

Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü

Psychiatric Aspects of Medically Unexplained Symptoms

Gökhan Kandemir, İsmail Ak

ÖZET

Bedensel belirtileri için tıbbi açıklama bulunamayan hastalar genel tıp uygulamasında oldukça yaygındırlar. Bu hastalar, tüm sağlık hizmeti basmaklarını sıkça kullanırlar. Bu durum kendilerine sağlık hizmeti sunan hekimlerinde hayal kırıklığı yarattığı gibi hastalar da aldıkları tıbbi bakımdan pek memnun olmazlar. Tüm dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve duygusal sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir. Tıbben açıklanamayan belirtilere hasta grubunda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere diğer psikiyatrik durumlar eşlik etmektedir. Bu gözden geçirme yazısında tıbben açıklanamayan belirtilere ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahat Sözcükler: Tıbben açıklanamayan belirti, anksiyete, depresyon.

ABSTRACT

The patients with medically unexplained symptoms for their physical symptoms are generally prevalent in the primary care consultation. Such patient, frequently consume primary and secondary healthcare services and it is a situation that disappointed medical staff and also patients are uncomfortable for medical services. Physical symptoms commonly are regarded as products of emotional and social problems between different cultural groups and over the world. Generally, depression and anxiety and other psychiatric conditions accompany to patient group with medically unexplained symptoms. The aim of this review article is to investigate the relationship between medically unexplained symptoms and psychiatric symptoms.

Keywords: Medically unexplained symptoms, anxiety depression.

Tıbben açıklanamayan belirtiler, sağlığı etkileyen ancak uygun tıbbî yaklaşıma rağmen açıklanamayan fiziksel belirtilere verilen ortak addır ve genel popülasyonda, tıbbi merkezlerde sıkça görülürler. Hekimler de bu belirtileri patofizyolojik bulguların olmadığı "zor hastalar" olarak değerlendirir ve tanınabilen hastalıklardan daha az önemserler.[1] Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalar hem birincil hem de ikincil sağlık hizmeti hekimlerinde hayal kırıklığı yaratır ve bu hastalar, sağlık hizmetlerini aşırı kullanırlar. Hem sağlık ocaklarına hem de hastanelere çok sık gider ve aldıkları bakımdan memnun olmazlar.

Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hasta grubunda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere diğer psikiyatrik durumlar eşlik etmektedir. Bu belirtiler kişilik patolojisi, çocukluk çağı zorlukları, erişkin çağı travması ve çocuklukta yaşanmış açıklanamamış tıbbi belirtilerle de ilişkilidir. Aleksitiminin bu belirtilerle ilişkisi ise tartışmalıdır. Tüm dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında tıbben açıklanamayan bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve ruhsal sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir. Bu çalışmada tıbben açıklanamayan belirtiler ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki gözden geçirilmiştir.

Tanımı

Bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel yakınmalar duygusal disforiyi bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi olarak tanımlanır. Carson ve arkadaşları tıbben açıklanamayan belirtilerin anlayışsal-kavramsal (kişinin hissettiği belirtiler), bilişsel (hastanın deneyimleri ile belirtileri hakkında karar vermesi) ve davranışsal (belirtilerden dolayı çare, tedavi arayışına girmesi) boyutlarının olduğunu belirtmektedir.[2]

Katon ve arkadaşları ise, tıbben açıklanamayan belirtileri dört aşamalı bir süreç içinde değerlendirmektedir.[3] Öncelikle kişinin bir belirtisi vardır ve olası bir nörofizyolojik olayla kişinin dikkatini çeker, ikinci olarak kişi bu belirti ve nedeni üzerine bilgi, tecrübe ve inançlarını harekete geçirerek belirtinin tıbbi açıdan önemini kendince tayin eder. Pek çok belirti, kişi bunları tıbbi açıdan önemli saymadığı için tıbbi görüşme gerektirmez. Üçüncü aşamada, belirtisi olan kişi tıbbi yardım aramaya başlar. Kişinin tıbbi bakım arayışına girmesi onun belirtiyeye verdiği önem ve tıbbi sisteme karşı tutumuyla yakından ilgilidir. Dördüncü ve son aşama hastanın inançları ve beklentileri ile hekimin inanç ve beklentilerinin etkileşimidir. Bu basamak hasta hekim

ilişkileri yolunda gidiyorsa endişenin azalmasıyla sonuçlanabilir, ancak etkileşim sorunlu ise hayal kırıklığına ve hekim hekim gezmesine yol açabilir.[3]

Tibben açıklanamayan belirtileri olan hastalar hekime geldiğinde hasta-hekim ilişkisi başlamış olur. Hasta belirtisinin uğursuz olduğunu düşünürken, hekim bu belirtilerin belirli bir hastalığa dayanmadığını düşünür. Bu yüzden tibben açıklanamayan belirtileri olan hastalarda hasta ile hekim ilişkisi önemlidir ve bunu hekimin kendini geri çekmesi ya da hastada güven duygusunun gelişmesi etkiler. Hasta ile hekim arasında güven gelişmezse ilişki kolaylıkla bozulur, tersine döner ve hastanın terk etmesiyle sonuçlanır. Tibben açıklanamayan belirtileri olan hastalar psikolojik streslerini çoğu zaman minimize ederler ve yüksek oranda düşkün olduklarını iddia ederler. Bu hekim için moral bozucu bir durumdur ve pek çok hastada tekrar tekrar değerlendirmeye ve giderilmeye çalışılmasına rağmen belirtiler kalıcı olurlar. Tibben açıklanamayan belirtileri olan bazı hastalar hekimi tekrarlayan soruları ve değişen tedaviye rağmen yakınmalarının geçmemesi nedeniyle hekimi çaresizliğe sürükleyebilirler.[4-6]

Beden-zihin etkileşimi bütün davranışlarımızda olduğu gibi hastalık süreçlerinde de yansımaları bulur. "Bedendeki bir bozukluk gibi" görüntü verip, temelde ruhsal ve sosyal alanda yaşanan sorunlara ilişkin yardım arama davranışı olarak tanımlayabileceğimiz somatoform bozukluklar bu yansımanın tipik bir örneğidir. Özellikle hekimin hastalık modeliyle hastanın hastalık yaşantısı arasında bir örtüşme olmadığında bu zihin karışıklığı hasta-hekim ilişkisine ve tedaviye aktarılmaktadır.[7] Batılı kişi kavramında ve biyotıp uygulamasında var olan zihin-beden ayrılığı, duygusal sıkıntıya bağlı bedensel ifadeleri psikopatolojinin özel bir kategorisi olan somatoform bozukluklar içerisinde inceler.[8]

Somatoform bozukluklar düşüncesi iki temel önermeye dayanır: öncelikle zihin ve beden iki ayrı alandır ve birisi yakınmasını bedensel belirtilerle dile getirdiğinde, hekimin onun kaynağı olarak ruhsal ya da toplumsal alam göstermesinde şaşılacak bir şey yoktur, ikincisi, bedensel olan daha gerçektir ve tamamen ruhsal olana kıyasla, hastalık anlamında "daha meşru" dur.[8-10] Somatoform bozukluklar bir spektrumu işaret etmektedir. Bu grup hastalar somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerinin çoğunu karşılar. Yine de somatoform bozukluklar, ayrılaşmamış somatoform bozukluk ile diğer birincil psikiyatrik bozukluklar olan depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında çok dar bir yerde bulunmaktadır.[11]

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD (The Inter-

national Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) olmak üzere iki tanı sınıflandırmasında da somatizasyon ve somatoform bozukluklar üzerine epistemolojik belirsizlik olduğu belirtilmektedir.[12,13] Bu durumlar ne olmadıklarına göre (örneğin tıbbi bir bozukluk) tanımlanmakta fakat sınıflama sistemi de somatizasyon ve somatoform bozukluklardaki bozukluğun ne olduğunu belirleyememektedirler.[14] Tıbben açıklanamayan belirtilerin çoğunlukla görüldüğü, tıbbın uzmanlık alanlarına göre karşılaşılan belirtilerin görüldüğü sınıflama Tablo 1' de sunulmuştur. [15]

Tablo 1. Uzmanlık Dalları ve Sorunlu Hastalıkları

Uzmanlık dalları	Sorunlu hastalıklar
Ortopedi	Bel ağrısı
Kadın doğum	Pelvik ağrı, premenstrüel sendrom
Kulak-Burun-Boğaz	Tinnitus
Noroloji	Baş dönmesi, baş ağrısı
Kardiyoloji	Atipik göğüs ağrısı, taşikardi
Göğüs hastalıkları	Hiperventilasyon, nefes darlığı
Diş hekimliği	Temporomandibuler eklem sendromu
Romatoloji	Fibromyalji
Dahiliye	Kronik yorgunluk sendromu
Gastroenteroloji	İrritabl barsak sendromu, işlevsel dispepsi
Endokrinoloji	Hipoglisemi, Labil hipertansiyon
İş Hekimliği	Çoğul kimyasal madde duyarlılığı

Tarihçesi

Açıklanamayan bedensel belirtilerden tıp tarihi boyunca söz edilmiştir. MÖ 1900 yılında Mısırlılar konversiyon belirtilerini tanımlamış ve bunu uterusun karında serbest olarak dolaşmasına bağlamışlardı. Açıklanamayan bu belirtiler uterus gibi bir organa bağlanmış ve bu yüzden açıklanamayan belirtileri olanlara "histerik" adı verilmiştir.[16,17] Histeri kelimesinin kökeni eski Yunanca'da uterus anlamına gelen "histera" dır. 9.yüzyılda Salerno'daki tıp okulunda histeri bedensel bir hastalık olarak tanımlanırken ortaçağda kötü ruhlar ve şeytana bağlanmıştı.

17. yüzyılın sonlarında tıbben açıklanamayan belirtiler için psikolojik açıklamalar ön plana çıkmaya başlamıştır.[7] Thomas Sydenham histeride 'bedenden daha çok aklın hasta olduğunu' söylemiştir. Sydenham'a göre histeri, kadınlarda görülen, pek çok bedensel ve duygusal belirtinin bulunduğu

"hem bedensel hem de zihinsel bir bozukluktur." Sydenham hastalarına kanın temizlenmesi ve arınması için düzenli egzersizler yapmalarını, hayatlarının daha konforlu geçmesi için kişisel ilgi alanlarının olması yönünde vurgularda bulunmuştur. 19. yüzyılda tibben açıklanamayan belirtilerin organik yönü öne çıkmış, bununla birlikte patolojik araştırmaların gelişmesi, beyinde ya da diğer organlarda gözlemlenebilir anatomik bir anormalliğin bulunmadığı da gösterilmiştir. 20. yüzyılda açıkça ve net bir şekilde belli olan, bu belirtilerin psikolojik ya da ruhsal kaynaklı olduğuna yönelik eğilimdir. Charcot'un öğrencileri Babinski, Janet ve Freud psikolojik faktörlerin önemini vurgulamışlardır. Böylece tibben açıklanamayan belirtileri olan hastaların tedavisi psikolojik ve bunu takip eden psikiyatrik tedavilerle yer değiştirmiştir.[7]

Kellner'in bildirdiğine göre; 'bedenselleştirme' terimini ilk kez kullanan Steckel, bedenselleştirmeyi derinlerde yerleşmiş nevrozun ifade edilmesinden kaynaklanan bedensel bir bozukluk olarak tanımlamıştır.[18] Katon ve arkadaşlarına göre ise; bedenselleştirme "psikosozyal ve duygusal sorunları olan hastaların bunları öncelikle bedensel belirtiler yoluyla dile getirmesi; bir stres dili" dir.[19] Bridges ve arkadaşları bedenselleştirmeyi daha somut bir biçimde ele alarak, bazı ölçütler belirlemişlerdir. Bu ölçütler, hastanın bedensel belirtilerini fiziksel bir hastalığa bağlaması, bu nedenle hekime başvurması, bu durumun psikiyatrik bir hastalık olması ve psikiyatrik tedaviyle düzelmesidir.[20]

Lipowski'ye göre ise; bedenselleştirme vücutta bir patolojik durum saptanmadığı halde görülen bedensel belirtiler ve yakınmalardır. Bu belirtiler hasta tarafından bedensel bir hastalık olarak değerlendirilir ve tıbbi yardım aranır. Genellikle bu durum bireyin yaşadığı stres yaratan yaşam olayları sonucu ortaya çıkar.[7] Kirmayer ve Robins bedenselleştirmeyi "birbiriyle örtüşen en az üç grup" olarak incelemiştir: 1) Vücudun farklı sistemlerini ilgilendiren çok sayıda ve açıklanamayan belirtilerle seyreden, DSM III-R somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan grup 2) Kişide saptanabilen fiziksel bozukluklar için beklenenden daha çok bedensel uğraşlar veya hastalıkla ilgili yüksek endişe düzeyiyle seyreden, DSM III-R hipokondriyazis tanı ölçütlerini karşılayan grup 3) Altta yatan psikiyatrik hastalığın (özellikle depresyon ve anksiyete) bedensel belirtilerle ortaya çıktığı grup.[21]

Tibben açıklanamayan belirtiler, 20. yüzyılın sonlarına doğru ifade edilmeye çalışılmıştır. Kellner tarafından "fonksiyonel somatik belirtiler" olarak, Escobar ve arkadaşları tarafından ise "tibben açıklanamayan belirtiler" olarak tanımlanmıştır.[22] Ancak her iki tanımlamanın da etyolojik bir temeli yoktur ve bu yönü ile zayıf kalmaktadırlar.[23]

Epidemiyoloji

Topluma dayalı çalışmaların çoğunda toplumun yaklaşık %80'inde her ay, en az bir, bazen birden fazla bedensel belirti ile hekimlere başvuru olduğu sonuçları elde edilmiştir. Amerikan toplumunda 13538 kişinin katıldığı epidemiyolojik alan çalışmasında %25'inde göğüs ağrısı, %25'inde baş ağrısı, %24'ünde karın ağrısı, %23'ünde sırt ağrısı, %25'inde yorgunluk belirtileri saptanmıştır. Belirtilerin %31'i tıbben açıklanamamıştır ve bu durumu açıklayacak bir ipucu da yoktur. Yakınmaların %84'ü hastayı tedavi almaya, ilaç kullanmaya, yaşam aktivitelerini kısıtlamaya yönlendirmiştir. Olguların %4'ten fazlası çok sayıda, süregelen, açıklanamayan belirti mevcut olup, yıl içinde bu belirtilerin tekrarladığından yakınmışlardır.[24,25]

Kroenke ve arkadaşları birinci basamak ve dahiliye bölümüne gerçekleştirilen 1000 başvuruyu 3 yıl süre ile takip etmişler ve 14 yaygın belirtiyeye ulaşmışlardır. Bu yaygın belirtilerden en az birine sahip olgular %38 iken, sadece %16'sında organik bir etken saptanmış, semptomatik hastalar ortalama 11 ay süre ile izlenmişler ve %47'sinin belirtilerinin devam ettiği gözlenmiştir.[26] Ağrılı ya da ağrısız bedensel belirtileri olan hastaların incelendiği bir başka çalışmada ise, en az %25-30'unda tıbbi etiyoji aydınlatılamamıştır.[27] Epidemiyolojik çalışmalar toplum içinde sıklıkla görülen bedensel belirtileri baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmektedirler. Bazı çalışmalarda katılımcıların her hafta bir belirti olmasına karşın, belirtilerin %90'ını hekime götürmedikleri ortaya konmuştur.[3,28] Hamilton ve arkadaşlarının İngiltere'de yapmış oldukları bir araştırmada gastroenteroloji, nöroloji ve kardiyoloji kliniklerinde değerlendirme sonrası belirtileri tıbbi açıdan açıklanamayan hastaların oranını sırasıyla %53, %42 ve %32 olarak bildirmektedir.[29]

Carson ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada İskoçya'da nöroloji kliniklerinde yeni başvuran 300 hastada tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların oranını %30 olarak belirtmişlerdir.[30] Reid ve arkadaşları hastaneye sık başvuran 361 hastanın kayıtlarını incelemişler ve %27'sinde çok sayıda konsültasyona rağmen belirtilerin tıbbi olarak açıklanamadığını sonucuna varmışlardır.[31]

Tıbben açıklanamayan belirtilerin ciddi bir yetiyitimine yol açabileceği bildirilmiştir. Bu hastalar tıbbi tam alan hastalara oranla daha fazla fiziksel ve toplumsal yetiyitimine uğramakta ve bir ayın ortalama 1.3-4.9 gününü yatakta geçirmektedirler.[32] Feder ve arkadaşları çok sayıda tıbben açıklanamayan belirtileri olan 172 birinci basamak sağlık hizmeti hastasını değerlendirdikleri bir çalışmada, tıbben açıklanamayan belirtileri gösteren hastalarda mevcut

psikiyatrik bozukluk oranının iki kat artmış bulmuşlardır. Aynı çalışmada kadın cinsiyet, yalnız yaşıyor olmak, düşük ekonomik gelir ve ileri yaş, tıbben açıklanamayan belirtileri ile ilişkili sosyodemografik etkenler olarak saptanmıştır.[33] Epidemiyolojik çalışmalar tıbben açıklanamayan belirtilerin toplumda yaygın olarak görüldüğünü ve sık sık sağlık kurumlarını kullanmaya zorladığını göstermektedir.[34-36]

Etyoloji

Açıklanamayan belirtilerin altında yatan patofizyolojik durumlar henüz tam olarak anlaşılammıştır. Birçok araştırmacı ruhsal, toplumsal ve psikodinamik etiyojik etkenler üzerinde durmaktadır. Bazı çalışmalarda tıbben açıklanamayan belirtilerin oluşumuna katkıda bulunabilecek biyolojik etkenlerin olabileceği vurgusu yapılmaktadır.[37,38] Somatizasyon hastalarında gerçekten belirtileri açıklayacak, alta yatan bir hastalık ya da bilinen bir fizyopatolojik düzeneğin varlığı ve bu belirtilerin salt sosyal ya da ruhsal düzeneklerle mi ortaya çıktığına ilişkin sorulara kolaylıkla cevap verilememektedir. Kellner'e göre 'somatizasyon multifaktöryel olarak belirlenen, çok karmaşık bir fenomendir. [38]

Biyolojik Etkenler

Somatizasyon belirtilerini açılacak tek bir biyolojik düzenekten söz etmek mümkün değildir. Biyolojik etkenler tartışılırken bedensel belirti oluşumunda sorumlu olabilecek iyi tanımlanmamış, az bilinen ya da sık karşılaşılmayan tıbbi durumlar ile gerçek somatizasyon belirtilerinin oluşturduğu ayırıcı tanı güçlükleri de ele alınmak zorundadır. Çünkü, böylesi tıbbi durumların bir somatizasyon belirtileri oluşturma düzeneği olmaları olasıdır. [37]

Açıklanamayan Belirtilerin Oluşum Düzenekleri

Depresyon

Depresyonu olan hastaların somatik yakınmalarla hekime başvurdıkları ve depresyon seyri sırasında sıklıkla somatizasyon belirtilerinin görüldüğü bilinmekte olup, depresyon tedavisi ile somatik yakınmalar kaybolmaktadır. Böylelikle somatizasyon belirtilerinin oluşmasında depresyonda yol açan fizyopatolojik düzeneklerin sorumlu olduğu düşünülmüştür.[38,39]

Anksiyete

Anksiyete bozukluklarında da bedensel belirtiler oldukça sık gözlenmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik atağı tanı ölçütleri içinde çok sayıda

bedensel belirti bulunmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda somatizasyon bozukluğu görülmesi yüksek oranlardadır. Başka bir deyişle, anksiyetenin somatizasyon belirtilerinin oluşumundaki payı gözardı edilmeyecek bir olasılıktır. [40]

Artmış Fizyolojik Etkinlik

Bedensel belirtilerin oluşumundan sorumlu olan fizyolojik etkinlikte artmaya bağlı bazı düzenekler aşağıda sıralanmıştır. [38]

i. Düz kas kasılması

Özellikle gastrointestinal sistem belirtilerini oluşturmada etkilidir. Bazı somatizasyon belirtileri tanı konmamış tıbbi hastalıklara (irritabl barsak sendromu) bağlı olabilmektedir. Bazı başka belirtiler ise, anormal barsak motilitesi, Oddi sfinkteri aşın kasılması, ince barsak basınç artışı gibi sendromal olarak tanımlanmamış durumlardan kaynaklanabilmektedir.

ii. Çizgili kas kasılması

Daha çok ağrı belirtilerinin oluşumunda rol oynarlar. Bel ağrısından yakman hastalarda, stres altında iken paravertebral kasların elektromiyografik etkinliklerinde belirgin artışlar olduğu gösterilmiştir.

iii. Endokrin salgı ve kan akımı değişiklikleri

Öfke ve üzüntü gibi emosyonel durumlar ile adrenejik ve kortikosteroid sistemlerin etkinliklerinin arttığı, sonuçta oluşan sempatik uyarılmanın kan basıncı artışı, kalp atım sayısı ve atım hacminde artış, solunum sayısında artış ve kan akımı değişiklikleri gibi çok sayıda belirtiyeye yol açtığı bilinmektedir. Somatizasyon sendromlarında, hastaların dinlenme ve stres koşullarındaki kortizol ve psikofizyolojik uyarılma düzeylerinin kontrollerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

iv. Merkezi sinir sisteminin (MSS) uyarılma uyumu

Psikofizyolojik uyarılma, uyarılmanın algılanışı ve deneyimlenen bedensel belirtiler arasındaki ilişkiye bağlıdır. MSS'nin uyum düzenekleri bu fizyolojik değişikliklerin şiddetini değiştirir. Bazı bireylerde uyarılmışlık düzeyini idiosenkratik bir yükseltme eğilimi olabileceği üzerinde durulmaktadır.

Düşük Ağrı Eşiği

Ağrı duyumunun algısal, affektif ve bilişsel öğeleri olduğu iyi bilinir. Bazı bireylerde idiosenkratik bir düşük ağrı eşiğinin olduğu ve bunun da somatizasyon belirtilerine yol açabileceği öne sürülmüştür. Fibromyalji, irritabl barsak sendromu gibi bazı tıbbi hastalıklarda düşük ağrı eşiği olduğu belirtilmektedir.[38]

Non-Nosiseptik Ağrı

Non-Nosiseptik olarak tanımlanan kronik ağrı, periferden gelen ağrı uyarısının MSS'de ağrının sensoriyel işlenişinde orantısız bir artışla santral duyarlılaşmaya böylece, ağrı duyumunun nicelik ve niteliğini değiştirdiği bilinmektedir. Merkezi duyarlılaşma herkeste oluşmamakta, genetik yatkınlığın olduğu, N-metil D-aspartat (NMDA) reseptörleri ve substans-P etkinliklerindeki artışın sorumlu olabileceği düşünülmüştür. Non-nosiseptik ağrının oluşmasından sorumlu MSS yapıları içinde ağrının affektif, bilişsel ve motor yanıt kısmını bütünleştiren anterior singulat ile inen inhibitor sistemin önemli bir parçası olan talamusun rol oynadığı düşünülmektedir.[38]

Tablo 2. Tıbben Açıklanamayan Belirtilere ait Yatkınlık Yaratıcı, Başlatıcı, Süregelenleştiren Faktörler

Predispozan (Yatkınlık yaratıcı)	Presipite eden (Başlatıcı)	Süregelenleştiren faktörler
Heredite	Biyolojik stresörler	Zararlı olduğu inancı
Kronik hastalık	Akut fizik hastalık	Etkileyici etki
Erken yaşam zorlukları	Psikolojik stresörler	Yanlış bilgilendirme
Kronik hastalıklar	Akut psikiyatrik bozukluk	İşyeri/tamamlayıcı faktörler
Kronik distres	Epidemik sağlık sorunları	Sosyal destek faktörleri
Mental hastalık		Olumsuz sağlık durumları
		Kronik hastalıklar
		Tedavide bütünlüğün olmaması

Psikodinamik Nedenler

Somatizasyon, özgül olmayan bir belirti veya bir ön-yatkınlık olup, kendi başına bir hastalık değil, duygusal rahatsızlığı bedensel yakınmalar veya belirtilerle yaşamak, algılamak ve iletmeektir.[41] Beden, bireyin çevresiyle etkileşimi ve iletişimde birincil role sahiptir ve ontogenetik gelişimin içinden geçerek ilerlediği ilk yoldur. Sözel anlatım çok daha sonra gelişmiş bir iletişim yeteneğidir. Beden bu anlatım yeteneğini korur ve sözel yoldan etkileşimin engellenmediği ya da yetersiz kaldığı durumlarda yine harekete geçirilir. Yani kişi, bilişsel düzeyde baş edemediği sorunları karşısında, kendisine en ait olan alana (bedene), eskiden de ontogenetik gelişim sürecinden tanıdığı bildik bir yoldan geri dönerek, kendine bir destek, bir sığınak aramakta ve bu araçlardan yardım istediğinde yahut da derdini iletme eyleminde bulunmaktadır.[41]

Somatizasyonda beden işlevlerinin algılanmasında bir bozukluk söz konusudur. Ayrıca somatizasyonda biyolojik, nörofizyolojik, psikoendokrinolojik ve psikososyal etmenlerin karşılıklı etkileşimleri ve katılımları da yadsınamaz.

Bedensel yakınmalar ve organ belirtileriyle hastalık tipinde ortaya çıkan somatizasyon da bir iletişimdir. Burada duygusal sıkıntılarının beden diliyle anlatılması yoluna başvurulmuştur. Hasta duygusal yaşantılarını adlandıramayıp, dile dökemeyip, beden belirtileriyle anlatıma geçmiştir, ama bu, sadece yaşadıklarının bir anlatımı değil, aynı zamanda kendisi için 'önemli bir kişi 'ye bir mesaj vermektir. Böyle bir mesaj, pozitif bir geribildirimden beslenme alır ve yanı sıra bir takım çıkarları da birlikte getirirse, o zaman somatizasyon yerleşerek, hastalık haline dönüşebilir.[41]

Yaygın belirleyiciler: tipik olarak kronik ve aralıklarla tekrarlayan, ciddi, kronik ve periyodik bir durumdur. Klinik sonuçlarını etkileyen predispozan (yatkınlık yaratan), presipitan (başlatan) ve süregenleştiren faktörler vardır. Bu faktörler Tablo.2'de sunulmuştur. [24]

Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Kişiliğin Etkisi

Suistimal ve ihmal gibi olumsuz çocukluk yaşantıları, karın ağrısı gibi çocuklukta yaşanmış ama açıklanamamış bedensel belirtiler, sürekli doktora giden, anksiyete ve depresif belirtiler gösteren kronik hastalığı olan bir ebeveyne sahip olma, erişkin dönemde yaşanan fiziksel saldırı, aile içi şiddet, travma, doğal afetler gibi bazı sıkıntılar da psikolojik endişenin artması ve tıbben açıklanamayan belirtilerin ortaya çıkışı ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir.[42] Çocuklukta maruz kalınan kötü davranışların ve erişkin saldırısının, tekrarlayan karın ağrısı-ishal sendromu, kronik pelvik ağrısı ve fibromyalji gibi kalıcı sendromlar ile bağlantısı kurulmaktadır.[3]

Hotopf ve arkadaşları İngiltere'de 43 yıllık hastane yatışlarını inceledikleri bir çalışmada, babasının sağlık durumu kötü olan çocukların hastaneye açıklanamayan belirtilerle daha çok kabul edildiğini göstermişlerdir. Aynı çalışmada çocukluk çağında tıbben açıklanamayan belirtileri olan kişilerin ileriki yaşlarında aynı nedenle hastaneye daha sık yattıkları bulunmuştur. Çocukluk çağında geçirilmiş olan bedensel hastalığın daha sonraki yıllarda tıbben açıklanamayan belirtiler ile hastaneye yatışı belirlemediği de görülmüştür.[43]

Taylor ve arkadaşları birinci basamak sağlık hizmetine başvuran ve tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalarda anormal bağlanma tarzı saptamışlardır.[44] Yazarlar bu durumu, bu kişilerin çocukluklarında güvenli bir bağlanma geliştirememiş olmaları nedeniyle ileriki yaşlarında çevrelerindeki insanlardan ilgi bekleyen tutumlarına bağlamaktadırlar. Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalar tıbbi yardım arama davranışı ile bir anlamda ço-

cukluklarında eksik kalan ilgiyi sağlık çalışanlarından sağlamaya yönelmektedirler.[44]

Artmış bedensel belirtilerin yüksek nörotisizm seviyeleri ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu bildirilmiştir.[45,46] Bu kişilik ölçümlerinde yüksek puan alan hastalar daha fazla olumsuz duygu tarif etmekte (örneğin öfke, depresyon, anksiyete), zaman içinde daha fazla olumsuz yaşam olayı bildirmekte ve olumsuz bir yaşam olayı ile karşılaştıklarında daha kolay birinci eksen psikiyatrik bozukluğu geliştirebilmektedirler. Kişilik bozukluğu olan hastalar yaşam sorunlarıyla baş etmekte sıklıkla bir güçsüzlük duygusu yaşayabilirler, bedensel belirtiler de onların sıkıntısını ve algıladıkları çaresizliği ifade etmenin bir aracı olabilir. Bedensel belirtiler, bazı çevrelerde güç sahibi olmanın, destek bulmanın tek kaynağı olabilir, kişi ancak bunlarla aile üyelerinin desteğini sağlayabilir. Ağrı, aileden destek görmenin ve bunu artırmanın veya mali destek sağlamanın (malûllük ödemeleri) tek yolu olabilir.[3,15] Çeşitli çalışmalarda bildirildiği gibi bazı kişilik bozuklukları bedenselleştirmeye yatkınlık oluşturmaktadır.[47-49] Nörotisizm, içe dönüklük, aşın duyarlılık, bağımlılık, düşük benlik saygısı, kendine güvensizlik, kırılabilirlik gibi kişilik özelliği olanlarda bedensel işlevlere odaklanmanın daha fazla bulunduğu bildirilmektedir.[50,51] Bir başka çalışmada bu hastalar; genellikle duygularını tam olarak ifade edemeyen, histriyonik ve obsesif özellikler gösteren, çeşitli derecelerde de mazoşistik, baskılanmış öfke, suçluluk ve cezayı hak ettiği düşünceleri olan ve bağımlı kişilik özellikleri olan kişilerdir.[52]

Ayrıca bedenselleştiren hastalarda patolojik narsisizme vurgu yapılan çalışmalar da mevcut olup, normal narsisizmde de kişiler arası ilişkilerde pozitif benlik saygısı esastır. Patolojik narsisizm ve somatizasyon bozukluğunda ise fakirleşmiş kişiler arası ilişkiler, diğer kişilerin hissettiklerine karşı daha az empati yapma ve sıklıkla diğer kişilere yalancı bir bağlılık görülür. Beğenilme takdir edilme beklentisi içinde olan bu kişilerin benlik saygısı giderek örselebilir.[53] Ülkemizde bedenselleştiren hastalarda birlikte görülen kişilik bozukluklarını belirlemek için yapılan bir araştırmada, sıklık sırasına göre, obsesif kompulsif, narsisistik, bağımlı, histriyonik, pasif agresif, borderline, çekingen, paranoid ve antisosyal kişilik bozukluğu olarak bulunmuştur.[54]

Sonuç olarak; bedenselleştiren hastaların kişilik bozuklukları C kümesinde daha fazla olmak üzere her türlü kişilik yapısında görülebileceğini, bu hastalara yaklaşımda ve tedavilerinin planlamasında başarılı sonuçlar elde etmek için sosyodemografik özellikler ve Eksen 1 tanıları kadar Eksen 2 tanıları ve diğer kişilik özelliklerinin de dikkate alınmasının zorunlu olduğunu öngörmektedirler.[55,56]

Aleksitimi ile olan ilişkisi

Aleksitimi; duygulan belirleme ve tanımlama zorluğu olarak tanımlanabilir. Aleksitimik kişilerin bedenselleştirmeye eğiliminin fazla olduğu, duyguların tanımada ve söze dökmede yetersizlik yaşadığı kabul edilmektedir. Aleksitiminin normal kişilerde %5 oranında, bronşial astım (%42), hipertansiyon (%41-47), romatoid artrit (%27.5) gibi çeşitli psikosomatik hastalıklarda ise daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir.[57] Yapılan çalışmalarda bedenselleştiren hastalardaki aleksitimi oranını %64.2 olarak yüksek bulmuşlardır. Bu bulgulara dayanarak aleksitiminin bedenselleştirmeye yatkınlık yaratan bir kişilik boyutu olduğu söylenebilir. Ancak her bedenselleştirmede aleksitimik özellik gözlenmediği gibi, her aleksitimik insanda da bedenselleştirme görülmemesi nedeniyle, aleksitiminin bedenselleştirme için temel bir etmen olduğu düşünülmemelidir.[58] Kellner'in ifade ettiği gibi aleksitimi kişinin bedensel duyularını yorumlaması ile ilgili birçok süreçten biri gibi görünmektedir.[18] Yine birçok çalışmada aleksitiminin erkeklerde daha yaygın görüldüğü, anksiyete ve depresyonda sık görüldüğü, az gelişmiş ülkelerde daha sık rastlanabileceği ve aleksitiminin yaş, öğrenim düzeyi ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerle ilişkili olduğu bildirilirken bazı çalışmalarda da bu ilişkinin tartışmalı olduğu bildirilmektedir.[19,58,59] Özen ve arkadaşlarının bedenselleştiren hastalarda yaptıkları çalışmada aleksitiminin cinsiyet ve fiziksel yakınma süresi açısından farklı olmadığı, düşük eğitim düzeyi ve depresyon ile ilişkili olabileceğini ancak özellikle anksiyete ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.[54]

Deary ve arkadaşları tıbben açıklanamayan belirtileri olan 224 denekte aleksitimi ile tıbben açıklanamayan belirtiler arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada olumsuz duygulanımın da tıbben açıklanamayan belirtiler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yazarlar olumsuz duygulanım ve aleksitiminin tıbben açıklanamayan belirtiler gösteren hastalarda birlikte işlev göstererek belirtilerin saptanmasını ve tanınmasını sağladığını öne sürmektedirler. Bu çalışmada aleksitiminin duyguları tanıma ve ifade etme boyutu tıbben açıklanamayan belirtilerle ilişki bulunurken somut düşünce/dışa yönelik düşüncenin boyutunun tıbben açıklanamayan belirtiler ile ilişkisiz olduğu gösterilmiştir.[60] Tıbben açıklanamayan belirtileri olan 35 hasta üzerinde yapılmış aleksitimi araştırmasında hastaların duygulanımın bedensel bileşeni olarak ortaya çıkan fiziksel duyularını tanımakta zorlandığı bulunmuş, bu küçük örneklemlerle çalışmada duygulan tanıma güçlüğüne tıbben açıklanamayan belirtilere yol açabileceği düşüncesini destekleyen sonuçlar elde edilmiştir.

Ayrıca aleksitiminin anksiyete ve depresyondan bağımsız olarak işlevsel belirtilere yol açabileceğini ya da onlara zemin hazırlayabileceğini belirtmişlerdir.[61] Benzer bir çalışmada, sıkıntının bedensel dışı vurumunu kolaylaştıran özelliklerden aleksitimi açısından depresyon ve tıbben açıklanamayan belirtileri olan grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.[62] Depresyon grubu yüksek depresyon ve anksiyete puanları nedeniyle bedensel duyularına dikkat kesilebilir, duygularını tanıma ve ifade etme güçlüğü yaşayabilirler. Oysa tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların anksiyete ve depresyondan bağımsız bir biçimde, bir durum değil daha çok yapısal bir özellik olarak adı geçen kişilik yapılarını gösterdiği düşünülmüştür.[63]

Kooiman ve arkadaşları psikiyatrik olmayan bir klinik örneklemede, tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların organik kökenli hastalara göre daha fazla (yaklaşık iki katı) psikiyatrik bozukluk gösterdiğini ancak daha aleksitimik olmadığını bulmuşlardır. Bu çalışmada tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalarda aleksitimi ne öznel sağlık yaşantısıyla ne de sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilişkili bulunmuştur.[64] 137 kişilik bir toplum örnekleminde anksiyete ve depresyon kontrol edildiğinde bedensel yakınmalar ile aleksitimi arasında bir ilişki saptanamamıştır. Yazarlar aleksitiminin bedenselleştirmeyle ilgili olmadığı ya da öz bildirim ölçeklerinin aleksitimik bireylerin duygularını anlayıp tanımlamada özgül zorlukları nedeniyle aleksitimi tam olarak ölçmediği düşüncesine ulaşmaktadırlar.[65] Aslında aleksitimi zihinsel belirtileri veya bedenselleştirme ile ilişki içerisindedir. Ancak tam anlamı ile deneysel bir araştırma henüz aleksitiminin bedenselleştirme için bir ön hazırlayıcı faktör olduğunu kanıtlanamamıştır. Anlaşılacağı gibi aleksitimi ve tıbben açıklanamayan belirtiler ile ilişkisi konusunda birbirleriyle çelişen sonuçlar vardır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Birincil ve Üçüncül Sağlık Hizmetlerindeki Şiddeti

Birinci basamak sağlık hizmetleri toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Sağlık ocağındaki hizmetler bu tür hizmetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaneler gibi yataklı tedavi kuruluşlarını kapsar. Bu hizmeti veren yerlerin temel işlevi, birinci basamak sağlık kuruluşundan sevk edilen hastalara hizmet vermektir. İleri derecede uzmanlaşmış sağlık kuruluşları tarafından yapılan bakım hizmetlerine ise üçüncül bakım adı verilir.[66] Tıbben açıklama-

namayan belirtiler birincil bakımda sürekli tedavi olanlar arasında yaygındırlar ve yapılan çalışmalarda tıbben açıklanamayan belirtileri için sekonder bakım için sürekli başvuruda buldukları, konsültasyonların hatırı sayılır bir miktarını oluşturduklarını göstermişlerdir.[31,67]

Birinci basamak sağlık hizmeti hastaları içinden daha inatçı ve yetiyitimine yol açan belirtiler geliştirenler uzman kliniklere yönlendirilirler. İkincil ve üçüncül sağlık bakımı hizmetlerinde tıbben açıklanamayan belirtilerin sayıca ve şiddetçe arttığı bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığı olup da açıklanamayan bedensel belirtilerle veya abartılı algılanan kronik tıbbi hastalıklar belirtileriyle gelen hastalar önemli derecede tıbbi masrafa yol açmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetini çok sık kullanan 1000 hasta üzerinde yapılan bir çalışma, hastaların yaklaşık yarısının önemli derecede ruhsal sıkıntısı (distress) olduğunu göstermiştir.[15] Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalar, hekimler tarafından sıklıkla, zor ve hayal kırıklığı yaratan kişiler olarak değerlendirilmektedirler. Bu şekilde nitelenen hastaların sağlık hizmetlerini çok daha sık kullandıkları bulunmuştur.[5]

Reid ve arkadaşlarının çalışmalarında tıbben açıklanamayan belirtilere sahip hastaların sekonder bakım ünitelerinde sürekli tedavi arayışında olan, psikiyatrik morbiditeye sahip olduklarını, aynı zamanda takiplerinde belirgin şekilde bozuk fiziksel ve sosyal işlev bozukluğu olduğunu göstermişlerdir.[68] Ayrıca bu hastaların büyük oranda sağlık hizmetlerinden büyük oranda faydalanmaya devam ettiklerini göstermişlerdir. Bu çalışmalarında, hastaların en az üç yıl boyunca takiplerinde farklı sağlık hizmetlerinden müracaatlarına devam ettikleri görülmüş olup, bu durum göstermektedir ki, tıbben açıklanamayan belirtiler kronik problemler olarak kalmaktadır. Ancak bu çalışmada ilginç olan bu grubun kaza ve acil polikliniklerine başvuru yapmamalarıdır. Bunun nedenin belirsiz olduğunu, bir olasılığın da hastaların düzenli aldıkları randevuların sıklığının acil servislere başvuru gereksinime algıyı azaltmış olabileceğini belirtmektedirler. Sonuç olarak çalışmalarında, tıbben açıklanamayan belirtilere sahip hastalar belirgin derecede düşük gelire sahiptirler, etkili bir tedavileri yoktur, zor hastalardır, sürekli hizmet arayışındadırlar, geniş tetkiklere, araştırmalara ve tıbbi tedavilere maruz kalmaktadırlar ve faydalanmalarındaki belirsizlik de açıktır. [68]

Toplumsal Davranış Olarak Tıbben Açıklanamayan Belirtiler

Belirtiler aynı zamanda hasta olmakla da değer kazanır, büyütülmeyi hak ederler. Kişinin hasta rolünü benimsemesi bazı yaygın değişikliklere (işsizlik,

farklı toplumsal ilişkiler ve aile dinamiği, tıbbi yardım arama gibi) yol açarak belirtilerin büyütülmesine zemin hazırlar. Aile üyelerinin, işverenin veya hekimin hastanın hastalık davranışına gösterdiği tepkiler belirtilerin azalıp artmasına ve bir süreğenlik kazanmasına yol açar. Bu kişi hasta olarak etiketlendiği zaman, ona iyileşmesini geciktiren tarzda davranılır; adeta kişiden hastalığın devam ettirmesi beklenir ve bu yüzden belirtiler kalıcı olur. Hastalık davranışı "bireylerin kendi sağlık durumlarını yaşama, algılama, değerlendirme ve ona tepki verme biçimleri" olarak adlandırılır. Hasta geçmiş deneyimlerinden hastalık davranışını öğrenir. Anormal hastalık davranışı ise uygun ve uyum sağlamaya dönük olmayan, hekimin verdiği tüm bilgilere ve sunduğu kanıtlara rağmen ısrar eden, kişinin sağlığı hakkında düşünme biçiminin anormal olduğu bir durumu tarif etmektedir.[58,69,70]

Normal hastalık davranışında hekim hastanın nesnel patolojisinin onun ümit ettiği hasta rolüne yerleştiremeyeceğini düşünür, öte yandan hasta da hekimin sorunu açıklama biçiminden tatmin olmaz.[12] Anlaşılabilceği gibi bedenlerimiz aynı zamanda toplumsal iletişim için önemli vasıtalarlardır. O yüzden tıbben açıklanamayan belirtiler sosyokültürel bağlanımda değerlendirmek ayrı bir önem taşımaktadır.

Anksiyete ve Depresyonun Etkisi

Hekimler benzer doku patolojisine sahip hastalar arasında belirtilerini algılama ve işlevsel bozulma dereceleri bakımından önemli farklılıklar olduğunu gözleyebilirler.[3] Bazı hastalar, hastalıktan kaynaklanan psikolojik olayları en aza indirger, bazıları ise bunları abartır. Birlikte görülen psikiyatrik hastalıklar ve gerilimli bir yaşam sürme genellikle bu abartma ile ilgilidir. Eştanlı psikiyatrik hastalık ve zorlayıcı yaşam olaylarının sıklıkla bedensel belirtilerin büyütülmesine yol açtığı bildirilmiştir.[3,71]

Depresif hastaların olumsuz ve kötümser bilişsel şemalarının onların hastalıkla ilgili olumsuz bir görüş geliştirmelerine ve bedensel duyumlarını abartılı bir biçimde algılamalarına yol açtığı bildirilmiştir.[72]Ancak toplum örneklemelerinde eşlik eden psikolojik sorunlar ve ayırt edici kişilik özellikleri için daha az kanıt vardır.[21] Kliniklere başvuran tıbben açıklanamayan belirtiler gösteren hastalarda yüksek oranda görülen psikiyatrik morbidite, psikiyatrik sıkıntının yardım arama davranışı üzerine etkisiyle açıklanabilir.

Panik bozukluğu hastaları da anksiyete atakları sırasında yaşadıkları yaygın bedensel yakınma ve tıbbi belirtiler nedeniyle tıp hizmetlerini çok sık kullanmaktadırlar.[73] Kirmayer ve arkadaşları major depresyon ve anksiyete bozuk-

lukları olan hastaların çoğunluğunun (%70-80) birincil sağlık hizmetine bedensel yakınmalarla başvurduklarını yazmaktadırlar. Bunun ayrı bir psikopatoloji gibi düşünülerek bedenselleştirme olarak isimlendirilmesi yanlıştır, zira bedensel ve duygusal belirtiler aynı hastada bir arada ve birbiriyle ilişkili olarak görülebilmektedir. Yani fizyolojik ve psikolojik süreçler bütün belirti üretimi ve algılamalarında var olduğundan, belirtileri "psikojenik" ve "somatojenik" olarak ayırmak verimli olmamaktadır.[74]

Simon ve arkadaşları 14 ülkede yürütülen Dünya Sağlık Örgütü çalışması verilerine dayanarak depresyonla açıklanamayan bedensel belirtiler arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu ve bu durumun tüm merkezler için geçerli olduğunu göstermişlerdir. Depresyon ve anksiyetenin en yaygın bedensel belirtileri kas-iskelet sistemi ağrısı ve yorgunluktur. Bu belirti tüm dünyadaki birincil sağlık hizmeti ortamlarında aynıdır.[75] Bu tür bedensel görünümeler bir tür "bilet davranışı" işlevi görürler: Bedensel yakınma bir hekimden yardım almak için uygun ve etiketlenmeyeceği bir neden olarak görülür. Kişi hastalığının sosyal ve psikolojik nedenlerinin farkında olsa bile bedensel yakınmayı daha meşru bulabilir.[76,77] İşlevsel somatik sendrom hastalarında da psikiyatrik bozukluklar artmış yaygınlıkta görülmektedir. Ancak bu iki durum arasındaki neden-sonuç ilişkisi üzerine tartışmalar sürmektedir, hangisinin diğerini öncelediğini belirlemek zordur. Bununla birlikte, birinci eksen psikiyatrik tamlar (özellikle anksiyete, depresif ve somatoform bozukluklar) hem genel nüfusa hem de bedensel olarak hasta olan gruba oranla anlamlı derecede yüksektir. Sözelimi fibromyalji hastalarında psikiyatrik belirti ve tamlar romatoid artrit hastalarına ve sağlıklı kişilere oranla anlamlı derecede daha fazladır.[12]

Kronik tıbbi hastalığı olanlar, belirgin biçimde yüksek oranda psikiyatrik hastalıklara eğilimlidirler ve birlikte seyreden tıbbi ve psikiyatrik hastalığı olan hastaların fiziksel belirtileri abartma eğilimi, ilk muayeneyi yapan hekimler için tam açısından kafa karıştırıcı olabilir ve kapsamlı tıbbi testler yapılmasına neden olabilir. Örneğin, depresyonla birlikte seyreden tip 2 diyabetli hastalarda, birlikte seyreden hastalığı olmayan hastalara göre, diyabet ve diğer tıbbi bozuklukların şiddetinin ayarlanmasından sonra bile, ilk muayene maliyetlerinin %51, ayakta tedavi maliyetinin %75 ve toplam sağlık hizmeti maliyetinin %86 daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Maliyetlerdeki bu artış muhtemelen, depresif ve anksiyeteli hastalardaki fiziksel belirtilerin artışı ile açıklanabilir. Lustman ve arkadaşları anksiyete ve depresif bozuklukları olan diyabetik hastaların, kötü diyabet bakımı nedeniyle ortaya çıkan, psikiyatrik bozukluğu olmayan diyabetik hastalara kıyasla, 13'den fazla belirtiyeye sahip olduğunu

göstermiştir, ancak Hb A1c seviyeleri, belirtilerdeki farklar ile ilişkili değildir.[78] Sullivan ve arkadaşları koroner kalp hastalığı belgelenmiş hastalarda, anksiyete ve depresif belirtilerin görülecek belirti şiddetini ve işlev kaybını 5 yıl öncesinden haber verdiğini bildirmişlerdir. Bu öngörü belirtileri, koroner hastalığın ve kardiyak tedavi yöntemleri ile şiddetinin ayarlanmasından sonra da belirgin kalır.[79] Benzer biçimde, Walker ve arkadaşları anksiyete ve depresif bozuklukların birlikte görüldüğü iltihabi kolon hastalarının, hastalığın şiddetinin ayarlanmasından sonra, psikiyatrik hastalığı olmayan iltihabi kolon hastalarına kıyasla, kayda değer biçimde daha fazla gastrointestinal, gastrointestinal olmayan belirtiler ve işlevsel bozukluklar gösterdiğini bildirmişlerdir.[6]

Tibben Açıklanamayan Sendromlarda Belirtilerin Örtüşmesi

Aaron ve Buchwald açıklanamayan klinik durumlar arasında dikkat çekici bir örtüşme olduğunu yazmaktadırlar. Bu araştırmacılar ayrıca, son beş yıl içinde yapılmış konuyla ilgili yayınları gözden geçirdiklerinde açıklanamayan bir klinik durumu olan hastaların bir başka açıklanamayan klinik durumun ölçütlerini yüksek oranda karşıladıklarını bulmuşlardır. Muayenede hassas noktalar, azalmış ağrı eşiği ve toleransı en yaygın ve tutarlı nesnel belirtiler olarak saptanmıştır. Bununla birlikte bu hastalıkları birbirine bağlayan fizyoloji bilgisi yetersiz kalmaktadır.[80]

Fonksiyonel somatik belirti ve sendromlar büyük sağlık sorunlarıdır, bunlar yaygındırlar, kalıcı, günlük hayatı engelleyici ve masraflı olabilirler. Mevcut yayınlar, kronik yorgunluk sendromu, fibromyalji, irritabl barsak sendromu, kronik pelvik ağrı, fonksiyonel dispepsi, atipik göğüs ağrısı, gerilim tipi baş ağrısı, hiperventilasyon sendromu ve temporomandibuler bozukluk gibi pek çok açıklanamayan klinik durumun demografik, klinik ve psikososyal özellikleri kadar nesnel belirtilerinin de ortak olduğunu göstermektedir. Hastalara bu tanılardan birinin konulması var olan hastalıktan daha çok ana belirtiyeye ve klinisyenin uzmanlık dalına bağlı gibi görünmektedir.[81]

Fizik-tedavi ve Rehabilitasyon uzmanları için ciddi kas ağrısı ve hassasiyet fibromyaljidir, gastroenteroloji uzmanları için karın ağrısı ve barsak düzeninin bozulması irritabl barsak sendromu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları için kronik yorgunluk ve kas ağrısı postviral veya kronik yorgunluk sendromudur. Kısaca belirtilmesi gerekirse, özgül fonksiyonel sendromların farklılığı uzmanların hastalar arasındaki gerçek farklılıklardan ziyade sadece kendi uzmanlıklarında tanımlanmış olan semptomlarına yoğunlaşma eğilimlerini yansıtır.[81]

Bu durumlar fenomenolojik olarak birbirine benzediğinden; sıklıkla aynı kişi, aynı anda birkaç işlevsel somatik sendromun ölçütlerini karşılayabilmektedir. Fibromyalji ve kronik yorgunluk sendromu, fibromyalji ve irritabl barsak sendromu, çoğul kimyasal madde duyarlılığı, irritabl barsak sendromu ve Körfez savaşı sendromu arasında önemli ölçüde örtüşme bildirilmiştir.[82] Zaman içinde aynı kişi kendisinde farklı işlevsel somatik sendromlar bulunduğu inanabilir ve bu durum, patoplastisite olarak isimlendirilir. Çeşitli işlevsel somatik sendromların sıklıkla görülen belirtileri şöyle sıralanabilir: yorgunluk, zayıflık, uyku bozukluğu, baş ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı, bellek, dikkat ve yoğunlaşma sorunları, anksiyete, depresyon, huzursuzluk, çarpıntılar, nefes daralması, baş dönmesi, boğaz ağrısı, ağız kuruması, menstruasyon ve cinsel ilişki sırasında ağrılar.[82]

Çeşitli işlevsel somatik sendromların belirtileri büyük oranda birbirine benzemekte ve bu belirtiler iki önemli özelliği paylaşmaktadır: Yaygın ve müphemdirler, özgül değildirler ve sağlıklı, hasta olmayan kişilerde de yaygın bir biçimde görülmektedirler.[83] Patolojisi tıbben açıklanamayan sendromların barındırdığı birçok sendrom olmasına karşın, nadiren klinisyenin karşısına tek halde çıkar, hastanın birden çok durumu vardır, çünkü hasta aynı zamanda birden çok hastalığın ölçütünü taşıyan semptomlar barındırır .

Tıbben Açıklanamayan Sendromlarda Tanısal Yaklaşım

Tıbben açıklanamayan sendromları birbirinden ayırt etmeyi sağlayacak, böylece önlenebilir risk faktörlerini, hastalığa özgül tedavinin verilmesini, prediktörlerinin belirlenmesini sağlayacak güvenilir bir yöntem yoktur. Bu yüzden hekim tıbben açıklanamayan sendromlu hasta geldiğinde bir belirsizlik ile karşı karşıya kalmaktadır. Fizyolojik özellikler, kişisel faktörler, tıbben açıklanamayan sendromlar ve onunla ilişkili stres ve düşkünlük, bir kompleks yapı oluşturmakta ve tek başına dolaylı ya da doğrusal bir etiyolojik faktör ya da ilişki bulunmamaktadır. Mantıklı ve etik yaklaşım, etyolojik heterojeniteyi, orta düzeyde tıbbi belirsizliği klinisyen göz önünde bulundurmak ve gerçeği ortaya çıkarıcı, geçerli, hastanın görüşünü de iyi bir iletişimle değerlendirerek, olası tıbben açıklanamayan sendromların tedavi planını yürürlüğe koymalıdır.[24]

Geçmiş Tıbbi Öykünün Alınması

Son 5 yıllık muayene sayısı, hekim sayısı, cerrahi müdahaleler ve endikasyonları, kronik ağrı ve psikososyal problemler not edilmelidir. Hastanın tanımla-

maları dinlenmelidir; kronik tıbben açıklanamayan sendromlu hastaların önceki hekimi ile ilişkisi, hekimin hastayı abartılı şekilde hor görmesi, gereğinden fazla iyimser yaklaşım gibi konular yeni hekimle olan ilişkisini etkileyecektir. Hastanın geçmiş psikiyatrik öyküsü (madde kötüye kullanımı, hospitalizasyonlar, medikasyonlar, özkıyım girişimleri, şiddet eylemleri, işlediği suçlar, psikoterapi), çocukluk hayatındaki yanlış olaylar (çocuk kötü muamele, ihmal, anne- babanın ölümü, kronik hastalıklar) açıklığa kavuşturulmalıdır. Ailede depresyon öyküsü, anksiyete, madde kötüye kullanımı, intihar, suç, somatizasyon sorgulanmalıdır. Çekirdek ailedeki kronik hastalık ya da fizik düşkünlük varlığı hastanın bunu öğrenmiş olabileceğine işaret edebilir.[24]

Laboratuvar ve Tanısal Yaklaşımlar

Laboratuvar testleri, tıbben açıklanamayan sendromların tanınmasında zayıf ama önemlidir. Yanlış pozitif sonuçlar, istenecek test sayısını artırır. Dışlama amaçlı kullanılıp, tam konulmasına yardımcı olmazsa yanlış pozitif sonuçlar artış gösterir. Dışlayıcı testler yanlış kullanılabilirler. Bu yüzden, testlerde konservatif yaklaşım önerilmektedir. Hastanın fizik muayene bulguları ve klasik belirtileri ışığında laboratuvar testleri istenmeli, normal ya da aynı sonuç verecek testler, klinik açıdan bir değişiklik olmadıkça tekrarlanmamalıdır. Bazen, eski test ve değerlendirmeler hastanın yeniden değerlendirilmesinde laboratuvar testleri istenmesini gerektirmeyebilir. Testler ve görüntüleme teknikleri istenecekse özenle düşünülerek istenmelidir.[24]

Tedavi

Sosyokültürel Bakış

Hekimin ilk görevi tıbben açıklanamayan belirti gösteren hastalarda biyotıbbın temel ikiliğinin telkin ettiği ya da ikilemini aşmaktır.[1] Hastalar bedensel belirtilerini tamamen ruhsal olarak gören hekimlere geri dönmeyebilirler. Zaten pek çok hasta da sorunlarının kökeninde psikososyal nedenlerin yattığını kabul etmektedir. Klinisyen öncelikle belirtilerin bedensel niteliğini ve gerçekliğini kabul ederek işe başlamalıdır. Bu temel bilgilendirmeden sonra bedensel belirtilerle başa çıkmak ve yeti yitimini azaltmak için ruhsal ve toplumsal stratejiler uygulamaya konulabilir. Hastalar bedensel sıkıntıyı hafifletmeye dönük etkili bir şeyler yapıldığını gördüklerinde, toplumsal ve ruhsal sorunlarını da bir psikoterapi görüşmesinde konuşmaya hazır olacaklardır. Hastanın sorununun toplumsal boyutlarının farkında olmak, klinisyenlerin

terapötik işbirliği geliştirmelerini ve birkaç basmakta hastanın sıkıntısını hafifletmelerini kolaylaştıracaktır [1];

1. Hastanın ızdırabının derecesini ve bedensel belirtilerini dikkatlice araştırın.
2. Hastaya bu hastalığı kendisinin üretmediğini söyleyerek hastalığını meşrulaştırın.
3. Hastaya belirtilerinin olası nedenlerini anlayabileceği bir biçimde anlatın
4. Tanıyı koyup hastayı başınızdan savmak yerine, hasta için uzun vadede ulaşılabilir bir durumda olun
5. Hastayı davranışçı-bilişsel stratejilerle belirtilerin yeniden yorumlanması, sıkıntıyla başa çıkma ve yetiyitiminin azaltılması konusunda eğitin.
6. Bu bireysel tedavi yeterli değilse, tedavi direncini ve süreğenliği açıklayacak, etki edebilecek başka etkenleri araştırın ve aile ya da daha geniş toplumsal ortama müdahale edin.

Tıbben açıklanamayan belirti gösteren hastalar ile kurulacak hasta-hekim ilişkisinde güvence veren tutum ile belirsizliği kabul arasında iyi bir denge kurabilmek gerekir. [84]

Tedavide Genel İlkeler

Hastayı dinlemek önemlidir. Tüm hastalar hekimlerinin kendilerini dinlemesini ve yakınmalarını ciddiye almasını isterler. Dinleyebilmek, iyi hekimliğin olmazsa olmaz kuralı olmakla birlikte hastanın belirtilerinin işlevsel olduğu düşünüldüğünde ihmal edilen bir edimdir. Hastayı iyi dinlemek ve belirtilerini "böyle bir şey yok" ya da "bunların hepsi kafanızda" diyerek geçiştirmek hekim-hasta ilişkisini yararlar.[85]

Hastanın beklenti ve ilgileri ne olursa olsun hekim ve hastanın tedavinin amaçları üzerine anlaşmaları gerekir. Değerlendirmede özet olarak, hastanın yakınmalarının doğası ve hastanın ne istediği belirlenir, hastalıkla ilgili inanç ve korkulan aydınlatılır, organik hastalık dışlanır, duygusal bozukluk ve sıkıntıları saptanır, ilgili ruhsal ve toplumsal zorlayıcılar belirlenir.[85]

Doyurucu bir hekim-hasta ilişkisi tedavi başarısı için şarttır. Hastanın beklentileriyle hekimin verebildikleri arasında bir uyumsuzluk çoğu zaman hasta-hekim ilişkisini çıkmaza sokar. Hastaya bir açıklama yapmadan önce onun belirtileriyle ilgili ne düşündüğünü dinlemek ve ona anlaşıldığını hissettirmek gerekir. Hastanın açıklaması hekimin açıklamasına yakın olabileceği gibi tü-

müyle tuhaf bir açıklama da olabilir. Yapılması gereken ilk şey hastanın hatalı inançlarını düzeltmektir. Hekimin bu konuda duyarlı davranması hastanın yanlış anlaşıldığı ya da aşağılandığı duygusuna kapılmasını önleyecektir. Bir sonraki basamak hastayı belirtilerin gerçek nedenleriyle ilgili olumlu bir biçimde, bilgilendirmektir.[85]

Mümkün olduğu zaman hastanın psikolojik ve fizyolojik olarak da bilgilendirilmesi yerinde olmakla birlikte klinisyenin kesin olarak bilinen ve kanıt içeren konularda açıklama yapması, aksi halde bilmediğini kabul etmesi beklenir. Tibben açıklanamayan belirtileri gösteren hastaların yeni ve yararlı bilgi sağlamayacaksa tıbbi muayene ve tetkiklerden, hatta görüşlerden uzak tutulması bunların sınırlandırılması yararlı olur.[85]

Tibben açıklanamayan/işlevsel belirtileri olan hastalarda yapılmaması gerekenler şöyle özetlenebilir;

1. "Bütün belirtiler kafanızda" iması
2. Hastanın ruhsal durum muayenesinin ihmalı
3. Hastanın korku ve inançlarının aydınlatılmaması
4. Hastaya güvence vermek amacıyla aşırı tetkik yaptırılması

Çok sayıda süregelen belirtileri olan hastalar, hastalıkla ilgili güçlü korku ve inançları olan hastalar, yeni yakınmalar uyduran hastalar zor hasta kategorisinde değerlendirilebilir. [85]

Antidepresan İlaç Tedavisi ve Psikoterapi

O'Malley ve arkadaşları açıklanamayan belirti ve belirti sendromlarında antidepresan ilaçların etkisini araştıran 94 çalışmanın metanalizini yapmışlardır. Bu çalışmaların üçte ikisinde antidepresanların etkili olduğu gösterilmiştir. Antidepresan ilaç alan hastalar plasebo alan hastalara oranla üç kat daha fazla belirtilerde düzelmeye göstermektedirler. Bu yarar altı ayı belirti sendromunda da bulunmuştur. Antidepresan ilaçların etkisi bu grupta depresif bozukluk varlığından bağımsız gözükmektedir. Yine de araştırmalardaki yöntemsel sorunlar, bu etkinin depresif hastalıklardan tümüyle bağımsız olduğuna dair ikna edici kanıtlar sunmamaktadır.[86]

Antidepresan ilaçların ağrı sendromunda bir rolü olabileceğine ilişkin çalışmalar vardır; ancak kronik yorgunluk, fibromyalji ve diğer yaygın klinik sorunlarda belirgin major depresif belirtiler olmadığı zaman kullanımları kısıtlıdır.[87] Kroenke ve Swindle bedenselleştiren ve belirti sendromu olan hastalarda psikoterapinin etkililiğini değerlendirmişlerdir. Gözden geçirilen 27 randomize klinik çalışmanın %70'inde, bilişsel davranışçı tedaviler, belirtileri

azaltma açısından karşılaştırıldığı diğer tedavilere üstün bulunmuştur.[88] Bu tedaviler hastalığı besleyen inanç ve tutundan değiştirerek hastaya yardımcı olmaktadır. Bu hasta grubunda en yaygın terapiler davranışçı ve bilişsel-davranışçı tedaviler, farkındalık yaratma ve psikoeğitimidir.[89-93]

Sonuç

Tıbben açıklanamayan belirtiler toplum içinde fazlasıyla yaygındır, fakat çoğu durumda yardım arama davranışına yol açmaz ve bir psikiyatrik bozukluğu göstermez. Toplum içindeki pek çok işlevsel belirti olasılıkla basit ilaçlar alarak, ya da onları yok sayarak, normal kabul edilerek geçiştirilmektedir. Zorlayıcı bir yaşam olayı veya major psikiyatrik bozukluk üstte bindiğinde bu bileşim yardım arama davranışını beraberinde getirmektedir. Öyleyse klinik örneklerle bakıldığında, tıbben açıklanamayan veya işlevsel somatik sendrom gruplarında görülen yüksek psikiyatrik morbidite oranı, yardım arama davranışının bir bileşeni olabilir. Baş ağrısı, dispepsi ve yorgunluk gibi belirtiler toplumda yaygın olarak bulunmaktadır.

Özellikle birinci sağlık hizmetlerinde bedensel belirtilerin büyük çoğunluğu organik bir hastalıkla ilişkili değildir. Bu belirtiler sıklıkla ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine de yakınma olarak getirilmekte zaman zaman ciddi yetiyetimine yol açmaktadır. Erken dönem aile ortamı, daha önceki hastalık yaşantısı ve bazı kişilik özellikleri, kişinin tıbben açıklanamayan belirtiler geliştirmesine yol açabilir. Ruhsal sıkıntı ya da psikiyatrik bozukluk varlığı, bedensel bir hastalık olsun ya da olmasın sağlık hizmetini daha fazla kullanmaya yol açabilmektedir. Ayrıca belirti sayısı psikiyatrik bozuklukla ilişkilidir ve bu ilişki uzman kliniklerine doğru gittikçe daha da güçlenmektedir. Klinisyen bedensel yaşantının toplumsal ve kültürel etkenler tarafından biçimlenebileceğinin de farkında olmalı ve hastayı belirtilerinin gerçekliği ve bedensel doğası hakkında bilgilendirmelidir. Aynı zamanda hastaya anlaşıldığını hissettirmeli ve onunla işbirliğine dayalı bir ilişki kurmalıdır ki hastalığıyla ilgili bazı yanlış düşüncelerini düzeltebilsin. Antidepresan tedavi ve bilişsel davranışçı psikoterapi açıklanamayan belirtileri olan hasta grubunda orta derecede etkili bulunmuştur. Ayrıca bu belirtiler bize Batı biyotıbbında uzun zamandır var olan zihin-beden ikiliği düşüncesini sorgulamakta yardımcı olabilir. Batı toplumunda kişinin bedenine yabancılaştığı, aslında bu yabancılaşmanın siyasi ve iktisadi hayatın her alanında görülebildiği, tıp kuramının da örtük bir biçimde bu yabancılaşmayı dile getirdiği söylenebilir. Tıbben açıklanamayan belirtilere yakından bakmak bir yandan da biyotıbbın açmazlarını görmemizi

sağlayabilir. Bedenin sosyokültürel bağlamını ve iletişim gücünü fark ettiğimiz yani ona olan yabancılığımızı giderdiğimiz zaman, tıbben açıklanamayan belirtileri de daha iyi anlayacağımızı söyleyebiliriz.

Kaynaklar

1. Ralph DR, Charles CE. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist* 2004; 10:18-30.
2. Carson AL, Brigitte R, Stone J. Do medically unexplained symptoms matter? a prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68:207-210.
3. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatry disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Ann Intern Med* 2001; 134: 917-925.
4. Hahn SR, Thomson KS, Wills TA. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:647-657.
5. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med* 1991; 6:241-246.
6. Walker EA, Katon WJ, Keegan D. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19:315-323.
7. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-1368.
8. Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:125-136.
9. Kirmayer LJ, Taillefer S. Somatoform disorders. In *Adult Psychopathology*, 2nd edition (Eds. M Hersen, S Turer):333-383. New York, Wiley, 1994.
10. Özen ME, Serhadlı ANZ, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:60-65.
11. Wilkie A, Wessely S. Patients with medically unexplained symptoms. *Br J Hosp Med* 1994; 51:421-427.
12. Amerikan Psikiyatrik Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
13. Dünya Sağlık Örgütü. *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması*. Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
14. Jablensky A. A comment on the mind-body problem in psychiatry. In *Somatoform Disorders: A World-wide Perspective* (Eds Y One, A Janca, M Asai, N Sartorius):3-10. Tokyo. Springer-Verlag, 1999.
15. Katon W, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:15-21.
16. Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics* 1985; 26:371- 383.

17. Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001; 134:926-930.
18. Kellner R. Somatization: theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:150-160.
19. Katon W, Ries RK, Kleinman A. A prospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Compr Psychiatry* 1984; 25:305-314.
20. Bridges KW, Goldberg DP, Evans B, Sharpe T. Determinants of somatization in primary care. *J Psychosom Res* 1991; 29:563-569.
21. Kirmayer RJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, cooccurrence and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:647-655.
22. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:821-833.
23. Escobar JI, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M. Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 965-967.
24. Richardson RD, Engel CC. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist* 2004; 10:18-30.
25. Tschudi-Madsen H, Kjeldsberg M, Natvig B, Ihlebaek C, Dalen I, Straand J et al. Multiple symptoms and medically unexplained symptoms: closely related concepts in general practitioners' evaluations. A linked doctor-patient study. *J Psychosom Res* 2013; 74:186-190.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV 3rd et al. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3:774-779.
27. Kroenke K, Spitzer RL, de Gruy FV, Hahn SR, Linzer M. Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:352-358.
28. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86:262-266.
29. Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and the management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *J R Coll Physicians* 1996; 30:18-20.
30. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? a prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68:207-210.
31. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: a retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 322:1-4.
32. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29:563-569.
33. Feder A, Olsson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantýgua RA. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics* 2001; 42:261-268.
34. Schappert SM. National Ambulatory Medical Care Survey: 1989 summary. *Vital Healt Stat* 1992; 13:1-80.

35. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms, their characteristics, functional health and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986; 146:69-72.
36. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorf AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 1990; 150:1685- 1689.
37. Allan T. Somatizasyonda biyolojik etkenler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 1999; 1:18-26.
38. Kellner R. *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.
39. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics* 1986; 27:327-337.
40. Rogers MP, Weinschenker N, Warshaw MG. Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics* 1996; 37:17-22.
41. Koptagel-İlal G. Somatizasyonu nasıl anlamalıyız?-psikodinamik değerlendirme- *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 1999; 1:27-33.
42. Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: results from a national birth cohort study. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1796-1800.
43. Hotopf M, Wilson-Jones C, Mayou R. Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalizations. *Br J Psychiatry* 2000; 176:273-280.
44. Taylor RE, Mann AH, White NJ. Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med* 2000; 30:931-941.
45. Ruso J, Katon W, Sullivan M. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics* 1994; 35:546-556.
46. Güleç YM, Hocaoğlu Ç, Gökçe M, Sayar K. Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısında aleksitimi, öfke ve bedensel duyuları büyütme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:14-21.
47. Lipowski ZJ. Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychosomatics* 1987; 28:294-295.
48. Fisch RZ. Masked depression: its interrelations, and conversion. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17:367-369.
49. Escobar JI, Interian A, Díaz-Martínez A, Gara M. Idiopathic physical symptoms: a common manifestation of psychiatric disorders in primary care. *CNS Spectr* 2006; 11:201-210.
50. Sharpe M, Bass C. Pathophysiological mechanism in somatization. *Int Rev Psychiatry* 1992; 4: 81-97.
51. Lipowski ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ* 1986; 135:609-614.
52. Smith RC. A clinical approach to the somatizing patient. *J Fam Pract* 1985; 4:294-301.
53. Oxman TE, Rosenberg SD, Schnurr PP, Tucher GJ. Linguistic dimensions of affect and thought in somatization disorders. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1150-1155.
54. Özen Ş, Özçetin A, Özkan M, Özbülüt Ö, Başak İ. Bedenselleştiren hastalarda eksen 2 bozuklukları, kişilik özellikleri ve aleksitimi. *Türkiye'de Psikiyatri* 1999; 2:114-122.

55. Kooiman CG. The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Compr Psychiatry* 1998; 39:152-159.
56. Taylor GJ. Recent development in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2001; 45:134-142.
57. Blanchard EB, Arena JG, Pallmeyer TP. Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychother Psychosom* 1981; 35:64-71.
58. Özen ME, Türkcän AS, Belene A, Yeşilbursa D, Yurt E. somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. *Yeni Symposium* 2009; 47:187-193.
59. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry* 1988; 39:377-385.
60. Deary IJ, Scott S, Wilson JA. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Pers Individ Diff* 1997; 22:551-564.
61. Ak İ, Sayar K, Kandemir G, Yazıcı M, Özkorumak E. Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalarda aleksitimi. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresinde Poster Sunumu s.104. Marmaris, 22-27 Ekim 2002.
62. Ak İ, Sayar K, Kandemir G, Özkorumak E, Yazıcı M. Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalarda bedensel duyumları büyütme, hipokondriyak ilgi ve aleksitimi: major Depresyon hastalarıyla bir karşılaştırma. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresinde Poster Sunumu s. 103. Marmaris, 22-27 Ekim 2002.
63. van Boven K, Lucassen P, van Ravesteijn H, olde Hartman T, Bor H, van Weel-Baumgarten E, van Weel C. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? ten-year data from a practice-based research network. *Br J Gen Pract* 2011; 61:316-325.
64. Koinman CG, Bolk JH, Brand R. Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosom Med* 2000; 62:768-778.
65. Lundh LG, Simonsson-Sarnecki M. Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *J Pers* 2001; 69:483-510.
66. Öztekin Z. Halk Sağlığı Sözlüğü. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1997.
67. Burton C, Weller D, Marsden W, Worth A, Sharpe M. A primary care symptoms clinic for patients with medically unexplained symptoms: pilot randomised trial. *BMJ* 2012; 9:509-513.
68. Reid S, Crayford A, Patel S, Wessely S, Hotopf M. Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2003; 33:519-524.
69. Peker DS. Bedensel belirtilerin klinik değerlendiriminde önemli bir ayrıntı: Psikobiyolojik ve psikososyal faktörler *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2008; 12:31-38.
70. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. New York, Wiley, 1997.
71. Güleç YM, Hocaoğlu Ç, Durmuş İ. Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı olan hastalarda psikiyatrik eşanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007; 10:7-13.
72. Rost K, Akins RN, Brown FW. The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 322-326.
73. Katon W. Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms and medical costs. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:15-21.

74. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-741.
75. Simon GE, von Korff M, Picinelli M. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1336.
76. Epstein RM, Quill TE, Mc Whiney IR. Somatization reconsidered: incorporating the patients' experience of illness. *Arch Intern Med* 1999; 159:215-222.
77. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:22-28.
78. Lustman PJ, Penckofer SM, Clouse RE. Recent advances in understanding depression in adults with diabetes. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10:495-502.
79. Sullivan MD, LaCroix AZ, Spertus JA, Hecht J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2000; 86:1135-1138.
80. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001; 134:868-881.
81. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354: 936-939.
82. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001; 51:361-367.
83. Buchwald D, Garrity D. Comprasion of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities *Arch Intern Med* 1994;154:2049-2053.
84. Sayar K. Tibben açıklanamayan belirtiler. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13:222-231.
85. Sharpe M, Bass C, Mayou R. An overview of the treatment of functional somatic symptoms. In *Treatment of Functional Somatic Symptoms* (Eds R Mayou, C Bass, M Sharpe):65-78. Oxford, Oxford University Press, 1995.
86. O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999; 48:980-990.
87. Mayou R. European concepts. In *Somatoform Disorders: a World-wide Perspective*. (Eds Y Ono, A Janca, M Asai, N Sartorius):26-37. Tokyo, Springer-Verlag, 1999.
88. Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? a critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med* 2007; 69:889-900.
89. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69:205-215.
90. López-García-Franco A, del-Cura-González MI, Caballero-Martinez L. Effectiveness of a cognitive behavioral intervention in patients with medically unexplained symptoms: cluster randomized trial. *BMC Fam Pract* 2012; 13:35.
91. Zonneveld LN, van 't Spijker A, Passchier J, van Busschbach JJ, Duivenvoorden HJ. The effectiveness of a training for patients with unexplained physical symptoms: protocol of a cognitive behavioral group training and randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2009; 9:251.

92. Zonneveld LN, van Rood YR, Timman R, Kooiman CG, Van't Spijker A, Busschbach JJ. Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. PLoS One 2012; 7:262-271.
93. van Ravesteijn H, Grutters J, Olde Hartman T, Lucassen P, Bor H, van Weel C et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a cost-effectiveness study. J Psychosom Res 2013;74:197-205.

Gökhan Kandemir, Uzm. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D, Rize; **İsmail Ak**, Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D, Trabzon.

Yazışma Adresi/Correspondence: Gökhan Kandemir, Recep Tayyip Erdoğan Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D, Rize, Turkey.

E-mail: gokhankandemir@hotmail.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol5/no4/

Çevrimiçi yayım / Published online 30 Aralık/December 30, 2013; doi:10.5455/cap.20130530
