

Depresyon ve Somatizasyon

Uz. Dr. Sermin KESEBİR*

SOMATİZASYON

Somatizasyon iyi tanımlanmış bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik görüngüdür. Buna bağlı olarak somatizasyonu bulunan olgular oldukça heterojen bir grup oluşturmaktadır. Somatizasyonun süresi, şiddeti, duygudurum bileşeninin katılım derecesi ve şiddeti, bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneği olgular arasında büyük değişkenlik göstermektedir (Lipowski 1990). Somatizasyonla çok farklı boyutlarda, örneğin somatoform bozukluklu bir olguda, depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu olan bir olguda ya da herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerde gelip geçici yakınmalar biçiminde karşılaşılabilmektedir. Ancak bu kişilerin ortak bir özelliği vardır, strese ve duygusal uyaranlara yanıtları duygusal ve bilişsel olmaktan çok bedenseldir (Stoudemire 1991). Somatizasyon bu özelliği ile de psikosomatik bozukluklarla bir benzerlik göstermektedir. Somatizasyon, ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir (Rosen ve ark. 1982). Genel nüfusta yaygın olup, temel sağlık hizmetlerinde görülme oranlarının %20-30 arasında olduğu bildirilmektedir (Goldberg ve Bridges 1988). Fiziksel ve ruhsal hastalıkların somatik bileşeninin objektif ölçümü özellikle psikiyatrist olmayan hekimleri zorlamaktadır.

Somatizasyon Daha Çok Kimlerde Ortaya Çıkıyor?

Somatik belirtiler yaşayan hastaların psikolojik özellikleri en çok tartışılan konular arasında yer almaktadır. Somatizasyon terimini ilk kez Stekel adında bir psikanalist kullanmıştır (Lipowski 1990). Geleneksel psikanalitik görüşe göre somatik belirtiler, kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma araçlarıdır, rahatsız edici duyguların inkarı, bastırılması ya da rasyonalizasyonu somatizasyonla sonuçlanmaktadır (Kellner 1990). Bazı bireylerin ise çocukluk çağı travmatik yaşantıları nedeniyle duygusal yaşantılarını söze dökme yeteneğinin kısıtlandığı belirtilmektedir. Bu noktada aleksitimi kavramına değinilmelidir. Aleksitimik bireylerin duyguları tanıma ve ayırtma zorluğuna sahip oldukları, düşlem yaşantılarının fakir olduğu ve işe vuruk düşünme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Aleksitimik bireylerde sözelleştirilemeyen duygular bedensel belirtiler yoluyla ifade edilmektedir. Önceleri sadece psikosomatik hastalıklarda görülen bir özellikmiş gibi ele alınan aleksitimi ile her tür psikiyatrik hastalıkta karşılaşılabileceği gösterilmiştir (Kellner 1990). Luminet (1994) aleksitimiye erken dönemdeki anne çocuk ilişkisindeki bozukluklar ve yetersizliklerle açıklamaktadır. Aile içi şiddet olgularında somatizasyon oldukça sıktır.

Aleksitimi kavramı somatizasyonun ya da iletişimi sağlamak için beden dilinin kullanılması davranışının büyük oranda sosyal ve kültürel bir oluşum olduğunu düşünen transkültürel psikiyatri çalışanları tarafın-

* Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Psikiyatri Kliniği, KIRIKKALE

dan eleştirilmiştir (Kirmayer 1984). Kleinman'ın Çin'de yaptığı çalışmada nevrasteni olgularında depresyon DSM-III ölçütlerine göre sorgulandığında %87 oranında saptanmıştır. Bu olgularda depresif diğer yakınmaların antidepresan tedaviye yanıt verdiği fakat somatik yakınmalar ve hastalık davranışının sürdüğü bildirilmiştir ve kültürel giysisi içinde nevrastenininde sadece major depresyon olmadığı belirtilmiştir. Kirmayer, yalnızca bedensel olarak da olsa her kültürün yaşadığı zorlukları ifade etmek ve iletişimde bulunmak üzere kullandığı kendine özgü sembolleri, değişik anlatım biçimleri ve sosyal ritüelleri olduğunu ve bu iletişim biçiminin kendi içinde bir tutarlılığı ve işlevi olduğunu hatırlatmaktadır. Benzer şekilde Güney Hindistan'da kadınlarda menstrüel düzensizlikler, İran'da kardiyak yakınmalar major depresyon tanılı olguların temel yakınmaları olarak bildirilmiştir. Özel organlara yapılan vurgu kültürün bir ürünüdür ve somatizasyon geleneksel kültürlerde bir başa çıkma biçimidir (Sayar 1995).

Yazarların üzerinde anlaştığı nokta ise bu bireylerde duygulanımsal dilin sözcüklerden çok bedensel imgerlerden oluştuğudur (Stoudemire 1991). Bu dile somatotimik dil denmiştir. Bebek gelişiminde dil başlangıçta bedenseldir. Bazı kültürlerde ve ailelerde duygusal sıkıntıların dışı vurumu geleneksel olarak uygun görülmez, annenin çocuğun duygularını dışı vurmasını desteklememesi, engellemesi, kayıtsız kalması ya da bu duygulara bir isim verilmemesi somatizasyonu destekleyecektir. Kültürlerin gelişiminde de duyguların dili başlangıçta bedenseldir (Stoudemire 1991). Kişi duygusal duyular yaşadığında bunları nasıl adlandıracağı, nasıl yorumlayacağı ve bu duyularla ne yapacağı, içinde yaşadığı kültürün ve ailesinin kendisine sunduğu etkileşim biçimlerine ve sözcük dağarcığına bağlıdır (Angel ve Thoits 1987). Duygusal sıkıntılar yaşayan bir kişinin dikkatini ruhsal süreçlere mi yoksa bu sıkıntısına eşlik eden belirtilere mi yönelteceğini bu etkileşim biçimleri belirlemektedir. Bunun bir çeşit psikik gen gibi nesilden nesile aktarıldığı söylenebilir (Kirmayer 1984).

Aile üyelerinde bedensel hastalık ya da hastalık davranışının bulunması ve çocuğun bedensel yakınmalar yoluyla çevreden ilgi ve sevgi toplamaya ilişkin erken deneyimleri ve ikincil kazançların varlığı somatizasyonu destekleyen etkenlerdir. Somatize eden birey kişisel ve kişilerarası sorunların bedensel belirtiler üzerinden iletilmesi ve tıbbi yardımın bedensel belirtiler yoluyla aranması biçiminde bir davranış

özelligi göstermektedir (Kleinman 1988). Somatizasyon bu yönüyle kültürel bir iletişim şekli ve davranış biçimidir. Somatik yakınmalarla başvuran olgular arasında gençler hastalık fobisi ve hastalıkla aşırı uğraş biçiminde bir hastalık davranışı sergilerken daha yaşlı olguların hastalıklarının ve yakınmalarının fiziksel bir nedeni olduğuna dair güçlü bir inanç beslemeleri biçiminde bir hastalık davranışı ortaya koydukları belirtilmiştir (Chaturvedi ve Bhandari 1989).

Nöropsikolojik testler somatik belirtiler yaşayan olgularda dikkat, uyanıklık, yakın bellek ve bilgileri bir araya getirme ve bütünleştirme gibi bilişsel süreçlerdeki bir bozulmaya işaret etmektedir. Uyarılmış potansiyel çalışmalarında periferik uyarıların filtre edilme süreçlerinde bozulma olabileceğini, beyin kan akımı çalışmalarında da bununla ilişkili olarak nondominant hemisfer işlevlerinde değişikliği ve lateraliteyi destekleyen bulgular elde edilmiştir (Sağduyu 2001).

Somatizasyon kadınlarda daha sıktır (Cloninger ve ark. 1986). Bir çalışmada fiziksel morbidite daha sık olmadığı halde kadınların fiziksel belirtileri daha sık ve daha yüksek puanladıkları bildirilmiştir. Bu görüngü kadınlarda somatizasyonun neden daha sık olduğunu açıklamamakla birlikte semptomun algılanmasının psikososyal bir boyutu olduğunu düşündürmektedir (von Wijk 1997). Sağlıklı popülasyonda yapılan bir çalışmada mevsimsel değişikliklerle somatizasyon sıklığı arasında kadınlarda erkeklerde gösterilemeyen bir ilişki gösterilmiştir (Schlager ve ark. 1993). Bu çalışmada somatizasyon ile gün ışığı süresi arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde somatik belirtilerle başvuran olgularla yapılan bir çalışmada bu olguların çoğunlukla kadınlar olduğu belirtilmiştir (Çevik ve Aysev 1988). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre erkekler depresif epizod sırasında ortaya çıkan çoğul somatik belirtilerden kadınlara göre iki kat daha fazla yakınmaktadır (Koroğlu 1998).

Bazı araştırmacıların somatizasyonun ileri yaşlarda daha yaygın olduğunu ileri sürmelerine rağmen (Wilson ve Widmer 1986, Howard 1999), bununla ilgili olarak açık ve tutarlı araştırma sonuçları bulunmamaktadır. Son yıllarda yaşlılarda aleksitimi ve somatizasyon eğiliminin daha sık olduğu ve bu yaş grubunda görülen depresyonlarda, depresyonun diğer bulgularını baskıladığı üzerinde durulmaktadır (Verster ve Gagiano 1995, Tannock ve Katona 1995,

Howard 1999, Gutzmann 2000). Aleksitimi ve somatizasyonun yaşlı popülasyonda major depresyonun öncülü olabileceği ya da tam remisyonu engelleyebileceği üzerinde durulmaktadır ve fiziksel hastalığı olmanın ve toplumdan uzak yaşamının risk etkenleri olduğu ileri sürülmektedir. 65 yaşın altındaki ve üzerindeki major depresyon olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada, 65 yaşın üzerindeki olgularda depresif bozukluğun çoğunlukla tek epizod biçiminde ortaya çıktığı, somatizasyonun, hipokondriyak uğraşların, gerginlik ve ajitasyonun ve kronisitenin daha sık bulunduğu bildirilmiştir (Musetti ve ark. 1989).

Somatizasyonun toplumun düşük sosyoekonomik düzeye ve düşük eğitim düzeyine sahip kesiminde, göç etmiş gruplarda ve azınlık gruplarında daha sık görülebildiği bildirilmiştir (Kirmayer 1984, Cloninger ve ark. 1986). Kuzey Amerika'da yaşayan mülteci ve göçmenlerde major depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansı yüksektir. Bu gözlemden yola çıkarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bu kişilerin tıbbi yardım için başvurmalarının en sık nedeninin somatik yakınmalar olduğu saptanmıştır (Hsu 1999). Ancak son yıllarda buna karşı çıkan, somatizasyonun evrensel olduğunu, cinsiyete ve belli bir sosyokültürel sınıfa ya da etnik gruba özgü olmadığını savunan yazarlar da vardır (Wessely 1997).

Baş ağrısı ile başvuran olgularda stresör ve baş ağrısı arasında pozitif bir ilişki gösterilirken (Fulcheri ve Barzega 1995), başka bir çalışmada bireyi emosyonel olarak etkileyen yaşam olaylarının somatizasyonun ortaya çıkışı ve sürmesindeki etkisi araştırılmış ancak yaşam olayının somatizasyon üzerine etkisi gösterilmemiştir (Schilte 2002).

DEPRESYON VE SOMATİZASYON

Depresyonla fiziksel yakınmaların ve hipokondriyak uğraşların birlikteliği yüzyıllardır bilinmektedir (Lipowski 1988). M.S. İkinci yüzyılda Galen karın içi organların beyni ikincil olarak etkilemesiyle ortaya çıkan "melancholia hypochondriaca" isimli bir hastalıktan söz etmiştir. Freud ile birlikte fiziksel belirtilerin psikolojik mekanizmalarla ortaya çıkabileceği görüşü psikiyatryi etkisi altına almıştır. Genel tıp uygulamasında psikiyatrik fenomenler arasında kabul gören somatizasyon hakkındaki genel görüş depresyon ve anksiyetenin özel bir görüngüsü olabileceği yönündedir (Clarke 2000). Süregen somatize

durumlar ise farklı görüngülerdir ve konumuz dışındadır.

Literatürde somatizasyon ve depresif bozukluk arasında nasıl bir ilişki bulunduğu ile ilgili başlıca üç görüş göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki somatizasyonun bir depresyon eşdeğeri olabileceği görüşüdür (Clarke 2000). Bu görüş daha önceki yıllarda süregelen ağrı yakınması olan olgularla yapılan çeşitli çalışmalara dayandırılmaktadır (Magni 1987). Pek çok araştırma verilerine karşılık somatizasyon bozukluğu ya da ağrı bozukluğunun gerçek bir depresyon eşdeğeri olduğuna dair açık kanıtlar bulunmamaktadır (Kellner 1990). Bu bozukluklar arasında hangisinin birincil hangisinin ikincil olduğu tartışmasının olguya pratik bir yararı yoktur. Süregelen ağrı yakınmasının altında bir depresif bozukluk olabileceği gibi, ağrının kendisi bireyin işlevsellik düzeyini ve yaşam kalitesini etkileyerek depresif bozukluğa yol açabilmektedir. Bu noktada önemli olan depresyonun, varsa tanınması ve etkin doz ve sürede tedavi edilmesinin gerekliliğidir.

İkinci görüş 1970'li yıllarda bazı yazarlarca önerilen "maskeli depresyon" kavramından yola çıkan ve somatizasyonun depresyon ve anksiyetenin özel ve özgün bir formu olduğu görüşüdür. Maskeli depresyon kavramı ağrı ve diğer somatik yakınmaların ve belirtilerin ön planda görüldüğü, hipokondriyak uğraşlarla karakterli bir depresyon tablosunu anlatmaktadır (Koroğlu 1998). Maskeli depresyonun göreceli olarak yaşamın geç dönemlerinde ortaya çıktığı, bu bireylerde depresyon şiddeti ile somatik belirtilerin arttığı bildirilmiştir (Howard 1997). Maskeli depresyonda kişisel bir yakınlık temelinde ortaya çıkan ve birbirini izleyen üç aşamadan söz edilmektedir (Özgülü 1990). Bu aşamalar aşırı duyarlılık, anksiyete ve inkar dönemi, psikosomatik yakınmalar dönemi ve depresyonun ortaya çıktığı son dönemdir. Maskeli depresyon kavramı tanımladığı durumun belirsizliği yönünden eleştirilmiştir (Lipowski 1990).

Depresyon ve somatizasyon arasındaki ilişkiye değinen üçüncü görüş, somatizasyonun depresyonun esansiyel bir özelliği olduğunu ve somatik belirtilerin depresif bozukluğun tanı ölçütleri arasında yer alması gerektiğini ileri sürmektedir (Wilson ve Widmer 1983). ICD-10 tanı sınıflandırma sisteminde somatik yakınmalara tanı ölçütleri içinde yer verilmiştir, ancak daha çok depresyonun diğer temel belirtilerine eşlik eden ve ağırlığı ya da yokluğu tanının konmasını etkilemeyen, sadece tablonun tanımlanmasını sağlayan ek madde-

ler olarak yer almıştır (World Health Organization 1992). DSM-IV tanı sınıflandırma sisteminde ise somatik yakınmalar ve hipokondriyak uğraşlara tek başına bir tanı ölçütü olarak yer verilmemiş ancak hastada bulunabilecek düşünce içerik bozuklukları içinde hastalıkla ilgili düşünce uğraşlarının olabileceğine değinilmiştir (American Psychiatry Association 1994). Standart bir ölçüm ve kullanılabilir ölçütler tanımlamaya yönelik ölçek geliştirme ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları mevcuttur (Schittle 2000), ancak bu konuda ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve yaygın kullanımı olan bir ölçek bulunmamaktadır. Somatik belirtiler depresyonu ölçen bazı araçlarda yer almakta ve toplam depresyon puanına katılmaktadır (Hamilton Depresyon Ölçeği 1990).

Depresif bozukluklu bireylerde somatik belirtilerin nasıl ortaya çıktığı sorusuna Hamilton, somatik belirtilerin büyük çoğunluğunun anksiyeteye bağlı olduğu görüşü ile yanıt vermektedir (1989). Depresif duygudurum anksiyete sonucu yaşanan bedensel strese duyarlılığı arttırmaktadır denmektedir. Lipowski'ye (1990) göre ise depresif duygudurum kişiyi regresyona sokarak, geçmiş hastalık yaşantılarına ait anıları canlandırmak yoluyla somatik belirtilere yol açıyor olabilir, ayrıca depresif duygudurum ağrı eşliğini düşürerek de somatik belirtilere neden olabilir.

Somatik belirtiler depresyonda limbik sistemde, noradrenalin ve serotonin işlevlerinde, adrenal, tiroid ve büyüme hormonu dizgelerinde ortaya çıkan biyolojik değişikliklerle de ilişkili olabilir. Depresif bozuklukta biyolojik aminlerin dengesindeki işlevsel değişikliklerin ağrıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Serotoninin affektin ağrı üretmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Diensefalonda limbik sistemde, talamus ve hipotalamusta ortaya çıkan değişikliklerin depresyon ve ağrı arasındaki ilişkide bağlantısal bir rol oynadığı varsayılmaktadır. Depresyonda ağrı eşliğinin düşmesi gibi diğer uyarılara karşı da duyarlılık artmaktadır. Diğer taraftan depresyonda retiküler sistem de aktive olmaktadır. Periferik kas gerginliği retiküler sistemin uyarılması sonucu ortaya çıkan anksiyete ile ilişkilidir (Koroğlu 1998). Depresif bozuklukta görülen somatik belirtiler ilaç yan etkilerinden ayırtdilmelidir.

Depresyonun Tanınması

Somatizasyonun üç farklı klinik görünümünden söz

edilmektedir (Garcia-Campayo ve ark. 1998). "İşlevsel somatizasyon"da tıbben açıklanamayan çok sayıda belirti bulunmaktadır. "Hipokondriyak somatizasyon"da elde ciddi bir kanıt olmamasına karşın ciddi bir fiziksel hastalığın bulunduğu yönünde şiddetli kaygılar vardır. "Görünümde somatizasyon"da alttaki bir ruhsal bozukluk kendisini bedensel yakınmalarla göstermektedir. Depresyon ve somatizasyon birlikteliği bu grupta incelenebilir.

Somatizasyon ve depresif bozukluk birlikteliği pek çok klinik ve epidemiyolojik çalışmada kanıtlanmıştır (Bridges ve Goldberg 1985, Blacker ve Clare 1987). Komorbid durumlar da söz konusudur. Depresif bozukluğu olan olguların depresif bozukluğu olmayan olgulara göre daha sık somatik belirti gösterme eğiliminde oldukları gösterilmiştir (Kellner 1990). Hamilton depresif bozukluk tanılı olgularla yaptığı çalışmada olguların %80'inde somatik belirtilerin ve yaklaşık üçte birinde hipokondriyak uğraşların bulunduğunu bildirmiştir (1983). Depresyonun çok yaygın bir şekilde bedenselleştirildiği (Kirmayer 1984) ve ağırlıklı olarak somatik yakınmaların önde geldiği depresif bozuklukların en yaygın affektif bozukluk olduğu belirtilmektedir (Akiskal 1983). Somatizasyonun prevalansını ve klinik özelliklerini tanımlamayı amaçlayan bir çalışmada acil servise başvuran olgular arasında somatizasyon yakınmasıyla başvuran olguların oranının %9.4 olduğu bulunmuştur (Lobo 1996). Bu olguların %68.7'si DSM-IV ölçütlerine göre depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu tanıları almışlardır. Depresif bozukluk şiddeti %40 olguda orta şiddette bulunmuştur, ağır şiddette depresyon olgusu saptanmamıştır. Depresif bozukluğun olguların %66.6'sında süregen doğada (6 aydan uzun süredir) olduğu belirlenmiştir. Sosyodemografik verilere ilişkin bir fark bulunmazken en sık somatik belirtinin %71.4 oranında ortaya çıkan sırt ağrısı olduğu bulunmuştur.

Depresif bozukluğun somatik yakınmalar ve belirtilerle ortaya çıkması çoğunlukla yanlış tanı ve yetersiz tedavi ile sonuçlanmaktadır. Bu durumun özkiyım girişiminin de içinde bulunduğu çeşitli ve ciddi komplikasyonları bulunmaktadır. Bu nedenle bu hastalara doğru tanı konabilmesi çok önemli bir sorundur. Acil servise bedensel yakınmalarla başvuran olgularla yapılan bir çalışmada somatizasyon tanısının sıklıkla doğru olarak konduğu fakat depresyon ve anksiyetenin sıklıkla tanınmadığı saptanmıştır (Kessler ve ark. 1999). Depresif bozuklukta somatik

yakınmalar ve belirtiler çoğunlukla görülse de her somatik yakınma ve belirtinin depresyon olmadığı da unutulmamalıdır. Bir başka önemli durum ise genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğunun varlığıdır. Somatize eden bireylere böyle dikkatli ve özenli bir yaklaşımın yararı doğru tanıların konması ve tedavi edilmesinin yanısıra gereksiz antidepresan kullanımının önlenmesi olacaktır.

Tanı sınıflandırma sistemlerinde depresyon bir sendrom olarak ele alınmakta ve tanı için bir takım ölçütler sıralanmaktadır. DSM-IV'e göre "depresif duygudurum" tanı koymak için tek başına şart olmaktan çıkarılmıştır. Depresif duygudurumun yanında ya da tek başına "ilgi kaybı ve artık zevk alamama" ölçütü tanı koymak için gerekli ölçütlerden biri olarak yer almıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Somatik yakınmalar ve belirtilerle başvuran olgularda "ilgi kaybı ve artık zevk alamama" depresyon tanısı koymaya daha çok yardımcı olabilir. Ayrıca bu olgulara aile öyküsünün olup olmadığı, fiziksel bir hastalığın bulunup bulunmadığı ve uzun süreli ilaç kullanımının olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır.

Depresyonun somatik semptomları tipik olarak çok çeşitlidir (Çevik ve ark. 1988). En yaygın semptomlar ağrı, halsizlik, baş dönmesi, nefes darlığı, çarpıntı, gastrointestinal belirtiler ve parestezilerdir. Bunların içinde ağrı en başta gelen semptomdur, kadınlarda en sık sırt ve eklem ağrılarına, erkeklerde ise en sık baş ağrısına rastlanmaktadır. Somatik belirti tek bir semptom şeklinde de olabilir. Depresyon tanısı almış olgularda somatik belirtilerin ne oranda bulunduğu ilişkin az sayıda veri bulunmaktadır. Olguların %50'sinden fazlasında ortaya çıkan indeks epizod semptomları arasında somatik belirtiler bulunmaktadır (Köroğlu 1998), %10-50'sinde ortaya çıkan indeks epizod semptomları arasında çoğunluk somatik semptomlar %25 oranında bulunmaktadır.

Depresif bozukluklu bir olgu klinik uygulamada sistemik olarak değerlendirildiğinde saf psikolojik belirtilerle karakterli bir tablo çok sık gözlenmemektedir. Depresif bozuklukta duygusal, bilişsel ve vejetatif

alanlarda değişiklikler görülmektedir, bunların yanında görülen somatik belirtiler de vardır. Somatizasyon dendiği zaman bu belirtilerin başvuru nedeni ve klinik görünüm olarak diğerlerinin önüne geçtiğini anlayabiliriz. Bazı olgularda bu belirtiler gerçekten çok şiddetlidir. Somatik yakınma ve belirtilerle başvuran bir olguda hiçbir duygusal ve bilişsel bulgunun olmadığı söylenemez. Olguların bir bölümü bu tür belirtiler yaşadığı halde bunları dile getirmemeyi seçiyor olabilir, bir bölümü ise kültürel ve bireysel özellikleri nedeniyle ya da duygusal durumlarını söze dökme yetenekleri sınırlı olduğu için bu belirtileri anlatamayabilir. Yine olguların bir bölümü hiç depresif duygudurum yaşamadığını belirtebileceği gibi önemli bir bölümü de hem bedensel hem de duygusal olarak yaşadığı belirtilerin farkındadır ancak bunlar arasında bir ilişki kuramayabilir, hangisinin öncelik taşıdığına karar veremeyerek bir dahiliye ya da nöroloji uzmanına başvurabilir ve duygusal sorunlarından söz etmeyebilir ya da duygusal sorunlarının farkında olmalarına rağmen psikiyatrik bir tanı alarak stigmatize edilmekten duydukları endişe nedeniyle bu yakınmalarını dile getirmeyebilir.

Bu noktada hekimin tutumu önem kazanmaktadır. Hekim böyle bir sonuca varıyorsa olguya varolan bedensel yakınmalarının depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ya da somatoform bozukluk gibi psikiyatrik bir hastalıkla ilişkili olabileceğini empatik ve anlaşılır bir dille açıklamalıdır. Bu açıklamayı yaparken "sıkıntı", "üzüntü", "stres", "hayal kırıklığı" gibi sözcükler kullanılabilir, böyle bir anlatım olgular tarafından hem daha kolay anlaşılır hem de daha kolay kabul edilebilir görünmektedir (Çevik 1983).

Günümüzün en yaygın ruhsal bozukluğu depresyondur. Depresif bozukluğu olan bireylerin önemli bir bölümü hekime bedensel yakınmalarla başvurmaktadır. Bu nedenle tüm hekimlerin depresyonu ve somatizasyonu çok iyi tanımları gerektiği, buna yönelik olarak da hem temel psikiyatri eğitimi hem de konsültasyon liyezon psikiyatrisi çalışmalarında bu konuya ağırlık verilmesi gerekliliği açıktır.

KAYNAKLAR

Akiskal HS (1983) Diagnosis and classification of affective disorders. *Psychiatr Dev*, 2:123-160.

American Psychiatry Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC.

Bridges RN, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III Psychiatric Disorder in primary care. *J Psychosom Res*, 29:563-569.

Blacker CVR, Clare AW (1987) Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry*, 50:737-751.

- Chaturvedi SK, Bhandari S (1989) Somatisation and illness behaviour. *J Psychosom Res*, 33:147-153.
- Clarke DM, Smith GC (2000) Somatisation. What is it? *Aust Fam Physician*, 29:109-113.
- Fulcheri M, Barzega G (1995) Stress, depression, and anxiety in patients with headache. *Minerva Psichiatri*, 36:179-185.
- Gutzmann H (2000) Diagnosis and therapy of depression in advanced age. *Ther Umsch*, 57:95-99.
- Hamilton M (1990) Frequency of symptoms in melancholia (Depressive Illness). *Br J Psychiatry*, 154:201-206.
- Howard R (1997) Syndromes of depression in the elderly. *Depression in Elderly People*, R Howard (Ed), Martin Dunitz Ltd, United Kingdom, s.33.
- Hsu SI (1999) Somatisation among asian refugees and immigrants as a culturally-shaped illness behaviour. *Ann Acad Med Singapore*, 28:841-845.
- Kellner R (1990) Somatisation: theories and research. *J Nerv Men Dis*, 178:150-160.
- Kessler D, Uoyd K, Lewis G (1999) Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*, 318:1558-1559.
- Kirmayer LJ (1984) Culture, affect and somatisation. *Trans Psychiatri Res*, 21:159-188.
- Köroğlu E (1998) Depresif bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.512.
- Lipowski ZJ (1988) Somatisation: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145:1358-1368.
- Lipowski ZJ (1990) Somatization and epression. *Psychosomatics*, 31:13-21.
- Lobo A, Garcia-Campayo J, Campos R ve ark. (1996) Somatisation in primary care in Spain. *Br J Psychiatry*, 168:344-348.
- Luminet D (1994) Psychosomatic medicine-the future of an illusion. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 44:367-371.
- Magni G (1987) On the relationship between chronic pain and depression. *Pain*, 31:1-21.
- Morrison J, Herbststein J (1988) Secondary affective disorder in women with somatisation. *Compr Psychiatry*, s.433-440.
- Musetti L, Perugi G, Soriani A (1989) Depression before and after age 65. *Br J Psychiatry*, 155:330-336.
- Özgülven HD, Çevik A, Çermik Ö (1995) Depresyon ve somatizasyon, Depresyon. M Bekaroğlu (Ed), Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, s.41-49.
- Özğürülük K (1990) Maskeli Depresyon, Depresif Hastalıklar. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları, E Adam (Ed), İstanbul, s.123.
- Sağduyu A (2001) Somatizasyon ve ilişkili sendromların biyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:211-223.
- Sayar K (1995) Hüzün hastalığı. Depresyon, M Bekaroğlu (Ed), Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, s.471.
- Schilte AF, Portegijs PJ, Blankenstein AH ve ark. (2000) Somatisation in primary care: clinical judgement and standardised measurement compared. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35:276-282.
- Schlager D, Schwartz İE, Bromet EJ (1993) Seasonal variations of current symptoms in a healthy population. *Br J Psychiatry*, 163:322-326.
- Stoudemire A (1991) Somatohymia, Parts I and II. *Psychosomatics*, 32:365-381.
- Tannock C, Katona C (1995) Minor depression in the aged. *Drugs Aging*, 6:278-292.
- Verster GC, Gagiano CA (1995) Masked depression. *S Afr Med J*, 85:759-762.
- Von Wijk CM, Kolk AM (1997) Sex difference in physical symptoms. *Soc Sci Med*, 45:231-246.
- Wilson DR, Widmer RB, Cadoret RJ ve ark. (1983) Somatic symptoms: a major feature of depression. *J Affect Disord*, 5:199-207.
- World Health Organisation (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Oxford University Press.