

Psikosomatik Hastalıklarda Tedavi

Treatment in Psychosomatic Diseases

Dr. Ayşegül YILMAZ,^a
Dr. Hakan KUMBASAR^a

^aPsikiyatri AD,
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
ANKARA

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ayşegül YILMAZ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD,
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD,
ANKARA
aysgulyilmaz@yahoo.co.uk

ÖZET Psikosomatik hastalıkların tedavisinde ilaç tedavisi (antidepresanlar, anksiyolitikler ve antipsikotikler...) kadar, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, bilişsel davranışçı psikoterapi ve diğer tedavi seçenekleri, kullanılan ve yararlanılan diğer tedavi yöntemleridir. Psikoterapi ile farmakoterapinin kombinasyonunun çeşitli hastalıklar için etkinlik çalışmaları gittikçe daha fazla dikkat çekmekte ve bu konuda yapılan araştırmalardaki ilerlemeler dahili ve cerrahi bölümlerle, psikiyatri arasında disiplinler arası bir işbirliğini gerektirmektedir. Bu işbirliği sağlandıkça hastaların yaşam kalitesinin artmasında ve tedavinin etkinliğinin sağlanmasında büyük ilerlemeler kaydedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Psikosomatik tıp, psikofarmakoloji, tedavi

ABSTRACT Psychopharmacology (antidepressants, anxiolytics and antipsychotics...), individual psychotherapy, group psychotherapy, cognitive-behavioural psychotherapy and other treatment alternatives, are the treatment methods that are used and utilized in psychosomatic diseases treatment. Activity researchs of combination psychotherapy and pharmacotherapy for various diseases attract attention increasingly, and improvements in researchs about this topic needs cooperation between disciplines, internal and surgical departments and psychiatry. With providing this cooperation great progress will be gained in elevation of quality of life and ensuring efficacy of treatment.

Key Words: Psychosomatic medicine, psychopharmacology, treatment

Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2008, 1(2):124-131

Davranış bilimleri, insan davranışını incelerken, gelinen son noktada şöyle denir; “insan davranışı sadece insanın konuşması, söyledikleri, dıştan görünen hareket ve tavırları ile sınırlı değildir; hastalık da bir davranıştır ve organların işlevlerindeki değişiklikler de kendilerine ve ait oldukları insana göre bir davranışı sergilerler”.¹ Psikosomatik hastalıklarda ise, gerilime uğramış bir sistemde, beden, semptom çıkarmaya en yatkın organı seçerek, o organın çalışmasını bozarak boşalım bulur ve artık hasta biçimde bile olsa dengesini yeniden başka bir biçimde kurmaya çalışır. Duygulanımlarını, çatışmalarını, psikolojik gereksinimlerini bedensel belirtilerle ortaya koyan ve iletişim biçimi olarak kullanan, psikolojik kaygı ve çatışmalarını beden diliyle (somatik yolla) ifade eden yani, “organ dili”ni kullanan hastalar psikosomatik bozukluk tanısı almaktadır.^{2,3} Organ belirtisiyle hekime başvuran bu hastanın belirtisi onun bir anlatımı, bir davranışı, hekimi ile iletişimini kurmadaki ilk aracıdır. Bu davranış ve nonverbal anlatımın anlaşılması ve hekim-hasta iletişiminin bu durum dikkate alınarak kurulması gerekir.

Psikosomatik hastalıkların tedavisine yönelik olarak benimsenen psikomedikal yaklaşımda hastalık ya da somatik yakınma üzerinde değil biyopsikososyal bir varlık olarak hasta birey üzerinde odaklaşma vardır. Tıbbi ve psikiyatrik yönden tedavi edilmesi gereken hastalık grubu olarak tanımlanan psikosomatik hastalıklarda tıbbi tedavi, fizyolojik yönden hastalığın tedavi edilmesine yönelikken, psikiyatrik tedavi psikobiyolojik ve psikolojik-psikoterapötik şeklinde tedavinin ikinci dalını oluşturmaktadır.¹

Psikosomatik bozukların tedavisinde psikofarmoloji, giderek daha yaygın bir şekilde kullanılan, genç ve hızla ilerlemeler kaydedilen bir disiplindir. Daha önce etkinliği araştırılan tedavilerde, biyokimyasal, fizyolojik, biyofiziksel, psikolojik ve klinik yaklaşımların etkinliği bildirilmiştir. Psikosomatik tıp biyopsikososyoekolojik yaklaşımların arasında köprü görevini üstlendiğinden bu tedavi yaklaşımlarının bir arada kullanılması da psikiyatri ve psikosomatik tıp arasında köprü görevi görmektedir.¹

Modern psikosomatik tıp, Alman psikiyatrist J.C. Heinroth'un ilk kez 1818 yılında psikosomatik tıp terimini kullanması ve uyku bozukluklarını tedavi etmesi ile gündeme gelmiştir. Daha sonra 1930 ve 1940'larda psikosomatik tıp, psikanalizden ayrıışan bir branş olarak ve psikiyatrinin içerisinde aynı zamanda medikal tıba yakınlaşan bir akademik disiplin haline gelmiştir. Meyers 1959'da psikosomatik tıbbi hastalık ve sağlık kavramını birbirine yaklaştıran bir terim olarak kabul etmiştir. Bu yaklaşım hastayı ve hastanın kişilik fonksiyonlarının medikal ortamda tanı, tedavi ve araştırılması aşamasında daha etkin bir şekilde ele alınmasına yarar. Her ne kadar psikosomatik hastalıkların tarihsel gelişimi Hindu-Budist tıbbındaki gelişmelere paralel olarak başlasa da, ulaşılabilen en eski psikosomatik bozukluklar tanımı Sanskrit'lerde yer alan tanımdır. Susruta bu kitapta, tutku ve diğer güçlü duygulanımların sadece ruhsal hastalıklara neden olmadığını aynı zamanda belirgin fiziksel durumlardan da sorumlu olduğunu belirtmiştir. Psikosomatik tıbbın Avrupa ve Amerikan literatüründeki tanımında, psikosomatik bozuklukların tedavisinde eski Roma ve Yunan uygarlıklarından kalma tedavi yollarının yaklaşık 30 yıldır uygulanmadığını, Profesör Ikemi'nin psikosomatik tıpta kullanılmak üzere birimsel ve önde gelen başka tedavi modaliteleri tariflediğini belirtmiştir. İlginç olarak, Avrupalı ve Amerikalı psikosomatikçiler son zamanlarda Dekart'ın teorisi olan dualizmi psikosomatik tıba yaklaşımda daha fazla kabul eder olmuşlardır.⁴

Modern psikofarmakoloji ise, ilk kez 1548 yılında Reinhardus Lorchius tarafından telafuz edilen "psikofarmakon" terimi ile gündeme gelmiştir, ancak psikofarmakolojiyi bugün kastedilen anlamında ilk kullanan Mact olmuştur. Psikofarmakolojinin yazı olarak metinlerde geçtiği ilk yer ise 1600'lü yıllar öncesi Rigveda'dır. Mısır'da 1550'li yıllarda o döneme ait yazılı belgelerde Ebers, psikoaktif ilaç tanımını kullanmıştır. Diğer taraftan Çin kültüründe ise, "Pen Taso" adıyla ilk bitkisel karışım olan ve en eski psikoaktif ilaç olarak tanımlanan molekül üretilmiştir.⁴

PSİKOSOMATİK HASTALIKLARA YAKLAŞIM

Psikosomatik hastalıkları değerlendirirken sadece fiziksel yakınmalar üzerinde odaklaşmamalı, duygusal, yaşamsal ve çevresel etkileşimler bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Bireyin mikrokozmos bütünlüğü, bireysel, kültürel, çevresel varlığını içeren bir bütünlük içerisinde ele alınmalı, hastanın bedensel varlığı yanında duyguları, algıları, gelişimsel süreçleri, kişiliği, yaşam zorlanmaları da değerlendirilmelidir. Hastanın somatik yakınmalarının mutlak bedensel hastalık olarak algılanması ve psikiyatri dışı hekimleri ilgilendirdiği düşüncesi, psikolojik yakınmalarının da ruhsal hastalık anlamına geldiği ve ruh sağlığı uzmanlarının ele alması gerektiği anlayışı zihin-beden dualizmini perçinlemektedir.¹ Tıbbi olan, psikiyatrik değilmiş, ya da psikiyatrik olan tıbbi bir hastalık olarak sayılamazmış çıkarımı psikiyatrinin talihsizliğidir. Bedensel şikayetleri "somatik" olarak nitelleyen ve somatik-psikiyatrik ayrımı ile bu sorundan uzaklaşmaya çalışılırken yine aynı sorun karşımıza çıkmaktadır. Zira psikiyatrik hastalıklara yönelik değerlendirme kılavuzlarında altta yatan organik bir etyoloji olmaksızın bedensel bir şikayet ile başvuran hastalara "somatizasyon" deme eğilimi bu karmaşayı sürdürmektedir. Süre giden bu karmaşalara rağmen psikosomatik hastalıklara yaklaşımda geline son nokta hastaların multidisipliner bir anlayışla ele alınması gerekliliğidir.

HASTAYA YAKLAŞIRKEN İLK ADIMLAR;

Psikosomatik hastalıkların akut döneminde medikal tedavi önceliklidir. Eğer herhangi bir organda açıkça doku patolojisi meydana gelmişse bu organın uygun tıp yöntemleriyle ve ilgili uzmanlık dallarınca tedavisi yapılmalıdır. Organik tedavinin diğer yönü ise organın işlevini bozan durumun giderilmesidir. İşlevi bozan bu durum da vejetatif sistem çalışmasındaki uyumsuzluktur. Bu uyumsuzluğun giderilmesinde anahtar basamaklar aşağıdaki şekilde özetlenmektedir.⁵

I. Değerlendirme

II. Psikiyatrik yardım gereksinimi olup olmadığını belirleyip psikiyatriste gönderme

III. Gereken durumlarda psikotrop ilaçlardan yararlanma

hastaya yaklaşımı örnekler üzerinden değerlendirmek gerekir; örneğin bir dermatolog, bir hastada psikokutanöz hastalık tanısı düşündüğünde öncelikle hastayı bir bütün olarak, bedensel ve ruhsal yönden birlikte değerlendirmelidir. Bu değerlendirme süreci uzun zaman ve sabır gerektiren bir süreçtir. Eğer bu zaman ayrılabiliyor ve sabır gösterilebiliyorsa hastaların birçoğunda bu durumla başetmek mümkündür. Ancak dermatolog her zaman bu yükü taşımak, hastanın ruhsal durumunu ayrıntılı incelemek zorunda değildir. Önemli olan bu grup hastalarla uğraşıp uğraşmama kararı ve isteğinin olmasıdır. Eğer dermatologun bu zorlu ve uzun süren uğraşı için zamanı ve sabrı yoksa psikiyatri konsültasyonu yardımı istemeli, yükü ve sorumluluğu psikiyatristle paylaşmalıdır.⁵

Lipsitt, makalesinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi için 4 temel amaç belirlemiştir.

1. Psikiyatrik komorbiditesi olan hastalarda klinik bakımın kalitesini artırmak
2. Psikiyatri ve psikiyatri dışı hekimleri komorbid durumlarla ilgili eğitmek
3. Araştırmalar yapmak
4. KLP servislerinin ekonomik olarak kendine yetebilirliğini sağlamak⁶

Bu yaklaşımlar doğrultusunda aynı çalışmada KLP'nin genel tıbbi yararını ise şöyle özetlenir;

Hastalarda semptom azalması artarken, tüketici memnuniyeti artar, hastaların yaşam kalitesinde artma, medikal harcamalarda azalma, hastaların maluliyet derecesi azalır, hastalar daha hızlı işe dönerken, aynı hasta tarafından yatak işgali azalır, bakım verenin yükü azalmış olur.^{6,7} Sadece hastaya değil, ailesine, bakım verene, hatta devlete olan yükün azalmasına yardım eden bu yaklaşımda dikkat edilmesi gereken noktalar vardır.

Psikiyatri konsültasyonundan önce bu ilişkiyi kurabilmek, hastalara ulaşabilmek için üç anahtar yaklaşımın söz etme yerindedir.⁵

1. Kişilerin hastalıklarından çok hastalığı algılayış ve yorumlayış biçimleri önemlidir. Aynı şiddetteki bedensel yakınmalar farklı hastalar tarafından farklı hastalık olarak algılanırlar. Örneğin psöriasisi olan

hastaların birçoğu kaşınma yakınması getirmezken bazılarında bu yakınma ön plandadır. Bu nedenle "hastanın dilini anlamak" hasta ile terapötik ilişkinin ilk anahtarıdır. Bu dil anlaşılırsa hastadaki özel kaygılar, endişeler anlaşılabilir ve hastayla iletişim için, hastaya ulaşılabilecek yol da bulunmuştur.⁵

2. Bu dili anlayabilmek için dermatologun sabrı, empati gücü, iletişim kurma ve dinleyebilme becerisi, kişiliği çok önemlidir. Hastanın duygusal güçlüklerini açığa çıkarmak, gerektiğinde dinleyen bir kulak, gören bir göz kadar önemlidir. Bir dermatolog için "baktığından daha çok dinleyebilme becerisi" iletişimde önemli ikinci anahtardır.⁵

3. Eğer tedaviye hızla yanıt alınmışsa önemli bir yönetim sorunu yoktur. Hastalığın nedeni belirlenememişse, tedavi uzamışsa hastanın beklentilerini karşılamak güçleşir. Deri hastalıklarında da yaşamın diğer alanlarında ve diğer psikosomatik hastalıklarda olduğu gibi korkulan şey bilinmeyendir. Hasta ve hekim aynı lezyona baktıklarında farklı şeyler görebilirler. Örneğin aknesi olan hasta ve dermatolog aynı lezyona baktığında farklı şeyler görürler. Burada "tedavi edilmesi gereken dermatologun değil hastanın gördükleridir." Bu anlaşıldığında tedavi için üçüncü anahtar da elde edilmiş olur.⁵

Bu üç anahtar ele geçirildiğinde kapalı kutu olan hastalarla iletişim kolaylaşacaktır. Hasta ile iyi bir terapötik iletişim; hastanın dilini anlayabilen, dinleyebilen, sabırlı, empati yapabilen, hastanın sorunlarını anladığı mesajı verebilen, gerektiğinde hastanın suçluluk ve iğrenme duygularını azaltmak için dokunabilen bir hekimle olur.⁵

Hastayı psikiyatriste göndermeden önce, hazırlık aşamasında, öncelikle hastanın yakınmaları kendisine yansıtılır. Örneğin yine dermatoloji üzerinden örnek vermek gerekirse, hastanın deri lezyonunun yaşamını nasıl etkilediği, hangi işlevlerde yetersizliğe düştüğü, kendisiyle ilgili ne tür kötü duygular hissetmesine yol açtığı hastaya sorularak, bunları farketmesi sağlanır. Hastalığın yarattığı engellenmelerin anlaşıldığı mesajı verilmeli, gereken tıbbi araştırmaların yapıldığı ve tıbbi nedenlerin dışlandığı belirtilmelidir. Bu nedenle başka çözümler aranması gerektiği açıklanıp "elinizden geleni yaptınız, birlikte çözmeye çalıştık, ama bu sorunlardan kurtulacak kadar yol katedemedik" şeklinde bir ifadeyle hasta bilgilendirilebilir. Ardından bu hastalıkların biyopsikososyal nedenleri olan, çok faktörlü, karmaşık hastalıklar olduğu, günümüzde bu hastalıklara yaklaşımın farklı olduğu bilgisi hastaya anlatılmalı, hasta bu konuda eğitilmelidir. Doktor hastadan aldıklarını hastaya

yansıtarak emosyonel yaşantıdaki sorunların bedene yansiyebileceği konusunda hastanın dikkatini çekmelidir. Bu arada da psikiyatriste gönderse bile deri sorununun tedavisini bırakmayacağını, sürdüreceğini, birlikte çözüm arayacaklarını anlatmalıdır. Bu ilk öneriden sonra red gelirse hastanın ihtiyacının daha fazla olduğu bellidir. İlk aşamada psikiyatriste başvurmayı reddeden hastalarla zaman geçtikçe dirençlerinin azalacağı iletişimin yolu açılabilir. Ancak tüm uğraşlara karşın tedaviyi reddeden hastaların olabileceği unutulmamalıdır.⁵

Bu süreçten sonraki basamak psikiyatrik yardım gereken durumları belirleyebilmektir.

1. Hastanın tedaviye yanıtı yeterli değilse ise,
2. Altta yatan fiziksel bir neden bulunamıyorsa,
3. Hastalığın nedeni hastanın yaşamındaki belirgin sorunlarla ilişkili ise,
4. Emosyonel destek ve psikotrop ilaç verilmesi yetersiz geliyorsa,
5. Tedaviye uyumsuzluk tedavinin başarısızlığının bir nedeni ise,
6. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, psikoz gibi profesyonel yardım gerektiren durumlar varsa⁵ hastaların psikiyatrik yardıma ihtiyaçları olduğu kanaati edinilir.

Psikosomatik hastalıklarda çoğunlukla bireylerde, altta yatan hostilete, depresyon, anksiyeteye ilişkin duyguların ifadelerinin cesaretlendirilmesi, zorlayıcı yaşam olaylarına bakış açısının değiştirilmesi, mücadeleci ruhun geliştirilmesi, daha başarılı genel yaşam uyumunun sağlanması, yaşam amaç ve uğraşlarının artırılması, varsa ikincil kazançların azaltılması, işlev bozukluğunun ardındaki çatışmaların ve motivasyonların anlaşılmasına yardımcı olunması, yeni sağlıklı başatme stillerinin geliştirilmesi, hastanın semptomunu doğru algılaması ve uygun adaptasyonun sağlanması esastır.¹ Bu amaçlara yönelik olarak psikiyatrik tedavinin psikoterapi ayağında, hastanın duygularını ifade etmesine yardımcı olmanın yanı sıra -kognitif açıdan- hastadaki “öğrenilmiş çaresizlik” düşüncesinin “öğrenilmiş üretkenliğe” dönüşmesi amaçlanır. Bilişsel terapi olarak adlandırılan bu yaklaşımla, önce semptomu özgü algılar tanımlanır ve daha uygun olumlu inanç ve algılarla değiştirilmeye çalışılır. Kognitif yöntemler burada büyük önem taşır. En kötü senaryoyu belirleyerek, disfonksiyonel düşünce kayıtları ile olumsuz otomatik düşünceleri belirlemek ve kanıtı sorgulayarak, karşıt kanıtı gözden geçirerek, zararlı analiz ve pasta dilimi yöntemleri ile bilişsel ve

davranışsal yeniden yapılandırma ile inançların değişimini sağlamak hedeflidir. Otomatik düşüncelerin en derin düzeyi temel inançtır. Temel inançlar kendimiz, diğer insanlar ve hayat hakkında kesin cümlelerdir. Uyumsuz varsayımları ve temel inançları değiştirmeyi öğrenmek gün içerisinde ortaya çıkan negatif, çarpık otomatik düşüncelerin sayısını azaltmaya yardımcı olabilir. Hastalığın tekrarını önlemek de en az tedavi kadar önemlidir. Bu nedenle; hastaya stresle başa çıkma yöntemleri öğretmek ve tedavinin her aşamasında hastayı belirtiler ve durumla ilgili eğitmek ve ileride bunları kullanabilmesine olanak yaratmak büyük önem taşır.¹

Japonya’da yapılan bir çalışmada bilişsel-davranışçı model kullanılarak hastaların düşüncelerini, duygularını ve inançlarını daha dürüst ve uygun bir yolla hem kendilerine hem de başkalarına anlatabilme yetilerinin artırılmasına yönelik olarak hastaların bilişsel, davranışsal, emosyonel ve psikolojik olarak ele alınması ile sürdürülen tedavinin uygulanması, psikosomatik bozukluklar içerisinde irritabl bağırsak sendromu ile birlikte olan distimik bozukluk, hipertansiyon ile birlikte seyreden sosyal anksiyete, astım hastalığı ile birlikte olan gece terörleri, hipertansiyon ile birlikte uyum bozukluğu olan hastalarda kullanılmış ve tedavide belirgin etkinliği olduğu gösterilmiştir. Tedavi sonunda hastaların tedaviyi kabul etmeye daha hazır oldukları, sosyal anksiyetelerini azaltabildikleri, öfkelerini kontrol edebildikleri, fiziksel yakınmalarının azaldığı, sosyal iletişimlerinin kolaylaştığı, maladaptif davranışlarının azaldığı bildirilmiştir.⁸

Gastrointestinal sistemle ilgili psikosomatik hasta klinik örneklemelerine uygulanan modeller içerisinde kısa süreli, dinamik olarak yönlendirilmiş, bireysel psikoterapi, destekleyici psikoterapi, hipnoterapi, gevşeme teknikleri ve bilişsel terapiler bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada irritabl barsak sendromu için psikolojik tedavinin tek başına tedavide farmakolojik cevapla karşılaştırılabilir olduğunu bulmuştur.

Bilişsel terapi modelininin uygulandığı ve vakalara yaşamları içerisinde kendileri için tehdit edici uyarıları belirlemek ve bu uyarılara dair değerlendirmeleri ile yorumlarını değiştirmelerinin öğretilmesinin hedeflendiği model kullanılarak 20 hastada yapılan bir çalışmada hastalarda gastrointestinal semptom cevapları karşılaştırılmıştır. Bilişsel terapi alan 10 vaka ile, gastrointestinal semptomları sadece izlenen 10 vaka karşılaştırılmıştır. Bilişsel terapi grubunun %80’inde diğer hastalarla karşılaştırıldıklarında klinik olarak anlamlı iyileşme sağlanmıştır. Bu küçük örneklem grubu ile dizayn edilen ilk

çalışmalar spesifik psikoterapi yaklaşımlarının irritabl barsak sendromu ve diğer fonksiyonel gastrointestinal sendromlarda anahtar girişim haline geleceğini düşündürmektedir.⁹

Yakın tarihli büyük bir çalışmada fonksiyonel bağırsak hastalığı olan yaklaşık 400 kadında bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımının etkisi araştırılmıştır. Bu grup irritabl barsak sendromu, fonksiyonel karın ağrısı, ağrılı konstipasyon ve belirsiz fonksiyonel bağırsak hastalığı tanısı konmuş olanları içermektedir. Bilişsel davranışçı terapi %70'lik bir cevap oranı sağlamıştır ki bu eğitimsel girişim için cevap oranlarından anlamlı derecede yüksektir (%37). Kontrollü çalışmaların eksikliği nedeniyle irritabl barsak sendromu için spesifik bir psikoterapi modeli önermek olası değildir. Farklı psikoterapötik modellerin etkinliğine dair sonuçlar çıkarmak için katı seçim kriterleri olan kontrollü karşılaştırma çalışmalarına gerek vardır. Bu bilginin eksikliğine rağmen psikolojik tedavi umut verici gibi görünmektedir ve irritabl barsak sendromunda tedavinin bir parçası olabilir.⁹

Richard Lazarus ve Susan Folkman stress yönetim protokollerinde bilişsel davranışçı terapilerin çoğunun kavramsal temelini sağlayacak strese ve stresle baş etmeye yönelik model geliştirmişlerdir. Bu model strese yanıtta aracılık eden iki temel ön kabulle sürdürülür. İlki *primer ön kabul* olayın önemine veya anlamına atıfta bulunur. Olaylar olduğunda (romatoid artrit gibi kronik bir hastalığın tanısı konduğunda) zararlı ve tehdit edici olarak ("romatoid artritim olduğu için gerçekten tedavi olmadıkça asla hiç birşey yapamayacağım") ön kabulü oluşur, birey daha deprese, kaygılı, içine kapanık olur. Bununla beraber aynı olay şöyle görülerek karşılanırsa ("romatoid artritim benim bazı fiziksel boyutu olan işlevleri yapmama engel olmasına rağmen başka çok sayıda önemli ve anlamlı etkinlikleri yapabiliyim ve keyif alabiliyim") da olumlu sonuçların oluşması daha olasıdır. *Sekonder ön kabul* stresli olay hakkında yapılabileceklerin değerlendirildiği sürece atıfta bulunur. İkincil ön kabul sürecini bireyin başatma becerileri repertuarının genişliği, özel başatma becerilerine hakimiyeti, becerilerinin etkin olacağına dair beklentileri gibi birtakım etmenler etkilemektedir.²

Stres yönetiminde bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarının üç amacı vardır: (1) bireylere stresli olaylara karşı kendi bilişsel ön kabullerinin daha çok farkında olmalarına yardımcı olmak (2) bireyleri kendi ön kabullerinin olumsuz duygudurum yaşantıları ve davranışlar yönünde nasıl etkileyebildiği ve bu ön kabulleri kendi becerilerinin nasıl değiştirebileceğine yardım etme yö-

nünde eğitmek (3) bireylere nasıl farklı etkili bilişsel davranışçı stres yönetim becerileri geliştirilir ve sürdürülürü öğretmek.²

Romatoid artritle başatmaya çalışan bireyler erken dönemde sadece sık ağrı dönemleriyle değil, aynı zamanda aile ve iş yaşamlarındaki temel aksamalarla da başatmaya çalışırlar. Louise Sharpe ve arkadaşları tanısı yakın zamanda konulmuş (< tanı konmasının üzerinden 2 yıl geçmemiş) romatoid artritli hastalarla bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Randomize olarak alınmış toplam 53 hasta 2 gruba ayrılmıştır: (1) ağrı ve stres yönetim becerilerine odaklanan ayrıntılı bilişsel davranışçı terapi programı (2) standart bakımın verildiği kontrol program. Çalışmacılar, bilişsel davranışçı terapi uygulanan hastalarla 8 hafta, haftada bir toplanmışlardır. 8 haftalık bilişsel davranışçı terapi aşamasının sonunda hastaların çok sayıda aktif enflamasyonlu eklemlerinde ve depresyonlarında belirgin düzelme gözlemişlerdir. Ek olarak bilişsel davranışçı terapi alan hastalarda tedavi öncesi ve sonrası ölçülen romatoid artrit aktivitesini gösteren C reaktif proteininde belirgin azalma olmuştur. Bu sonuçlar romatoid artritte erken dönemde bilişsel davranışçı terapilerin depresyonu ve eklem bulgularını azaltmada etkili olduğunu gösterirken bulgular bilişsel-davranışçı terapilerin hastalık aktivitesini enflamasyon ya da immün yanıtları değiştirerek de etkileyebileceğini göstermiştir.²

Stres yönetiminin etkinliğini enflamatuvar barsak hastalıklarında gösteren başka bir çalışmada, Anette Payne ve Edward Blanchard randomize olarak aldıkları 34 hastayı ya bilişsel terapiye dayanan stres yönetim müdahalesine, ya kendine yardım gruplarına, ya da kontrol grubu olarak bekleme listesine almışlardır. Bilişsel terapiye dayalı stres yönetimi gruplarında hastalara 10 seansta stresli durumlarda düşünce ve bulgularını daha iyi tanımları, ön kabullerinin stresli durumlarda nasıl değiştikleri ve altta yatan bulgularına katkıda bulunan çarpıtılmış düşünceleri ve uyum bozucu davranışlarını nasıl değiştirecekleri öğretilmiştir. Kendine yardım grubundaki katılımcılara 8 hafta boyunca hastalıkları ve sosyal destekleri hakkında bilgi sağlanmıştır. Bilişsel-davranışçı terapiye dayanan stres yönetimi alan hastalarda depresyon, anksiyete ve gastrointestinal bulgularda belirgin bir düzelme görülürken kendine yardım grubunda ve bekleme kontrol listesindeki grupta değişiklik olmamıştır. Bu faydalar 3 aylık izlemde de sürmüştür.²

Son zamanlarda yapılan kontrollü bir diğer çalışmada, bir global bilgi teknolojileri şirketinde çalışan 38 hipertansif çalışanla gerçekleştirilen stres yönetim prog-

ramının etkisi araştırılmıştır. Katılımcılar randomize olarak işyerinde stres yönetimi programına ya da bekleme kontrol grubuna dağıtılmışlardır. Tedavi grubu kapsamlı sıralanmış 16 saatlik bilişsel ve davranışçı stres yönetim becerileriyle ilgili eğitim aldıktan sonra, işçilerin verilerinin analizi ile, stres yönetim programındaki kilerin yalnızca sistolik kan basıncında ortalama 10.6 mmHg, diyastolik kan basıncında ortalama 6.3 mmHg düşüş sağlamadıkları, bunun yanında bu grupta stres bulgularında, depresyon, psikolojik rahatsızlık ve işyeri doyumunda da belirgin düzelme olduğu ortaya konmuştur.²

Bilişsel-davranışçı terapi ve stres yönetimi yaklaşımlarından sonra, klasik psikanaliz tedavisi de bu hastalarda çok yararlı olarak bildirilse de, tedavinin çok uzun zaman sürmesi ve oldukça pahalı bir tedavi yöntemi olmasının yanı sıra, psikanaliz tedavisini yapacak psikiyatri hekimlerinin özel bir psikanaliz eğitimi görmüş olmaları gerekliliği ve bu nitelikli hekimlerin sayısının da hasta sayısına oranla çok az bulunmasından ötürü, böyle uzun süreli klasik psikanaliz ancak inatçı ve hastada yoğun nevrotik belirtilerin bulunduğu durumlarda kullanılmaktadır. Buna karşılık, psikanalitik yöntem ve kurallara dayalı daha kısa süreli psikoterapilerden psikosomatik hastaların oldukça yararlandıkları bilinmektedir. Ancak, psikoterapinin özel bir bilgi ve eğitimi gerektiren bir konu olup sorumsuzca uygulanmasında da büyük sakıncaları bulunduğu ve gerek hasta gerekse hekim için acı sonuçlar doğuracağı unutulmayıp, bu konuda bilgi ve yetenek sınırlarının aşılmasına dikkat edilmesi de önemlidir.¹

Aynı anda daha fazla hastanın değerlendirildiği ve evrensellik duygusunun yaygınlaştırılmasının esas teşkil ettiği grup psikoterapileri de psikosomatik hastalıklarda iyi sonuçlar veren yöntemler arasındadır. Ayrıca, yine bir grup hasta ile yapılan uğraş tedavisi, psikodrama gibi diğer psikoterapi yöntemleri de geçerlidir. Genel anlamda hastaların nevrotik kişilik yapılarını düzeltmeyi ve bedensel belirtilere sığınmak yerine sorunlarını bilinç düzeyine çıkararak bilinçli bir yoldan çözümlemeyi öğretmeyi amaçlayan yaklaşımlardır.

1980'li yıllardan sonra, Japonya'da psikosomatik hastalıkların tedavisinde ilk kez kullanılmaya başlanan aile terapisi ile ise, özellikle yeme bozukluğu ve kronik geçmeyen ağrıları olan hastalarda belirgin etki görüldüğü bildirilmiştir. Psikosomatik semptom hastayı ve aileyi terapiye getiren faktör iken aslında altta yatan aile dinamiklerindeki zorlukların ele alınması ile psikoso-

matik semptomların gerilediği bildirilmiştir.¹⁰

Gevşeme egzersizleri ise, anksiyeteyi azaltarak hastalık semptomlarının oluşmasını ya da alevlenmelerini önlemekte yararlı olmakta, belirtilere toleransı artırmakta, ağrı ya da kaşıntı gibi belirtilerle başetmeyi kolaylaştırmaktadır. Ayrıca yaygın olarak kullanılan değişik kas gruplarını kasmak ve gevşetmek suretiyle yapılan progresif relaksasyon, nefes egzersizleri, self-hipnoz, hoş giden imaj çalışmaları ve müzik gibi yöntemler de tedavide kullanılabilir.⁵

2800 yıl önce Hindistan'dan origin alan ve 4. yüzyılda Patanjali tarafından derlenen Yoga tedavisi psikosomatik hastalıkların tedavisinde de kullanılmaktadır. Yoga, hastanın kendilik-regülasyonunu yaparken bireyin "somatopsik" işlevselliğindeki stresi düzenlemesine yardım eder ve psikosomatik hastalıkların tedavisindeki etkinliği bilimsel olarak da kanıtlanmıştır. Yoga, hastanın sinir sistemini düzenlerken, vücuttaki enerjinin fiziksel, mental ve ruhani dengeyi sağlayacak şekilde dağılmasını sağlar. Kasları gevşeterek, vücudun gevşemesine yardım ederek, kan akımını düzenleyerek, sedatif etkisi, kan basıncını düzenleyici etkisi ile fayda etmektedir. Yoga, günümüze kadar bronşial astım, esansiyel hipertansiyon, kolit, peptik ülser, servikal spondiloz, kronik sinüzit, migren, geçmeyen ağrılar, kişilik bozuklukları, anksiyete reaksiyonu, anksiyetenin eşlik ettiği depresyon, gastrit ve romatizmal hastalıkların tedavisinde uygulanmış ve tedavide belirgin olarak etkin bulunmuştur.¹¹

Etyopya gibi bazı gelişmekte olan ülkelerde ise, ruhsal ve fiziksel hastalıkların birbirleri ile arasındaki ilişkinin sınırlarının net olarak kabul edilmemesi nedeni ile tedavide daha çok bitkilerden ve ruhani faktörlerden yararlanılmakta, törensel yaklaşımlar, muskalar ve dualardan fayda sağlandığı bildirilmektedir.¹²

Bütün bu yaklaşımların yanı sıra, psikosomatik bozukluklarda kaygı ve çatışmanın irade dışında olan otonom sinir sistemini etkilemesi söz konusudur. Semptomlar fizyolojiktir ve psikofizyolojik semptom gelişimi ve bu semptomların psikoterapötik olarak ele alınması ile alttaki kaygı her zaman azalmaz. Bu nedenle, bir süre psikotrop ilaç kullanımı sıklıkla gerekebilir. Anksiyolitik ve vejetatif sistem düzenleyicisi ilaçlar kullanılarak, bazen de birlikte görülebilen hafif veya orta dereceli bir depresif durum olduğunda, anksiyolitiklere hafif dozda antidepresan ilaç ekleyerek tedavide başarı şansının artırılması hedeflenmektedir.¹

PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİ

Psikosomatik tedavi yaklaşımları ile ilgili psikofarmakolojideki gelişmeler son 20 yılda artış göstermiştir. Bilinen eski tedavilerin kullanılması, yeni tedavi seçeneklerinin bulunması, kombinasyon tedavilerinin tercih edilmesi psikosomatik hastalıklara yönelik psikofarmakolojik yaklaşım seçeneklerini artırmıştır. Antidepresanlar, anksiyolitikler, antipsikotikler, duygudurum düzenleyicileri, anti-libido ajanlar, peptid hormonları gibi çeşitli gruplardan oluşan ve tedavide kullanılan yeni ajanlar, farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları ile kombine edilerek yaşam kalitesinin artmasında ve tedavinin etkinliğinin sağlanmasında büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Hedef, diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi varolan psikopatolojiye yönelik olarak tedavi düzenlemektir.⁴

Psikofarmakoloji, giderek artan bir hızda deneysel olmaktan çıkıp rasyonel hale geldikçe psikosomatik bozuklukların mekanizmasını anlamaya yönelik yollara ışık tutması ve psikosomatik bozuklukların tedavisinde başarı oranının artması açısından önemlidir. Günümüzde kullanılan psikofarmakolojik ajanlar son yıllarda psikosomatik tıp başlığı altında incelenmeye başlanan, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, uykusuzluk, migren, duygudurum bozuklukları, somatizasyon gibi hastalıklarda hastaları başarı ile tedavi etmektedir. Hastalarda anksiyetelerinin kontrol edilmesine yönelik olarak, TCA (trisiklik antidepresanlar), SSRI (selektif serotonin geri alım inhibitörleri), SNRI (serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri), buspiron, ketiyapin ve risperidon (serotonin antagonisti etkileri nedeni ile) gibi atipik antipsikotikler, karbamazepin ve valproik asit gibi duygudurum düzenleyiciler, benzodiyazepinler ve betablokörler kullanılmaktadır.^{4,13} Lamotrijin ise, son zamanlarda antinevraljik etkisi, migrenin aura semptomlarını önleyici etkisi nedeni ile, halsizlik, hipokondriyal anksiyete, yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, konsantrasyon bozuklukları gibi nedenlerle kullanılmaya başlanmış ve psikosomatik bozukluklarda etkin olduğu bildirilmiştir.¹⁴

Yukarıdaki seçeneklerin bir arada kullanılabilme kolaylığı, psikosomatik hastalıkların sadece genel tıbbi duruma bağlı hastalıklarla birlikte değil aynı zamanda psikiyatrinin temel konusu olan örneğin duygudurum bozuklukları ile de sıklıkla bir arada bulunması durumunda psikofarmakolojik yaklaşımlara karar vermeyi etkileyecektir. 591 hasta ile yapılan bir çalışmada, bipolar ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarının, solunum, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem,

cinsel disfonksiyonlar, nevrasteni, uykusuzluk, premenstrüel semptomlar gibi durumlarla ilişkisi incelenmiş, özellikle bipoların, dolaşım problemleri, alerji, fonksiyonel dispepsi ve premenstrüel bozukluklarla bir arada sık görülürken, depresyonun ise daha sıklıkla baş ağrısı ve migrenle bir arada bulunduğu bildirilmiştir.^{15,16}

Yapılan bir çalışmada, irritable barsak sendromu olan poliklinik hastalarının %89'unda TCA veya anksiyolitikler kullanarak bağırsak semptomlarında iyileşme sağlandığını gösterilmiştir. Bu hastaların %61'i semptomlarında tam remisyona bildirmiştir. Bu serilerde en sık kullanılan TCA'lar yaklaşık 50 mg/gün dozda amitriptilin ve yaklaşık 25-50 mg/gün dozda doksepindir. TCA'nın göreceli olarak düşük dozlarına bu cevaplar mekanizmanın komorbid depresif bozukluğun remisyona olmadığını düşündürmektedir. Psikosomatik hastalıklarda TCA etkinliğinin kesin mekanizması bilinmemektedir, ancak santral analjezi yoluyla ağrının kontrolü, bağırsakta direkt antikolinergik etki yoluyla kolon motilitesinin azaltılması veya komorbid depresyonun baskılanması ile etki gösteriyor olabilir. SSRI tedavisi, SSRI'ların gastrointestinal semptomları alevlendirebilme potansiyelleri nedeniyle irritable barsak sendromlarında daha az yararlı gibi görünmektedir. Ancak mirtazapin bu grupta iyi tolere edilebilen ve TCA tedavisine alternatif olarak gösterilen bir ajandır.⁹

Psikosomatik hastalıkların psikotrop ajanların uygulanmasını zorlaştırdığı, oral alamayan hastalarda psikotrop ajanların varolan parenteral formlarının kullanılması gerekebilir. Lorazepam sublingual, intravenöz (iv) veya intramusküler (im) olarak kullanılabilen bir benzodiyazepin iken, haloperidol, flufenazin, trifluoperazin, tiotiksen, perfenazin ve loxapin parenteral formları olan antipsikotik ajanlardır. Yaygın antidepresan ajanların parenteral formları yoktur. Mirtazapin ve fluoksetin hidrokloridin sıvı formları vardır, tolere edilebilen ve oral alımla bir miktar absorpsiyonu olan hastalarda kullanılabilir.⁹

Günümüze kadar ki gelişmelerin ışığında psikofarmakoloji ve psikosomatik bozukluklar arasındaki bağlantının gelecekte de artacağı ve özellikle geriatri grubundaki psikosomatik hastalıklarda psikofarmakolojik yaklaşımların gün geçtikçe gelişeceği düşünülmektedir.

Ayrıca psikosomatik hastalıklardan korunmak için de koruyucu psikofarmakoloji şeklinde yeni bir yaklaşımın bir süre sonra daha sık kullanılacağı ve korumanın tedaviden öncelikli olacağına inanılmaktadır. Psikosomatik bozuklukların genetiği hakkında daha fazla bil-

gimiz oldukça farmakogenetik alanındaki gelişmelerle de psikosomatik bozukluklara yaklaşım değişecek ve ilerleyecektir. Sosyofarmakoloji ise henüz yeni bir tanım olmakla birlikte psikosomatik hastalıklara yaklaşımda ileride daha belirgin bir rolü olacağına inanılmaktadır.⁴

Şu andaki gelişmeler henüz ilaçların psikosomatik hastalıklarda hangi mekanizma ile fayda sağladığını açıklamaya yetmemektedir. Bu alanda kaydedilecek yeni gelişmeler terapötik sonuçların gelişmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu anlayış olmadan ilaç veya tanı konma aşamasında gelişmelerin olması tek başına terapötik etkinliği sağlamada yeterli olmayacaktır. Psikosomatik hastalıkların nedenlerinin ayrıştırılması ve psikoaktif ilaçların keşfindeki gelişmeler tedaviye cevap veren ve tedaviye cevap vermeyen hasta ayrımının daha kolay yapılabilmesini sağlayacaktır. Bu sebeple tedaviye cevap vermeyen hastalar üstünden yapılacak yeni araştırmalar bu konuda gelecekteki teda-

vi oranlarının yükselmesini belirleyecektir. Sağlanacak gelişmelerle psikofarmakolojik ajanların şimdi olduğundan çok daha etkili, toksisitesinin daha düşük, yan etkilerinin daha az, tedavideki başarısının daha yüksek ve psikosomatik hastalıklardaki başarısının daha yüzgüldürücü olacağı düşünülmektedir.⁹

Sonuç olarak, psikosomatik hastalıkların tedavisinde ilaç tedavisi (antidepresanlar, anksiyolitikler ve antipsikotikler...) kadar, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, bilişsel davranışçı psikoterapi ve diğer tedavi seçenekleri, kullanılan ve yararlanılan diğer tedavi yöntemleridir. Psikoterapi ile farmakoterapinin kombinasyonunun çeşitli hastalıklar için etkinlik çalışmaları gittikçe daha fazla dikkat çekmekte ve bu konuda yapılan araştırmalardaki ilerlemeler dahili ve cerrahi bölümlerle, psikiyatri arasında disiplinler arası bir işbirliğini gerektirmektedir.⁹ Bu işbirliği sağlandıkça hastaların yaşam kalitesinin artmasında ve tedavinin etkinliğinin sağlanmasında büyük ilerlemeler kaydedilecektir.

KAYNAKLAR

1. Koptageİ-lal G. Günümüz Tıbbında Psikosomatiğin yeri. Psikiyatrik-Psikososyal Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu II.; 1993. p.191-7.
2. Dimsdale JE, Kefe FJ. Stres and Psychiatry, Psychological factors affecting medical conditions. Ed. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2000; 1835-45.
3. M. Joukamaa. Alexithymia across the life span. Personality and behavioural disorders / European Psychiatry 2005;186-206.
4. Singh AN. Psychosomatic medicine and psychopharmacology, symbiosis of present and future. International Congress Series 2006;1287:12-6.
5. Kumbasar H, Yılmaz A. Psychoneuroimmunologic Mechanisms In Pathogenesis Of Psoriasis And Effects Of Disease At Quality Of Life. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1: 50-5.
6. Lipsitt DR, Lipsitt MP. The family in consultation--liaison psychiatry Gen Hosp Psychiatry 1981;3:231-6.
7. Danner G. The development of national systems of healthcare in the eu-member states and potential consequences for psychosomatic care. Journal of Psychosomatic Research 2004;56:581-673.
8. Matsuda E, Uchiyama K. Assertion training in coping with mental disorders with psychosomatic disease International Congress Series 2006;1287:276-8.
9. Yates WR. Gastrointestinal Disorders. Psychological factors affecting medical conditions. Ed. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2000;1775-86.
10. Kojima T. The development of family therapy in Japanese psychosomatic medicine. International Congress Series 2006;1287: 154-15.
11. Singh AN. Role of yoga therapies in psychosomatic disorders International Congress Series 2006;1287:91-6.
12. Jacobsson L. Traditional treatment of mental and psychosomatic disorders in Ethiopia International Congress Series 2002;1241:265-9.
13. Singh AN. Recent advances in the psychopharmacology of psychosomatic medicine. International Congress Series 2006;1287: 206-12.
14. Malt UF. Lamotrigine: A new treatment option in bipolar disorders and difficult to treat Psychosomatic syndromes. Journal of Psychosomatic Research 2000;48:211-2.
15. Angst J. Associations between psychosomatic and Affective syndromes. Journal of Psychosomatic Research 2000;48:211-2.
16. Malt UF, Kwek D, Heldal A, Malt EA. Psychosomatic symptoms in bipolar II disorders. Journal of Psychosomatic Research 2003;55: 133-45.