

# Tıbben Açıklanamayan Belirtiler

Dr. Kemal SAYAR<sup>1</sup>

## ÖZET

Bedensel belirtileri için tıbbi açıklama bulunamayan hastalar genel tıp uygulamasında yaygındırlar. 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 hastalarda daha çok anksiyete ve depresyon olmak üzere yüksek oranda psikopatoloji görülür. Bu belirtiler kişilik patolojisi, çocukluk çağı zorlukları, erişkin çağı travması ve çocuklukta yaşanmış açıklanamamış tıbbi belirtilerle de ilişkilidir. Aleksitiminin bu belirtilerle ilişkisi ise tartışmalıdır. Bu belirtiler büyük oranda örtüşme gösterebilirler. Aynı kişi aynı anda bir kaç işlevsel somatik bozukluk tanı ölçütünü karşılayabilir. 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 biyotibbında uzun zamandır var olan zihin-beden ikiliği düşüncesini sorgulamakta yardımcı olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Açıklanamayan belirtiler, işlevsel belirtiler, psikopatoloji

## SUMMARY: Medically Unexplained Symptoms

Patients with physical symptoms for which no medical explanation can be found are relatively common in general practice. Patients with medically unexplained symptoms are frequently frustrating to physicians both in primary and secondary care and utilize health sources disproportionately. They frequently attend both primary care units and hospitals and are usually not satisfied with the care they receive. Medically unexplained symptoms in patient populations are strongly associated with psychiatric pathology and with anxiety and depression in particular. They are also linked to personality pathology, childhood adversity, adult trauma or medically unexplained symptoms in childhood. The predictive value of alexithymia in determining these symptoms is controversial. Patients who have high negative affectivity or neuroticism tend to score high on measures of physical symptoms. These symptoms have a high degree of co-occurrence. The same person may meet the diagnostic criteria for several functional somatic syndromes simultaneously. The clinician should be aware of the cultural and social shaping of the bodily experience of these patients and hence acknowledge the somatic nature and reality of the symptoms. The clinician should make the person feel understood and establish a positive collaborative relationship. This would enable him/her to correct misconceptions about the disease and give a positive explanation of symptoms. Antidepressant therapy and cognitive-behavioural psychotherapy have been proved to be moderately effective in this group of patients. Because of the high disability that might be caused by these symptoms, psychiatrists and primary and secondary care physicians should pay careful attention to this clinical condition. These symptoms may also aid us in challenging the long-held idea of mind-body dualism which is inherent in Western biomedicine.

**Key Words:** Symptoms, psychopathology

*Bu makale Tübitak'ın verdiği bir araştırma bursu ile yazılmıştır. Yazar McGill Üniversitesi Sosyal ve Transkültürel Psikiyatri bölümünde kendisine sağlanan zengin çalışma/tartışma ortamı ve yakın dostluğu için, Profesör Laurence J. Kirmayer'e teşekkür eder.*

<sup>1</sup>Doç., KTÜ Tıp Fak., Psikiyatri AD., Trabzon.

## GİRİŞ

Bütün dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında bedensel belirtiler toplumsal sorunların ve duygusal sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir (Kirmayer ve Young 1998). Hekim bedensel belirtileri açıklayacak organik bir hastalık bulamadığında bir zorluk doğar. Bu belirtiler anlaşılamayan, 'açıklanamayan', işlevsel ya da somatizasyon belirtileri olarak isimlendirilir (Sharpe ve Carson 2001). Doktorun gösterilebilir bir organik hastalık bulamadığı bir durumdan yakınan kişiye hastalığın onun 'kafasında' olduğu sıklıkla söylenmektedir. Tıbbi araştırmalar negatif ise sorun bedensel değildir, bedensel değilse de zihinsel olması gerekir. Bu durum hastaları sıklıkla tedirgin etmekte, hastalıklarının hayali olduğu imasını taşımaktadır (Sharpe ve ark. 1995a). Bu önerme, yani belirtilerin ya bedensel ya da zihinsel kökenli olmaları gerektiği düşüncesi, kökenini Kartezyen beden-zihin ikiliğinden alır ve biyolojik, psikolojik ya da toplumsal etkenlerin her olguda ayrı ayrı ya da birlikte katkıda bulunabileceği gerçeğini görmezden gelir. Batılı kişi kavramında ve biyotıp uygulamasında var olan zihin-beden ayrılığı, duygusal sıkıntıya bağlı bedensel ifadeleri psikopatolojinin özel bir kategorisi olan somatoform bozukluklar içinde inceler (Kirmayer ve ark. 1994, Kirmayer 1999). Somatoform Bozukluklar (SB) 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 alanı göstermesinde şaşılacak bir şey yoktur. İkincisi, bedensel olan daha gerçektir ve tamamen ruhsal olana kıyasla, hastalık anlamında 'daha meşru'dur (Kirmayer ve ark. 1994; Kirmayer ve Taillefer 1997). Jablensky (1999) gerek DSM-IV, gerekse de ICD-10'da somatizasyon ve somatoform bozukluklar üzerine bir epistemolojik belirsizlik olduğunu belirtmektedir. Bu durumlar ne olmadıklarına göre (örneğin tıbbi bir bozukluk) tanımlanmakta fakat iki sınıflama sistemi de somatizasyon ve somatoform bozukluklardaki bozukluğun ne olduğunu belirleyememektedirler. Hastanın öznel belirtilerinin, inançlarının, atıflarının ve sıkıntısının doğası anlaşılmadan kalmaktadır. Kirmayer (1999) somatizasyon ifadesinin tıbben açıklanamayan belirtilerin (TAB= Tıbben Açıklanamayan Belirti) müphemlik ve belirsizliğini ayrı bir psikopatoloji türünün kesinliğine dönüştürdüğünü yazmaktadır. Oysa TAB tıp uygulama-

masının bugünkü halini yansıtan kültürel ve tarihsel yansımalarıdır: Tıp bilgisi ilerledikçe, tanı eğilimleri değişmekte, bazı belirtiler açıklanır hale gelip bazı eski açıklamalar gözden düşmektedir. Lyme borreliosisin yorgunluk nedeni olabileceği bugün aydınlatılmıştır ancak, Epstein-Barr virüsünün kronik yorgunluğa yol açtığı açıklaması gözden düşmüştür (Sharpe ve Carson 2001). Günümüzde modern tıbbi değerlendirmeler sonrasında bile hastaların pek çok belirtisi açıklanmadan kalmaktadır. Bu yazıda, tıbben açıklanamayan belirtileri güncel araştırmalar ışığında tartışmak istiyoruz. Konuyla ilgili 1999 ve sonrası için MEDLINE ve Türk Tıp Dizini taranmıştır.

### Tıbben açıklanamayan belirti nedir?

Tıbben açıklanamayan belirti, belirli patoloji olmaksızın tıbbi belirti, açıklanamayan bedensel belirti, işlevsel belirti, organik hastalık tarafından açıklanamayan bedensel belirti gibi bir dizi ifade, gösterilebilir bir doku harabiyeti olmayan, organik bir hastalığın belirtilerin kökenini açıklayamadığı durumları tarif etmek için kullanılmaktadır. Bu belirtiler, tam olarak açıklanmamış bazı sendromların (kronik yorgunluk sendromu, iritabl barsak sendromu, fibromyalji gibi) bir parçası olabilecekleri gibi, anksiyete ve depresyonun görünimleri de olabilirler. Bazen de tanımlanmış bir organik tanı olmaksızın tek başına belirti olarak kendilerini gösterirler (Nimnuan ve ark. 2001). İşlevsel somatik sendrom ifadesi de benzer biçimde işlev ya da yapıda hastalığa özgül gösterilebilir bir anormallik olmaksızın belirti, yakınma ve yetiyitimine yol açan birbiriyle ilişkili bir dizi sendromu tarif eder (Barsky ve Borus 1999). Katon ve arkadaşları (2001) tıbben açıklanamayan belirtileri dört aşamalı bir süreç içinde değerlendirmektedirler: Önce kişinin bir belirtisi vardır ve olası bir nörofizyolojik olayla kişinin dikkatini çeker. İkinci 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 bakım 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 beklentileriyle hekimin inanç ve beklentilerinin etkileşimidir. Bu basamak hasta-hekim ilişkileri yolunda gidiyorsa endişenin azalması ile sonuçlanabilir, ancak etkileşim sorunlu ise hayal kırık-

**TABLO 1.** Uzmanlık Dalları ve Sorunlu Hastaları.

Ortopedi	Bel ağrısı
Kadın-Doğum	Pelvik ağrı, premenstrüel sendrom
Kulak-burun-boğaz	Tinnitus
Nöroloji	Baş dönmesi, baş ağrısı
Kardiyoloji	Atipik göğüs ağrısı, taşikardi
Göğüs hastalıkları	Hiperventilasyon, dispne
Diş hekimliği	Temporomandibuler eklem sendromu
Romatoloji	Fibromyalji
Dahiliye	Kronik yorgunluk sendromu
Gastroenteroloji	İritabl barsak, işlevsel dispepsi
Rehabilitasyon	Kapalı kafa harabiyeti
Endokrinoloji	Hipoglisemi, labil hipertansiyon
İş hekimliği	Çoğul kimyasal madde duyarlılığı

Kaynak: Katon ve Walker (1998).

lığına ve doktor gezmesine yol açabilir. TAB hasta-hekim ilişkisini bozabilir. Hekimler anlayamadıkları ve yardımcı olamadıkları hastalara kızkarken, hastalar kendilerini ciddiye almadıklarını ve yardım etmediklerini düşündükleri hekimlere güvenlerini kaybedebilirler (Hartz ve ark. 2000). TAB'lerin kadınlarda, geç yaş grubunda ve düşük sosyoekonomik seviyedeki kişilerde daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Reid ve ark. 1999). Bu belirtiler psikiyatrik bozuklukların varlığıyla ilişkilidir ve psikiyatrik bozukluklar, belirtileri için tıbbi izah getirilemeyen kişilerde belirtileri açıklanabilen kişilere oranla, iki kat daha fazla görülmektedir (Nimnuan ve ark. 2001). TAB sayısının psikolojik sıkıntı belirtileriyle, anksiyete ve depresyon tanılarıyla ve işlevsel bozulmayla birlikte doğrusal biçimde arttığı bildirilmiştir (Gureje ve ark. 1997). TAB gösteren hastalarda süregenliği belirleyen etkenler üzerine yapılan uzun erimli çalışmalar, kalıcı bozulmanın en çok başlangıçtaki bedensel belirti sayısı ile belirlendiğini bulmuşlardır (Clark ve ark. 1995).

### Belirtiler ve sıklık

Epidemiyolojik çalışmalar toplum içinde sıklıkla görülen bedensel belirtileri baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmektedirler (Katon ve ark. 2001). Bazı çalışmalarda katılımcıların her hafta bir belirtileri olmasına karşın, belirtilerinin %90'ını hekime götürmedikleri ortaya konmuştur (Kirmayer 1999). Sağlık hizmeti aramayan kişilerle kıyaslandığında, migren baş ağrıları, yorgunluk ve yaygın gastrointestinal yakınmalar nedeniyle sağlık hizmeti arayan kişiler daha fazla zorlayıcı yaşam olayı bildirmektedirler (Katon ve Walker 1998; Katon ve ark. 2001). Bu kişilerin psikolojik sıkıntısı daha fazladır ve

DSM-IV anksiyete ve depresif bozukluk tanısını anlamlı ölçüde daha fazla karşılamaktadırlar (Katon 1991; Katon ve ark. 2001). Hamilton ve arkadaşları (1996) İngiltere'de gastroenteroloji, nöroloji ve kardiyoloji kliniklerinde değerlendirme sonrası belirtileri tıbbi açıdan açıklanamayan hastaların oranını sırasıyla %53, %42 ve %32 olarak vermektedir. Carson ve arkadaşları (2000) İskoçya'da nöroloji kliniklerinde yeni başvuran 300 hastada yaptıkları bir çalışmada tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların oranını %30 olarak bildirmişlerdir. Bu hastalarda önemli oranda yetiyitimi ve duygulanım/anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Nimnuan ve arkadaşları (2001) İngiltere'de iki genel hastanede çok sayıda kliniğin kayıtlarını inceleyerek yaptıkları bir çalışmada, ikincil sağlık hizmetine başvuran hastalarda da TAB'lerin yaygın olduğunu bulmuşlardır. İkincil sağlık hizmetine başvuran hastalar pek çok incelemeden geçmişse de TAB'ler yaygın bir biçimde (%52) bu kişilerde de görülmüştür. Bu çalışmada TAB ilk görüşmeden sonraki üç ay içinde yapılan tüm tetkiklere rağmen belirtilere biyotıbbi bir açıklama getirilememesi olarak tanımlanmıştır. TAB kadınlarda ve genç yaşta daha fazla görülmüş, ancak daha önceki yayınların aksine, bu çalışmada TAB gösteren hastalarda daha fazla yetiyitimi ve psikiyatrik morbidite saptanmamıştır (Nimnuan ve ark. 2001). Reid ve arkadaşları (2001) hastaneye sık başvuran 361 hastanın kayıtlarını incelemişler ve %27'sinde çok sayıda konsültasyona rağmen belirtilerin tıbbi olarak açıklanamadığını göstermişlerdir. Bu grupta karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı ve sırt/bel ağrısı açıklanmadan kalan belirtileri oluşturmuştur. DSM-III'ye göre anksiyete veya depresyon tanısı konmuş hastaların %50 ile %80'i başlangıçta bedensel belirtilerle hekime başvurumaktadırlar. Ruhsal yakınmalarla hekime başvuran psikiyatri hastaları ile karşılaştırıldıklarında, bedensel yakınmalarla hekime başvuran psikiyatri hastaları anlamlı derecede daha az doğru tanı almaktadırlar (Bridges ve Goldberg 1985). Yaygın anksiyete ve depresif bozuklukları olan hastalar psikiyatrik hastalığı olmayan hastalara oranla anlamlı ölçüde fazla TAB göstermektedirler (Kroenke ve ark. 1997). Bu çalışmada bedensel belirtilerinin yanı sıra psikiyatrik hastalığı da olan kişilerin tıbbi bakımdan tatmin olmadıkları, hekimlerin de bu hastaları daha zor hastalar olarak algıladıkları gösterilmiştir. Depresif ve anksiyete bozukluğu olan hastalar, olasılıkla artmış bedensel belirtileri nedeniyle tıbbi hizmetleri daha çok kullanmakta-

dırlar. Artmış sağlık hizmeti kullanımına rağmen TAB'leri olan hastalar ve bu hastaları gören hekimler, hasta-hekim ilişkisinden ve sağlık bakımının kalitesinden memnun olmamaktadır (Lin ve ark. 1991). Bu hastalar gereğinden fazla bir tıbbi inceleme ve tedaviye maruz kalabilmektedir. Feder ve arkadaşları (2001) çok sayıda TAB'si olan 172 birincil sağlık hizmeti hastasını değerlendirdikleri bir çalışmada, TAB gösteren hastalarda mevcut psikiyatrik bozukluk oranını iki kat artmış bulmuşlardır. Kadın olmak, tek başına yaşıyor olmak, düşük ekonomik gelir ve ileri yaş, TAB ile ilişkili sosyodemografik etkenler olarak saptanmıştır. Öte yanda, TAB'lerin ciddi bir yetiyeğine yol açabileceği bildirilmiştir. Bu hastalar tıbbi tanı alan hastalara oranla daha fazla fiziksel ve toplumsal yetiyeğine uğramakta ve bir ayın ortalama 1.3-4.9 gününü yatakta geçirmektedirler (Smith ve ark. 1986).

### **Belirtiler arasında örtüşme**

Aaron ve Buchwald (2001) açıklanamayan klinik durumlar arasında dikkat çekici bir örtüşme olduğunu yazmaktadırlar. Mevcut yayınlar, kronik yorgunluk sendromu, fibromyalji 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 (Wessely ve ark. 1999). Aaron ve Buchwald (2001) 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. Barsky ve Borus (1999) da işlevsel somatik sendromlar arasında yüksek oranda örtüşme ve birlikte görülme olduğunu bildirmektedirler. Bu durumlar fenomenolojik olarak birbirine benzediğinden; sıklıkla aynı kişi, aynı anda birkaç işlevsel somatik sendromun ölçütlerini karşılayabilmektedir. Fibromyalji ve kronik yorgunluk sendromu, fibromyalji ve iritabl barsak sendromu, çoğul kimyasal madde duyarlılığı, iritabl barsak sendromu ve Körfez Savaşı sendromu arasında önemli ölçüde örtüşme bildirilmiştir. Zaman içinde aynı kişi kendisinde

farklı işlevsel somatik sendromlar bulunduğuna inanabilir ve bu durum, patoplastisite olarak isimlendirilir (Barsky ve Borus 1999). Aynı çok belirtili hastayla karşılaşan hekimlerden romatolog üst ekstremitelerine odaklanarak bir yineleyici zorlanma hasarı, yapısal belirtilere odaklanan bir dahiliyeci kronik yorgunluk sendromu, bir allerji uzmanı hasta bina sendromu (sick building syndrome), barsak belirtilerine odaklanan bir gastroenterolog iritabl barsak sendromu tanısı koyabilir (Barsky ve Borus 1999). 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 (Buchwald ve Garrity 1994). İşlevsel somatik sendromlarda sıklıkla görülen belirtiler şu şekilde 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 (Barsky ve Borus 1999; Nimnue ve ark. 2001).

### **Anksiyete ve depresif bozuklukların etkisi**

Hekimler benzer doku patolojisine sahip hastalar arasında belirtilerini algılama ve işlevsel bozulma dereceleri bakımından önemli farklılıklar olduğunu gözleyebilirler. Komorbid psikiyatrik hastalık ve zorlayıcı yaşam olaylarının sıklıkla bedensel belirtilerin büyütülmesine (amplification) yol açtığı bildirilmiştir (Katon ve ark. 2001). Depresif hastaların olumsuz ve kötümser bilişsel şemalarının onların hastalıkla ilgili kötü anıları daha kolay hatırlamasına, sağlıklı ile ilgili olumsuz bir görüş geliştirmelerine ve bedensel duyumlarını abartılı bir biçimde algılamalarına yol açtığı bildirilmiştir (Barsky ve Wyshak 1990). Genel hastane örnekleminde görülen ve yüksek düzeyde TAB gösteren hastaların üçte biri ile üçte ikisinde eşlik eden bir kişilik bozukluğu gösterilmiştir (Rost ve ark. 1992). Ancak toplum örneklemlerinde eşlik eden psikolojik sorunlar ve ayırt edici kişilik özellikleri için daha az kanıt vardır (Kirmayer ve Robbins 1991). Kliniklere başvuran TAB gösteren hastalarda yüksek oranda görülen psikiyatrik morbidite, psikiyatrik sıkıntının yardım arama davranışı üzerine etkisiyle açıklanabilir. Ruhsal açıdan daha sıkıntılı olan kişiler tıbbi bakım arayışına daha fazla girmektedirler. Panik bozukluğu hastaları da anksiyete atakları sırasın-

da yaşadıkları yaygın bedensel yakınma ve tıbbi belirtiler nedeniyle tıp hizmetlerini çok sık kullanmaktadırlar (Katon 1996). Kirmayer ve arkadaşları (1993) major depresyon ve anksiyete bozuklukları olan hastaların çoğunluğunun (%70-80) birincil sağlık hizmetine bedensel yakınmalarla başvurduklarını yazmaktadırlar. Bunun ayrı bir psikopatoloji gibi düşünülerek bedenselleştirme (somatization) olarak isimlendirilmesi yanlıştır, zira bedensel ve duygusal belirtiler aynı hastada sıklıkla bir arada ve birbiriyle ilişkili olarak görülebilmektedir. Simon ve arkadaşları (1999) ondört 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 belirtiler tüm dünyadaki birincil sağlık hizmeti ortamlarında aynıdır (Simon ve ark. 1999). Bu tür bedensel görünümeler bir tür 'bilet davranışı' işlevi görürler: Bedensel yakınma bir hekimden yardım aramak için uygun ve etiketlenmeyeceği bir neden olarak görülür. Kişi hastalığının sosyal ve psikolojik nedenlerinin farkında olsa bile bedensel yakınmayı daha meşru bulabilir (Epstein ve ark. 1999, Kirmayer 2001). İşlevsel somatik sendrom hastalarında da psikiyatrik bozukluklar artmış yaygınlıkta görülmektedir (Barsky ve Borus 1999). Ancak bu iki durum arasındaki neden-sonuç ilişkisi üzerine tartışmalar sürmektedir, hangisinin diğerini öncelediğini belirlemek zordur. Bununla birlikte, birinci eksen psikiyatrik tanılar (özellikle anksiyete, depresif ve somatoform bozukluklar) hem genel nüfusa hem de bedensel olarak hasta olan gruba oranla anlamlı derecede yüksektir. Sözgelimi fibromyalji hastalarında psikiyatrik belirti ve tanılar romatoid artrit hastalarına ve sağlıklı kişilere göre anlamlı derecede daha fazladır (Barsky ve Borus 1999).

### **Çocukluk çağı ve kişiliğin etkisi**

Suistimal ve ihmal gibi olumsuz çocukluk yaşantıları, karın ağrısı gibi çocuklukta yaşanmış ama açıklanamamış bedensel belirtiler, kronik hastalığı olan bir ebeveyn gibi etkenler; erişkin dönemde anksiyete ve depresif bozukluk yaşama riskini artırmakta, bu da tıbbi başvuruyu ve bedensel yakınmaları tırmandırmaktadır (Hotopf ve ark. 1999). Erişkin dönemde kişinin fiziksel saldırıya, ev içi şiddete ve travmaya ya da doğal afetlere maruz kalması da psikolojik sıkıntıyı ve

dolayısıyla bedensel belirtileri arttırmaktadır (Katon ve ark. 2001). Hotopf ve arkadaşları (2000) 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 TAB'si olan kişilerin ileriki yaşlarında aynı nedenle hastaneye daha sık yattıkları bulunmuştur. Çocukluk çağında geçirilmiş olan organik bedensel hastalığın daha sonraki yıllarda TAB ile hastaneye yatışı belirlemediği görülmüştür. Taylor ve arkadaşları (2000) birincil sağlık hizmetine başvuran ve açıklanamayan bedensel belirtileri olan hastalarda anormal bağlanma tarzı saptamışlardır. Yazarlar bu durumu, bu kişilerin çocukluklarında güvenli bir bağlanma geliştirememiş olmaları nedeniyle ileriki yaşamlarında çevrelerindeki insanlardan ilgi bekleyen tutumlarına bağlamaktadırlar. TAB'si olan hastalar tıbbi yardım arama davranışı ile bir anlamda çocukluklarında eksik kalan ilgiyi sağlık çalışanlarından sağlamaya yönelmektedirler. Artmış bedensel belirtilerin yüksek nörotisizm seviyeleri ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Russo ve ark. 1994). Bu kişilik ölçümlerinde yüksek puan alan hastalar daha fazla olumsuz duygu tarif etmekte (örneğin öfke, depresyon ve anksiyete), zaman içinde daha fazla olumsuz yaşam olayı bildirmekte ve olumsuz bir yaşam olayıyla karşılaşmışlarında daha kolay birinci eksen psikiyatrik bozukluğu geliştirebilmektedirler (Katon ve Walker 1998, Van Os ve Jones 1999). 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 yegane yöntemidir, kişi ancak bunlarla aile üyelerinin desteğini sağlayabilir (Katon ve ark. 2001).

### **Aleksitimi ve tıbben açıklanamayan belirtiler**

Aleksitimi duyguları tanıma, onları ayırt ve tarif etme güçlüğü ile dış gerçekliğin ruhsal yaşantısına değil de salt olgulara dayanan yönüne odaklanmayı tarif eden bir kişilik özelliğidir. Aleksitimik hastalar bazen duygulanımın bedensel bileşeni olarak ortaya çıkan fiziksel duyuları tanımakta zorlanırlar. Düşlem yaşamları kısıtlıdır. Bütün bunlar aleksitimik bireylerin duygusal açıdan çok kısıtlı bir yaşam sürdükleri izlenimi

verse de asıl sorun duygu olmamasında değil, duyguların yaygın ve farklılaşmamış olmasındadır (Kooiman 1998; Taylor 2001). Deary ve arkadaşları (1997) TAB'si olan 244 denekte aleksitimi ile TAB arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada olumsuz duygulanımın da TAB ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yazarlar olumsuz duygulanım ve aleksitiminin TAB gösteren hastalarda birlikte işlev göstererek belirtilerin saptanmasını ve tanınmasını sağladığını öne sürmektedirler. Bu çalışmada aleksitiminin duyguları tanıma ve ifade etme boyutu tıbben açıklanamayan belirtilerle ilişkili bulunurken somut düşünce/dışa yönelik düşünce boyutunun TAB ile ilişkisiz olduğu gösterilmiştir. Kooiman ve arkadaşları (2000) ise psikiyatrik olmayan bir klinik örnekleme, TAB'si olan hastaların organik kökenli hastalara göre daha fazla (yaklaşık iki katı) psikiyatrik bozukluk gösterdiğini ancak daha aleksitimik olmadığını bulmuşlardır. Bu çalışmada TAB'si olan hastalarda aleksitimi ne öznel sağlık yaşantısıyla ne de sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilişkili bulunmuştur. Lundh ve Simonsson-Sarnecki (2001) 137 kişilik bir toplum örnekleminde anksiyete ve depresyon kontrol edildiğinde bedensel yakınmalarla aleksitimi arasında bir ilişki saptamamışlardır. Yazarlar aleksitiminin bedenselleştirmeye ilgili olmadığı ya da öz bildirim ölçeklerinin aleksitimik bireylerin duygularını anlayıp tarif etmekteki özgül zorlukları nedeniyle aleksitimi tam olarak ölçmediği düşüncesine ulaşmaktadırlar. Anlaşılabileceği gibi aleksitimi ve TAB ilişkisi konusunda birbirleriyle çelişen sonuçlar vardır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

#### **Birincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde belirtilerin şiddeti**

İlk (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 hizmeti 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 (Öztek 1997). Birinci basamak sağlık hizmeti hastaları içinden daha inatçı ve yetiyetimine yol açan belirtiler geliştirenler uzman

kliniklere yönlendirilirler. İkincil ve üçüncül sağlık bakımı hizmetlerinde TAB'lerin sayıca ve şiddetçe arttığı bulunmuştur (Katon ve Walker 1998). Her uzmanlık dalında, psikiyatrik komorbiditesi yüksek olan, iyi tanımlanmamış bazı sendromlar bulunmaktadır. Bu sendromların bir listesi Tablo 1'de verilmektedir. Psikiyatrik hastalığı olup da açıklanamayan bedensel belirtilerle veya abartılı algılanan kronik tıbbi hastalık 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 (Katon ve Walker 1998). Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalar, hekimleri tarafından sıklıkla, zor ve hayal kırıklığı yaratan kişiler olarak değerlendirilmektedir. Bu şekilde nitelenen hastaların sağlık hizmetlerini çok daha sık kullandıkları bulunmuştur (Lin ve ark. 1991).

#### **Toplumsal davranış olarak TAB**

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 hastalığını devam ettirmesi beklenir ve bu yüzden de belirtiler kalıcı olur (Barsky ve Borus 1999). 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 (Pilowsky 1997). Anormal hastalık davranışında hekim hastanın nesnel patolojisinin onu ümit ettiği hasta rolüne yerleştiremeyeceğini düşünür, öte yanda hasta da hekimin sorunu açıklamaya biçiminden tatmin olmaz (Jablensky 1999). Anlaşılabileceği gibi bedenlerimiz aynı zamanda toplumsal iletişim için önemli vasıtalarlardır. O yüzden TAB'leri sosyokültürel bağlamında de-

ğerlendirmek ayrı bir önem taşımaktadır.

### **Tedavi: Sosyokültürel bakış**

Hekimin ilk görevi TAB gösteren hastalarda biyotibbin temel ikiliğinin telkin ettiği ya/ya da ikilemini aşmaktır. Hastalar bedensel belirtilerini tamamen ruhsal olarak gören hekimlere geri dönmeyebilirler. Zaten pek çok hasta da sorunlarının kökeninde psikososyal nedenlerin yattığını kabul etmektedir (Kirmayer 1999). Klinisyen öncelikle belirtilerin bedensel niteliğini ve gerçekliğini kabul ederek işe başlamalıdır. Bu temel bilgilendirmeden sonra bedensel belirtilerle başa çıkmak ve yetiyetimini 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 basamakta hastanın sıkıntısını hafifletmelerini kolaylaştıracaktır: (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 yetiyetiminin azaltılması konusunda eğitin, (6) Bu bireysel tedavi yeterli değilse, tedavi direncini ve süregenliği açıklayacak, etki edebilecek başka etkenleri araştırın ve aile ya da daha geniş toplumsal ortama müdahale edin (Kirmayer 1999). TAB gösteren hastalar ile kurulacak hasta-hekim ilişkisinde güvence veren tutum ile belirsizliği kabul arasında iyi bir denge kurabilmek gerekir.

### **Tedavi: Genel ilkeler**

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 dinlememek ve belirtilerini, 'böyle bir şey yok' ya da 'bunların hepsi kafanızda' diyerek geçiştirmek hekim-hasta ilişkisini yaralar (Sharpe ve ark. 1995b). 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 korku ve inançları aydınlatılır, organik hastalık dışlanır, emosyonel bozukluk ve sıkıntı saptanır, ilgili ruhsal ve toplumsal zorlayıcılar belirlenir. 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 tümüyle 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. Mümkün olduğu zaman hastanın psikolojik ve fizyolojik olarak da bilgilendirilmesi yerinde olur. Ancak klinisyenin kesin olarak bilinen ve kanıt içeren konularda açıklama yapması, aksi halde bilmediğini kabul etmesi beklenir (Sharpe ve ark. 1995b). TAB gösteren hastaların yeni ve yararlı bilgi sağlamayacaksa tıbbi muayene ve tetkiklerden, hatta görüşlerden uzak tutulması, bunların sınırlandırılması yararlı olur. Tıbben açıklanamayan/işlevsel belirtileri olan hastalarda yapılmaması gerekenler şöyle özetlenebilir: a. 'Bütün belirtiler kafanızda' iması, b. Hastanın ruhsal durum muayenesinin ihmali, c. Hastanın korku ve inançlarının aydınlatılmaması, d. Hastaya güvence vermek amacıyla aşırı tetkik yaptırılması. Çok sayıda süregen belirtileri olan hastalar, hastalıkla ilgili güçlü korku ve inançları olan hastalar, yeni yakınmalar uyduran hastalar zor hasta kategorisinde değerlendirilebilir (Sharpe ve ark. 1995b).

### **Antidepresan tedavi ve psikoterapi**

O'Malley ve arkadaşları (1999) açıklanamayan belirti ve belirti sendromlarında antidepresanların etkisini araştıran 94 çalışmanın meta-analizini yapmışlardır. Bu çalışmaların üçte ikisinde antidepresanların etkili olduğu gösterilmiştir. Antidepresan ilaç alan hastalar plasebo alan hastalara oranla üç kat daha fazla belirtilerde düzelme göstermektedirler. Bu yarar altı ayrı belirti sendromunda da bulunmuştur. Antidepresan ilaçların etkisi bu grupta depresif bozukluk varlığın-

dan bağımsız gözükmektedir. Yine de araştırmalardaki yönetsel sorunlar, bu etkinin depresif hastalıklardan tümüyle bağımsız olduğuna dair ikna edici kanıtlar sunmamaktadır (O'Malley ve ark. 1999). Antidepresanların ağır sendromunda bir rolü olabileceğine ilişkin çalışmalar vardır; ancak kronik yorgunluk, fibromyalji ve diğer yaygın klinik sorunlarda belirgin major depresif belirtiler olmadığı zaman kullanımları kısıtlıdır (Mayou 1999). Kroenke ve Swindle (2000) bedenselleştiren ve belirtiler sendromu olan hastalarda psikoterapinin etkililiğini değerlendirmişlerdir. Bu hasta grubunda en yaygın terapiler davranışçı ve bilişsel-davranışçı tedavilerdir. Bu tedaviler hastalığı besleyen inanç ve tutumları değiştirerek hastaya yardımcı olmaktadır. Gözden geçirilen 27 randomize klinik çalışmanın %70'inde, bilişsel davranışçı tedaviler, belirtileri azaltma açısından karşılaştırıldığı diğer tedavilere üstün bulunmuştur.

Açıklanamayan belirtileri olan hastaların psikiyatri dışı hekimlere daha sık gittiği bilinmektedir. Daha önce de vurguladığımız gibi, Batılı ikilikçi (dualistik) metafizik 'ruhsal' hastalıkla 'bedensel' hastalık arasında ayırım yapmaktadır. Bu yaygın anlayışla birlikte ruhsal hastalık daha az benimsenmekte, 'gerçek' sayılmamakta ve ona sahip olan insanların zayıf ve kusurlu olduğu, akıllarını kaybettikleri inancı yaygın kabul görmektedir (Kirmayer 1988). Ruhsal tedaviye ulaşmak ve onu kabul ettirmek zor olabildiğinden, uzman hekim ve cerrahlar TAB gösteren hastalarını, tıbbi bağlamda ellerindeki yöntemleri kullanarak sevk ve idare etmeye çalışmaktadırlar. Ya çok fazla tetkik istemekte ve fazla müdahale yapmakta ya da hastanın aşağılayıcı bularak tedaviyi bırakmasına yol açacak bir biçimde, onu psikiyatri konsültasyonuna göndermektedirler. Bu hastalar, belirtilerinin bedensel kaynaklı olduğu görüşünü reddeden biyotıbbi görüş ile kendilerinin reddettikleri psikiyatrik yaklaşım arasında, adeta 'vatansız' kalmaktadırlar (Sharpe ve Carson 2001).

## SONUÇ

Tıbben açıklanamayan belirtiler toplum içinde fazlasıyla yaygındır, fakat çoğu durumda yardım arama davranışına yol açmaz ve bir psikiyatrik bozukluğu göstermez. Psikiyatrik bozukluklar işlevsel somatik sendromları iki ana koldan etkiler:

Öncelikle güçlü bir duyguya eşlik eden otonomik uyarılma daha fazla bedensel belirtilere yol açabilir; ikincisi depresyon, anksiyete veya diğer bozukluklar; bedensel sıkıntıyı belirti algılama, belirtiye dikkat etme ve belirtiyi yorumlama süreçleri vasıtasıyla arttırabilir, büyütebilirler. Toplum içindeki pek çok işlevsel belirti olasılıkla basit ilaçlar olarak, ya da onları yok sayarak, normal kabul edilerek geçirilmektedir. Zorlayıcı bir yaşam olayı veya major psikiyatrik bozukluk üste bindiğinde bu bileşim yardım arama davranışını beraberinde getirmektedir. O halde klinik örneklemelere bakıldığında, tıbben açıklanamayan ya da işlevsel somatik sendrom gruplarında görülen yüksek psikiyatrik morbidite oranı, yardım arama davranışının bir bileşeni olabilir (Kirmayer ve ark. 1998). Yorgunluk, baş ağrısı, karın ağrısı gibi belirtiler toplumda yaygın olarak görülebilmektedir. Özellikle birincil sağlık hizmetlerinde bedensel belirtilerin büyük çoğunluğu organik bir hastalıkla ilişkili değildir. Bu belirtiler sıklıkla ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine de yakınma olarak getirilmekte ve zaman zaman ciddi yetiyetimine yol açmaktadır. Erken dönem aile ortamı, daha önceki hastalık yaşantısı ve bazı kişilik özellikleri, kişinin TAB geliştirmesine yol açabilir. Ruhsal sıkıntı ya da psikiyatrik bozukluk varlığı, bedensel bir hastalık olsun ya da olmasın sağlık hizmetini daha fazla kullanmaya yol açmaktadır. Belirti sayısı psikiyatrik bozuklukla ilişkilidir ve bu ilişki uzman kliniklerine doğru gittikçe daha da güçlenmektedir. TAB'ler hekim-hasta ilişkisinin kalitesine de önemli oranda tesir etmektedir. Antidepresan tedavi ve bilişsel-davranışçı tedavi, tıbben açıklanamayan belirtilerin tedavisinde orta derecede yarar sağlamaktadır. Tedavinin en önemli unsuru TAB gösteren hastaları dinlemeye ve anlamaya çalışmak, onlara yanlış mesajlar vermemektir. Tıbben açıklanamayan belirtilere yakından bakmak, bu yazıda da birkaç kez vurgulandığı gibi, bir yandan da biyotıbbın açmazlarını görmemizi sağlayabilir. 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 bildirilmiştir (Kirmayer 1988). Sonuç olarak, beden sosyokültürel bağlamını ve iletişim gücünü fark ettiğimiz yani ona olan yabancılığımızı giderdiğimiz zaman, tıbben açıklanamayan belirtileri de daha iyi anlayacağımız söylenebilir.



## KAYNAKLAR

- Aaron LA, Buchwald D (2001) A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med*, 134: 868-881.
- Barsky AJ, Wyshak G (1990) Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry*, 157: 404-409.
- Barsky AJ, Borus JF (1999) Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*, 130: 910-921.
- Bridges KW, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*, 29: 563-569.
- Buchwald D, Garrity D (1994) Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. *Arch Intern Med*, 154: 2049-2053.
- Carson AJ, Ringbauer B, Stone J ve ark. (2000) Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 68: 207-210.
- Clark MR, Katon W, Russo J ve ark. (1995) Chronic fatigue: risk factors for symptom persistence in a 2-year-follow-up-study. *Am J Med*, 98: 187-195.
- Deary IJ, Scott S, Wilson JA (1997) Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Person Individ Diff*, 22: 551-564.
- Epstein RM, Quill TE, Mc Whiney IR (1999) Somatization reconsidered: incorporating the patients's experience of illness. *Arch Intern Med*, 159:215-222.
- Feder A, Olfson M, Gameroff M ve ark. (2001) Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practise. *Psychosomatics*, 42:261-268.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TB ve ark. (1997) Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*, 154: 989-995.
- Hamilton J, Campos R, Creed F (1996) Anxiety, depression and the management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *J R Coll Physicians*, 30:18-20.
- Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE ve ark. (2000) Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 22: 144-152.
- Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M ve ark. (1999) Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: results from a national birth cohort study. *Am J Psychiatry*, 156: 1796-1800.
- Hotopf M, Wilson-Jones C, Mayou R ve ark. (2000) Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalizations. *Br J Psychiatry*, 176: 273-280.
- Jablensky A (1999) A comment on the mind- body problem in psychiatry. *Somatiform Disorders: A World-wide Perspective*, Y Ono, A Janca, M Asai, N Sartorius (Ed), Tokyo. Springer-Verlag, s. 3-10.
- Katon W (1991) The development of a randomized trial of consultation-liaison psychiatry in distressed high utilizers of primary care. *Psychiatr Med*, 9: 577-591.
- Katon W (1996) Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *J Clin Psychiatry*, 57 (Suppl 10): 11-18.
- Katon W, Walker EA (1998) Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl 20): 15-21.
- Katon W, Sullivan M, Walker E (2001) Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med*, 134: 917-925.
- Kirmayer LJ (1988) Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine, *Biomedicine Examined*. M Lock, D Gordon (Ed), Boston. Kluwer, s. 57-93.
- Kirmayer LJ (1999) Rhetorics of the body: medically unexplained symptoms in sociocultural perspective. *Somatiform Disorders: A World-wide Perspective*, Y Ono, A Janca, M Asai, N Sartorius (Ed.), Tokyo. Springer-Verlag, s. 271-286.
- Kirmayer LJ (2001) Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*, 62 (suppl 13): 22-28.
- Kirmayer LJ, Dao THT, Smith A (1998) Somatization and psychologization: understanding cultural idioms of distress, *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. SO Okapaku (Ed), Washington. American Psychiatric Press., s. 233-265.
- Kirmayer LJ, Robbins JM (1991) Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis*, 179: 647-655.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M ve ark (1993) Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*, 150: 734-741.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J (1994) Somatiform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol*, 103: 125-136.
- Kirmayer LJ, Taillefer S (1997) Somatiform disorders, *Adult Psychopathology*. 3. baskı, M Hersen, S Turer (Ed), New York. John Wiley ve oğulları, 333-383.
- Kirmayer LJ, Young A (1998) Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*, 60: 420-430.
- Kooiman CG (1998) The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Compr Psychiatry*, 39: 152-159.
- Kooiman CG, Bolk JH, Brand R ve ark. (2000) Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosom Med*, 62: 768-778.
- Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J (1997) Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *Am J Med*, 103: 339-347.
- Kroenke K, Swindle R (2000) Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom*, 69: 205-215.
- Lin EHB, Katon W, von Korff M ve ark (1991) Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med*, 6: 241-246.
- Lundh L, Simonsson-Sarnecki M (2001) Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *J Personality*, 69: 483-510.
- Mayou R (1999) European concepts, *Somatiform Disorders: a World-wide Perspective*. Y Ono, A Janca, M Asai, N Sartorius (Ed), Tokyo. Springer-Verlag, s. 26-37.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S (2001) Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*, 51: 361-367.
- O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J ve ark (1999) Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract*, 48: 980-990.
- Öztek Z (1997) Halk Sağlığı Sözlüğü, Ankara. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s. 283, s. 492-493.
- Pilowsky I (1997) Abnormal illness behaviour. New York, John Wiley & Sons, s. 10-24.
- Reid S, Crayford T, Richards S ve ark. (1999) Recognition of medically unexplained symptoms: Do doctors agree? *J Psychosom Res*, 47: 483-485.

Reid S, Wessely S, Crayford T ve ark. (2001) Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: a retrospective cohort study. *BMJ*, 322: 1-4.

Rost K, Akins RN, Brown FW ve ark. (1992) The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 14: 322-326.

Russo J, Katon W, Sullivan M ve ark. (1994) Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics*, 35: 546-556.

Sharpe M, Bass C, Mayou R (1995b) An overview of the treatment of functional somatic symptoms. *Treatment of Functional Somatic Symptoms*. Mayou R, Bass C, Sharpe M (Ed), Oxford. Oxford University Press, s. 65-78.

Sharpe M, Carson A (2001) Unexplained somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med*, 134: 926-930.

Sharpe M, Mayou R, Bass C (1995a). Concepts, theories and terminology, *Treatment of Functional Somatic Symptoms*. Mayou

R, Bass C, Sharpe M (Ed). Oxford. Oxford University Press, s. 3-16.

Simon GE, VonKorff M, Picinelli M ve ark. (1999) An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*, 341: 1329-1336.

Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC (1986) Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health and health care utilization. *Arch Intern Med*, 146: 69-72.

Taylor GJ (2001) Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry*, 45: 134-142.

Taylor RE, Mann AH, White NJ ve ark. (2000) Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med*, 30: 931-941.

Van Os J, Jones PB (1999) Early risk factors and adult person-environment relationships in affective disorder. *Psychol Med*, 29: 1055-1067.

Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M (1999) Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet*, 354: 936-939.

## OKUYUCULARIMIZA DUYURU

Türk Psikiyatri Dergisi'nin, PSYCHINFO dışındaki uluslararası dizinlerde de yer alma çalışmaları sürmektedir. Bu nedenle okuyucularımızın uluslararası yayınlarında Türk Psikiyatri Dergi'sindeki yazıları kaynak olarak gösterdiklerinde yayınlanan derginin adı, sayısı, yayın tarihi ile birlikte yazının bir kopyasını dergimiz adresine göndermelerini rica ederiz.