

33146

T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

*SOMATİZASYON VE KONVERSİYON BOZUKLUĞU
OLAN BİR GRUP KADIN HASTADA
TANI SINIRLARI VE PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ*

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Selçuk CANDANSAYAR

*ANKARA - 1994
T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ*

ÖNSÖZ

Histeri kavramının kökeni İsa'dan 2000 yıl öncesine kadar uzanmaktadır. Neredeyse yazılı tarih kadar eski olan kavram; uzun tarihi boyunca üzerinde bir çok anlamı üstüste biriktirerek taşımış ve insan davranışının birbirinden çok farklı görüngülerini tanımlamak için kullanılmıştır. Bilinen tarihi boyunca histeri, hemen tümüyle kadınlara özgü olarak kabul edilmiştir. Kavramın özgül bir önemi de psikanaliz pratiğinin kendisiyle başlamasıdır. Histeri; olağan bir "karakter" den, bir "kişilik bozukluğu" tipine, herkesin gösterebileceği bir tepkiden, özgül bir psikiyatrik bozukluğa dek çok sayıda anlamla yüklenmiştir.

19. yüzyılda Briquet'in çalışmaları, ardından Freud'un çoğul anlamlı kullanışları, 1960'lı yıllarda başlı başına bir hastalık olarak kurgulanması, 1980'li yıllarda ise 7 alttıpte toplanan bir bozukluk kümesi olarak DSM dizgesinde yer alışıyla histeri; üzerinde belki de en çok tartışılan kavramdır.

Bu araştırmada; bir anlamda, kavramı tümüyle psikiyatrinin nozolojisinden dışlama girişimlerinin sonucu olan Somatizasyon Bozukluğu ve Konversiyon Bozukluğu tanımlarının; tanısal sınırları, karşıladıkları anlamlar ve bu tanıları alan bireylerin psikolojik ve sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bugüne kadar birlikte yaptığımız çok sayıda araştırmada ve özeldde bu araştırmadaki katkıları ve yol göstericiliği için tez danışmanım DOÇ. Dr. Zehra Arıkan'a; yine gerek birlikte çalıştığımız dönem boyunca gerekse bu araştırmanın yürütülmesindeki özverili paylaşımı için Uzm. Dr. Behcet Coşar'a; ve psikiyatrideki uzmanlık eğitimim sürecindeki katkılarından dolayı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyelerine ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Dr. Selçuk CANDANSAYAR

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	1
Tarihsel Gelişim	3
Çağdaş Kavramlar ve DSM	5
Epidemiyoloji	7
Etiyoloji	9
Genetik Görüşler	9
Biyolojik Görüşler	11
Psikanalitik Görüşler	12
Öğrenme, İletişim, Çevre ve Kültürün Etkileri	14
Klinik Belirtiler ve Tanı	19
Ayırıcı Tanı	27
YÖNTEM	30
Araştırmanın Yöntemsel Sınırlılıkları	35
BULGULAR	36
TARTIŞMA	59
SONUÇ	81
ÖZET	85
KAYNAKLAR	86
EKLER	99

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Somatizasyon ve konversiyon en genel anlamıyla var olan tıbbi araştırma yöntemleriyle nedenleri bulunamayan ya da açıklanamayan tıbbi yakınmalar ve belirtiler için kullanılan adlandırmalardır. Lipowski (1988), somatizasyonun üzerinde zihin-beden, sağlık-hastalık, iyilik-rahatsızlık, psikojenik-organik dikotomilerini taşıyan ve ama bunlardan herhangi birine de indirgenmeden psikiyatri ile diğer tıp alanlarının sınırında çözümlenememiş bir sorun olarak durduğunu belirtmiştir. Kellner (1987), sağlıklı insanların %60-80'inin herhangi bir hafta içinde en az bir kez somatik bir belirti yaşadıklarını bildirmiştir. Genel polikliniklere başvuran hastaların %10-30'unda fiziksel yakınmalarını açıklayacak uygun fiziksel bir nedenin bulunmadığı saptanmıştır (Kellner 1990). Schurman ve ark. (1985) ise 1980-81 yılları arasında A.B.D.'de temel sağlık hizmetlerine somatik bir yakınma ile başvuran hastaların yaklaşık yarısına, psikiyatrist olmayan doktorlarca ruhsal bozukluk tanısı konduğunu bildirmişlerdir. Türkiye'de Tuncer (1990) 40 aylık bir süre içinde bir genel hastanede istenen psikiyatri konsültasyonlarında %30.7 oranında somatoform bozukluk tanısı konulduğunu bildirmiştir. Ford (1986) ise tıbbi yardım için başvuran hastaların en azından %10'unda fiziksel yakınmalarını açıklayacak organik bir bulgunun saptanamadığından söz etmiştir.

Somatizasyon ve konversiyon, şizofreniden depresyona bir çok psikiyatrik bozuklukta olabilir. Psikiyatrik bozuklukların hemen tümü başlangıçta ya da bozukluğun herhangi bir döneminde yalnızca ya da ön planda somatizasyon ya da konversiyonla gelebilirler. Özellikle somatizasyon, hastaların kliniğinde en önemli belirtilerden biri olmasına karşın tıp eğitiminde yeterince önem verilmeyen bir kavramdır (Barsky ve Klerman 1983).

Somatizasyon hem kişinin kendisine hem de topluma bir yük oluşturur. İşe gelmemenin en sık nedenidir. Doktorların zamanının büyük bir kısmını alır. Tıbbi bütçelerin yaklaşık beşte biri somatizasyon yapan ya da hipokondriyak hastaların tedavisine girmektedir (Kellner 1990). Son zamanlarda Shaw ve Creed'in (1991) yaptıkları bir çalışmada İngiltere'de somatizasyonla gelen ve temelde psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yakınmalarının organik temeli olmadığını kanıtlayanın ortalama 286 pounda (yaklaşık 8 000 000 TL) mal olduğu gösterilmiştir. Somatizasyon yapan hastalar yaşadıkları kaotik, sıklıkla şiddet dolu yaşam deneyimlerine karşı doktora anksiyete, depresyon ya da başa çıkma güçlüğüyle değil, çok sayıda fiziksel belirtilerle gelmektedirler. Belirtileri alışılmadıdır. Öykülerinde çok sayıda tıbbi araştırma ve bakı deneyimleri vardır ve sorunlarının fiziksel olduğuna inandıkları için de psikiyatristten çok dahiliyeci ya da cerrahlara gitmektedirler (Quill 1985).

Somatizasyon bir çok yazar tarafından çok çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Lipowski (1988); psikolojik zorlanmanın (distres) yaşanması ve iletilmesinin fiziksel belirtiler aracılığıyla gerçekleştirilmesi olarak tanımlamıştır. Ford (1986); psikolojik istekler için somatik belirtilerin kullanılması olarak görmektedir. Katon ve ark (1984); psikososyal ve emosyonel sorunların yarattığı zorlanmanın hasta tarafından fiziksel belirtiler ile dile getirilmesi olduğunu söylemişlerdir. Bridges ve Goldberg (1985); somatizasyonun işevrük (operasyonel) bir seçim olduğunu öne sürmüşlerdir. Buna göre somatizasyon bir danışma davranışıdır. Fiziksel belirtiler bir hastalığın göstergeleri olduğuna göre bu durum tedavi edilmesi gereken bir hastalıktan başka bir şey olamaz. Murphy de (1989) somatizasyona tanısal bir kategori değil bir süreç olarak bakılması gerektiğini ve bu kavramın insanların emosyonel sıkıntılarını organik bir hastalığa bağladıkları bedensel yakınmalar olarak hissederek, bu amaçla tıbbi yardım istemelerini karşıladığını belirtmiştir. Barsky ve

Klerman (1983), Thomas Szasz'ın konversiyonu kişiler arası sözel olmayan bir iletişim biçimi olarak gördüğünü bildirmişlerdir. Szasz'a göre konversiyon geçiren biri; "yetersizim, acı çekiyorum, ben çok incindim, beni iyileştir, bana dikkat et" demektir. Hollander de (1972) konversiyonu bir iletişim biçimi olarak tanımlamıştır.

Hem somatizasyon hem de konversiyon hekimlerce yüzyıllardır bilinen kavramlardır. Kavramların bu eskiliği onların tanımlanma, sınıflandırılma ve sınırlarının oldukça karışık, içiçe ve belirsiz bir tarihi olmasına yol açmıştır.

Tarihsel Gelişim:

Konversiyon antik çağdan bu yana bilinmektedir. Ancak bu kavramın tanımlanması her zaman güç olmuştur ve üzerinde hep soru işaretleri taşımıştır (Slater 1965). Somatizasyon belirtilerinin klinik tanımlamaları İ.Ö. 1900 yıllarına dek gitmektedir. O döneme ait Mısır papiruslarında semptomlar uterusun vücutta başıboş gezinmesine (wandering womb) bağlanmıştır (Stewart 1990). Eski Yunan hipokratik yazınında da bu semptomlar uterusun (hystera) türetilen "hysteria" sözcüğü ile tanımlanmıştır (Chodoff 1982). Histeri terimi o zamandan bu yana yalnızca bugün somatizasyon ve konversiyon terimleriyle karşılanan belirtilerle birlikte, bir kişilik tipi, bozukluğu ve başlı başına bütünlüğü olan bir hastalığa dek bir çok şey için kullanılmıştır. Lipowski (1988), 1628'de Sydenham'ın histeriyi; "kadınlarda görülen, fiziksel ve ruhsal belirtilerle giden hastalık, hipokondriazisi ise bu durumun erkeklerdeki karşılığı" olarak tanımladığını bildirmektedir. Sydenham, histeri-hipokondriazis bütüncü yaklaşımında hastalığa neden olarak; insan beden ve ruhunun hayvan ruhlarının hastalanmasına bağlı olarak hastalanmasını öne sürmüştür. Histerinin bir sendrom olarak ilk tanımlanması 1859'da Briquet tarafından yapılmış, bu

tanım 1909'da Savill ve 1951'de Purpel ve arkadaşlarınca yeniden gözden geçirilmiştir (Mai ve Merskey 1980). Günümüzdeki konversiyon bozukluğu kavramı da Briquet'den kaynaklanmaktadır. Briquet, bozukluğun santral sinir sistemi işlev bozulmasına bağlı olduğunu ve yatkın kişilerde zorlayıcı yaşam olaylarının beynin "affective" bölümüne etkimesiyle ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Mai ve Merskey 1981). Ford ve Folks (1985) konversiyon bozukluğu üzerine bir gözden geçirmelerinde 1869'da Reynolds'un histeride işlev kaybı ya da ağrının hastanın bedeni hakkındaki "idea" sına ikincil olduğunu söylediğini ve daha sonra Charcot'un Briquet ve Reynolds'un görüşlerini genişlettiğini bildirmektedirler. Charcot, histerik belirtilerin beyinleri kalıtım ile yatkın olan kişilerde görüldüğünü, travmatik olayların yol açtığı "idea" nın beyinde işlevsel ya da dinamik bir bozulmaya yol açtığını ve belirtilerin hipnoz aracılığıyla bu "idea" nın yeniden yaratılmasıyla üretilebileceğini öne sürmüştür. Konversiyon sözcüğünü ilk kez 1895'de Freud, Breuer'le çalıştığı dönemde histerisi olanlarda bastırılmış bir düşüncenin somatik belirtiyeye yol açmasını tanımlamak için kullanmıştır (Freud 1895). Somatizasyon sözcüğünü ise ilk kez 1943'de Steckel benzer bir süreci tanımlamak için kullanmıştır (Kelner 1990). Steckel somatizasyonu, derindeki nevrozun bir görünümü olan bedensel bir bozukluk olarak "bilincin hastalığı" (disease of the conscious)'nı tanımlamak amacıyla türetmiştir. Steckel'in somatizasyon sözcüğünü kullanmasıyla histeri, konversiyon ve somatizasyon bir daha birbirlerinden ayrılmayacak ve neyi tanımladıkları, anlamlarının ne olduğu hep belirsiz olacak şekilde birbirlerinin içine girmişlerdir.

Çağdaş Kavramlar ve DSM:

Chodoff (1974), histeriyi "üzeri bir çok anlamla kaplı belirsiz bir fosil" olarak tanımlamıştı. Briquet Sendromu'nun çağdaş tanımı konusunda çok sayıda araştırma yayınlayan Guze ve Perley (1963) de histeri ve konversiyon belirtilerinin birbirine karıştırıldığını, terimlerin dikkatsiz kullanımının karmaşaya yol açtığını söylemişlerdir. Guze'a göre çok sayıda yazar bu iki terimin nasıl kullanılacağı konusunda yetersizlik yaşamaktaydılar ve birbirlerinin eşdeğeri olup olmadıklarına açıklık getirememektedirler. Bazıları için bu terimler bireysel belirtileri karşılamakta, kimikeri içinse bir kişilik biçimi ya da belirti örüntüsü anlamına gelmekteydi. Böylece birbirinden çok farklı görünüşler bu iki terimle karşılanmaktaydı (Guze 1963). Slater ise daha 1965'de histeri diye bir tanının belki de kullanılmamasının gerektiğini öne sürmüştür. 1952'de yayınlanan ilk DSM'de konversiyon reaksiyonu; genellikle istem dışı olarak anksiyeteye yol açan uyarıların, organların ya da bedenin bir bölümüne konversiyonu ile işlevsel belirtilere çevrilmesi olarak tanımlanmıştır. DSM'nin bu yaklaşımı konversiyonu Freudcu görüşe göre tanımlaması nedeniyledir (Ford ve Folks 1985). Perley ve Guze (1962)'de histeri tanısını belirginleştirebilmek ve tanı için geçerli kriterleri saptayabilmek için yaptıkları çalışmada 60'a yakın belirtiyi 10 grupta sınıflamışlar ve en az 9 grupta en az 25 açıklanamayan belirtinin olmasını histeri tanısı için yeterli olarak görmüşlerdir. Gatfield ve Guze (1962)'de konversiyon reaksiyonu için yaptıkları bir izlem çalışmasında konversiyon reaksiyonunun histeriden bağımsız bir durum olduğunu öne sürmüşlerdir. Guze (1967)'de konversiyonu; unutkanlık, bayılma, yürüme güçlüğü gibi nörolojik hastalığı düşündüren ancak tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler olarak tanımlarken, histeriyi 35 yaşından önce başlayan, dramatik bir tıbbi öyküyle birlikte 10 grupta toplanan fiziksel, nörolojik ve psikolojik 60'a yakın

belirtiden tıbbi olarak açıklanamayan en az 25'inin olduğu bir sendrom olarak tanımlamıştır. 1968'de yayınlanan DSM II'de ise ilk DSM'nin terimcesi değiştirilerek "histerik nevroz; konversiyon tipi" olarak adlandırılmış ve klinik görünüm işlevin istem dışı kaybı ya da bozulması olarak tanımlanmıştır. Sembolizm, ikincil kazanç, la belle indifference klinik görünümünün önemli parçaları olarak belirtilmiştir (Ford ve Folks 1985). Bu dönemde somatizasyon, konversiyondan ayrı bir durum olarak ele alınmamıştır. Guze (1970)'de konversiyonla histerinin ayırımı için çok sayıda süregelen somatik yakınmalarla giden Briquet'in Sendromu denilmesini önermiştir. Guze, Briquet'in Sendromu ve konversiyonun birbirinden ayrı tablolar olarak değerlendirilmemesine karşı çıkarak, konversiyonun; en öz tanımıyla nörolojik bir hastalığı düşündüren ve tıbbi olarak açıklanamayan bir belirtiyi karşılamanın yeterli olmasının gerektiğini öne sürmüştür. Guze'a göre açıklanamayan tıbbi ağrı ve fiziksel belirtiler konversiyon kategorisinden çıkarılmalıdır. Eğer baş ağrısı, karın ağrısı gibi belirtilere de konversiyon denilirse konversiyon açıklanamayan tıbbi belirtilerden başka hiç bir anlama gelmeyen bir terim haline gelir (Guze 1975). 1980'de yayınlanan DSM III'de terminoloji bir kez daha değişmiştir. Eski konversiyon kavramı üç büyük gruba bölünmüştür;

1- Konversiyon Bozukluğu: Birincil olarak nörolojik belirtiler

2- Psikojenik Ağrı Bozukluğu

3- Somatizasyon Bozukluğu

Somatizasyon bozukluğu kavramı histeri denilen "enkaz" dan türetilmiştir (Hyler ve Spitzer 1978). Nihayet DSM III-R'de (1987) somatoform bozukluklar adı altında histeri 7 alt tanu grubuna bölünmüştür.

1- Vücut Dismorfik Bozukluğu

- 2- Konversiyon Bozukluğu
- 3- Somatizasyon Bozukluğu
- 4- Hipokondriazis
- 5- Somatoform Ağrı Bozukluğu
- 6- Farkılaşmamış Somatoform Bozukluk
- 7- Başka Türütü Sınıflandırılmayan Somatoform Bozukluk

Lipowski (1988) DSM III-R'nin yayınlanmasından daha bir yıl sonra DSM III'de ortaya atılan somatizasyon bozukluğu kavramının DSM III'ün en büyük yeniliği olduğunu ama kendisinin de içinde bulunduğu DSM III'ü hazırlayan grubun yaptığının yalnızca Chodoff'un "fosil" dediği histeriyi önce üçe sonra da DSM III-R'de yediye bölmekten başka bir şey olmadığını söylemiştir.

DSM III-R'nin yayınlanmasından sonra yapılan çalışmalar bu sınıflandırmanın da oldukça tartışmalı olduğu ve değiştirilmesinin gerektiği yönündedir.

Epidemiyoloji:

Epidemiyolojik çalışmalarla ilgili veriler oldukça karmaşıktır. Bunun bir nedeni de henüz üzerinde anlaşılmış, sınırları belirlenmiş tanı gruplarının olmamasıdır. Somatizasyon ve konversiyon herhangi bir psikiyatrik tanı almadan da insanların yaşayabileceği belirtilerdir. Özellikle St. Louis grubunun 60'lı yıllarda yaptıkları prevalans çalışmaları histeri (Briquet'in Sendromu) sıklığı ile ilgili oldukça yüksek rakamlar vermiştir. Farley ve ark. (1968)'de histerinin kadınlarda %1-2, ayaktan psikiyatrik hastalarda ise %5-11 oranında olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada postpartum kadınların yaklaşık üçte birinin yaşam boyu en az bir konversiyon reaksiyonu geçirdiklerini bulmuşlardır. Woodruff ve ark.

(1971) genel kadın popülasyonunda histeri sıklığını %2 olarak bildirmişlerdir. Bibb ve Guze (1972) yatan psikiyatrik hastalarda histeri sıklığını %10 olarak bildirirlerken, Folks ve ark. (1984) 1000 psikiyatrik konsültasyonda %5 konversiyon, %30 somatizasyon tanısı bildirmişlerdir. Bridges ve Goldberg (1985) somatizasyonun batı kültüründe de zorlanmanın (distres) yaygın bir gösterimi olduğunu destekleyen çalışmalarında ilk muayeneye gelenlerde DSM III kriterleriyle %26 oranında somatizasyon olduğunu bildirmişlerdir. Robbins ve ark. (1984) ise DSM III kriterlerine göre somatizasyon bozukluğunun kentsel popülasyonda yaşam boyu riskini %0.1'den az bulmuşlardır.

Burada en önemli sorun bir belirti olarak somatizasyonun olmasıyla, DSM III'deki somatizasyon bozukluğu tanı kategorisi arasındaki farklardır. DSM III'de 37 semptomdan kadınlar için 14, erkekler için 12'sinin olması gerekmektedir. DSM III ve daha sonra DSM III-R'ye getirilen en büyük eleştiri de tanı koymak için gerekli belirti sayısının çok olmasıdır. DSM III-R kriterlerine göre yapılan prevalans çalışmalarında Escobar ve ark. (1987) somatizasyon bozukluğu prevalansını %0.03, Canino ve ark. (1987) Portoriko'da %0.7 olarak bulmuşlardır. Escobar ve arkadaşları aynı çalışmalarında kriter sayısını erkekler için 4, kadınlar için 6'ya indirdiklerinde prevalansın %4.4'e çıktığını bildirmişlerdir.

Kirmayer ve Robbins (1991)'de yayınladıkları bir çalışmalarında 685 hasta üzerinde somatizasyon prevalansına biraz farklı bir şekilde yaklaşmışlardır. Somatizasyon için 3 grup önermişler: Erkekler için 4, kadınlar için 6 açıklanamayan tıbbi belirtinin tanı için yeterli görüldüğü "Subsendromal Somatizasyon Bozukluğu", DSM III Hipokondriazis ve somatizasyonla ifade edilen depresyon ve anksiyete. Ayrıca hastaları DSM III Somatizasyon Bozukluğu tanısına göre de değerlendirmişlerdir. Bu şekilde bakıldığında DSM III somatizasyon bozukluğu prevalansı %1 olurken, Subsendromal Somatizasyon Bozukluğu

prevalansı %16.6, Hipokondriasis prevalansı %7.7 ve depresyon ve anksiyetenin somatizasyonla sunumu ise %8 olarak bulunmuştur. Bu bulgular daha sonra tartışılacağı üzere DSM III-R'nin Somatoform Bozukluklar grubunun oldukça tartışmalı olduğu yorumunu yaptırmaktadır.

Epidemiyolojik çalışmalarda kırsal ve kentsel bölgelerle, göçmen olmanın önemli olduğu gösterilmiştir. Ziegler ve ark. (1960) kırsal kökenlilerde konversiyonun daha sık, daha ilkel ve daha fizyoloji dışı belirtiler görülürken, kentli eğitimli gruptaki belirtilerin bilinen hastalıkları daha iyi taklit ettiğini bildirmişlerdir. Folks ve ark. (1984) kırsal kökenli ve psikolojik olarak "sofistike" olmamış topluluklarda konversiyonun daha sık olduğunu öne sürmüşlerdir. Çin'den Hong Kong'a göç edenlerde Hong Kong'lulara göre daha yüksek somatoform bozukluk prevalansı saptanmıştır (Chiu ve Rimon 1987). Akdenizli göçmenlerde psikiyatrik sorunların somatizasyonla gösterimi daha belirgin bulunurken (Moffaert ve Vereecken 1989), A.B.D.'e göç eden Sovyet kökenli yahudilerde de somatizasyon çok sık bulunmuştur (Kohn ve ark. 1989). Swartz ve ark. (1989) da yayınladıkları çalışmalarında toplumda somatizasyonun çok yaygın olduğunu ancak somatizasyon bozukluğunun oldukça nadir olduğunu ve kırsal bölgede çok olduğuna dair yayınlara karşın kendilerinin kentte daha sık bulduklarını bildirmişlerdir.

Etiyoloji:

Genetik Çalışmalar:

Somatizasyon ve konversiyonun etiolojisinde genetiğin rolü oldukça önemsiz gibi görünmektedir. İlk çalışmalar Briquet'in Sendromu ile ilgilidir. Briquet'in Sendromu aile içinde yaygın olarak bulunmuştur. Hastaların %20'sinin birinci derece kadın akrabalarında

histeri varken, birinci derece erkek akrabalarda da sosyopati ve alkolizm genel popülasyondan daha sık bulunmuştur (Arkonaç ve Guze 1963, Woerner ve Guze 1968). Suçlu ve sosyopatik kızlardan histerisi olanların babalarında sosyopatinin çok sık görüldüğü bildirilmiştir (Cloninger ve Guze 1975). Histerinin erkeklerde nadirken kadınlarda sık görülmesi ve sosyopatinin de kadınlarda görülse de daha çok erkeklerde olması histeri ve sosyopatinin aynı etiyolojik ve patogenetik etmenlere bağlı olup, cinsiyete göre birbirlerinden ayrıldıkları şeklinde yorumlanmıştır (Cloninger ve Guze 1970a). Guze (1975)'de hiperaktif çocuklar üzerine yapılan çalışmaların, bu çocukların annelerinde histeri ve babalarında ise sosyopatinin kontrol grubu çocuklara göre daha sık olduğunu gösterdiğini ve evlat edinilmiş hiperaktif çocukların anababalarında ise bu sıklığın gösterilemediğini ve hiperaktif çocuklarda suç ve sosyopatinin yüksek olmasının çok ilgi çekici olduğunu belirterek histeri ve sosyopatinin genetik, sosyal ya da her ikisinin de etkilediği ailesel bir kökene sahip olabileceğini ve erişkin dönemdeki histeri ya da sosyopatinin erken habercisinin hiperaktif çocuk olduğunu öne sürmüştür. Yine bir başka çalışmada ailede histeri birinci derece kadın akrabalarda genel popülasyondan 10 kat fazla bulunmuştur (Woodruff ve ark. 1971). Bir başka çalışmada ise Briquet'in Sendromu'nda genel popülasyona göre beklenilenden çok daha fazla A kan grubu bulunmuştur (Rinieris ve ark. 1978).

Son zamanlarda yapılan bir ikiz çalışmasında, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre somatoform bozukluk konkordansı daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark grubun küçük olması ve farkın istatistiki olarak anlamlı olmaması nedeniyle önemsiz gibi görünmektedir. Bu çalışmadan elde edilen ilgi çekici bir sonuç ise somatoform bozukluklar

ile yaygın anksiyete bozukluğu arasında genetik bir ilişki olabileceği şeklindedir (Torgersen 1986).

Bu çalışmalar bazı kesin, süreklilik gösteren somatoform bozukluklarda genetiğin kısmi bir rolü olsa da geçici ve değişici somatizasyon sendromlarında çevresel etmenlerin daha önemli olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Biyolojik Görüşler:

Somatizasyon ve konversiyon psikiyatride biyolojik kökenli açıklamaların en zayıf olduğu durumlardır. İleri sürülenler yalnızca varsayım düzeyindedir. İlk varsayımlar biraz da 19. yüzyılın fizyoloji ve hastalık açıklama modellerinden etkilenmiş gibidir. Briquet'in beyinin "affective" bölümü, Charcot'un "idea"nın yol açtığı dinamik bozukluk varsayımları kuramsaldır ve görgül gözleme dayanmaz. Whitlock (1966), histeri için bir nöropsikiyatrik model önermiştir. Histerisi olanlarda yapılan elektroensefalografi çalışmalarında bilinçlilik ve canlılık (vigilance) la ilgili beyin sapı işlevlerindeki bozukluklar saptanmasına dayanarak histeri ve konversiyonda psikolojik zorlanmayla presipite olan "afferent uyarının kortikofugal baskılanması" modelini önermiştir. Daha sonra Ludwig ve Lexington (1972) da bu modeli desteklemişlerdir. Bu modelde aşırı kortikal uyarılmaya bağlı olarak serebral korteksle beyin sapı retiküler formasyonu arasındaki negatif geribildirime bağlı olarak bir ayrılma olur. Artmış kortikofugal çıkış, gelen duyuşsal motor uyarınları baskılar ve bu durum bedensel duyumlarn farkına varılmasını engeller. Bazı konversiyon hastalarında nöropsikolojik testlerle sözel iletişim, bellek, duygulanım, telkine yatkınlık, canlılık ve dikkate yönelik bozukluklar saptanmış ve serebral asimetriye bağlı bir model önerilmiştir. Bu modelde sağ hemisfer baskınlığı önemlidir. Konversiyon hastalarında semptomların

büyük çoğunluğunun vücudun sol yarısında gözlenmesi de bu modelle ilişkilendirilmiştir (Barsky 1989).

Psikanalitik Görüşler:

Konversiyon ve somatizasyonla ilgili psikanalitik görüşler her iki kavrama da bir hastalık olmaktan çok bir olgu, bir savunma düzeneği şeklinde yaklaşmaktadırlar. Freud (1925)'a göre genellikle cinsel ya da saldırgan içerikli bir dürtü süperego tarafından bilince çıkması engellenince bedenin bir işleviyle sembolize edilir ve o işlevin bozukluğu ya da kaybı şeklinde bilince çıkar. Bu olay konversiyon savunma düzeneği ile oluşur. Bu savunma düzeneği Freud'a göre histerinin psikodinamiğini açıklar. Histeri pregenital dönemde oedipus karmaşasının çözülmemesiyle ilgilidir. Kernberg (1986) Freud'un oedipus karmaşası, kastrasyon anksiyetesi ve penis kıskançlığı üzerine odaklandığını, daha sonra Marmor'un histeride oral saplanmaların önemini belirterek hem oral dönem özellikleri hem de kadınsı (feminine) özellikle olan oral saldırganlık, bağımlılık ve edilginliğin histerinin psikodinamiğindeki önemini vurguladığını belirtmiştir. Histeriyi özgül bir kişilik tipi olarak ilk tanımlayan ise Wilhelm Reich'tir (Reich 1933). Histerik atakların (konversiyon); engellenme ya da genital seksüel arzulardan korkulara bağlı öfke tepkilerini temsil ettiğinin anlaşılacağı, sıklıkla atak sırasında hastanın aldığı şekillerin erotik bir boşalmanın delilleri olabileceği ve her konversiyon belirtisinin bilinç altı cinsel ya da saldırgan bir dürtünün sembolik gösterimi olduğu şeklinde yorumlanabileceği söylenmiştir (Abse 1974). Fenichel (1945), konversiyondaki biçim değiştirme düzeneklerinin; yoğunlaştırma, yer değiştirme, tersi ile temsil etme, bütünü temsil eden ayrıntıların

abartılması, olayların sırasının tersine çevrilmesi, çoklu özdeşim, sembolizm ve plastik tasarımlama için uygun olmak olduğundan söz etmiştir.

Konversiyon ve somatizasyonda bastırma ve yadsıma düzeneklerinden de söz edilmiştir. Bastırma ve yadsımanın da bilinç dışı saldırgan ve düşmanlık duygularına yönelik olduğu bilinir. Kellner ve ark. (1985) somatizasyonda düşmanca duygularla (hostilite) ilgili yaptıkları bir çalışmalarında somatik belirtilerle düşmanca duyguların ilişkili olduğunu ancak düşmanca duyguların anksiyete ve depresyonda somatizasyondan daha şiddetli olduğunu göstermişlerdir.

Günümüzde somatizasyon ve konversiyonun psikanalitik açıklamasında en güncel kavram aleksitimidir. Dereboy (1990), aleksitiminin ilk kez 1973'de Sifneos tarafından psikosomatik hastalıklarda tanımlandığını bildirmiştir. Sözcük anlamı "duygular için söz yokluğu" denilebilecek olan aleksitimi; kişinin duygularını sözel olarak anlatma yeteneğinden yoksun oluşunu, emosyonlarını gösteren düşlemler kuramamasını ve düşünce biçiminin işe vuruk (operasyonel) olduğunu belirtir. Bu modele göre aleksitimik bireyler duygusal yaşantılarını sözle ifade edemediklerinden bunları somatik belirtiler olarak yaşantılamakta ve öyle iletmektedirler. Aleksitimi başlangıçta psikosomatik hastalıklarda tanımlanmışsa da bu eğilimin somatizasyon yapanlarda daha yaygın olduğu gösterilmiştir (Taylor 1987). Ancak aleksitimik davranışın kültür ve altkültürden çok etkilenebileceği öne sürülmüştür (Kirmayer 1987). Kawanishi (1992) de aleksitiminin batı psikanaliz geleneğinin ürünü olan bir kavram olduğunu ve somatizasyonu tek başına açıklayamayacağını ileri sürmüştür. Kellner (1990) aleksitiminin psikanalizdeki bastırma ve yadsıma savunma düzenekleriyle ilişkilendirilebileceğini ancak bunlar arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek verilerin olmadığından söz eder.

Öğrenme, İletişim, Çevre ve Kültürün Etkileri:

Konversiyon ve somatizasyonun öğrenilmiş davranışlar olabileceğine dair varsayımlar vardır. Klasik şartlandırma paradigmasının konversiyonu açıklamaya uygun olduğu öne sürülür. Çocuklukta öğrenilen hastalık belirtilerinin erişkin yaşamda özel durumlarla başa çıkmak için kullanılabileceği söylenmiştir (Ford ve Folks 1985). Somatizasyon yapan bireylerin erken çocukluk dönemlerinde ailede fiziksel bir hastalığın olduğu gösterilmiştir (Mayou 1976). Erken çocukluk deneyimlerinin çocukta "hasta olmayı" öğrenmeye yol açabileceği söylenmiştir. Çocuk hastalandığında anababanın ilgisini üzerine topladığını fark edebilir ya da çocuk, ailede hastalanan bireyin ailenin ilgi, şefkat ve sevgisini topladığını gözlemleyebilir. Çocuk fiziksel bir hastalığı olan ve hastalığını kullanarak çevresini yönlendirip kontrol eden bir kişiyle özdeşim kurabilir. Bunlar erişkin yaşamda psişik bir çatışma olduğunda bu öğrenilmiş davranışın uygulanmasına yol açabilir (Barsky ve Klerman 1992). Pediatrik yaş grubunda yineleyici karın ağrısı yakınması olan ve bu yakınmalarına somatizasyon belirtileri eşlik eden çocukların anababalarında yüksek somatizasyon sıklığı saptanmıştır (Walker ve ark. 1991). Raskin ve ark. (1986) da konversiyon için tanı kriterleri geliştirmek için yaptıkları bir çalışmada konversiyon belirtisinin niteliği için daha önceden bir model olmasının önemli olduğunu gözlemişlerdir. Somatizasyonun aile sistemindeki sorunları çözebileceği; örneğin anababa arasında bir çatışma olduğunda çocuğun somatizasyon yaparak anababanın çatışmayı bırakıp kendisine yönelmelerini sağlayabileceği söylenmiştir (Ford 1986). Öztürk (1976) da yaptığı oldukça kapsamlı araştırmasında çocukluk yaşında histeri belirtileri gösteren kişilerin aileleri içinde özel bir yeri olan çocuklar olduklarını bulgulamıştır. Bu özel yer "veliaht" ya da "gözde"

yeri, eş rolü (karşı cins ebeveynin eşi rolü), özel iş sorumluluğu (ana ve ev kadını ya da baba ve ev erkeği) şeklindedir. Öztürk bu aile içi rol görüntüsünün erken ve aşırı bir "cinsel rol benimsemesi" geliştireceğini, bunun da çocukta histerik belirti gelişmesine uygun bir kişilik oluşturabileceğini öne sürmüştür. Somatizasyon yakınması olan adolesanların ailelerinde sabit, belirgin ve benzer bir aile yapısını araştıran çalışmalarda belli bir aile yapısı gösterilememiştir (Robinson ve ark. 1988, Walker ve ark. 1988). Greene ve ark. (1985) adolesanların eğer yaşadıkları yaşam olaylarını kötü olarak algılıyorsa somatik yakınmalarının çok olduğunu göstermişlerdir.

Hollander (1972) konversiyonu bir iletişim olarak ele almıştır. Yasaklanmış duygular ya da düşüncelerin gösterimi için doğrudan sözel iletişim herhangi bir nedenle engellendiğinde pandomim ya da taklit gibi bir iletişim olabileceğini söylemiştir. Hollander'e göre bu durum; konversiyonun neden kadınlarda daha çok olduğunu da açıklar. Çünkü yoğun duyguların doğrudan gösterilmesinin kadınlara yakışmadığı şeklindeki toplumsal inanç herkes tarafından bilinmektedir.

Ford (1986) sosyal, politik, dinsel ve ekonomik yapıların psikiyatrik tanıyı damgalaması nedeniyle bireylerin somatik yakınma eğilimlerinin artabileceğini söylemiştir. Batı toplumunda birey fiziksel bir hastalığa yakalandığında sorumluluklarından bağışlanır. Peptik ülser tanısıyla hastaneye yatmak majör depresyon tanısıyla yatmaktan daha çok tercih edilir. Bir çok sigortada, fiziksel bir hastalığa yakalanmak ruhsal bir hastalığa yakalanmaktan daha karlıdır. Temel dinler de psikiyatrik bozuklukları "şeytanın işi" olarak görmeye devam etmektedirler. Temel dinlere bağlı gruplar depresyona girmeyi günah kabul ederler. Çünkü "gerçekten inanan biri mutlu olmalıdır". Bu yüzden günahkar olmak istemeyen insanlar somatik yakınmalara ve somatizasyona eğilim gösterirler.

Kirmayer (1987) ve Kawanishi (1992) de inanışların somatizasyona eğilimi artırmasından söz etmişlerdir; Japon kültüründe ve Konfüçyüs inanışında duyguları açıkça ifade etmek, heyecanları göstermek ayıp olarak kabul edilir. Bu inanış insanların psikolojik zorlanmalarını somatize etme eğilimlerini artırabilir. Bu çalışmalar özellikle aleksitimi ile "psikolojizasyon" ve "somatizasyon" kavramlarını da tartışmalı hale getirmiştir. Batı psikiyatrisinde somatizasyonu açıklamada kullanılan bu kavramlar, kültürel gelişme arttıkça insanların somatizasyondan psikolojizasyona kayacağı şeklindedir. Mechanic (1972) bedensel belirtilerin yorumlanmasında sosyal etkenlerin ve öğrenmenin rolünden söz ettiği yazısında; belirtinin anlamının bilinmesinin önemine değinmiştir. Kirmayer (1984) de kültür ve somatizasyon üzerine kapsamlı incelemesinde somatizasyon ve psikolojizasyon kavramlarının kültüre, kültürün ifade etme biçimlerine bağlı olduğundan söz etmiştir ve somatizasyonun yalnızca batı dışı toplumlarda değil, tüm dünyada en temel ifade etme biçimi olduğunu öne sürmüştür. Parsons ve Wakeley (1991) psikolojik zorlanmanın somatik deyimlerle ifade edilmesinin psikiyatrik bozukluğu olmayan batılı bireylerde de yaygın olduğunu göstermişlerdir. Kirmayer ve Robbins (1991) de psikolojik belirti getirenlerle somatik belirti getiren hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında; gruplar arasında belirtiyile psikososyal sıkıntı arasında bağ kurma açısından fark bulamamışlar ve somatizasyonun batı kültüründe de depresyonun en genel ifade ediliş biçimi olduğunu öne sürmüşlerdir. Yine Robbins ve Kirmayer (1991) önemli olanın psikolojizasyon ya da somatizasyon değil, belirtinin neye atfedildiği olduğunu öne sürmüşlerdir. Belirti psikolojik de olsa somatik de olsa hastanın bununla yaşadığı psikososyal acı arasında bağ kurmasının iki grup arasında farklı olmadığını ileri sürmüşlerdir.

Ford (1986) bir çok psikiyatrik bozukluğun eşlik edici fizyolojik belirtileri olduğundan söz ederek hastanın bozukluğun emosyonel durumundan somatik belirtilerini ayırarak, yalnızca somatik belirtilere odaklanabileceğini belirtmiştir. Örneğin, panik atağında hasta ölüm, çıldırma korkularından çok çarpıntı, nefes darlığı ve titreme belirtilerine odaklanabilir ve doktora bu yakınmalarla gelebilir. Burada hasta ile doktor arasındaki ilişki de çok önemlidir. Bir çok hasta somatik yakınmalarını özellikle vurgulama eğilimindedir. Çünkü doktorların tanıları da somatik eğilimlidir. Bizim kültürümüzde de aslında tıbbi bir temeli olmayan "mide üşütmesi", "barsak spazmı" gibi somatik tanılar doktorların hastaların somatik belirtileriyle psikosoyal acıları arasında bağ kurmaktansa somatik bir tanıyı tercih etmeleriyle ilgilidir. Bu süreç bir kısır döngüdür. Doktor, hastanın somatik tanı beklentisini karşılamaya çalışır, hasta da doktora "ciddiye alınmak için" somatik belirti söylemek zorunluluğunu hisseder. Yine Ford (1986) 70'li yıllarda yaptıkları bir çalışmada doktorların "reaktif hipoglisemi" tanısı koyup somatik tedavi uygularken, depresyon ve anksiyete tanısı koyarken olduğuna göre kendilerini daha rahat hissettiklerini saptadıklarını bildirmiştir. Bu örnek bizde de özellikle acil servislerde "konversiyon reaksiyonu" ile gelen hastalara uygulanan "SF", "C vit" uygulamalarını, polikliniklerde çoklu somatik yakınmalar için doldurulan ağrı kesici ve vitamin reçetelerini anımsatmaktadır.

Somatizasyonun ortaya çıkmasında yardım arayışı, dikkat çekme isteği, isteklerini hasta rolü takınarak belirtme, diğer insanları yönlendirme girişimi, ya da hasta olmakla elde edilen desteğin sağladığı şartları sürdürme çabasının rolü önemli görülmektedir. Hasta rolü oynamanın birincil ve ikincil kazançları vardır. Bu yolla düşkünlük yardımı alınabilir, okul, iş ya da istenmeyen görevlerden kaçınılabılır (Ford 1986, Kellner 1990).

Goldberg ve Bridges (1988) somatizasyonun suçlama-kaçınma (blame-avoidance) işlevinden söz etmişlerdir. Bu işlev bireyin uyum ve ikincil kazancını üç şekilde sağlar;

1- Dışarıya yansıtılır ve baş ağrısından yakınan hasta hastalığını, örneğin içtiği zehirli bir suya bağlar.

2- İçselleştirilir ve baş ağrısının nedeni hipokondriyak hastada olduğu gibi, örneğin beyin tümörüne bağlanır.

3- Hem içselleştirilir hem de yansıtılır; baş ağrısının nedeni kendisinde olan bir hastalıktır ama doktorlar tanı koyamamaktadırlar.

Barsky (1992) somatizasyon davranışında biliş, duygudurum, dikkat ve duyuma yüklenen anlamlarla ilgili süreçlerin etkimesiyle; bedensel bir duyumun güçlendirilerek (amplify) algılanmasının önemli olabileceğini ileri sürmüştür.

Mechanic (1986) belirtinin oluşmasında ve yorumlanmasında kültür, sosyal kabul, sosyal gelişim ve kişisel gereksinimlerin önemine değinerek hastalık davranışında bu etmenlerin önemini vurgulamıştır. Koptagel-İlal (1992) somatizasyonu; psikososyal acıları ifade etmenin toplumsal ve kültürel sansürlerle yasaklandığı, hoşgörülmediği durumlarda bir "imdat çağrısı" olarak ele almak gerektiğini söylemiştir. Stodoumire (1991) somatizasyonu; kültürel ve affektif olarak daha az gelişmiş bir ifade biçimi olarak görmemek yanlısıdır. Somatizasyonun temel insani ifade etme biçimi olduğundan söz ederek, duygularını somatik dille ifade etme davranışı için "somatotimi" kavramını önermiştir.

Lipowski (1988) somatizasyonun etiyojisinin predispozan, başlatıcı ve sürdürücü olmak üzere üç boyutta incelenebileceğini önermiştir. Predispozan etmenler; genetik, gelişimsel-öğrenme, kişilik ve sosyokültürel etmenlerdir. Başlatıcı etmenler; yaşam olayları, kayıp ya da tehlikenin öznel anlamı, fiziksel hastalık, kaza, bir ilişkinin bitmesi, ölüme tanık

olma vb.'dir. Sürdürücü etmenler ise; bireysel yatkınlık, hastanın ailesi, doktor ve sosyal sistemle karşılıklı etkileşimidir.

Bütün bu etiyolojik açıklamalar konversiyon ve somatizasyonun "sözel olmayan bir iletişim" olduğu şeklinde toparlanabilir. Doğrudan sözel iletişim psikodinamik, biyolojik, öğrenme ya da kültürel bir nedenle tıkandığında ya da engellendiğinde; birey, kendisini somatik bir dille ifade etmektedir. Etiyolojiye yönelik bu tartışmalar somatizasyon ve konversiyona psikiyatrik bir bozukluk grubu olmaktan çok kendi başına bir olgu ya da yalnızca bir belirti olarak yaklaşma eğilimini güçlendirmektedir.

Klinik Belirtiler ve Tanı:

Konversiyon ve somatizasyon bozukluğunun kliniği oldukça renkli, karmaşık ve sınırları belirsizdir. Tanısal sınıflandırma ve sınırlandırmaların tartışmalı olması bu karmaşayı daha da artırmaktadır. Özellikle DSM III'de somatoform bozukluklar grubu oluşturulmadan önceki araştırmalar oldukça çeşitlilik göstermektedirler. Kliniğin tanımlanmasında temel sorun; histeri kavramının belirsizliğinden gelmektedir. Neye histeri denileceği psikiyatride o denli tartışılmıştır ki sonunda histeri kavramı Chodoff ve Lyons'un (1958) dedikleri gibi "uzun süren bir semantik kabuklanma ile bir fosil ve bukalemun haline gelmiş ve davranışın çok değişik ve zayıf sınırları olan anlamlarını karşılar" olmuştur. Aynı yazıda Chodoff ve Lyons histeri ile ilgili beş farklı anlam olabileceğinden söz etmişlerdir;

1- Histerik kişilik ya da histerik karakter olarak tanımlanan belirli bireylerin alışılmış dışı vuran davranış örüntüleri

2- Konversiyon histerisi ya da konversiyon reaksiyonu denilen bir çeşit özel psikosomatik belirti grubu

3- Fobiler ve / ya da anksiyete histerisi denilen belirgin anksiyete belirtileriyle karakterize psikonevrotik bir bozukluk

4- Özel bir psikopatolojik örüntü

5- Herşeye uydurulabilen bir terim

Yazarların aynı yazıda histeri için oldukça ilginç gözlemleri de vardır; "Histeri özellikle hastane ekiplerinde ve psikiyatri eğitimi görmemiş doktorlarca sık kullanılan bir terimdir. Bu durum daha çok bilinçsiz bir güdülenme ile ilgilidir ve engelleyici, düşmanlığı kışkırtıcı davranışları olan hastalara bir tepki olarak kullanılır. Bu kullanım tıp dışı alanlarda da yaygındır ve kızdırıcı, hor görücü, küçümseyen davranışları olanlara 'histerik dişi' (karı) denir. Kimi zaman da bu tanının doktordan hastaya yönelik düşmanca duyguların bir sonucu olarak konduğu da bilinmektedir".

Histeri üzerine en ilginç önerme ise Gabarth (1990)'ın bildirdiğine göre; Hollander ve Lerner'in histerik kişiliğin Amerikan toplumunda istenilen, uygun kadın tipi olduğu önermeleridir.

Bu karmaşık hastalık, kişilik ve belirti gruplarının tek tek kliniği araştırmanın amacını aşmaktadır. Bu nedenle klinik belirtiler Konversiyon ve Somatizasyon Bozukluğu ile onun DSM III öncesi karşılığı olan Briquet'in Sendromu'yla sınırlandırılmıştır. Guze (1975)'de Briquet Sendrom'lu hastaların tümünde görülen klinik öykünün özelliklerini; çok sayıda ve değişik ağrılar, anksiyete belirtileri, mide-barsak sisteminde düzensizlik bozukluklar, boşaltım sistemi ile ilgili belirtiler, menstruel güçlükler, cinsel yaşam ve evlilik uyumsuzlukları, sinirlilik, duygudurum dalgalanmaları, konversiyon belirtileri, sık doktora

gitme, çok sayıda ilaç kullanma, çok sayıda hastaneye yatış ve cerrahi işlem olarak tanımlanmıştır. Aynı kadında histeri ve sosyopatinin birlikte görülmesi beklenilenden çok bulunmuştur (Cloninger ve Guze 1975). Cloninger ve Guze (1970b) daha eski bir çalışmalarında da suçlu kadınlar arasında histeri ve sosyopatinin sıklığından söz etmişlerdir. Genç kadınlarda da yaşlı kadınlara göre histerinin daha fazla sayıda belirtili olduğu bildirilmiştir (Guze ve ark. 1972). Konversiyonla ilgili yapılan çalışmalarda da yaygın inanışların aksine sonuçlar elde edilmiştir. Konversiyon bozukluğu ile histeri ve histerik kişilik arasında kurulan bağlar araştırmalarla desteklenmemiştir. Chodoff ve Lyons (1958) konversiyonu olanlarda histerik kişiliği %18 oranında bildirirlerken, pasif-agresif kişiliği %41 oranında bildirmişlerdir. Ancak konversiyon bozukluğu ile histerik kişilik arasındaki ilişkiyi %21-50 oranında bulan çalışmalar da vardır (Ziegler ve ark. 1960, Lewis ve ark. 1965). Konversiyon bozukluğunun özgül eşlik edicileri olarak kabul edilen ve DSM II'de de tanı için gerekli olduğu söylenen "güzel aldırılmazlık" (la belle indifference), "ikincil kazanç", "sembolizm" in de bu bozuklukla her zaman eşleşmedikleri gösterilmiştir (Lazare 1981). Stephens ve Kamp (1962) güzel aldırılmazlığı olguların %30'unda saptayabilirken, olguların ancak %5'inin histerik kişilik tanısı aldığını ve %20'sinin ise pasif-bağımlı kişilik olduğunu bildirmişlerdir. Raskin ve ark. (1966) güzel aldırılmazlığı çalışmaya aldıkları 32 hastanın 13'ünde saptayabilirken, %93'ünde konversiyonu önceleyen psikolojik bir stres ve %82'sinde de ikincil kazanç saptamışlardır. Whitlock (1966) ise psikolojik zorlanmayı olguların %52'sinde saptayabilmiştir. Son zamanlarda Folks ve ark. (1984) konversiyon geçiren olguların ancak %6'sında histriyonik kişilik bozukluğunu bulgulayabilmişlerdir. Hafeiz (1986) konversiyon bozukluğu olanlarda histerik kişiliği %6 oranında saptarken, güzel aldırılmazlığı ancak %2 hastada bulgulayabilmiştir. Kimble ve arkadaşlarının (1975)

yaptıkları bir çalışma ise bu bulgulara zıt olarak Briquet'in Sendromu ile histerik kişilik arasında %85 oranında bir ilişki olduğu yönündedir. Ancak bu çalışma tanı kriterleri açısından eleştiriye oldukça açıktır. Daha eski bir çalışmada Woodroff ve ark. (1969) sosyopatlar, alkol ve ilaç bağımlılarında 1/3 - 1/4 oranında konversiyon saptamışlardır. Guze ve ark. (1971a) histeri ya da antisosyal kişilik bozukluğu tanılarının biri ya da ikisini birden alanların %35'inde konversiyon olduğunu bildirmişlerdir. Kozanlar ve ark. (1986) histeri tanısı alan hastalarda histriyonik kişilik bozukluğunu %10 oranında saptarlarken, hastaların anababalarının büyük bir kısmını da antisosyal özellikli olarak bulgulamışlardır. DSM III somatizasyon bozukluğu ile ilgili çalışmalar biraz daha farklı sonuçlar içermektedirler. Morrison (1989) somatizasyon bozukluğu olan kadınların yaklaşık %60'ında histriyonik kişilik bozukluğu saptamıştır. Lilienfeld ve ark. (1986) somatizasyon bozukluğu olan kadın ve erkeklerden %50'sinde DSM III kriterlerine göre histriyonik kişilik bozukluğu saptamışlardır ve histriyonik kişilik bozukluğu ile somatizasyon bozukluğunun aynı hastalığın farklı görünüşleri olduklarını öne sürmüşlerdir. Koenisberg ve ark. (1985) ise histriyonik kişilik bozukluğu ile somatoform bozukluk arasında düşük oranda bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Tüm bu çalışmalar arasındaki çelişkili bulgular ele alınan hasta grubuna uygulanan tanı kriterlerinin birbirleriyle farklılıklar göstermesiyle ilgili gibi durmaktadır. Guze ve ark. (1986) Briquet'in Sendromu'yla ilgili 6 yıllık bir izlem çalışması sonucunda antisosyal kişilik bozukluğu ile Briquet'in Sendromu'nun ortak bir etiyolojik kökenin kadın ve erkeklerdeki görünüşleri olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu sonuçların kliniğe yansıyan görünümü somatizasyon bozukluğu olan olgularda özellikle histriyonik ve antisosyal kişilik bozukluğunun bir çok özelliğiyle karşılaşabileceğidir. Bunlar; yakınmaların teatral, dramatik bir dille ifade edilmesi, kışkırtıcılık, manipülatif, dürtüsel,

düşmanlık uyandırıcı bir davranış örüntüsünün olması, emosyonel dalgalanmaların sık olması ve özellikle anksiyete ve depresyon belirtilerinin de bildirilmesidir.

Belirti çeşitliliğini ve hastanın psikososyal acısını sunma biçimini etkileyen bir çok etmen kliniği de etkilemektedir. İlk çalışmalar histeri ile sosyoekonomik durum arasında bir bağ olmadığını desteklerken (Woodroff ve ark. 1971), konversiyon belirtilerinin daha çok düşük sosyoekonomik düzeyde görüldüğü bildirilmiştir (Guze ve Perley 1963). Ziegler ve ark. (1960) kırsal kökenli hastalarda daha ilkel ve daha fizyoloji dışı belirtilerin görüldüğünü eğitilmiş gruptaki hastaların belirtilerinin ise bilinen hastalıkları daha iyi taklit ettiklerini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada konversiyon geçirenlerin ya ailenin en küçük çocuğu ya da hemcinslerinin en küçüğü oldukları belirtilmiştir. Histerisi olan kadınların eşlerinde sosyopati ve sosyopatisi olan erkeklerin eşlerinde ise histerinin sık olduğu bildirilmiştir (Guze ve ark. 1971b). Eskiden beri histeri, konversiyon ve somatizasyon kadınlara özgü olarak düşünülmüştür. Ancak bu bozuklukların çok sık olmasa da erkeklerde de görülebileceğini bildiren yayınlar vardır (Smith ve ark. 1985, Golding ve ark. 1991)

Konversiyon tanısı için belirtinin fizyolojik olarak olanaksız olduğunu bilmek yeterlidir. Sembolizm, güzel aldırmaçlık, kişilik özellikleri, ikincil kazanç silik işaretlerdir. Bunlar ancak şüpheli olgularda işe yarayabilirler. Şüpheli bir olguda bu silik belirtilerden hiçbirinin olmaması organik hastalık riskini artırabilir. Ancak silik belirtilerin tümünün olduğu olgularda bile organik bir nedenin olabileceği de akılda tutulmalıdır (Ford ve Folks 1985).

Konversiyona eşlik eden en önemli öykü psikososyal bir zorlanmanın konversiyonu öncelemesidir. Hafeiz (1986) olguların %85'inde belirtilerin özgül bir sorunla eşleştiğini bildirmiştir. Tomasson ve ark. (1991) en sık rastlanan psikososyal zorlanmanın genellikle aile ya da yakın akrabadan biriryile ilgili kişisel bir olay, ikinci sıklıkla da herhangi bir kayıp

olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada konversiyon bozukluğunda en sık rastlanan belirtinin %71 oranıyla santral sinir sistemiyle ilgili bir belirti olduğu söylenmiştir. Daha önceleri Guze (1975), konversiyonun yalnızca nörolojik bir hastalığı düşündüren belirtiler için kullanılması gerektiğini öne sürmüştür. Özkan ve ark. (1988)'da 7-18 yaş grubunda en sık görülen konversiyon belirtisinin %76-77 ile bayılma olduğunu bildirmişlerdir. Tomasson ve ark. (1991) en sık belirtileri %24'le katılma ve %10'la paralizi olarak bildirirken, Hafeiz (1986) Sudan'da en sık rastlanan konversiyon belirtilerini sırasıyla ses kaybı, soluk kesilmesi, baş ağrısı ve kusma olarak bildirmiştir. Hafeiz, konversiyon bozukluğu olan kadınların genelde işsiz ya da koca/babalarına bağımlı, ailede hiyerarşinin en altında, istenmeyen, hoşla gitmeyen durumlarla başedemeyen, doyumsuz insanlar arası ilişkileri olan, okul başarısı kötü, sorumluluklarını yerine getirmede yetersiz kadınlar olduklarını bildirmiştir. Stefanis ve ark. (1976) Yunanistan'da yaptıkları bir çalışmada sosyoekonomik yapı ve eğitim düzeyi yükseldikçe insanların ruhsal hastalık bilgilerinin artmasına bağlı olarak daha özgül belirtilerin ortaya çıktığını ve dramatik belirtilerin görülme sıklığının düştüğünü bildirmişlerdir. Aynı çalışmada kadınların kadınsılıkları azaldıkça (defeminisation) ve erkeklerin erkeksilikleri azaldıkça (demasculation) sosyokültürel yapının değişmesi ve eğitimin artmasıyla; kadınların eğitim ve eşitlik anlamında özgürleşmeleri arttıkça, histeri ve konversiyonun sıklığının içeriği değişerek azalacağı öne sürülmüştür.

Somatizasyon, hastanın yaşamında duruma özgü olabilir ve yalnızca bazı olaylarda geçici olarak ortaya çıkabilir. Kimi zaman da yaşam boyu süren bir yaşama biçimi / yaşama yolu haline gelebilir. Somatizasyon bozukluğunda sağlıklı evliliklere bağlı kargaşa içinde

geçmiş bir çocukluk, fiziksel ya da cinsel kötü davranım ve anababada madde kullanımı öyküleri vardır (Ford 1986).

Somatizasyon bozukluğunda belirtilerin ortaya çıkma yaşı, ilk çıkan belirtiler ve belirti sayısı önemlidir. Somatizasyon bozukluğunda da konversiyon bozukluğunda da belirtilerin çoğu 20 yaşın altında başlamaktadır. Somatizasyon bozukluğu ergenlik ya da erken erişkinlikte başlar. Konversiyon bozukluğu ise herhangi bir yaşta başlayabilir. Ancak klinikte konversiyon bozukluğu 20 yaş altında sık görülürken, somatizasyon bozukluğu olan hastalar 44-64 yaş arasında daha çok psikiyatriye başvurumaktadırlar (Swartz ve ark. 1991, Tomasson ve ark. 1991). Somatizasyon bozukluğunda ilk ortaya çıkan belirti ağrıdır. Sırt, karın, göğüs ya da yaygın bedensel ağrılardır. İkinci sırada yorgunluk, sersemlik, nefes daralmaları, çarpıntılar daha az olarak da konversiyon belirtileriyle başlar (Lipowski 1988). Belirti sıklığı da önemlidir. Çevik ve ark. (1988) en sık görülen belirtilerin kas güçsüzlüğü, kas paralizisi ve yürüme güçlüğü olduğunu bildirirken, Ayhan ve ark. (1988) en sık belirtilerin nefes darlığı, baş dönmesi, çarpıntı, kendini hasta hissetme ve kol-bacak ağrıları olarak bildirmişlerdir. Srinivasan ve ark. (1985) Hindistan'da en sık rastlanan belirtilerin baş ağrısı, yorgunluk, çarpıntı, uykusuzluk ve göğüs ağrısı olduğunu bildirmişlerdir.

Somatizasyon bozukluğu olgularında en belirgin klinik özelliğin aleksitimi olduğu söylenmiştir (Shipko 1982). Ancak Kirmayer (1987), aleksitiminin somatik zorlanmaya bağlı geçici bir durum olabileceğini belirtmiştir. Kirmayer'e göre insanlar aleksitimik oldukları için somatizasyon ortaya çıkmamakta, somatik yakınmanın şiddeti nedeniyle birey aleksitimik özellikler göstermektedir. Somatizasyonda etnik kökenin önemine değinilmiştir. İngilizce, Urduca, Gujaratisce gibi üç farklı dili konuşan etnik gruplarda somatizasyon eğiliminin birbirlerine benzer olduğu ancak Asya'lı grubun hastalıklarını fiziksel bir nedene

bağlama eğilimlerinin İngiliz kökenli gruba göre daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Bhatt ve ark. 1989).

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların bir bölümü doktora özkiyım düşünce ve girişimlerini içeren depresif belirtilerle başvururlar. Antisosyal davranış, iş yaşamındaki güçlükler, kişiler arası sorunlar, gerçeği değerlendirme bozulmadan ortaya çıkan halüsinasyonlar, ilaç ve alkol kullanma doktora başvuru nedeni olabilir (Swartz ve ark. 1986). Bu yakınmaları getiren olgularda derinlemesine bir görüşme yapıldığında; oldukça uzun ve karmaşık bir tıbbi öykü, aşırı ilaç kullanma, değişici özellikte çok sayıda somatik belirtilerle birlikte karmaşık ve bozuk aile ilişkileri, psikososyal zorlanmalarla dolu bir yaşam öyküsü rahatlıkla alınabilmektedir. Amerika'da somatizasyon bozukluğu tanısı alanların genelde; kadın, bekar, ya da boşanmış, kırsal kökenli, düşük eğitilmiş ve beyaz ırk dışı insanlar oldukları bildirilmiştir (Barsky ve Klerman 1983, Swartz ve ark. 1986, Swartz ve ark. 1989).

Klinikte somatizasyon bozukluğu ve somatizasyona en çok eşlik eden belirtiler anksiyete ve depresyondur. Özkiyım öyküsü somatizasyon olgularının %50'sinde varken, konversiyon bozukluğu olan hastalarda %30 civarında olduğu ve somatizasyon bozukluğu hastalarında deprese disforik duygu durumunun %15 oranında olduğu bildirilmiştir (Tomasson ve ark. 1991). Srinivassan ve ark. (1986) Hindistan'daki olgularda anksiyete ve depresyonun, olguların %70'inden fazlasında bulunduğunu bildirmişlerdir. En çarpıcı rakam Liskow ve ark.'nın (1985) çalışmalarından elde edilmiştir. Briquet'in Sendromu tanısı alanların %87'sinin DSM III majör depresyon kriterlerini karşıladıklarını saptamışlardır.

Ayırıcı Tanı:

Özellikle somatizasyon olmak üzere somatizasyon ya da konversiyonla gelen her olguda ayırıcı tanının çok iyi yapılması gereklidir. Akılda tutulması gereken ilk önerme; somatizasyonun kendi başına bir tanı grubu olmadığıdır. Lipowski (1988) somatoform bozuklukların somatizasyon aysberginin su üstündeki minik bölümü olduğunu söylemiştir. Somatizasyon depresyondan şizofreniye kadar hemen tüm psikiyatrik bozuklukların kliniğinde baskın ya da tek belirti olarak ortaya çıkabilir. Fiziksel hastalıklarla birlikte olabilir. Konversiyon Bozukluğunda da en önemli ilke; konversiyon belirtisiyle gelen olguda konversiyonun en son düşünülmesi gereken tanı olduğudur. Gattfield ve Guze (1962) konversiyon tanısı alan hastaların büyük bir bölümünde izlemde nörolojik bir hastalık ortaya çıktığını bildirmişlerdir.

Ayırıcı tanıda en önemli sorun; başlangıcından bu yana histeri, konversiyon ve somatizasyon için kesin geçerli tanımlama ve tanı kriterlerinin geliştirilememiş olmasıdır. Bu tanısal karmaşa somatizasyon belirtileriyle gelen hastaların hemen her türlü psikiyatrik tanrı alabilmelerine ya da birden çok DSM III-R birinci eksen tanısı almalarına yol açmaktadır. Katon ve ark. (1982) DSM III'e göre somatizasyon bozukluğu tanısı alanların %80'inin ek bir tanı daha aldıklarını (%65 Majör Depresyon, %15 Distimi) bildirmişlerdir. Liskow ve ark. (1986) Briquet'in Sendromu tanısı alanların %98.7'sinin ek bir DSM III tanısı daha aldıklarını, Swartz ve ark. (1986)'da somatizasyon bozukluğu tanısı alanların %77.9'unun ek bir tanı daha aldıklarını bildirmişlerdir.

Ford (1986) somatizasyonla ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozuklukların; bedenselleştirilmiş (somatize edilmiş) depresyon, bedenselleştirilmiş anksiyete ve bedenselleştirilmiş panik bozukluğu olabileceğini söylemiştir.

Somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu tanı gruplarının belirsizlikleri hem tarihsel öncüllerinden gelmektedir, hem de her ikisinin de hemen tüm psikiyatrik bozukluklarda görülebilen belirtiler olabilmelerine bağlıdır. Ancak her iki bozukluk da psikiyatride en önemli kavramın yani histerinin ardıllarıdır. Histerinin sosyoekonomik yapı ve kültürel değişimle içiçe geçmiş ve aynı değişimi kendi içinde taşıyan bir "tanı" olduğu söylenebilir. Gerek belirtilerin nicelik ve nitelikleri gerekse histerinin cinsiyetle olan yakın ilgisi kültürel yapıdan oldukça etkilenmektedir. Ancak kesin olan bir şey varsa o da hemen tüm kültürlerde birbirinden farklılıklar gösteren ama aynı zamanda da bir hastalık olarak kabul edilen bir görünümün histeri olarak adlandırıldığıdır. Bu nedenle histerinin çağdaş karşılığı olan somatizasyon ve konversiyon bozukluklarının belli bir kültürde belli bir zamanda taşıdıkları özelliklerin sosyoekonomik ve kültürel değişkenlerle ilişkilerinin kurulabilmesi oldukça ilginç olabilir.

Bu bilgilerin ışığında; hem somatizasyon bozukluğu hem de konversiyon bozukluğu üzerinde oldukça yoğun tanı tartışmalarının olduğu söylenebilir. Her iki bozukluk da hem hemen tüm psikiyatrik bozukluklarda bir belirti olarak, hem de bir psikiyatrik bozukluk grubuna sokulamayan bireylerde görülebilmektedir. Somatizasyon ve konversiyonun nedenlerine yönelik varsayımlar ise psikolojik, biyolojik ve sosyolojik olmak üzere bir çok bilimsel disiplinden türetilmektedir. Her iki bozukluğun da kültürel yapı, sosyoekonomik düzey, cinsiyet, eğitim başta olmak üzere çok sayıda etkence belirlendiği ileri sürülmektedir.

Öte yandan özellikle somatizasyon ve somatizasyon bozukluğu tanı grubu kavramlarının batı kaynaklı tıp düşüncesinin ürünleri oldukları eleştirileri de sürüp gitmektedir. Tüm bunların sonucunda; Türkiye gibi hem doğu hem batı kültürünün içiçe

geçtiği bir ÷lkede, her iki bozukluk grubuna da sokulabilen bireylerin özelliklerinin belirlenmesi oldukça ilginç olacaktır. Araştırma bu amaçla planlanmıştır.



YÖNTEM

Araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne 1993 yılında toplam 6 aylık bir dönemde başvuran hastalar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Polikliniğe başvuran hastalardan DSM III-R kriterlerine göre (Ek 1) Somatizasyon Bozukluğu (SB) ve Konversiyon Bozukluğu (KB) tanılarına alan ilk 50'şer kadın hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya kullanılan ölçekler nedeniyle en az ilkokul mezunu olan kadınlar alınmış, okuryazar olmayanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Okuryazar olmadığı için çalışmaya alınamayan kadın sayısı 10'u geçmemektedir. Gerek tanı gerekse demografik ve klinik özellikler belirlenirken yapılandırılmamış bir görüşme uygulanmıştır. Formdaki özellikle aile yapısı, hastanın öz ve soygeçmişine dair özellikler, klinik görünümle ilgili bilgiler Guze ve arkadaşlarının Briquet'in Sendromuna (Ek 2) dair yaptıkları araştırmalardan derlenmiştir.

Görüşmede ve kabul edilen somatik yakınmalarda hastanın verdiği bilgi temel alınmıştır. Klinik belirti, öykü ile fizik ve nörolojik bakı fiziksel bir hastalığı düşündürdüğünde; elektroensefalografi dahil gerekli laboratuvar incelemeleri yaptırılmıştır. Görüşme içinde hastaya Hamilton Depresyon Ölçeği (Hedlung ve Vieweg 1973) uygulanmış ardından birleştirilmiş tek bir form halinde aşağıdaki öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır.

- 1- Toronto Aleksitimi Öz bildirim Ölçeği (Ek 3)
- 2- Irvine Aleksitimi Öz bildirim Ölçeği (Ek 4)
- 3- Wiggins içerik ölçeklerinden Dışa Vuran Düşmanlık (Ek 5) ve Otorite Çatışması (Ek 6) Ölçekleri

4- Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) Özel Ölçeklerinden Aşırı Kontrol Edilmiş Düşmancalık Ölçeği (Ek 7)

5- Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek 8 ve 9)

6- Zung Depresyon Ölçeği (Ek 10)

7- BEM Cinsiyet Rol Envanteri (Ek 11)

8- Cinsiyet Tutum Anketi (Ek 12)

1- Toronto Aleksitimi Özbildirim Ölçeği (TAÖ): TAÖ aleksitimiyi ölçmek için geliştirilmiş özbildirim ölçeklerinden en yaygın olarak kullanılanıdır (Taylor ve ark.1985). Ölçek daha önce Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (Dereboy 1990). Ölçeğin Türkçe formu "evet-hayır" şeklinde doldurulan 27 maddeden oluşmaktadır. Kesme noktası "11" olarak alındığında güvenilirliği %87 olarak bulunmuştur.

2- Irvine Aleksitimi Özbildirim Ölçeği (IAÖ): IAÖ, MMPI maddelerinden seçilmiş 20 maddelik bir ölçektir (Shipko ve Novello 1984). Türkçe'ye uyarlanan biçiminde "evet-hayır" şeklinde yanıtlanan 19 madde vardır ve kesme noktası "11"olarak alındığında güvenilirliği %83 olarak bulunmuştur.

3- Wiggins İçerik Ölçekleri: Wiggins İçerik Ölçekleri MMPI maddelerinden geliştirilmişlerdir. MMPI ölçeklerinin madde içeriğinden bağımsız bir ölçme yapmasına karşın Wiggins İçerik Ölçeklerinin, testi doldurmanın her maddeye verdiği tepki aracılığıyla kendini ifade etmesini sağladığı düşünülmektedir (Greene 1980). Wiggins İçerik Ölçeklerinde maddeler türdeş bir dağılım göstermektedirler ve farklı ölçeklerde ortak maddeler bulunmamaktadır. Böylece ölçeklerin birbirlerinden bağımsız alanları ölçebildikleri düşünülmektedir. Wiggins İçerik Ölçekleri'yle bir psikiyatrik tanı koymaktan

çok bireyin ölçek alanındaki genel tepkileri, duygu ve düşünceleri üzerine bilgi sahibi olunabilmektedir. İçerik Ölçekleri'nin iç tutarlılıkları çalışılmış ve gösterilmiştir. Ayrıca çeşitli gruplarda kullanılarak değerlendirilmişlerdir (Greene 1980, Graham 1987). Wiggins İçerik Ölçekleriyle MMPI ölçekleri arasındaki ilişki de Türkiye'deki çeşitli tanı grupları için daha önceden çalışılmıştır (Arıkan ve ark. 1993a, Candansayar ve ark. 1993a).

Dışavuran Düşmanlık (Manifest Hostility, HOS) Ölçeği: Ölçek düşmanca tutumları yansıtmaktadır. Doğru ya da yanlış olarak seçilen 27 maddeden oluşur. Ölçekten elde edilen puan bir tabloda "t puanına" dönüştürülür. Yüksek puan alanlar sürekli karşı gelme tutumu sergileyen, yakınmacı, tartışmacı, işbirliğinden kaçınan kinci kişiler olarak değerlendirilmektedirler.

Otorite Çatışması (Authority Conflict, AUT) Ölçeği: Ölçek otorite çatışmalarını yansıtmaktadır. Yine doğru ya da yanlış şeklinde işaretlenen 20 maddeden oluşur ve bir tablo aracılığıyla "t puanlarına" dönüştürülür. Yüksek puan alanlar karşılarındakini sahtekar, iki yüzlü ve yalnızca kendi çıkarlarına uygun olarak değerlendiren, ailesiyle çatışma içinde olan bireylerdir. Bu kişilerin herkesin kendilerini sömürdüklerine dair güçlü bir inançları vardır.

4- Aşırı Kontrol Edilmiş Düşmanlık (Overcontrolled Hostility, O-HOS) Ölçeği: O-HOS ölçeği de MMPI maddelerinden geliştirilmiştir ve saldırgan davranışların değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçektir. Belirli bir kesme noktasından çok gruplar arası farklılıkların yorumlanmasında yararlı olduğu söylenmektedir. Düşük puanların kızgınlık duygusunu çok az belirten, engellenmeye sözel düşmanlık göstermeyen, bağımlı ancak üstünlük gereksinimi olan ve diğerlerine göre daha sosyalleşmiş bireyleri tanımlamakta olduğu söylenmektedir (Greene 1980, Graham 1987). O-HOS Ölçeği doğru ya da yanlış

olarak işaretlenen 31 maddeden oluşur. Elde edilen sonuç standart bir tabloyla "t puanlarına" dönüştürülür.

5- Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, STAI I-II): STAI I-II bireyin o sıradaki anksiyete düzeyiyle, genelde süreklilik gösteren anksiyete düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir (Spielberger ve ark. 1970). Türkiye'ye uyarlanan ve güvenilirlik ve geçerliliği yapılan ölçekler 20'şer maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi puanlanan ölçeğin belli bir kesme noktası yoktur (Öner ve LeCompte 1985).

6- Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ): ZDÖ yaklaşık 30 yıldır tüm dünyada oldukça yaygın olarak kullanılan öz bildirim tipinde bir depresyon ölçeğidir (Zung 1965). Dörtlü Likert tipi doldurulan ve 20 maddeden oluşan ölçekten elde edilen ham puan standart bir tablo aracılığıyla depresyonun düzeyini "%" olarak belirleyen bir puana dönüştürülmektedir. Depresyon tanısından çok bireyin depresif duygudurumunun düzeyini göstermektedir.

7- BEM Cinsiyet Rol Envanteri: BEM Envanteri 70'li yıllarda geliştirilmiştir (Bem 1974). Çeşitli çalışmalarla kroskültürel geçerliliği gösterilmiş (Wilson ve ark. 1990) ve Türkiye için uyarlanan formunun da güvenilirlik ve geçerliliği yapılmıştır (Dökmen 1991). Ölçek erkeksilik (masculinity) ile ilgili 20, kadınsılık (femininity) ile ilgili 20 ve nötr 20 olmak üzere 60 maddeden oluşmaktadır. Yedili Likert tipi puanlanan ölçekten kadınsılık maddelerinden elde edilen ortalama puanla, erkeksilik maddelerinden elde edilen ortalama puan arasındaki fark "androjeni puanı" olarak hesaplanmaktadır. Negatif puanlar erkeksiliği ve şiddetini, pozitif puanlar kadınsılığı ve şiddetini göstermektedir. Yüksek pozitif androjeni puanı yalnızca kadınsı rolün benimsenmesi dışında erkeksi rolün de reddedilmesi anlamına gelmektedir. Aynı şekilde yüksek negatif androjeni puanları da erkeksi rolün benimsenmesi dışında kadınsı rollerin de reddedilmesi anlamına gelmektedir. Androjeni

puanının "0" a yakın olması; hem erkeksi hem de kadınsı rollerin bir arada benimsendiğini göstermektedir.

8- Cinsiyet Rol Tutumları Ölçeği: Ölçek kadınların toplumsal yapı ve aile içindeki cinsiyet rolüne karşı tutumlarını belirlemek için geliştirilmiş ve Türkiye'de çok geniş bir örneklemede kullanılmıştır (Çelebi 1990). 20 maddeden oluşan ölçek Dörlü Likert tipi yanıtlanmaktadır. Belli bir kesme noktası yoktur. Elde edilen puanlar kadının aile içi, aile dışı, çocuk yetiştirme ve annelik alanlarındaki tutumlarının geleneksel ya da eşitlikçi olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) uzun yıllardır kullanılan bir ölçektir (Hedlung ve Vieweg 1973). Hastayla görüşen hekim tarafından doldurulur. Depresyon tanısından çok depresyonun şiddetinin belirlenmesini sağlar. Bu araştırmada 17 maddelik form kullanılmıştır (Ek 13). Hastalar 13 ve üzeri puan alanlarla 12 ve daha az puan alanlar olarak ayrılmışlardır.

DSM III-R kriterlerine göre SB tanısı alan hastalar daha sonra Briquet'in Sendromu kriterlerine göre yeniden değerlendirilmişlerdir.

Araştırmada demografik ve klinik değişkenlerin iki hastalık grubundaki değerleri arasındaki fark için "Chi Square" (Ki Kare), sayısal puan elde edilen ölçekler arasındaki fark için "Student t test" (iki ortalama arasındaki farkın önemi), SB ve Briquet'in Sendromu tanıları arasındaki ilişki için de "Mc Nemar'ın Eşleştirilmiş Oran Testi" kullanılmıştır.

Araştırmanın Yöntemsel Sınırlılıkları:

1- SB ve KB'nun Türkiye'deki sıklığıyla ilgili herhangi bir epidemiyolojik veri yoktur. Bu nedenle hasta sayısının ve bu araştırmadaki hasta grubunun genel özelliklerini ne derece yansıttığı tartışmalıdır. Bu yüzden sonuçlar kısa sayılabilecek bir kesitsel zaman diliminde büyük kent üniversite kliniğine başvuran hastaların özellikleri olarak değerlendirilmelidir. Ancak bu sonuçların yine de sorun alanlarında ya da varsayımların denenmesinde anlamlı sonuçlar verebileceği düşünülebilir.

2- Araştırmada genelde özbildirim ölçekleri kullanıldığından en az ilkokul mezunu olanlar çalışmaya alınmıştır. Herne kadar bu durum eğitimsiz hastaların belirtilerinin nicelik ve niteliğinin değerlendirme dışı kalmasına yol açmışsa da, araştırmanın kroskültürel özellikler taşımaması ve ölçekle belirlenebilen alanların araştırmanın temelini oluşturması bu sınırlılığı gözardı etmeyi sağlayabilir. Ayrıca veri toplama döneminde başvuran ve çalışmaya eğitimsiz oldukları için alınamayan hastaların sayısının 10'u geçmemesi de bu savı desteklemektedir.

3- Araştırmaya yalnızca Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran hastalar alınabilmektedir. Bu nedenle de hasta popülasyonu bu hastaneye gelebilen hastalarla sınırlıdır. Üniversite kliniklerine genelde Emekli Sandığı ya da SSK gibi sosyal güvence sağlayan bir kuruma bir şekilde dahil olan ve daha çok Ankara'da yaşayan kişiler başvurmaktadır. Bu durum araştırmaya dahil edilebilecek sayıda KB ve SB tanısı almış erkek hastanın da bulunamamasına yol açmış olabilir.

BULGULAR

Araştırmaya SB tanısı alan 50 kadın hasta ve KB tanısı alan yine 50 kadın hasta alınmıştır. SB olanların yaş ortalaması; 31.40 ± 6.92 ve KB olanların yaş ortalaması da; 22.96 ± 6.45 'di. İki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ($t = .00, p < .05$). Hastalığın ortalama başlangıç yaşı SB için; 20.24 ± 4.77 , KB için 19.50 ± 3.92 'ydi. İki grup arasında hastalığın ortalama başlangıç yaşı açısından fark yoktu ($t = .399, p < .05$).

Tablo 1'de her iki grubun medeni durumlarıyla ilgili özellikler gösterilmiştir. SB grubundakilerin %84'ü evliken, KB grubundakilerin %44'ü evlidir. İki grup arasında medeni durum yönünden anlamlı fark vardı ($X^2 = 22.85, p < .01$).

Medeni Durum	Bekar		Evli		Boşanmış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	6	12	42	84	2	4
Konversiyon B.	28	56	22	44	0	0

Tablo 1: Hastaların medeni durumları

Tablo 2'de ise iki grubun eğitim durumlarıyla ilgili veriler gösterilmiştir. KB grubunda lise ve yüksek okul eğitimi olanlar (toplam %62) SB grubundan (toplam %48) daha fazlaydı. Gruplar arası fark anlamlıydı ($X^2 = 2.63, p < .01$).

Eğitim Durumu	İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksekokul	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B	16	32	10	20	15	30	9	18
Konversiyon B.	12	24	7	14	16	32	15	30

Tablo 2: Hastaların eğitim durumları

Tablo 3 ve 4'de iki grubun iş durumları ve çalıştıkları işlerle ilgili bilgiler görülmektedir. Tablo 5'de ise evli olanların eşlerinin çalıştıkları işler gösterilmiştir. Her iki gruptan da halen çalışıyor olan ya da geçmişte çalışmış olanların sayıları birbirine yakındır. Hernekadar aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olsa da ($X^2 = 1.23, p < .01$); bu fark oldukça önemsiz görünmektedir. Aynı durum çalışanların işlerine göre dağılımlarında da gözlenmektedir. Her iki gruptakiler de genellikle işçilik, sekreterlik ya da devlet memurluğu yapmaktadırlar ($X^2 = 6.58, p < .01$). Evli olanların eşlerinin işleri arasında ise belirgin bir fark vardır ($X^2 = 53.62, p < .01$). SB grubundakilerin eşleri daha çok öğretmen ya da devlet memuruyken, KB grubundakiler işçi, esnaf ya da bunların dışındaki işlerde çalışmaktadırlar.

İş	Hiç Çalışmamış		Çalışıyor		Daha Önce Çalışmış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	24	48	16	32	10	20
Konversiyon B.	24	48	12	24	14	28

Tablo 3: Hastaların iş durumları

Çalıştığı İş	Somatizasyon B.		Konversiyon B.	
	Sayı	%	Sayı	%
Evde yapılan işler	3	11.6	1	3.8
İşçi, Sekreter, Tezgahtar	8	30.8	15	57.6
Öğretmen, Devlet memuru	13	50	10	38.6
Diğer	2	7.6	0	0
Toplam	26	100	26	100

Tablo 4: Hastaların çalıştıkları işler

Çalıştığı İş	Somatizasyon B.		Konversiyon B.	
	Sayı	%	Sayı	%
Belli bir işi yok	1	2.3	1	4.5
İşçi, Esnaf, Sanatkar	10	22.7	11	50
Öğretmen, Devlet memuru	29	65.9	5	22.7
Y. Öğrenim gerektiren serbest iş (doktor, avukat)	3	6.8	1	4.5
Diğer	1	2.3	4	18.3
Toplam	44	100	22	100

Tablo 5: Hastaların eşlerinin çalıştığı işler

Tablo 6'da her iki gruptakilerden daha önce bir işte çalışıp sonra ayrılanların, işten ayrılmaları için kendilerinin bildirdikleri nedenler gösterilmiştir. SB grubundakiler daha çok evlilik ya da aileyle ilgili nedenler ileri sürerken, KB grubundakiler işle ilgili nedenler ve aile baskısını göstermişlerdir.

İşten Ayrılma Nedeni	Somatizasyon B.		Konversiyon B.	
	Sayı	%	Sayı	%
Evlenince	5	50	2	15
Çocuk doğurunca	2	20	0	0
Hastalanınca	1	10	1	7
Göçedince	1	10	0	0
İşi sevmeyince	1	10	3	21
Aile istemeyince	0	0	3	21
Okula gitmek için	0	0	2	15
İş yerinde taciz nedeniyle	0	0	3	21

Tablo 6: Hastaların işten ayrılma nedenleri

Tablo 7'de hasta gruplarının ekonomik durumları gösterilmektedir. İki grup arasında gelir açısından anlamlı fark olmakla birlikte ($X^2 = 4.40, p < .01$) her iki grupta da üst gelir grubunda olan hasta sayısı fazladır. Ortalama beş milyon TL'den çok aylık geliri olanlar SB grubunda %56, KB grubunda ise %64 oranındadırlar.

Ekonomik Durum	2 milyon TL'den az		2-3 milyon TL arası		3-5 milyon TL arası		5 milyon TL'den çok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B	2	4	7	14	13	26	28	56
Konversiyon B.	6	12	5	10	7	14	32	64

Tablo 7: Hastaların ekonomik durumları

Tablo 8'de hastaların anababalarının kökeni gösterilmektedir. İki grup arasında istatistiki olarak oldukça düşük bir fark bulunmuştur ($X^2 = 1.10, p < .01$). Her iki grubun anababası da daha çok kır kökenli ya da kırdan kente göç etmiş insanlardır.

Köken	Kent		Kır		Kırdan kente	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	10	20	17	34	23	46
Konversiyon B.	8	16	18	36	24	48

Tablo 8: Hastaların anababalarının kökeni

Tablo 9'da ise çalışmaya alınan hastaların kökenleri verilmiştir. Her iki grupta da kentte doğup büyümüş olanlar yaklaşık aynı sayıdadırlar ancak çoğunluk yine kır kökenlidir. İki grup arasındaki fark önemsiz düzeyde anlamlıdır ($X^2 = 1.20, p < .01$).

Hastanın Kökeni	Somatizasyon B.		Konversiyon B.	
	Sayı	%	Sayı	%
Kentte doğmuş ve yaşıyor	21	42	22	44
Kırda doğmuş, çocukken kente gelmiş	10	20	9	18
Kırda doğmuş, evlilik vb.nedenle kente gelmiş	16	32	14	28
Kırda doğmuş ve yaşıyor	1	2	3	6
Diğer	2	4	2	4

Tablo 9: Hastaların kendi kökenleri

Tablo 10'da hastaların yaşadıkları evi kimlerle paylaştıkları gösterilmiştir. İki grup arasında anlamlı fark vardır ($X^2 = 29.46, p < .01$). Ancak iki grupta da daha çok çekirdek aile biçiminin egemen olduğu görülmektedir.

Yaşadığı evi paylaştığı kişiler	Somatizasyon B.		Konversiyon B.	
	Sayı	%	Sayı	%
Eşi ve çocuklarıyla	34	68	12	24
Çocuklarıyla	1	2	0	0
Bekar, dul ya da boşanmış, ailesiyle	0	0	15	30
Eş, çocuklar ve aile büyüklerinden biriyle	9	18	9	18
Yurtta	0	0	8	16
Diğer	6	12	6	12

Tablo 10: Hastaların oturdukları evi paylaştıkları kişiler.

Tablo 11'de hastaların dini inançlarıyla ilgili özellikler gösterilmektedir. Her iki grupta da inandığı dinin kurallarını kısmen yerine getirenler çoğunlukta olmakla birlikte KB grubunda hiçbir dine ve tanrıya inanmayanlar da vardı ve iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı fark vardır ($X^2 = 10.42, p < .01$).

Dini İnançları	Somatizasyon B.		Konversiyon B.	
	Sayı	%	Sayı	%
Hiç bir dine inanmıyor	0	0	7	14
Tanrıya inanıyor ama dine inanmıyor	2	4	6	12
Dine inanıyor ve kimi gereklerini yerine getiriyor	40	80	31	62
İnanıldığı dinin tüm gereklerini yerine getiriyor	8	16	6	12

Tablo 11: Hastaların dini inançları

Tablo 12, 13 ve 14'de sırasıyla hastaların kardeş sayıları, ailenin kaçınıcı çocuğu oldukları ve hemcinsleri arasında kaçınıcı çocuk olduklarıyla ilgili veriler görülmektedir. Her iki grupta da hastaların büyük çoğunluğu 4 ya da daha çok kardeşe sahiptir. Ek olarak KB grubunda az çocuklu aileye dahil olan hasta sayısı SB grubundan daha çoktur ($X^2 = 6.16, p < .01$). Kardeşler arasında ise her iki gruptaki hastalar da, aralarında fark olmakla birlikte ailenin ya en büyük ya da ortanca çocuklarıdır ($X^2 = 2.15, p < .01$). Hemcinsler arasındaki sıralamaya gelince; iki grup arasında anlamlı fark olmakla birlikte ($X^2 = 4.75, p < .01$), her iki grupta da hemcinslerinin en büyüğü olmak bir özellik gibi görünmektedir.

Kardeş Sayısı	Tek çocuk		İki kardeş		Üç kardeş		Dört ve daha çok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	0	0	3	6	8	16	39	78
Konversiyon B.	1	2	8	16	10	20	31	62

Tablo 12: Hastaların kardeş sayıları

Kardeş Sırası	En büyük		Ortanca		En küçük	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	15	30	26	52	9	18
Konversiyon B.	19	38	25	50	6	12

Tablo 13: Hastaların kardeşler arasındaki sıraları

Hemcins Sırası	Tek çocuk		En büyük		Ortanca		En küçük	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	3	6	18	36	11	22	18	36
Konversiyon B.	8	16	19	38	14	28	9	18

Tablo 14: Hastaların hemcinsleri olan kardeşleri arasındaki sıraları

Tablo 15'de hastaların psikiyatri polikliniğine geliş yolları gösterilmektedir. SB grubundaki hastalar büyük oranda dahili tıp bölümlerinden gönderilmişlerdir. KB grubundakiler ise daha çok acil servisten gönderilmişlerdir. KB grubundaki hastalar ikinci sıklıkla, yakınlarınca yakınmalarının psikolojik olabileceği düşünülerek doğrudan psikiyatriye getirilmişlerdir. İki grup arasında önemli oranda anlamlı bir fark vardır ($X^2 = 25.75, p < .01$).

Geliş Yolu	Doğrudan kendisi		Yakınlarınca		Cerrahiden		Dahiliyeden		Acilden	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	3	6	7	14	2	4	36	72	2	4
Konversiyon B.	4	8	11	24	3	6	13	26	19	38

Tablo 15: Hastaların psikiyatriye geliş yolları

Tablo 16'da hastaların psikiyatrist dışında gittikleri ortalama doktor sayıları görülmektedir. SB grubundakilerin büyük çoğunluğu (%68) altıdan fazla kez psikiyatrist dışı doktora giderken, KB grubundakilerin büyük çoğunluğu ise (%74) psikiyatrist dışı doktorlara beş kezden az gitmişlerdir. İki grup arasındaki fark anlamlıdır ($X^2 = 18.01, p < .01$).

Doktor Sayısı	0 - 5 kez		6 - 10 kez		11'den fazla	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	16	32	11	22	23	46
Konversiyon B.	37	74	3	6	10	20

Tablo 16: Hastaların psikiyatrist dışı gittikleri doktor sayıları

Tablo 17 ve 18'de ise hastalardan herhangi bir nedenle hastaneye yatanların sayısı ile ameliyat olanların sayısı gösterilmektedir. SB grubundaki hastalar KB grubuna göre hem daha çok sayıda hastaneye yatmışlardır ($X^2 = 8.24, p < .01$), hem de daha çok sayıda ameliyat geçirmişlerdir ($X^2 = 3.52, p < .01$).

Hastaneye Yatış	Yatmayan		Yatan Topl.		Bir kez		İki kez		Üç kez		Dörttençok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatizasyon B.	22	44	28	56	13	26	7	14	6	12	2	4
Konversiyon B.	32	64	18	32	13	26	4	8	1	2	0	0

Tablo 17: Hastaların hastaneye yatış durumları

Ameliyat	A. Olmayan		A. Olan		Bir kez		İki ve daha çok		Toplam Ameliyat
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Somatizasyon B.	29	58	21	42	16	32	5	10	30
Konversiyon B.	36	72	14	28	12	24	2	4	16

Tablo 18: Hastaların geçirdikleri ameliyat sayıları

Tablo 19'da hastaların geçirdikleri ameliyatlara cinsi ve sayısı gösterilmiştir. SB grubundaki hastalar belirgin bir çoğunlukla apendektomi, tonsillektomi gibi daha çok tanı karmaşasının olabileceği ameliyatlara geçirmişler ya da sezeryan olmuşlardır.

Ameliyatın Cinsi ve Sayısı	Somatizasyon B	Konversiyon B
Apendektomi	8	1
Tonsillektomi	3	3
Jinekolojik cerrahi	7	2
Böbrek taşı	1	0
Disk hernisi	1	0
Septum deviasyonu	1	0
Kulak cerrahisi	1	1
Laparaskopi	2	1
Kist eksizyonu	2	0
Kolesistektomi	1	0
Guatr	1	0
Çene cerrahisi	1	0
Kardiyovasküler cerrahi	1	0
Fıtık	0	1
Ülser	0	2
Lipom	0	1
Göz cerrahisi	0	4

Tablo 19: Hastaların geçirdikleri ameliyatların cinsi ve sayısı

Tablo 20'de hastaların çocukluk çağında hiperaktif çocuk ya da antisosyal özellikleri olan çocuk öykülerinin olup olmadığı ve ailede hastalık öyküsünün bulunup bulunmadığı gösterilmiştir . Her iki grupta da çocukluk çağında antisosyal özellikler gösteren (vurma, kırma, hırsızlık, kavgacılık gibi) hastaların sayısı eşittir (%14). Hiperaktif çocukluk öyküsü (durdurulamayacak kadar yaramaz olma, aşırı hareketlilik, okula başlangıçta uyumsuzluk gibi) KB grubunda az oranda daha fazladır (%22'ye %28). Her iki gruptaki hastaların yaklaşık %40'ı çocukluk çağında fiziksel hastalığı olan bir yakınlarının yanında yaşamışlardır. Ailede birinci derecede akrabalarda kronik fiziksel hastalık ise SB

rubunda belirgin olarak daha çoktur (%46'ya %60). Ailede hastanıninkine benzeyen hastalığı olan bir aile bireyinin olması da SB grubunda KB grubuna göre çok daha yüksek orandadır (%56'ya %28).

Çocukluk Öyküsü	Somatizasyon B		Konversiyon B		X ² , p< .01
	Sayı	%	Sayı	%	
Hiperaktif çocukluk öyküsü	11	22	14	28	0.48*
Antisosyal çocukluk öyküsü	7	14	7	14	0
Çocukken fiziksel hastalığı olan biriyle birlikte olma	22	44	20	40	.16*
Ailede kronik fiziksel hastalık	30	60	23	46	1.96*
Birinci derece akrabada benzer hastalık	28	56	14	28	9.30*

Tablo 20: Hastaların çocukluk çağı öyküleri ve ailede fiziksel hastalık öyküsü (* anlamlı).

Tablo 21'de ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve erişkin antisosyal davranış öyküsünün (sürekli kavgacılık, aile, ev ve işte uyumsuzluk, kanunla başın derde girmesi) hasta gruplarına dağılımı gösterilmiştir. Annede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması dışında tüm gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. İlginç olarak baba, eş ve yakınlardaki psikiyatrik bozuklukların çoğu alkol bağımlılığıdır. Erişkin antisosyal davranış öyküsü SB grubunda hem hastalarda hem de anababa ve eşlerinde daha çok görülmektedir. KB grubunda antisosyal davranış öyküsü hasta ve annesinde hiç görülmezken, SB grubunda anababa ve hastada olduğu gibi aileye dışardan katılan hastaların eşlerinde de antisosyal davranış öyküsü daha sıktır. Annelerde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmaması dışında tüm değişkenler için iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Aile Öyküsü		Somatizasyon B		Konversiyon B		X ² , p< .01
		Sayı	%	Sayı	%	
Ailede psikiyatrik hast. öyküsü	Anne	3	6	3	6	.00*
	Baba	6 (5)	12	10 (9)	20	1.96
	Eş	4(4)	8	1(1)	2	1.89
	Yakın	15(6)	30	8(5)	16	2.82
Erişkin antisosyal davranış	Anne	3	6	0	0	3.09
	Baba	12	24	8	16	1
	Eş	8	16	3	6	2.55
	Kendisi	2	4	0	0	2.04

Tablo 21: Ailede psikiyatrik hastalık ve erişkin antisosyal davranış öyküsü (* anlamsız)

Parantez içindeki rakamlar alkol bağımlılarını göstermektedir.

Tablo 22'de hastaların anababaları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Buna göre SB grubundaki hastalarda evlilik problemi yaşayan anababa sayısı KB grubundan az da olsa daha yüksektir ($X^2 = 1.54, p < .01$).

Evlilik Problemi	Somatizasyon B		Konversiyon B	
	Sayı	%	Sayı	%
Sürekli kavga	11	22	8	16
Geçimsizlik	11	22	8	16
Boşanma	1	2	1	2
Toplam sorunlu evlilik	27	54	17	34

Tablo 22: Hastaların anababalarının evlilik uyumları.

Tablo 23'de hastalarda klinik özelliklerle psikososyal streslerin varlığı ve özkrım girişimi öyküleri görülmektedir. KB grubunda tüm özellikler SB grubuna göre anlamlı oranda daha fazla bulunmuştur. Başlatıcı psikososyal stress KB grubunda %84 oranında saptanırken, SB grubunda ise %52 oranında bulunmuştur. Güzel aldırılmazlık ve

ikincil kazanç KB grubunda daha yüksek orandadır. Ancak SB grubunda da olguların %30'una yakınında aynı özellikler saptanmıştır. Özkıyım girişimi öyküsüne gelince; KB grubunda özkıyım öyküsü SB grubundan belirgin oranda daha çoktur.

Klinik Özellikler	Somatizasyon B		Konversiyon B		X ² , p< .01	
	Sayı	%	Sayı	%		
Güzel aldırılmazlık	13	26	31	62	13.14	
İkincil kazanç	14	28	32	64	13.04	
Başlatıcı psikososyal stress	26	52	42	84	18.6	
Özkıyım girişimi	Bir kez	4	8	16	32	11.25
	Birden fazla	5	10	8	16	11.25
	Yok	41	82	26	52	11.25

Tablo 23: Hastaların klinik özellikleri

Tablo 24'de her iki grupta da özkıyım girişiminde bulunan hastaların, kendilerinin neden olarak belirttikleri sorunlar gösterilmiştir. SB grubunda özkıyım girişimi daha çok evlilik ve eşle ilgili sorunlar nedeniyledir. KB grubunda ise aile, eş, eşin yakınlarıyla olan kavgalar ya da doğrudan baskı neden olarak gösterilmiştir. Genel olarak her iki gruptaki özkıyım girişimi nedenleri de; kişiler arası çatışmalar olarak değerlendirilebilir.

Özkırım Girişimi Nedenleri	Somatizasyon B.	Konversiyon B.
Anababıyla kavga/baskı	0	7
Eşle kavga	2	4
Eşin aldatması	1	0
Eşin dövmesi	1	0
Anababa arasında kavga	1	5
Sevgiliden ayrılma	0	1
Boşanma	1	0
Kaynanayla kavga	0	3
Arkadaşla kavga	0	1
Zorla evlendirilme	0	2
Evlenebilmek için	1	0
Karnede zayıf	1	0
Yalnızlık	0	1
Neden belirtmiyor	1	0

Tablo 24: Hastaların özkırım girişimleri için gösterdikleri nedenler.

Tablo 25'de ise hastalığı başlatan olası psikososyal streslerin bir dökümü vardır . İki grup arasında anlamlı oranda fark vardır ($X^2 = 18.60, p < .01$). Ancak her iki grupta da başlatıcı stress daha çok kişisel olaylardır.

Psikososyal Stres	Somatizasyon B		Konversiyon B	
	Sayı	%	Sayı	%
Kayıp	0	0	9	18
Kişisel olay	18	36	23	46
Sağlık	1	2	2	4
İş	5	10	7	14
Diğer	2	4	1	2
Toplam	26	52	42	84

Tablo 25: Hastaların tanımladıkları psikososyal stresler

Tablo 26'da SB grubundaki hastaların başvuru yakınmaları ve hastalık öykülerinde saptanabilen ilk yakınma gösterilmiştir. Tabloda izlendiği gibi başvuru yakınmalarında en sık rastlanan belirti ağrı ile ilgili belirtilerdir (%38). Ağrı belirtilerini %32 ile konversiyon belirtileri izlemektedir. Hastaların %32'si ise DSM III-R'de olmayan bir belirtiyile başvurmuşlardır. Hastaların %14'ü de affektif bir belirtiyile (huzursuzluk, sıkıntı, özkıyım) başvurmuşlardır. Hastalığın başlangıcında saptanabilen ilk belirtiyeye gelince; yine en sık belirti %40 oranıyla ağrı ile ilgili belirtilerdir. Ağrı belirtilerini %36 oranıyla konversiyon belirtileri izlemektedir. Hastaların %8'inde ise hastalığın başlangıcı olarak bildirdikleri ilk yakınma DSM III-R'de yoktur. Ancak DSM III-R'de olmayan bu belirtiler Briquet'in Sendromu kriterleri içinde yer almaktadır.

Tablo 27'de ise KB tanısı alan hastaların başvuru yakınmaları ve öyküden hastaların belirttikleri başlangıç yakınmaları gösterilmiştir. Bu grupta en sık rastlanan konversiyon belirtisi %34'le baygınlık ve bilinç kaybı, %28'le katılma ve konvülzyondur. Daha sonra paralizi belirtileri gelmektedir. Toplam 5 hasta konversiyon dışında bir yakınma ile başvurmuşlardır. KB grubunda öyküden hastaların bildirdikleri ilk belirtiyeye gelince; yine baygınlık ve bilinç kaybı (%32) ve katılma/konvülzyon (%32) en sık belirtilerdir. Burada ilginç olan ilk görülen konversiyon belirtisinin sabit kalmaması ve zaman içinde değişebilmesidir.

Başvuru Yakınması				İlk Yakınma				
Belirti		Sayı	%	Belirti		Sayı	%	
Ağrı	Ekstremitte ağrısı	7	14	Ağrı	Eklem ağrısı	6	12	
	Sırt/bel ağrısı	5	10		Sırt/bel ağrısı	6	12	
	Eklem ağrısı	4	8		Ekstremitte ağrısı	4	8	
	Göğüs ağrısı	1	2		Baş ağrısı	1	2	
	Baş ağrısı	2	4		Göğüs ağrısı	2	4	
Konversiyon	Parestezi	5	10	Konversiyon	Karın ağrısı	1	2	
	Baygınlık	6	12		Katılma	5	10	
	Katılma	2	4		Bayılma	4	8	
	Unutkanlık	1	2		Parestezi	4	8	
	Yutma güçlüğü	1	2		Yutma güçlüğü	2	4	
	Ataksi	1	2		Anestezi	1	2	
KVS	Nefes darlığı	3	6	KVS	Unutkanlık	1	2	
	Çarpıntı	1	2		Ataksi	1	2	
GIS	Bulantı	1	2	GIS	Nefes darlığı	3	6	
	Kusma	1	2		Sersemlik hissi	2	4	
Psikolojik	Sıkıntı hissi	5	10	GÜS	Çarpıntı	1	2	
	Huzursuzluk	1	2		Psikolojik	Karın şişliği	1	2
	Özkırım düşüncesi	1	2			Dizüri	1	2
Diğer	Kaşıntı	1	2	Sıkıntı hissi		2	4	
	Saç dökülmesi	1	2	Halsizlik	1	2		
					Yorgunluk	1	2	

Tablo 26: Somatizasyon bozukluğu hastalarının başvuru ve ilk yakınmaları

Başvuru Yakınması			İlk Belirti		
Belirti	Sayı	%	Belirti	Sayı	%
Baygınlık / Bilinç kaybı	17	34	Baygınlık / Bilinç kaybı	16	32
Katılma / Konvülzyon	14	28	Katılma / Konvülzyon	16	32
Paralizi	6	12	Paralizi	6	12
Ataksi	2	4	Ataksi	1	2
Parestezi	1	2	Parestezi	3	6
Anestezi	1	2	Anestezi	1	2
Yutma güçlüğü	1	2	Yutma güçlüğü	1	2
Halüsinasyon	1	2	Halüsinasyon	3	6
Tortikollis	1	2	Tortikollis	1	2
Sağırılık	1	2	Nefes darlığı	1	2
Titreme	1	2	Kolda kasılma	1	2
Sinirlilik	1	2			
Korku	1	2			
Nefes darlığı	1	2			
Özkıyım girişimi	1	2			
Toplam	50	100	Toplam	50	100

Tablo 27: Konversiyon bozukluğu hastalarının başvuru ve ilk yakınmaları

Tablo 28'de SB grubundaki hastalarda saptanan belirtilerden DSM III-R SB tan grubunda yer alanların dağılımı gösterilmiştir. Hastaların %94'ü sırt ve bel ağrısından yakınmaktaydılar. Bu belirti en sık görüldü. Genel olarak da en sık görülen belirtiler ağrı yakınmalarıydılar. Onların dışında konversiyon belirtilerinden en sık rastlanana (%74) yutma güçlüğüydü (globus histerikus). Ardından bulanık görme (%66), katılma (%38) ve bayılma (%34) gelmekteydi. Üçüncü sırada en çok görülen belirtiler ise kalp damar sistemi ile ilgili yakınmalardı. Çarpıntı %82, göğüs ağrısı %76 gibi. Gastrointestinal sistemle ilgili

en sık görülen belirti ise bulanıydı (%76). SB grubunda DSM III-R kriterlerinden sağırılık konversiyonu hiç yoktu (Empotans hastaların tümü kadın olduğu için dışarda tutuldu).

Cinsellik ve menstrüasyonla ilgili yakınmalar ise hastaların yarısından azında vardı. Ağrı belirtilerinden DSM III-R'de diğer ağrılar grubuna sokulabilecek türde ağrıları (bögür ağrısı, boyun ağrısı) hastaların %54'ü bildirmiştir. Hastalarda DSM III-R belirtilerinin ortalama görülme sıklığı 14.9'du.

Belirti		Sayı	%	Belirti		Sayı	%	
GIS	Kusma	15	30	Konversiyon	Amnezi	8	16	
	Karın ağrısı	28	56		Yutma güçlüğü	37	74	
	Bulantı	38	76		Ses kaybı	5	10	
	Şişkinlik	35	70		Sağırılık	0	0	
	Diyare	7	14		Çift görme	4	8	
	Gıdalara int.	17	34		Bulanık görme	33	66	
Ağrı	Ekstremitte ağrısı	41	82		Körlük	2	4	
	Sırt ağrısı	47	94		Bayılma	17	34	
	Eklemler ağrısı	39	78		Katılma	19	38	
	İdrarda ağrı	24	48		Yürüme güçlüğü	12	24	
	Diğer ağrılar	27	54		Paralizi	4	8	
KVS	Nefes darlığı	37	74		Üriner retansiyon	2	4	
	Çarpıntı	41	82		Cinsellik	Cinsel org. ağrısı	12	24
	Göğüs ağrısı	38	76			Cinsel ilgisizlik	29	58
	Sersemlik hissi	34	68	İlişkide ağrı		20	40	
				Empotans		0	0	
				Kadın	Dismenore	30	60	
					Düzensizlik	20	40	
			Aşırı kanama		15	30		
			Gebelikte kusma	12	24			

Tablo 28: Somatizasyon bozukluğu olgularında DSM III-R kriterlerinin görülme sıklığı

Tablo 29'da ise SB grubundaki hastaların DSM III-R kriterlerinde yer almayan ancak Briquet'in Sendromu kriterlerinde yer alan yakınmaların bir dökümü gösterilmiştir. Briquet'in Sendromu kriterlerinden 10. grup kriterleri anksiyete ve depresyon belirtilerini kapsamaktadır. Hastaların oldukça büyük bir çoğunluğunda bu yakınmalar saptanmıştır. Ayrıca ağrı belirtilerinden baş ağrısı (%88), yorgunluk ve halsizlik belirtileri (%88) oranında saptanmıştır. DSM III-R kriterlerinde yer alan diyare yakınması hastaların %14'ünde saptanırken, Briquet'in Sendromu'nda yer alan kabızlık yakınması hastaların %58'inde vardır. SB grubunda DSM III-R kriterlerinde olmayan ancak Briquet'in Sendromu kriterlerinde yer alan belirtilerin ortalama görülme sıklığı 11.6'dır. Briquet'in Sendromu'nun 59 kriterinin hastalarda ortalama görülme sıklığı ise 26.6'dır. DSM III-R kriterlerine göre SB tanısı alan bu 50 hastanın 35'i Briquet'in Sendromu kriterlerini tam olarak karşılamaktadırlar. İki tanı dizgesi arasında McNemmar'ın Eşleştirilmiş Oran Testi'ne göre anlamlı fark vardır ($X^2= 17.06$, $p= 3.841$, alfa .05 için).

Belirti	Sayı	%	Belirti	Sayı	%
Baş Ağrısı	44	88	Frijidite	25	50
Yaşamın büyük kısmında hast. ol.	27	54	Çeşitli cinsel güçlükler	2	4
Anestezi	7	14	Amenore	5	10
Halüsinasyon	15	30	Şinirlilik	47	94
Parestezi	17	34	Korkular	39	78
Yorgunluk	44	88	Kolayca ağlama	42	84
Halsizlik	44	88	Yaşamı umutsuz bulmak	38	76
Anksiyete	44	88	Ölümün iyi olduğunu düşünmek	27	54
Anoreksi	18	36	Ölmeyi istemek	23	46
Kilo kaybı	14	28	Özkıyımı düşünmek	15	30
Belirgin kilo değişikliği	12	24	Özkıyım girişimi	9	18
Kabızlık	28	56	İşini hast. yüzünden yapamamak	31	62

Tablo 29: Somatizasyon bozukluğu hastalarındaki Briquet Sendromu kriterleri

Tablo 30'da KB tanısı alan hastalarda görülen konversiyon belirtilerinin dağılımı gösterilmiştir. En sık rastlanan konversiyonlar %29.7 ile baygınlık / bilinç kaybı, %28.3 ile katılma ve konvülzyondur. 50 hastada toplam 74 değişik konversiyon belirtisi saptanmıştır. Hastalardan %46'sı tek konversiyon belirtisi getirirken, %54'ü birden fazla konversiyon belirtisi getirmişlerdir. 15 hastada ise konversiyon yakınmasının yanında somatik yakınmalar da saptanmıştır. Bunlar genellikle hastalarda hem SB hem de Briquet'in Sendromu kriterlerinde yer alan belirtilerdir. Ancak hiçbir hastada 4'den fazla değildir. Özellikle anksiyete ve depresyonla ilgili belirtilerdir.

Belirti	Sayı	%
Baygınlık / Bilinç kaybı	22	29.7
Katılma / Konvülzyon	21	28.3
Parestezi	8	10.8
Paralizi	7	9.4
Halüsinasyon	6	8.2
Yürüme güçlüğü	4	5.4
Yutma güçlüğü	4	5.4
Sağırılık	1	1.4
Bulanık görme	1	1.4
Toplam	74	

Tablo 30: Konversiyon bozukluğu olgularında görülen konversiyon belirtileri

Tablo 31'de her iki grupta da ikinci bir DSM III-R birinci eksen tanısı alan hastaların aldıkları tanıları gösterilmiştir. SB grubundaki hastaların %28'i ikinci bir tanı daha alırken (%12 majör depresyon, %10 YAB gibi), KB grubundakilerin %14'ü ikinci bir tanı daha almışlardır (%8 majör depresyon, %4 YAB gibi).

DSM III-R Tanısı	Somatizasyon B		Konversiyon B	
	Sayı	%	Sayı	%
Majör Depresyon	6	12	4	8
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5	10	2	4
Panik Bozukluğu	1	2	1	2
Sosyal Fobi	1	2	0	0
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	2	0	0
Toplam	14	28	7	14

Tablo 31: Hastaların aldıkları ikinci DSM III-R tanıları

Tablo 32'de her iki grubun aleksitimi, anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar ve aralarındaki ilişki gösterilmiştir. Her iki grupta TAÖ' ne göre daha yüksek oranda aleksitimik olarak saptanmışlardır. TAÖ'ne göre iki grup arasındaki fark düşük oranda anlamlıdır. IAÖ'ne göre ise SB grubu KB grubundan daha yüksek oranda aleksitimiktir. Hem Zung hem de HDÖ'ne göre SB grubunda depresyon KB grubundan az da olsa daha yüksek oranda saptanmıştır. SB grubunda orta ve şiddetli düzeyde depresyon bildiren hastalar %52 oranındadır. KB grubunda ise orta ve şiddetli düzeyde depresyon bildiren hastalar %46 oranındadır. Her iki grupta da hastaların büyük çoğunluğu az ya da çok oranda depresyon yakınması bildirmişlerdir. STAI I - II ölçeklerinden alınan ortalama puanlar arasında iki grup için anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak sürekli anksiyete SB grubunda KB grubundan az da olsa daha yüksektir.

Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete		Somatizasyon B		Konversiyon B		X ² , p< .01 *
		Sayı	%	Sayı	%	
TAÖ (+)		24	48	23	46	0.04
LAÖ (+)		13	26	8	16	2.09
HDÖ 13 ve üzeri		7	14	5	10	0.37
ZUNG	0-49 Depresyon yok	11	22	15	30	1.12
	50-59 Hafif depresyon	13	26	12	24	1.12
	60-69 Orta depresyon	15	30	15	30	1.12
	70 (+) Şiddetli depr.	11	22	8	16	1.12
STAI I	Ortalama	53.98 ± 13.73		53.64 ± 13.47		.901**
STAI II	Ortalama	51.08 ± 10.77		47.14 ± 11.33		.078**

* X² testinde anlamlı fark

** İki ortalama arası fark p< .05 için anlamsız.

Tablo 32: Hastaların aleksitimi, depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlar.

Tablo 33'de her iki grubun MMPI özel ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar gösterilmiştir. İki grubun da her üç özel ölçektan aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark anlamsız olarak bulunmuştur. SB grubunun AUT ölçeğinden aldığı ortalama puanın "t puanı" yüksek otorite çatışmasına karşılık gelmektedir. Bunun dışında her iki grup da her üç ölçekten de düşük "t puanları" almışlardır.

MMPI Özel Ölçekleri	Somatizasyon B	Konversiyon B	t testi (p< .05)
Dışavuran düşmanlık (HOS)	12.36 ± 3.69	12.38 ± 3.05	0.98
Otorite çatışması (AUT)	12.16 ± 3.43	11.20 ± 3.05	0.14
Aşırı kontrol edilmiş düşmanlık (O-HOS)	15.54 ± 3.22	15.10 ± 3.03	0.48

Tablo 33: Hastaların MMPI özel ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar

Tablo 34'de her iki grubun ve hastalardan evli olanların eşlerinin BEM Envanteri'nden aldıkları "androjeni puanı" ortalamaları ve aralarındaki fark gösterilmiştir. Hem SB grubu hem de KB grubu kadınların BEM Envanteri'nden aldıkları androjeni puanı kadınsıdır. İki grup arasında androjeni puanı açısından fark yoktur ancak SB grubu kadınları bir miktar daha yüksek kadınsılık taşımaktadırlar. SB grubu kadınların eşleri erkeksi androjeni puanı almışlardır. Ancak bu puan "0" a çok yakındır. KB grubundaki kadınların eşleri ise yine kadınsı androjeni puanı almışlardır. Hastaların eşlerinin androjeni puanlarının ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır.

BEM	Somatizasyon B		Konversiyon B		t testi ($p < .05$)
	Sayı	Ort.	Sayı	Ort.	
Hastaların androjeni puanı	50	1.28 \pm 1.20	50	0.93 \pm 0.99	0.11
Eşlerin androjeni puanı	42	-0.03 \pm 1.16	22	0.64 \pm 1.06	0.03

Tablo 34: Hastaların ve eşlerinin BEM androjeni puan ortalamaları

Tablo 35'de her iki grubun cinsiyet tutum anketindeki her maddeye verdikleri eşitlikçi ve geleneksel yanıtların dökümü ve her madde için iki grup arasında yanıtlar açısından anlamlı fark olup olmadığı gösterilmiştir. Anket tümüyle ele alındığında eşitlikçi tutumların daha baskın olduğu görülmektedir. Ancak anket maddeleri gruplandırılarak incelendiğinde eşitlikçi tutumların "kadının aile dışı rolleri"nde çok daha belirgin (neredeyse tüm hastalar) olduğu; özellikle "annelik ve çocuk yetiştirme" ile "aile içi roller" de geleneksel tutumların eşitlikçi tutumlara yakın olduğu gözlenmektedir. Özellikle SB grubundaki kadınlar "annelik" ve "çalışan kadın" (18, 19 ve 20. maddeler) alanlarında;

bir kadın için en iyi mesleğin çocuk bakımıyla ilgili olması gerektiğini düşünmekte ya da kadının özlemlerini eşi aracılığıyla gerçekleştirebileceğine ve ancak bir eşle mutlu olunabileceğine daha çok inanmaktadırlar. KB grubundaki kadınlar SB grubuna göre eşitlikçi tutumları daha baskın olarak benimsemişler gibi görünmektedirler.

Cinsiyet Tutum Anketi	Maddeler	Somatizasyon B		Konversiyon B		X ² p< .01
		Eşitlikçi / Geleneksel	Eşitlikçi / Geleneksel	Eşitlikçi / Geleneksel	Eşitlikçi / Geleneksel	
Kadının aile içi rolleri	AİTİŞ	22	28	28	22	1.44
	BULAŞ	37	13	33	17	0.76
	BAKIM	18	32	28	22	4.02
	SAHİP	38	12	37	13	0.05
	ÖNEM	20	30	30	20	4
	MUTLU	18	32	35	15	11.6
	İLERİ	34	16	41	9	2.61
	PLAN	39	11	41	9	0.25
	KARAR	40	10	42	8	0.27
	ÖZLEM	20	30	25	25	1.01
	DAYAK	47	3	49	1	1.04
Kadının aile dışı rolleri	JOPAY	46	4	50	0	4.16
	JOBE	46	4	47	3	0.15
	TERFİ	47	3	50	0	3.09
	BAŞBA	44	6	50	0	6.38
Çocuk yetiştirme	ÇOCUK	37	13	46	4	5.74
Annelik ve çalışan kadınlık	JOBMA	36	14	36	14	0.00*
	DADI	20	30	29	21	3.24
	ZARAR	17	33	27	23	4.05
	ANNE	19	31	30	20	4.84
Toplam	%	65.5	34.5	75.5	24.5	

Tablo 35: Hastaların Cinsiyet Tutum Anketine verdikleri yanıtlar

TARTIŞMA

Somatizasyon belirtisiyle gerek temel sağlık hizmetlerinde gerekse psikiyatri dışı kliniklerde sık olarak karşılaşılmaktadır (Kirmayer ve Robbins 1991). Buna karşın DSM III-R Somatoform Bozukluklar tanu grubuyla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar; bu tanu grubunun toplumda beklenilenden oldukça düşük bir prevalans gösterdiğini ortaya çıkarmıştır (Escobar ve ark. 1987, Craig ve ark. 1993). DSM III Somatizasyon Bozukluğu tanu grubu oluşturulmadan önce, gerek histeri gerekse Briquet'in sendromuyla ilgili yapılan çalışmalarda ise daha yüksek prevalanslar elde edilmekteydi (Farley ve ark. 1968, Woodruff ve ark. 1971). Briquet'in Sendromu için bildirilen prevalans; %1 - 2 iken (Farley ve ark. 1968), DSM III-R SB için saptanan prevalans ise % 0.03'tür (Escobar ve ark. 1987). Prevalanslar arasındaki bu büyük farklılık tanu kriterlerinin birbirlerinden değişik olmasıyla ilgili gibidir. DSM III-R SB grubu kriterlerinin oldukça katı olduğunu ve bu durumun bir çok SB olgusuna tanu konulamamasına yol açtığını öne sürenler de vardır (Escobar ve ark. 1987, Kirmayer ve Robbins 1991). Ancak Briquet'in Sendromu kriterlerinin de; sınırlarının belirsiz olması ve anksiyete ve depresyon belirtilerini de içermesi nedeniyle farklı psikiyatrik bozuklukların aynı tanıyı almalarına yol açtığını savunanlar da vardır (Katon ve ark. 1982, Liskow ve ark. 1986). Benzer tartışma KB tanısı için de geçerlidir. Konversiyon Bozukluğu'nu tek başına bir tanu grubu değil de daha çok; hemen herkesin yaşamının herhangi bir döneminde geçirebileceği bir tepki (reaksiyon) ya da hemen her psikiyatrik bozuklukta görülebilecek bir belirti olarak değerlendirmek yanlısı olanlar da vardır (Farley ve ark. 1968, Guze 1975, Ford ve Folks 1985). Yine konversiyonun sosyoekonomik yapı ve eğitimle yakın ilişkili bir tepkiden başka bir şey olmadığını savunanlar da olmuştur (Stefanis 1976).

Eski nozolojinin "histeri" kavramı üzerindeki belirsizlik günümüzde de sürmektedir. Bu anlamda DSM III-R tanı kriterlerine göre seçilmiş olguların değerlendirilmesi ve özelliklerinin belirlenerek, yazındaki eski ve yeni kavramlarla karşılaştırılması, kavramların günümüzde taşıdıkları özellikleri ve birbiri içine geçişlerini aydınlatılabilecektir.

Bu araştırmada yalnızca kadın hastalar üzerinde çalışılabildiği görülmüştür. Araştırma dönemi boyunca yalnızca bir erkek hasta KB olarak değerlendirilebilmiş, SB tanısı alabilen erkekler de üzerinde tartışılacak bir sayıya ulaşamamışlardır. DSM III-R SB grubu için bu sonuç beklenmedik değildir. Gerek SB gerekse KB'nun erkeklerde çok nadir olduğu öteden beri söylenmektedir (Smith ve ark. 1985, Barsky 1989, Golding ve ark. 1991).

Çalışmaya alınan hastalardan SB grubu ile KB grubunun yaş ortalamaları birbirinden farklıdır. SB grubu KB grubundan daha ileri yaşta psikiyatriye gelmiştir (SB için 31.4, KB için 22.9). Hastalığın olası başlangıç yaşı ise iki grup için de aynıdır ve 19 - 20 yaşlarıdır. Hem SB hem de KB grubunda saptanan hastalığın başlangıç yaşı daha önceki çalışmalarla benzerdir (Swartz ve ark. 1991, Tomasson ve ark. 1991): SB grubunun psikiyatriye genellikle daha geç yaşlarda başvurdukları (Swartz ve ark. 1991, Tomasson ve ark. 1991), KB'nun ise hemen her yaşta psikiyatriye başvurabileceği söylenmektedir (Ford ve Folks 1985). Bu çalışmada yalnızca bir konversiyon olgusu 40 yaşın üzerinde başlamıştı. Yazınla benzer olmamakla birlikte bu araştırmadaki SB grubu hastalar KB grubundan daha geç yaşta başvurmuşlardır.

SB grubundaki hastaların %84'ü evlidir. Yalnızca %4'ü boşanmıştır. KB grubundaki hastaların ise %56'sı evlidir. Aradaki fark KB grubundaki hastaların yaş ortalamalarının düşük olmasıyla ilgili olabilir. KB grubundaki hastaların 16'sı lise ve yüksek okulda öğrenciydiler. İlginç olan SB grubunda boşanmış olanların çok az olmasıdır. SB'da

düzensiz evlilikler ve boşanmanın sık görüldüğü bildirilmiştir (Guze 1975, Guze ve ark. 1986, Ford 1986). Ancak bu çalışmada hem hastaların büyük kısmı evli hem de boşanmış olanların sayısı çok az olarak saptanmıştır. Hastaların büyük bölümünün evli olmasının kültürel bir yanı da olabilir. Daha önce alkol bağımlılığı gibi boşanmaların çok olduğu söylenen bir bozuklukla ilgili yapılan çalışmalarda da evli olan alkol bağımlılarının oranı boşanmış olanlardan çok daha yüksek olarak bulunmuştur (Arıkan ve ark. 1992, Arıkan ve ark. 1993a).

Gerek SB gerekse KB grubundaki hastaların eğitim durumları yine beklenilenden farklıdır. Özellikle KB grubunda; hastaların %62'si en az lise mezunu olarak bulgulanmışlardır. SB grubundaki hastaların da %48'i en az lise mezunudur (%18'i yüksek okul olmak üzere). Bu eğitim düzeyi Türkiye'nin geneli düşünülürse oldukça yüksek olarak değerlendirilebilir. Hernekadar bu sonuç Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran hasta popülasyonu ile ilgili olabilir de en azından, iyi eğitim görmüş gruplarda da her iki bozukluğun sık olarak saptanabileceğini göstermektedir. Bu sonucu destekleyen diğer bulgular hastaların iş durumları ve ekonomik düzeyleriyle ilgili verilerdir. SB grubundaki hastaların %52'si bir dönem çalışmış ya da halen çalışıyor durumdaydılar (%32'si halen çalışıyor). Aynı şekilde KB grubundaki hastaların da %52'si bir dönem çalışmış ya da halen çalışan kadınlardı. Üstelik KB grubundaki hastaların %30'a yakını da yüksek okulda öğrenciydiler. SB grubundaki hastaların %56'sı, KB grubundaki hastaların ise %64'ünün aylık geliri 5,000,000 TL'den çoktu. Bu rakam Türkiye için orta sınıfın üstünde bir gelir grubuna denk gelmektedir. Tablo 4 ve 5'den anlaşıldığı gibi hem hastalar hem de evli olanların eşleri; devlet memuru, öğretmen, işçi ve esnaf gibi işlere sahiptirler. SB grubunda devlet memuru ya da öğretmen olanlar KB grubundan biraz daha çokturlar. Bu bulgular SB

ve KB'nun daha çok düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitimde görüldüğünü dair bilgilerle çelişkilidir (Ziegler ve ark. 1960, Guze ve Perley 1963, Barsky ve Klerman 1983, Ford 1984, Swartz ve ark. 1986, Barsky 1989). Bu araştırmaya benzer olarak Swart ve ark. (1989)'da SB'nun kentlilerde daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca daha eski çalışmalarda da histeri ile sosyoekonomik düzey arasında bir bağ olmadığı bildirilmiştir (Woodruff ve ark. 1971). Bu araştırma da gerek SB gerekse KB'nun sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyinden bağımsız olarak görülebileceğini desteklemektedir. Bu sonuçlar KB'nun hemen herkesin yaşamının herhangi bir döneminde geçirebileceği bir belirti olarak değerlendirilmesini güçlendirmektedir.

Tablo 8 ve 9'daki hastaların ve ailelerinin kökenleriyle ilgili bilgiler; hem hastaların hem de ailelerinin kente göç etmiş kişiler olduklarının göstermektedir. Göç ile somatizasyon arasında bir bağ olduğu bilinmektedir (Chiou ve Rimon 1987, Moffaert ve Vereecken 1989, Kohn ve ark. 1989). Bu çalışmalarda hem SB hem de somatizasyonun göç eden kişilerde daha çok olduğu bulunmuştur. Hernekadar Türkiye henüz kentleşme sürecinde olması nedeniyle kente göçün yoğun olduğu bir ülke olsa da her iki grupta da kırdan kente göç edenlerin çok yüksek oranda olmaları ilginçtir. Çünkü, bir taraftan da her iki gruptaki olguların yaklaşık %20'sinin anababası kent kökenlidir ve hastaların %40'dan fazlası kentte doğmuşlardır. Sonuçta; çalışma grubunda kırdan kente göç etmiş olmanın belirgin bir özellik olarak ön plana çıktığı, bunun yanında artık kentleşmiş olmanın da bir özellik olduğu söylenebilir. Hastaların çalıştıkları işler de (devlet memurluğu, öğretmenlik) kentli nüfus meslekleridir. Yine her iki gruptaki hastaların büyük bölümünün çekirdek aileye dahil olmaları da bu yorumları destekliyor olabilir. Daha önceki iki çalışmada da farklı bir hastalık grubunda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Alkol bağımlılığı olanların da daha çok

kırdan kente göç etmiş ancak çekirdek ailede yaşayan kişiler oldukları saptanmıştır (Arıkan ve ark. 1992, Arıkan ve ark. 1993a).

Tablo 15 ve 16'da görüldüğü gibi; SB grubundaki hastaların büyük çoğunluğu (%80) psikiyatri dışı kliniklerden psikiyatriye gönderilmişlerdir. KB grubundaki hastaların ise %32'si ya kendileri doğrudan ya da yakınlarınca; belirtilerin ruhsal kökenli olabileceği düşünülerek psikiyatriye getirilmişler, %38'i ise acil servisten gönderilmişlerdir. SB grubundaki hastaların %68'i psikiyatriye gelmeden önce en az 6 kez doktora gitmişlerdir (%46'sı 11'den fazla). KB grubundaki hastaların %74'ü ise en çok 5 kez doktora gitmişlerdir. Bu bulgular KB grubunda ortaya çıkan belirtilerin gerek hasta gerekse yakınlarınca ruhsal olarak yorumlanabildiğini gösteriyor olabilir. Ayrıca hastaların %38'inin acil servisten gönderilmiş olmaları da; hekimlerin de konversiyon belirtilerini iyi tanıdıklarıyla ilintili olabilir. SB grubundaki hastaların psikiyatriden önce çok sayıda doktora gitmeleri; hem hastaların sorunlarının ruhsal kökenli olabileceğini pek düşünmediklerini hem de olasılıkla diğer hekimlerin de hastayı psikiyatriye daha geç yönlendirmiş olabileceklerini gösteriyor olabilir. Bu bulgular psikiyatriye başvurma yaşları arasındaki farkı da açıklıyor görünmektedir. Ancak SB grubundaki hastalar yine de yazında belirtilenden oldukça erken bir yaşta psikiyatriye gelmişlerdir. SB grubu hastaların psikiyatriye genellikle 44 - 60 yaşlarında geldikleri bildirilmektedir (Swartz ve ark. 1991, Tomasson ve ark. 1991).

Tablo 17 ve 18'de de hastaların hastaneye yatış ve ameliyat olup olmamalarıyla ilgili veriler bulunmaktadır. SB grubundaki hastalar KB grubuna göre hem daha çok sayıda hastaneye yatmışlar (%56'ya %32) ve hem de daha çok ameliyat geçirmişlerdir (%42'ye %28). Bu bulgular da SB'nun psikiyatriye ulaşmadan önce çok sayıda tıbbi girişimle

karşılaştıklarını desteklemektedir. Tablo 19'da ameliyat olanların geçirdikleri ameliyatların nitelikleri görülmektedir. SB grubundaki hastaların diğer hastalara göre çok daha fazla sayıda ve çoğunlukla jinekolojik nedenlerle ameliyat oldukları söylenmektedir (Barsky 1989). Bu çalışmada da SB grubu çok sayıda ameliyat geçirmiş olarak bulgulanmıştır. Farklı olarak daha çok appendektomi, tonsillektomi gibi ameliyatlara sık rastlanılmıştır. Ancak ameliyat sayıları ve dağılımı bu sonucun özgül olup olmadığını söylemek için yeterli değildir.

SB ve KB'nda aile yapıları, klinik özellikler ve eşlik edici belirtiler üzerinde oldukça yoğun bilgiler vardır. Araştırmadaki hastalar genellikle çekirdek aile içinde yaşamaktadırlar. Ek olarak hastaların büyük bölümü çok çocuklu ailelerden gelmektedirler. SB grubundaki hastaların %78'i KB grubundakilerin ise %62'si 4 ya da daha fazla kardeşe sahiptir. Her iki gruptaki hastalar da genellikle ortanca çocuklardır (SB olanların %52'si, KB olanların %50'si). Hemcinsleri arasındaki sıraya gelince; KB grubundakilerin %38'i hemcinslerinin en büyüğüdür. SB grubundakilerin ise %36'sı en büyük, yine %36'sı en küçük çocuktur. İlginç olarak her iki grupta da ailenin tek çocuğu olan hastaya hemen hiç rastlanılmamıştır (yalnızca KB grubunda 1 hasta). 1960'da yapılan bir çalışmada konversiyon geçirenlerin ya ailenin ya da hemcinslerinin en küçüğü oldukları bildirilmiştir (Ziegler ve ark. 1960). Bu araştırmadan elde edilen bulgu ise daha farklıdır. Çok çocuklu ailede en büyük ya da ortanca çocuk olmanın SB ve KB grubunda bir özellik olarak görüldüğü söylenebilir. Bu bulgu "hasta rolünün" öğrenilmesiyle ilişkilendirilebilir gibi durmaktadır. Her iki bozukluk için de ve genel olarak somatizasyon davranışında da "hasta rolünün" sağladığı ikincil kazançlardan söz edilebilmektedir (Barsky ve Klerman 1983, Ford ve Folks 1985). Türkiye'de yapılmış önceki bir çalışmada; histeri belirtileri gösteren

çocukların ailede özel bir yeri olan, erkenden erişkin rolü verilen çocuklar oldukları öne sürülmüştür (Öztürk 1976). Türkiye'de ailenin büyük çocuğundan genellikle daha erkenden "büyümesi" ve kardeşlerine karşı ebeveyn rolünü üstlenmesinin beklendiği bilinir. Bu tutum, çocuk için "hasta rolünü" kullanmayı bir çıkış yolu haline getiriyor olabilir. Tablo 20'de her iki bozuklukta da çocukluk çağındayken fiziksel hastalığı olan bir yakınla bir arada yaşama, ailede süregelen fiziksel hastalık olması ve ailede hastaninkine benzer yakınmaları olan kişilerin bulunmasıyla ilgili veriler gösterilmektedir. Hem SB hem de KB grubunda her üç özellik de belirgin olarak saptanmıştır. SB grubundaki hastaların %44'ü çocukluk çağlarında fiziksel hastalığı olan bir yakınla birlikte yaşamışlardır. Yine %60'ının ailesinde süregelen fiziksel hastalığı olan birisi vardır ve %56'sının ailesinde de hastaninkine benzer yakınmaları olan bir kişi daha vardır. KB grubunda benzer özellikler SB grubuna göre daha az olmakla birlikte bulunmaktadır (sırasıyla %40, %46 ve %28). Bu bulgular birarada değerlendirildiğinde; her iki hastalığın da hem öğrenme ile hem de üstlendirilen rolden kaçınma yolu olma ile ilişkisi kurulabilir gibi durmaktadır. Somatizasyon yapan bireylerin erken çocukluk dönemlerinde ailelerinde fiziksel hastalığı olan kişilerin olduğu daha önceden de gösterilmiştir (Mayou 1976). Yine somatizasyon yapan çocukların anababalarında somatizasyonun sık görüldüğü (Walker ve ark. 1991) ve konversiyon için de daha önceden bir model olmasının önemi bildirilmiştir (Raskin 1966). Daha önce histeri üzerine yapılan çalışmalarda da histeri belirtileri gösteren hastaların anababalarında histeriye genelden daha sık rastlandığı saptanmıştır (Arkonaç ve Guze 1963, Woerner ve Guze 1968, Woodruff ve ark. 1971). Yine Tablo 20'de hastaların çocukluk çağında hiperaktif ya da antisosyal çocukluk öykülerinin olup olmadığı görülmektedir. Guze 1975'de çocukluk çağında hiperaktiflik ve antisosyal özellikler taşıma ile erişkin dönemdeki histeri

ya da sosyopati arasında bir bağ kurulabileceğinden söz etmiştir. Ayrıca histerisi olan kadınların babalarında ya da eşlerinde de antisosyal özellikler ve sosyopatinin sık görüldüğünden söz edilmiştir (Cloninger ve Guze 1975). Tablo 20 ve 21 bu açıdan incelendiğinde benzer sonuçların bu araştırmada da alındığı söylenebilir. Erişkin çağda antisosyal davranış, SB grubundaki hastaların babalarında %24 eşlerinde %16, KB grubundaki hastaların ise babalarında %16 eşlerinde %6 oranındadır. Daha da ilgi çekici olan her iki grubun ailelerinde de baba, eş ya da birinci derece yakınarda alkol bağımlılığına oldukça sık rastlanmasıdır. Bu bulgular da sözü edilen araştırmalarla uyumluluk göstermektedir. Çocukluk çağında hiperaktif olma ya da antisosyal özellikler gösterme ile, ailede somatizasyon, alkol bağımlılığı ve antisosyal özelliklerin olmasının hem SB hem de KB grubunda ayırıcı bir özellik olduğu düşünülmektedir. Tablo 22 de bu yorumu destekliyor olarak kabul edilebilir. SB grubundaki hastaların %54'ünde KB grubundaki hastaların ise %34'ünde anababa arasında sürekli kavga, geçimsizlik ya da boşanmanın yaşandığı sorunlu evlilikler vardır. Antisosyal özelliklerin olduğu, alkol kullanımının bulunduğu uyumsuz evlilik ortamında büyüyen çocuğun benzer hastalık, ya da model olabilecek fiziksel hastalıkların bulunduğu durumlarda somatizasyon ya da konversiyona yönelebileceği söylenebilir. Çocuğun somatizasyon yaparak aile sistemindeki çatışmayı çözmeye çalışabileceği (Folks 1984) ya da "hasta olmayı" öğrenen çocuğun anababanın ilgisini bu yolla kendi üzerine çekmeye çalışabileceği söylenmektedir (Barsky ve Klerman 1983).

Tablo 23'de hastaların klinik özellikleriyle ilgili değişkenler bulunmaktadır. Güzel aldırma, ikincil kazanç ve psikososyal zorlanmanın bulunması özellikle KB grubunda tanısal açıdan da önemlidir. DSM II'de güzel aldırma ve ikincil kazanç tanı için gerekli

sayılmıştır (Ford ve Folks 1985). DSM III-R'de ise bozukluğu başlatan özgül bir psikososyal zorlanmanın varlığı önemli olarak belirtilmiştir (APA 1987). Araştırmada KB grubunda güzel aldırılmazlık %62, ikincil kazanç %64 oranında bulunurken, başlatıcı psikososyal zorlanma hastaların %84'ünde saptanabilmektedir. İlginç olarak her üç özellik de daha düşük oranlarda olmakla birlikte SB grubunda da saptanmıştır. Güzel aldırılmazlık, KB'nda %2 - 30 oranlarında bildirilmiştir (Stephens ve Kamp 1962, Raskin ve ark. 1966, Hafeiz 1986). Aynı çalışmalarda ikincil kazanç %80 civarında saptanmış, başlatıcı psikososyal zorlanma ise %50 ile %90 arasında bildirilmiştir. SB grubunda da hastalığı başlatıcı psikososyal bir zorlanmanın varlığından söz edilmişse de sayısal değerlere pek rastlanılmamaktadır (Lipowski 1988). Bu çalışmada hastalar kişilik özellikleri yönünden değerlendirilmemişlerdir. Ancak daha önceki yayınlarda histeri, konversiyon ve somatizasyon bozukluklarında kişilik özellikleriyle ilgili birbirinden farklı bulgular elde edilmiştir. KB ve SB'nda histerik ve histriyonik kişilik bozukluğunu %5 - 85 oranlarında saptayanlar vardır (Chodoff ve Lyons 1958, Ziegler ve ark. 1960, Lewis ve ark. 1965, Kimble ve ark. 1975, Folks ve ark. 1984, Lilienfeld ve ark. 1986). Elde edilen oranlar oldukça farklı olmakla birlikte her iki bozuklukta da histerik ve histriyonik kişilik özellikleri / bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklardan daha sık olduğu söylenebilir. Ayrıca kavramın nozolojik tartışmasının içinde de hastalık - kişilik özelliği - kişilik bozukluğu tartışmaları vardır. Bu nedenle araştırmadaki SB grubundaki hastalarda da güzel aldırılmazlık, ikincil kazanç ve başlatıcı psikososyal zorlanmanın sık olması açıklık kazanabilir. Ek olarak izleyen bölümlerde daha ayrıntılı tartışılacak olduğu gibi, SB grubunda konversiyon belirtileri oldukça sık olarak saptanmış ve KB grubunun da başlı başına bir bozukluk grubu olmasının tartışmalı olduğu üzerinde durulmuştur.

Tablo 23'de her iki grup hastanın özkıyım girişimi öyküleri görülmektedir. SB grubunda özkıyım girişimi öyküsü beklenilenden daha düşükken (%18) KB grubunda olguların neredeyse yarısında (%48) saptanmıştır. Özkıyım girişimi, alkol ve madde kullanımının SB'nda oldukça sık görüldüğü bildirilmiştir (Swartz ve ark. 1986). Bu araştırmada her iki grupta da alkol ve madde kullanımına hiç rastlanmazken, özkıyım girişiminin KB grubunda belirgin bir özellik olarak öne çıktığı saptanmıştır. Tablo 24'de özkıyım girişimi olan olguların, kendilerinin belirttikleri nedenler sıralanmıştır. Her iki grupta da belirtilen nedenler benzerlik göstermektedirler. Ancak KB grubunda dikkat çekici olan; aile, eş ve eşin yakınlarıyla olan kavgaların ya da doğrudan baskının neden olarak gösterilmesidir. KB grubunda özkıyım, kavga ya da baskıya karşı bir tehdit, yönlendirme aracı olarak kullanılıyor olabilir. Tablo 25'de gösterilen hastalığı başlatıcı psikososyal zorlanmaların nitelikleri de bu yorumu güçlendirmektedir. Her iki grupta da aile ya da yakın arkadaşlarla ilgili kişisel sorunlar en çok görülen psikososyal zorlanmalardır. Ancak KB grubunda SB grubundan daha fazladır (%46'ya %36). Başlatıcı psikososyal zorlanmaların ve özkıyım girişimi için bildirilen nedenlerin nitelikleri; KB grubunda daha belirgin olmak üzere her iki grupta da aile, eş ya da yakınlarla ilgili kişisel olayların, hastalar için zorlanma kaynağı olabildiğini ve başa çıkma yolu olarak da özkıyım girişimine ya da genel olarak hastalığa başvurulduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular daha önceki araştırmalarla uyumluluk içindedir (Stefanis 1976, Hafeiz 1986, Tomasson ve ark. 1991).

SB olan hastalarda en sık görülen başvuru yakınması ağrı ile ilgili yakınmalar olarak bulgulanmıştır (Tablo 26). İkinci sıklıkta ise konversiyon belirtileri gelmektedir. Ağrı yakınmaları içinde en sık görülen belirti %14'le ekstremitte ağrılarıdır. İkinci en sık görülen başvuru yakınması ise %12 ile bayılmadır. Tüm hastalar kadın olmasına karşın başvuru

yakınmalarında cinsellik ve kadın genital sistemiyle ilgili yakınmalara hiç rastlanılmamıştır. Aynı durum saptanabilen ilk yakınmalarda da gözlenmektedir. Hastalarda ortaya çıkan ilk yakınma %40'la ağrıyla ilgilidir. Ağrı belirtilerini %36 ile konversiyon belirtileri izlemektedir. Lipowski (1988) SB'nda ilk ortaya çıkan belirtinin ağrıyla ilgili olduğunu bildirirken, ikinci sıklıkla yorgunluk, sersemlik ve kalp - damar sistemiyle ilgili belirtilerin görüldüğünü, konversiyon belirtilerinin ise çok daha nadir olduğunu söylemektedir. Bu araştırmada ise konversiyon belirtileri ikinci sıklıkta başlangıç ve başvuru yakınmaları olarak saptanmışlardır. Hastaların %14'ü psikolojik bir yakınma ile başvurmuş, %4'ü ise kaşıntı ve saç dökülmesi gibi objektif bir fiziksel yakınma getirmişlerdir. SB hastalarının %18'inin somatizasyon dışı bir belirti ile başvurmuş olması ilgi çekicidir. Daha da ilgi çekici olan ise; hastaların %32'sinin DSM III-R'de bulunmayan bir belirtiyle (%10 parestezi, %4 baş ağrısı, %10 sıkıntı hissi ve huzursuzluk, özkrım düşüncesi, kaşıntı ve saç dökülmesi %2'ser) başvurmuş olmasıdır. Olguların yaklaşık 1/3'ünden fazlasının DSM III-R kriterlerinde söz edilmeyen bir belirtiyle başvurması önemlidir. Bu belirtilerden %28'i (parestezi, baş ağrısı, sıkıntı hissi, huzursuzluk, özkrım düşüncesi) Briquet'in Sendromu kriterleri içinde yer almaktadır. Bu durumda araştırmaya alınan hastaların %68'inin DSM III-R SB grubunun kapsadığı belirtilerle başvururken, %96'sının Briquet'in Sendromu'nun kapsadığı belirtilerle başvurdukları ortaya çıkmaktadır. Benzer bir durum başlangıç belirtileri için de geçerlidir. SB hastalarının %20'sinde hastalık DSM III-R'de yer almayan bir belirtiyle (baş ağrısı, parestezi, anestezi, sıkıntı hissi, halsizlik ve yorgunluk) başlamıştır. Bu belirtilerin tümü Briquet'in Sendromu'nda yer almaktadır. Tablo 28'de SB hastalarında DSM III-R SB kriterlerinin görülme sıklığı gösterilmektedir. Hastalarda en sık rastalanan belirti %94 ile sırt / bel ağrısıdır. İkinci sıklıkla (%82) ekstremitte ağrıları görülmektedir.

Ekstremitte ağrılarıyla aynı sıklıkta kalp - damar sistemiyle ilgili olan çarpıntı yakınması saptanmıştır. Diğer sistemlerle ilgili ağrılar da yaklaşık %70 oranında görülmüştür. Konversiyon belirtilerinden yutma güçlüğü (%74) ve bulanık görme (%66) de oldukça sık oranda saptanmıştır. Cinsellik ve kadın genital sistemiyle ilgili yakınmalara ise %20 - 60 arası oranlarda rastlanmıştır. Yalnızca adetlerin ağrılı olması (%60) ve cinsel ilgisizlik (%58) sık sayılabilecek oranlardayken, diğer belirtiler %20 -30 sıklıktadır. Ağrı belirtilerine ek olarak DSM III-R'de diğer bedensel ağrılar kategorisine girebilecek ağrı yakınmalarını hastaların %54'ü getirmiştir. Bu ağrılar; "böğür ağrısı, boyun ağrısı" gibi ağrılardır. Bu gözlem hastaların ağrı belirtisini özgül bir sistemle ilgili olmaktan çok "hemen her yerin ağrması", "nereye dokunsam ağrıyor" olarak yaşantıladıklarını düşündürmektedir. Tablo 29'da da aynı hasta grubunda DSM III-R'de yer almayan ancak Briquet'in Sendromu kriterlerinde yer alan belirtiler gösterilmiştir. Burada elde edilen oranlar dikkat çekicidir. Örneğin DSM III-R'de yer almayan "baş ağrısı" hastaların %88'i tarafından bildirilmiştir. Yine DSM III-R SB kriterlerinde konversiyon belirtileri içinde sayılan "sağrlık" hiç görülmezken, Briquet'in Sendromu'nda yer alan "halüsinasyon" %30, "parestezi" %34, "anestezi" %14 hasta tarafından bildirilmiştir. Yine gastrointestinal sistemle ilgili DSM III-R'de yer alan "diyare" belirtisi hastaların %14'ünde görülürken, Briquet'in Sendromu'nda yer alan "kabızlık" belirtisine hastaların %56'sında rastlanmıştır. Tablo 29'da Briquet'in Sendromu kriterlerinden anksiyete ve depresyon belirtilerinin de (DSM III-R'de yer almayan) hastaların %60 - 90'ında bulunduğu görülmektedir. Hastalarda DSM III-R SB kriterlerinin ortalama görülme sıklığı 14.9 olarak bulunurken, Briquet'in Sendromu kriterlerinin görülme sıklığı 26.6 olarak saptanmıştır. DSM III-R SB kriterlerine göre tanı konulan bu 50 hasta daha sonra Briquet'in Sendromu kriterlerine göre değerlendirildiğinde

35 hastanın (%70) Briquet'in Sendromu kriterlerini karşıladığı bulgulanmıştır. DSM III-R SB grubu ile Briquet'in Sendromu arasındaki temel fark anksiyete ve depresyonla ilgili belirtilerin SB grubundan çıkarılmış olmasıdır. Bu yönelim DSM dizgesinde ayrı ayrı birbiri içine girmeyen bozukluk gruplarının oluşturulması çabalarıyla ilgilidir. Çünkü gerek DSM dışı nozolojide gerekse DSM I ve II'de tanımlanan "anksiyete histerisi", "konversiyon histerisi" ve temel olarak "histeri" kavramı bu belirtileri dışlamamaktadır. DSM III-R'nin getirdiği yaklaşımın SB grubunda anksiyete ve depresyon belirtilerini dışarda tutarak bozukluğun önemli bir eşlik edicisini görmezden geldiği söylenebilir. Sonuçta Lipowski'nin de (1988) belirttiği gibi; DSM III-R ile "yalnızca bir fosil parçalanmış" gibi durmaktadır. Tanısal karmaşa karşılaştırmalı araştırmalarda da gözlenmektedir. DSM III ve DSM III-R kriterlerine göre yapılan çalışmalarda SB tanısı alan hastalar ikinci bir DSM tanısı daha alırlarken (Katon ve ark. 1982, Swartz ve ark. 1986), Briquet'in Sendromu kriterlerine göre seçilen hastaların da birden fazla DSM III / III-R tanıları aldıkları bildirilmiştir (Liskow ve ark. 1986). Her iki yöntemde de en sık konulan ikinci tanımlar DSM dizgesinin Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Majör Depresyon ve Distimi tanılarıdır. Bu çalışmada SB tanı kriterlerini karşılayan hastalar ikinci kez bir DSM III-R tanısı yönünden değerlendirildiklerinde %12'sinin Majör Depresyon, %10'unun Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve %6'sının da diğer anksiyete bozukluğu tanımlarını aldıkları saptanmıştır. Bu sonuç hastalar önce SB kriterlerine göre seçildikleri için önemlidir. Somatizasyon yakınması ile başvuran bir grup hastada böyle bir sonucun alınması çok önemli olmayabilirdi. Ancak SB tanısına göre seçilmiş hastalardan %28'inin ikinci bir DSM III-R birinci eksen tanısını daha karşılamaları tanı grubunu tartışmalı hale getirmektedir. Bu çelişkiye daha önce değinilmiş ve "Anksiyete ve Depresyonun Eşlik Ettiği Somatizasyon Bozukluğu" (Katon ve

ark. 1991), "Birarada Olan Somatizasyon Bozukluğu" (Escobar ve ark. 1987) gibi yeni tanı grupları DSM IV için önerilmiştir. Ayrıca farklı tanı kriterlerinin karşıladıkları hastaların özelliklerinin birbirinden farklı olduğu da gösterilmiştir (Tomasson ve ark. 1993). Yeni önerilen tanı grupları karmaşayı biraz daha artırmaktan öte bir çözüm sağlamayacaklar gibi durmaktadır. Oysa daha önce yapılan bir izlem çalışmasında; Briquet'in Sendromu'nun altı yıllık bir izlemde bir tanusal değişikliğe uğramadan özgül ve türdeş bir gidiş gösterdiği bulgulanmıştır (Guze ve ark. 1986). Bu nedenle yeni yeni tanı grupları yerine Briquet'in Sendromu'nun özgül bir tanı olarak kullanılmasının daha yararlı olabileceği söylenebilir.

Tablo 27de KB tanısı alan hastaların başvuru yakınmaları ve öykülerinde bildirdikleri ilk yakınmalar gösterilmiştir. Hastaların %78'i bayılma, konvülsyon ya da paralizi gibi konversiyon belirtileriyle başvurmuşlardır. Bu belirtiler daha ilkel (primitif) olarak kabul edilmektedir. KB'nda ilkel belirtilerin düşük eğitimli ve kırsal bölgelerdeki hastalarda görüldüğü söylenmiştir (Ziegler ve ark. 1960). Ancak bu çalışmadaki hasta grubu hem yüksek eğitimlidir hem de kır kökenli olsa da kentte yaşayan kişilerdir. Bu hastaların %28'inin ailesinde benzer yakınması olan bir kişi daha vardır. Bu bulgu konversiyon belirtisinin niteliğinin eğitimden çok ortamda bulunan modelle ilintilendirilebileceğini düşündürmektedir. Yine KB hastalarının %46'sında ailede fiziksel hastalığı olan bir kişi vardır ve hastaların %40'ı çocukluk çağlarında iken fiziksel hastalığı olan bir kişiyle beraber olmuşlardır. Bu bulgular da model alma yorumlarını güçlendirmektedir. Hastaların %12'si konversiyon dışı bir belirtiyile başvurmuşlardır. Bu belirtiler daha çok anksiyete ve depresyon belirtileridir. İlk ortaya çıkan konversiyon belirtileri başvuru yakınmalarıyla benzerlik göstermektedir. Ancak tablodan anlaşılacağı üzere konversiyon belirtileri sabit olarak kalmamakta, zaman içinde değişebilmektedir. Ayrıca bir hastada birden fazla

konversiyon belirtisi de olabilmektedir. Tablo 30'da görüldüğü gibi 50 hastada toplam 74 değişik konversiyon saptanmıştır. Hastalardan %46'sı tek bir konversiyon belirtisiyle başvururken, %54'ünde birden fazla konversiyon belirtisi, %30'unda ise konversiyonun yanında az sayıda somatik yakınma da saptanmıştır. Bu somatik yakınmalar DSM III-R SB kriterlerini karşılamaktan oldukça uzaktırlar. Ayrıca eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtileri de KB tanısı alan hastalarda da saptanmıştır. Tablo 31'de görüldüğü gibi KB tanısı alan hastaların da %14'ünde ikinci bir DSM III-R birinci eksen tanısı konulabilmektedir. KB hastaları da depresyon ya da çeşitli anksiyete bozuklukları tanılarını almışlardır. Hastaların SB grubunda olduğu gibi öncelikle DSM III-R KB tanı kriterlerine göre seçildikleri düşünülürse, bu sonuç önemlidir. İlgili çekici olan yukarıda söz edildiği gibi hastaların %30'unda somatizasyona da rastlanmasıdır. KB ile ilgili yapılan izlem çalışmaları bozukluğun tutarlı bir seyir göstermediğini, süreçte kendiliğinden iyileşmeler olabildiği gibi nörolojik bir hastalık ya da bir diğer psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkabildiğini göstermiştir (Gatfield ve Guze 1962). Belki de bu çalışmada KB tanısı alan hastaların bir bölümü izlemde SB ya da Briquet'in Sendromu kriterlerini karşılayabilecek duruma gelebileceklerdir. KB grubunun yaş ortalamasının SB grubundan çok daha düşük olması da aynı nedene bağlı olabilir. Ancak bu yorum bir izlem çalışmasıyla desteklenme ihtiyacı göstermektedir. Yine de KB grubundaki hastaların tanusal açıdan bir belirsizlik ve geçişlilik gösterdikleri söylenebilir. KB grubundaki hastalar bu bölüme kadar tartışılan özellikler açısından türdeş bir grup olmaktan uzak gibi durmaktadırlar. Eğitim, medeni durum, gelir, aile yapıları kendine ait bir özellik göstermekten çok, sanki SB grubunun özelliklerini daha az belirgin olarak taşımaktadırlar. KB grubundaki hastalar ya ilerde SB olarak değerlendirilebilecek hastaları da içlerinde barındıran ve / ya da daha çok bir "tepki",

"savunma / başa çıkma" olarak konversiyonu yaşayan hastalardır. Çok yeni bir çalışmada da konversiyon bozukluğu tanısının üzerinde çok sayıda soru işareti taşıyan, geçerliği açık olmayan bir tanı grubu olduğu öne sürülmüştür (Tomasson ve ark. 1991). Bu tanısal belirsizliğin ancak izlem çalışmalarıyla aydınlanacağı ortadadır.

Tablo 32'de hastaların aleksitimi, depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlar gösterilmiştir. Her iki grup da TAÖ'nde %50'ye yakın oranda aleksitimik olarak saptanmışlardır. Aleksitimiyle ilgili araştırmalar oldukça tartışmalıdır. Dahası aleksitimi kavramı da tartışmalı bir kavramdır. Daha önce SB olan olgularda aleksitiminin %50'ye yakın oranda bulgularıyla bildirilmiştir (Shipko 1982). Bu çalışmada TAÖ ile elde edilen sonuçlar bu bulguyla uyumlu gibi durmaktadır. Ancak aleksitimi ile somatizasyon arasında kurulan kuramsal bağın doğru olduğu kabul edilirse, hastaların neredeyse tümünün aleksitimik bulunması beklenirdi. Daha önce aynı ölçeklerle Türkiye'de yapılan çalışmalar da çelişkili sonuçlar vermiştir. Sağlıklı genç erişkinlerde TAÖ ile yine %50'ye varan aleksitimi oranları saptanmıştır (Candansayar ve ark. 1993b). Yine psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda da %50'den biraz fazla oranda aleksitimi saptanmıştır (Candansayar ve ark. 1993c). Ayrıca bu çalışmalarda TAÖ ile İAÖ'nin birbirlerinden farklı ölçümler yaptıkları da bulgulanmıştır. Eğer SB ve KB'nda aleksitimi bir özellik ise, sağlıklı normallerden ve genel psikiyatri hastalarından çok daha yüksek oranlarda saptanması beklenirdi. Oysa tüm gruplarda benzer oranlar elde edilmiştir. Bu sonuç aleksitimi ile somatizasyon arasındaki bir ilişkinin varlığından çok, aleksitiminin kültürel ifade etme biçimleriyle ilintili olduğunu düşündürmektedir. Bu sonucu çalışmaya alınan hastaların depresyon ölçeklerinden alınan puanlar da desteklemektedir. Aleksitimi ile depresyon arasında ters bir ilişki olduğu öteden beri söylenmektedir (Wise ve ark. 1991). Yani

depresyonda aleksitimik özelliklerin görülmeyeceği ya da aleksitimiklerin depresyonu daha farklı gösterecekleri beklenmektedir. Ancak hem SB hem de KB grubundaki hastaların %50'sinden fazlasında Zung Ölçeği'ne göre orta ve ağır şiddette depresyon saptanmıştır. Bu hastalarda %50 oranında aleksitimi olması çelişkilidir. Benzer çelişki daha önce yapılan bir çalışmada da aleksitimi ile depresyon arasında ters değil doğrusal bir ilişkinin varlığı saptanarak gösterilmiştir (Arıkan ve ark. 1993c). Bu sonuçlar da hastaların gerçekte aleksitimik olduklarından değil, duygularını ifade etme biçimleri nedeniyle aleksitimik gibi görüldükleri düşüncelerini desteklemektedir. Tablo 32'deki depresyon ölçeklerinden elde edilen puanlar; SB ve Briquet'in Sendromu tanıları arasındaki tartışmaya açıklık kazandırıcı gibi durmaktadır. SB hastalarının %78'i Zung Ölçeği'nde hafif, orta ya da şiddetli oranda depresyon bildirmişlerdir. KB grubundaki hastaların da %84'ü benzer bir depresyon yakınması getirmişlerdir. Hekimin değerlendirdiği HDÖ ile de %14 ve %10 hastada açık depresyon saptanmıştır. Bu bulgular özellikle SB'nda depresyon ya da depresif belirtilerin bozukluğun önemli bir parçası olduğu düşüncelerini desteklemektedir. Benzer bir sonuç da depresyon belirtileri kadar olmasa da anksiyete belirtileri için de geçerlidir. Her iki grupta da anksiyete ölçeklerinden alınan ortalama puanlar birbirine yakındır. SB grubunda sürekli anksiyete puanları, KB grubundan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksektir. Bu sonuçlar özellikle SB'nda olmak üzere her iki grupta da daha çok depresyon ve daha az olarak da anksiyete belirtilerinin kliniğe eşlik ettiğini düşündürmektedir. Benzer bir sonuç aynı hastalık gruplarında daha az sayıda hastayla yapılan bir çalışmada da saptanmıştır (Candansayar ve ark. 1993d). Bu bulgular Tablo 26 ve 27 ile ilgili yapılan yorumları desteklemektedir. Briquet'in Sendromu olarak bakıldığında elde edilen sonuçlar çelişkili olmamaktadır. SB olarak bakıldığında ise bozukluğun önemli bir parçası olan

depresyon ve anksiyetenin DSM III-R'de tanı grubundan dışlanmış olduğu ortaya çıkmaktadır. DSM III-R'nin türdeş ve birbiri içine girmeyen bozukluklar oluşturma çabası; Somatoform Bozukluklar tanı grubunda, bozukluğun özgül bir eşlik edicisini yapıdan ayırmış gibi durmaktadır. Bu durumun hem hastaların birden fazla tanı almalarına hem de SB'nda anksiyete ve depresyonun atlanmasına ya da gözardı edilmesine yol açma sakıncası olabilir. Oysa hastalar Briquet'in Sendromu olarak değerlendirildiklerinde tek bir tanı ile türdeş bir hastalık tüm özellikleriyle kapsanabilmektedir.

Tablo 33'de hasta gruplarına uygulanan MMPI Özel Ölçekleri'yle ilgili bulgular vardır. Bu ölçeklerin Türkiye'de tek başına kullanılabilirlikleriyle ilgili geçerlik ve güvenilirlik çalışması yoktur. Ancak her üçü de MMPI'dan elde edildiği için bu durum çok sakıncalı olmayabilir. Çünkü MMPI'nin Türkçe'ye uyarlanmış biçimi uzun yıllardır hemen en güvenilir test olarak kullanılmaktadır. Araştırmada kullanılan üç ölçek de daha çok düşmanca tutumların yaşanması ve kişiler arası ilişkilere etkimesi ile otorite çatışması alanlarındaki kişilik özellikleri konusunda bilgi vericidirler. Tanıdan çok özellik boyutunda bilgi vermeleri de araştırmada kullanılmalarında etken olmuştur. İki grupta da her üç ölçekten elde edilen ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak Otorite Çatışması Ölçeği'nde (AUT) SB grubunun "t puanı" yüksek AUT puanına denk gelirken, KB grubunun "t puanı" düşük AUT puanına denk gelmektedir. AUT Ölçeği'nde yüksek puan alanlar; karşılarındakini sahtekar, iki yüzlü ve yalnızca kendi çıkarlarına uygun olarak davranan kişiler olarak değerlendiren, ailesiyle çatışma içinde olan bireyler oldukları, bu bireylerin herkesin kendilerini sömürdüklerine dair güçlü bir inançlarının olduğu söylenmektedir (Greene 1980, Graham 1987). Aynı şekilde düşük puan alanların ise; dünyaya dair güçlü bir güven duyguları olan, diğer insanlarca duyarlı, gururlu olarak

görülen, yasalara ve sorumluluklarına bağlı insanlar oldukları söylenmektedir. Dışa Vuran Düşmanlık Ölçeği'nden (HOS) düşük puan alanların güçlü düşmanca ya da saldırgan dürtüleri kabullenemeyen, kişiler arası ilişkilerinde eleştirel olamayan, başkalarının geçinilmesi kolay ve edilgin olarak görülen bireyler oldukları söylenmektedir. Aşırı Kontrol Edilmiş Düşmanlık Ölçeği'nde (O-HOS) genel bir kesme puanı bildirilmemiştir. Ancak düşük puan alanların yüksek puan alanlara göre; engellenmeye sözel düşmanlık gösteremeyen, kızgınlık duygusunu çok az belirten, bağımlı ancak üstünlük gereksinimi olan bireyler oldukları söylenmektedir (Greene 1980, Graham 1987). Hastaların her üç ölçekten aldıkları puanların yorumlanması oldukça tartışmalı gibi durmaktadır. SB grubunda elde edilen sonuçlar birbiriyle tutarlı gibi görünmektedir. Ölçeklerin ortak noktası bağımlı ancak rekabetçi, başkalarının sömürüldüğü duygusuna sahip, yaşamın insanlarca çıkar ilişkilerine göre yürütüldüğünü düşünen, ailesiyle çatışma içinde olan ama düşmanca duygularını doğrudan gösteremeyen bireyleri tanımlamalarıdır. Somatizasyon davranışında düşmanca duyguların gösterilememesinin önemli olduğu öteden beri söylenmektedir (Kellner ve ark. 1985). Ayrıca geleneksel psikanalize göre de; somatizasyon ve konversiyonun psikodinamiğinde yadsınan ve bastırılan bilinç dışı saldırganlık ve düşmanlık duygularının rol oynadığı da bilinmektedir. Bununla birlikte KB grubunun AUT Ölçeği'nden yüksek puan alması çelişkili gibi durmaktadır. Bu bulgu KB'nun hemen hiç bir açıklayıcı modeliyle bağintılanamaz gibidir. Yüksek puanın tam sınır puanla elde edilmesi (11; düşük, 12; yüksek) ve ortalamanın standart sapmasının oldukça büyük olması (3.05) bu sonucun çok da kesin olmadığını düşündürmektedir. Elde edilen sonuçlar her üç ölçeğin de her iki hasta grubunda açık ve net yorumlara varılabilecek bulgular vermediklerini göstermektedir. Daha önce yapılan bir çalışmada aynı bozukluk grupları Majör Depresyon tanısı alan hastalarla

karşılaştırılmış ve depresyon grubunun SB ve KB grubuna göre daha yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir (Candansayar ve ark. 1993e). Bu karşılaştırma da çelişkiyi artırmaktadır.

Tablo 34 ve 35'de hastaların BEM Ölçeği'nden ve Cinsiyet Tutum Anketi'nden (CTA) aldıkları puanlar gösterilmiştir. Hem SB hem de KB grubundaki hastalar BEM Ölçeği'nden yüksek "kadınsılık" puanları almışlardır. Kadınsı rol, kadınsılığın baskın ve belirleyici olması çok uzun yıllardır histeri için özgül bir özellik olarak düşünülmektedir. Ancak bu yaklaşım daha çok eski nozolojinin histeri kavramıyla ilintilidir. Toplumda kadınsı rolün özellikleri; bağımlılık, edilginlik, güçsüzlük, duygusallık, çocuk düşkünlüğü, annelik gibi özelliklerdir. Bunun yanısıra erkeksi rol de; üstünlük, güçlülük, bağımsızlık, duygusal olmama, baskınlık gibi özellikleri kapsamaktadır. Bu özelliklerin ve rolün kültürel yapı ve öğrenme kalıplarıyla ilgisi ve değişiciliği açıktır. Araştırmada her iki gruptaki kadınlar da yüksek kadınsılık puanları alırlarken, SB grubundaki hastaların eşleri düşük de olsa erkeksilik puanları almışlardır. KB grubundaki kadınların eşleri ise yine düşük de olsa kadınsılık puanları almışlardır. Bu bulgular 70'li yıllarda Stefanis ve arkadaşlarının çalışmalarını akla getirmektedir. O çalışmada histeri belirtileriyle kadın ve erkek rolleri arasında ilişki kurulmuş ve erkeklerin erkeksiliklerinin, kadınların da kadınsılıklarının azaldıkça histeri belirtilerinin sıklık ve niteliğinin azalacağı öne sürülmüştür (Stefanis ve ark. 1976). Hafeiz de 1986'da Sudan'da yaptığı çalışmada histeri belirtileri gösteren kadınların; edilgin, bağımlı, aile hiyerarşisinin en altında, bağımsız düşünemeyen kadınlar olduklarını saptamıştır. Histerisi olan kadınların eşlerinde antisosyal özelliklerin çok sık olduğu da uzun süredir söylenmektedir (Arkonaç ve Guze 1963, Woerner ve Guze 1968, Guze ve ark. 1971b). Bu çalışmalar da göz önüne alınırsa hastalarla eşlerinin cinsiyet

rollerindeki kutuplaşma açıklığa kavuşmakta gibidir. Çatışmalı anababanın olduğu ailelerde bağımlı, edilgin, güçsüz özellikleri öğrenerek büyüyen kadınların psikososyal bir zorlanma karşısında histeri belirtileri gösterdikleri ve tam zıt özellikler gösteren erkeklerle evlendiklerinden söz edilebilir. KB grubunda belirtilerin genelde kişisel olaylar ve aile içindeki sorunlardan kaynaklandığı düşünülürse, yukardaki gözlem daha da genişletilebilir. KB grubunda sorunun yalnızca karı koca arasındaki rol dağılımıyla açıklanmasının yeterli olmayacağı, baskının daha genel düzeyde kültürel normlarla ilgili olabileceği söylenebilir. KB'nda her iki eşin de kadınsı rolleri üstlenmiş olmaları (güçsüzlük, bağımlılık, edilginlik vb) çatışmaların kültürel yapıyla bağımlı olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim CTA'dan elde edilen sonuçlar (Tablo 35) bu gözlemi desteklemektedir. Ankette SB olan kadınlar özellikle aile içi roller, annelik, çocuk yetiştirme alanlarında geleneksel özellikleri (ki bu özellikler kadınsı rolün özellikleridir) KB grubuna göre daha belirgin olarak göstermektedirler. KB grubundaki hastalar cinsiyet rolünde kadınsı rolü taşırlarken, cinsiyet tutumunda eşitlikçi tutum takınmaktadırlar. Bu sonuçlar SB grubundaki kadınların hem rol hem de tutum olarak kadınsı / geleneksel olduklarını ve çatışmaların da bu yapıyla bağımlı ancak kabullenilmiş, içselleştirilmiş olduğunu düşündürmektedir. KB grubundaki kadınların ise kadınsı role karşın eşitlikçi tutumlarıyla çatışmaları yapılarında değil durumsal olarak yaşadıkları; çatışmaya yol açan durumlarla karşılaştıklarında da bir "isyan" biçimi olarak konversiyon tepkisini verdiklerini düşündürmektedir. Konversiyon bir yardım aramadan çok bir isyan etme biçimine benzetilebilir. Konversiyon yapan kişi bir anlamda var olan çatışmayı değiştirmeye çabalamaktadır. Daha önce söz edilmeyen Tablo 11'de yer alan dini inançların hastalardaki dağılımı da bu bağlamda yorumlanabilir. SB grubundaki kadınların büyük çoğunluğu toplumun büyük kesimi gibi dinine bağlı ve arasıra ibadet eden kişilerdir.

KB grubunda ise az sayıda olsa bile dine ya da tanrıya hiç inanmadıklarını söyleyen hastalar bulunmaktadır. Din gibi son derece güçlü bir geleneksel kültürel norma bile karşı çıkma tutumunun KB'nda görülmesi eşitlikçi rol talebini düşündürmektedir.

Son olarak tüm bu sonuçlar KB grubunun SB grubu kadar türdeş bir grup olmadığı düşüncelerini de desteklemektedir. Sanki hastaların tek ortak özellikleri çatışmaya karşı konversiyon tepkisiyle yanıt vermeleridir. Ancak bu tepki özgül bir kişilik ya da bozuklukla ilgili değil de daha çok kültürel yapı ve iletişim biçimiyle bağıntılı gibidir. SB grubundaki hastalarda ise birbiriyle ilişkilendirilebilir bir dizi özelliğin saptanabildiğinden söz edilebilir. Bu durum SB grubunun başlı başına bir bozukluk grubu olduğu düşüncelerini desteklemektedir.



SONUÇ

Bu araştırmadan elde edilen en önemli sonuç; DSM III-R SB grubu ile KB gruplarının sınırları iyi belirlenmiş ayrı ayrı bozukluk grupları olduklarının tartışmalı olduğunun ortaya çıkmasıdır. DSM III-R SB tanı grubu gerçekten de psikiyatrideki sınıflandırma çabalarında üzerinde en çok tartışılan gruplardandır. Bozukluğun kökeni psikiyatryi bir bilim haline getiren Freud'un histeri üzerine ilk çalışmalarına dayanmaktadır. Tarihi ise İsa'dan 2000 yıl öncesine dek uzanmaktadır. Neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan kavram, bu uzun tarih boyunca bir çok anlamı üzerinde biriktirmiş ve hemen bir çok insani özellik için de kullanılmıştır. Bütün bu kargaşaya ve üstüste binen belirsizliklerine karşın histeri kavramı günümüzde de kullanılmakta ve bu kullanımı da bir anlam taşımaktadır. Histeriyi belirsiz bir kavram olmaktan ilk kurtaran 19. yüzyılda Briquet olmuştur. Ancak belki de histeri kavramının hem şansı hem de şanssızlığı Freud'un kavramı psikanaliz pratiğinin temeline oturtması olmuştur. 20. yüzyılda artan bir hız kazanan psikiyatrideki sınıflandırma çabaları da bu belirsiz yumağı, bu "fosili" bir türlü açıklığa kavuşturamamıştır. DSM dizgesinin birbiri içine girmeyen, türdeş bozukluk grupları oluşturma çabalarının belki de en başarısız olduğu grup da histeri belirtileri olmuştur. Bu araştırmada SB tanı grubunun; kapsadığı hastaların oldukça önemli bir özelliklerini tanı kriterlerinin dışında tuttuğı görülmektedir. Bu özellikler anksiyete ve depresyon belirtileridir. Oysa gerek Briquet'in özgün çalışmalarında gerekse 60'lı yıllarda St Louis grubunun çalışmalarıyla oluşturulan Briquet'in Sendromu tamısı bu özellikleri kapsamaktadır. DSM dizgesinde anksiyete ve depresyonun birbirlerinden bağımsız bozukluk grupları olarak ayrılmaları SB'ndan da bu özelliklerin dışlanması yol açmıştır. Ancak daha sonra yapılan bir çok araştırmada söz edildiğı gibi hastalara birden fazla DSM

III-R birinci eksen tanısının birarada konulmasına yol açmıştır. Bu sonuç DSM dizgesinin mantığıyla zıttır. Çünkü DSM dizgesi birbirine geçişliliği olmayan türdeş bozukluk grupları oluşturma çabalarının ürünüdür. Bu çabanın en belirgin göstergesi hiyerarşik tanılamadır. Bugün DSM dizgesi içinde kargaşaya çözüm için önerilen yeni tanı grupları belirsizliği daha artırmaktan öte bir işe yaramayacak gibi durmaktadırlar. Oysa hastalara Briquet'in Sendromu olarak yaklaşıldığında kargaşanın yerini açıklığın aldığı söylenebilir. Ancak Briquet'in Sendromu'nun DSM dizgesi içine dahil edilebilmesi de olası gibi durmamaktadır. Çünkü bu durumda "anksiyete", "depresyon" gibi DSM'nin önemli tanı grupları bir sendromun belirtileri haline dönüşeceklerdir.

KB ile ilgili sonuçlar daha da tartışmalıdır. Bu çalışmadan elde edilen veriler KB'nun apayrı bir tanı grubu olabilecek özellikleri göstermediği yönündedir. KB tanısı alan hastaların bir bölümü belki de süreçte Briquet'in Sendromu özelliklerini kazanacak hastalardır. Bir bölümünde de konversiyon; özgül bir psikopatolojik örüntüden çok psikososyal zorlanmaya verilen durumsal bir tepkiden ibaret olarak kalacaktır. Bu yorum; konversiyonun çalışmada hemen her eğitim düzeyinde, ekonomik ve sosyal grupta ve yaşta görülebilmesiyle de desteklenmektedir. Ancak bu çıkarımların kesinleştirilebilmesinin yolu konversiyonla başvuran hastaların uzun dönemli izlem çalışmalarıyla olasıdır.

Çalışmanın bir diğer önemli sonucu SB hastalarının beklenildiği gibi düşük eğitimli, düşük sosyoekonomik düzeyde gruplardan gelmemeleridir. Hernekadar bu sonucu hasta popülasyonunun özelliği sağlamış olabilirse de en azından yüksek eğitim ve sosyoekonomik düzeyde de bozukluğun sık olarak görülebileceği düşünülebilir.

Yine SB ve KB'nda öğrenme, model alma görüşlerini destekleyen bulgular bu çalışmadan da elde edilmiştir. SB ya da Briquet'in Sendromu'nda yazınla tümüyle zıt olarak

elde edilen bulgu; hasta grubunda alkol ve madde bağımlılığına hiç rastlanılmamasıdır. Bu sonuç Türkiye'de yaşayan kadınlar üzerine yapılan bir çalışma için olağan kabul edilebilir. Ancak aynı zamanda bozukluğun oluşmasında öğrenme ve sosyokültürel yapının baskın olarak etkin olabileceğinin de bir göstergesi sayılabilir. Sonuçta histerinin sosyokültürel yapıyla doğrudan bağıntısı olan bir bozukluk olduğu söylenebilir. Ne yazık ki bu çalışmada hastaların sosyokültürel yapıları ile ilgili ayrıntılı incelemeler gerçekleştirilememiştir. Yalnızca cinsiyet rolü ve tutumları daha yakından incelenebilmiştir. Bu alanda elde edilen sonuçlar da kültürel yapının dayattığı kadın ve erkek rollerinin histerinin oluşması, gelişmesi ve değişmesinde etkin rol oynadıklarını düşündürmektedir. Bu alanda daha ayrıntılı sosyolojik ve kültürel antropolojik araştırmalara gereksinim vardır. Konversiyon tepkisinin de benzer şekilde sosyokültürel yapı, kadın erkek rolleri, aile ilişkileri ve hiyerarşisiyle yakın ilintili bir tepki olduğu söylenebilir.

Aleksitimi kavramı ile ilgili elde edilen sonuçlar da bireyin kendisini ve duygularını ifade etme biçimlerinin içinde yaşadığı kültürle doğrudan bağıntılı olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada bir anlamda transkültürel bir anlayışla kroskültürel bir sonucun elde edildiğinden söz edilebilir. Bu sonuç; bireylerin duygularını ifade etme yollarını öğrenme ve uygulamalarında kültürel kalıpların etkisinin araştırılmasının önemini göstermektedir.

"Histeri" belki de tümüyle kültürün ürettiği bir kavramdır. Bu yüzden de kültürel yapıyla doğrudan bağıntılıdır. Kültürel yapı değiştikçe histeri kavramı ve karşıladığı anlamlar da değişecek gibi görünmektedir. Toplumsal yapı içinde birey, çocuk, kadın, erkek, karı koca, anababa, aile gibi kavramlar değiştikçe histeri kavramı da koşut olarak değişecek gibi

durmaktadır. Ancak gördüğü işlev nedeniyle (kişilik, uyum, hastalık, tepki) ne olup ne olmadığı üzerinde hep tartışılacaktır.



ÖZET

Bu araştırmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikiyatri Polikliniği'ne 6 aylık bir dönemde başvuran ve DSM III-R tanı kriterlerine göre Somatizasyon Bozukluğu (SB) ve Konversiyon Bozukluğu (KB) tanısı konulan 100 kadın hasta alınmıştır. Hastaların ayrıntılı demografik ve klinik değerlendirmeleri yapılmıştır. Hastalara Toronto Aleksitimi Ölçeği, Irvine Aleksitimi Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, BEM Cinsiyet Rol Envanteri, Cinsiyet Tutum Anketi ile MMPT'dan üç özel içerik ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmada KB tanısı alan hastaların hemen her sosyoekonomik düzeyden ve yaş grubundan gelen, türdeş klinik özellikleri belirlenemeyen hastalar oldukları saptanmıştır. Bu hastalardan bulgularan ortak özellikler; daha çok diğer iletişim ve ifade etme biçimleri engellendiğinde konversiyonu bir tepki olarak kullanan kişiler olduklarıydı. Hastaların bir yandan kadınsı cinsiyet rollerini içselleştirmiş, bir yandan da eşitlikçi cinsiyet tutumlarını benimseyen kadınlar olmaları, konversiyonu otorite konumundaki kişilerle (aile, eş, iş) olan kişisel çatışmaları sırasında kullanmaları bu görüşü destekliyor olarak değerlendirilmiştir.

SB tanısı alan kadınların da yalnızca yazındaki gibi düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyine sahip kadınlar olmadıkları, bozukluğun üst sosyoekonomik gruplarda ve eğitlimlilerde de görülebildiği saptanmıştır. Yine bu hastaların büyük bir bölümünün somatizasyon dışında anksiyete ve depresyon belirtilerini de yaygın olarak taşıdıkları ve bu durumlarıyla daha çok Briquet'in histeri kavramını karşıladıkları saptanmıştır. DSM III-R'deki SB tanı grubunun bu hastaların bir çok özelliklerini tanısal kriterlerin dışında tutmasının da tanısal sadeleştirmenin yerine bozukluğu daha da karmaşık ve çok parçalı hale getirdiği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

Abse D W (1974): Hysterical conversion and dissociative syndromes and the hysterical character American Handbook of Psychiatry (ed.) S. Arieti Vol 3, Chap 8, 155-194, Basic Books

American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 3, Washington D C

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (revised), Washington D C

Arıkan Z, Candansayar S, Coşar B, Işık E (1992): Alkol bağımlılığı Demografik, sosyokültürel, bireysel özellikler ve hastalığın algılanışı üzerine bir çalışma AÜTF Mecmuası, Cilt 45, Sayı 4, 699-712

Arıkan Z, Candansayar S, Coşar B, Sertcan Y, Koçal N, Işık E (1993a): Alkol bağımlılığında MMPI özellikleri ile Wiggins içerik ölçeklerinin karşılaştırılması 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa

Arıkan Z, Işık A, Coşar B, Candansayar S, Işık E (1993b): Yarı kentsel bir bölgede alkol bağımlılığının epidemiyolojisi 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi , Bursa

Arıkan Z, Candansayar S, Coşar B, Sertcan Y, Koçal N, Işık E (1993c) :Alkol Bağımlılığında kesilme belirtilerinin tedavisinden sonra aleksitimik özellikler , depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişki 29.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa

Arkonaç O, Guze S B (1963): A family study of hysteria NEJM 268:239-242

Ayhan N, Göka E, Öztürk E, Doğu N, Aygen S, Çivi G, Akdündar B (1988): Somatizasyon bozukluğu gösteren hastalarda semptomların dağılımı 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Yayını, 704-709

Barsky A J (1989): Somatoform disorders *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (ed.) H I Kaplan, B J Saddock Vol 1, 5th edition, Chap 19, Williams and Wilkins

Barsky A J (1992): Amplification, somatisation and the somatoform disorders *Psychosomatics* Vol 33, No 1, 28-34

Barsky A J, Klerman G L (1983): Overview; hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles *Am J Psychiatry* 140:3, 273-283

Bem S L (1974): The measurement of psychological androgyny *J Cons Clin Psycho* Vol 42, No 2, 155-162

Bhatt A, Tomenson B, Benjamin S (1989): Transcultural patterns of somatisation in primary care: a preliminary report *J Psychosom Res* Vol 33, No 6, 671-680

Bibb R C, Guze S B (1972): Hysteria (Briquet's Syndrome) in a psychiatric hospital: the significance of secondary depression *Am J Psychiatry* 129:2, 224-228

Bridges K W, Goldberg D P (1985): Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care *J Psychosom Res* 29:563-569

Candansayar S, Coşar B, Oral N, Koçal N, Arıkan Z, Işık E (1993a): Psikiyatrik bozukluklarda MMPI ve Wiggins ölçek özelliklerinin retrospektif karşılaştırılması 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa

Candansayar S, Coşar B, Arıkan Z, Oral N, Koçal N, Işık E (1993b): Genç erişkin sağlıklı gönüllülerde aleksitimi prevalansı 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa

Candansayar S, Coşar B, Arıkan Z, Koçal N, Şahin K, Işık E (1993c): Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda tanı gruplarına göre aleksitimi prevalansı 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa

Candansayar S, Coşar B, Arıkan Z, Koçal N, Işık E (1993d): Somatizasyon ve konversiyon bozukluklarında anksiyete ve depresyon biraradalığının araştırılması 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa

Candansayar S, Coşar B, Arıkan Z, Işık E (1993e): Somatizasyon ve konversiyon bozukluklarında düşmanca tutumlar ve otorite çatışması 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa

Canino G J, Bird H R, Shroud P E (1987): The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico Arch Gen Psychiatry 44:727-736

Chiu L P W, Rimon R (1987): Relationship of migration to paranoid and somatoform symptoms in Chinese patients Psychopathology 20:203-212

Chodoff P (1974): The diagnosis of hysteria Am J Psychiatry 131: 1073-1078

Chodoff P (1982): Hysteria and women Am J Psychiatry 139: 5, 545-551

Chodoff P, Lyons H (1958): Hysteria, the hysterical personality and "hysterical" conversions Am J Psychiatry 114:734-740

Cloninger R C, Guze S B (1970a): Psychiatric illness and female criminality; the role of sociopathy and hysteria in the antisocial women Am J Psychiatry 127:3, 79-87

Cloninger R C, Guze S B (1970b): Female criminals; their personal, familial and social backgrounds Arch Gen Psychiatry Vol 23, 554-558

Cloninger R C, Guze S B (1975): Hysteria and parental illness Psychological Med Vol 5, No 1, 27-31

Colligan R C, Offord K P (1988): Contemporary norms for the Wiggins Content Scales: a 45 year update J Clin Psycho 44(1):23-32

Craig T K J, Boardman A P, Mills K, Daly-Jones O, Drake H (1993): The South London somatisation study Br J Psychiatry 163, 579-588

Çelebi N (1990): Kadınlarımızın cinsiyet rolü tutumları Sebat Ofset, Konya

Çevik A, Aysev A, Bogenç A (1988): Polikliniğimize başvuran hastalarda somatoform bozuklukların değerlendirilmesi 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Yayını, 817-823

Dereboy F I (1990): Aleksitimi özbildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma, Uzmanlık Tezi, HÜTF, Ankara

Dökmen Z (1991): BEM Cinsiyet Rolü Envanteri'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi 35:81-89

Escobar J I (1987): Crosscultural aspects of the somatisation trait Hosp Comm Psychiatry Vol 38, No 2, 174-180

Escobar J I, Burnam M A, Karno M, Forsthe A, Golding J M (1987): Somatisation in the community Arch Gen Psychiatry 44:713-718

Farley J, Woodruff R A, Guze S B (1968): The prevalence of hysteria and conversion symptoms Br J Psychiatry Vol 114, No 514, 1121-1125

Fenichel O (1945): Nevrozların psikanalitik teorisi (çev.) Selçuk Tuncer, 1974, EÜTF Basımevi

Folks D G, Ford C V, Regan W M (1984): Conversion symptoms in a general hospital Psychosomatics 25:285-295

Ford C V (1986): The somatizing disorders Psychosomatics Vol 27, No5, 327-336

Ford C V, Folks D G (1985): Conversion disorders; an overview Psychosomatics Vol 26, No 5, 371-373

Freud S (1895): Studies on hysteria (with Breuer) The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud (ed.) J Strachey, 1964, Vol 2, p 203, Hogarth Press

Freud S (1925): Inhibitions symptoms and anxiety The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud (ed.) J Strachey 1964, Vol 20, p 163, Hogarth Press

Gabbath G O (1990): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice Chap 17, p 428, American Psychiatric Press Inc.

Gatfield P D, Guze S B (1962): Prognosis and differential diagnosis of conversion reactions Disease of the Nervous System Vol 23, No 11, 1-8

Goldberg D P, Bridges K (1988): Somatic presentations of psychiatric illness in primary care settings J Psychosom Res Vol 32, No 2, 137-144

Golding J M, Smith G R, Kashner T M (1991): Dose somatisation disorder occur in men Arch Gen Psychiatry Vol 48, 231-235

Graham J R (1987): The MMPI: a practical guide, Oxford University Press

Greene R L (1980): The MMPI: an interpretive manual, Grune and Stratton Inc.

Green J W, Walker L S, Hickson G H, Thompson J (1985): Stressful life events and somatic complaints in adolescents Pediatrics Vol 75, No 1, 19-22

Guze S B (1963): The clinical diagnosis of hysteria Medical Times Dec

Guze S B (1967): The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? Am J Psychiatry 124:4, 77-84

Guze S B (1970): The role of follow up studies their contribution to diagnostic classification as applied to hysteria Seminars in Psychiatry 2: 392-402

Guze S B (1975): The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria
Am J Psychiatry 132: 2, 138-41

Guze S B, Cloninger R C, Martin R L, Clayton P J (1986): A follow up and family
study of Briquet's Syndrome Br J Psychiatry 149, 17-23

Guze S B, Perley M J (1963): Observations on the natural history of hysteria Arch
Gen Psychiatry Vol 119, No 10, 960-965

Guze S B, Woodruff R A, Clayton P J (1971a): A study of conversion symptoms in
psychiatric out patients Am J Psychiatry 128: 5, 135-138

Guze S B, Woodruff R A, Clayton P J (1971b): Hysteria and antisocial behaviour:
further evidence of an association Am J Psychiatry 127: 957-960

Guze S B, Woodruff R A, Clayton P J (1972): Sex, age and the diagnosis of hysteria
Am J Psychiatry 129: 6, 121-124

Hafeiz H B (1986): Clinical aspects of hysteria Acta Psychiatr Scand 76:676-680

Hedlund J L, Vieweg B W (1973): The Hamilton Rating Scale for depression: a
comprehensive review Arch Gen Psychiatry 28:361-366

Hollender M H (1972): Conversion hysteria: a post-freudian reinterpretation of 19th
century psychosocial data Arch Gen Psychiatry Vol 26, 311-314

Hyer S E, Spitzer R L (1978): Hysteria split asunder Am J Psychiatry
135:1500-1504

Katon W, Kleinman A, Rosen G (1982): Depression and somatisation: a review Am
J Med 72: 127-133

Katon W, Lin E, Korff M V, Russo J, Lipscomp P, Bush T (1991): Somatisation: a
spectrum of severity Am J Psychiatry 148: 1, 34-40

Katon W, Ries R K, Kleinman A (1984): A prospective DSM III study of 100 consecutive somatisation patients *Compr Psychiatry* Vol 25, No 3, 305-314

Kawanishi Y (1992): Somatisation of Asians : an artifact of western medicalisations
Transcultural Psychiat Res Rev 29, 5-36

Kellner R (1987): Hypochondriasis and somatisation *JAMA* Vol 258, No 19, 2718-2722

Kellner R (1990): Somatisation theories and research *J Nerv Ment Dis* Vol 178, No 3, 150-160

Kellner R, Slocumb J, Wiggins R G, Abbott P J, Winslow W W, Pathak D (1985): Hostility, somatic symptoms and hypochondriacal fears and beliefs *J Nerv Ment Dis* Vol 173, No 9, 554-560

Kernberg O F (1988): Hysterical and hysterionic personality Disorders *Psychiatry* (ed.) R Mitchels, 1990, Chap 19, Lippincott Company

Kirmayer L J (1984): Culture, affect and somatisation *Transcultural Psychiat Res Rev* 21, 159-188

Kirmayer L J (1987): Languages of suffering and healing Alexithymia as a social and cultural process *Transcultural Psychiat Res Rev* 24, 119-136

Kirmayer L J, Robbins J M (1991): Three forms of somatisation in primary care *J Nerv Ment Dis* Vol 179, No 11, 647-655

Koenisberg H W, Kaplan R D, Gilmore M M, Cooper A M (1985): The relationship between syndrome and personality disorder in DSM III experience with 2462 patients *Am J Psychiatry* 142: 207-212

Kohn R, Flaherty J A, Levav I (1989): Somatic symptoms among older Soviet immigrants: an exploratory study *The International Journal of Social Psychiatry* Vol 35, No 4, 350-360

Koptagel-İlal G (1992): Somatizasyon ya da imdat çağırısı *Türk Psikiyatri Dergisi* 3: (3), 199-204

Kozanlar İ, Tekin D, Seber G (1986): Histeride kişilik ve aile yapısı araştırması 22. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Yayını, 380-387

Lazare A (1981): Current concepts in psychiatry: conversion symptoms *NEJM* Vol 305, No 13, 745-748

Lewis W C, Berman M (1965): Studies of conversion hysteria *Arch Gen Psychiatry* Vol 13: 275-282

Lilienfeld S O, Van Valkenburg C, Larntz K, Akiskal H S (1986): The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatisation disorders *Am J Psychiatry* 143: 718-722

Lipowski Z J (1988): Somatisation: the concept and clinical application *Am J Psychiatry* 145:11, 1358-1368

Liskow B, Othmer E, Penick E C, De Souza C, Gabrielli W (1986): Is Briquet's Syndrome a heterogenous disorder? *Am J Psychiatry* 143:5, 626-629

Ludwig A M (1972): Hysteria: a neurobiological theory *Arch Gen Psychiatry* Vol 27, 771-777

Mai F M, Merskey H (1980): Briquet's treatise of hysteria *Arch Gen Psychiatry* Vol 37, 1401-1405

- Mai F M, Merskey H (1981): Briquet's concept of hysteria: an historical perspective
Can J Psychiatry Vol 26, 57-63
- Mayau R (1976): The nature of bodily symptoms Br J Psychiatry 129: 55-60
- Mechanic D (1972): Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints NEJM Vol 286, No 21, 1132-1139
- Mechanic D (1986): The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition Psychological Med 16, 1-7
- Moffaerd M V, Verecken A (1989): Somatisation of psychiatric illness in mediterranean migrants in Belgium Cult Med Psychiatry 13(3), 297-313
- Morrison J (1989): Hystrionic personality disorders in women with somatisation disorder Psychosomatics Vol 30; No 4, 433-437
- Murphy M (1989): Somatisation: embodying the problem BMJ Vol 298, 1331-1332
- Öner N, LeCompte A (1985): Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları
- Özkan A, Arık A C, Tezcan A E (1988): Çocukluk ve adolesan döneminde konversiyon bozuklukları 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Yayını, 307-310
- Öztürk M (1976): Histeri belirtileri gösteren çocukların aile içindeki özel yeri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi Cilt 19, Sayı 2'ye ek, 1-15
- Parsons C D F, Wakeley P (1991): Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life Cult Med Psychiatry 15: 111-132
- Perley M J, Guze S B (1962): Hysteria-the stability and usefulness of clinical criteria-NEJM 266:421-426

Quil T E (1985): Somatisation disorder One of medicine's blind spots JAMA Vol 254, No 21, 3075-3079

Raskin M, Talbott J A, Meyerson A T (1966): Diagnosis of conversion reactions JAMA Vol 197, No 7, 530-534

Reich W (1933): Kişilik çözümlemesi (çev.) B Onaran Payel Yayınevi 1991, 2. Basım, İstanbul

Rinieris P M, Stefanis C N, Lykouras E P, Varsou E K (1978): Hysteria and ABO blood types Am J Psychiatry 135:9, 1106-1107

Robbins L N, Helzer J E, Weisman M M, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke J D, Regier D A (1984): Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites Arch Gen Psychiatry 41: 949-958

Robbins J M, Kirmayer L J (1991): Attributions of common somatic symptoms Psychological Med 21:1029-1045

Robinson P D, Greene J W, Walker L S (1988): Functional somatic complaints in adolescents: relationship to negative life events, self concept and family characteristics J Pediatr 113: 588-593

Schurman R A, Kramer P D, Mitchel J B (1985): The hidden mental network Arch Gen Psychiatry 42: 89-94

Shaw J, Creed F (1991): The cost of somatisation J Psychosom Res Vol 35, No 2 / 3, 307-312

Shipko S (1982): Alexithymia and somatisation Psychother Psychosom 37:193-201

Shipko S, Noviello N (1984): Psychometric properties of self report scales of alexithymia Psychother Psychosom 41: 85-90

Slater E (1965): Diagnosis of hysteria *BMJ* 1:1395-1399

Smith G R, Golding J M, Kashner T M, Rost K (1991): Antisocial personality disorder in primary care patients with somatisation disorder *Compr Psych* Vol 32, No 4, 367-372

Smith G R, Monson R A, Livingstone R L (1985): Somatisation disorder in men *General Hospital Psychiatry* 7, 4-8

Spielberger C D, Gorsuch R L, Lushere R E (1970): Manual for state-trait anxiety inventory California Consulting Psychologists Press

Srinivasan K, Murthy R S, Janakiramaiah N (1985): A nosological study of patients presenting with somatic complaints *Acta Psychiatr Scand* 73: 1-5

Stefanis C, Markidis M, Christodoulou G (1976): Observations on the evaluation of the hysterical symptomatology *Br J Psychiatry* 128, 269-275

Stephens J H, Kamp M (1962): On some aspects of hysteria A clinical study *J Nerv Ment Dis* 134: 305-315

Stewart D E (1990): The changing faces of somatisation *Psychosomatics* Vol 31, No 2, 153-158

Stoudemire A (1991): Somatothymia Parts I and II *Psychosomatics* Vol 32, No 4, 365-381

Swartz M, Blazer D, George L, Landerman R (1986): Somatisation disorder in a community population *Am J Psychiatry* 143:11, 1403-1408

Swartz M, Hughes D, George L, Blazer D, Landerman R, Buchols K (1986): Somatisation disorder in a community urban / rural populations *J Psychiatr Res* Vol 20, No 4, 335-343

Swartz M, Landerman R, Blazer D, George L (1989): Somatisation symptoms in the community a rural / urban comparison *Psychosomatics* Vol 30, No 1, 44-53

Taylor G J (1987): Alexithymia: history and validation of the concept *Transcultural Psychiatr Res Rev* 24: 85-95

Taylor G J, Ryan D, Bagby R M (1985): Toward the development of a new self report alexithymia scale *Psychother Psychosom* 44:191-199

Tomasson K, Kent D, Coryell W (1991): Somatisation and conversion disorders; comorbidity and demographics at presentation *Acta Psychiatr Scand* 84:288-293

Tomasson K, Kent D, Coryell W (1993): Comparison of four diagnostic systems for the diagnosis of somatisation disorder *Acta Psychiatr Scand* 88: 311-315

Torgersen S (1986): Genetics of somatoform disorders *Arch Gen Psychiatry* Vol 43, 502-505

Tuncer Ö (1990): 40 aylık bir süre içinde yapılan psikiyatrik konsültasyon sonuçlarının değerlendirilmesi 26. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Yayın, Cilt 3, 337-341

Walker L S, Garber J, Greene J W (1991): Somatisation symptoms in pediatric abdominal pain patients: relation to chronicity of abdominal pain and parent somatisation *J Abnorm Child Psychology* Vol 19, No 4, 379-394

Walker L S, Mc Laughlin J F, Greene J W (1988): Functional illness and family functioning: a comparison of healthy and somatising adolescents *Fam Proc* 27: 317-320

Whitlock F A (1967): The aetiology of hysteria *Acta Psychiatr Scand* 44:144-162

Wilson D, McMaster J, Greenspan R, Mboi L, Neube T, Sibanda B (1990): Crosscultural validation of the BEM Sex Role Inventory in Zimbabwe *Pers Individ Diff* Vol 11, No 7, 651-656

Wise T N, Mann L S, Epstein S (1991): Ego defensive styles and alexithymia: a discriminant validation study *Psychother Psychosom* 56:141-145

Woerner P I, Guze S B (1968): A family and marital study of hysteria *Br J Psychiatry* Vol 114, No 507, 161-168

Woodruff R A, Clayton P J, Guze S B (1969): Hysteria; an evaluation of specific diagnostic criteria by the study of randomly selected psychiatric clinic patients *Br J Psychiatry* Vol 115, No 528, 1243-1248

Woodruff R A, Clayton P J, Guze S B (1971): Hysteria: studies of diagnosis, outcome and prevalence *JAMA* Vol 215, No 3, 425-428

Ziegler F J, Imboden J B, Meyer E (1960): Contemporary conversion reactions A clinical Study *Am J Psychiatry* 116:901-910

Zung W W K (1965): A self rating depression scale *Arch Gen Psychiatry* 12, 63-70

EKLER

Ek 1:

DSM III-R SOMATİZASYON BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ (300.81)

A- 30 yaşından önce başlayan ve yıllarca süren kişinin bir çok fizik yakınmalarının olduğuna ilişkin bir öyküsünün ya da hastalıklı olduğuna ilişkin bir inamışının olması

B- Aşağıdaki listeden en az 13 belirtinin olması gerekir. Bir belirtiyi önemli olarak sayabilmek için aşağıdaki ölçütleri karşılaması gerekir.

1- Belirtinin nedenini açıklayan organik bir patoloji ya da patofizyolojik bir düzenek yoktur (örneğin fiziksel bir bosukluk ya da yaralanma, tedavi, ilaçlar ya da alkolün etkileri). İlgili organik bir patoloji varsa bile, kişinin yakınması ya da bunun sonucunda ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma fizik bulgulardan beklenenden çok daha şiddetlidir.

2- Yalnızca bir panik atağı sırasında ortaya çıkmamaktadır.

3- Kişinin ilaç almasına (reçetesiz satılan ağrı kesiciler dışında), doktora görünmesine ya da yaşam biçimini değiştirmesine neden olmaktadır.

Belirti Listesi:

Gastrointestinal Belirtiler;

- 1) kusma (gebelik sırasında olan dışında)**
- 2) abdominal ağrı (menstruasyon sırasında olan dışında)**
- 3) bulantı (taşıt tutması dışında)**
- 4) şişkinlik (gaz)**
- 5) diyare**
- 6) birçok değişik yiyeceklere karşı entolerans (bunların dokunması)**

Ağrı Belirtileri;

- 7) ekstremitelere ağrı
- 8) sırt ağrısı
- 9) eklem ağrısı
- 10) idrar yaparken ağrı
- 11) diğer ağrılar (baş ağrısı dışında)

Kardiyopulmoner Belirtiler;

- 12) herhangi bir çaba harcamıyorken nefesin daralması
- 13) arpıntı
- 14) ggs ağrısı

- 15) sersemlik hissi

Konversiyon ya da Psdonrolojik Belirtiler;

- 16) unutkanlık
- 17) yutma güçlüğü
- 18) ses kaybı
- 19) sağırlık
- 20) ift görme
- 21) bulanık görme
- 22) körlük
- 23) bayılma ya da bilinç kaybı
- 24) katılma ya da konvülzyon
- 25) yürüme güçlüğü
- 26) paralizi ya da kas zayıflığı

27) üriner retansiyon ya da idrar yaparken zorluk

Kişinin yaşamının büyük bir bölümünde, cinsel etkinlikte bulunmak için doğan elverişli durumlar sonrası ortaya çıkan cinsel belirtiler;

28) cinsel organlar ya da makatta yabancı bir his (cinsel ilişki sırasında olan dışında)

29) cinsel ilgisizlik

30) cinsel ilişki sırasında ağrı

31) empotans

Bir kadının, kendisinde çoğu kadından daha sık ya da daha şiddetli olarak ortaya çıktığına inandığı üreme organları ile ilgili belirtiler

32) menstruasyon ağrısı

33) menstruel düzensizlik

34) aşırı menstruel kanama

35) gebelik süresi boyunca kusma

DSM III-R KONVERSİYON BOZUKLUĞU**(HİSTERİK NEVROZ, KONVERSİYON TİPİ) TANI KRİTERLERİ (300.11)**

A- Fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde, fiziksel işlevsellikte bir kayıp ya da değişme olması

B- Psikolojik bir çatışma ya da gereksinimle açıkça ilişkili psikosoyal bir zorlanma kaynağı ile, belirtinin başlaması ya da alevlenmesi arasında geçici bir ilişkinin olması nedeniyle psikolojik etkenlerin söz konusu belirtiliyle etiyolojik olarak ilişkili olduğu yargısına varılır.

C- Kişi, bu belirtinin, belirli bir amacının olduğunun bilincinde değildir.

D- Bu belirti, kültürel bir tepki gösterme biçimi olarak görülemez ve uygun bir inceleme sonrası bilinen bir fizik bozukluk ile açıklanamaz.

E- Bu belirti, ağrı ya da cinsel işlevsellikte bir bozukluk ile sınırlı değildir.

Belirtiniz: Tek atak ya da yineleyici tip

Ek 2:

BRIQUET'İN SENDROMU TANI KRİTERLERİ

35 yaşından önce başlayan, dramatik bir tıbbi öyküyle birlikte aşağıdaki 10 grupta yer alan 59 fiziksel, nörolojik ve psikolojik belirtiden en az 9 grupta, en az 25 belirtinin olması

GRUP I	33- kabızlık
1- Baş ağrısı	GRUP VI
2- Yaşamın büyük kısmında hastalıklı olmak	34- Karın ağrısı
GRUP II	35- Kusma
3- Körlük	36- Menstruasyon sırasında ağrı
4- Paralizi	37- Menstruel düzensizlik
5- Anestezi	38- Amenore
6- Afoni	39- Aşırı menstruel kanama
7- Katılma, konvülzyon	GRUP VIII
8- Baygınlık	40- Cinsel ilgisizlik
9- Unutkanlık	41- Frijidite
10- Sağırılık	42- Cinsel ilişkide ağrı
11- Halüsinasyon	43- Diğer cinsel güçlükler
12- Üriner retansiyon	44- Gebeliği 9 ayı boyunca kusma ya da hiperemesis gravidarum nedeniyle hast. yatış
13- Ataksi	45- Empotans
14- Çift görme	GRUP IX
15- Yutma güçlüğü	46- Sırt, bel ağrısı
16- Diğer konversiyonlar	47- Eklem ağrısı
GRUP III	48- Ekstremitte ağrısı
17- Yorgunluk	49- Cinsel organlar, ağız ya da makatta yabancı his
18- Bulanık görme	50- Diğer bedensel ağrılar
19- Halsizlik	GRUP X
20- Dizüri	51- Sinirlilik
GRUP IV	52- Korkular
21- Nefes darlığı	53- Kolayca ağlama
22- Çarpıntı	54- Yaşamın umutsuz olduğu duyguları
23- Anksiyete atakları	
24- Göğüs ağrısı	

25- Sersemlik hissi

GRUP V

26- Anoreksi

27- Kilo kaybı

28- Çok belirgin kilo değişikliği

29- Bulantı

30- Karın şişliği

31- Gıdalara karşı intolerans

32- Diyare

55- Ölümün iyi birşey olduğunu düşünmek

56- Ölme isteği

57- İntihar etmeyi düşünmek

58- İntihar girişimi

59- İşini yapamamak ya da hasta olduğundan
üzerine düşen sorumlulukları yerine
getirememek



Ek 3:

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

- 1- Ağladığımda, beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim
- 2- Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır
- 3- Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem
- 4- Keşke bu kadar utangaç olmasaydım
- 5- Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım
- 6- Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum
- 7- Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir
- 8- Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur
- 9- Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım
- 10- Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar
- 11- Benim için, yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez; nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim
- 12- Duygularımı kolayca anlatabilirim
- 13- Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan çok; onların nereden kaynaklandığı üzerine düşünmeyi de tercih ederim
- 14- Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilemem
- 15- Hayal gücümü bolca kullanırım
- 16- Yapacak başka şeyim olmadığında zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm

17- Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur

18- Pek hayal kurmam

19- Olayın nedenine, niçinine kafa yormaktan çok işleri olurlarına bırakmayı tercih ederim

20- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var

21- İnsanın duygularına yakın olması önemlidir

22- İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur

23- Tanıdıklarım, duygularımdan daha çok söz etmemi isterler

24- İnsan, olayların derinine inmelidir

25- İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum

26- Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam

Ek 4:

IRVINE ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

1- Uzun zamandan beri görmediğim okul arkadaşlarım ya da tanıdıklarım önce benimle konuşmazlarsa, onları görmezlikten gelmeyi tercih ederim

2- Etrafımda başkalarının görmedikleri eşya, hayvanlar ya da insanlar görürüm

3- Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim

4- Bildiğim bir konuda, bir kimse saçma sapan ya da cahilce konuşursa onu hemen düzeltirim

5- Hiçbir zaman kan kusmadım ya da kan tükürmedim

6- Hastalığa yakalanacağım diye kaygılanmam

7- Keşke bu kadar utangaç olmasam

8- Bazen kendimi enerji dolu hissederim

9- Hakkımda çok konuşulduğundan eminim

10- Başkaları benimle konuşuncaya kadar ben onlarla konuşmam

11- Hayatımda hiçbir zaman bebekle oynamaktan hoşlanmadım

12- Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum

13- Hiç kimseye aşık olmadım

14- Gördüğüm kimse ile karşılaşmamak için sıklıkla yolumu değiştiririm

15- Sonradan pişman olacağım şeyleri yapmak ya da söylemek korkusuyla, bazen bir kimseden uzak durduğum olur

16- Kaba ya da can sıkıcı insanlara karşı bazen sert davrandığım olur

17- Seksek oyunu oynamaktan hoşlanırdım

18- Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirlemekten hoşlanırım

19- Bazı durumlarda olduğumdan daha fazla üzüntülü görünmeye çalıştığım olmuştur



Ek 5:

DIŞA VURAN DÜŞMANCALIK (HOS) ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddelere evet ya da hayır şeklinde yanıt veriniz. Doğru yanıt yoktur.

Önemli olan sizin maddeyi nasıl değerlendirdiğinizdir.

1- Sonradan pişman olacağım şeyleri yapmak ya da söylemek korkusuyla, bazen bir kimseden uzak durduğum olur

2- Kaba ya da can sıkıcı insanlara karşı bazen sert davrandığım olur

3- Kötülüğe kötülükle karşılık vermek prensibimdir

4- Bazen içimden birşeyler kırmak isteği geçer

5- Bazen hayvanlara rahat vermem

6- İnsanlara gerçeği kabul ettirmek güçtür

7- Bazen sanki kendimi ya da başkasını incitmek zorundaymış gibi hissederim

8- Bazen biriyle yumruk yumruğa kavgaya girişmek istediğim olur

9- Birinin bana kurnazca oyun etmesine çok içerlerim

10- Hayvanların eziyet çektiğini görmek beni üzmez

11- Bazen zevk için başkalarını kendimden korkuturum

12- Genellikle sevdiğim aile üyelerine karşı bazen nefret duyarım

13- İnsanlara karşı sabrım çabuk tükenir

14- Sevdiğim kimseleri bazen incitmekten hoşlanırım

15- Bazen sevdiğim kimselerin beni incitmesinden hoşlandığım oldu

16- Yük çekmeyen atlar dövülmeli ya da kamçılanmalıdır

17- Madrabazı kendi silahı ile altetmekten hoşlanırım

18- Sırada beklerken biri önüme geçmeye kalkışırsa ona çıkışıırım

19- Bazı insanlardan o kadar nefret ederim ki ettiklerini bulunca içimden oh derim

20- Mastürbasyonda kendi cinsimle ilgili hayaller beni tahrik eder

21- Arakadaş edinemiyorum

22- Sıklıkla sinirli ve asık suratlı olurum

23- Onlardan önce düşündüğüm için başkaları benim fikirlerimi kıskanıyorlar

24- Kusurlarını düzeltmeye çalıştığım insanlarla genel olarak gayet açık konuşurum

25- Beni acele ettirenlere kızarım

26- Bazı kimseler o kadar amirane davranırlar ki haklı bile olsalar içimden dediklerinin aksini yapmak gelir

27- Bazen ters ve suratsız olurum

Ek 6:

OTORİTE ÇATIŞMASI (AUT) ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeleri evet ya da hayır diye yanıtlayınız. Doğru yanıt yoktur. Önemli olan sizin maddeleri nasıl değerlendirdiğinizdir.

1- İnsanların çoğu başkalarına yardım etmek için zahmete girmekten hoşlanmazlar

2- Az parayla oynanan kumardan hoşlanırım

3- Kanuna aykırı davranmadan kanunun bir gediğinden yararlanmakta zarar yoktur

4- İnsanlar genel olarak başkalarının haklarına saygı göstermekten çok kendi haklarına saygı gösterilmesini isterler

5- Uzman denildiği halde benden pek fazla bilgili olmayan insanlarla sıklıkla karşılaşırım

6- Hemen hemen herkesin başını derde sokmamak için yalan söyleyebileceğine inanırım

7- Değerli eşyasını tedbirsizce ortada bırakıp çalınmasına neden olan kimse bunu çalan kadar hatalıdır

8- Birkaç kişinin birlikte başları derde girince en iyisi yakalarını kurtarmak için aynı hikayeyi uydurmaları ve bundan caymamalarıdır

9- Kanunla hiç başım derde girmedi

10- Birçok kimseler kendilerine yararı dokunacağı için arkadaş edinirler

11- Bazen bir madrabaz kurnazlığı beni o kadar eğlendirir ki yakayı ele vermemesini dilerim

12- Hiç kimseye güvenmemek en doğrusudur

13- Hayatta önüne her geleni kapmaya çalışan insanları suçlamam

14- Birçokları kaybetmektense çıkarlarını korumak için pek doğru olmayan yollara başvururlar

15- Dersten kaçtığım için arasına müdüre gönderildiğim oldu

16- Bir çok kimseler daha çok yakalanmaktan korktukları için dürüsttüler

17- Bahse girdiğim yarış ya da oyunlardan daha çok zevk alırım

18- Yükselmek için bir çok kimse yalan söylemekten çekinmez

19- Birçok kimseler başkalarının ilgi ve yardımlarını sağlamak için talihsizliklerini

abartırlar

20- Çok defa benden az bilenlerden emir alarak çalışmak zorunda kaldım



Ek 7:

AŞIRI KONTROL EDİLMİŞ DÜŞMANCALIK (O-HOS) ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeleri evet ya da hayır diye yanıtlayınız. Doğru yanıt yoktur. Önemli olan sizin maddeleri nasıl değerlendirdiğinizdir.

1- Hiçbir zaman kan kusmadım ya da kan tükürmedim

2- Bazı kimseler o kadar amirane davranırlar ki haklı bile olsalar içimden dediklerinin aksini yapmak gelir

3- Bazen ters ve suratsız olurum

4- Geceyarısı çoğunlukla korkuya kapıldığım olur

5- Çoğunlukla başladığım işten en son vazgeçen ben olurum

6- Başkalarından yardım beklemektense genel olarak bir işi kendi başıma yapmayı tercih ederim

7- Sıkıştırıldığım zaman gerçeğin ancak bana zarar vermeyecek kısmını söylerim

8- Beklemek zorunda kalmak beni sinirlendirir

9- Sık sık rüya görürüm

10- İşler yolunda gittiği zaman bile çoğu kez herşeye karşı bir aldırmazlık içinde olduğumu hissedirim

11- Başkalarına sık sık akıl danışırım

12- Yapmak istediğim şeylere karar verirken başkalarının ne düşüneceğini dikkate almam

13- Yalnızca bir tek doğru din olduğundan eminim

14- Hayatımın çoğunun başkalarından daha fazla tasa ve kaygı içinde geçtiğine eminim

- 15- Hemen hemen hiç rüya görmedim
- 16- Çok gergin bir hava içinde çalışıyorum
- 17- Çeşitli kulüp ve derneklere üye olmayı isterim
- 18- Dilencilere para vermeyi doğru bulmam
- 19- Canım sıkılınca heyecan yaratmayı severim
- 20- Önemli kimseleri tanımayı severim, çünkü böylece kendimi de önemli bir kimse

gibi görürüm

- 21- Davranışlarımı çoğu zaman etrafımdakilere göre ayarlarım
- 22- En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım
- 23- Benimle alay edilmesine aldırım
- 24- Bugün yapmam gereken işleri arasına yarına bıraktığım olur
- 25- Orman bekçiliği gibi işlerden hoşlanacağımı sanıyorum
- 26- Şiiri severim
- 27- Bazen canım küfretmek ister
- 28- İnsanların çoğu başkalarına yardım etmek için zahmete girmekten hoşlanmazlar
- 29- Az paraıyla oynanan kumardan hoşlanırım
- 30- Sık sık dua ederim
- 31- Teknik yazılardan hoşlanırım

Ek 8:

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Aşağıda insanların kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyup, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki seçeneklerden en uygun olanını işaretleyerek belirtiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Önemli olan şu anda nasıl hissettiğinizi işaretlemenizdir.

Hayır Biraz Oldukça Çok fazla

- 1- Kendimi sakin hissediyorum
- 2- Kendimi emniyette hissediyorum
- 3- Huzursuzum
- 4- Pişmanlık duygusu içindeyim
- 5- Kendimi rahat hissediyorum
- 6- İçimde bir sıkıntı hissediyorum
- 7- İlerde olabilecek önemli olayları düşünerek
üzülüyorum
- 8- Kendimi kaygılı hissediyorum
- 9- Kendimi dinlenmiş hissediyorum
- 10- Kendimi rahatlık içinde hissediyorum
- 11- Kendime güvenim olduğunu hissediyorum
- 12- Kendimi sinirli hissediyorum
- 13- Çok gergin olduğumu hissediyorum
- 14- İçimde bir huzursuzluk var
- 15- Sükunet içindeyim
- 16- Halimden memnunum
- 17- Endişe içindeyim
- 18- Kendimi neşeli hissediyorum
- 19- Keyfim yerinde
- 20- Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın
hissediyorum

Ek 9:

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Aşağıda insanların kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyup, sonra da genel olarak son zamanlarda kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek yanıtlayınız. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur.

Nadiren Bazen Coğu zaman Her zaman

- 1- Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum
- 2- Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim
- 3-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım
- 4- Kendimi zinde hissediyorum
- 5- Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım
- 6- Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar birriktiğini hissediyorum
- 7- Gerçekte çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim
- 8- Mutluyum
- 9- Herşeyi kötü tarafından alırım
- 10- Kendime güvenim yok
- 11- Kendimi emniyette hissediyorum
- 12- Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçınıyorum
- 13- Kendimi hüzünlü, kederli hissedirim
- 14- Hayatımdan memnunum
- 15- Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder
- 16- Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutamam
- 17- Tutarlı bir insanım
- 18- Keyfim yerindedir
- 19- Çabuk yorulurum
- 20 Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim

Ek 10:

ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri genel olarak son zamanlarda kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek, size uygun gelen seçenekleri işaretleyiniz.

Hiç ya da	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla
çok ender			Her zaman

- 1- Kendimi kırgın, kederli ve hüzünlü hissediyorum
- 2- Kendimi en iyi sabahları hissediyorum
- 3- Ağlama nöbetleri geçiriyorum ya da kendimi ağlayacak gibi hissediyorum
- 4- Gece boyu uyumakta güçlük hissediyorum
- 5- İştahım her zamanki gibi
- 6- Çekici kadınlara/erkeklere bakmaktan, onlarla konuşmaktan ve birlikte olmaktan hoşlanıyorum
- 7- Kilo kaybetmekte olduğumu fark ediyorum
- 8- Kabızlık çekiyorum
- 9- Sebepsiz yere yoruluyorum
- 10- Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor
- 11- Zihnim her zaman olduğu kadar açık
- 12- Alıştığım şeyleri kolaylıkla yapabiliyorum
- 13- Huzursuzum ve yerimde duramıyorum
- 14- Geleceğe umutla bakıyorum
- 15- Herzamankinden daha tedirginim
- 16- Kolaylıkla karar verebiliyorum
- 17- İşe yaradığımı ve bana ihtiyaç duyulduğumu hissediyorum
- 18- Hayatım oldukça dolu
- 19- Ölseydim herkes için daha iyi olurdu
- 20- Alışmış olduğum şeyleri yapmaktan hala zevk duyuyorum

Ek 11:

BEM CİNSİYET ROL ENVANTERİ

Aşağıdaki tanımların kendiniz için ne kadar uygun olduklarını aşağıdaki derecelendirmeye göre işaretleyiniz. Örneğin; tanım sizin için hiç uygun değilse (1), biraz uygunsa (4), tamamen uygunsa (7) gibi.

- Hiç uygun değil (1)
- Uygun değil (2)
- Pek uygun değil (3)
- Biraz uygun (4)
- Oldukça uygun (5)
- Çok uygun (6)
- Tamamen uygun (7)

1- Kendilerine güvenirler

2- Uysaldırlar

3- Yardımseverdirler

4- Kendi inançlarını savunurlar

5- Neşelidirler

6- Huysuzdurlar

7- Bağımsızdırlar

8- Utangaçtırlar

9- Vicdanlıdırlar

10- Atletiktirler

11- Sevgi gösterirler

12- Gösterişlidirler

13- Mutludurlar

14- Güçlü kişiliktirler

15- Sadıktırlar

- 16- Etkilidirler
- 17- Kadınsıdırlar
- 18- Güvenilirdirler
- 19- Sevimlidirler
- 20- Kıskançtırlar
- 21- Doğru sözlüdürler
- 22- Anlayışlıdırlar
- 23- Sır saklarlar
- 24- Kolay karar verirler
- 25- Şefkatlidirler
- 26- İctendirler
- 27- Kendilerine yeterlidirler
- 28- Kendini beğenmişlerdir
- 29- Egemenlik kurarlar
- 30- Yumuşak konuşurlar
- 31- Hoşa giden insanlardır
- 32- Erkeksidirler
- 33- Sıcak kanlıdırlar
- 34- Temkinlidirler
- 35- Haklarını korurlar
- 36- Naziktirler
- 37- Dostçadırlar
- 38- Saldırgandırlar

- 39- Kolay aldanırlar
- 40- Yetersizdirler
- 41- Lider gibi davranırlar
- 42- Çocuksudurlar
- 43- Uyumludurlar
- 44- Kaba dil kullanmazlar
- 45- Düzensizdirler
- 46- Rekabetçidirler
- 47- Çocuk severler
- 48- Hırslıdırlar
- 49- Yumuşaktırlar
- 50- Gelenekseldirler
- 51- Kendi bildiklerine giderler
- 52- Riske girmeye hazırdırlar
- 53- İncelik gösteren insanlardır
- 54- Liderlik yetenekleri vardır
- 55- Kendi yeteneklerinden emindirler
- 56- Ne yapacakları önceden kestirilemez
- 57- İncinen duyguları teselli etmeye yatkındırlar
- 58- Övülmekten, iltifat edilmekten kolaylıkla etkilenirler
- 59- Başkalarının ihtiyaçlarına karşı duyarlıdırlar
- 60- Çözümleyicidirler (bir konuyu bütün yönleriyle ele alırlar)

Ek 12:

CİNSİYET TUTUM ANKETİ

Lütfen aşağıdaki her cümleyi dikkatlice okuyun. Cümlede ifade edilen düşüncenin sizin kendi düşüncenize uyup uymadığını düşünün. Kararınızı verdikten sonra aşağıdaki derecelendirmeye göre size uygun fikrin olduğu seçeneği işaretleyin.

Benim düşünceme çok uygun (a) Benim düşünceme uygun (b)

Benim düşünceme aykırı (c) Benim düşünceme çok aykırı (d)

1- Bazı işler erkeklere aittir, bazı işler de kadınlara aittir, kadın ve erkek bir diğerinin işini yapmaya kalkışmamalıdır (AİTİŞ)

2- Erkekler bulaşık yıkama, temizlik yapma gibi evdeki işleri kadınlarla paylaşmalıdırlar (BULAŞ)

3- Erkeğin ev dışındaki işlerle uğraşması, kadının da evin ve ailenin bakımını üstlenmesi her ikisi için de en iyisidir (BAKIM)

4- Bir kadın için meslek sahibi olmaktansa kocasının mesleğine yardımcı olmak daha önemlidir (SAHİP)

5- Bir kadın için evlilik meslekten daha önemli olmalıdır (ÖNEM)

6- Kadın evlenmeden de mutlu ve tatmin edici bir hayat sürebilir (MUTLU)

7- Bir kadın için kendi mesleğinde ilerlemektense, kocasının mesleğinde ilerlemesine yardımcı olmak daha önemlidir (İLERİ)

8- Erkekler hayat için uzun vadeli planlar yapabilirler, ama kadınlar herşeyi geldiği gibi almalıdırlar (PLAN)

9- Ailenin hayatındaki önemli kararların çoğu evin erkeği tarafından verilmelidir (KARAR)

10- Bir kadın özlemlerini, isteklerini en iyi bir biçimde kocası yoluyla gerçekleştirebilir (ÖZLEM)

11- Erkekler çok sinirlendikleri zaman karılarını dövebilirler (DAYAK)

12- Aynı işi yapan kadın ve erkeğe aynı ücret ödenmelidir (JOPAY)

13- İşe girişte erkeklere öncelik tanınmamalı, kadınlara ve erkeklere eşit iş fırsatı verilmelidir (JOBE)

14- İş hayatındaki terfilerde kadın ve erkek ayrımı yapılmamalı, kadınlara da şef, amir müdür olma imkanı tanınmalıdır (TERFİ)

15- Kadınların da başbakanlık, cumhurbaşkanlığı gibi işlerde çalışabileceği anlayışı kabul edilmelidir (BAŞBA)

16- Anababalar oğullarının olduğu kadar kızlarının da aynı şekilde bağımsız olmalarını teşvik etmelidirler (ÇOCUK)

17- Çalışan bir anne çalışmayan bir anne kadar çocuklarıyla sıcak ve güvenli bir ilişki kurabilir ((JOBMA)

18- Kadınlar evde kalıp çocuklarına bakabilseler daha mutlu olurlar (DADI)

19- Annesi çalışan çocuklar bundan zarar görürler (ZARAR)

20- Kadınlar sadece kendilerinin daha iyi bir anne olmalarına yardımcı olacak meslekler seçmelidirler (ANNE)

Ek 13:

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HDÖ)

1- Depresif duygudurumu (umutsuzluk çaresizlik değersizlik)

0: Yok

1: Bu duyguları ancak sorulduğu zaman ifade ediyor

2: Bu duyguları kendiliğinden sözel olarak ifade ediyor

3: Bu duyguları sözel olmayan yollardan ifade ediyor (yüz ifadesi, ses tonu)

4: Bu duyguları sözel olan ve olmayan yollardan ifade ediyor

2- Suçluluk duyguları

0: Yok

1: Kendini suçlu bulma, başkalarından aşağıda görme

2: Geçmişteki hatalara ilişkin suçluluk düşünceleri ya da ruminasyon

3: Şu andaki hastalığını ceza olarak görme, suçluluk hezeyanları

4: Tehdit edici sesler duymak ya da halüsinasyonlar görmek

3- İntihar

0: Yok

1: Hayatın yaşamaya değer olmadığı yolunda düşünceler

2: Ölmüş olmakla ya da kendinin olası ölümüyle ilgili istekler

3: İntihar düşünce ve gösterimleri

4: İntihar girişimi

4- Gecenin başlangıcında uykusuzluk

0: Uykuya dalmakta herhangi bir zorluk yok

1: Uykuya dalmakta yarım saatten fazla süren güçlük

2: Gece boyunca uykuya dalmamla ilgili şikayetler

5- Gecenin ortasında uykusuzluk

0: Güçlük yok

1: Hasta gece boyunca dinlenemediğini, yorgun olduğunu söylüyor

2: Gece boyunca uyanık kalmak, yatağa yatmamak

6- Uykudan kalkamamak

0: Zorluk yok

1: Günün erken saatinde uyanmak fakat tekrar uykuya dalmak

2: Yataktan kalktığında tekrar uykuya dalmakta zorluk

7- Çalışma ve faaliyetler

0: Güçlük yok

1: Çeşitli faaliyet, iş ve hobilerle ilgili yetersizlik ya da yorgunluk duygusu ve düşünceler

2: Faaliyet, iş ve hobilere ilişkin ilgi kaybı (doğrudan ya da dolaylı yollardan hasta tarafından ifade ediliyor)

3: Faaliyetler için harcanan zamanda ya da üreticilikte belirgin azalma (hastane ortamında hasta herhangi bir faaliyeti 3 saat sürdüremiyorsa)

4: Şu anda var olan hastalığından dolayı işi bırakmak ya da hastaneye yatmak

8- Retardasyon (düşünme, konuşmada yavaşlama, yoğunlaşma güçlüğü, motor faaliyetlerde azalma)

0: Normal konuşma ve düşünme

1: Görüşmede hafif retardasyon

2: Görüşme sırasında belirgin retardasyon

3: Görüşme yapma güçlüğü

4: Tamamıyla donma

9- Ajitasyon

0: Yok

1: Yerinde duramamak

2: El, saç vb ile oynamak

3: Bir yere oturamayacak düzeyde hareketli olmak

4: Ellerini ovuşturmak, saçlarını çekiştirmek, dudaklarını ısırma vb.

10- Psişik kaygı

0: Güçlük yok

1: Gerilim ve huzursuzluk

2: Önemsiz, ayrıntılı konularda endişeli olmak

3: Yüz ve konuşmalarında korkulu bir ifade

4: Sormadan korkularını ifade ediyor

11- Somatik kaygı (kaygının fizyolojik gösterimleri)

0: Yok

1: Hafif derecede (gastrointestinal, ağız kuruluğu, hazımsızlık, geğirme vb.)

2: Orta derecede (kardiyovasküler, çarpıntı, baş ağrısı vb.)

3: Aşırı derecede (solunum, hiperventilasyon)

4: Üriner sıklık ve terleme derecesinde

12- Gastrointestinal somatik belirtiler:

0: Yok

1: İştak azalması var ama personelin yardımı gerekmiyor

2: Personelin yardımı olmaksızın yemek yemekte güçlük çekiyor ve gastroin-
testinal belirtileri için ilaç istiyor

13- Genel somatik belirtiler

0: Yok

1: Eklem, sırt vb bölgelerde ağrılar, enerji kaybı ve çabuk yorulma

2: Herhangi bir belirgin belirti

14- Genel belirtiler (cinsel ilgi kaybı, menstruel bozukluklar)

0: Yok

1: Orta

2: Aşırı

15- Hipokondriazis

0: Yok

1: Beden sağlığı ile ilgili olarak kendini dinleme

2: Zihnin sürekli olarak sağlıkla ilgili konularla meşgul olması

3: Yardım alabilmek için devamlı şikayetçi bir tutum olması

4: Hipokondriyak hezeyanlar

16- Kilo kaybı (A ya da B)

A- Hastanın öyküsü dikkate alındığında:

0: Kilo kaybı yok

1: Olasılıkla hastalıkla eşleşen bir kilo kaybı

2: Belirgin kilo kaybı

3: Değerlendirilemedi

B- Klinikte yattığı son 1 haftalık dönemde ölçülen kilo değişiklikleri

- 0: 1 kg'dan az kilo kaybı
- 1: 1 kg'dan fazla kilo kaybı
- 2: 2 kg'dan fazla kilo kaybı
- 3: Değerlendirilemedi

17- İçgörü

- 0: Depresif ve hasta olmasıyla ilgili içgörüsü var
- 1: Hasta olduğunu kabul ediyor ancak bunu beslenme, mikrop, yorgunluk, dinlenme ihtiyacı gibi başka şeylere yüklüyor
- 2: Hastalığa ilişkin herşeyi reddediyor

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi