

T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

SİVAS İL MERKEZİNDE  
SOMATİZASYON BOZUKLUĞUNUN  
EPİDEMİYOLOJİSİ

UZMANLIK TEZİ  
Dr. Burhanettin KAYA

90062

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Orhan DOĞAN

Sivas 1996

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ



**Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosunun 15.4.1993 tarih ve 93/115 no'lu kararı ile kabul edilen tez yazma yönergesine göre hazırlanmış Prof.Dr.Orhan DOĞAN tarafından yönlendirilmiştir.**

**C.Ü. TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

**İş bu çalışma jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalında TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.**

**BAŞKAN** : .....

**ÜYE** : .....

**ÜYE** : .....

**ÜYE** : .....

**ÜYE** : .....

**Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.**

...../...../1996

**DEKAN**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmamda büyük emeği geçen hocam Prof.Dr. Orhan DOĞAN'a, alan çalışmasını birlikte yaptığımız Dr. Gamze AKYÜZ ve Dr. Zuhâl ÖNDER'e, çalışmanın istatistiksel analizlerini yapan Dr. Sarkis KILIÇASLAN'a, katkılarından dolayı Yrd.Doç.Dr. Haldun SÜMER'e, desteğini esirgemeyen Yrd.Doç.Dr. Semra DÜNDAR'a ve eşim Dr. Mine KAYA'ya teşekkür ederim.

Dr.Burhanettin KAYA

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ .....	1
AMAÇ .....	27
GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
BULGULAR .....	32
TARTIŞMA .....	41
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	51
ÖZET .....	52
KAYNAKLAR .....	53
EKLER .....	62

## I.GİRİŞ

Günümüzde ruhsal bozukluklar, yüksek yaygınlık oranları, yüksek kronikleşme eğilimleri, taşıdıkları tedavi güçlükleri ile bir toplum sağlığı sorunu durumunu almışlardır (Doğan ve ark. 1995). 1978'de ABD'de yayınlanan bir rapora göre, ABD'de ruhsal bozukluğu olanların oranı %25, psikiyatrik tedavi görmesi gerekenlerin oranı %15 olarak bildirilmiştir. Son yıllarda birinci basamak sağlık kurumlarında ruhsal bozuklukların %16-43 oranında bir yaygınlığa sahip olduğu değişik çalışmalarda bildirilmiştir (Barret ve ark. 1988).

Bedensel yakınmalarla da kendini gösteren psikiyatrik bozukluklar her kültürde görülebilen olgulardır (Janca ve ark.1995a). Somatizasyonun gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık olduğu bildirilmiştir (Kirmayer 1984). Bedensel yakınmalarla başvuranların sağlık kurumlarını sık ve inatçı bir biçimde kullandıkları, tıbbi nedenlerle açıklanamayan bu yakınmalarla gereksiz sağlık harcamalarına ve tıbbi-cerrahi uygulamalara neden oldukları aktarılmaktadır (Kirmayer ve Robbins 1991a, Janca ve ark. 1995b). İyi tanınmayan, incelenmeyen ve değişik tanılar alan bu hastaların tedaviye iyi yanıt vermemeleri, inatçı yakınmalarla sağlık kurumlarını gereksiz ve yoğun bir şekilde kullanmaları (Escobar ve ark. 1987) sağlık sistemlerinin tıkanmasına neden olmaktadır. Bu bilgiler, bir toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığının bozukluğu etkileyen ve

bozukluktan etkilenen klinik, ruhsal, toplumsal, demografik ve ekonomik bileşenlerin neler olduğunu anlamak için epidemiyolojik çalışmaların gerekliliğini göstermektedir.

Somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili sınırlı sayıda alan çalışması yapılmıştır. Son yıllarda bu konuya ilginin arttığı görülmektedir.

Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda somatizasyon bozukluğunun yaygınlığını ve belirti dağılımını, çeşitli değişkenler açısından inceleyen çalışmalar yapılmakla beraber (Özmen ve ark. 1991, Baştürk ve ark. 1992, Çermik 1993, Oğuzhanoglu ve ark. 1994) somatizasyon bozukluğunun toplum içindeki yaygınlığını araştıran bir epidemiyolojik alan çalışması ülkemizde yapılmamıştır. Bu gerçek bizi, somatizasyon bozukluğunun toplum içindeki yaygınlığını inceleyen bir epidemiyolojik alan çalışması yapmaya yöneltti. Çalışmamızın Türkiye’deki alan çalışmalarının yetersizliğinin doğurduğu eksikliklerin giderilmesi, elde edilen sonuçların bozukluğun tanınması, yarattığı inatçı sorunların çözülmesi, yetiyitiminin önlenmesi ve koruyucu ruh sağlığı yönünde önemli katkılar sağlayacağına inanıyorum.

## **I.1.TANIM**

Somatizasyon kavramının tanımı üzerinde görüş birliğine varılabilmemiş değildir. ”Bedenselleştirme” olarak Türkçeye çevirebileceğimiz somatizasyon terimi ilk olarak 20.yy’ın ilk yarısında Stekel tarafından kullanılmıştır (Kellner 1990).Varsayımsal olarak derinde yatan bir nevrozun bedensel bir bozukluk yoluyla anlatımı olarak değerlendirilmiştir. Meninger ise somatizasyon tepkilerini anksiyetenin bilinç düzeyine çıkmasını engelleyen, hipertansiyondan frigiditeye (cinsel soğukluk) dek uzanan geniş bir aralığı kapsayan organsal dışa vurumlar olarak tanımlamıştır (Lipowski 1988). Bu tanımlar psikanalistlerin somatizasyon terimini bilinçdışı bir savunma düzeneği olarak

kabul ettiklerini göstermektedir. Bu savunmanın bilinçdışı çatışmaların sinir sistemini uyarması sonucu artmış bedensel duyular ile temsil edildiği belirtilmektedir (Katon ve ark.1984). Somatizasyonun kavramlaştırılmasında yaşanan karmaşaya koşut olarak birçok araştırmacı tarafından değişik tanımlamalar yapılmıştır.

Katon ve arkadaşları (1984) somatizasyonu ruhsal-toplumsal sorunları bedensel yakınmalar yoluyla anlatma çabaları olarak; Ford (1986) bedensel belirtilerin ruhsal amaçlar için kullanılması biçiminde tanımlamışlardır. Escobar ve arkadaşları (1987) anlatılmak istenen bedensel yakınmaların tıbbi olarak açıklanamadığını, altta yattığı varsayılan organik patolojiden beklenmeyecek kadar abartılı olduğunu belirtmişlerdir. Bass ve Benjamin (1993) Kleinmann ve Kleinmann'ın somatizasyonu "kişisel ve toplumsal zorlukların bedensel yakınmalarla bir yardım arama çabasına dönüşmesi" biçiminde tanımladığını aktarmaktadırlar. Bridges ve Goldberg de (1985) bedensel yakınmalarını fiziksel bir soruna yükleyen hastanın bu sorununun psikiyatrik olduğunu, psikiyatrik tedaviye yanıt verdiğini belirtmiştir (Kellner 1990).

Goldberg ve ark. (1992) somatizasyonun ruhsal stresin bedensel belirtilerle ifade edildiği evrensel bir olgu olduğunu, bedenselleştirmenin inatçı niteliğinin tekrarlayan tıbbi yardım arama davranışı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Kirmayer (1984) somatizasyonun tek bir patolojik süreçle açıklanabilecek tek bir tanı olmadığını, birçok tanı grubuyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Kellner 1990).

Lipowski'nin bugüne dek yapılan tanımları gözden geçirerek önerdiği tanım bugün de yaygın olarak kabul görmektedir. Buna göre somatizasyon "**patolojik bulgularla desteklenemeyen bedensel rahatsızlık ve belirtilerle, bunları fiziksel bir hastalığa bağlayarak iletişim kurma ve tıbbi yardım arama eğilimi**" olarak tanımlanmıştır



(Campo ve Fritsch 1994). Bu tanıma göre somatizasyonun yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olarak üç ana bileşeni vardır. Algılanan bedensel duyuların varlığı yaşantısal, bunların doğrudan bir fiziksel hastalığa bağlanması bilişsel, tıbbi yardım arama çabası da davranışsal bileşenleri oluşturmaktadır (Lipowski 1988).

Guze'nin Briquet Sendromu'nu tanımlamasından ve DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) sistemlerinde somatizasyon bozukluğu adını alarak yerini almasından sonra gittikçe netleşen somatizasyon kavramı DSM-IV'de son halini almıştır. Buna göre somatizasyon bozukluğu "30 yaşından önce başlayan, birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışlarıyla ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan genel bir tıbbi durum ya da kötüye kullanılan bir maddenin doğrudan etkileriyle açıklanamayan, çok sayıda fiziksel yakınmalarla karakterize bir bozukluktur" biçiminde tanımlanmaktadır. (American Psychiatric Association -APA 1994)

## I.2.TARİHÇE

Somatize eden -bedenselleştiren- hastalar hekimlerce yüzyıllardır tanınmaktadır. 2.yy'da Galen bu hastalar için "melancolica hipokondriaca" kavramını önermiş, beynin ikincil olarak etkilediği abdominal organlarda oluşan bir hastalık olduğuna inanmıştır (Lipowski 1990). 18.yy. sonlarına dek benzer olguları tanımlamak için "histeri, melankoli, hipokondriazis" gibi isimler kullanılmıştır (Lipowski 1988).

Sydenham 1682'de somatizasyonun daha çok kadınlarda, hipokondriazisin erkeklerde görüldüğünü söylemiş, bu iki kavramı birbirini bütünleştirici iki kavram olarak ele almıştır (Lipowski 1988). 1799'da Sims, histeri ve hipokondriazisi birbirinden açık olarak ayırmıştır. Hipokondriazisin her iki cinsten görülebildiğini, melankoliyi andırdığını

ve çeşitli belirtilerle ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (Lipowski 1988). Somatizasyon kavramı için önemli bir terim de “*nevrasteni*”dir ve ilk olarak 1868’de fiziksel ve ruhsal belirtileri birlikte taşıyan hastalar için kullanılmıştır (Katon ve ark. 1991).

Somatizasyon bozukluğu kavramının 1859’da Paul Briquet’den Thomas Saul ve James Purtsel’in histeri üzerine fenomenolojik yaklaşımlarına dek uzun bir gelişim süreci vardır (Barsky 1989). 1960’larda bir dizi çalışmada tıbbi-cerrahi tedaviler görmekte olan histeri hastalarındaki çoklu bedensel yakınmalar bir alt grupta toplanmaya çalışılmıştır. Bu belirtiler kümesi “Briquet Sendromu” olarak tanımlanmıştır. Klinik, epidemiyolojik ve uzunlamasına çalışmalarda bu sendromun geçerliği, güvenilirliği, kavramsal içeriği, anksiyete ve mood bozukluklarından farklılıkları gösterilmiştir (Barsky 1989).

Somatizasyon bozukluğu ile ilgili ilk çalışmalarda, somatizasyonu tanımlarken Feighner ölçütlerinin kullanıldığı ve bu ölçütlerin bu bozukluk için ilk sistematik ölçütler olduğu aktarılmaktadır (Golding ve ark. 1991).

Somatik yakınmaların psikiyatride gittikçe önem kazanması ile beraber bu bozukluklar DSM-III sisteminde “*Somatoform Bozukluklar*” başlığı altında yer almıştır. (Lipowski 1988). Briquet Sendromu DSM-III-R tanı sisteminde doğrudan “*Somatizasyon Bozukluğu*” adını almıştır.

### **I.3.ETİYOLOJİ**

Somatizasyon bozukluğunun etiyolojisi ile ilgili birçok görüş vardır:

#### **Psikodinamik görüş**

İlk araştırmacılar (Sydenham) somatizasyonun önceden yaşanmış hüznün dışavurumu şeklindeki görüşü desteklemişlerdir. Freud 1895’te kaleme aldığı klasikleşmiş

makalesinde somatizasyon bozukluğu olan hastaların çocukluk öykülerinde sıklıkla cinsel istismar ve ihmalin bulunduğunu belirtmiştir (Katon 1993).

Klasik psikanalitik görüşlere göre somatizasyon, derinde yer alan bir ruhsal patolojinin değişik bir biçimde ortaya çıkmasıdır. Bu hastalar gelişim dönemlerinde saplanma, patolojik savunma düzenekleri, çatışmalar ve örseleyici yaşantılar nedeniyle duygusal yaşantılarını sözelleştirme yeteneğinden yoksundurlar (Stoudemire 1991).

Simon (1991) bedensel belirtilerin, kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma araçları olduğunu ifade etmiştir. Bu özelliğiyle somatizasyonun psikanalistlerce immatür savunmalar arasında sayıldığı belirtilmektedir (Meissner 1985 ).

#### **Biyolojik ve genetik görüşler**

Somatizasyonun biyolojik temelleri konusunda bilgi çok azdır. Somatizasyon bozukluğunda, serebral hemisferlerin her iki frontal lob bozukluklarında olduğu gibi, sağ frontal bölge EEG'lerinde ve duysal-işitsel uyarı potansiyellerinde anormallikler bildirilmiştir (Katon 1993). Yapılan çalışmaların az bir kısmı yinelenmiştir. Sık travma öyküsüyle madde-ilaç kötüye kullanımının somatizasyon bozukluğu ile ilişkisi araştırılmış, bunların somatizasyon bozukluğunun nedeni ya da sonucu olduğu açıklanamamıştır (Katon 1993).

Somatizasyonun bir depresyon eşdeğeri olup olmadığına ilişkin biyolojik yönelimli araştırmalarda çoğunlukla Deksametazon Supresyon Testi (DST) kullanılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları çelişkilidir (Simon 1991, Hudson ve ark. 1985).

Somatizasyon bozukluğu ile ilgili yapılan biyolojik araştırmalar bu bozukluğun etiolojisi ile ilgili tutarlı bilgiler vermekten uzaktır.

Genetik ve aile bağıntıları ile ilgili değişik çalışmalarda somatizasyon bozukluğu olan hastaların ailelerinde kontrol gruplarına göre daha yüksek sıklıkta alkol bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir (Katon 1993). Bu bulgular başka çalışmalarda da doğrulanmış ve aktarılmıştır (Cloninger ve ark. 1975, Guze ve ark. 1986, Campo ve Fritsch 1994). Mevcut ikiz çalışmaları somatizasyondaki genetik temeller ile ilgili çok az kanıt taşımaktadır. Bu çalışmaların bazıları genetik ve çevresel faktörlerin somatizasyonun oluşumunda rol oynadığını düşündürmektedir. (Campo ve Fritsch 1994).

### **Psikolojik görüşler**

Birçok çalışmada bedensel duyumların algılanmasında öğrenmenin rolü olduğu belirtilmektedir. Öğrenme, somatizasyonun gelişmesi ve sürmesi ile ilişkilidir. Bununla birlikte sosyal öğrenme veya model olma, klasik koşullanma ve edimsel koşullanmanın hepsi potansiyel bir rol oynamaktadır (Campo ve Fritsch 1994).

Somatizasyonun psikolojik açıklamaları üç ana başlıkta yapılabilir:

#### **1-Algısal süreçler**

Lipowski (1988) somatizasyonu olan hastaların belirtilerinin belirli bir biyolojik temeli olmadığı halde, bunları “gerçek” olarak algıladıklarını belirtmektedir.

Algılamayı etkileyen etkenler şunlardır:

**Dikkatin yönü:** Bilgi işleme bozukluğuna koşut olarak, dikkat dış uyaranlardan iç uyaranlara yönelmekte ve bedensel belirti bildirimini artmaktadır.

**Seçici dikkat:** Sayısız uyaran arasındaki insan, bu uyaranlardan kişisel inanç ve zihinsel yapısına uygun olanları seçer ve algılar. Bu algılama ve yorumlamada sağlıklı ilgili inanç ve bilgilerin payı vardır (Pennebaker ve Watson 1988). Bu hastalarda seçici algılamaya çoğu kez somatik duyumun önemini abartma ve çarpıtma eklenmekte, çare arama davranışı ortaya çıkmaktadır (Kellner 1990).

**Cinsiyet farklılıkları:** Birçok araştırmada kadınlar ve erkekler arasında duyuları algılamada önemli bir fark olduğu, kadınlar dış uyaranları daha iyi algılamakta erkeklerin iç uyaranları daha iyi algıladıkları kanıtlanmıştır (Pennebaker ve Watson 1991).

## **2-Yapısal yatkınlık**

Son yıllarda üzerinde en çok durulan konunun yapısal yatkınlık nedeni olarak negatif affektivite olduğu aktarılmaktadır. Yüksek negatif affektivitesi olan hastaların düşük negatif affektivite gösterenlere göre daha fazla bedensel duyular ifade ettikleri görülmektedir. Bunlarda doyumsuzluk, içedönüklük, negativizm, kötümserlik, başarısızlıklarını önemseme gibi kişisel özelliklerin olduğu, bedenlerine karşı aşırı duyarlı oldukları ve bedensel duyulara karşı eşiklerinin düşük olduğu belirtilmektedir (Pennebaker ve Watson 1991).

Berry ve Pennebaker (1993) somatizasyonda duyguların ifade edilmesi açısından en riskli grubun "*dışsallaştırıcılar*" ve gelişme dönemlerinde duyguları dışa vurmanın ayıp sayıldığı aile ve sosyal çevrede yetişmiş kişilerin olduğunu bildirmektedirler.

## **3-Abartılı algılama**

Barsky ve arkadaşları (1988) somatizasyon gösteren hastaların bedensel duyularını seçici algılamadan sonra abarttıklarını ve fiziksel hastalık yönünde yorumladıklarını bildirmektedirler. Bu bulgularını negatif affektivite kavramı ile birleştirdiklerinde somatizasyonun klasik psikanalitik kuramda öne sürüldüğü gibi maskelenmiş bir psikiyatrik bozukluk değil, negatif affektivite ile algılanan bedensel duyuların abartılmış şekli olduğunu öne sürmektedirler.

## **Kültürel ve toplumsal etkenlerle ilgili görüşler**

Ruhsal bozuklukların bedensel anlatımı çeşitli kültürlerde görülen bir olgudur (Janca ve ark. 1995a). ~~Beden diliyle iletişim sağlama davranışının toplumsal ve kültürel~~

bir yönü olduğu düşünülmektedir (Kirmayer 1984, Janca ve ark. 1995a). Birçok kültürde ruhsal-toplumsal gerilimi anlatma yolu olarak bedensel belirtilerin duygusal yakınmalardan daha sık olarak kullanıldığı gösterilmiştir. Bir kültürde sık karşılaşılan bedensel belirtiler diğer bir kültürde seyrek olabilir (Janca ve ark. 1995b).

Somatize eden hastalarda duygu dili sözcüklerden çok bedensel simgelerden oluşmaktadır. Kişinin yaşadığı duyumları nasıl adlandıracağı ve yorumlayacağı, içinde yaşadığı kültürün kendine sunduğu etkenlerin biçimleriyle sağlanmaktadır (Kirmayer 1984). Somatizasyonun depresyonun bedensel belirtileri olarak Asya, Afrika, Amerika ve Avrupa'daki değişik kültürel gruplarda görülebildiği bildirilmiştir (Kirmayer 1984). Batılı ülkelerde bunun daha sık olduğu düşünülmektedir (Katon ve ark. 1982).

Janca ve arkadaşları (1995b) farklı kültürlerde somatoform bozuklukla ilgili olarak 23 ülkenin hekimleriyle görüşerek gerçekleştirdikleri çalışmada, belli kültürlerde birtakım belirtilerin sık ve önemli olduğunu gözlemlemişlerdir. Örneğin, menstrual ve cinsel belirtilerin batıda daha sık olduğu bildirilmiştir. Bazı ülkelerde de somatizasyonu anlatmak için farklı tanımlar kullanıldığı görülmüştür. Bazı yazarlar da somatizasyonun düşük sosyoekonomik durum ve düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir (Campo ve Fritsch 1994). Özetle, toplumsal, kültürel ve etnik faktörlerin somatizasyonun oluşumunda etiyolojik bir rol oynadığı belirtilmektedir.

#### **1.4.EPIDEMİYOLOJİ**

Somatizasyon bozukluğunun epidemiyolojisi ile ilgili ilk çalışmalar çoğunlukla birinci basamak sağlık kurumlarına ve genel hastanelere başvuran hastalar değerlendirilerek yapılmıştır. Son 20 yıl içinde toplum içindeki yaygınlığı ölçen çalışmaların gerçekleştirildiği gözlenmiştir.

Swartz ve arkadaşları (1989) genel pratisyenlere başvuran hastaların %20-84'ünde tıbbi nedenlerle açıklanamayan somatik yakınmaların olduğunu bildirmişlerdir. Cloninger ve ark. (1986) ayaktan izlenen hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada somatizasyon bozukluğunun yaygınlığını kadın hastalarda %22, erkek hastalarda ise %0,3 olarak bulmuşlardır. Bridges ve Goldberg (1985) bazı çalışmalarda birinci basamak sağlık kurumlarında somatizasyon bozukluğunun %26 oranında görüldüğünü belirtmişler, kendi çalışmalarında ise DSM-III-R'a göre yalnız somatizasyonu %32, işlevsel (fakültatif) somatizasyonu %24 olarak bulmuşlardır. Swartz ve arkadaşları (1989) da tanımladıkları ve temel sağlık kurumlarında sıklıkla görülen subsendromal somatizasyonun genel toplum kesimlerinde %11,6 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir.

Birinci basamak sağlık kurumlarında konsültasyon-iyezon psikiyatristlerinin yaptıkları çalışmalarda hastaların %50'den fazlasının somatizasyonla maskelenmiş klinik görünümle başvurduğu belirtilmiştir (Kirmayer ve Robbins 1991b). Kirmayer ve Robbins (1991b) yaptıkları çalışmada birinci basamakta sadeleştirilmiş somatizasyonu %16,6 DSM-III somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayanların oranını ise %1 olarak bulmuşlardır.

Schulberg ve arkadaşları ise (1990) birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran toplum kesimlerinde %1'den az somatizasyon bozukluğu görüldüğünü belirtmektedirler. Katon ise (1993) birinci basamak sağlık hizmetlerinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığının %0,4 ile %5 arasında değiştiğini bildirmektedir. Sato ve Takeichi (1993) Japonya'da modifiye edilmiş DIS-JM ile genel tıp kliniklerine başvuran hastalarda gerçekleştirdikleri çalışmada somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını %2,4 olarak bulmuşlardır.

Somatizasyon bozukluğunun toplumdaki yaygınlığı ile ilgili sınırlı sayıda alan çalışması vardır.

Katon (1993) somatizasyon bozukluğunun toplumdaki yaygınlığının yaklaşık %0,1 olduğunu, önceki çalışmalarda %0,4 - %2 oranında değiştiğini aktarmaktadır. Genel olarak toplum içindeki oranının %0,03-0,7 arasında olduğu kabul edilmektedir (Kellner 1990).

Somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili ilk değerler 1978'de New Haven'de yapılan çalışmada elde edilmiştir. Bu çalışmada somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı %0,4 olarak bulunmuştur (Weissman ve ark.1978).

Robins ve arkadaşlarının (1984) 9543 erişkin üzerinde DIS ile ABD'nde üç ayrı alanda (*New Haven, Baltimore, St Louis*) yaptıkları ECA çalışmasında, somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %0,1 olarak bulunmuş, her üç alanda önemli bir fark bulunamamıştır. Aynı örneklem grubunda Myers ve arkadaşlarının (1984) yaptığı çalışmada da somatizasyon bozukluğunun 6 aylık yaygınlığı %0,1 olarak bulunmuştur.

Escobar ve arkadaşları (1987) 3132 kişi ile yaptıkları *Los Angeles* ECA çalışmasında sadeleştirilmiş somatizasyonun yaşam boyu yaygınlığını %4,4, altı aylık yaygınlığını %1 olarak bulmuşlardır. DSM-III somatizasyon bozukluğunun ise %0,03 olduğunu bildirmişlerdir.

Swartz ve ark. (1989) *North Carolina*'da 3798 kişi ile yaptıkları çalışmada somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %0,38 olarak bulunmuştur.

Somatizasyon bozukluğunun cins, yaş, ırk, etnik yapı sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi vb. sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği belirtilmektedir. Barsky ve Klerman (1983) literatürde bedenselleştirmenin düşük eğitilmiş, düşük SED'li gruplarda, kırsal kesimler ve bazı kültürler ve etnik gruplarda daha sık kullanıldığı yönünde bulgular



olduğunu aktarmaktadırlar. Lin ve arkadaşları da (1985) somatizasyonun bozukluğunun kırsal kesimlerde, potansiyel sosyodemografik değişkenlerle birlikte (yaş, cins, ırk, eğitim, sosyoekonomik durum) artış gösterdiğini belirtmektedirler.

Somatizasyon bozukluğu kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir (Robins ve ark.1984, Myers ve ark.1984, Escobar ve ark. 1987, Swartz ve ark. 1989, Kirmayer ve Robbins 1991b). Bazı araştırmalarda erkeklerde somatizasyon bozukluğu saptanamamıştır (Robins ve ark. 1984, Myers ve ark. 1984). Genel hastane polikliniklerine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada kadınlarda yüksek olmakla birlikte istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Sato ve Takeichi 1993). Bu araştırmaların tümünde somatizasyon bozukluğunun sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir.

Katon (1993) bozukluğun tanımında 30 yaş öncesinde başlama zorunluluğuna rağmen daha çok 43 yaşında başladığını, ortalama başlama yaşının 15-45 yaşları arasında olduğunu belirtmektedir. Robins ve arkadaşları (1984) bozukluğun 65 yaş üzerinde olanlarda daha az 25-44 yaşlar arasında daha sık olduğunu, Myers ve arkadaşları da (1984) 44 yaşından küçüklerde daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir. Swartz ise (1989) istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 51-70 yaşları arasında olanlarda daha sık olduğunu bildirmektedir. Escobar ve arkadaşları (1987) somatizasyon bozukluğu olan hastaların diğer psikiyatrik bozukluk tanısı alanlardan daha genç olduklarını ve daha yüksek oranda yetiyetimine uğradıklarını belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda somatizasyon bozukluğu ve etnik yapı arasında da ilişki olduğunu bildirilmektedir. Somatizasyon bozukluğunun Meksiko-Amerikalarda ve beyaz olmayanlarda daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (Escobar ve ark. 1987, Swartz ve ark. 1989). Ayrıca somatizasyon bozukluğunun boşanmış-dul olanlarda

ve bekarlarda daha yüksek sıklıkta görüldüğü yönünde bulgular vardır (Swartz ve ark. 1989, Kirmayer ve Robbins 1991b).

Türkiye’de somatizasyon bozukluğunun toplum içindeki yaygınlığı ile ilgili bir epidemiyolojik alan çalışması yoktur. Varolan sınırlı çalışmalar genel hastane polikliniklerine ve birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarla ilgilidir. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların değerlendirildiği çalışmalarda somatizasyon bozukluğu oranı %43-68 olarak bulunmuştur (Ayhan ve ark. 1988, Oğuzhanoglu ve ark. 1994). Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuranlarda bu oran %31,7 dir (Çermik 1993). Bozukluğun kadınlarda, evli olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, köy ya da kasabada doğmuş olanlarda ve kırsal kesimden olanlarda daha yüksek sıklıkta olduğu belirtilmektedir. Yaş grupları ile bedenselleştirme arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Sağduyu ve arkadaşları (1995) Ankara Gölbaşı sağlık ocağına başvuran 400 kişi üzerinde CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ile yaptıkları çalışmada bedensel belirti sayısını ortalama 3,46 ve kadınlarda erkeklerin iki katı olarak bulmuşlardır. Evli ya da dul olanlarda, ev hanımlarında, 55-65 yaş grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu, eğitim düzeyi, yetiyitimi ve sağlık hizmeti kullanımı ile bedenselleştirme arasında da anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Tüm bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, somatizasyon bozukluğu yaygınlığının, değişik ülkelerde ve değişik alan çalışmalarında farklı sonuçlar ve bulgular içerdiği görülmektedir. Bu çalışmaların bir çoğunda DIS kullanılmakla birlikte başka ölçme ve değerlendirme yöntemleri de kullanılmıştır.

## 1.5.KLİNİK BELİRTİLER

Somatizasyon bozukluğu değişik biçimlerde hekimin karşısına çıkabilir. İçerdiği çok sayıda yakınmalar bedeninin bir ya da birden fazla yerinin işlevini ilgilendiren niteliktedir. Gerçek bir rahatsızlığı taklit edebileceği gibi bilinen kalıplara da uymayabilir (Barsky 1992).

Sıklıkla görülen yakınmalar sırt, eklem ve ekstremitte ağrılarıdır. Bununla birlikte karın ağrısı, bulantı, kusma, öğürme ve geğirme, karın şişmesi gibi mide barsak sistemi ile ilgili belirtiler; adet düzensizlikleri, aşırı kanamalar, gebelik döneminde aşırı kusmalar, cinsel isteksizlik, cinsel ilişki sırasında ağrı gibi cinsel alanla ilgili belirtiler; nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi gibi kalp-damar sistemi ile ilgili belirtiler ve daha az sıklıkta olmak üzere konversiyon ve psödonörolojik belirtiler gözlenebilir (Öztürk 1994).

Somatizasyon bozukluğunu değerlendirirken somatizasyonun fiziksel bir hastalığı maskeliyor olabileceğini unutmamak gerekir (Lipowski 1988). Somatizasyon gösteren hastalar yalnızca bedensel belirtileriyle değil, ruhsal özellikleriyle de klinik yaklaşımları etkilemektedirler.

Somatizasyon bozukluğu başlıca akut ve süreğen olmak üzere ikiye ayrılabilir (Goldberg ve ark. 1992). Akut somatizasyon genellikle kişi için önemli bir kayıptan sonra ortaya çıkan yas biçimindedir ve bedensel yakınmalarla hekimin karşısına çıkabilir (Volkan 1992). Süreğen somatizasyon ise genellikle ömür boyu azalıp çoğalarak süren, kişinin ayrılmaz bir parçası haline gelen bir süreçtir. Halk sağlığı sistemi içinde özellikle bu süreğen, inatçı biçimiyle kendini gösterir (Fink 1993, Escobar ve ark. 1987)

Araştırmacılar bedenselleştirme davranışının geç çocukluk döneminden ileri yaşa dek her dönemde ortaya çıkabildiğini, inanıldığının aksine ileri yaşlarda sık olmadığını, hem kadınlarda hem erkeklerde görülmekle beraber kadınlarda daha yaygın olduğunu

bildirmektedirler (Slavney ve Teitelbaum 1985). Kadınlarda genellikle ilk adetlerini görmeye başladıkları dönemde ortaya çıkar. Sıklıkla gereksiz yere birçok incelemeden geçirildikleri ya da ameliyat edildikleri gözlenir. Yakınmaların organik olarak açıklanamaması hekimleri tehlikeli tanı yöntemlerine ve ciddi ameliyatlara yöneltebilir (Quil 1985). Tüm bu klinik görünümüyle somatizasyon bozukluğu tıbbın henüz çözülememiş bir sorunu olmayı sürdürmektedir (Lipowski 1988).

## **I.6.SOMATİZASYON VE DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR**

Psikiyatrik birliktelik (komorbidite) ile ilgili araştırmalar somatizasyon bozukluğu gösteren hastalarda başka psikiyatrik bozuklukların da görülebileceğini ortaya koymaktadır (Brown ve ark. 1990).

Birçok klinik ve epidemiyolojik araştırmada depresyon ve somatizasyon arasında yakın ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Bridges ve Goldberg 1985, Barsky ve ark. 1986, Katon 1984). Swartz ve arkadaşlarının 3783 kişi ile yaptıkları ECA çalışmasında, majör depresyon ile birlikte görülme oranı %64,8 olarak bulunmuştur. Katon (1993) birçok araştırmada somatizasyon bozukluğu ve depresyonun yaşam boyu birlikteliğinin %80-90 oranında olduğunu belirtmiştir.

Somatizasyonun maskeli bir depresyon veya depresyon eşdeğeri olabileceği öne sürülmektedir (Kellner 1990). Nedeni ne olursa olsun, gerek gelişmiş gerekse gelişmemiş ülkelerde depresyon büyük oranda bedenselleştirilmektedir (Kirmayer 1984).

Anksiyete bozuklukları da somatizasyon bozukluğuyla birlikte sık görülmektedir. Swartz ve arkadaşları (1986) ECA çalışmasında basit fobiyi %70, agorafobiyi %64, panik bozukluğunu %42,5 ve obsesif kompulsif bozukluğu %51,6 oranında somatizasyon bozukluğu ile birlikte bulmuşlardır. Özellikle panik bozukluğunda anksiyete düzeyinin

seçici dikkati arttırmasının kişinin bedenselleştirmeyi öğrenmesinde etkili olabileceği öne sürülmüştür (Noyes ve ark. 1986).

Psikotik bozukluklarda somatik ve hipokondriak sanrılar görülebilir. Hasta sıklıkla bedensel bir hastalığının olduğunu düşünür (Kellner 1990). Bu durum bedenselleştirmenin en ağır ve en patolojik türü olarak kabul edilir (Lipowski 1988). Somatik yakınmalara psikozun başlangıç evrelerinde daha sık rastlanmaktadır.

Dissosiyatif bozukluklarla somatizasyon bozukluğu ilişkisinden son yıllarda daha çok söz edilmeye başlanmıştır. Saxe ve ark. (1994) yaptıkları araştırmada dissosiyatif bozukluk tanısı alan hastaların %64'ünün DSM-III-R somatizasyon bozukluğu tanısını karşıladığını bildirmiştir. Bu oran, normal kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgularla her iki bozukluk arasında etiyolojik bir ilişki olabileceği öne sürülmüştür.

Somatizasyon ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştıran çok az sayıda ampirik çalışma vardır. Aleksitimik kişilerin bedensel yakınmalar gösterme eğiliminin daha fazla olduğu, somatizasyon bozukluğu tanısı alan hastalarda aleksitimik özelliklerin hem normal kontrol grubundan, hem de psikosomatik hasta grubundan daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (Dereboy 1990).

Somatizasyon bozukluğu gösteren hastalarda kişilik bozuklukları görülme riskinin de arttığı belirtilmektedir. Psikiyatri kliniğine başvuran somatizasyon bozukluğu hastalarında antisosyal kişilik bozukluğu ve histrionik kişilik bozukluğu görülme riskinin daha yüksek olduğu, birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda ise çekingen ve paranoid kişilik bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Katon 1993).

## I.7.TANI VE SINIFLANDIRMA

Gerek geçmişte, gerekse günümüzde sınıflandırma, psikiyatrinin sürekli ancak sorunlu bir uğraş alanı olmuştur. Psikiyatrik hastalıklarda belirtilerin -çoğu zaman- diğer hastalıkların belirtilerine göre daha az nesnel oluşu, farklı psikiyatrik ekollerce benzer durumları tanımlamak için çok çeşitli terimler kullanılması, kullanılan tanımların -çoğu zaman- başka tanımlarla örtüşüyor olması, bazı tanıların “kültüre özgü” sayılması ve başka birçok neden yaygın kabul gören ve “işleyen” bir psikiyatri sınıflandırma sisteminin geliştirilmesini güçleştirmiştir (Çermik 1991).

Bugün iki değişik sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır: Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM, Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD (International Classification of Diseases) sınıflandırma sistemi.

Belli aralıklarla gözden geçirilerek yeniden yayımlanan bu sınıflandırma sistemlerinden 1992'de yayımlanan ICD-10 ve 1994'te yayımlanan DSM-IV son versiyonlarıdır. Genel olarak DSM-IV'ün daha kullanışlı bir sınıflandırma sistemi olduğu düşüncesi kabul görmektedir.

DSM-III sisteminin en önemli yeniliği “*somatoform bozukluklar*” tanı sınıfı altında, bedensel yakınmalarla seyreden bozuklukları toplamış olmasıdır. DSM sisteminin son şekli olan DSM-IV'de somatizasyon bozukluğunun tanısı için gerekli olan belirti sayıları daha akılcı bir şekilde düzenlenmiştir (Janca ve ark. 1995a).

ICD-10'da bedensel yakınmalarla belirli bozukluklar somatoform bozukluklar başlığı altında toplanmıştır. Fakat konversiyon bozukluğu dissosiyatif bozukluklar başlığında yer almıştır. Dikkat çeken bir nokta da ICD-10'da “nevristeni” tanımının varlığını sürdürmesi ve “başka nevrotik bozukluklar” içinde yer almasıdır (Janca ve ark. 1995a).

DSM-III-R'a göre somatizasyon bozukluğu otuz yaşından önce ortaya çıkan, uzun yıllar boyunca oluşan çok sayıda bedensel yakınmalar veya hastalık inancı ile giden bir bozukluktur (APA 1987). Somatizasyon bozukluğu tanısının konabilmesi için hastanın belirlenmiş 37 belirtiden en az 13'ünü göstermesi gereklidir. Bu belirtilerin organik bir açıklamasının yapılamamış olması, panik nöbetleri ile ilişkili olmaması, hastayı ilaç almaya, yardım aramaya veya yaşam biçimini değiştirmeye yöneltmiş olması gerekmektedir.

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların ailelerindeki erkeklerde yüksek oranda alkol bağımlılığı ve antisosyal kişilik özellikleri, somatizasyon bozukluğu yönünden kadınlar için risk etkenleridir (Bohman ve ark. 1984).

DSM-IV'te somatizasyon bozukluğu tanısı koymak için en az 4 yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması, ağrı dışında en az iki gastrointestinal belirtinin bulunması, bunlara ek olarak en az bir cinsel ya da üreme organıyla ilgili belirti olması ve ağrı ile sınırlı olmayan en az bir psödonörolojik belirtinin bulunması gereklidir. DSM-III-R'da 37 belirtinin en az 13'ünün (kadınlarda 14, erkeklerde 12) varlığı somatizasyon bozukluğu tanısı koymak için gereklidir. Bunun birçok ülkede birçok psikiyatrist tarafından karmaşık bulunduğu bildirilmektedir (Cloninger ve Yutzy 1993). DSM-IV'te bu, daha akılcı ve kullanışlı hale getirilmiştir.

“Sadeleştirilmiş somatizasyon” toplum çalışmalarında somatizasyon bozukluğunun yaygınlığının düşük bulunması nedeniyle Escobar tarafından geliştirilmiş olan tanı grubudur. Kadınlarda tanı koymak için gereken belirti sayısı 14'ten 6'ya, erkekler için 12'den 4'e düşürülerek oluşturulmuştur (Somatic Symptom Index-SSI). Bazı araştırmacılar tarafından kullanılan işlevsel (fakültatif) ya da subsendromal somatizasyon kavramları da aynı anlama gelmektedir.

### **DSM-III-R'a Göre Somatoform Bozukluklar**

300.70 Beden dismorfik bozukluğu

300.11 Konversiyon bozukluğu (ya da histerik nevroz, konversiyon tipi)

300.70 Hipokondriazis (ya da hipokondriakal nevroz)

300.81 Somatizasyon bozukluğu

307.80 Somatoform ağrı bozukluğu

300.70 Farklılaşmamış somatoform bozukluk

300.70 Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk

### **DSM-III-R'a Göre Somatizasyon Bozukluğu**

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

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

1-Belirtinin nedenini açıklayan organik bir patoloji ya da patofizyolojik bir mekanizma yoktur (örn; fiziksel bir bozukluk ya da yaralanma, tedavi, ilaçlar yada alkolün etkileri). İlişkili organik patoloji varsa bile, kişinin yakınması ya da bunun sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma, fizik bulgulardan beklenene göre çok aşırıdır.

2-Yalnız 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 (menstrasyon sırasında olan dışında)
3. Bulantı (taşıt tutması dışında)
4. Şişkinlik (gaz)
5. İshal
6. Birçok yiyeceğe karşı intolerans (bunların dokunması)

#### *Ağrı belirtileri*

#### **7. Ekstremitelerde ağrı**

8. Sırt ağrısı
9. Eklem ağrısı
10. İdrar yaparken ağrı
11. Diğer bir çeşit ağrı (baş ağrısı dışında)

#### *Kardiyopulmoner belirtiler*

#### **12. Herhangi bir çaba harcamıyorken nefesin daralması**

13. Çarpıntı
14. Göğüs ağrısı
15. Sersemlik hissi (baş dönmesi)

#### *Konversiyon ya da psödonörolojik belirtiler*

#### **16. Unutkanlık (amnezi)**

#### **17. Yutma güçlüğü**

18. Ses kaybı
19. Sağırılık
20. Çift görme
21. Bulanık görme
22. Körlük

- 23. Bayılma ya da bilinç kaybı
- 24. Katılma ya da konvülziyon
- 25. Yürüme güçlüğü
- 26. Paralizi ya da kas zayıflığı
- 27. Üriner retansiyon ya da idrar yaparken zorluk

*Kişinin yaşamının büyük kesiminde, cinsel etkinlikte bulunmak için doğan elverişli durumlar sonrası ortaya çıkan cinsel belirtiler*

**28. Cinsel organlarda ya da rektumda yanıcı 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 reproduktif (üreme organlarıyla ilgili) belirtiler*

**32. Ağrılı menstürasyon**

- 33. Menstrüel düzensizlik
- 34. Aşırı menstrüel kanama
- 35. Gebelik süresi boyunca kusma

**Not:** Koyu renkle yazılan yedi madde, bu bozukluğun olup olmadığının taranması için kullanılabilir. Bu maddelerden iki ya da daha fazlasının bulunması büyük bir olasılıkla böyle bir bozukluğun olduğunu düşündürür.

**ICD-10'a Göre Somatoform Bozukluklar**

F 45.0 Somatizasyon bozukluğu

F 45.1 Ayrışmamış somatoform bozukluk

F 45.2 Hipokondriak bozukluk

F 45.3 Somatoform otonomik işlev bozukluğu

F 45.4 İnatçı somatoform ağrı bozukluğu

F 45.8 Başka somatoform bozukluklar

F 45.9 Somatoform bozukluk, belirlenmemiş

### **ICD-10'a göre Somatizasyon Bozukluğu**

Kesin tanı için aşağıdakilerin hepsinin bulunması gerekir:

(a) En az iki yıl süreli, herhangi bir fiziksel hastalık bulunmaksızın ortaya çıkan çok sayıda ve çeşitli fiziksel belirtiler,

(b) Doktorların herhangi bir fiziksel hastalık bulunmadığına ilişkin sözlerine ve güvence vermelerine karşın, bunu ısrarlı biçimde kabul etmeme,

(c) Belirtilere, yakınmalara ve bunların yol açtığı davranışlara bağlı olarak toplum ve aile yaşamında belirli derecede bir bozulma olması.

İçerdikleri: Çoğul yakınmalar sendromu, çoğul psikosomatik bozukluk

Tanı için fiziksel bozukluklar, duygulanım ve bunaltı bozuklukları, hipokondriak bozukluk ve sanrsal bozukluklardan ayırddilmelidir (World Health Organization-WHO 1992).

### **I.8.AYIRICI TANI**

Somatizasyon bozukluğu belirtileri tanı koydurucu değildir ve birçok hastalıkta görülebilir. Klinisyenler bu belirtilerle başvuran hastaları organik yönden araştırmalıdır. Tıbbi hastalıkların görünümleri de (Multiple Sclerosis-MS, Systemic Lupus Erythematosus-SLE, Hipoparatiroidizm, Porfiri vb.) özgül değildir ve tanıda güçlük yaratırlar (Barsky 1989).

MS beyinde birçok bölgeyi tutan, hastalık atakları ve düzelmelerle birlikte dalgalı bir gidiş gösteren demiyelinizan bir hastalıktır. Duysal uyarı potansiyellerinin ölçümü ve magnetik rezonans görüntüleme yöntemi sonucu MS plaklarının görülmesi ile tanı konur (Ertekin 1987). SLE etiyojisi tam olarak bilinmeyen, bir çok organ sistemine ait bulgularla ortaya çıkan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Ruhsal belirtilerin de görülebileceği bilinmektedir. Hastalığa özgü laboratuvar bulgularının varlığı ve lupus hücresinin gösterilmesi ile tanı konur (Aleksanyan 1985). Hipoparatiroidizm sıklıkla paratiroid bezlerinin cerrahi olarak yanlışlıkla çıkarılması sonucu oluşan paratiroid hormonunun eksikliğine bağlı gelişen bir hastalıktır. Kanda iyonize kalsiyumun azalması sonucu oluşan belirtiler somatizasyon bozukluğunun belirtileri ile karışabilir. Özgül laboratuvar ve radyolojik bulguların varlığı ile tanı konur (Bostancı 1992). Porfiriler, porfirin veya ürünlerinin aşırı üretimi sonucu ortaya çıkan, sıklıkla deri ve sinir sistemini tutan bir metabolik hastalıklar grubudur. İdrarda artmış porfobilinojenin gösterilmesi ile tanı konur (Sencer 1992). Organik hastalıkların belirtileri somatizasyon bozukluğunun belirtileri ile karışmakla birlikte hastalığa özgü klinik özellikler, laboratuvar bulguları ve görüntüleme yöntemleri aracılığıyla ayırıcı tanı mümkün olmaktadır.

Somatizasyon bozukluğunu anksiyete bozukluklarından ayırmak da güçtür. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları yoğun somatik yakınmalar içerirler. Somatizasyon bozukluğunda bedensel yakınmalar daha süreğen, inatçıdır ve dalgalanma göstermez. Ayrıca somatizasyon bozukluğu daha ciddi toplumsal, ailesel ve mesleki işlev bozukluğuna neden olur.

Depresif belirtiler somatizasyon bozukluğunda önemlidir. Sıklıkla majör depresyon tanısı konur. Özgün bilişsel, davranışsal ve duygulanım belirtileriyle ayırıcı tanı yapılabilir. Depresyon nöbetlerle seyrederek ve aile öyküsü karakteristiktir.

Şizofrenik hastalar çok sayıda bedensel sanrı ile başvurabilir. Bedensel yakınmalar daha çok hastalığın erken dönemlerinde görülme eğilimi taşır. İzleyen süreçte tipik şizofrenik belirtilerin görülmesi (düşünce bozukluğu, varsanılar, gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk vb.) ve pozitif aile öyküsüyle ayırıcı tanı mümkün olur.

Konversiyon belirtileri somatizasyonun belirti kümesi içinde yer alır. Somatizasyon bozukluğu 30 yaş öncesinde başlar ve yıllarca sürer. Bu özelliğiyle konversiyon bozukluğundan ayrılır.

Hipokondriazis de sık karışan bir tanıdır. Hipokondriaziste daha çok hastalık inancı, hastalık korkusu, bedensel uğraş vardır ve cinsiyet farkı görülmez.

Somatoform ağrı bozukluğunda ise yakınma genellikle ağrı ile sınırlıdır.

Yapay bozuklukta da fiziksel belirtiler görülebilir, fakat bu belirtiler hastanın kontrolü altındadır (Barsky 1989).

## **1.9.TEDAVİ**

Somatizasyon bozukluğunun kesin bir tedavisi yoktur (Barsky 1992). Uygulanan tedavi de daha çok bir sürdürüm tedavisi niteliğindedir (Bass ve Benjamin 1993). Hastalar sıklıkla psikiyatrist olmayan hekimlere başvurduklarından tedavilerinin de daha çok bu hekimler tarafından sürdürülmesi söz konusu olmaktadır (Schulberg ve Burns 1988). Bu durum psikiyatrist olmayan hekimlerin hastalarını daha iyi tanımalarını, empatik bir yaklaşım göstermelerini, bozukluğu atlamamaları için gerekli kılmaktadır (Barsky 1989). Ancak araştırmalar hekimlerin somatizasyon bozukluğu olan hastaların %80-90'ına bu tanıyı koymadıklarını göstermektedir (Goldberg 1984).

Tedavide genel ilkeler şöyle sıralanabilir:

1-Hastalar hekimlerce düzenli kontrollerle izlenmelidir.

2-Hastaya yakınmaları ve sıkıntıları konusunda yeterli açıklamada bulunulması ve empatik bir ilişki kurulması önemlidir.

3-Her bir görüşmede hastanın yakınmaları ile ilgili organ sistemlerine yönelik kısa bir muayene yapılmalıdır.

4-Nesnel bir hastalık belirtisi saptanmadan ileri test ve konsültasyonlar istenmemelidir.

5-Hasta konsültasyon amacıyla bir uzmana gönderildiğinde, deneyimli ve konuyu bilen bir hekim tercih edilmeli, hasta ile ilgili ön bilgi verilmeye çalışılmalıdır.

6-Bağımlılık ve kötüye kullanım risklerinden dolayı antianksiyete ilaçlar yazılmamaya çalışılmalıdır. Analjezik ilaçlardan kaçınılmalıdır.

7-İstirahat ve maluliyet raporları gibi konularda tutucu olunmalıdır.

8-Uzun vadede hastaların psikiyatrik tedavi görmelerine yardımcı olunmalıdır.

9-Majör depresyon ve panik bozukluğu ile ilişkili durumlar görüldüğünde uygun antidepresif ilaçların başlanması düşünülmelidir (Katon 1993).

Ek olarak gerekli görüldüğünde bireysel psikoterapi, evlilik ve aile terapisi de uygulanmalıdır. Psikoterapi, ego destekleyici ,empatik, anksiyeteyi bastırmayı amaçlayan ve doğrudan ego savunmalarını desteklemeye yönelik olmalıdır (Stoudemire 1988).

Klinik çalışmalar bedenselleştiren hastalarda tek bir tedavi yönteminin ve stratejisinin etkili olmadığını göstermektedir (Kellner 1990). Birçok çalışma, yoğun bedensel yakınmaları olan ve tıbbi tedavi ile birlikte psikoterapi gören hastaların, yalnız tıbbi tedavi görenlerden daha çok iyileşme gösterdiklerini bildirmiştir. Antidepresif ve antianksiyete ilaçlar, depresif ve anksiyöz özellik gösteren hastalarda etkili olmaktadır (Kellner 1990). Son zamanlarda yapılan kontrollü çalışmaların sonuçları ilaç tedavisi ve

psikoterapinin birlikte uygulanmasının bedenselleştiren hastalarda olumlu sonuçlar sağladığı yönünde kanıtlar içermektedir (Kellner 1990).

### **1.10. KLİNİK GİDİŞ VE PROGNOZ**

Somatizasyon bozukluğu kronik gidişli bir bozukluktur. Hastalar çoğunlukla erken erişkinlik dönemlerinde çeşitli belirtiler gösterirler. Yaşamın hemen hiçbir döneminde kendiliğinden düzelme beklenmez (Barsky 1989).

Somatizasyon bozukluğu ile ilgili sosyal yetiyitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Katon 1991, Sağduyu 1995). Hastaların özellikle çalışma alanında ve ana-baba rollerinde belirgin yetiyitimine uğradıkları, birlikte görülen bazı psikiyatrik bozuklukların, yetiyitiminin oluşmasında önemli rol oynadıkları belirtilmektedir (Sökücü 1995). Tanı ölçütlerini karşılamasa bile, her çeşit somatizasyonun hem kişisel olarak hem de toplumsal olarak önemli sonuçlara yol açabileceği unutulmamalı ve sosyal yetiyitimi hastalığın bir parçası gibi ele alınıp tedavi öyle planlanmalıdır (Zocollillo ve Cloninger 1986). Somatizasyon bozukluğu olan hastaların evli olanlarının eşlerinin antisosyal davranışlarının ve alkol-madde kullanma öykülerinin bulunmasının sosyal yetiyitimi etkileyen önemli etkenler olduğu belirtilmektedir (Zocollillo ve Cloninger 1986). Somatizasyon bozukluğu ile mortalite arasındaki ilişki de açık değildir. Mortalitenin genel toplumdaki orandan daha yüksek olduğu yönünde kesin bilgi yoktur (Barsky 1989).

## II. AMAÇ

Bir toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığının, sıklığının, hastalanma riski altındaki bireylerin saptanması; toplumun ruhsal bozukluklarla ilgili tutum ve inanışlarının, toplumun bu konuda nasıl eğitilebileceğinin belirlenmesi; en uygun klinik uygulamaların ve ülkenin ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi için epidemiyolojik çalışmaların yapılması gereklidir (Doğan ve ark. 1995).

Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili ilk bilgiler hastanede yatarak tedavi gören hastalarla yapılan çalışmalardan elde edilen verilere dayanmaktaydı. Ancak bu verilerin sağlıklı bilgi vermediği konusunda görüş birliği vardır.

Son zamanlara kadar geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçekler uygulanarak yapılan epidemiyolojik araştırma verileri batı ülkelerinde yapılmış araştırmalardan elde edilebiliyordu. Ülkemizde geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışma Doğan ve ark. (1995) tarafından yapılmış ve yayınlanmıştır.

Somatizasyon bozukluğu ile ilgili olarak standard tanı ve görüşme ölçeği kullanılarak bazı ülkelerde epidemiyolojik alan çalışmaları yapılmıştır. Ülkemizde benzer bir alan çalışması yoktur.

Bu çalışmanın amaçları şöyle sıralanabilir:

- 1- Yarı kırsal bir bölgede somatizasyon bozukluğunun yaygınlığını saptamak,
- 2- Somatizasyon bozukluğu ile bazı sosyodemografik özellikler arasında ilişki olup olmadığını araştırmak.



### **III. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **III.1. ALANIN TANITILMASI**

Sivas İç Anadolu Bölgesinin en eski şehirlerinden biridir. Yukarı Kızılırmak havzasında yer alan Sivas'ın ortalama yüksekliği 1285 m' dir. Yüzölçümü 3226 km<sup>2</sup> olup 1990 nüfus sayımına göre merkez nüfusu 211.500'dür.

#### **III.2. EVRENİN SAPTANMASI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ**

Araştırmanın evrenini Sivas'taki 16-65 yaş grubundaki tüm bireyler oluşturmuştur.

Çınar'ın (1990) Sivas il merkezinde yapılacak sağlık araştırmalarında kullanılmak üzere geliştirdiği örneklem planındaki listeye göre saptanan sokaklardan tabakalı örnekleme yöntemi ile gidilecek sokak ve caddeler belirlendi. Bu örneklem planına göre 500 hanelik bir örneklem seçildi. Bu planda sosyo-ekonomik-kültürel durumuna göre 3 grupta (düşük, orta, yüksek) toplanmış olan sokaklar, caddeler, kooperatif evleri ve lojmanlar bulunmaktadır (Bkz. Ek III).

#### **III.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

##### **1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Bölümümüzce geliştirilen sosyodemografik bilgi formunda deneğin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, en uzun süre yaşadığı yer, aile tipi, ekonomik düzeyi ve ailesinde ruhsal bozukluk, ailesinde bedensel hastalık, kendisinde süregelen bir bedensel

hastalık olup olmadığı, herhangi bir nedenle psikiyatrik tedavi görüp görmediği ile ilgili bilgiler bulunmaktadır (Bkz. Ek I).

## **2. DIS-III-R Handscore Somatizasyon Bozukluğu Alt Ölçeği**

Alexander Janca tarafından 1989 yılında ruh sağlığı ile ilgili epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. DSM-III-R'nin somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerinden tanı koydurucu görüşme ölçeği şeklinde yapılandırılmıştır.

### **DIS-III-R Handscore'nin özellikleri**

a) Kısa süreli bir eğitimden sonra meslekte olmayan görüşmecilerce de kullanılabilir.

b) Deneklerin **evet** ya da **hayır** diye yanıtlayabilecekleri sorulardan ve görüşmecilere kolaylıkla değerlendirme olanağı sağlayan basit bir yapıdan oluşur.

DIS-III-R'da sorulara üç farklı yanıt verilmektedir. Verilen yanıtlar sırasıyla şöyle kodlanmaktadır.

(1) *Olumsuz* (Son bir yıl ya da yaşam boyu böyle bir sorunu olmadı)

(5) *Hep var*, psikiyatrik tanı ile tutarlı

(9) *Arasına var*, tanı koymak için yeterli değildir.

İlk soruda 30 yaşından önce başlayan ve yıllarca süren, birçok fiziksel yakınmalarının yada hasta olduğuna ilişkin bir inancının olup olmadığı sorulur. Eğer yanıt evet ise diğer soruya geçilir.

İkinci soruda ardarda sıralanmış olan 35 belirti tek tek araştırılır ve denekte yaşam boyu ve son bir yıl içinde bu belirtilerin olup olmadığı işaretlenir. Bu sorulara verilen yanıtları evet şeklinde işaretleyebilmek için şu ölçütleri karşılaması gereklidir:

a) Belirtinin nedenini açıklayabilecek organik patoloji yoktur ya da sosyal ve mesleki bozulma fiziksel bulgulardan beklenenden azdır.

b) Yalnız panik atağı sırasında oluşmamaktadır.

c) Kişinin ilaç almasına, bir doktora görünmesine ya da yaşam biçimini değiştirmesine neden olmaktadır.

Bu ölçütleri karşılayan belirtilerden en az 13 tanesinin varlığı somatizasyon bozukluğu tanısı için gereklidir.

Daha sonra bu belirtilerin başka bir psikiyatrik bozuklukla ilişkili olup olmadığı sorulur. Bu belirtileri açıklayabilecek diğer psikiyatrik bozuklukların dışlanması ile tanı konur. Eğer belirti sayısı 13'ü karşılamazsa diğer sorular sorulmaz ve görüşme sonlandırılır.

Ölçekte koyu renkli olarak belirtilen kusma, kol ve bacaklarda ağrı, efor harcamazken nefes daralması, unutkanlık, yutma güçlüğü, cinsel organlarda ya da rektumda yanma hissi ve ağrılı adet görme biçimindeki 7 belirtiden iki ya da daha fazlasının varlığı ile *olası* somatizasyon bozukluğu tanısı konabileceği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda olası somatizasyon bozukluğu tanı kategorisi incelenmemiştir (Bkz. Ek II)

### III.5. UYGULAMA

Uygulamaya başlanmadan önce araştırmada görev alacak olan doktor ve intern doktorların taranacak bozukluk ve kullanılacak ölçekler konusunda eğitim çalışmaları yapıldı.

Bu çalışma Sivas il merkezinde 1995 yılı temmuz ayında araştırmacı ve bir bayan intern doktor tarafından gerçekleştirildi. Her deneğe DIS-III-R Somatizasyon Bozukluğu Alt Ölçeği ve sosyodemografik bilgi formundaki sorular yüzyüze görüşülerek soruldu.

Erkek ve bayan deneklerin sayılarının orantılı olması için görüşmeler zaman zaman akşam saatlerine ve hafta sonlarına kaydırıldı.

### **III.4. DEĞERLENDİRME**

Veriler kodlanarak bilgisayara yüklendi. Bilgisayarda SPSS for Windows ve Epi info 5.0 istatistik programları ile ki kare önemlilik testi, Fisher kesin ki kare testi ve Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi uygulanarak değerlendirildi.



## IV.BULGULAR

### IV.1. ÖRNEKLEMİN TANITILMASI

Deneklerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Deneklerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş	Sayı	%
15-24	259	26.1
25-34	295	29.6
35-44	203	20.4
45-54	129	13.0
55-65	108	10.9
Toplam	994	100.0

Deneklerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Deneklerin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	465	46.8
Erkek	529	53.2
Toplam	994	100.00

Deneklerin ekonomik durumuna göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Deneklerin ekonomik durumuna göre dağılımı

Ekonomik düzey	Sayı	%
Orta	214	21.5
Düşük	725	73.0
Yüksek	55	5.5
Toplam	994	100.00

Deneklerin eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 4'da gösterilmiştir

**Tablo 4. Deneklerin eğitim durumuna göre dağılımı**

Eğitim	Sayı	%
Okuryazar değil	109	11.0
İlkokul	395	39.7
Ortaokul+Lise	389	39.1
Yüksekokul	101	10.2
<b>Toplam</b>	<b>994</b>	<b>100.00</b>

Deneklerin en uzun yaşadığı yere göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

**Tablo 5. Deneklerin en uzun yaşadığı yere göre dağılımı**

En uzun yaşadığı yer	Sayı	%
İl	822	82.7
İlçe	55	5.5
Köy	117	11.8
<b>Toplam</b>	<b>994</b>	<b>100.00</b>

Deneklerin aile tipine göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Deneklerin aile tipine göre dağılımı**

Aile Tipi	Sayı	%
Çekirdek	734	73.8
Geniş	251	25.3
Parçalanmış	9	0.9
<b>Toplam</b>	<b>994</b>	<b>100.00</b>

Deneklerin ailelerinde ruhsal bozukluk olup olmasına göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Deneklerin ailelerinde ruhsal bozukluk olup olmamasına göre dağılımı

Ailede ruhsal bozukluk	Sayı	%
Yok	922	92.8
Var	72	7.2
<b>Toplam</b>	<b>994</b>	<b>100.00</b>

Deneklerin ailelerinde bedensel hastalık olup olmamasına göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir

Tablo 8. Deneklerin ailelerinde bedensel hastalık olup olmamasına göre dağılımı

Ailede bedensel hastalık	Sayı	%
Yok	708	71.2
Var	286	28.8
<b>Toplam</b>	<b>994</b>	<b>100.00</b>

Deneklerin kendilerinde bedensel hastalık olup olmamasına göre dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir

Tablo 9. Deneklerin kendilerinde bedensel hastalık olup olmamasına göre dağılımı

Kendisinde bedensel hastalık	Sayı	%
Yok	889	89.4
Var	105	10.6
<b>Toplam</b>	<b>994</b>	<b>100.00</b>

Deneklerin daha önce psikiyatrik tedavi görüp görmediklerine göre dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Deneklerin psikiyatrik tedavi görüp görmediklerine göre dağılımı

Psikiyatrik tedavi görme	Sayı	%
Yok	933	93.9
Var	105	6.1
<b>Toplam</b>	<b>994</b>	<b>100.00</b>

## IV.2. EPİDEMİYOLOJİK BULGULAR

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığı Tablo 11'de gösterilmiştir

Tablo 11. Somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı

Somatizasyon bozukluğu	Yaşam Boyu		Son Bir Yıl	
	Sayı	%	Sayı	%
Yok	968	97.4	965	97.1
Var	26	2.6	29	2.9
Toplam	994	100.00	994	100.00

994 deneğin 26'sının yaşamboyu, 29'unun ise son bir yıl içinde somatizasyon bozukluğu tanısı aldıkları görüldü. Buna göre somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2.6, son bir yıl için yaygınlığı ise %2.9 olarak bulundu.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerin cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Somatizasyon bozukluğunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Kadın	440	25	465	438	27	465
Erkek	528	1	529	527	2	529
Toplam	968	26	994	965	29	994
	$X^2= 26,14$ $p< 0,001$			$X^2= 25,69$ $p< 0,001$		

Kadınlarda somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığı erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Somatizasyon bozukluğunun yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 13'te gösterilmiştir.



Tablo 13. Somatizasyon bozukluğunun yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
16-24	258	1	259	257	2	259
25-34	288	7	295	285	10	295
35-44	198	5	203	197	6	203
45-54	121	8	129	121	8	129
55-65	103	5	108	105	3	108
Toplam	968	26	994	965	29	994

4. ve 5. satır birleştirildi.

$$X^2=12,80 \quad p<0,01$$

$$X^2=6,93 \quad p>0,05$$

Somatizasyon bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı 45-65 yaş grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Son bir yıl için yaygınlığında yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmadı.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerin medeni durumuna göre dağılımı

Tablo14'de gösterilmiştir

Tablo 14. Somatizasyon bozukluğunun medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Bekar	247	1	248	246	2	248
Evli	689	21	710	686	24	710
Dul - boşanmış	32	4	36	33	3	36
Toplam	968	26	994	965	29	994

Kolmogorov Smirnov testi

Kolmogorov Smirnov testi

$$X^2= 4,76 \quad p> 0,05$$

$$X^2=3,89 \quad p>0,05$$

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıllık yaygınlığının deneklerin medeni durumuna göre dağılımındaki fark anlamlı bulunmadı.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerin eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 15'te gösterilmiştir.

**Tablo 15. Somatizasyon bozukluğunun eğitim düzeyine göre dağılımı**

Eğitim düzeyi	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
OY değil	99	10	109	100	9	109
OY+İlkokul	384	11	395	382	13	395
Orta+Lise	386	3	389	383	6	389
Yüksekokul	99	2	101	100	1	101
Toplam	968	26	994	965	29	994

1. ve 2. satır birleştirildi; 3. ve 4. satır birleştirildi.

$$X^2= 9,66 \quad p< 0,005$$

$$X^2= 7,56 \quad p< 0,01$$

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığı ilkököl ve daha alt eğitim düzeyi olanlarda orta ve yüksek eğitim düzeyi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerin ekonomik düzeylerine göre dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir.

**Tablo 16 Somatizasyon bozukluğunun ekonomik düzeye göre dağılımı**

Ekonomik düzey	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Düşük	204	10	214	201	13	214
Orta	712	13	725	712	13	725
Yüksek	52	2	55	52	3	55
Toplam	968	26	994	965	29	994

2. ve 3. satır birleştirildi.

$$X^2= 4,53 \quad p< 0,05$$

$$X^2= 9,60 \quad p< 0,005$$

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığı ekonomik düzeyi düşük olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerin aile tipine göre dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Somatizasyon bozukluğunun aile tipine göre dağılımı

Aile tipi	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Çekirdek	715	19	734	712	22	734
Geniş	244	7	251	245	6	251
Parçalanmış	9	0	9	8	1	9
Toplam	968	26	994	965	29	994
Kolmogorov Smirnov testi			Kolmogorov Smirnov testi			
$X^2= 0,009$ $p> 0,05$			$X^2= 0,077$ $p> 0,05$			

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığının aile tipine göre dağılımında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerin ailelerinde ruhsal bozukluk olup olmama durumuna göre dağılımları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Somatizasyon bozukluğunun ailede ruhsal bozukluk olup olmama durumuna göre dağılımı

Ailede ruhsal bozukluk	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Yok	898	24	922	896	26	922
Var	70	2	72	69	3	72
Toplam	968	26	994	965	29	994
Fisher testi			Fisher testi			
$p=0,71$ $p> 0,05$			$p=0,46$ $p> 0,05$			

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığının ailede ruhsal bozukluk olup olmamasına göre dağılımındaki fark anlamlı bulunmadı.

Somatizasyon bozukluğunun ailede bedensel hastalık olup olmama durumuna göre dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Somatizasyon bozukluğunun ailede bedensel hastalık olup olmama durumuna göre dağılımı

Ailede bedensel hast .	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Yok	690	18	708	689	19	708
Var	278	8	286	276	10	286
Toplam	968	26	994	965	29	995

$$X^2= 0,27 \quad p> 0,05$$

$$X^2= 0,47 \quad p> 0,05$$

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığının ailede bedensel hastalık olup olmamasına göre dağılımındaki fark anlamlı bulunmadı.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerde süregelen bir bedensel hastalık olup olmama durumuna göre dağılımı Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Somatizasyon bozukluğunun süregelen bedensel hastalık olup olmama durumuna göre dağılımı

Süregelen bedensel hast.	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Yok	873	16	889	872	17	889
Var	95	10	105	93	12	105
Toplam	968	26	994	965	29	994

Fisher testi

$$p=0,0001 \quad p< 0,0002$$

Fisher testi

$$p= 0,0001 \quad p<0,0002$$

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığı süregelen bir bedensel hastalığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Somatizasyon bozukluğunun deneklerin daha önce psikiyatrik tedavi görüp görmeme durumuna göre dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Somatizasyon bozukluğunun psikiyatrik tedavi görüp görmeme durumuna göre dağılımı

Psikiyatrik tedavi görme	Yaşam Boyu			Son Bir Yıl		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Yok	914	19	933	913	20	933
Var	54	7	61	52	9	61
<b>Toplam</b>	<b>968</b>	<b>26</b>	<b>994</b>	<b>965</b>	<b>29</b>	<b>994</b>

Fisher testi

$p= 0,0006$   $p< 0,001$

Fisher testi

$p= 0,00003$   $p< 0,00005$

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığı daha önce psikiyatrik tedavi görmüş olanlarda görmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

## V.TARTIŞMA

Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, sosyodemografik özellikleri ile ilgili bilgiler en iyi epidemiyolojik çalışmalar ile elde edilebilir. Epidemiyolojik çalışmalarda örneklemin büyüklüğü ve seçim nitelikleri, kullanılan tanı ölçütleri, görüşme ölçekleri, değerlendirme araçları, görüşmecilerin meslekten ya da meslek dışından oluşu ve kültüre özgü etkenler sonucu etkilemektedir. Çalışmaların arasındaki farklar bu etkenlere bağlı olabilir.

Çalışmamızda somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2,6 son bir yıldaki yaygınlığı %2,9 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu yaygınlık ile son bir yıldaki yaygınlık arasındaki fark, bir yıldan az süredir yakınmaları olan, ölçütleri karşılayan genç yaştaki yeni olgulardan kaynaklanmaktadır. Bu sonuçlar somatizasyon bozukluğunun süreğen, inatçı bir hastalık olduğunu ve genç yaşta başladığını gösterir.

Çalışmamızda somatizasyon bozukluğu kadınlarda, 45-65 yaşları arasında olanlarda, ekonomik düzeyi düşük olanlarda, ilkokul ve daha alt eğitim düzeyine sahip olanlarda, süreğen bedensel hastalığı bulunanlarda ve daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik tedavi görmüş olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Medeni durum, aile tipi, ailede ruhsal bozukluk ve ailede bedensel hastalık olup olmaması gibi değişkenlere göre anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Literatürde yer alan birçok çalışmada değişik yaygınlık oranları bildirilmiştir.

Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda somatizasyon bozukluğunun %0,4 ile %32 arasında görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir

(Cloninger ve ark. 1986, Bridges ve Goldberg 1985, Swartz ve ark. 1986, Kirmayer ve Robbins 1991b, Schulberg ve ark. 1990, Sato ve Takeichi 1993, Gureje ve Obikoya 1992). Katon (1993) ise somatizasyon bozukluğunun birinci basamak sağlık kurumlarındaki yaygınlığının %0,4 ile %5 arasında değiştiğini bildirmiştir.

Kirmayer (1991) işlevsel somatizasyonu %16,6 olarak bulurken DSM-III somatizasyon bozukluğu ölçütlerini tam olarak karşılayanların %1 olduğunu belirtmiştir. Sato ve Takeichi (1993) genel tıp kliniklerine bir yıl içinde başvuran 1083 hasta üzerinde DIS-JM ve Genel Sağlık Anketi kullanarak yaptıkları çalışmada ruhsal tanı alan 170 kişinin %2,4'ünde somatizasyon bozukluğu saptamışlardır. Bir alan çalışması olmamakla beraber geniş bir örneklem grubunda yapılmış olduğu için sonuçları değerlidir.

Gureje ve Obikoya (1992) Nijerya'da birinci basamak sağlık kurumlarında CIDI ile yaptıkları çalışmada DSM-III-R somatizasyon bozukluğu yaygınlığını %1,1 olarak bulmuşlardır.

Çalışmaların çoğu DIS ile yapılmıştır. Somatizasyon bozukluğu sadeleştirilmiş ya da subsendromal biçimiyle ele alındığında daha yüksek yaygınlıkta bulunmuştur (Kirmayer ve Robbins 1991b, Swartz ve ark. 1986, Bridges ve Goldberg 1985).

Genel toplumdaki yaygınlıklar ile ilgili bulgulara bakıldığında değişik çalışmalarda değerlerin %0,03 ile %0,7 arasında değiştiği görülmektedir (Escobar ve ark. 1987, Robins ve ark. 1984, Myers ve ark. 1984, Swartz ve ark. 1986).

Somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili ilk değerler Weissman ve arkadaşlarının (1978) yaptığı çalışmada elde edilmiş ve %0,4 olarak bulunmuştur.

Robins ve arkadaşları 1984'de Amerika Birleşik Devletleri'nde üç ayrı alanda gerçekleştirdikleri ECA çalışmasında somatizasyon bozukluğu yaygınlığını %0,1 olarak bulmuşlardır. Üç ayrı alan arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır.

Myers ve arkadaşları da (1984) aynı örneklem grubunda somatizasyon bozukluğunun altı aylık yaygınlığını %0,1 olarak bulmuşlardır.

Escobar ve arkadaşları (1987) yaptıkları ECA çalışmasında sadeleştirilmiş somatizasyonu %4,4 olarak bulurlarken DSM-III ölçütlerini tam olarak karşılayan somatizasyon bozukluğu yaygınlığını ise %0,03 olarak bulmuşlardır. Yine Escobar 1989'da Puerto Rico'da DIS ile gerçekleştirdiği çalışmada DSM-III ölçütlerine göre somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını %0,7 olarak bulmuştur. Bu bulgunun ABD'deki beş ayrı örneklem grubunda bulunan yaygınlık oranlarından (%0,06-0,6) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Swartz ve arkadaşları (1989) DIS kullanarak gerçekleştirdikleri, 3798 denek içeren ECA çalışmasında somatizasyon bozukluğunun yaygınlığını %0,38 olarak bulmuşlardır. Bulguların Amerika'daki bazı alan çalışmalarındaki değerlerden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz değerler, literatürdeki değerlerden oldukça yüksektir.

Literatürde son yıllarda somatizasyon bozukluğu ile ilgili yapılmış bir alan çalışmasına rastlanmamıştır. 90'lı yıllarda yapılan çalışmaların çoğu da birinci basamak sağlık kurumlarında ve genel tıp kliniklerinde gerçekleştirilmiştir (Sato ve Takeichi 1993, Gureje ve Obikoya 1992). Bu nedenle çalışmamızdaki değerlerin yüksekliğini yorumlamak güçleşmektedir. Türkiye gelişmekte olan bir ülke görünümündedir. Bölgeler arasında farklılıklar olmakla birlikte, geleneksel toplum yapısı egemenliğini sürdürmektedir. Bu toplumsal yapı zemininde kültürel öğelerin çocuk eğitime ve yetiştirme biçimlerine etkisi, insanların yaşam olaylarına tepki verme ve ruhsal sorunların anlatımında beden dilini daha çok kullanmalarına neden olabilir. Ayrıca bedensel yakınmaları olan hastalar yarı kırsal ve kırsal bölgelerde sağlık kurumlarına kolaylıkla



ulaşamamaktadırlar. Ulaşabilenler ise çoğunlukla genel pratisyen hekimlerce görülmektedir. Somatizasyon bozukluğunda görülen mide-barsak sistemi ile ilgili belirtiler parazitöz belirtilerine benzemektedir. Türkiyede parazit infestasyonlarının yaygın olması ve belirtiler arasındaki benzerlikler bu oranı artırmış olabilir. Ayrıca her geçen yıl somatizasyon bozukluğunun daha iyi tanınması ve ölçeklerin kullanımında deneyimin artması da değerleri açıklayabilir.

Düşük değerlerin elde edildiği çalışmalar kentsel alanlarda yapılmıştır (Robins ve ark. 1984, Escobar ve ark. 1987). Kırsal alanlarda yapılan çalışmalar, somatizasyon bozukluğunun yaygınlığının daha yüksek düzeyde görülme eğilimi taşıdığını göstermektedir. Bizim çalışmamız da yarı kırsal bir alanda gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda somatizasyon bozukluğu kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda da elde edilen bulgular somatizasyon bozukluğu yaygınlığının kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu yönündedir (Robins ve ark. 1984, Myers ve ark. 1984, Swartz ve ark. 1986, Escobar ve ark. 1987, Cloninger ve ark. 1986). Literatürü gözden geçirdiğimizde karşılaştığımız tek bir çalışma kadınlarda yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamıştır (Sato ve Takeichi 1993).

Türkiye’de psikiyatri ve genel tıp polikliniklerine başvurular üzerinde yapılan çalışmalarda da somatizasyon bozukluğunun kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (Sağduyu 1995, Oğuzhanoğlu 1994, Ayhan ve ark. 1989).

Bu sonuçlar toplumun erkek egemen yapısı ve bunun sonucu olan kadın - erkek arasındaki eşitsizliğe bağlanabilir. Bu farklılık kadının çocukluktan bu yana daha edilgen bir konumda kalmasına neden olmaktadır. Kadın daha az eğitilmekte, ailedeki ve toplumdaki yükü daha ağır olmaktadır. Konuşmanın aile ve toplum içindeki yeri de önemlidir. Genel olarak az konuşma desteklenmekte, duyguların anlatımına fırsat

verilmemektedir. Bu beden dilinin daha çok kullanılmasına neden olan bir etken olabilir. Ayrıca kadınların sağlık kurumlarını daha çok kullanmaları önemli bir etken olarak kabul edilebilir.

Çalışmamızda somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı 45-65 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bazı çalışmalarda somatizasyon bozukluğunun yaşla birlikte arttığı, 40 yaş üzerinde olanlarda daha sık olduğu, 51-70 yaşları arasında göreceli olarak daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Swartz ve ark. 1989, Escobar ve ark. 1987). Türkiye de hastalarla yapılan çalışmalarda ise 50-65 yaşları arasında bedensel belirtilerin daha çok görüldüğü belirtilmektedir (Sağduyu ve ark. 1995, Çermik 1993). Yaş grupları ile somatizasyon belirtileri arasında ilişki tanımlamayan çalışmalar da vardır (Myers ve ark. 1984, Katon ve ark. 1991).

Önceki çalışmalarda elde edilen somatizasyon bozukluğu ve yaş grupları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular çelişkilidir. Bu çelişki birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hasta gruplarıyla genel toplum taramalarında oluşturulan örneklem grubunun farklılıklarından kaynaklanabilir.

Somatizasyon bozukluğunun sıklıkla genç yaşta başlayan bir hastalık olduğu kabul edilmektedir. Buna karşın daha geç yaşta başlayabileceği yönünde bilgiler de vardır. Yaşlanma, kişinin üretim sürecinden kopması, aile içindeki egemen gücünü yitirmesi ve yalnızlaşması, zihinsel işlevlerde başlayan kayıp ve yaşamı kısıtlayan bedensel hastalıkların varlığıyla önemli bir stres etkeni olmaktadır. Diğer sosyodemografik değişkenlerin de etkisiyle sorunların daha çok bedenselleştirilmesine neden olabilmesi somatizasyon bozukluğunun 45-65 yaş grubundaki yüksek yaygınlığını açıklayabilir.

Somatizasyon bozukluğunun medeni durumla ilişkisi değişik çalışmalarda araştırılmıştır. Katon (1993) medeni durumla somatizasyon bozukluğu arasında ilişki

olmadığından söz etmiştir. Somatizasyon bozukluğunun medeni durumla ilişkisi olduğunu, özellikle ayrılmış ve boşanmışlarda daha yüksek yaygınlıkta olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Swartz ve ark. 1989, Kirmayer 1984). Escobar (1987) ise evli olmayanlarda daha sık görüldüğünü belirtmektedir.

Sağduyu (1995) sağlık ocağına başvuran hastaların evli ya da dul olanlarında bekarlara göre daha fazla sayıda bedensel belirti görüldüğünden söz etmektedir. Çermik (1993) ise kadın doğum polikliniğine başvuran hastalarda, evli olanlarda bedensel belirti sayısının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Literatürde bu konudaki bulgular çelişkilidir. Çalışmamızda somatizasyon bozukluğunun medeni duruma göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte dul ve boşanmışlarda daha yüksektir. Bu sonuçlar dul ve boşanmışlara toplumun bakış açısına, bu insanların herhangi bir dayanak ve güvencelerinin olmayışına, korunmasız olmalarına ve olumsuz yaşam olaylarının neden olduğu örselenmelere bağlanabilir. Kişinin bedensel belirtilerle ilgi ve yakınlık elde etme çabası içinde olduğu düşünülebilir.

Aile tipi ile somatizasyon bozukluğu arasındaki ilişki ile ilgili literatürde herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Aile tipi, kültürel farklılıklardan etkilenen bir kavram olarak çalışmamızda Türkiye'ye ve gelişmekte olan ülkelere özgü bir değişken gibi durmaktadır. Çalışmamızda somatizasyon bozukluğunun aile tipine göre dağılımındaki fark anlamlı bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, son bir yıl için olan yaygınlığın parçalanmış ailelerde daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bu sonuç aile bütünlüğünün bozulması, yalnızlaşma, toplumsal destekten yoksun ve korunmasız kalma ile açıklanabilir.

Daha önce yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda en çok yinelenen sonuçlardan biri de ekonomik düzeyle ilgili olmaktadır. Gözden geçirilen çalışmalar, somatizasyon bozukluğunun ekonomik düzeyi düşük olanlarda daha yüksek oranlarda görüldüğünü bildirmektedirler (Robins ve ark.1984, Myers ve ark. 1984, Swartz ve ark. 1986-1989, Escobar ve ark.1987-1989, Kirmayer ve Robbins 1991b, Campo ve Fritsch 1994).

Bizim çalışmamızda da somatizasyon bozukluğu ekonomik düzeyi düşük olanlarda, ekonomik düzeyi orta ve yüksek olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Deneklerin %73'ünün düşük ekonomik düzeye sahip olması sonuçları etkilemiş olabilir. Bununla birlikte ekonomik düzeyi düşük olanların genel olarak yaşamlarında birçok sorunun varlığı, geçim zorlukları, sağlık kurumlarından yeterince yararlanamama, sosyal güvencelerinin olmaması ve yaşamı kolaylaştıran olanaklara sahip olmama gibi durumlar uyum sağlamada bedenselleştirmenin bir araç olarak kullanıldığı şeklinde yorumlanabilir.

Somatizasyon bozukluğunun eğitim düzeyi ile ilişkisi alan çalışmalarının bir kısmında incelenmiştir. Somatizasyon bozukluğunun eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek yaygınlıkta olduğu yönünde bulgular ağırlıktadır.

Somatizasyon bozukluğunun düşük eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu, eğitimsizlerde daha sık görüldüğü, eğitim düzeyi yüksek olanların daha az psikiyatrik tanı aldıkları, bunlarda somatizasyon bozukluğunun oldukça düşük oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (Robins ve ark. 1984, Swartz ve ark. 1989, Barsky ve Klermann 1983, Lin ve ark.1985).

Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise 5 yıl ve altında eğitim görenlerde ve eğitimi olmayanlarda, lise ve üzerinde eğitim düzeyi olanlara göre daha fazla sayıda bedensel belirti olduğu görülmüş, eğitimin bedenselleştirme üzerinde önemli bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Sağduyu ve ark. 1995, Çermik 1993).

Bizim çalışmamızda somatizasyon bozukluğu ilkokul ve daha alt eğitim düzeyine sahip olanlarda, orta ve daha üst eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

Eğitim düzeyi düşüklüğünün somatizasyon bozukluğunun gelişmesi ve sürmesinde önemli bir etkisinin olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olanlar ve eğitimsizler hastalık belirtilerini ve nedenlerini anlamakta güçlük çekebilirler. Bu konudaki hatalı düşünceler bedene yönelmiş seçici dikkati arttırabilir, bedensel duyuların abartılı algılanmasına ve yanlış yorumlanmasına neden olabilir. Ayrıca eğitim düzeyi ile tıbbi yardım arama davranışı arasındaki ilişki de önemli olabilir.

Deneklerin ailelerinde süregelen bir bedensel hastalığın varlığı ile somatizasyon bozukluğu arasındaki ilişkiye bakıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Aynı sonuç ailelerinde ruhsal bozukluk bulunan denekler için de geçerlidir. Ailede süregelen bir bedensel hastalık veya ruhsal bozukluk varlığının somatizasyon bozukluğu üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda bu değişkenlerle ilgili bir bulguya rastlanmamıştır.

Bizim çalışmamızda yeni sayılabilecek bulgular, süregelen bedensel hastalığı bulunan ve daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik tedavi görmüş olan deneklerde somatizasyon bozukluğunun daha yüksek sıklıkta görülmesidir. Bazı araştırmacılar somatizasyon bozukluğunu ele alırken bedensel hastalığı olanları, belirtilerinin birbirine benzemesi ve karışmasından dolayı dışlama eğiliminde olmaktadır (Fink 1993). Buna katılmayanlar da vardır.

Somatizasyon bozukluğunun varlığı, bedenselleştirenlerin tıbbi yardım gerektirebilecek fiziksel patolojilerinin olmayacağı anlamına gelmemelidir. Gerçekte bazı kişilerin bedensel hastalığa ve onun bireysel sonuçlarına ruhsal bozukluklarla yanıt

verebilecekleri bazı yazarlarca belirtilmiştir. Ayrıca hem bedensel hem de ruhsal bozukluğu olanların, yalnız bedensel ya da ruhsal bozukluğu olanlardan daha çok tıbbi yardım arama çabasında oldukları bilinmektedir. Bu yüzden eşlik eden bedensel patolojilerin dışlanamayacağı öne sürülmektedir (Sigvardsson ve ark. 1984).

Somatizasyon öyküsü olan yetişkinlerde yaşamın erken dönemlerinde hastaneye yatma ya da açıklanamayan bedensel hastalığın sık olduğu bildirilmiştir (Campo ve Fritsch 1994). Özellikle beyin ile ilgili rahatsızlıklar anlamlıdır. Önemsiz bir bedensel hastalık ya da kaza sonrasında somatizasyonun gelişebileceği söylenmektedir. Somatizasyon bozukluğunun gelişmesi ve sürmesinde hekimin de rolü olabilir. Gereksiz tıbbi incelemeler ve uygulamalar bedenselleştirme eğilimini, hastanın ve yakınlarının hastalık inancını arttırabilir. Tanının belirsizliğinin, tıbbi önerilerin yetersiz olmasının, hatta klinisyenin aşırı rahatlatıcı açıklamalarda bulunmasının bile somatizasyon bozukluğunun oluşmasında rol oynayabileceği öne sürülmektedir (Campo ve Fritsch 1994).

Çalışmamızda yaşam boyu somatizasyon bozukluğu tanısı alan 26 kişinin 10'unda, son bir yıl için somatizasyon bozukluğu tanısı alan 27 kişinin 12'sinde süreğen bir bedensel hastalığın (şeker hastalığı, kalp hastalıkları, karaciğer hastalıkları, böbrek hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, romatizmal hastalıklar vb.) bulunduğu görülmüştür. Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu ve son bir yıl için yaygınlığı süreğen bir bedensel hastalığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bu sonuç, süreğen bedensel hastalığı olanların dikkatlerinin daha çok bedenlerine yöneldiği, bu bedensel hastalıkların varlığının yarattığı güçlük ve işlevsel kayıpların daha çok endişe yarattığı, bunun seçici dikkati ve abartılı algılamayı arttırarak hastayı bedenselleştirmeye yönelttiği şeklinde yorumlanabilir. Bu durum aynı zamanda

somatizasyon bozukluğu olan hastaların sağlık hizmeti kullanımını arttırmasına neden olan bir etken olarak da kabul edilebilir.

Diğer önemli bir bulgu da daha önce herhangi bir nedenle psikiyatriste başvuran ve kısa ya da uzun süreli psikiyatrik tedavi görenlerde somatizasyon bozukluğunun anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmasıdır. Bu, somatizasyon bozukluğunun tanımında var olan hastaların sağlık kurumlarını yoğun olarak kullandıkları ve tıbbi yardım arama çabasında oldukları bilgisiyle birleştirildiğinde doğal bir sonuç gibi görölmektedir. Bilgilerimiz somatizasyon bozukluğu olan hastaların psikiyatri dışı kliniklere daha çok başvurduğu ve büyük çoğunluğunun pratisyen hekimlerce muayene ve tedavi edildiği yönündedir (Çermik 1993, Lipowski 1988). Hastalar psikiyatri kliniklerine birçok tıbbi uygulamaya maruz kaldıktan ve yakınmalarının başlangıcından uzun bir süre sonra başvurmaktadırlar. Bu sonuç hastaların psikiyatrik tanıyı kabul etmeme ve sorunlarını daha çok somutlaştırma eğiliminde oldukları biçiminde yorumlanabilir. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar, bilinenin aksine daha çok psikiyatrik yardım arama çabasında oldukları şeklinde de değerlendirilebilir.

Psikiyatriste başvurular yalnız somatizasyon bozukluğu yakınmalarıyla ilgili olmamaktadır. Başka psikiyatrik bozukluklar ve psikososyal sorunlar nedeniyle de olabilir. Bu bulgu somatizasyonun başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görölebildiğini, psikiyatriste bu nedenlerle de başvuruların olabileceğini gösterir. Somatizasyon bozukluğu tanısı alanların almayanlara göre daha çok birlikte başka ruhsal bozukluk tanıları aldığını, bazı psikiyatrik bozuklukların da %80-90 oranında birlikte görölebildiğini bildiren çalışmalar vardır (Katon 1993, Barsky ve ark.1986, Bridges ve Goldberg 1985).

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız Türkiye’de somatizasyon bozukluğunun toplum içindeki yaygınlığını araştıran ilk alan çalışmasıdır. Sonuçlarımız somatizasyon bozukluğunun daha çok kadınlarda görülen, sıklıkla genç yaşta başlayan, süreğen ve inatçı bir hastalık olduğu bilgisini desteklemiştir. Bozukluğun ekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlarda, parçalanmış ailelerde, boşanmış ve dullarda daha yüksek oranda görülmesi, sorunun salt tıbbi olmadığını, aynı zamanda ekonomik ve toplumsal bir sorun olduğunu da göstermektedir. Beraberinde süreğen bedensel hastalıkların ve başka psikiyatrik bozuklukların varlığı, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde ciddi tıkanıklıklar yaratmaktadır. İleri yaşlarda daha sık olması da toplumun yaşlı kesimlerine yönelik yeni ve etkili yaklaşımların gerekliliğini göstermektedir.

Epidemiyolojik alan çalışmaları bu noktalara dikkat çekmek yönünden önemli işlevler yüklenmektedir. Somatizasyon bozukluğunun etiyolojik, epidemiyolojik ve klinik olarak daha iyi tanınması, yarattığı inatçı sorunların çözülmesinde yeni yaklaşımların geliştirilmesine, yetiyitiminin önlenmesine ve tedavi olanaklarının artırılması için somatizasyon bozukluğuna yönelik kapsamlı araştırmaların yapılmasına gereksinim olduğunu düşündürmektedir.



## VII. ÖZET

Bu çalışmada Sivas il merkezinde somatizasyon bozukluğunun yaygınlığının saptanması amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini sonuçların il merkezine genellenebileceği biçimde tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 500 hanedeki 994 denek oluşturmuştur

Deneklere 1995 yılı temmuz ayında DIS-III-R (Diagnostic Interview Schedule) Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği - Somatizasyon Bozukluğu Alt Ölçeği uygulanmış ve veriler bilgisayarda değerlendirilmiştir.

Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2,6 son bir yıl için yaygınlığı %2,9 olarak bulunmuştur. Somatizasyon bozukluğu kadınlarda, ilkokul ve daha alt eğitim düzeyine sahip olanlarda, ekonomik düzeyi düşük olanlarda, süregelen bir bedensel hastalığı bulunanlarda, daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik tedavi görmüş olanlarda ve 45-65 yaşları arasında bulunanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İstatistiksel yönden anlamlı olmamakla birlikte somatizasyon bozukluğunun parçalanmış aileler ile dul ve boşanmışlarda daha sık olduğu görülmüştür.

Bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

## VIII. KAYNAKLAR

Aleksanyan V (1985) Semptomdan Teşhise. 9.baskı, İstanbul, Filiz Kitabevi, s.1194.

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Gözden geçirilmiş 3. baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition, Washington DC, American Psychiatric Association.

Ayhan N, Göka E, Öztürk E ve ark. (1988) Somatizasyon bozukluğu gösteren hastalarda septomların dağılımı. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (Serbest Bildiriler), Ankara, UDK Yayınları, s. 704-708.

Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE ve ark. (1988) The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Arch Gen Psychiatry, 45:1100-1106.

Barsky AJ, Klerman GL (1983) Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. Am J Psychiatry, 140: 273-283.

Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL (1986) Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. Med Care, 24: 548-543.

Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS ve ark. (1988) The amplification of somatic symptoms. Psychosom Med, 50: 510-519.

Barsky AJ (1989) Somatoform Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5 th Edition, Kaplan HI, Sadock BJ (Ed), Baltimore, Williams Wilkins, s.1009-1027.

Barsky AJ (1992) Amplification, somatization and the somatoform disorders. Psychomatics, 33: 28-34.

Bass C, Benjamin S (1993) The management of chronic somatisation. Br J Psychiatry, 162: 472-480.

Baştürk M, Oğuz A, Sofuoğlu S ve Ark. (1992) Somatizasyon bozukluğu vakalarının semptomatik özellikleri, XXVIII.Ulusal Psikiyatri Kongresi (Program / Bildiri Özetleri), Hacettepe Tıp Merkezi, Ankara s.8.

Berry DS, Pennebaker JW (1993) Nonverbal and verbal emotional expression and health. Psychother Psychom, 59: 11-19.

Bohman M, Cloninger CR, Von knorring AL ve ark. (1984) An adoption study of somatoform disorders: III. cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. Arch Gen Pschiatry, 41: 872-878.

Bostancı N (1992) Metabolik kemik hastalıkları. İç Hastalıkları, Kemalettin Büyüköztürk (Ed), İstanbul,Nobel Kitabevi, s. 348.

Bridges RW, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res, 29:563-569.

Brown FW, Golding JM, Smith RJ (1990) Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorders. Psychosom Med 52: 445-451.

Campo JV, Fritsch SL (1994) Somatization in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33: 1223-1235.

Cloninger CR, Reich T, Guze SB (1975) The multifactorial model of disease transmission: III.Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). Br J Psychiatry, 127: 23-32

Cloninger CR, Martin RL, Guze SB ve ark. (1986) A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. Am J Psychiatry, 143: 873-878.

Cloninger CR, Yutzy S (1993) Somatoform and dissociative disorders: A summary of changers for DSM-IV. Current Psychiatric Therapy, DL Dunner (Ed), Philadelphia,W.B. Saunders Company, s. 310-313.

Çermik Ö (1991) Psikiyatride sınıflandırmalara genel bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 2: 54-59.

Çermik Ö (1993) Kadın hastalarda somatizasyon: Çok yönlü bir değerlendirme. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Çınar Z (1990) Sivas il merkezinde yapılacak sağlık araştırmalarında kullanılmak üzere çeşitli sayı ve nitelikte örnekleme planının geliştirilmesi. Yayınlanmamış Biyoistatistik Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Dereboy IF (1990) Aleksimiti: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 1:157-165.

Doğın O ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası.

Ertekin C (1987) Nörolojide Fizyopatoloji ve Tedavi. İzmir, Bilgehan Matbaası, s. 477.

Escobar JI, Burnam MA, Karno M ve ark. (1987) Somatization in the community. Arch Gen Psychiatry, 44: 713-718.

Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G ve ark. (1989) Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct, prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis*, 177:140-146.

Ford CV (1986) The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27: 327-337.

Fink P (1993) Admission patterns of persistent somatization patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 15: 211-218.

Goldberg D (1984) The recognition of psychiatric illness by nonpsychiatrist. *Aust NZJ Psychiatry*, 18: 128-133.

Goldberg RJ, Novack DH, Gask L (1992) The recognition and management of somatization. *Psychosomatics*, 33: 55-61.

Golding JM, Smith GR, Kashner TM (1991) Does somatization occur in men? clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 231-235.

Gureje O, Obikoya B (1992) Somatization in primary care: pattern and correlates in a clinic in Nigeria. *Acta Psychiatr Scand*, 86: 223-227.

Guze SB, Cloninger CR, Martin RL ve ark. (1986) A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *Br J Psychiatry*, 149: 17-23

Hudson JI, Pliner LF, Hudson MS ve ark. (1985) Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry*, 142: 441-446.

Janca A (1989) *DIS-III-R Handscore Manual*. Washington University, St. Louis.

Janca A, Isaac M, Costa e Silva JA (1995a) World Health Organization international study of somatoform disorders-background and rationale. *Eur J Psychiatry*, 9: 100-110.

Janca A, Isaac M, Bennett LA ve ark. (1995 b) Somatoform disorders in different cultures-a mail questionnaire survey. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 30: 44-48.

Katon W, Kleinman A, Rasen G (1982) Depression and somatization: a reviewe, part I. *Am J Med*, 72: 127-135.

Katon W (1984) Depression: relationship to somatization and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 45: 4-11.

Katon W, Ries R, Kleinman A (1984) Part II: A prospective DSM-III study of consecutive somatization patients. *Comp Psychiatry*, 25: 305-314.

Katon W (1986) Panic disorder: epidemiology, diagnosis and treatment in primary care. *J Clin Psychiatry*, 47 (suppl): 21-27.

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

Katon W (1993) Somatization disorder, hypochondriasis and conversion disorder. *Current Psychiatric Therapy*, DL Dunner (ed), Philadelphia. W.B. Saunders Company, s. 314-320.

Kellner R (1990) Somatization, theories and research. *J Nerv Ment Dis*, 178:150-160.

Kirmayer LJ (1984) Culture, affect and somatization:Part I. *Transcult Psychiatr Res Rev*, 21: 159-188.

Kirmayer LJ, Robbins JM (1991a) Introduction: concepts of somatization. *Current concept of somatization*, LJ Kirmayer, JM Robbins (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, s. 1-19.

Kirmayer LJ, Robbins JM (1991b) Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis*, 179: 647-655.

Lin EHB, Carter WB, Kleinman AM (1985) An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. *Am J Public Health*, 75: 1080-1084.

Lipowski ZJ (1987) Somatization: Medicine's unsolved problem. *Psychomatics*, 28: 296-297.

Lipowski ZJ (1988) Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145 : 1358-1368.

Lipowski ZJ (1990) Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31: 13-21.

Meissner WW (1985) Theories of Personality and Psychopathology: Classical Psychoanalysis. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4 th Edition, Kaplan HI, Sadock BJ (Ed), Baltimore, Williams Wilkins, s.317-418

Myers JK, Weissman M, Tischler GL ve ark. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three-communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 959-966.

Noyes R, Reich J, Clancy J ve ark. (1986) Reduction of hypochondriasis with treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry*, 149: 631-635.

Oğuzhanoglu Kalkan N, Çulha F, Ülkeroglu F (1994) Somatoform bozukluk tanılı hastalarda depresyon. III. Anadolu Psikiyatri Günleri (Bildiri Özetleri), Trabzon, s.

9.

Özmen E, Demet M, Gülseren L ve ark. (1991) Somatik yakınmalar ile psikiyatri polikliniğine başvuranlarda DSM-III-R tanıları, XXVII. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi (Program ve Bildiri Özetleri), Antalya, s. 69-70.

Öztürk MO (1994) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5.basım (yenilenmiş baskı), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Pennebaker JW, Watson D (1988) Blood pressure estimation and believes among normotensives and hypertensives. *Health Psychol.* 7: 309-328.

Pennebaker JW, Watson D (1991) The Psychology of Somatic Symptoms, Current Concepts of Somatization, LJ Kirmayer, JM Robbins (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, s.21-36.

Quill T (1985) Somatization disorder, one of medicine's blind spots. *JAMA*, 254: 3075-3079.

Robins LN , Helzer JE, Weissman MM ve ark. (1984) Lifetime prevalence of specific disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 949-958.

Sağduyu A (1995) Sağlık ocağına başvuranlarda somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6: 21-29.

Sato T, Takeichi M (1993) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in a general medicine clinic. *Gen Hosp Psychiatry*, 15: 224-233.

Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R ve ark. (1994) Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry*, 151: 1329-1334.

Schulberg HC (1991) Mental disorders in the primary care setting: research priorities for the 1990. *Gen Hosp Psychiatry*, 13: 156-164.

Schulberg HC, Burns BJ (1988) Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry*, 10: 79-87.



Sencer E (1992) Porfirialar. İç Hastalıkları, Kemalettin Büyükoztürk (Ed), İstanbul, Nobel Kitabevi, s. 162.

Sigvardsson S, Von Knorring AL, Bohman M ve ark. (1984) An adoption study of somatoform disorders: I. The relationship of somatization to psychiatric disability. Arch Gen Psychiatry, 41: 853-859.

Simon GE (1991) Somatization and Psychiatric Disorders. Current Concepts of Somatization , LJ Kirmayer, JM Robbins (Ed) Washington DC, American Psychiatric Press Inc, s. 37-62.

Slavney PR, Teitelbaum ML (1985) Patients with medically unexplained symptoms: DSM-III diagnoses and demographic characteristics. Gen Hosp Psychiatry, 7:25-35.

Sökücü AD (1995) Anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklarda yetiyitimi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Stoudemire GA (1988) Somatoform disorders, factitious disorders and malingering. Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press Inc, s.533-556

Stoudemire GA (1991) Somatothymia, parts I and II. Psychosomatics, 32: 365-381.

Swartz M, Blazer D, George L ve ark. (1986) Somatization disorder in a community population. Am J Psychiatry, 143: 1403-1408.

Swartz M., Landerman R, Blazer D ve ark. (1989) Somatization symptoms in the community: a rural/ urban comparison. Psychosomatics, 30: 44-53.

Volkan VD (1992) Yas tutma hastalığı. Psikanaliz Yazıları, çevirenler: A Çevik, B Ceyhun, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 58-70.

Weissman MM, Myers JK, Harding PS (1978) Psychiatric disorders in U.S. urban community 1975-1976. *Am J Psychiatry*, 135: 459-465.

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva. Oxford University Press.

Zoccolillo M, Cloninger CR (1986) Somatization disorder: psychologic symptoms, social disability, and diagnosis. *Compr Psychiatry*, 27: 65-73.



## IX. EKLER

### EK I

#### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyeti:  Kadın  Erkek

Yaşı:  15-24  25-34  35-44  45-54  55-65

Medeni Durumu:  Bekar  Evli  Boşanmış veya dul

Eğitim Durumu:  Okuryazar değil  Okuryazar veya ilkokul

Orta veya lise  Yüksekokul ve üniversite

En uzun yaşadığı yer:  İl  İlçe  Köy

Aile Tipi:  Çekirdek  Geniş  Parçalanmış

Size göre ailenizin ekonomik düzeyi nedir ?

Düşük  Orta  Yüksek

Ailede ruhsal bozukluğu olan var mı ?  Evet  Hayır

Kim? .....

Tanı: .....

Ailede bedensel hastalığı olan varmı ?  Evet  Hayır

Kim? .....

Tanı: .....

Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı?  Evet  Hayır

Evetse ne:

Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü ?  Evet  Hayır

**EK.II.****DIS-III-R SOMATİZASYON BOZUKLUĞU ALT ÖLÇEĞİ**

A- 30 yaşından önce başlayan ve yıllarca süren, kişinin birçok fiziksel yakınmalarının olduğuna ilişkin bir öyküsünün ya da hasta olduğuna ilişkin bir inancının olması.

Yaşamboyu			Son Bir Yıl		
1	5	9	1	5	9

**EĞER A= 1 İSE DİĞER TANIYA GEÇİN**

**EĞER A= 5 YA DA 9 İSE B' YE GEÇİN**

**B- B1-B35'ten en az 13 pozitif belirti olmalı, 5 olarak kodlamak için belirtiler aşağıdaki ölçütleri karşılamalıdır.**

1-Belirtinin nedenini açıklayacak organik patoloji yoktur yada sosyal veya mesleki bozulma fiziksel bulgulardan beklenenden daha fazladır.

2-Yalnız panik atağı esnasında olmamaktadır.

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

**SEMPTOM LİSTESİ***Gastrointestinal belirtiler*

<b>B1- Kusma (Gebelik dışında )</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>B2- Karın ağrısı (menstrasyon dışında )</b>	1	5	9	1	5	9
<b>B3- Bulantı (taşı tutması dışında)</b>	1	5	9	1	5	9
<b>B4- Şişkinlik (gaz)</b>	1	5	9	1	5	9
<b>B5- Diare (İshal)</b>	1	5	9	1	5	9
<b>B6- Birçok değişik yiyeceğin dokunması</b>	1	5	9	1	5	9

*Ağrı semptomları*

<b>B7- Kol ve bacaklarda ağrı</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>B8- Sırt ağrısı</b>	1	5	9	1	5	9

B9- Eklem ağrısı	1	5	9	1	5	9
B10- İdrar yaparken ağrı	1	5	9	1	5	9
B11- Diğer ağrılar (başağrısı dışında)	1	5	9	1	5	9

### *Kardiopulmoner Belirtiler*

<b>B12- Efor harcamazken nefes daralması</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
B13- Çarpıntı	1	5	9	1	5	9
B14- Göğüs ağrısı	1	5	9	1	5	9
B15- Sersemlik- baş dönmesi	1	5	9	1	5	9

### *Konversiyon Yada Pseudonörolojik Belirtiler*

<b>B16- Unutkanlık</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>B17- Yutma güçlüğü</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
B18- Ses kaybı	1	5	9	1	5	9
B19- Sağırılık	1	5	9	1	5	9
B20- Çift görme	1	5	9	1	5	9
B21- Bulanık görme	1	5	9	1	5	9
B22- Körlük	1	5	9	1	5	9
B23- Baygınlık ya da bilinç kaybı	1	5	9	1	5	9
B24- Katılma ya da sara nöbeti	1	5	9	1	5	9
B25- Yürüme güçlüğü	1	5	9	1	5	9
B26- Paralizi ya da kas güçsüzlüğü	1	5	9	1	5	9
B27- İdrar tutukluğu ya da idrar yapma güçlüğü	1	5	9	1	5	9

### *Cinsel belirtiler*

Cinsel aktivite başladıktan (buluğ çağına erdikten) sonra yaşamının büyük bir kesiminde ortaya çıkan cinsel belirtiler

<b>B28- Cinsel organlarda ya da rektumda yanma hissi (cinsel ilişki sırasında olan dışında)</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
B29- Cinsel ilgisizlik	1	5	9	1	5	9
B30- Cinsel ilişki sırasında ağrı	1	5	9	1	5	9
B31- Cinsel güçsüzlük (iktidarsızlık)	1	5	9	1	5	9

*Üreme çağındaki kadındaki bulgular*

<b>B32- Ağrılı adet görme</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>B33- Adet düzensizliği</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>B34- Aşırı adet kanaması</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>B35- Hamilelik süresince kusma</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>

<b>C1- TAM TANI: Denek somatizasyon bozukluğunun tanı kriterlerini karşılıyor mu?</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------

**3 OLMASI İÇİN**  
**A=5 OLMALI**  
**B1-B35 ARASINDA 13 YA DA DAHA FAZLA 5 OLMALI**

**SOMATİZASYON BOZUKLUĞU TAM TANI OLARAK İŞARETLEYİNİZ VE BİR SONRAKİ TANIYA GEÇİNİZ**

<b>C2- TARAMA TANISI (OLASI TANI): Denek somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor mu?</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

**3 OLMASI İÇİN**  
**A=5 OLMALI**  
**B1-B35 ARASINDA KOYU RENKLİ BASILMIŞ MADDELERDEN 2 YA DA DAHA FAZLASI 5 OLMALI**

**SOMATİZASYON BOZUKLUĞUNU OLASI TANI OLARAK İŞARETLEYİNİZ**

**EK III****ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN EVLERİN SOSYO EKONOMİK****DÜZEYİNİN MAHALLELERE GÖRE DAĞILIMI**

Sosyoekonomik düzey	Ev Sayısı	Sosyoekonomik düzey	Ev sayısı
<b>AKDEĞİRMEN</b>		<b>GÖKMEDRESE</b>	
O	14	O	2
D	1	<b>ESENTEPE</b>	
<b>AYDOĞAN</b>		O	7
Y	7	D	6
O	16	<b>ESKİKALE</b>	
<b>ALİBABA</b>		Y	3
O	9	<b>FERHATBOSTAN</b>	
D	9	O	3
<b>ÇİÇEKLİ</b>		<b>GÜLYURT</b>	
Y	6	Y	6
O	5	<b>HALİL.RIFATPAŞA</b>	
<b>ALTUNTABAK</b>		Y	6
O	28	<b>İNÖNÜ</b>	
<b>ÇAYYURT</b>		O	16
Y	4	D	4
O	9	<b>KALEARDI</b>	
<b>BAHTİYARBOSTAN</b>		Y	1
O	2	O	3
<b>DEDEBALI</b>		<b>KILAVUZ</b>	
O	8	Y	8
<b>DEMİRCİLERARDI</b>		O	5
Y	2	D	2
<b>GÖKÇEBOSTAN</b>		<b>KIZILIRMAK</b>	
O	17	O	5
<b>DÖRTEYLÜL</b>		D	2
O	22	<b>KÜÇÜK MİNARE</b>	
D	9	O	5

Sosyoekonomik düzey	Ev sayısı	Sosyoekonomik düzey	Ev sayısı
<b>EMEK</b>		<b>PAŞABEY</b>	
O	12	O	1
D	7	<b>MEHMET PAŞA</b>	
<b>ECE</b>		Y	7
Y	6	O	3
O	3	<b>MISMILIRMAK</b>	
<b>ÖRTÜLÜPINAR</b>		O	1
Y	14	D	2
<b>PULUR</b>		<b>TUZLUGÖL</b>	
O	1	D	1
D	1	<b>SULARBAŞI</b>	
<b>ULUANAK</b>		O	2
Y	5	<b>ÜÇLERBEY</b>	
<b>YAHYABEY</b>		O	5
O	3	<b>YİĞİTLER</b>	
D	4	O	2
<b>YAPI</b>		<b>YENİDOĞAN</b>	
O	17	O	16
<b>YEŞİLYURT</b>		D	4
O	2	<b>YÜCEYURT</b>	
D	7	O	7
<b>KARŞIYAKA</b>			
O	9		

Y: yüksek, O: orta, D: düşük



Sosyoekonomik Düzey	Cadde Adı	Ev Sayısı
D	Alibaba	3
D	İnönü	1
D	Mehmet Akif	1
D	Medrese	1
D	Niksar	2
D	Paşabostan	3
D	Şehitler	1
D	Yiğitler	1
O	Gürselpaşa	1
O	Hayri Sığircı	3
O	Höllüklük	2
O	İstiklal	2
O	Kışla	2
O	Mevlana	9
O	Sabri Koçak	1
O	Seyit Paşa	1
O	Buyruk Sitesi	1
O	Emek	1
O	Esen	1
O	Kongre	1
O	Otuzdokuz evl.	2
O	Öğretmen evl.	2
O	Özlem	1
O	Özyıldırım	1
O	Sakinevler	1
O	Seyran evl.	1
O	Taşkın	1
O	Türkîş Blk.	1
O	Uzay	1
O	Yeni Ata Sny.	1
O	Yıldız Evl.	2
O	Yüzüncü Yıl	2
O	YSE Blk.	2
O	Zümrüt	1
Y	Abdi İpekçi	5

Sosyoekonomik düzey	Cadde adı	Ev sayısı
Y	Dikilitaş	1
Y	Fevzi Çakmak	3
Y	H. Rıfat Paşa	7
Y	Hikmet Işık	4
Y	Kazancılar	1
Y	Kepenek	4
Y	Kurtcebe Noyan	2
Y	Rahmi Günay	6
Y	Üniversite Loj.	5

Y: yüksek, O: orta, D: düşük

