getirmesine engel olacaktır. Genellikle 3-4 haftada bir 15 dakikalık görüşmeler yeterli olup, somatizasyonun ağırlığına göre randevu sıklığı ve süresi ayarlanabilir.

Muayenelerde başlangıçta hastaya yeni belirtileri anlatma fırsatı verilmeli ve kısa bir fizik muayene yapılmalıdır. Hastaların fiziksel belirtilerden giderek psikososyal konulara odaklanmasına yardım edilmelidir. Örneğin, "şikayetleriniz günlük yaşantınızı nasıl etkiliyor" gibi bir soru yöneltilebilir. Psikososyal zorlanmalar ile belirtilerin nasıl artıp azaldığı gösterilmeye çalışılmalıdır. Uygun hastalardan günlük tutmaları istenerek, belirtilerinin ruhsal stres ile ilişkilerini görmeleri kolaylaştırılabilir.

Fizik egzersiz, özellikle bedensel açıdan çok kötü olduğunu düşünen hastalarda yarar sağlayabilir; bunun için en azından haftada üç kez 20 dakikalık bir program yararlı olacaktır. Hastadan istirahat etmemesi, mutlaka çalışması, en azından bir takım uğraşılarda bulunması istenmelidir. İstirahat ve maluliyet raporlarından, hastalığın kronikleşmesine yol açabileceği için kaçınılmalıdır. Hasta ve ailesine ikincil kazançların kaldırılması konusunda yardımcı olunmalıdır.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları eşlik ediyorsa antidepresan ilaç tedavisine başlanmalıdır. Antidepresan ilaçlar depresyonu olmayan kronik ağrılı durumlarda da yararlı olabilmektedir. Bağımlılık ve suistimal riski nedeniyle, opiyat, analjezik ve benzodiazepin kullanımından kaçınılmalıdır.

Somatizasyonu olan hastalar yaygın tıbbi rahatsızlıklara karşı bir bağımsızlığa sahip değildir. Yaşla beraber herkeste olduğu gibi osteoartrit, koroner arter hastalığı ve kanser gibi hastalıkların ihtimali artar. Bu bakımdan dikkatli olunmalı, fizik muayene ve gerekli laboratuvar tetkikleri bu hastalardan esirgenmemelidir. Ancak endikasyonu olmadıkça, hasta istese bile, organik araştırma yapılmamalıdır.

KAYNAKLAR

* Fink P (1992) The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med*, 22: 173-180.

* Fink P, Sorensen L, Engberg M ve ark. (1999) Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization and general health care. *Psychosomatics*, 40: 330-338.

* Gureje O, Simon GE, Üstün TB ve ark. (1997) Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*, 154 (7): 989-995.

* Katon W, Lin E, Von Korff M ve ark. (1991) Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry*, 148: 34-40.

* Kroenke K, Spitzer R, deGruy F ve ark. (1997) Multisomatoform disorders. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 352-358.

* Lin E, Katon W, VonKorff M (1991) Frustrating patients: Physicians and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med*, 6: 241-246.

* Melzack R (1982) The challenge of pain. New York, Basic Books, 1982.

* Servan-Schreiber D, Kolb R, Tabas G (1999) The somatizing patient. *Primary Care*, 26 (2): 225-242.