

5938

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**BÖLGEMİZDE SOMATİZASYON BOZUKLUĞUNUN
SEMPTOM PROFİLİ VE STRESÖRLERLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa BAŞTÜRK

KAYSERİ - 1989

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
MATERYEL VE METOD	8
BÜLGULAR	10
TARTIŞMA	36
SONUÇ	56
ÖZET	59
KAYNAKLAR	60

G İ R İ Ő

Organik bir temele dayandırılmayan multipl somatik Őikayetleri olan hastaların çokluğu bilinen bir gerçektir. Culpan ve Davis, çalışmalarında tıbbi Őikayetlerle gelen hastaların % 38'inin herhangi bir fizik sebep bulunmaksızın psikolojik bozukluğa sahip olduklarını ileri sürmüşlerdir(15). ABD'de polikliniklere başvuran hastaların yaklaşık 3/5'inin Őikayetlerinin psikişik temele dayandığı bildirilmiştir(52). Bu hastalara psikiyatrist olmayan hekimler tarafından "fonksiyonel", "non-organik patoloji", "ağrıdan ızdırap çeken kişilik", "abnormal hastalık gelişimi", "vücut duyarlığı artmış kişiler", "organik olmayan gastroin-testinal hastalık" gibi teşhisler konulmaktadır(7,16,37,49). Bu hastalar sürekli olarak tedavi arayışları sonucu, sağlık kuruluşlarını meşgul etme eğilimi içerisindedirler.

Somatizasyonun önemi, günümüzde sayıca fazla olması bir yana, durumlarını açıklayıcı verilerin elde edilmesinde güçlük çekilmesinden de kaynaklanmaktadır(14,58). Hemen her zaman organik bir orijin bulunmadığı için, fonksiyonel somatik bozukluklar klinik özellikleriyle, alışık olmayan doktorlar için bir bilmece olmaktadır ve somatik şikâyetler, bu işle uğraşan doktorların sık sık zihnini karıştırmaktadır. Muayene ve testlerde gerçek bir fizik probleme ait pozitif deliller ortaya çıkarılamazsa, doktorlar boşyere uğraştıklarını sanabilirler(40). Türkiye'de bu yönde yapılmış doyurucu istatistikler mevcut değilse de, durumun farklı olmadığını düşünmekteyiz.

GENEL BİLGİLER

I. KISA TARİHÇE

Somatizasyon bozukluğunun en eski örneği sayılan histeri(62), çok eski çağlardan beri bilinmektedir. İlk çağlarda, histeri de başka hastalıklar gibi birtakım doğa üstü güçlerin etkisine bağlanıyordu. Hipokrat, histerinin doğa üstü etkenlere bağlı bir bozukluk olmadığını belirtmiş ve hastalığın adını Yunancada dölyatağı (rahim) anlamına gelen histeron sözcüğünden almıştır. 18.yüzyılın 2.yarisında Chorcot'un ilgisi ile histeri üzerinde ilmî incelemeler çağı açılmış oldu. Charcot'dan sonra ve büyük çapta onun etkisi ile Bernheim, Babinski, Janet ve Freud gibi hekimlerin araştırmaları ve ortaya attıkları teoriler ile histeri konusunda bugünkü bilgiler kazanılmış oldu(44). İlk olarak 19.yüzyılın başlarında Briquet tarafından histeri adı altında toparlanmış ve son 15-20 yıl içerisinde de Guze ve Perley(48) tarafından "Briquet sendromu" adı altında yeni baştan düzenlenmiştir(44). Briquet sendro-

munda 10 kategoride 59 semptom tarif edilmiş ve teşhis için en az 9 kategoride 20 açıklanamayan medikal semptom gerektiği bildirilmiştir. Son olarak APA* tarafından, DSM-III**'de "somatizasyon bozukluğu" adı altında ve net bir şekilde, klinik bir sendrom olarak tanımlanmıştır(1).

II. KONUYLA İLGİLİ BAZI KAVRAMLARIN TANIMLANMASI

Somatizasyon: Anksiyetenin fizik semptomlara dönüştürülmesi(5) olup, duygusal problemlerin ve psikososyal streslerin bedeni semptomlar aracılığı ile, fizik bir dil kullanılarak ifade edilmesidir(8).

Stres: Karmaşık bir kavram olduğundan çok fazla sayıda tanım yapılmış olmakla beraber, bu tanımlar şu noktalarda birleşmektedir; stres, psikolojik, sosyal, kültürel ya da fizik ajanların organizmada oluşturduğu değişiklik durumudur(66). Rabkin ve Struening, stresi, organizmanın stres verici etkenlere gösterdiği fizyolojik ya da psikolojik tepki olarak tanımlamışlardır(51). Ağır stres etkenleri karşısında organizmada ortaya çıkan tipik bir klinik tablo, yani "posttravmatik stres bozukluğu" da tanımlanmıştır(1,21).

Stres Etkeni (stressör): Organizmada stres reaksiyonlarının oluşmasına yol açan fizik, sosyal, psikolojik ya da biyolojik etkindir(9).

Distres: Kişinin hoş gitmeyen durumlar karşısında duyduğu subjektif rahatsızlık hissidir(45,46).

*American Psychiatric Association

**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3.basım, Washington DC.; American Psychiatric Association, 1980.

Yaşam Olayları: Sosyal stres etkenlerinin bir bölümünü oluştururlar(60). Holmes ve Rahe'ye göre yaşam olayları, kişinin süregiden yaşam düzeninde değişiklik anlamına gelen olaylar dizisidir(22).

Uyum: Kişinin bir yaşam olayının oluşturduğu değişikliğe alışma düzeyidir. Yazarlara göre yaşam olaylarının verdiği stresin şiddeti, bunların oluşturduğu değişikliğe uyum yapma güçlüğü ile orantılıdır(22, 38).

III. DSM-III'E GÖRE "SOMATİZASYON BOZUKLUĞU" NUN TANIMLANMASI

Temel özellikler, birkaç yıldır süregelen ve tıbbî yardım aranmış, fakat görünürde hiçbir fizikî bozukluğa bağlı olmayan tekrarlayıcı ve multipl somatik şikâyetlerdir. Bozukluk 30 yaşından önce başlar ve kronik fakat dalgalanmalı bir seyir gösterir. Şikâyetler sıklıkla dramatik, belirsiz ya da abartılmış bir biçimde sunulur; ya da birçok fizik teşhisin gözönüne alındığı, karmaşık bir tıbbî hikâyenin parçasını oluştururlar. Bireyler sıklıkla, bazan da aynı anda birçok hekimden tıbbî bakım alırlar. Şikâyetler değişmez bir biçimde aşağıdaki organ sistemlerini ya da semptom tiplerini kapsar: konversiyon ya da yalancı nörolojik, gastrointestinal, kadın üreme, psikoseksüel, ağrı ve kardi-yopulmoner.

Bu bozukluk; erkeklerde nadiren, kadınların ise % 1'inde görülür.

SOMATİZASYON BOZUKLUĞU TEŞHİS KRİTERLERİ

A. 30 yaşından önce başlayan, birkaç yıl süreli bir fizik semptomlar hikâyesi.

B. Aşağıda sıralanan 37 semptom arasından kadınlar için en az 14,

erkekler için 12'sinden şikâyet edilmesi. Bir semptomun varlığından söz edebilmek için bireyin, semptomu nedeniyle ilaç aldığını (aspirin dışında), yaşam biçimini değiştirdiğini ya da bir hekime götündüğünü belirtmesi gerekmektedir. Semptomlar, klinisyenin yargısına göre fizik bozukluk ya da fizik yaralanma ile yeterince açıklanmamakta ve ilaç, toksik madde ya da alkolün yan etkileri olarak ortaya çıkmamaktadır. Semptomun gerçekten var olduğu, meselâ bireyin, gerçekten tüm gebeliği boyunca kustuğu; konusunda klinisyenin inandırılmasına gerek yoktur. Bireyin semptomu bildirmesi yeterlidir.

1. Konversiyon ya da Yalancı Nörolojik Semptomlar

Yutma güçlüğü, ses yitimi, sağırılık, çift görme, bulanık görme, körlük, bayılma ya da konvülzyonlar, yürüme güçlüğü, paralizi ya da kas güçsüzlüğü, üriner retansiyon ya da idrar yapmada güçlük.

2. Gastrointestinal Semptomlar

Karın ağrısı, bulantı, kusma nöbetleri (gebelik dışında), şişkinlik (gaz), çeşitli yiyeceklere tahammülsüzlük (meselâ: tikslenme), ishal, kabızlık.

Kadın Üreme Semptomları

Kadınların çoğunda olandan daha sık veya şiddetli olarak ortaya çıktığı şeklinde değerlendirilen: Ağrılı menstruasyon, menstrüel düzensizlik, aşırı kanama, gebelik sırasında aşırı kusma ya da bu nedenle gebelik sırasında hastaneye yatma.

4. **Psikoseksüel Semptomlar:** Bireyin seksüel etkinlik imkânları bulmasından sonraki yaşamının büyük bir bölümünde: cinsel ilgisizlik, cinsel ilişki sırasında zevk almama, cinsel ilişki sırasında ağrı.

5. Ağrı

Sırtta, eklemlerde, genital bölgede (cinsel ilişki sırasında olan hariç) ağrı, idrar yaparken ağrı, diğer ağrılar (baş ağrıları hariç).

6. Kardiyopulmoner Semptomlar

Soluk kesilmesi, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi.

AMAÇ

Somatizasyon bozukluğunun teşhis kriterleri, semptom cinsi ve sayısı bakımından kültürler arasında fark bulunmadığı kabul edildiği halde, daha çok takdim edilen semptomlar veya bunların sık rastlanan kompozisyonu açısından kültürel farklılıklar bulunabileceği hattâ aynı kültürde zamanla değişiklik gösterebileceği ifade edilmektedir.

Biz bu fikre dayanarak Kayseri ve çevresinde görülen somatizasyon bozukluğu vak'alarını demografik özellikleri, semptom profilleri ve psikososyal stres faktörleriyle ilişkileri bakımından incelemeyi plânladık.

M A T E R Y E L V E M E T O D

Çalışma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi* Psikiyatri polikliniğine 4 ay içerisinde (1988 yılı nisan, mayıs, haziran, temmuz ayları) müracaat eden vak'alar arasından seçilen hastalar üzerinde yapılmıştır. Poliklinik muayenesi sonucunda somatizasyon bozukluğu teşhisi alan hastalardan, ikinci bir hekim tarafından da müstakil olarak değerlendirildikten sonra somatizasyon bozukluğu teşhisinde birleşilenler çalışmaya dahil edilmiştir.

Bilgiler hastalardan ve gerektiğinde de yakınlarından alınmıştır.

Çalışma materyelini DSM-III kriterlerine göre "somatizasyon bozukluğu" teşhisi almış, yaşları 17-55 arasında değişen 6'sı erkek (Medyan =22.5, Min-Max=17-33)**, 44'ü kadın (\bar{X} =32.3 , $S\bar{x}$ =0.151) 50 hasta (\bar{X} =31.4, $S\bar{x}$ =1.048) teşkil etmiştir.

*Erciyes Üniversitesi Hastanesi 1000 yatak kapasiteli olup, Kayseri ve çevresindeki illerle, bunlara bağlı her boyutta yerleşim birimlerinden gelen hastalara hizmet vermektedir.

**Erkek hasta sayısı az olduğundan ortalama yerine, Medyan ve Min-Max değerleri verilmiştir.

Hastaların değerlendirilmesinde aşağıdaki hususların aydınlatılmasına yönelik bir araştırma formu kullanılmıştır.

ARAŞTIRMA FORMU

- Hastanın yaşı, cinsiyeti, medenî hali, tahsili, işi, aile yapısı, yerleşim yeri, menleketi
- Psikiyatri bölümüne geliş şekli
 - a. Doğrudan
 - b. Sevkle (hangi bölümden sevk edildiği)
- Psikiyatriste daha önceden gidip gitmediği, gitmişse sayısı
- Psikiyatrik tedavilerden fayda görüp görmediği
- Psikiyatri dışı bölümlere gitmişse, hangi bölümlere gittiği
- Psikiyatrik olmayan tedavilerden fayda görüp görmediği
- Hastalığının teşhisi için tetkik yapılmışsa, hangileri (grup olarak)
- Hastalığının tedavisi için tıp dışı yollara başvuru yapılmadığı
- Psikiyatrik muayene ve tedavi konusunda duygu ve düşünceleri
- Şu anki şikâyetlerinin başlangıç zamanı
- Spontan olarak söylediği şikâyetleri
- DSM-III "somatizasyon bozukluğu" teşhis kriterlerine göre sorularak ortaya konulan semptomları (giriş bölümünde belirtilmiştir)
- Hastalığı ile herhangi bir psikososyal stres faktörü arasında ilişki kurup kurmadığı
- Sorularak ortaya konulan psikososyal stres faktörlerinin,
 - a. Neler olduğu
 - b. Başlangıç zamanı
 - c. Halen devam edip etmediği.

Hastalara, görüşmenin sonunda AND* testi verilip, sonuçları değerlendirilerek, elde edilen anksiyete ve depresyon skorları araştırma formuna kaydedilmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistikî değerlendirilmesi korelasyon ve regresyon analizleri, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Khi-Kare önemlilik testi kullanılarak yapılmıştır.

*AND (Anksiyete-Nevrozite-Depresyon) testi, "evet-hayır" ihtimâllerinin belirlemesine uygun olarak hazırlanmış 68 sorudan meydana gelen, anksiyete, nevrozite ve depresyonun şiddetinin kantitatif olarak değerlendirilmesine yönelik bir testtir. Anksiyete için 10'u, depresyon için 18'i aşan skorlar anlamlı kabul edilmektedir.

B U L G U L A R

I. HASTALARIN DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLERİ

1. Araştırmaya alınan erkek hastalardan okur-yazar olmayan tesbit edilmemiştir. 3 tanesi (% 50) lise mezunu, 2 tanesi (% 33.4) yüksekokul mezunudur. Kadın hastalardan 11 tanesi (% 25) okur-yazar olmayıp, 20 tanesi (% 45.5) ilkokul mezunu, 3 tanesi (% 6.8) yüksekokul mezunudur. Tüm hastalardan 11 tanesi (% 22) okur-yazar olmayıp, 21 tanesi (% 42) ilkokul mezunu ve 5 tanesi (% 10) yüksekokul mezunudur (Tablo I).

Tablo I. Araştırmaya Alınan Hastaların Cinsiyete ve Eğitim Seviyelerine Göre Dağılımı

EĞİTİM SEVİYESİ	C İ N S İ Y E T					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar olmayan	-	-	11	25.0	11	22.0
Okur-yazar	-	-	2	4.5	2	4.0
İlkokul	1	16.6	20	45.5	21	42.0
Ortaokul	-	-	4	9.1	4	8.0
Lise	3	50.0	4	9.1	7	14.0
Yüksekokul	2	33.4	3	6.8	5	10.0
TOPLAM	6	100.0	44	100.0	50	100.0

2. Araştırmaya alınan hastalardan 37 tanesi (% 74) ev kadını, 5 tanesi (% 10.0) öğretmen, 1 tanesi (% 2) işçi, 1 tanesi (% 2) işsizdir (Tablo II).

Tablo II. Araştırmaya Alınan Hastaların Cinsiyete ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

MESLEK GRUPLARI	C İ N S İ Y E T					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev kadını	-	-	37	84.1	37	74.0
Öğretmen	-	-	5	11.4	5	10.0
Memur	2	33.3	2	4.5	4	8.0
Öğrenci	2	33.3	-	-	2	4.0
İşçi	1	16.7	-	-	1	2.0
İşsiz	1	16.7	-	-	1	2.0
TOPLAM	6	100.0	44	100.0	50	100.0

3. Araştırmaya alınan hastalardan 31 tanesi (% 62) şehir merkezlerinde, 15 tanesi (% 30) geçiş bölgelerinde ve 4 tanesi (% 8) köy kesiminde yaşamaktadır (Tablo III).

Tablo III. Araştırmaya Alınan Hastaların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı

YERLEŞİM YERİ	C İ N S İ Y E T					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şehir merkezi	4	66.7	27	61.4	31	62.0
Geçiş	2	33.3	13	29.5	15	30.0
Köy kesimi	-	-	4	9.1	4	8.0
TOPLAM	6	100.0	44	100.0	50	100.0

4. Araştırmaya alınan hastalardan çekirdek aile mensubu olanların sayısı 38 (% 76), kalabalık aile mensubu olanların sayısı ise 12(% 24) dir (Tablo IV).

Tablo IV. Araştırmaya Alınan Hastaların Mensubu Oldukları Aile Biçimlerine Göre Dağılımları

AİLE BİÇİMİ	Sayı	%
Çekirdek Aile	38	76.0
Kalabalık Aile	12	24.0
TOPLAM	50	100.0

5. Araştırmaya alınan hastalardan hastalıklarına karşı eş ve/veya yakın çevrelerinden ilgi görenlerin sayısı 35 (% 70), kötü karşılananların (hasta oluşuna kızılması, horlanması) sayısı ise 6 (% 12) dir (Tablo V).

Tablo V. Araştırmaya Alınan Hastaların Hastalıklarına Karşı Eş ve / veya Yakın Çevresindekilerin Tepkisi

HASTALIĞA TEPKİ	Sayı	%
İlgili	35	70.0
İlgisiz	9	18.0
Kötü karşılıyor	6	12.0
TOPLAM	50	100.0

II. HASTALARIN TEDAVİ GİRİŞİMLERİ-PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE İNTİKAL ŞEKLİ BAKIMINDAN ÖZELLİKLERİ

1. Araştırmaya alınan hastalardan 14 tanesi (% 28) mevcut şikâyetleri için daha önce psikiyatriste gitmiş ve bunlardan 5 tanesi (% 35.7) yapılan tedaviden yarar görmüş, 7 tanesi (% 50) yarar görmemiş, 2 tanesi (% 14.3) tedaviyi uygulamamıştır (Tablo VI).

Tablo VI. Araştırmaya Alınan Hastaların Mevcut Şikâyetleri İçin Daha Önce Psikiyatriste Başvurma Durumları ve Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımları

DAHA ÖNCE PSİKİYATRİSTE GİDİP GİTMEDİĞİ	Sayı	%
Gitmemiş	36	72.0
Gitmiş	14	28.0
TOPLAM	50	100.0
Tedavi Sonucu		
Yarar görmüş	5	35.7
Yarar görmemiş	7	50.0
Tedaviyi uygulamamış	2	14.3
TOPLAM	14	100.0

2. Araştırmaya alınan hastalardan 39 tanesi (% 78) psikiyatrik muayene ve tedaviden yarar göreceğine inandığını belirtmiş olup, bunlardan 16 tanesi (% 32) ilkokul mezunudur. On hasta (% 20) psikiyatrik muayene ve tedavi konusunda bilgisi olmadığını belirtmiştir (Tablo VII).

Tablo VII. Araştırmaya Alınan Hastaların Eğitim Seviyelerine ve Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımları

EĞİTİM SEVİYESİ	MUAYENE VE TEDAVİ HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ							
	BİL.KAR.		İNANIYOR		İNANMIYOR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	2	20.0	8	20.5	1	100.0	11	22.0
Okur-yazar	-	-	1	2.6	-	-	1	2.0
İlkokul	6	60.0	16	41.0	-	-	22	44.0
Ortaokul	-	-	5	12.8	-	-	5	10.0
Lise	1	10.0	6	15.4	-	-	7	14.0
Yüksekokul	1	10.0	3	7.7	-	-	4	8.0
TOPLAM	10	100.0	39	100.0	1	100.0	50	100.0

BİL.KAR.: Bilmiyor-Kararsız

3. Araştırmaya alınan hastalardan 46 tanesi (% 92) başka bir bölümden sevkle, 4 tanesi (% 8) doğrudan psikiyatri bölümüne başvurmuştur (Tablo VIII).

Tablo VIII. Araştırmaya Alınan Hastaların Psikiyatri Bölümüne Başvurma Şekline Göre Dağılımları

PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE BAŞVURMA ŞEKLİ	Sayı	%
Doğrudan	4	8.0
Sevkle	46	92.0
TOPLAM	50	100.0

4. Araştırmaya alınan hastaların psikiyatri polikliniğine gelmeden önce başvurdukları bölümlere göre dağılımları: Dahiliye 34 hasta (% 68), Nöroloji 24 hasta (% 48), Kadın-Doğum 14 hasta (% 28), KBB 13 hasta (% 26), Beyin Cerrahisi 8 hasta (% 16), FTR 6 hasta (% 12) ve diğer bölümler 15 hasta (% 30) olarak tesbit edilmiş ve her bir hasta ortalama olarak 2.9 değişik bölüme müracaat etmiştir (Tablo IX).

Tablo IX. Araştırmaya Alınan Hastaların Psikiyatri Bölümüne Gelmeden Önce Başvurdukları Bölümlere Göre Dağılımları

PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE GELMEDEN ÖNCE BAŞVURULAN BÖLÜMLER	Sayı	%
Dahiliye	34	68.0
Nöroloji	24	48.0
Kadın-Doğum	14	28.0
KBB	13	26.0
Beyin Cerrahisi	8	16.0
FTR	6	12.0
Diğer	15	30.0

Hastaların, psikiyatri bölümüne gelmeden önce başvurdukları değişik bölümlere kaçar defa gittikleri hakkında net bilgi verememeleri nedeniyle bu husus değerlendirilememiştir.

5. Araştırmaya alınan hastalardan 12 tanesinde (% 24) tetkik yapılmamıştır. Tetkik yapılan 38 hastadan (% 76) 30 tanesinde (% 28) tam kan tetkikleri (kan biyokimyası ve hemogram), 27 tanesinde (% 25.2) radyolojik inceleme yapılmıştır (Tablo X). Tüm hastalar için, grup olarak ortalama tetkik sayısı 2.12'dir. Tetkik sonuçlarının negatif olduğu öğrenilmiştir.

Tablo X. Araştırmaya Alınan Hastaların, Tetkik Yapılma Durumuna ve Yapılan Tetkiklerin Grup Olarak Türüne Göre Dağılımı

TETKİK YAPILMA DURUMU (n=50)	Sayı	%
Tetkik yapılmayanlar	12	24.0
Tetkik yapılanlar	38	76.0
Tam kan	30	28.0
Radyolojik	27	25.2
EKG	13	12.2
Tam idrar	12	11.2
EEG	11	10.3
Diğer	14	13.1
TOPLAM	107	100.0

6. Psikiyatrik olmayan tedavi sonuçları tesbit edilebilen 45 hastadan 42 tanesi (% 93.3), yapılan tedavilerden fayda görmediğini belirtmiştir (Tablo XI).

Tablo XI. Araştırmaya Alınan Hastaların Psikiyatrik Olmayan Tedavilerden Faydalanma Durumları

PSİKİYATRİK OLMAYAN TEDAVİLERDEN FAYDALANMA DURUMU	n=45	
	Sayı	%
Fayda görmüş	1	2.2
Fayda görmemiş	42	93.3
Tedaviyi uygulamamış	2	4.5
TOPLAM	45	100.0

7. Araştırmaya alınan erkek hastalardan 1 tanesi (% 16.7), Kadın hastalardan ise 12 tanesi (% 27.3) hastalığının tedavisi için tıp dışı yollara (hoca, tekke vs.) başvurmuştur (Tablo XII).

Tablo XII. Araştırmaya Alınan Hastaların Hastalıklarının Tedavisi İçin Tıp Dışı Yollara Başvurma Durumları

TIP DIŞI YOLLARA BAŞVURMA DURUMU	CİNSİYET				TOPLAM	
	ERKEK		KADIN			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Başvurmuş	1	16.7	12	27.3	13	26.0
Başvurmamış	5	83.3	32	72.7	37	74.0
TOPLAM	6	100.0	44	100.0	50	100.0

III. HASTALARIN SEMPTOMATİK ÖZELLİKLERİ

1. Araştırmaya alınan erkek hastalardan 3 tanesinin (% 50) şikâyetleri 20 yaş ve altında, 2 tanesinin (% 33.3) ise 21-30 yaş arasında başlamıştır. Kadın hastalardan 22 tanesinin (% 50) şikâyetleri 21-30

yaş arasında, 17 tanesinin (% 38.6) ise 31-40 yaş arasında başlamıştır. Tüm hastalardan 24 tanesinin (% 48) şikâyetleri 21-30 yaş arasında başlamıştır (Tablo XIII).

Tablo XIII. Araştırmaya Alınan Hastaların Şikâyetlerinin Başlama Yaşının Cinsiyete Göre Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	C İ N S İ Y E T					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
≤ 20	3	50.0	5	11.4	8	16.0
21-30	2	33.3	22	50.0	24	48.0
31-40	1	16.7	17	38.6	18	36.0
TOPLAM	6	100.0	44	100.0	50	100.0

$$\chi^2=10.913 \quad SD=2 \quad P < 0.01$$

2. Araştırmaya alınan erkek hastaların şikâyetlerinin başlama yaşı Medyanı=20 (Min-Max=12-31)* olarak tesbit edilmiştir. Kadın hastalarda şikâyetlerin başlama yaşı ortalaması=27.9($S\bar{x}$ =0.93, tüm hastalarda ise \bar{X} =27.1 ($S\bar{x}$ =0.92) olarak tesbit edilmiştir (Tablo XIV).

Tablo XIV. Araştırmaya Alınan Hastaların Şikâyetlerinin Başlama Yaşı Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

YAŞ DEĞERLERİ	C İ N S İ Y E T					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Medyan	Min-Max	\bar{X}	$S\bar{x}$	\bar{X}	$S\bar{x}$
	20	12-31	27.9	0.93	27.1	0.92

* Erkek hasta sayısı az olduğundan, ortalama değerler yerine Medyan, Min-Max değerleri belirtilmiştir.

Yıl olarak mevcut şikâyetlerin süresi: Erkek hastalarda, Medyan=2 (Min-Max=1-8), kadın hastalarda $\bar{X}=4.53$ ($S\bar{x}=0.74$), tüm hastalarda, $\bar{X}=4.35$ ($S\bar{x}=0.67$) olarak bulunmuştur.

3. Araştırmaya alınan erkek hastalardan 3 tanesi (% 50) spontan olarak 4 semptom belirtmiş, kadın hastalardan 26 tanesi (% 59.1) 5 ve daha fazla, tüm hastalardan ise 27 tanesi (% 54) 5 ve daha fazla ve 12 tanesi (% 24) 4 semptom belirtmiştir (Tablo XV).

Tablo XV. Araştırmaya Alınan Hastaların Cinsiyete ve Spontan Şikâyetlerine Göre Dağılımı

SPONTAN ŞİKAYET DURUMU	C İ N S İ Y E T				TOPLAM	
	ERKEK		KADIN			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şikâyet belirtmeyen	-	-	1	2.3	1	2.0
< 3	2	33.3	8	18.2	10	20.0
4	3	50.0	9	20.0	12	24.0
> 5	1	16.7	26	59.1	27	54.0
TOPLAM	6	100.0	44	100.0	50	100.0

DSM-III somatizasyon bozukluğu teşhis kriterleri arasında bulunmadığı halde, araştırmaya dahil edilen hastalar tarafından ifade edilen semptomlar da ortaya çıkmıştır. Bu semptomlar sırasına göre aşağıda yer almaktadır:

<u>Semptom Türü</u>	<u>Görülen Hasta Sayısı</u>	<u>%</u>
1. Baş ağrısı	33	66.0
2. Vücudun muhtelif yerlerinde uyuşma hissi	24	48.0
3. Vücudun muhtelif yerlerinde batma-yanma hissi	9	18.0
4. Halsizlik	8	16.0
5. Kulağına ses-uğultu gelmesi	7	14.0
6. Vücutta titreme hissi (eller hariç)	7	14.0
7. Göz ağrısı	4	8.0
8. Öğürttü	1	2.0
9. Saçlarında çekilme hissi	1	2.0
10. Ağızda acılık hissi	1	2.0

4. Araştırmaya alınan erkek hastaların tamamında grup olarak ağrı, kardiyopulmoner ve gastrointestinal semptomlar görülmüştür. Kadın hastaların tamamında ise ağrı ve kardiyopulmoner semptomlar görülmüştür. Tüm hastalarda en sık (% 100) ağrı ve kardiyopulmoner semptomlar, en seyrek ise (% 66) psikoseksüel semptomlar görülmüştür (Tablo XVI). "Diğer semptomlar" grubunu hastaların spontan olarak söyledikleri ve DSM-III kriterleri arasında bulunmayan semptomlar teşkil etmekte olup, bunlar spontan semptom dağılımlarının incelenmesi sırasında açıklanmıştır.

Tablo XVI. Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Semptom Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı

SEMPTOM TÜRÜ	SEMPTOM SAYISI								Semp. Görül. Kişi Say.		
	1-5				6-10						
	ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%	ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%		TOPLAM Sayı	%
Ağrı	6	100.0	44	100.0	-	-	-	-	50	100.0	-
Kardiyopulmoner	6	100.0	44	100.0	-	-	-	-	50	100.0	-
Gastrointestinal	6	100.0	42	95.4	-	-	1	2.3	49	98.0	1
Konversiyon ya da Y.Nör.	4	66.6	29	65.9	-	-	15	34.1	48	96.0	2
Kadın türeme	-	-	34	77.3	-	-	-	-	34	68.0	16
Psikoseksüel	1	16.6	32	72.7	-	-	-	-	33	66.0	17
Diğer	-	-	17	38.6	-	-	-	-	17	34.0	33

5. Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen ilk iki semptom: 5 hastada (% 83.3) baş dönmesi ve sırt ağrısı, en seyrek görülen semptom 3'er hastada (% 50) yutma güçlüğü, bulantı ve şişkinliktir. Kadın hastalarda en sık görülen ilk iki semptom: 41 hastada (% 93.2) çarpıntı ve 40 hastada (% 90.9) baş dönmesi, en seyrek görülen semptom 33 hastada (% 75) göğüs ağrısıdır. Tüm hastalarda en sık görülen ilk iki semptom 46 hastada (% 92) çarpıntı ve 45 hastada (% 90) baş dönmesi, en seyrek görülen semptom 34 hastada (% 68) yutma güçlüğüdür (Tablo XVII).

Araştırmaya alınan erkek hastaların semptom sayısı Medyanı=10 (Min-Max=8-18), kadın hastaların semptom sayısı ortalaması=20.2 ($S\bar{x}$ =0.7) dir. Tüm hastalarda görülen semptom sayısı ortalaması=19.1 ($S\bar{x}$ =0.8)dir.

Tablo XVII. Araştırmaya Alınan Hastalarda En Sık Görülen İlk 10 Semptomun Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Erkeklerde en sık görülen ilk 10 semptom		Kadınlarda en sık görülen ilk 10 semptom		Tüm hastalarda en sık görülen ilk 10 semptom	
	Semptom adı	Sayı %	Semptom adı	Sayı %	Semptom adı	Sayı %
1	Baş dönmesi	5 83.3	Çarpıntı	41 93.2	Çarpıntı	46 92.0
2	Sırt ağrısı	5 83.3	Baş dönmesi	40 90.9	Baş dönmesi	45 90.0
3	Çarpıntı	4 66.6	Bulantı	39 88.6	Sırt ağrısı	43 86.0
4	Göğüs ağrısı	4 66.6	Sırt ağrısı	38 86.4	Bulantı	42 84.0
5	Soluk kesilmesi	4 66.6	Eklemler ağrısı	37 84.1	Eklemler ağrısı	41 82.0
6	Eklemler ağrısı	4 66.6	Soluk kesilmesi	36 81.8	Soluk kesilmesi	40 80.0
7	Karın ağrısı	4 66.6	Paralizi ya da kas güçsüzlüğü	36 81.8	Paralizi ya da kas güçsüzlüğü	40 80.0
8	Paralizi ya da kas güçsüzlüğü	4 66.6	Diğer ağrılar	34 77.3	Göğüs ağrısı	37 74.0
9	Yutma güçlüğü, bulantı, şişkinlik	3 50.0	Göğüs ağrısı	33 75.0	Diğer ağrılar	37 74.0
10	Diğer ağrılar	3 50.0	Yutma güçlüğü	31 70.4	Yutma güçlüğü	34 68.0

6. Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen ilk 2 konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom 4 hastada (% 66.6) paralizi ya da kas güçsüzlüğü ve 3 hastada (% 50) yutma güçlüğüdür. En seyrek görülenler ise birer hastada (% 16.6) sağırılık, bulanık görme ve bellek kaybıdır. Erkek hastaların hiçbirisinde çift görme, körlük ve bayılma ya da bilinç yitimi görülmemiştir. Kadın hastalarda en sık görülen ilk 2 konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom 36 hastada (% 81.8) paralizi ya da kas güçsüzlüğü ve 31 hastada (% 70.4) yutma güçlüğüdür. Kadınlarda en seyrek görülen konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom 2'şer hastada (% 4.5) körlük ve nöbetler ya da konvülzyonlardır. Tüm hastalarda en sık görülen ilk 2 konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom 40 hastada (% 80) paralizi ya da kas güçsüzlüğü ve 34 hastada (% 68) yutma güçlüğüdür. Tüm hastalarda en seyrek görülen konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom 2'şer hastada (% 4) körlük ve nöbetler ya da konvülzyonlardır (Tablo XVIII). Konversiyon semptomu olarak körlüğün seyrek bulunuşu, eski yıllara göre artık az görüldüğü klâsik bilgisine uygunluk göstermektedir.

Erkek hastalarda görülen konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom sayısı Medyanı=2.5 (Min-Max=0.5)*; kadın hastalarda görülen konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom sayısı ortalaması=4.2 (\bar{Sx} =0.33), tüm hastalarda \bar{X} =4.1 (\bar{Sx} =0.31)dir.

*Erkek hasta sayısı az olduğundan, semptom sayıları ortalaması yerine Medyan ve Min-Max değerleri belirtilmiş olup, diğer semptom gruplarında da aynı yol izlenmiştir. Buna bağlı olarak da kadın ve erkek hastalara ait ortalamalar mukayese edilememiş, tüm hastalara ait ortalama değerler verilmiştir.

Tablo XVIII. Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Konversiyon ya da Yalancı Nörolojik Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı

KONVERSİYON YA DA YALANCI NÖROLOJİK SEMPTOMLAR	C İ N S İ Y E T					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yutma güçlüğü	3	50.0	31	70.4	34	68.0
Ses yitimi	2	33.3	23	52.3	25	50.0
Sağırılık	1	16.6	6	13.6	7	14.0
Çift görme	-	-	10	22.7	10	20.0
Bulanık görme	1	16.6	26	59.1	27	54.0
Körlük	-	-	2	4.5	2	4.0
Bayılma ya da bilinç yitimi	-	-	14	31.8	14	28.0
Bellek kaybı	1	16.6	8	18.2	9	18.0
Nöbetler ya da konvülzyonlar	-	-	2	4.5	2	4.0
Yürüme güçlüğü	2	33.3	24	54.5	26	52.0
Paralizi ya da kas güçsüzlüğü	4	66.6	36	81.8	40	80.0
Üriner retansiyon ya da idrar yapma güçlüğü	2	33.3	6	13.6	8	16.0
Ortalama veya Medyan	2.5		4.2		4.1	
Standart hata veya Min-Max	0.5		0.33		0.31	

7. Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen ilk 2 gastrointestinal semptom: 4 hastada (% 66.6) karın ağrısı ve 3'er hastada (% 50) bulantı ve şişkinlik, en seyrek görülen gastrointestinal semptomlar: birer hastada (% 16.6) kabızlık ve yiyeceklerden tiksindir. Kadın hastalarda en sık görülen ilk 2 gastrointestinal semptom: 39 hastada (% 88.6) bulantı ve 28 hastada (% 63.6) şişkinlik, en seyrek görülen gastrointestinal semptom: 7 hastada (% 15.9) ishâldir. Tüm hastalarda en sık görülen ilk 2 gastrointestinal semptom: 42 hastada (% 84) bulantı ve 31'er hastada (% 62) karın ağrısı ve şişkinlik, en seyrek

görülen gastrointestinal semptom: 7 hastada (% 15.9) ishaldir (Tablo XIX).

Erkek hastalarda görülen gastrointestinal semptom sayısı Medyanı=2 (Min-Max=1-3) dir. Kadın hastalarda görülen gastrointestinal semptom sayısı ortalaması=3.55 ($\bar{Sx}=0.21$) dir. Tüm hastalarda görülen gastrointestinal semptom sayısı ortalaması=3.36 ($\bar{Sx}=0.20$) olarak bulunmuştur.

Tablo XIX. Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Gastrointestinal Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı

GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	C İ N S İ Y E T				TOPLAM	
	ERKEK		KADIN			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Karın ağrısı	4	66.6	27	61.4	31	62.0
Bulantı	3	50.0	39	88.6	42	84.0
Kusma	-	-	12	27.3	12	24.0
Şişkinlik	3	50.0	28	63.6	31	62.0
Yiyeceklerden tikslenme	1	16.6	23	52.3	24	48.0
İshâl	-	-	7	15.9	7	14.0
Kabızlık	1	16.6	19	43.2	20	40.0
Ortalama veya Medyan	2		3.55		3.36	
Standart hata veya Min-Max	1-3		0.21		0.20	

8. Erkek hastalarda en sık görülen ilk 2 ağrı semptomu 5 hastada (% 83.3) sırt ağrısı ve 4 hastada (% 66.6) eklem ağrısıdır. En seyrek görülen ağrı semptomu ise 2'şer hastada (% 33.3) genital bölgede ağrı ve idrar yaparken ağrıdır. Kadın hastalarda en sık görülen ilk 2 ağrı semptomu: 38 hastada (% 86.4) sırt ağrısı ve 37 hastada (% 84.1) eklem ağrısıdır. Kadın hastalarda en seyrek görülen ağrı semptomu: 10 hastada

(% 22.7) idrar yaparken ağrıdır. Tüm hastalarda en sık görülen ağrı semptomu: 43 hastada (% 86) sırt ağrısı ve en seyrek görülen ağrı semptomu: 12 hastada (% 24) idrar yaparken ağrı olarak tesbit edilmiştir (Tablo XX).

Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen kardiyopulmoner semptom: 5 hastada (% 83.3) baş dönmesi, en seyrek görülen kardiyopulmoner semptom: 4'er hastada (% 66.6) soluk kesilmesi, çarpıntı ve göğüs ağrısıdır. Kadın hastalarda en sık görülen kardiyopulmoner semptom: 41 hastada (% 93.2) çarpıntı ve en seyrek görülen kardiyopulmoner semptom: 33 hastada (% 75.0) göğüs ağrısıdır. Tüm hastalarda en sık görülen kardiyopulmoner semptom: 45 hastada (% 90) baş dönmesi, en seyrek görülen kardiyopulmoner semptom: 37 hastada (% 74) göğüs ağrısı olarak tesbit edilmiştir (Tablo XX).

Erkek hastalarda görülen kardiyopulmoner semptom sayısı Medyanı=3 (Min-Max=1-4), kadın hastalarda görülen kardiyopulmoner semptom sayısı ortalaması=3.4 ($S\bar{x}=0.11$), tüm hastalarda görülen kardiyopulmoner semptom sayısı ortalaması=3.34 ($S\bar{x}=0.11$) olarak tesbit edilmiştir.

Erkek hastalarda görülen ağrı semptomu sayısı Medyanı=2.5 (Min-Max=1-4), kadın hastalarda görülen ağrı semptomu sayısı ortalaması=3.4 ($S\bar{x}=0.13$), tüm hastalarda görülen ağrı semptom sayısı ortalaması=3.3 ($s\bar{x}=0.13$) olarak tesbit edilmiştir.

Tablo XX. Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Ağrı ve Kardiyopulmoner Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı

AĞRI VE KARDİYOPULMONER SEMPTOMLAR		C İ N S İ Y E T				TOPLAM	
		ERKEK		KADIN			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KARDİYOPULMONER	Sırtta	5	83.3	38	86.4	43	86.0
	Eklemlerde	4	66.6	37	84.1	41	82.0
	Genital bölgede	2	33.3	30	68.2	32	64.0
	İdrar yaparken	2	33.3	10	22.7	12	24.0
	Diğer	3	50.0	34	77.3	37	74.0
AĞRI	Soluk kesilmesi	4	66.6	36	81.8	40	80.0
	Çarpıntı	4	66.6	41	93.2	45	90.0
	Göğüs ağrısı	4	66.6	33	75.0	37	74.0
	Baş dönmesi	5	83.3	40	90.9	45	90.0
		Ağrı Karp.		Ağrı Karp.		Ağrı Karp.	
Ortalama veya Medyan		2.5	3	3.4	3.4	3.3	3.34
Standard hata veya Min-Max		1-4	1-4	0.13	0.11	0.13	0.11

Karp.: Kardiyopulmoner

9. Araştırmaya alınan kadın hastalarda en sık görülen ilk 2 kadın üreme sistemi semptomu: 21 hastada (% 47.7) menstrüel düzensizlik ve 20 hastada (% 45.5) ağrılı menstruasyon, en seyrek görülen kadın üreme semptomu: 11 hastada (% 25.0) aşırı kusma olarak tesbit edilmiştir (Tablo XXI).

Kadın hastalarda en sık görülen psikoseksüel semptom: 23 hastada (% 57.5) cinsel ilgisizlik ve en seyrek görülen psikoseksüel semptom: 20 hastada (% 45.5) cinsel ilişki sırasında zevk almama olarak tesbit edilmiştir (Tablo XXI).

Erkek hastalardan sadece bir tanesi (% 16.6) psikoseksüel semptom tanımlamıştır.

Kadın üreme semptomu ortalaması=1.55 ($S\bar{x}=0.185$), kadın hastalarda görülen psikoseksüel semptom ortalaması=1.52 ($S\bar{x}=0.17$) ve tüm hastalarda psikoseksüel semptom ortalaması=1.36 ($S\bar{x}=0.17$) olarak tesbit edilmiştir.

Tablo XXI. Araştırmaya Alınan Kadın Hastaların Kadın Üreme Sistemi ve Psikoseksüel Semptomlarına Göre Dağılımı

KADIN ÜREME SİSTEMİ SEMPTOMLARI			PSİKOSEKSÜEL SEMPTOMLAR		
Semptom İsmi	Sayı	%	Semptom İsmi	Sayı	%
Menstrüel düzensizlik	21	47.7	Cinsel ilgisizlik	23	57.5
Ağrılı menstrüasyon	20	45.5	Cinsel birleşme sırasında ağrı	21	52.5
Aşırı kanama	16	36.4	Cinsel birleşmeden zevk almama	20	45.5
Aşırı kusma	11	25.0			
Ortalama ve standard hata	1.55	0.185		1.52	0.17

10. Araştırmaya alınan hastalara ait semptom sayılarının yaş gruplarına göre dağılımında en yüksek Medyan değeri 21 olup, 41 ve üstü yaş grubunda en düşük Medyan değeri ise 18 olup, 20 yaş ve altı grubu ile 31-40 yaş arası grubunda tesbit edilmiştir (Tablo XXII).

Yapılan istatistikî analiz sonucunda yaş gruplarına göre semptom sayılarının dağılımında önemli bir fark tesbit edilmemiştir ($P > 0.05$, $k_w=2.33$).

Tablo XXII. Araştırmaya Alınan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Semptom Sayılarının Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	n	MEDYAN	MİN-MAX
≤ 20	5	18	10-25
21-30	15	20	8-27
31-40	27	18	10-30
≥ 41	3	21	20-27

kw=2.33, P > 0.05

11. Araştırmaya alınan hastaların eğitim seviyelerine göre semptom sayılarının dağılımında en yüksek medyan değeri 22 olup, ilkökul mezunları grubuna aittir (Tablo XXIII).

Tablo XXIII. Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Semptom Sayılarının Eğitim Seviyelerine Göre Dağılımı

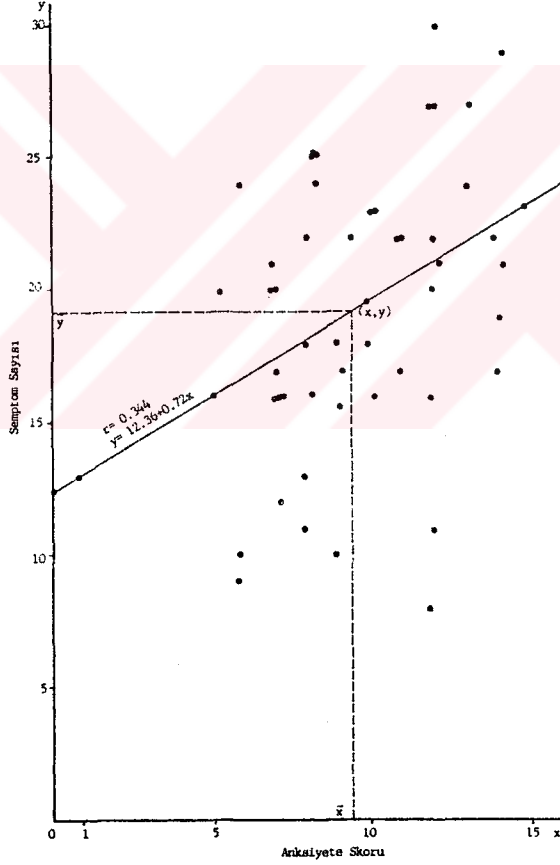
EĞİTİM SEVİYELERİNE GÖRE			
HASTA GRUPLARI	n	MEDYAN	MİN-MAX
İlkokul altı	13	20	11-29
İlkokul	21	22	10-30
Ortaokul-Lise	11	18	8-24
Yüksekokul	5	20	10-23

kw=4.928, P > 0.05

Yapılan istatistikî analiz sonucunda eğitim seviyelerine göre semptom sayılarının dağılımında önemli bir fark tesbit edilmemiştir (kw=4.928, P > 0.05).

IV. HASTALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON SKORLARINA AİT DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

1. Araştırmaya alınan bütün hastalarda, anksiyete puanı ile semptom sayısı arasında zayıf bir pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0.344$). Anksiyete puanı arttıkça semptom sayısı da artmaktadır (Tablo XXIV, Şekil 1).



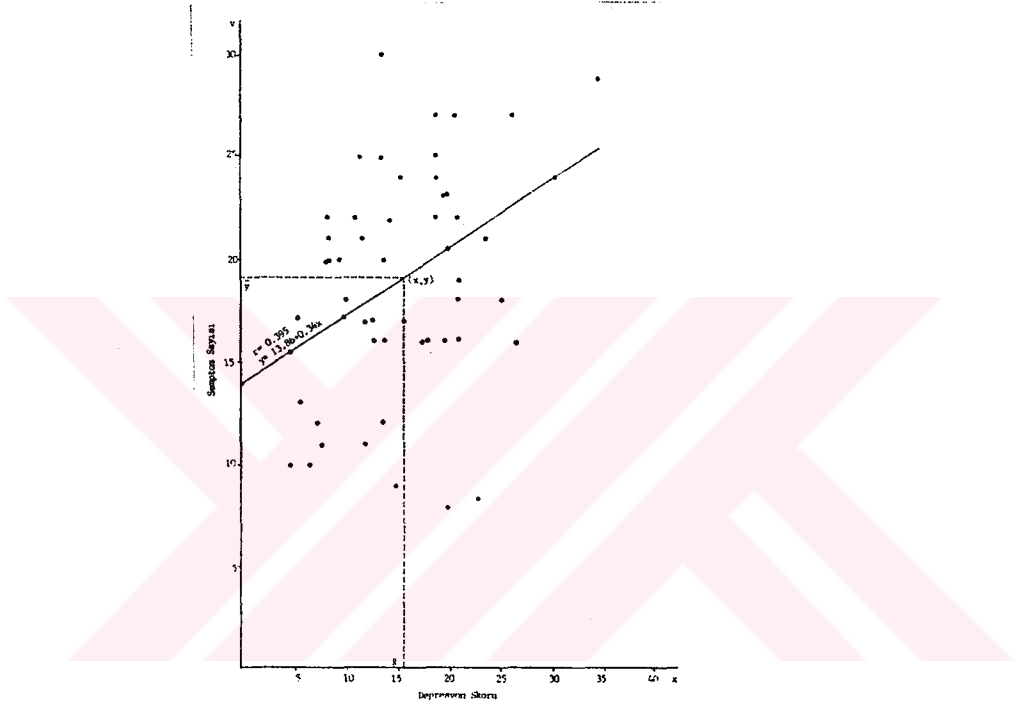
Şekil 1. Araştırmaya Alınan Hastaların Anksiyete Skoru İle Semptom Sayısı Arasındaki İlişkinin Regresyon Doğrusu

Tablo XXIV. Araştırmaya Alınan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Skorları İle Semptom Sayıları Arasındaki İlişki

Skorlar	ERKEK		C İ N S İ Y E T		K A D I N		T O P L A M						
	Med.	Min-Max	r_s	t	P	$\bar{X} \pm S\bar{x}$	r	t	P				
Anksiyete	9	6-12	0.114	2	$P > 0.05$	0.59 ± 0.38	0.809	3.37	$P < 0.05^*$	9.52 ± 0.35	0.344	2.49	$P < 0.05^*$
Depresyon	15.5	5-25	0.214	0.438	$P > 0.05$	16.11 ± 0.91	0.727	7.198	$P < 0.05^*$	15.8 ± 0.88	0.395	2.93	$P < 0.05^*$
Semptom Sayısı	10	8-18				20.18 ± 0.77				19.08 ± 0.76			

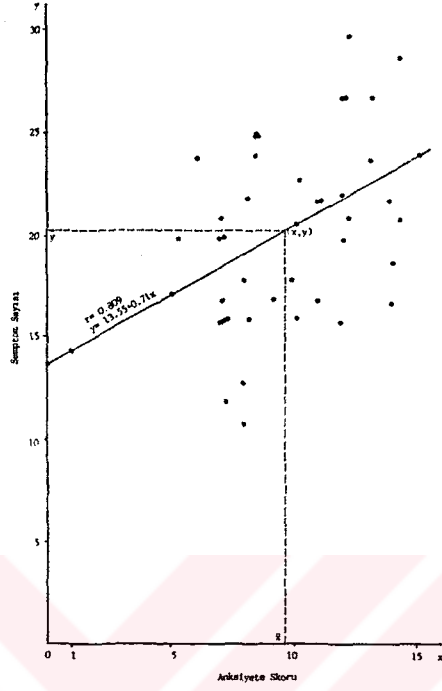
*Anksiyete veya depresyon skoru ile semptom sayısı arasında pozitif korelasyon mevcut.

2. Araştırmaya alınan bütün hastalarda depresyon skoru ile semptom sayısı arasında zayıf bir pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0.395$). Depresyon puanı arttıkça semptom sayısı da artmaktadır (Tablo XXIV, Şekil 2).



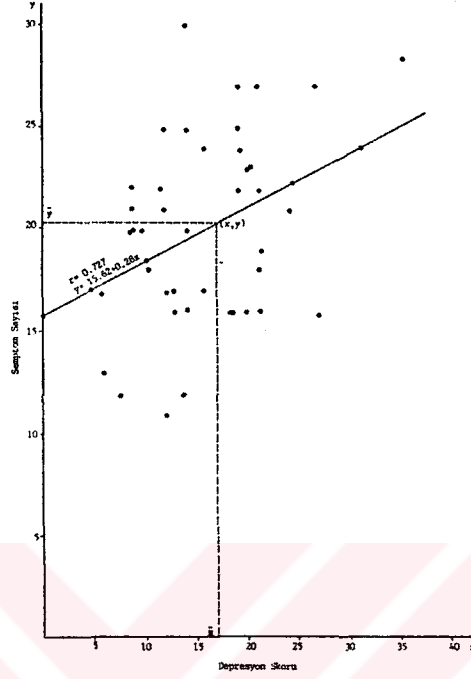
Şekil 2. Araştırmaya Alınan Hastalarda Depresyon Skoru İle Semptom Sayısı Arasındaki Pozitif Korelasyon Regresyon Doğrusu

3. Araştırmaya alınan kadın hastaların anksiyete skoru ile semptom sayısı arasında kuvvetli bir pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0.809$). Kadın hastaların anksiyete skoru arttıkça görülen semptom sayısı da artmaktadır (Tablo XXIV, Şekil 3).



Şekil 3. Araştırmaya Alınan Kadın Hastaların Anksiyete Skoru İle Semptom Sayısı Arasındaki Pozitif Korelasyon Regresyon Doğrusu

4. Araştırmaya alınan kadın hastaların depresyon skoru ile semptom sayısı arasında kuvvetli bir pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0.727$). Kadın hastalarda depresyon puanı arttıkça semptom sayısı da artmaktadır (Tablo XXIV, Şekil 4).



Şekil 4. Araştırmaya Alınan Kadın Hastaların Depresyon Skoru İle Semptom Sayısı Arasındaki Pozitif Korelasyon Regresyon Doğrusu

V. HASTALARIN PSİKOSOSYAL STRES FAKTÖRLERİ AÇISINDAN ÖZELLİKLERİ

1. Araştırmaya alınan hastalardan 6 tanesinde (% 12) psikososyal stres faktörü tesbit edilmemiştir. Psikososyal stres faktörü tesbit edilen hastalardan 34 tanesinde (% 68) halen devam eden bir ya da daha fazla psikososyal stres faktörü mevcut olduğu tesbit edilmiştir (Tablo XXV).

Psikososyal stres faktörü bulunan hastalardan 29 tanesi (% 58) hastalığı ile psikososyal stres faktörü arasında ilişki kurmuştur.

Tablo XXV. Araştırmaya Alınan Hastaların Psikososyal Stres Faktörü Sayıları ve Halen Devam Edip-Etmediğine Göre Dağılımları

STRES FAKTÖRLERİ	n=50	
	Sayı	%
Hiç yok	6	12.0
Var	44	88.0
Halen sürüyor	34	68.0
1 Stres faktörü	28	56.0
2 Stres faktörü	4	8.0
≥ 3 Stres faktörü	2	4.0
Geçmişte var	29	58.0
1 Stres faktörü	19	38.0
2 Stres faktörü	8	16.0
≥ 3 Stres faktörü	2	4.0

2. Araştırmaya alınan erkek hastalarda en çok görülen psikososyal stres faktörü 2 hastada (% 33.3) çevre uyumsuzluğu (dar bir çevrede yaşamak mecburiyetinde kalma) dur. Kadın hastalarda en sık görülen psikososyal stres faktörü 16 hastada (% 36.7) geçirilmiş fizik hastalık, en az görülen psikososyal stres faktörü ise çevre uyumsuzluğudur. Tüm hastalarda en çok görülen psikososyal stres faktörü 17 hastada(%34.0) geçirilmiş fizik hastalık olarak tesbit edilmiştir (Tablo XXVI).

Tablo XXVI. Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Psikososyal Stres Faktörlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

PSİKOSOSYAL STRES FAKTÖRÜ TÜRÜ	C İ N S İ Y E T					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	-	-	6	12.7	6	12.0
Fizik hastalık	1	16.6	16	36.7	17	34.0
Geçimsizlik	1	16.6	15	34.1	16	32.0
Ölüm	-	-	7	15.9	7	14.0
Malî yetersizlik	1	16.6	4	9.1	5	10.0
Çevre uyumsuzluğu	2	33.3	1	2.3	3	6.0
Diğer	1	16.6	10	2.7	11	22.0

T A R T I Ő M A

I. HASTALARIN DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLERİ

Çalışma kapsamına giren hastaların çoğu kadındır. Erkek hastaların oranı çok düşük olup, bu sonuç DSM-III'ün "erkeklerde nadiren, kadınlarda % 1 oranında görülür" şeklindeki cinsiyet belirlemesine uygunluk göstermektedir. Bu sonuç literatüre de uygun olup, değişik çalışmalarda somatizasyon bozukluğunun erkeklerde daha nadir görüldüğü ve daha az stabil olduğu, buna karşılık kadınlarda % 1-2 oranında görüldüğü bildirilmektedir(13). Ayrıca, bizim çalışmamızda ortaya çıkan cinsiyet oranları ile, Swartz, Blazer ve arkadaşlarının yaptıkları somatizasyon bozukluğu taramasında elde ettikleri cinsiyet oranları (erkekler: % 13.4) arasındaki benzerlik çok dikkat çekicidir(62). Kaminsky ve Slavney(28) Briquet sendromu kriterlerinin gebelik, mens şikâyetleri gibi kadınlara has bazı karakteristik semptomların erkeklere uygulanamamasına ve erkeklerin daha az semptom ileri süreceğine dikkat çekerek,

erkeklerde teşhis kriterlerinin daha güç doldurulacağını, dolayısıyla erkeklerde daha az teşhis edileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu durum da Temoshok ve Attkinson(63) erkeklere ait teşhis kriterlerinin sayısında azaltma gerektiğini ileri sürmüşlerdir. DSM-III'e göre gebelik ve mens semptomları nedeniyle 37 karakteristik semptomdan, erkeklerde 12'si gerekirken, kadınlarda 14'ü gerekli görülmüştür. Bunun dışında cinsiyet farkı için daha başka kompensasyona gidilmemiştir. Bu doğrultuda teşhis için gerekli olan minimum semptom sayısı 8'e indirilirse erkek ve kadındaki görülme sıklığının eşit olacağı iddia edilmektedir(13). Bazı makalelerde ise somatizasyon bozukluğunun kadınlarda fazla görülmesinin genel psikiyatrik populasyon içerisinde kadınların fazla olmasıyla açıklanabileceği iddia edilmektedir(26,55).

Amerikan toplumundaki çalışmalarda somatizasyon bozukluğunun erkeklerde daha nadir olduğu sürekli olarak ortaya konmasına rağmen, Yunanistan'daki bir çalışmada Briquet sendromlu hastaların çoğunun erkek olduğu bildirilmektedir(53). Farklı kültürlerde yapılacak çalışmalardan elde edilecek sonuçların cinsiyet oranı farklılığının sebeplerini ortaya koymada faydalı olabileceğini düşünüyoruz.

Araştırmaya alınan hastalardan sadece % 10'u yüksek okul mezunu olup, eğitim seviyelerinin düşük olduğu tesbit edilmiştir. DSM-III'de hastaların eğitim seviyelerine göre prevalans hakkında bilgi yoktur. Swartz, Blazer, George ve arkadaşları, yaptıkları taramada, eğitim seviyesi düşük olanlarda prevalansın yüksek olduğunu bildirmişlerdir(62). Eğitim seviyesi düşük, daha çok kır kesiminden ve psikolojik durumunu daha az farkedebilen deneklerin, sağlıkları hakkındaki psikolojik şikâ-

yetleri reddettikçe daha çok somatik şikâyet geliştirdikleri ileri sürülmektedir(8).

Araştırmaya alınan hastalardan % 74'ü ev kadını olup, bu çok dikkat çekici bir orandır. K.Srinivasan ve arkadaşlarının yaptığı, organik temeli olmayan multipl somatik şikâyetli 139 vak'alık bir seride de ev kadınları oranınının (% 43) diğer mesleklere göre çok belirgin bir fazlalık gösterdiği bildirilmiştir(61). Literatürdeki diğer çalışmalarda da en göze çarpıcı bulgulardan biri, hastalardan çoğunun ev kadını olmasıdır(19,25,34). Bu bulgulara dayanarak, "Neden ev kadınları daha fazla somatizasyon gösteriyor?" sorusunun cevabı aranmalıdır. Bunun bir izahı, belki de ev kadınlarınının eğitim seviyelerinin genellikle düşük oluşuna bağlı olarak (ki,bizim çalışmamızda ev kadınlarının tamamına yakınının eğitim seviyesi düşük olarak tesbit edilmiştir) psikolojik şikâyetleri benimsememelerinin bir sonucu olarak fazla somatik şikâyet geliştiriyor olmaları olabilir. Diğer taraftan, özellikle ülkemiz için geçerli olmak üzere, ev kadınlarınının genel kadın popülasyonu içerisinde sayıca üstün oldukları düşünülürse, somatizasyon bozukluğu prevalansının ev kadınlarında sanıldığı kadar yüksek olmadığı sonucuna da varılabilir.

Araştırmaya alınan hastalardan % 62'si kentlerde, diğerleri ise geçiş ve kır kesiminde yaşamaktadır. Kentlerde yaşayanların fazlalığı dikkat çekmektedir. Her ne kadar J.de León ve arkadaşları, yaptıkları bir seri çalışmada prevalans da bir farklılık bulamadıklarını bildirmişlerse de(34), kır kesiminde yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu tahminî prevalansınının, genel prevalansdan daha yüksek bulunduğu

bildirilmiştir(68). Keza, Swartz ve arkadaşlarının seri çalışmasında da kır kesiminde yerleşik olanların çoğunlukta olduğu bildirilmiştir (62). Bizim çalışmamızda geçiş ve kır kesiminde yaşayanların az görünüşü, o bölgelerde somatizasyon bozukluğunun gerçekten az oluşundan ziyade psikiyatriste intikallerinin çeşitli nedenlerle güç ve/veya geç olmasına da bağlı olabilir.

Araştırmaya alınan hastalardan çoğunluğu (% 76) çekirdek aile mensubu olarak belirlenmiştir. Çekirdek aile mensuplarında fazla görülmesi dikkat çekicidir. Aile yapısı ile somatizasyon bozukluğu prevalansı arasındaki ilişkiyi belirleyen literatür bilgisine rastlanılmamıştır.

Kalabalık ailelerde kişi sayısı ile paralel olarak sosyo-ekonomik seviyenin düşük olması beklenirse de, özellikle ülkemiz şartlarında yeni kurulan aileler ekonomik ve sosyal zorlanmalara daha fazla maruz kalmakta, buna karşılık artık aile büyüklerinin çok yakın desteğinden mahrum bulunmaktadır. Bu zorlanmaların (özellikle ekonomik yönden) yarattığı psikolojik yüklenmeler de somatik şikâyetlerle kendini gösterebilir. J.de León ve arkadaşları, taradıkları hasta serisinde sosyo-ekonomik seviyenin somatizasyon bozukluğu olanlarda daha düşük olduğunu bildirmişlerdir(34).

Araştırmaya alınan hastalardan % 70'inin hastalıklarına karşı eş ve/veya yakın çevrelerinden ilgi gördükleri belirlenmiştir. Yâni bir yönüyle bu insanlar belki de hastalıkları sayesinde ilgi odağı haline gelmişlerdir. Kişiler anksiyetelerinin fizik semptomlara dönüşmeleri sonucunda ilgi, şefkat görme, olumsuz davranışların (dayak, suçlanma, hor görülme v.b.) ortadan kalkması gibi çıkarlar elde edebilmektedirler(1).

II. HASTALARIN TEDAVİ GİRİŞİMLERİ-PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE İNTİKAL ŞEKLİ BAKIMINDAN ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya alınan hastalardan % 28'i (N=50) mevcut şikâyetleri için bir kez psikiyatriste gitmiş ve bunların yarısı tedaviden yarar görmüştür. Hastalığın kronik seyirli oluşu [ki,bizim çalışmamızda hastaların mevcut şikâyetleri ortalama=4.35(\bar{Sx} =0.67) yıldan beri devam etmektedir] düşünülürse bu oranın ne kadar düşük olduğu anlaşılır.

Araştırmaya alınan hastalardan, psikiyatrik muayene ve tedaviden yarar göreceğine inananların oranı (% 78) oldukça yüksek bulunmuş olup, eğitim seviyelerine göre belirgin farklılık tesbit edilmemiştir. Hastaların, tedaviden yarar göreceğine inanmalarının prognoz açısından önemi açıktır. Bu oranın yüksek olmasında daha önce birçok defa gittikleri değişik bölümlerce verilen tedavilerden bekledikleri düzelmeye kavuşamayışları kadar, psikiyatri bölümünde "kendilerinin ve dertlerinin anlaşıldığına dair sezgilerinin" de önemli ve anlamlı olabileceğine inanıyoruz.

Araştırmaya alınan hastaların % 92'si (N=50) başka bölümlerden sevkle gelmişlerdir. Bu durum hastaların hastalıklarının psikiyatrik olduğu konusunda bilinçli olmadıkları ya da psikiyatrik hastalığı kendilerine kondurmak istemeyip, başka bölümlerde çare aradıkları intibasını verebilir. Diğer taraftan başka bölümlerce hastalığın psikiyatrik olduğunun farkedildiği ve ilgili bölüme sevk edildiği anlamı da çıkarılabilir. Ancak çalışmamızda hastaların, psikiyatri bölümüne gelmeden önce yaklaşık 3 değişik bölümde (ortalama=2.9) muayene oldukları, tedavi gördükleri de tesbit edilmiştir. Hastaların başvurdukları herbir de-

gişik bölüme kaç kez gittikleri konusunda kesin bilgi verememeleri nedeniyle rakam olarak ortaya konulamamış olmakla beraber, bilgi verebilen hastalar arasında psikiyatri dışı herhangi bir bölüme 5-10 kez başvurduğunu belirtenler çıkmıştır. Ayrıca bu bölümlerce yapılan grup olarak ortalama tetkik sayısı 2.12'dir. Hastalarımız arasında cerrahi müdahalede bulunulan tesbit edilmemiş olmakla beraber, cerrahi müdahale ya da laparotomiye kadar gidilebileceği bildirilmektedir(62).

Hastaların psikiyatri bölümüne intikâlleri konusunda elde ettiğimiz sonuçlar, aşağıda bazıları belirtilen çalışmalarla da uygunluk göstermekte olup, durum başka ülkelerdekinden farklı değildir.

J. de León ve arkadaşları Dahiliye ve cerrahi bölümünde yatan ve 6 ay içerisinde psikiyatri konsültasyonu istenen yaşları 15'in üzerindeki 139 hastayı DSM-III'ün 5 ekseninde değerlendirilmişlerdir. Sekiz hastada herhangi bir psikopatolojik bulgu tesbit edilemeyip elenmiş, kalan 131 hastadan 75 tanesi somatizasyon göstermeyen, 56 tanesi (% 43) somatizasyon gösteren hastalar olarak belirlendirildiği bildirilmiştir (34). Bu oranlar Katon'un yayınladığı seri ile benzerlik göstermektedir (29).

Polikliniklere organik bir lezyon olmaksızın birçok dahilî şikâyetlerle başvuran hasta sayısı oldukça fazladır. Culpan ve Davis'in dahilî şikâyetlerle gelen hastaların % 38'inde herhangi bir fizik bozukluk bulunmaksızın psikolojik bozukluğa sahip oldukları(15) tesbit edilmiştir. Fonksiyonel ya da somatizasyon gösteren hastalar denilen bu hastaların dahilî şikâyetlerle gelen hastaların yaklaşık % 40'ını teşkil ettiklerini bildiren çalışmalar mevcuttur(47).

"Fonksiyonel" ya da "organik olmayan patoloji" terimleri psikiyatrist olmayan hekimlerce sık kullanılmakta ve organik lezyon tesbit edilmeyenleri gerçek hasta gibi kabul edilmeme eğilimi taşımaktadır. Bununla birlikte psikiyatrist olmayan hekimlerin somatizasyon gösteren hastalar ve hastalıklar üzerindeki bilgi, tutum ve davranışları da hastanın durumunu ve hastalığın teşhisini yakından etkilemektedir(11,18,42). Psikiyatrik hastalıkların teşhisinde güçlük çekilmesinden dolayı tedavilerinde de pek başarı gösterilemediği iddia edilmekle beraber(10,25), DSM-III bu konuda büyük bir kolaylık getirmiş ve teşhis koyma da güçlük kalmamıştır.

Somatizasyon bozukluğu olan hastalar tipik olarak sağlık hizmetlerini sık olarak ve geniş ölçüde kullanırlar ve ayrıca çeşitli hospitalizasyonlar ve operasyonlar geçirmeye meyillidirler(62). Somatizasyon gösteren hastalar genellikle psikiyatrist olmayan hekimler tarafından muayene edilmekte ve yine psikiyatrist olmayan hekimlerce konsülte edilmektedir. ABD'de ilk muayeneye gelen hastaların 3/5'inin şikâyetlerinin psikiyatrik temele dayandığı bildirilmektedir. Psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların 3/4'ünün ise psikiyatrik semptomlar bulunduğu ileri sürülmektedir(52). Somatik şikâyetleri için medikal konsültasyona tâbi tutulan hastaların çoğunda, yapılan tüm araştırmalar sonucunda herhangi bir organik bozukluğun ortaya konmadığı(57) ve somatik şikâyetlerin doktorlara hastanın sıkıntısını iletmeye yarayan bir vasıta olduğu iddia edilmektedir(6). Hindistan'da birçok yazar, psikiyatri kliniklerine(17), medikal kliniklere(50), kır kesimindeki ilk başvuru merkezlerine(27) başvuran hastalar arasında ve genel taramalarda, organik temeli olmaksızın somatik şikâyetleri olan hastaların çoğunlukta

olduklarını bildirmişlerdir. Yalnız somatik şikâyetleri olan bu hastaların çoğunda altta yatan psikolojik sıkıntının tabiatı sıklıkla psikiyatrist tarafından tahmin edilmektedir(69). Hastaların psikiyatri bölümüne intikâllerindeki gecikme de, belli şahıslarda kişisel ve kültürel etkilere bağlı olarak damgalanma korkusuyla, duygusal uyarıların psikofizyolojik karşılıklarının ön plana çıkmasının da etkili olması muhtemeldir(41).

Somatizasyonun tanınmayışının bedeli konusunu, ülkemizde yapılan "somatizasyon ve tıptaki önemi" üzerine çok yönlü bir değerlendirme(5), çok çarpıcı ve net bir şekilde ortaya koymaktadır:

"Somatizasyonun tanınmayışı veya fizik şikâyetlerin somatizasyon kavramını da kapsayan bir düşünüş ile değerlendirilmeyişi bozukluğun biyolojik olduğu aldanışına yol açacaktır ki, bu aldanışın bir bedeli olacağı açıktır.

Bu bedel şu öğelerden oluşmaktadır:

1. Gereksiz incelemenin oluşturduğu zararlar:

- Malî külfet: hasta veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumunun ödediği para,
- İncelemenin ve yan etkilerinin neden olduğu fizik acı, travma ve belki somatik iyatrojenik bozukluk; meselâ anksiyete nedeniyle kalp kateterizasyonu veya baş ağrısı nedeniyle serebral anjiyografi yapılmış olması, yani invaziv teşhis yöntemlerinin kullanılması,

- Somatizasyonu kalıcı bir kalıp olarak yerleştirme, hastayı bu kalıba fikse etme,
- Hasta, hasta yakını, hekim ve yardımcı sağlık personelinin zamanının gereksiz yere harcanması,
- Çevre etmenlerinin manipüle edilip kötüye kullanılması.

Bunlar gereksiz incelemelerin ilk basamakda yol açtığı zararlardır. Hekimin elde edilen sınırlı sonuçlara dayanarak fizik şikâyetleri biyolojik bir bozuklukla bütünleştirmesi veya normal sonuçlara dayanarak bunu ruhî bir bozukluk olarak değerlendirmesi de, ikincisinde gerekli tutum gösterilmezse, daha uzun süren zararlara neden olacaktır.

2.1.Önce birinci durumu irdeleyelim: Hastaya şikâyetlerinin biyolojik bir bozukluğa bağlı olduğu söylenirse;

- Nedene yönelik bir tedavi yapılmadığından belki semptomatik bir rahatlık, bir plasebo düzelmesi ve dolaylı psikososyal çıkar sağlanacak, bu da somatizasyonu kronikleştirecektir,
- Hasta "anlaşılamadım, derdime çare bulunamıyor" diyecek ve tedavi edilemeyeceğine inanacaktır, eğer somatizasyonun altında yatan bozukluk depresyonsa, iyileşemeyeceği düşüncesi depresyonu ağırlaştıracaktır,
- Sürekli çare aranması para ve zaman kaybına yol açacaktır.

2.2.Hekim, şikâyetlerin ruhî bir bozukluğa ait olduğunu söylerse ne olur? Bu durum hastaya genellikle "senin birşeyin yok", "bunları kafana takma", "iradeni kullan" ve buna benzer ifadelerle aktarılmaktadır. Yani hastaya yetersiz, zayıf olduğu ve toplumca istenmeyen bir rahatsızlığa sahip olduğu kanısı verilecektir.

Hekim aynı ifadeleri hastanın hastalığını ve durumunu soran aileye de kullanacağı için ve neyin ne olduğunu en iyi hekim bildiği için, hasta ne derse desin, açıkca ifade edilmese bile, uyduruyor olacaktır. Yani hasta olmadığı halde kendisini hasta olarak göstermek ister durumuna düşecektir, hastalık hastası olacaktır".

Ülkemizde, sağlık personel ve kuruluşlarının henüz yeterli olmadığı gerçeği de gözönüne alınırsa olayın önemi daha çok anlaşılır. Bu nedenle, gerek psikiyatrîst olmayan hekimlerin bu yönde daha bilinçli davranması ve gerekse halkın psikiyatrîk hastalıklar konusunda geniş çapta aydınlatılmasına yönelik tedbirlerin, süratle alınmasının önemi açıktır.

6.Araştırmaya alınan hastaların psikiyatrîk olmayan tedavilerden faydalanma oranının çok düşük olduğu tesbit edilmiş olup, bu sonuç da konunun önemini bir kez daha açıkça ortaya koymaktadır. Bu tür vak'aların psikiyatrî bölümine biran evvel intikal ettirilmelerinin tedavi ve prognoz yönünden önemi açıktır.

Araştırmaya alınan hastaların hastalıklarının tedavisi için tıp dışı yollara (hoca, tekke vb.) başvurma oranı % 26 (N=50) olup, ihmal edilemeyecek bir boyuttadır. Bunda kültürün önemli bir rolü olmakla beraber, tıbbî yollarla tedavilerden ümit ettikleri iyileşmeyi bulamamış olmaları da bu sonuca yol açmış olabilir.

III. HASTALARIN SEMPTOMATİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya alınan hastaların hastalıklarının ortalama olarak 30 yaşından önce başladığı tesbit edilmiştir.

J. de León ve arkadaşlarının araştırmalarında da somatizasyon gösteren grubun 35 yaş ve altında daha anlamlı sonuçlar verdiğini ($P=0.009$) tesbit edildiği bildirilmiştir(34). Swartz, Blazer, George ve arkadaşlarına göre ilk semptomlar 30 yaştan önce mevcut olmalıdır ve en çok genç kimseler arasında yaygındır(62). K.Srinivasan ve arkadaşları organik temeli olmayan multipl somatik şikâyetleri olan hasta grubunda, başlangıç yaşları 16-45 arasında olanların oranı % 91 olarak bulunduğunu bildirmişlerdir(61).

Kadın ve erkek hastalarda hastalığın başlangıç yaşları arasında fark bulunmakla beraber, erkek hasta sayısının az olması nedeniyle bu fark fazla anlamlı olarak kabul edilmemiştir.

Hastaların, mevcut şikâyetlerinin ortalama süresi 4 yılın üzerinde bulunmuş olup, bu sonuç somatizasyon bozukluğunun kronik seyirli oluşuna uygundur.

Araştırmaya alınan hastaların spontan olarak belirttikleri şikâyetlerinin sayısı sorularak ortaya konulanlardan oldukça azdır. Bu bize, somatik şikâyetlerden bazılarının daha fazla önemsendiğini belirtebileceği gibi, görüşme sırasında çeşitli nedenlerle dile getirilmemiş olabileceğini de düşündürebilir.

Hastaların spontan olarak söyledikleri arasında DSM-III somatizasyon bozukluğu teşhis kriterleri içinde yer almayan bazı semptomlar da görülmüştür. Bu ilave semptomatoloji kültürle ilişkili olabilir. Benzer strateji ile yapılacak çalışmalarda, hastalara bu semptomlar da sorulduğu takdirde ortaya çıkacak sonuçların, bu semptomların gerçekten kültürden kaynaklanan özellikler olup olmadıklarını açıklayabileceği kanaatindeyiz.

Araştırmaya alınan hastaların semptom sayısı ortalaması=19.08($S\bar{x}$ =0.7) olarak tesbit edilmiştir. Bu sonuç DSM-III somatizasyon bozukluğu teşhis kriterlerindeki en az olması gereken alt sınırı aşmaktadır. Diğer taraftan kadın ve erkek hastaların semptom sayısı ortalamalarının mukayesesinde de DSM-III'e uygun olarak erkeklerde kadınlara göre semptom sayısı düşük olarak bulunmuştur (gruplara göre semptom sayıları ve ortalama değerleri bulgular kısmında detaylı olarak verilmektedir).

Konversiyon türü semptomlar kadınlarda erkeklerinkine göre yüksek bulunmuş olup, klâsik bulgulara uygunluk arz etmektedir(1). Hastalarda körlüğün seyrek görülmesi de, konversiyon semptomu olarak eski yıllara göre daha az görüldüğü klâsik bilgisine uygunluk göstermektedir.

Psikoseksüel semptomlar, kadınlar ve erkeklerde oldukça düşük bulunmuştur. Oysa bu semptomların daha sık görülmesi beklenirdi(62). Öyle ki Goodwin ve Guze(20), "menstrüel ve seksüel hikâyeler normal ise teşhis çok dikkatli konulmalıdır" demişlerdir. Bizim araştırmamızda kadın hastaların, bu yöndeki şikâyetlerini, muhtemelen kültürle ilişkili olarak (ayıplanma, yadırganma, yanlış anlaşılma endişesi vb.) spontan şe-

kilde takdim etmedikleri gibi sorulduğu takdirde de gizleme eğilimi göstermiş olmalarına bağlıdır.

Araştırmamızda en sık görülen semptomlar grup olarak ağrı ve kardiyopulmoner türden, tek semptom olarak ise çarpıntı ve baş dönmesidir. En az görülen semptom ise yutma güçlüğüdür.

Bu, semptom dağılımı özelliklerinin altında yatan faktörlerin incelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Araştırmaya alınan hastaların gösterdiği semptom sayılarının yaş gruplarına ve eğitim seviyelerine göre dağılımları incelenmiş ve yapılan istatistikî analizler sonucunda anlamlı bir fark tesbit edilmemiştir ($P > 0.05$). Bu yönde herhangi bir literatür bilgisine de rastlanılmamıştır.

IV. HASTALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON SKORU DEĞERLENDİRMELERİ

Araştırmaya alınan hastalara uygulanan AND testlerinin değerlendirilmesi sonucunda ortalama anksiyete ve depresyon skorlarının anksiyete ve depresyon yönünden anlamlı kabul edilebilecek sınırların altında kalmakla beraber normalin üst sınırına yakın oluşları dikkat çekicidir. Bu demektir ki "somatizasyon mekanizma"sını kullandıkları halde anksiyöz ya da depressif duygulanımlarından kurtulamamışlardır. Nitekim, DSM-III'te de somatizasyon bozukluğu vak'alarında anksiyöz ya da depressif mizacın son derece sık olduğu bildirilmektedir. Zaten, somatizasyon semptomlarının anksiyete bozukluklarında(13), depresyonda(2,40,62), şizofrenide(62), obsessif kompulsif bozuklukda(62), panik bozuklukda, agorafobide, sosyal fobide, alkol bağımlılığında(62), borderline kişi-

lik bozukluğunda(59), histriyonik kişilik bozukluğunda(34) ve diğer birçok psikiyatrik bozuklukta görüldüğü bilinmektedir. Bazı çalışmalarda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yarısına yakın kısmında somatik şikâyetlerin olduğu bildirilmektedir(10,19).

Literatürün incelenmesinde de benzer yaklaşımlar görülmüştür. K. Srinivasan ve arkadaşlarının taramasında vak'aların çoğunda somatizasyon, anksiyete ve depresyon semptomlarının kombine bir halde olduğu belirtilmiştir(61). Gene somatizasyon gösteren müslüman Hint kadınları üzerinde karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyonla birlikte somatizasyon gösterenlerin, göstermeyenlere nazaran önemli ölçüde fazla olduğunun tesbit edildiği bildirilmektedir(24). Maskeli depresyonun(34), endojen depresyon içinde incelenmesine karşılık (31,65) "affektif spektrumun" bir bölümü non-endojen maskeli depresyon olarak belirlenmektedir(35). Affektif bozukluk nedeniyle psikiyatri konsultasyonu istenen hastaların en az yarısında da somatik semptomlara rastlandığı bildirilmektedir(67). Somatizasyon bozukluğu, depresyon (özellikle maskeli depresyon ya da depresyon eşdeğeri) ayırıcı teşhisinde düşünülmalıdır(33,54).

Araştırmaya alınan kadın hastaların depresyon skoru ile semptom sayısı arasında kuvvetli bir pozitif korelasyon tesbit edilmiştir ($r=727$). Bunda, kadın popülasyonda affektif hastalıkların erkeklere nazaran 2 kere daha fazla oluşunun yani, kadın hastaların daha fazla depressif semptom göstermesinin rolü olabilir(1). Ortaya konulan bu sonuç da, affektif hastalıkların kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bilgisi ile uygunluk arz etmektedir. Kadın hastaların anksiyete skoru

ile semptom sayısı arasında da kuvvetli bir pozitif korelasyon tesbit edilmiştir ($r=0.809$).

Tüm hastaların anksiyete ve depresyon skorları ile semptom sayısı arasında zayıf bir pozitif korelasyon tesbit edilmiştir (anksiyete skoru-semptom sayısı ilişkisinde $r=0.344$, depresyon skoru-semptom sayısı ilişkisinde $r=0.395$). Tüm hastalarda anksiyete ve depresyon skorları ile semptom sayısı arasındaki ilişkide zayıf bir korelasyon tesbit edilmiş olmasında erkek hastaların anksiyete ve depresyon skorları ile kadın hastalara ait skorlar arasında çok belirgin bir farklılık olmamasına karşılık erkek hastaların semptom sayılarının kadınlarınkinden daha düşük bulunmasının rolü olabilir.

V. HASTALARIN PSİKOSOSYAL STRES FAKTÖRLERİ AÇISINDAN ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya alınan hastaların % 88 ($N=50$) gibi büyük bir çoğunlukta hastalığın ortaya çıktığı devreye uyan psikososyal stres faktörü tesbit edilmiş olup, hastaların yarısından fazlası da hastalığı ile stres faktörü arasında ilişki kurduğunu belirtmiştir.

J. de León ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, stres faktörlerinin hastalık şiddetini ve tıbbî konsültasyona ihtiyacı artırdığını tesbit etmişler, somatizasyon gösterenlerin % 40'ından fazlasında hastalığın ortaya çıkması veya seyri için stresin etkili olduğunu belirlediklerini bildirmişlerdir(34).

Somatizasyonla sosyal durum arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışma şartları, eğitim, evden ayrı kalma gibi nedenler özellikle kadınlar üzerinde etkili olmakta ve buna bağlı olarak da fizik semptomlar

ortaya çıkmakta olduğu bildirilmektedir(30).

Stres verici yaşam olaylarının hastalığa yol açtığı görüşü çok eskilere dayanır. Bu görüş ilmî olarak kanıtlanamasa bile gerek halk arasında, gerekse araştırmacılar tarafından ötedenberi sezilmiş ve kabul edilmiştir. Bu yüzyılın başında dinamik psikiyatrinin gelişmesi ve ilmî araştırma yöntemlerinin psikiyatriye uygulanması ile, çevresel etmenlerin ruh hastalıklarının ana nedenleri arasında yer aldığı objektif olarak gösterilebilmiştir. Ancak, bu etmenlerin diğer etiyolojik nedenlerle mukayese de ne kadar önemli oldukları konusunda görüş ayrılıkları sürmüştür(60). Konunun sistemli bir şekilde incelenmesi Selye'nin çalışmaları ile başlamıştır(56). Selye, stres karşısında organizmanın cevabına "Genel Uyum Sendromu" adını verdiğini ileri sürerek bu sendromu ve onu ortaya çıkaran stres verici etmenleri tanımlamıştır.

Uhlenuth ve Peykel, psikiyatrik hastaların normallerden daha yüksek stres skorlarına sahip olduklarını ve aynı özelliğin, demografik değişkenler için düzeltme yapılmıca da gözlemlendiğini, başka bir çalışmaları arasında ise semptom şiddetinin aksine, olayların sayı ve niteliği ile değişik semptom grupları arasında herhangi bir ilişki bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Yazarlar bu çalışmalarında, yaşam stresi, ruhî hastalık, semptom şiddeti ve demografik özelliklerin birbirine bağımlı değişkenler olduklarını ortaya koyduklarını bildirmişlerdir(64).

Grant ve arkadaşları bir çalışmalarında olaylarla semptomların değişik nitelikleri arasında ilişkiyi incelemişler, arzulanmayan olayların disforik ve somatik semptomları artırmasına karşılık, arzulanen olayların bunları azalttığını tesbit ettiklerini bildirmişlerdir.

DSM-III, 5 eksenden birini "psikososyal stres etkenlerinin şiddeti" ve birini de "kişinin son yıl içinde uyum fonksiyonlarının en üst düzeyine" ayırarak konunun önemini ortaya koymuştur. IV. eksen, mevcut bozukluğun oluşumunda veya şiddetlenmesinde anlamlı bulunduğu yargısına varılmış bir stres etkeninin toplam şiddeti için bir kodlama sağlar. V. eksen, klinisyene son yıl (hiç olmazsa son birkaç ay) boyunca kişinin uyum fonksiyonlarının en üst seviyesi hakkında yargısını belirtme imkânı sağlar. Bu bilginin, sıklıkla prognostik anlamı vardır. Çünkü kişi, bir hastalık döneminden sonra genellikle eski uyum seviyesine döner.

Klinisyen çalıştığı toplumdaki değişik psikososyal stres etkenlerinin ortalama bir insana vereceği stresin şiddeti konusunda fikir sahibi olmalıdır. Bu etkenlerin sayı ve çeşitlerinin çok olmasından başka, bireysel özelliklerin, çevre şartlarının ve başa çıkma mekanizmalarının farklı olması nedeniyle, yaşam olaylarının değişik insanlarda yarattığı stresin şiddeti de aynı değildir. Öte yandan bireyin içinde yaşadığı toplumun değer yargıları, olayları algılayış biçimi üzerinde önemli bir rol oynar. Bir toplumda stresli olarak kabul edilen bir olay, başka bir kültür ya da alt kültürün üyeleri için önemsiz olabilir(8, 32,39,60). Bu güçlükler, olayların belirli bir toplumdaki stres verici etkileri, standardizasyon çalışmaları ile belirlenerek giderilmeye çalışılmıştır(22,43,60).

DSM-III, yukarıda bildirilen görüşlerin aksine, ortaya çıkan patolojinin boyutunda, kişinin duyarlılığından ziyade stresör'ün şiddetine önem vermekte ve derecelendirmenin, bizzat stres etkeninin şiddetine dayandırılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Somatoform bozukluklar dışında, psikolojik faktörlerle ilişkili iki kavramdan da kısaca sözetmenin yararlı olacağına inanıyoruz. Bunlar "Psikosomatik hastalık" ve "Fizikî durumu etkileyen psikolojik faktörler" dir.

İnsanoğlunun rahatsızlıklarında vücut fonksiyonları ile emosyonların iç içe olduğu eski devirlerden beri bilinmekle beraber "Psikosomatik" terimi ilk defa 1818'de Heinroth tarafından kullanılmış ve 1922'de Jacobi'nin kullanmasından sonra yaygınlaşmıştır(4). Bu kavramın gelişmesinde(36): Freud, Pavlov, Adler, Deutch, Cannon, Dunbar, Selye, Alexander, Hinkle, Wolf, Ruesch ve Engel'in katkıları olmuştur. Özellikle Alexander(1950)'ın "Psişik stresin tabiatı ile hastalığa tutulan organ arasında spesifik bir ilişki var mıdır?" sorusunu cevaplandırmaya çalışarak "Conflict specifity" teorisini ortaya atmasıyla psikosomatik görüşün boyutları genişlemiştir. Bu teoriye göre, spesifik psişik çatışmalar spesifik somatik hastalıklara yol açmaktadır. Meselâ anal-sadistik karakter ve pasif bağımlılık eğilimi, duodenal ülser, kolit, astma ile; yetersiz seksüalite-rekabet ve agresyon eğilimi, hipertansiyon, migren, diabet , artrit, hipertiroidi ile sebep-sonuç ilişkisi taşımaktadır. Yine, çocukken anne ile ilişkisinde travmatize olmuş bir şahsın fizikî teması okşama değil, cezalandırma olarak algılayacağı, neticede heteroseksüel temasdan korku veya ürtiker, ekzama gibi somatik hastalıklar geliştireceği iddia edilmektedir. Hinkle-Wolf ve Ruesch(1957) çatışmaların hudutlarını genişletmişler, iç çatışmalardan başka çevre faktörlerinin, kişiler arası çatışmaların yani psikososyal stresörlerin psikosomatik hastalığa yol açacağını ileri sürmüşlerdir.

Böylece emosyonların ve fizikî faktörlerin beraberce şahsı etkileyebileceği tarzındaki mâkul düşünce zamanla, emosyonel faktörlerin bir takım spesifik somatik bozukluklara sebep olduğu şeklinde yanlış bir hükme dönüşmüştür(4). Bu hükme dayanarak, otonomik sinir sisteminin kontrolü altında bulunan bir organ sisteminde meydana gelen ve emosyonların sebep olduğu farzedilen fizikî hastalıklara "Psikosomatik" veya "psikofizyolojik" hastalık adı verilir olmuş, bunların uzun listeleri yapılmıştır.

Ancak son 20 yıl içerisinde bu hastalıklarda psikolojik faktörlerin gösterilip ispat edilememesi, psikolojik sebeplerle ortaya çıktıklarını iddia edildiği halde sadece psikolojik yöntemlerle tedavi edilemediklerinin anlaşılması üzerine, bu görüş bugün değişmiş bulunmaktadır (4). Psikiyatri literatüründe eskiden "Psikosomatik-Psikofizyolojik" terimleriyle ifade edilegelmiş rahatsızlıklar psikiyatrik hastalıkların son tasnifi olan DSM-III'de "Fizikî durumu etkileyen psikolojik faktörler" başlığı altında toplanmış bulunmaktadır(1). Bu terim bazı rahatsızlıkların husulünden psikolojik faktörlerin katkısı olabileceğini inkâr etmemekte, fakat hastalık patogenezi psikoanalitik ekolün ürettiği kavramlarla da izah etmeye kalkışmamaktadır. Psikolojik faktörlerin fizikî durumları etkilediği hükümüne varabilmek için delil gereklidir. Çevreden gelen uyarı ve bu uyarıya atfedilen manâ ile fizikî durumun ortaya çıkması arasında zaman bakımından uygunluk ilişkisi (temporal relationship), gerekli görülen delildir(1).

DSM-III'de fizikî "durumları etkileyen psikolojik faktörler" başlığı altında somatoform bozukluklar dışında kalan, şişmanlık, duode-

nal ülser, gerilim baş ağrısı, dismenore, migren, nörodermatit gibi bozukluklar toplanmaktadır(1).

"Psikosomatik hastalık" ya da "Fizikî durumu etkileyen faktörler" teşhisleri altında incelenen hastalıklarda, fizik muayene veya laboratuvar incelemeleri sonucunda müspet bulgular ortaya konulabilmektedir. Çünkü bu hastalıkların fizik patogenezi bilinmektedir. Oysa bizim inceleme konumuz olan ve psikososyal stres faktörleri ile ilişkili "somatizasyon bozukluğu vak'alarında, gerek fizik muayene ve gerekse laboratuvar incelemelerinde hiç bir müspet bulgu ortaya konulamaz.

S O N U Ç

Yaptığımız "Bölgemizde somatizasyon bozukluğunun semptom profili ve stresörlerle ilişkisi" adlı çalışmada elde ettiğimiz veriler şu sonuçları ortaya çıkardı:

1. Hastaların eğitim seviyesi genellikle düşük olup, sadece 5 hasta (% 10) yüksekokul mezunudur.

Hastaların çoğu ev kadınıdır (37 hasta, % 74).

Hastaların yarıdan fazlası (31 hasta, % 62) şehir merkezlerinde oturmaktadır.

2. Hastaların tamamına yakın bir kısmı (46 hasta, % 92) başka bir bölümden sevkle gelmiştir.

Hastaların psikiyatri bölümüne gelmeden önce en sık başvurdukları bölümler: Dahiliye (34 hasta,% 68) ve Nöroloji (24 hasta,% 48) dir.

Hastalara psikiyatri bölümüne gelmeden önce, grup olarak orta-

lama 2.12 adet tetkik yapılmış olup, en sık yapılan tam kan tetkikidir.

Tedavi sonuçları belirlenebilen 45 hastadan 42 tanesi (% 93.3) fayda görmediklerini belirtmişlerdir.

3. Hastaların tamamında grup olarak ağrı ve kardiyopulmoner semptomlar görülmüştür.

Münferit semptom olarak erkek hastalarda en sık 5'er hastada (% 83.3) (N=6) baş dönmesi ve sırt ağrısı 44 kadın hasta arasında: en sık 41 hastada (% 93.2) çarpıntı, 40 hastada (% 90.9) baş dönmesi, 39 hastada (% 88.6) bulantı, 38 hastada (% 86.4) sırt ağrısı, 37 hastada (% 84.1) eklem ağrısı tesbit edilmiştir.

Erkek hastalarda görülen semptom sayısı Medyanı=10 (Min-Max=8-18), kadın hastalarda görülen semptom sayısı ortalaması=20.2 ($\bar{Sx}=0.7$), tüm hastalarda semptom sayısı ortalaması=19.1 ($\bar{Sx}=0.8$) olarak tesbit edilmiştir.

Yapılan istatistikî analiz sonucunda hastaların yaş gruplarına göre semptom dağılımında önemli bir fark tesbit edilmemiştir ($P > 0.05$, $k_w=2.33$).

4. Kadın hastaların hem anksiyete hem depresyon skoru ile semptom sayısı arasında kuvvetli bir pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0.809$).

5. Hastaların çoğunluğunda (N=44, % 88, total N=50) bir ya da daha fazla psikososyal stres faktörü tesbit edilmiştir. En sık görülen psikososyal stres faktörleri: erkek hastalarda (N=2, % 33.3, total N=6) çevre uyumsuzluğu, kadın hastalarda ise (N=17

% 36.7, total N=44) fizik hastalık olarak tesbit edilmiştir.

Somatizasyon bozukluğunun bizim sosyokültürel yapımız içinde arz ettiği özelliklerin daha iyi tanınabilmesi, böyle hastaların diğer polikliniklerde lüzumsuz yere incelenip tedavi edilmesini bir dereceye kadar önleyebilecektir. Ancak bu hususların ortaya konulabilmesinin daha kalabalık vak'a serilerinin araştırmaya dahil edilmesini gerektirdiğini düşünüyoruz. Bu maksatla aynı strateji ile vak'a sayısını artırmayı plânlıyoruz.



Ö Z E T

Çalışmamızda DSM-III kriterlerine göre "Somatizasyon bozukluğu" teşhisi konmuş 50 hasta (44'ü kadın,6'sı erkek) semptom profilleri ve bozukluğu alevlendirmesi muhtemel psikososyal stres faktörleri açısından incelenmiştir. Hastaların çoğunluğunu şehirlerde oturan, eğitim seviyesi düşük ve ev kadını olan kişilerin teşkil ettiği görülmüştür.

Hastalarda ortalama semptom sayısı=19.1($S\bar{x}=0.8$) olarak bulunmuştur (teşhis için aranan sayı kadınlarda 14, erkeklerde 12 olduğu halde).Bütün hastalarda en sık şikâyet edilen semptomlar ağrı ve kardiyopulmoner semptomlardır.

Hastaların tamamına yakınında (44 hasta % 88,total N=50) psikososyal stres faktörü belirlenmiştir.

K A Y N A K L A R

1. *American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd Edit. Washington DC: pp 6-29,206-224,241-243,1980.*
2. *Anstett RE, Poole SR: Depressive equivalents in adults. AFP.25(3): 151-156,1982.*
3. *Anstett RE, Collins M: The psychological significance of somatic complaints. J Fam Pract 14:253-259,1982.*
4. *Arkonaç O: Psikiyatrik semptomlar ve sendromlar. Bakırköy Akıl Hastanesi Vakfı Yayınları. s:480-481,İstanbul 1983.*
5. *Arsan C, Erdoğan B, Oğuz A: Somatizasyon ve tıptaki önemi. Dirim Aylık Tıp Gazetesi 9-10:308-318,1986.*
6. *Balint M: The doctor, his patient and the illness. London, Pitman, 1964.*
7. *Barsky AJ: Patients who amplify bodily sensations. Ann Intern Med 91:63-70,1979.*

8. Barsky A, Klerman G: Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 140:273-283,1983.
9. Becker BJ: A holistic approach to anxiety and stress. *Am J Psychoanalysis* 36:139,1976.
10. Bridges KW, Goldberg D: Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosomatic Res* 29:563-569,1985.
11. Brody DS: Physician recognition of behavioural, psychological, and social aspects of medical care. *Arch Intern Med* 140:1286-1289,1980.
12. Cadoret J, Winokur G, Dorzab J, et al: Depressive disease: Life events and onset of illness. *Arch Gen Psychiatry* 26:133,1972.
13. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB, Clayton PJ: A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry* 143(7):873-878,1986.
14. Collyer JA: Psychosomatic illness in a solo family practice. *Psychosomatics* 20:762-767,1979.
15. Culp R, Davis B: Psychiatric illness at a medical and a surgical outpatient clinic. *Compr Psychiatry* 1:228-235,1960.
16. Engel GL: Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26:899-918,1959.
17. Gautam SK: A comprehensive study of patients presenting with somatic symptoms. (Unpublished dissertation submitted to the Bangalore University) Bangalore,1976.
18. Glass RM, Freedman DX: Contempo 85. *Psychiatry. JAMA* 254:2280-2282, 1985.
19. Goldberg D, Blackwell B: Psychiatric illness in general medical practice. *Br Med J* 2:439-443,1970.

20. Goodwin DW, Guze SB: *Psychiatric diagnosis*. 2nd Ed. New York, Oxford University Press, 1979.
21. Helmstadter GC: *Research concepts in human behavior*. Meredith Corp New York, pp 262-324, 1970.
22. Holmes TH, Rahe RH: *The social readjustment rating scale*. *J Psychosom Res* 11:213, 1967.
23. Hunter RCA, Lohrenz JG, Schwartzman AE: *Nosophobia and hypochondriasis in medical students*. *J Nerv Ment Dis* 139:147-152, 1964.
24. Janakiramaiah N, Subbakrishna DK: *Somatic neurosis in Muslim women in India*. *Soc Psychiatry* 15:203-206, 1980.
25. Jencks SF: *Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care*. *JAMA* 253:1903-1907, 1985.
26. Jenkins R, Clare AW: *Women and mental illness*. *Br Med J* 291:1521-1522, 1985.
27. John CJ: *Phenomenology of neuroses-A cross-sectional investigation in two different treatment settings*. (Unpublished dissertation submitted to Bangalore University) Bangalore, 1982.
28. Kaminsky MJ, Slavney PR: *Methodology and personality in Briquet's syndrome: a reappraisal*. *Am J Psychiatry* 133:85-88, 1976.
29. Katon W: *Depression: Relationship to somatization and chronic medical illness*. *J Clin Psychiatry* 45:4-11, 1984.
30. Katon W, Kleinman A, Rosen G: *Depression and somatization. A review. Part II* *Am J Med* 72:241-247, 1982.
31. Kielholz P: *Die larvierte depression*. Bern: Huber, 1973.
32. Komaroff AL, Masuda M, Holmes H: *The social readjustment rating scale. A comparative study of Negro, Mexican and White Americans*. *J Psychosom Res* 12:121, 1968.

33. Lehmann HE: Affective disorders in the aged. *Psychiatr Clin North Am* 5(1):27-44,1982.
34. Leon J, Saiz J, et al: Why do some psychiatric patients somatize? *Acta Psychiatr Scand* 76:203-209,1987.
35. Lopez-Ibor JJr: Nosological status of endogenous anxiety:"Anxious thymopathy" revisited. *Psychopathology* 18:133-139,1985.
36. Luban B, Pöldinger W, Hoffman F: Psychosomatic medicine in general practice. La Roche Co Ltd. Service Scientific, Basle-Switzerland, pp 1-14,1974.
37. Mac Donald AJ, Bouchier AD: Non-organic gastrointestinal illness. *Br J Psychiatry* 136:276-283,1980.
38. Masuda M, Holmes TH: Life events: Perceptions and frequencies. *Psychosom Med* 40:236,1978.
39. Masuda M, Holmes TH: The social readjustment rating scale:A cross-cultural study of Japanese and Americans. *J Psychosom Res* 11:227, 1967.
40. Maue FR: Functional somatic disorders-Key diagnostic features. *Somatic Disorders* 79(2):201-210,1986.
41. Mechanic D: The experience and reporting of common physical complaints. *J Health Soc Behav* 21:146-155,1980.
42. Oxman TE, Harrigan J, Kves J: Diagnostic patterns of family physicians for somatoform, depressive and anxiety disorders. *J Fam Practice* 17:439-446,1983.
43. Özbek A, Köksal C, Adasal R: Sosyokültürel yapı açısından paranoid sendromlar. *Nöroloji* 2:20,1971.
44. Öztürk O: Nevrotik Bozukluklar. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara Nuroloji Matbaacılık AŞ,s 264-265,1988.

45. Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH: Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry* 25:340,1971.
46. Paykel ES, Uhlenhuth EH: Rating the magnitude of life stress. *Canad Psychiatr Ass J* 17:93,1972.
47. Paykel ES: Depressive typologies and response to amitriptyline. *Br J Psychiatry* 120:147-156,1972.
48. Perley M, Guze SB: Hysteria-the stability and usefulness of clinical criteria. *N Engl J Med* 266:421-426,1962.
49. Pilowsky I: Abnormal illness behavior. *Br J Med Psychol* 42:347-361, 1969.
50. Prakash R, Sethi BB: Hypochondriacal symptoms in medical patients and their psychiatric status. *Indian J Psychiatry* 20:240-243,1978.
51. Rabkin JG, Struening EL: Life events, stress and illness. *Science* 194:1013,1976.
52. Regier DA, Goldberg JD, Taube LA: The de facto U.S. mental health services system: A public health perspective. *Arch Gen Psychiatry* 35:685-693,1978.
53. Rinieris PM, Stefanis CN, Lykouras EP, et al: Hysteria and ABO blood types. *Am J Psychiatry* 135:1106-1107,1978.
54. Salzman C, Shader RI: Depression in the elderly. I. Relationship between depression, psychologic defense mechanisms and physical illness. *J Am Geriatr Soc* 26(6):253-260,1978.
55. Schwab J, Bialow M, Brown J, Holzer CE: Diagnosing depression in medical inpatients. *Ann Intern Med* 67:695-707,1967.
56. Selye H: *The stress of life*. Mc Graw-Hill Book Co, pp 25-43, New York 1956.

57. Shephert M, Cooper B, Brown AC, Kalton GW: *Psychiatric illness in general practice*. London, Oxford University Press, 1966.
58. Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC: *Patients with multiple unexplained symptoms*. *Arch Intern Med* 146:69-72, 1986.
59. Synder S, Pitts WM: *Characterizing somatization, hypochondriasis, and hysteria in the borderline personality disorder*. *Acta Psychiatr Scand* 73:307-314, 1986.
60. Sorias S: *Hasta ve normallerde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması*. (Doçentlik tezi) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi-İzmir, s 2-4, 1982.
61. Srinivasan K, Murthy RS, Janakiramaiah N: *A nosological study of patients presenting with somatic complaints*. *Acta Psychiatr Scand* 73:1-5, 1986.
62. Swartz M, Blazer D, George L, Landerman R: *Somatization disorder in a community population*. *Am J Psychiatry* 143(11):1403-1408, 1986.
63. Temoshok L, Attkinson CC: *Epidemiology of hysterical phenomena: evidence for a psychosocial theory, in Hysterical Personality*. Edited by Horowitz MJ, New York, Jason Aranson, pp 343-346, 1977.
64. Uhlenhuth EH, Paykel ES: *Symptom configuration and life events*. *Arch Gen Psychiatry* 28:744, 1973.
65. Walcher W: *Die larvierte depression*. Vienna: Bruder Hüllinek, 1970.
66. Warheit GJ: *Life events, coping, stress and depressive symptomatology*. *Am J Psychiatry* 136:502, 1979.
67. Watts CAM: *The mild endogenous depression*. *Br Med J* 139:545-551, 1982.

68. Weissman MM, Myers JK, Harding PS: Psychiatric disorders in a US urban community. 1975-1976, *Am J Psychiatry* 135:459-462,1978.
69. Wig NN, Setyonegoro KR, et al: State of diagnosis and classification in the 1980's: The third world. Paper presented at the international conference on diagnosis and classification of mental disorders and alcohol related problems. Copenhagen, April 1982.

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

