

Bahar / Spring 2013

Cilt / Volume 3

Sayı / Issue 1

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: March, June, September, December

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey

Tunç Alkın

Yayın Yönetmeni / Editor in Chief

Simavi Vahip

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors

Ömer Aydemir

E. Timuçin Oral

Mustafa Sercan

Danışma Kurulu / Advisory Board

Berna Binnur Akdede, *İzmir*

Asena Akdemir, *Konya*

Cengiz Akkaya, *Bursa*

Gökay Aksaray, *Eskişehir*

Yıldız Akvardar, *İstanbul*

Nihat Alpaya, *İstanbul*

Kürşat Altınbaş, *Çanakkale*

Vesile Altınyazar, *Aydın*

Mustafa Arı, *Hatay*

Hakan Atalay, *İstanbul*

Ahmet Ataoğlu, *Düzce*

Nuray Atasoy, *Zonguldak*

İnci Meltem Atay, *Isparta*

Murad Atmaca, *Elazığ*

Adem Aydın, *Van*

Nazan Aydın, *Erzurum*

Salih Battal, *Ankara*

Lütfullah Beşiroğlu, *İzmir*

Mustafa Bilici, *İstanbul*

Hakan Coşkunol, *İzmir*

Mecit Çalışkan, *İstanbul*

Ali Çayköylü, *Ankara*

Mustafa Çelik, *Adıyaman*

Feryal Çelikel, *Tokat*

Serhat Çıtak, *İstanbul*

Sultan Doğan, *Tekirdağ*

Alaattin Duran, *İstanbul*

Murat Erkıran, *İstanbul*

Atilla Erol, *Adapazarı*

Banu Aslantaş Ertekin, *İstanbul*

Ertuğrul Eşel, *Kayseri*

Erol Göka, *Ankara*

Çiçek Hocaoğlu, *Rize*

Bilge Kara, *Muğla*

İbrahim Fatih Karababa, *Şanlıurfa*

Figen Karadağ, *İstanbul*

R.Filiz Karadağ, *Denizli*

Taha Karaman, *Antalya*

Rifat Karlıdağ, *Malatya*

Tunay Karlıdere, *Balikesir*

Nazmiye Kaya, *Konya*

İsmet Kırpınar, *İstanbul*

Yüksel Kıvrak, *Kars*

Orhan Murat Koçak, *Kırkkale*

Nesim Kuğu, *Sivas*

Aslı Kuruoğlu, *Ankara*

Mehmet Yavuz Okyay, *Yozgat*

Özlem Orhan, *Kahramanmaraş*

Sibel Örsel, *Ankara*

Ömer Özbulut, *Afyon*

Ömer Akil Özer, *İstanbul*

Erol Özmen, *Manisa*

K. Nahit Özmenler, *Ankara*

Salih Selek, *İstanbul*

Aytekin Sır, *Diyarbakır*

Mustafa Solmaz, *İstanbul*

Ahmet Rifat Şahin, *Samsun*

Lut Tamam, *Adana*

Nilgün Taşkıntuna, *Ankara*

Ahmet Tiryaki, *Trabzon*

Ümit Tural, *Kocaeli*

Engin Dudu Turan, *Ankara*

Raşit Tükel, *İstanbul*

Ahmet Ünal, *Gaziantep*

Mehmet Erdal Vardar, *Edirne*

Elif Anıl Yağcıoğlu, *Ankara*

M. Kemal Yazıcı, *Mersin*

"Danışma Kurulu Türkiye'de psikiyatri eğitimi veren kurumların yöneticilerinden oluşan TPD Eğitim Üst Kurulu üyelerinden oluşur ve yılda bir kez yenilenir."

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği

Tunus Cad. 59/5

Kavaklıdere, Ankara

Tel. 0312 468 74 97

www.psikiyatri.org.tr

e-posta:

simavi.vahip@ege.edu.tr

simavi.vahip@gmail.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel : 0 312 431 3062

Faks : 0 312 431 3602

e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.

Matbaacılar Sanayi Sitesi 560 Sk. No: 27

Yenimahalle, Ankara

Tel : 0 312 395 2128

Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: 20 Mayıs 2013

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazıların belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kalem alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleyen bir olgu, tek aralık ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okumayı, anlaşılmayı ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonunda ayrı sayfalar da verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılacaktır.
- Metin içinde numaralar üstsimge niteliğinde yazılacaktır. Örnek: 1.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında verilir.

- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)
- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer almaz.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stili'ne daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılmış)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (italik)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı);
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (italik yazılmalıdır).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayın yılı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (isimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (italik).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (italik yazılmalıdır)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana-bilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).
- Bildiri adı.
- Kongre adı (italik yazılmalıdır)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12 -16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

Dergide Makale (Elektronik): Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (italik)
- [Çevrimiçi]
- Yayın yılı;
- Cilt numarası;
- (Sayı)
- Makalenin sayfa numaraları.
- Ulaşılabileceği adres: URL ya da DOI
- [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabileceği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabileceği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (italik olmalıdır)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabileceği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebileceği adres: [Erişim 18 temmuz 2008].

önsöz

Bahar 2013

Psikiyatri dışı uzmanlık alanlarında ya da birinci basamakta çalışan hekimlerin, değişik bedensel yakınmalarla kendilerine başvuran hastalarda muayene ve tetkikler yaptıktan sonra organik bir nedenle açıklayamadıkları belirtilerle karşılaşmaları oldukça sık görülen bir durumdur. Böyle durumlarda sorunun 'psikolojik', 'sinirsel' ya da 'fonksiyonel' olduğu düşünülür ve çoğu zaman hastaya yeterli bir açıklama yapılmadan bir ilaç reçete edilir veya seyrek olarak psikiyatrye başvurmaları istenir. Durumun diğer tarafında, ruhsal yakınmalar veya bulgular nedeniyle izledikleri hastanın bedensel belirtilerini muayene veya konsültasyonlarla 'tbbileştiremeyen' psikiyatristler yer alır. Bedensel belirtiler, hemen her zaman 'ikinci dereceden önemli' gibi görülür; hastanın ruhsal sorunlarını bedenselleştirdiği kabul edilir ve hastaya da böyle açıklanır. Bu iki tutumda da aslında 'psikiyatrik' olanla, 'tıbbi' olan arasında sınır çizen bir ayırıcılık vardır. Psikiyatri dışı alanların 'tıbbi' diye nitelendirilmesinin açık veya kapalı olarak psikiyatryi tıbbın dışına itelediği bir gerçektir.

Hekimler adına ne derse desin, yapılan muayene ve tetkikler sonucu herhangi bir organik temeli olmadığı anlaşılan somatik (bedensel) belirti ve yakınmalara sahip ve bunlar için çare arayan çok sayıda hasta vardır. Farklı birimlerde yapılan çalışmalar, bu hastaların o birimlere başvuranların çoğunu oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bu hastalar, psikiyatri dışı merkezlerde psikolojik, fonksiyonel, huzursuz barsak sendromu veya fibromiyalji gibi tanılar alırlar. Aynı hastalar, psikiyatri birimlerine başvurdıklarında da somatoform bozukluk, konversiyon veya depresyon diye tanılanırlar.

Psikiyatryde Güncel'in elinizdeki bu sayısı bu sık görülen durumlara ayrıldı. Yazarlar, bir kavram olarak somatizasyonu ve bir hastalıklar grubu olarak Somatoform Bozuklukları değişik yönleri ile ele aldılar. Psikiyatryde ve tıbbın diğer alanlarında yaygınlığı çok iyi bilinen, ancak bu sayının konusunu oluşturan kavramsal ve tanısal belirsizlikler dolayısıyla yeterince çalışma yapılmadığını düşündüğümüz bu konularla ilgili teorik ve uygulamaya dönük bilgileri aktarmaya çalıştılar. Değerli katkıları için kendilerine teşekkür ediyor, bu sayının Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar konusundaki ilgi ve bilgi eksikliğini gidermede yardımcı olmasını ümit ediyorum.

İsmet Kırpınar

Konuk Yayın Yönetmeni

İçindekiler

Bahar 2013

Önsöz <i>İsmet Kırpınar</i>	III
■ Somatizasyon ve somatoform bozukluklar: Uygulamaya yansıyan anlam karmaşası <i>İsmet Kırpınar</i>	1
■ Kültür ve somatizasyon <i>Murat Beyazyüz, Erol Göka</i>	17
■ Hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğu: Bir elmanın iki yarısı? <i>Emel Koçer, İsmet Kırpınar</i>	27
■ Konversiyon bozukluğu <i>Zekeriya Kökreç, Numan Konuk</i>	43
■ Bir somatizasyon biçimi olarak ağrı: Psikiyatrik değerlendirme ve tedavisi <i>Ayhan Algül, Recep Tütüncü</i>	52
■ Yaşlılarda somatizasyon ve somatoform bozukluklar <i>Erdem Deveci</i>	60
■ Sağlık anksiyetesi ve ölçümü <i>Ömer Aydemir</i>	69
■ Somatizasyon ve somatoform bozuklukların nörobiyolojisi <i>Ercan Abay, M. Bülent Sönmez</i>	76
■ Somatoform bozukluklarda bilişsel davranışçı terapi <i>Yasir Şafak, M. Hakan Türkcapar</i>	84

Somatizasyon ve somatoform bozukluklar: Uygulamaya yansıyan anlam karmaşası

İsmet Kırpınar

Özgeçmiş: 1979'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Uzmanlık eğitimini aynı üniversitenin Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1983 yılında tamamladıktan sonra Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Erzurum Numune Hastanesi'nde çalıştı. 1992'de doçent oldu ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda çalışmaya başladı. 1997 yılında profesör unvanı aldı. 1998 - 2011 arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. 2011'den bu yana Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanıdır. Türkiye Psikiyatri Derneği Erzurum Şubesi, çeşitli çalışma birimi ve görev gruplarında yöneticilik ve iki dönem Merkez Yönetim Kurulu üyeliği yapmıştır. Halen bu derneğin Somatoform Bozukluklar Çalışma Birimi koordinatörüdür. Konsültasyon-lyezon psikiyatrisi, yaşlılık psikiyatrisi ve somatoform bozukluklar ana ilgi alanlarıdır.

İletişim: Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Vatan Cad. Fatih/İstanbul.
Tel: 0212 4531700/1708

E-mail: ikirpinar@yahoo.com

ÖZET

Somatizasyon, tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin varlığını tanımlayan ve bu belirtilerin psikolojik unsurları olduğunu ima eden genel bir terimdir. Klinik ortamlarda iki anlamda kullanılır: ruhsal sorunların fiziksel belirtilerle ifadesi ve organik bir hastalığa bağlı olma-yan çok sayıda bedensel belirtiler için tekrarlayan tıbbi çare arama.

Psikodinamik kuramda somatizasyon, bastırılmış emosyonların bilinçdışı olarak bedensel belirtilere yönlendirilmesi şeklinde bir ego savunması olarak kavramsallaştırılmıştır. Ancak güncel kanıtlar, bu kavramın birbirleriyle etkileşen psikolojik, sosyal ve biyolojik çok etmenli bir etyolojiyle ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Bilinen herhangi bir organik hastalığa bağlanamayan bedensel belirtilere; tıbbi olarak açıklanamayan somatik (fiziksel) belirtiler, fonksiyonel somatik (fiziksel) sendromlar (FFS), idiopatik semptomlar veya somatoform belirtiler gibi çeşitli isimler verilmiştir. Bedenselleştiren hastalar homojen bir gruba temsil etmezler. Süregelen somatizasyon, somatoform bozukluklar başta olmak üzere çok sayıda psikiyatrik bozuklukla birlikte görülürler. Somatoform bozukluklar DSM-III'ün tanıttığı kurgusal bir kategoridir. Genel bir tıbbi durumla açıklanamayan bedensel belirtileri nedeniyle daha önceleri ihmal edilen hastalara dikkati çekmeyi başarmasına karşılık; sınıflandırma ve değerlendirme ile ilgili sürüp giden kuramsal ve pratik sorular nedeniyle somatoform bozuklukların nozolojik durumu tartışmalıdır.

Tedavi girişimleri; belirtilerin ve varsa eşlik eden bozuklukların tedavisi ve hastanın işlevsel durumunu düzeltmekle gereksiz tıbbi değerlendirmeleri en aza indirmek üzere tedavi edici bir işbirliğini kurmayı amaçlayan genel bir yaklaşımı içerir. Hekim, hastanın "bedensel" dilini anlamaya çalışmalıdır. Çok sayıda randomize kontrollü çalışma, uzmanlar veya uzmanlaşmış kliniklerce yapılan bilişsel-davranışçı terapilerin fonksiyonel somatik belirtilerde ve somatoform bozukluklarda etkili olduğunu kanıtlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Somatizasyon, tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler, fonksiyonel somatik sendrom, somatoform bozukluk

ABSTRACT

Somatization and somatoform disorders: ambiguity reflected to practise

Somatization is a general term that describes the presence of medically unexplained symptoms and implies a psychological component to the symptoms. It is used in clinical settings for two meanings: the expression of psychological problems through physical symptoms, and repeated medical help-seeking for multiple somatic symptoms without organic disease.

In psychodynamic theory, somatization is conceptualized as an ego defense, the unconscious rechanneling of repressed emotions into somatic symptoms. But current evidences suggest that this concept is related to multifactorial etiology with interacting psychological, social, and biological factors.

Somatic symptoms not attributable to any known organic disease have been given various names such as medically unexplained somatic (physical) symptoms, functional somatic (or physical) syndromes, idiopathic symptoms, and somatoform symptoms. Somatizing patients do not represent a homogeneous group. Persistent somatization is associated with a large number of psychiatric disorders, especially somatoform disorders. DSM-III introduced the somatoform disorders as a speculative diagnostic category. Although it has succeeded in focusing attention onto previously neglected patients with somatic symptoms that are unexplained by a general medical condition, the nosologic status of somatoform disorders is controversial by persistent theoretical and practical questions of classification and assessment.

Therapeutic interventions consist of treating symptoms and comorbid disorders when present and instituting a general approach to the patient aimed at maintaining the therapeutic alliance, improving the patient's functional status, and minimizing unnecessary medical tests. The doctor must attempt to understand the patient's "somatic" language.

Several randomized controlled trials have proven cognitive behavioural therapy performed by specialists or in specialized settings are effective in the management of functional somatic syndromes and somatoform disorders.

Key Words: Somatization, medically unexplained symptoms, functional somatic syndrome, somatoform disorder

Birinci basamakta veya hastanelerde çalışan hekimlerin, değişik bedensel yakınmalarla kendilerine başvuran hastalarda muayene ve tetkikler yaptıktan sonra organik bir nedenle açıklayamadıkları belirtilerle karşılaşmaları oldukça sık görülen bir durumdur^{1,2,3}. Birinci basamağa baş dönmesi, sırt ağrısı veya bitkinlik gibi yakınmalarla başvuran kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada bu kişilerin %80'inden fazlasında organik bir neden bulunmadığı bildirilmiştir⁴. Hekimler tıbbi değerlendirmeleri sonucu durumu açıklayabilecek organik bir patoloji bulamazlarsa sıklıkla sorunun “psikolojik” olduğunu düşünürler. Tetikleyici bazı yaşam olayları veya eşlik eden ruhsal belirtiler varsa bu kanaate ulaşmak daha da kolaylaşır. Hastanın ruhsal sorunlarını bedenselleştirdiği (somatize ettiği) kabul edilerek, hastalığın sonraki yönetimi ile ilgili bir karara varılır. “Psikolojik rahatsızlıkların bedensel belirtiler halinde yaşanarak ifade edilmesi ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimi”, somatizasyon olarak kavramsallaştırılmıştır⁵.

Somatizasyon gösteren hastalar sağlık hizmeti kaynaklarında aşırı derecede kayıplara neden olmaktadır. Bir çalışmada somatizasyonun en ağır formu olarak bilinen Somatizasyon Bozukluğu olan hastaların ortalama tıbbi hasta ortalamalarına göre 9 kat maliyete neden oldukları gösterilmiştir⁶. Hekime karşı güvensizlik, sağlık kuruluşlarını gereğinden fazla meşgul etme, sık sık uzmanlara sevk isteme bu hastalardan hekimlerin başlıca yakınmaları arasındadır.

Yaygınlığı iyi bilinen ancak bu yazının konusunu oluşturan kavramsal ve tanısal belirsizlikler dolayısıyla yüzdelerle ifade edilmesi zor olan bu durumlar bir spektrum oluştururlar. Bu spektrumun alt ucunda boşanma, yeni bir iş, borç gibi stresli durumlara bağlı olarak ortaya çıkan baş ağrısı, bel ağrısı gibi yaygın belirtiler yer alır. En üst uçta ise birçok tıbbi muayene ve tedavi öyküsü olan, hastanın işlevselliğinin tamamen bozulmasına, kişisel ve toplumsal faaliyetlerden çekilmesine neden olan kronik ya da sürekli değişen birçok belirti ile başvuran hastalar yer alır. Bu kişiler, devam edegelen bedensel belirtileri tıbbi bulgular olmasa da bir fiziksel hastalığın işaretleri gibi yorumlar ve bunun için tıbbi bakım peşinde koşarlar. Bu tür hastalara bütün sağlık kuruluşlarında rastlamak mümkündür; tanı ve tedavi işlemleri sırasında güçlükler sergiler, bu kuruluşları gereğinden fazla kullanarak harcamaların artmasına katkıda bulunurlar. Geçici veya uzun süreli olabilir, bir psikiyatrik veya genel tıbbi tanıya eşlik edebilir veya etmeyebilirler.

Ancak, böyle hastaları “somatizer” olarak tanımlamak veya “ruhsal sorunlarını bedensel yakınmalarla dile getirdiklerini” söylemek, hem hastalar hem de tedavilerini üstlenen hekimler için çoğu zaman yeni bir kafa karışıklığından öteye gitmez. Sorun nedir? Kişi gerçek bir hasta mıdır yoksa hasta rolü mü oynamaktadır? Hastalığının psikolojik olması ne anlama gelmektedir? Olmayan belirtileri varmış gibi mi ifade etmektedir? Ruhsal olaylar bedensel belirtilere nasıl dönüşmektedir? Bedensel ve ruhsal hastalıklar ayrı durumlar mıdır? Bunlara benzer çok sayıda soru aslında yüzyıllardır sorulmaktadır.

Meraklıları için kısa tarihçe

Tıp ile ilgili bilinen en eski uygulamalarda, hastalıklar bedensel ve ruhsal gibi sınıflamalara uğramaksızın bir bütün olarak ele alınmakta ve hastalık değil hasta tedavi edilmeye çalışılıyordu. Açıklanamayan belirtilerle ilgili en eski görüşler beden ve organ sistemlerindeki bozukluklara odaklanmıştı. Hipokrat ve eski Yunan tıbbı, emosyonel bozuklukların kaynağının iç organlar olduğuna inanıyordu⁷. Histeri, hareketli uterusla ilişkilendiriliyordu. Kalbin, duygusal işlevlerin merkezi olduğu görüşü o günlerden kalmadır. Bugün hipokondriyazis olarak bilinen tanımlama, aslında bedeninin kosta altı boşluk kısmına hipokondriyum denilmesi ve herhangi bir hastalık kanıtı bulunamayan ya da duygusal bilinen belirtilerin hipokondriyuma postürün basıncı

“ Sorun nedir? Kişi gerçek bir hasta mıdır yoksa hasta rolü mü oynamaktadır? Hastalığının psikolojik olması ne anlama gelmektedir? Olmayan belirtileri varmış gibi mi ifade etmektedir? Ruhsal olaylar bedensel belirtilere nasıl dönüşmektedir? Bedensel ve ruhsal hastalıklar ayrı durumlar mıdır? Bunlara benzer çok sayıda soru aslında yüzyıllardır sorulmaktadır ”

etkisiyle ortaya çıktığının kabul edilmesiyle ilgilidir. Hastalıkların beden sınırlarıyla açıklanması gibi görüşler de bir beden-ruh birlikteliğine işaret ediyordu. Bu anlayış Ortaçağ'da özellikle İslam tıbbında güçlenerek devam etti.

Rönesansla birlikte bu bütüncül anlayışın terk edilmeye başlandığı, histeri ve hipokondriyazis gibi durumların bedenden çok zihnin bozuklukları olduğu fikrinin yerleşmeye başladığı ileri sürülmektedir. Anatomi, otopsi, mikroskopi gibi gelişmelerle birlikte kurumsallaşmaya başlayan modern tıp, ruhun işlevleriyle (res cogitans) bedenin işlevleri (res extensa) arasında kesin bir ayırım yapan Kartezyen felsefeden de etkilenerek psikiyatrik durumları dışlamaya başladı. 19. yüzyılda organik temelleri açıkça gösterilemeyen fiziksel belirtili durumlar tıbbın konusu dışına çıkarılmaya ya da lütfen işlevsel (fonksiyonel) diye adlandırılmaya başlandı.

20. yüzyılın başlarında paradoksal bir değişim oldu ve psikiyatrinin büyük ölçüde somatik tıptan ayrılması sürecinde bu sefer açıklanamayan fiziksel belirtilerin birincil olarak psikolojik olduğu düşünölmeye başlandı. Freud'un ana savunma düzeneklerinden biri olarak tanımladığı konversiyon kavramı, bastırılmış içgüdüsel dürtülerin yerine bedensel semptomların geçtiği görüşüne dayanıyordu. Bu belirtiler bir iletişim yolu olarak anlaşılmaya ve kötü çocukluk deneyimlerinin bir sonucu olarak geliştiği kabul edilmeye başlandı. Histeri, Briquet sendromu, hipokondriyazis etrafındaki tartışmalar esas olarak bu temelde ele alınıyordu. Psikosomatik terimi çok önceleri kullanılmaya başlanılmakla birlikte, bu alandaki ilk çalışmaların da psikanalizle birlikte başladığı söylenebilir. Somatizasyon terimi de ilk defa, derin içsel çatışmaların bir bedensel bozukluğa neden olabileceğini öngören W. Stekel tarafından kullanıldı^{8,9}. Bugün bile klasik temel kitaplarda somatizasyon, "immatür savunma düzenekleri" arasında yer almakta ve "psişik ürünlerin bedensel belirtilere döndürülmesi ve psişik görünömler yerine bedensel olanlarla tepki göstermeye eğilim" olarak tanımlanmaktadır¹⁰.

Başlangıçta, bazı psikanalistler ve psikiyatristler bu terimi histerik konversiyonun bir eş anlamlısı gibi kullanıyordu. Ancak zamanla Freud'un psikonevroz ve aktüel nevroz ayırımı esas alınarak, somatizasyon fizyolojik bir süreç olarak ele alınmaya başlandı¹¹. Freud, psikonevrozların çocukluk dönemindeki fanteziler ve dürtülerin bilinçdışı çatışmalarından kaynaklandığını söylerken, buna karşılık nevrasteni ve hipokondriyazis gibi aktüel

nevrozları ise cinsel doyumsuzluğa bağlı dürtüsel gerilimlere bağlıyordu. Ancak daha sonraları Alexander gibi psikosomatikçiler, psikolojik etmenlerin önemli olduğunu düşündükleri bazı hastalıkları psikosomatik hastalık olarak tanımladılar ve Freud'un aksine dürtü-çatışma modeliyle açıklamaya başladılar. Zamanla psikolojik etmenlerin dürtü-çatışma bağlamıyla sınırlı olmadığı ve pek çok hastalığın oluşu ve gidişi üzerinde değişik psikolojik etkileşmelerin varlığı anlaşıldıkça psikosomatik hastalık terimi de yerini daha geniş ve kapsayıcı "Psikosomatik Tıp" kavramına bırakmaya başladı. Bu sürecin diğer tarafında ise organik temelli hastalıklarda görölen psikiyatrik durumların anlaşılma ve tanımlama çabaları yer almaya başladı. Bu süreç içinde terimin bugünkü popölaritesini kazanmasında en büyük etkiye sahip olduğu kabul edilen Lipowski (1988)'nin dediği gibi başlangıçta "tamamen aynısı olmasa da büyük ölçüde konversiyon kavramına bağlı" psikoanalitik bir kökenle açıklanan somatizasyon kavramı da daha geniş bir bağlamda işlenmeye başlandı¹². Somatizasyon psikolojik rahatsızlıkların fiziksel belirtilerle ifadesi olarak kavramsallaştırılırken konversiyon bozukluğu ise somatik temsiliyetin daha çok merkezi sinir sisteminin iradi olarak denetlenebilen kısımları ile ilgili olduğu durumlar için kullanılmaya başlandı¹³.

Bir kavram olarak somatizasyon

Terim herhangi bir ekleme yapmadan, sadece bu haliyle kullanıldığında etyolojik bir spekülasyona izin vermeden, tanımlayıcı bir ifadedir. Somatizasyon "Hastanın bir patofizyolojik açıklaması olmayan fiziksel/somatik belirtiler yaşaması ve ifade etmesi, bunları bir hastalık işareti olarak yanlış değerlendirmesi ve tıbbi çare araması eğilimi" olarak tanımlanmaktadır¹². Bu tanım, beraberinde bazı açıklamalar taşımaktadır. İlk olarak bir "eğilim" söz konusudur; dolayısıyla somatizasyon gösteren kişilerde yakınmaların tekrarlanmasına neden olan bazı kişilik özellikleri (trait) mevcuttur. Belirtiler "yaşanmaktadır"; hasta bir şey hissetmediği halde söylememekte, uydurmamaktadır. Böyle bir bulgu durumunda normalde ilgili organ veya bölgede beklenen "patofizyolojik açıklama" yoktur, ancak eşlik eden psikiyatrik belirtiler bulunabilir. Belirtilerin "yanlış yorumlanması", bir hastalık mevcut olduğu inancına yol açar. Toplum temelli araştırmalar sağlıklı insanların her hafta en az 1 bedensel belirti yaşadığını gösterdiğine göre¹⁴, yanlış yorumlama için oldukça fazla fırsat

var demektir. Tıbbi çare aranır ve sık sık aranır. Hatta akrabalarından, arkadaşlarından, eczacılardan ve alternatif şifacılarından çare aranır.

Somatizasyonu açıklamak üzere kullanılan önemli kavramlardan biri aleksitimidir. Aleksitimi; “emosyonlarını ifade için söz bulamama” durumu olarak tanımlanmıştır¹⁵. Başlangıçta psikosomatik kuramcılar tarafından psikosomatik bir durumu ve belirtiyi anlatmak amacıyla ortaya atılmış, ancak daha sonraları sağlıklı insanlar için de bir kişilik özelliği olarak bildirilmeye başlanmıştır. Emosyonlarını söze dökemeyen kişilerin stresli yaşam olaylarına verdiği uyumlu olmayan bir cevap olduğu ileri sürülmektedir. Aleksitimik kişiler; gerçekler, ayrıntılar ve dış olaylara odaklanır ve kısıtlı bir hayal gücüne sahiptirler. Çeşitli çalışmalarda psikosomatik hastalığı olan hastalarda, somatik belirtileri ön planda olan psikiyatrik tanı almış hasta gruplarında ve somatik yakınmaları olan normal örneklemelerde aleksitimik özelliklerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir¹⁶.

Somatizasyonun bir eğilim olarak ele alınmasını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Nöropsikolojik testler somatizasyonun bigi işleme defisitleri ile birlikte olduğunu göstermektedir^{17,18}. Eğitim ve kültür/altkültür önemli faktörlerdir. Zeka düzeyi ile fonksiyonel somatik belirti sayısı arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmiştir¹⁹. Düşük sosyoekonomik düzey sınıflarda somatizasyonun daha sık görüldüğü öne sürülmüştür²⁰.

Somatizasyon kavramı bütün bu gelişmeler içinde “objektif bir fiziksel temeli olmadığı halde rahatsızlığa neden olan, psikososyal stresörlerle ilişkili olabilecek fiziksel semptomların yaşanması ve ifade edilmesi” olarak tanımlanabilir²¹. Süreç içinde psikiyatristler somatizasyon terimini az çok örtüşmekle birlikte birbirinin aynısı olmayan farklı anlamlarda kullanmaya başladı: bir taraftan medikal ve psikiyatrik bozukluğu olan veya böyle bir bozukluk tanısı almamış kişilerde ortaya çıkan ve organizmaya bağlanamadığı için psikolojik sorunların bedensel belirtilerle ifade edilmesi şeklinde tanımlanan belirtiler ve diğer taraftan organik bir hastalığı olmadığı halde sürekli tıbbi yardım arama davranışı gösteren kişilerin genel tutumları. Dolayısıyla somatizasyon, bir hastalık veya tanısız kategori olmaktan çok, ilişkili tıbbi bulgular olmaksızın fiziksel belirtilerden yakınan hastalardaki yaşantısal, bilişsel ve davranışsal tipik özelliklerden oluşan bir seti ifade eden jenerik bir terim olarak dillendirilebilir⁵. Bu yüzden somatizasyonu çeşitli semptomların bireyler arasında farklı farklı algılanıp

değerlendirilmesine bağlı olarak, bu algı ve değerlendirmelere uygun davranışların gösterilmesinden oluşan ve birbiri ile örtüşen en az üç farklı hastalık davranışı olarak kavramsallaştırmak mümkündür:

- 1) Pek çok fizyolojik sistemde ortaya çıkan ve tıbben olarak açıklanamayan belirtiler ya da sendromlar,
- 2) Objektif olarak bir hastalık belirlense de, bedenle o hastalıktan beklenenden çok daha fazla uğraş ve hastalık endişeleri,
- 3) Depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların ağırlıklı olarak ya da tamamen bedensel klinik belirtilerle sergilenmesi.

Bunlardan ilk ikisi Tıbbi Olarak Açıklanamayan (fiziksel) Belirtiler, Fonksiyonel (işlevsel) Somatik (fiziksel) Semptomlar, İdiyopatik Semptomlar veya Somatoform Bozukluklar gibi isimlerle tanımlanmaktadır. ABD'nin resmi psikiyatrik sınıflandırması DSM'nin 2. Baskısında tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler; nevrozlar, psikofizyolojik bozukluklar ve özel belirtiler olarak yer aldı. Nevrozlar ayrıca histerik nevroz, nevrasteni, depersonalizasyon, hipokondriyazis ve diğer nevrozlar olarak ayrıldı. Somatizasyon bozukluğu terimi ise ilk kez 1980 yılında DSM-III'e girdi²².

Tıbbi olarak açıklanamayan belirti ve sendromlar

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler (TOAB) özellikle birinci basamakta yaygın olarak gözlenmektedir. Çeşitli çalışmalar birinci basamak hastalarının başvuru yakınmaları içinde tıbben açıklanamayan somatik belirtilerin yaygınlığını %19-57.5 arasında göstermektedir^{23, 24}. Tedavi kuruluşlarına ayaktan başvuran yeni hastalarda somatik belirti oranları Hollanda'da %25, İngiltere'de %35 olarak bulunmuştur^{25,26}. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda bu oranlar daha da artmaktadır²⁷.

Bilinen herhangi bir hastalık tanısı ile bağlantısı kurulamayan somatik belirtiler için çeşitli isimler kullanılmıştır: tıbbi olarak açıklanamayan (fiziksel) semptomlar, fonksiyonel (işlevsel) somatik (fiziksel) semptomlar, idiyopatik semptomlar veya somatoform semptomlar gibi. Bu isimlerden birincil bakım veren sağlık birimlerinde en çok kullanılanları ilkidir. Ancak bu terim, bir durumu olmadığı bir şeyle tanımladığı ve doktorun aslında hastada neyin yanlış gittiğini bilmediğini gösterdiği için pek te tatmin edici değildir. Ayrıca bu

"Bu yazının tümüne ve dergideki diğer yazıların tümüne ulaşmak için dergiyi online satış bölümünden satın alabilirsiniz..."