

Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon

E. Müjgan Özen¹,
Z. Nergis Aküzüm Serhadlı²,
A. Solmaz Türkcan³,
Gülten Erben Ülker⁴

¹Uzm. Dr., Başakşehir Devlet Hastanesi,
²Uzm. Dr., Kars Devlet Hastanesi, ³Doç. Dr., Bakırköy
Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman Ruh Sağlığı ve Sinir
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
⁴Uzm. Dr., Bursa Devlet Hastanesi

ÖZET

Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon

Genel olarak emosyonel disforiyi bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi olarak tanımlanan somatizasyonda, "bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel yakınmalar" mevcuttur ve kişi bu yakınmalarını bedensel bir hastalığa atfederek tıbbi yardım arayışına girer. Somatizasyon (bedenselleştirme) davranışı çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmekle birlikte, en sık olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarına eşlik ettiği bilinmektedir. Anksiyete bozuklukları ve majör depresyon vakalarında, somatik belirtilerin somatize edilmiş disforiyi yansıttığı düşünülmektedir.

Psikiyatri ve genel tıp sınırında hala çözülmemiş bir sorunun temsilcisi olan somatizasyon, hastaların yaşadıkları sıkıntı ve huzursuzluğu arttırmakta, hastalıkların gidişatını kötüleştirmekte ve yeti yitimini arttırmaktadır. Diğer yandan somatizasyon, depresyon ve anksiyete belirtilerini maskeleyerek doğru tanı koymayı güçleştirebilmekte ve tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir.

Bu sistematik olmayan gözden geçirme yazısında, somatizasyonun depresyon ve anksiyete bozukluklarının klinik görünümünü, tanı ve tedavi sürecini, prognozunu nasıl etkileyebileceği derlenen bilgiler ışığında değerlendirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Somatizasyon, depresyon, anksiyete bozuklukları, disfori, bedensel

ABSTRACT

Somatization in depression and anxiety disorders

Somatization may be described as the tendency to express psychological dysphoria through bodily symptoms. Patients complain of physical signs which they attribute to a medical disease and seek medical help for, but the symptoms do not fulfill diagnostic criteria of an organic disorder. Although somatization is known to be associated with many psychiatric disorders, it mostly accompanies depression and anxiety disorders. Somatic symptoms are thought to be a manifestation of somatized dysphoria in depression and/or anxiety.

Somatization, still accepted to be an unsolved problem in the borderland of medicine and psychiatry, leads to an increase in psychological distress and disability of patients and worsens the prognosis of psychiatric disorders. On the other hand, somatization may mask real psychiatric symptomatology leading to a delay in true diagnosis and effective treatment.

This review aims to evaluate the effects of somatization on the clinical picture, diagnosis, treatment and prognosis of depression and anxiety disorders.

Key words: Somatization, depression, anxiety disorders, dysphoria, somatic

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Dr. Z. Nergis Aküzüm Serhadlı, Kars Devlet
Hastanesi, Kars - Türkiye

Telefon / Phone: +90-505-759-9372

Elektronik posta adresi / E-mail address:
znergis@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
20 Şubat 2010 / February 20, 2010

GİRİŞ

Somatizasyon, genel olarak, emosyonel disforiyi bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi biçiminde tanımlanmaktadır (1,2). Somatizasyonda psikososyal veya emosyonel (duygusal) sorunlar bedensel belirtilerle ifade edilir ve bu belirtiler bedensel bir hastalığa atfedilerek tıbbi yardım aranır (3).

Tanı ve sınıflandırması üzerinde fikir birliğine varılmamış olmakla birlikte, bütün tanımlamalar içerisinde

de somatizasyon için kullanılan ortak ifade, "bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel yakınmaların varlığı"dır (3). Somatizasyon kişinin acı çekmesine, ailesiyle olan ilişkilerinin, sosyal ve mesleki işlevselliğinin bozulmasına neden olur. Lipowski, duygusal sıkıntılarını bedensel ifadelerle ortaya koyan kişiler için "somatizör" kavramını kullanmıştır (4). Sıklıkla bir veya daha fazla bedensel yakınma ileten "somatizörler"de, ayrıntılı muayene ve tetkiklere rağmen, bedensel yakınmalarla ilişkili herhangi bir patoloji veya patofizyolojik meka-

nizma genellikle tespit edilememekte, şayet edilse bile yakınmalar ve sebep oldukları yeti yitimi nesnel, fiziksel bulgulara göre abartılı olmaktadır (5). DSM-IV tanı sistemine göre, "Somatoform Bozukluk" tanı ölçütlerini doldurmayan bu vakalar, fiziksel bir hastalığa atfettiler bedensel belirtileri nedeniyle yoğun sıkıntı yaşadıkları için, bu belirtilere bir açıklama ve çare bulabilmek umuduyla sık sık sağlık hizmeti talebinde bulunabilmekte, sağlık hizmetleri açısından maddi ve manevi yük oluşturabilmektedirler (6,7).

Lipowski, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gördüğü somatizasyonu "tıbbın çözülmemiş problemi" olarak tanımlamaktadır (4,8).

Birincil olarak yapısal veya bedensel bozukluklarla değil, zihinsel süreçlerle şekillenen bedensel belirtilerin geniş kapsamlı klinik bir görüngüsü olan "somatizasyon", pek çok psikiyatrik hastalığın gelip geçici yakınması veya temel belirtisi olabileceği gibi, kültürel ve sosyal boyutlardan etkilenen bedensel bir stres ifadesi, öğrenilmiş bir davranış biçimi, organik bir bozukluk belirtisinin abartılı söylemi, bazı kişilik özelliklerinin temsili de olabilir (9-11).

Somatizasyon davranışı çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmektedir. Aynı ayrı ele alınan bu bozuklukların sınırları geçirgen olduğundan ve sıklıkla eşanlı olabildiklerinden, somatik belirtilerle bağlantıları konusunda kesin ayrımlar yapmak mümkün değildir. Somatizasyon, psikiyatrik bozukluklar içerisinde en sık depresyon ve anksiyeteye eşlik eder (3,12).

Somatik belirtilerin anksiyete bozuklukları ve majör depresyonla ilişkili olduğu bilinmektedir. Anksiyete bozuklukları ve majör depresyon vakalarında, somatik belirtilerin somatize edilmiş disforiyi yansıttığı düşünülmeyle birlikte, bu vakalarda "somatoform bozukluk" insidansının ve hipokondriyak korkuların daha fazla olduğu gerçeği de gözardı edilemez (2,7). Özellikle depresyon ve somatizasyon birlikteliği ile ilgili veriler, somatik belirtilerin ve duygudurum belirtilerinin bir "şiddet spektrumu" dahilinde doğrusal olarak arttıklarını, daha fazla somatik belirtinin daha şiddetli duygudurum bozukluğuyla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Daha şiddetli hastalık belirtileri dışında, depresyon ve somatizasyon birlikteliğinin, her iki durumun da tanı ve tedavisini zorlaştırabileceği düşünülmektedir (13).

"Tıbben açıklanamayan çoğul bedensel belirtileri" olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklığı daha fazladır. Bazı hastalarda somatizasyon, depresyon veya anksiyete bozukluğu doktora ilk başvuru nedeni olabilirken, bazı hastaların DSM-IV "Somatoform Bozukluk" tanı kriterlerini dolduracak şiddette somatik belirtileri mevcuttur ve bu bozukluğa anksiyete ve/veya depresyon eşlik edebilir. Tıbben açıklanamayan bedensel belirtilerin sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon riski artmaktadır (14,15).

Bu sistematik olmayan derlemede, depresyon ve anksiyeteye sıkça eşlik eden, bazen bu psikiyatrik tanıları maskeleyebilen somatizasyonun, bu psikiyatrik durumların klinik görünüm, tanı, tedavi ve prognozuna olan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Depresyon (Bedenselleştirilmiş depresyon)

Majör depresyonun duygudurum bozukluğu belirtileri yerine somatik yakınmalarla ortaya çıkması sık rastlanan bir durumdur (3,16).

Pek çok araştırmada, kronik yorgunluk, pelvik ağrılar, göğüs ağrısı, kronik sırt ağrısı, kulak çınlaması, irritable barsak sendromu gibi tıbben açıklanamayan (yön değiştirmiş-aversif) belirtileri olan vakaların 2/3'ünde tekrarlayan majör depresif bozukluk öyküsüne rastlanmıştır (3,17,18). Bununla birlikte, tıbben açıklanamayan belirtileri olan birçok vakada, değerlendirildikleri dönemde belirtiler DSM majör depresif bozukluk tanı kriterlerini doldurmasa da, ölçeksel sorgulamada, anksiyete, depresyon ve somatizasyona bağlı sıkıntı saptanmıştır. Tekrarlayan anksiyete ve affektif bozukluğu olan hastaların psikolojik huzursuzluğu ataklar arasında da devam eder (18,19). Akiskal, somatik belirtilerle ortaya çıkan depresyonun toplumda en sık görülen affektif bozukluk türü olduğunu öne sürmüştür (20).

Hagnell ve Rorsman, İsveç-Lundby çalışmasında izlenen 200 hastanın verilerine dayanarak 1978 yılında, depresyonun intihar ve somatizasyonla ilişkisiyle ilgili yazdıkları yazıda, psikotik özellikli depresyon tanısı almış vakaların %60'ında bedensel belirtiler saptandığını ve bu hastaların %20'sinin ilk doktor başvurularını bedensel yakınmaları nedeniyle yaptıklarını iletmişlerdir (21). Başka bir çalışmada ise, psikiyatri kliniklerin-

de yatmakta olan veya ayaktan izlenen depresyon tanısı konmuş hastaların %10 ila %30'unun ilk başvurularında bedensel şikayetler tanımladıkları ortaya konmuştur (17). İspanya Zaragoza'da, 8 farklı sağlık merkezinde 1559 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, somatizörlerin (somatize edenlerin) prevalansı %9.4 (vakaların %34.5'i) olarak hesaplanmış ve bunların %68.7'sinin DSM-IV'e göre anksiyete ve/veya depresyon tanı kriterlerini doldurduğu görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğunda orta düzeyde depresyon saptanırken, üçte ikisinin kronikleştiği, hastaların %71.4'ünde en sık iletilen yakınmanın sırt ağrısı olduğu saptanmıştır (22).

Birçok çalışma, yöntemden bağımsız olarak, depresif hastaların, depresif olmayanlara göre daha fazla somatik belirtiler gösterdiklerini, somatize edenlerin ise tanısı konmuş bedensel hastalığı olanlara göre daha depresif olduklarını ortaya koymuştur (5,16,23). Bu tür bedensel belirtilerin müphemliği nedeniyle depresyon tanısı zorlaşmakta, birinci basamak sağlık hizmetlerine somatik yakınmalarla başvuran (ve aslında majör depresyon tanısını hak eden) hastaların ancak yarısından azı doğru ve uygun psikiyatrik tedavi alabilmektedir (7). Yine Lundby çalışmasına bağlı olarak araştırmacılar, 25 yıl boyunca izlenen 3000 vaka içerisinde endojen depresyon nedeniyle intihar girişiminde bulunanların büyük bir çoğunluğunun sağlık hizmetlerine ilk başvurularını depresyon belirtilerini maskeleyen somatik yakınmalarla yaptıklarını bulmuşlardır (17,21).

Bedensel yakınmalar bazen depresyonun en önde gelen belirtileri olabilir. Vücutta ağrılar ve sızılar, barsak düzensizlikleri ve sindirim sorunları sık görülür. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresif hastalar, hüznün ve çökkünlük yerine sıklıkla başağrısı, epigastrik ağrı, göğüste baskı hissi gibi bedensel yakınmalarından bahsederler (24,25).

"Depressio sine depressione" veya "Maskeli depresyon" (21), olarak nitelenen bu tablo, bedenselleştirme ile depresyonun üç şekilde kesiştiğini öne süren görüşe göre, bedenselleştirmenin depresyon ve anksiyetenin özel ve özgün bir alt-tipi olarak kabul edildiği ilk grup içerisinde değerlendirilir (10,26). Diğer iki grup ise; 1) depresyon ve somatizasyonun birbirlerinin eşdeğeri olduğu ve 2) somatizasyonun depresyonun temel belirtilerinden birisi olduğu ve DSM-IV depresyon tanı kriterleri içerisinde yer alması

gerektiği, şeklinde özetlenmiştir (17).

Depresif kişilerin kendilik algılarındaki bozulma, düşük benlik saygısı, kendilerine olan güven eksikliği, kendilerini eksik ve hasarlı (damaged) olarak değerlendirmeleri bedensel duyumları abartılı algılamalarına, hastalık ve acı çekme beklentilerine neden olur (17,27). Depresif kişinin kendine yönelik dikkati artar ve kendisi (bedeni) ile ilgili zihinsel meşguliyeti, önemsiz, basit fizyolojik değişiklikleri dahi abartılı algılayarak bedensel bir hastalık belirtisi olarak yorumlamasına yol açar (10,28). Depresyon ile bedensel duyumları büyütme arasında belirgin bir ilişki olduğu iddia edilmektedir (2,29).

Bibring'e göre sevilen, iyi ve seven, güçlü ve üstün kişi olma gibi narsistik ihtiyaçlarını doyumak isteyen ideal kendilik, beklentileri gerçekleşmediğinde frustre olur (hayal kırıklığı yaşar) ve depresyon tetiklenir. Bu kişilerin ilgi ve sevgi ihtiyaçlarını doyumak için hasta rolünü benimsedikleri, sık sık bedensel rahatsızlıklardan yakındıkları gözlenmektedir (25).

Depresyondaki olumsuz ve kötümser bilişsel şema geçmiş hastalık yaşantıları ile ilgili anıları taze tutar, kişinin sağlık durumu ve gidişatı (prognozu) ile ilgili olumsuz yargılarını tetikler ve böylelikle hoş olmayan duyumlara olan farkındalığını arttırarak, basit bedensel duyumların bile büyütülerek hastalığa atfedilmesine (bedenselleştirmeye) yol açar (26,28). Bedenselleştirme, kişinin yaşadığı bedensel duyumları nasıl yorumladığı ve neye atfettiği ile yakından ilgilidir (30,31).

Depresyonda en sık görülen somatik belirtilerin ağrı, halsizlik, yorgunluk, sersemlik hissi, nefes darlığı, çarpıntı, gastrointestinal yakınmalar, vücudun çeşitli yerlerinde karıncalanma ve cinsel işlev bozukluğu olduğu ileri sürülmüşse de, bunların sadece depresyona veya herhangi bir psikiyatrik bozukluğa özgü somatik bir belirti olmadığı unutulmamalıdır (7,8,17,19). Bununla birlikte "ağrı" ile depresyon ilişkisi, üzerinde çalışılmayı hak eden bir konudur. Depresif hastaların ortalama %54'ünde baş ağrısı tespit edilmiştir. "Kronik idiyopatik ağrı"da depresyon prevalansı, farklı araştırmalara göre %10 ila %100 arasında bildirilmiş, ancak son çalışmalarda, %30 ila %60 arası prevalansın daha doğru olduğu belirtilmiştir (17,26).

Somatik depresif hastaların birçoğunda görülen ağrı ve sıklıkla eşlik eden hipokondriyak ilginin, depresyo-

nun mazoistik eğilimler, içe yönelik öfke ve saldırganlık gibi özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (7,17,32).

Depresyona farklı kültürlerde yüklenen anlam farklıdır ve klinik görünüm de buna bağlı olarak değişkenlik gösterir. Az gelişmiş toplumlar sıkıntılarını toplumun desteğini ve onayını alarak bedenselleştirme (somatize etme) yoluyla yansıtırken, gelişmiş batı toplumlarında ruhsallaştırma (psikolojize etme) daha yaygındır. Bununla birlikte batı toplumlarında da, bir akıl hastalığının stigmatizasyonundan kaçınmak için, hastalığın daha meşru şekli olarak düşünülen bedensel belirtilere bağlı tanı talebi artma eğilimindedir (5,9,33,34).

“Çökkün” sözcüğü kimi kültürlerin dilinde mevcut değildir. Ancak bu yokluk, böyle bir duygulanımın olmadığı anlamına gelmez (35-38). Kişi çökkün duygudurumunu sözel olarak ifade edemediği durumlarda, başka ifade yolları bulacaktır. Örneğin, Meksika ve İran toplumlarında depresif hastalığın sınırını belirleyen, çökkün duygulanımdan ziyade aile üyelerine karşı hostile ifadeleridir (37).

Somatizasyon ve depresyon komorbiditesi ile ilgili önemli kanıtlar, somatik belirtilerin sayısı, duygudurum belirtilerinin doğrusal olarak bir “şiddet spektrumu”nda ilişkilendirilebileceğini öne sürmektedir (13). Depresyon ve somatizasyon bağlantısını inceleyen az sayıda prospektif araştırmadan birinde, Zweigenbaum ve arkadaşları, çok sayıda somatik belirti tanımlayan adölesanların (13-16 yaş), takip eden dört yıl içinde depresyon geçirme riskinin belirgin olarak arttığını göstermişlerdir (39).

Bridges ve Goldberg’e göre, anksiyete veya depresyon tanısı konmuş hastaların %50 ile %80’i başlangıçta bedensel belirtilerle hekime başvurumaktadırlar (38). Depresyon ve anksiyete komorbiditesinin sıklığı da göz önüne alındığında, somatize edilmiş (bedenselleştirilmiş) anksiyete de bedenselleştirilmiş depresyon kadar ilgiyi hak etmektedir.

Anksiyete (Bedenselleştirilmiş anksiyete)

Anksiyete bozuklukları, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aile hekimliğine başvuran geniş bir örneklemede yürütülen çalışmada, 80 başvurudan biri anksiyeteye

ilişkili bulunmuştur. Ancak gerçek insidansın daha yüksek olduğu düşünülmektedir (3).

Latince’de “ango” ve “anxio” sözcükleriyle ifade edilen anksiyete, Roma’da “anxietas” sözcüğü ile süregelen bir korkuyu, “angor” ile de bugünkü panik bozukluk benzeri tabloyu tanımlamak için kullanılmıştır. Angor, “bedensel olma” anlamını vurgulamakta olup “angina” sözcüğünün de kökenini oluşturur (25).

Anksiyete, kişinin sağlığıyla ilgili olumsuz bilişsel değerlendirmelere yol açar. Bedensel belirtilerin daha tehlikeli, uyarıcı, uğursuz olarak değerlendirilmesine sebep olur. Anksiyöz kişiler bedensel duyularını katastrofize ederek (felaketleştirerek), nedeni belirsiz müphem ve şüpheli belirtileri ciddi fiziksel hastalıklara atfederler. Anksiyete, aynı zamanda, kişinin kendisine olan ilgisini ve dikkatini artırarak daha önce de var olan belirtilerin abartılmasına veya daha önce farkında olunmayan duyuların bilinç düzeyine çıkarılmasına neden olur. Deneysel çalışmalarda anksiyetenin, ağrı gibi hoş olmayan duyum ve belirtilerin eşliğini düşürdüğü ve bu duyulara toleransı azalttığı ortaya konmuştur (28). Buna paralel olarak, depresyon hastaları gibi anksiyete bozukluğu hastaları da bedensel duyularını büyüme eğilimindedir ve bu durum da bedenselleştirmede önemli rol oynamaktadır (30).

Anksiyete bozuklukları hipokondriyasis, depresyon ve somatizasyonla ilişkilidir. Hatta somatizasyonla içiçe geçmiştir (7). Öyle ki, aslında panik bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğu DSM tanı kriterleri çoğul somatik belirtiler içerir. Yaygın anksiyete bozukluğunda kas ağrıları, halsizlik, ishal, sersemlik hissi ve mide şişkinlik gibi belirtiler görülürken, panik bozukluğunun tipik belirtileri nefes darlığı, göğüste sıkışma ve ağrı hissi, terleme, boğulma hissi ve çarpıntıdır (25,40). Panik bozukluğu tanısı almış hastalarla yürütülen bir çalışma, hastaların sadece %11’inin psikososyal problemlerle doktora başvurduğunu, geri kalanların taşikardi, göğüs ağrısı, düzensiz kalp atımı, epigastrik huzursuzluk gibi somatik şikayetler ilettiklerini, en sık rastlanan yakınmanın, %81 oranla ağrı olduğunu ortaya koymuştur (3).

Anksiyete ve depresyonun sıklıkla komorbid olmaları, anksiyete somatizasyon ilişkisini değerlendirmede karışıklığa sebep olur. Bununla birlikte, çeşitli çalışmalar nörotik hastalarda somatik belirtilerin anksiyete ile

bağlantısının depresyondan daha güçlü olduğunu ortaya koymuştur (5). Mumford ve arkadaşları Bradford Somatik Envanteri'ni kullanarak yaptıkları çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerine bedensel belirtilerle başvuran majör depresyon veya anksiyete bozukluğu tanımlı hastaların prevalansını %70-80 olarak hesaplamışlardır (29,41,42).

Somatizasyonu olan Asyalı ve Kafkasyalı hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, somatik belirtilerin anksiyete ve depresyon skorlarıyla ilişkili olduğu görülmüş, özellikle anksiyeteye daha güçlü bir bağlantının varlığı saptanmıştır (29,43,44). Anksiyete bozukluklarında, özellikle panik bozuklukta (somatik belirtilere de bağlı olarak) hasta olmakla ilgili inanış ve korku oldukça fazladır (5,25). Bu durum bazı araştırmacıların hipokondriyasisi, anksiyetenin yoğun sağlık hizmeti talebinden sorumlu, tanısal bir özelliği olarak değerlendirmelerine sebep olmuştur (7). Hamilton, depresif bozukluğu olan bireylerde somatik belirtilerin çoğunluğunun anksiyeteye bağlı olduğunu söylemiştir (45). Depresif duygudurumun anksiyete sonucu yaşanan bedensel huzursuzluğa duyarlılığı arttırdığı düşünülmektedir. Bridges ve arkadaşları somatizörlerin daha anksiyöz, psikolojize edenlerin ise daha depresif olduklarını öne sürmüşlerdir (38).

Eğer bedensel belirtiler altta yatan anksiyetenin görüntüsü ise bu, bedene yönelik ilgiyi ve korkuyla harekete geçen seçici algıları tetikleyerek daha fazla anksiyeteye, bunun sonucunda somatik belirtilerin sıklığında ve yoğunluğunda artmaya sebep olur, kısır bir döngü yaratır (29). Ancak erken ve etkili tedaviyle anksiyete bozukluğunda somatik belirtiler geriler, genel sağlık hizmeti talebi azalır. Oysa somatize eden depresif hastalarda somatizasyona meyil ve sağlık hizmeti talebi, süregelen özellikte ve tedaviye daha dirençlidir (4,7,46). Bununla birlikte, göğüste sıkışma ve ağrı yakınmalarıyla "kalp hastası" olduğuna inanan anksiyete

te bozukluğu vakalarında, seyir daha çok somatik depresif hastalarınkine benzemektedir.

Diğer yandan, anksiyete bozukluklarının birçok organik hastalıkla ilişkili olduğu veya anksiyetenin birçok organik hastalığın belirtisi de olabileceği unutulmamalıdır. Nörolojik hastalıklar, tiroid hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklarla birlikte alkol veya benzodiazepin yoksunluğu, ilaç entoksikasyonları da anksiyeteye sebep olabilir (47).

SONUÇ

Psikiyatri ve genel tıp sınırında hala çözülememiş bir sorunun temsilcisi olan somatizasyon şizofreni, kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı gibi psikiyatrik durumlarla da ilişkili olmakla birlikte, en sık anksiyete bozuklukları ve depresyona eşlik etmekte veya bu durumlarla ikincil olarak ortaya çıkmaktadır. Hastaların yaşadıkları sıkıntı ve huzursuzluğu arttıran somatizasyon, hastalıkların gidişatını kötüleştirmekte ve yeti yitimi arttırmaktadır.

Diğer yandan somatizasyon, depresyon ve anksiyete belirtilerini maskeleyerek tanı koymayı güçleştirebilir (4,7).

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalar, bedensel belirtilerini psikolojik sıkıntılardan daha fazla yansıtma eğilimindedirler. Bu durum anksiyete ve depresyon belirtilerinin gözden kaçmasına sebep olabilir.

Her ne kadar somatize eden depresyon veya anksiyete bozukluğu hastaları psikososyal sıkıntılarını spontan olarak ortaya koyamamaları da, uygun bir dille sorgulandığında duygusal huzursuzluklarını ve buna bağlı psikososyal streslerini paylaşma eğiliminde oldukları görülür (40).

Bu nedenle somatik yakınmaları veya tıbben açıklanamayan bedensel belirtileri olan hastalarda psikiyatrik sorgulama ve değerlendirme, doğru tanı ve zamanında tedavi için mutlaka akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sayar K. Tıbben açıklanamayan belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13:222-231.
2. Spinhoven P, van der Does AJ. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: An explorative study. Compr Psychiatry 1997; 38:93-97.
3. Ford CV. The somatizing disorders. Psychosomatics 1986;27:335-337.
4. Lipowski ZJ. Somatization: Medicine's unsolved problem. Psychosomatics 1987;28:294-297.

5. Kellner R. Somatization: Theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:150-160.
6. Buck R. Social and emotional functions in facial expression and communication: the readout hypothesis. *Biol Psychol* 1994; 38:95-115.
7. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1998; 145:1358-1368.
8. Sağduyu A. Somatizasyon nedir? *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5:257-264.
9. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60:420-430.
10. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; (Ek 1):14-19.
11. Bitzer J. Somatization disorders in obstetrics and gynecology. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 99-107.
12. Fabrega H Jr. The concept of somatization as a cultural and historical product of Western medicine. *Psychosom Med* 1990; 52:653-672.
13. Terre L, Poston WS, Foreyt J, St Jeor ST. Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? *Psychother Psychosom* 2003; 72:261-267.
14. Escobar JJ, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:140-146.
15. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl.10):15-21.
16. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1335.
17. Lipowski ZJ. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990; 31:13-21.
18. Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M, Buchwald D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics* 1994; 35:546-556.
19. Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry* 1991; 148:34-40.
20. Akiskal HS. Diagnosis and classification of affective disorders: new insights from clinical and laboratory approaches. *Psychiatr Dev* 1983; 1:123-160.
21. Hagnell O, Rorsman B. Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study. *Neuropsychobiology* 1978; 4:180-187.
22. Lobo A, Garcia-Campayo J, Campos R, Marcos G, Perez-Echeverria MJ. Somatisation in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza. *Br J Psychiatry* 1996;168:344-348.
23. Katon W. Depression: Relationship to somatization and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1984; 45:4-12.
24. Guggenheim FG. Somatoform Disorders: In Sadock BJ, Sadock VA (Editors). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000,1504-1533.
25. Köroğlu E. Major Depresyon: In Köroğlu E, Güleç C (Editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 240-265.
26. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:90-96.
27. Köroğlu E. Major Depresif Bozukluk: In Güleç C, Köroğlu E (Editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Cilt 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997, 390-421.
28. Barsky AJ. Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33:28-34.
29. Sayar K, Ak I. The predictors of somatization: a review. *Psychopharmacol Bull* 2001; 11:266-271.
30. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988; 50:510-519.
31. Sayar K, Barsky JA, Güleç H. Does somatosensory amplification decrease with antidepressant treatment? *Psychosomatics* 2005; 46:340-344.
32. Noyes R Jr, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL. Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics* 2001; 42:320-329.
33. Baskak B, Çevik A. Somatizasyonun kültürel boyutları. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007; 9:50-57.
34. Duddu SK, Chaturvedi MK, Isaac MK. Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders, a study from Bangalore, India. *Psychopathology* 2003; 36:98-103.
35. Kara H, Sayar K, Saygılı S. Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1997; 7:42-51.
36. Sayar K. Hüzün hastalığı. Depresyon: In Bekaroğlu M (Editor). III. Anadolu Psikiyatri Günleri Depresyon Kitabı. Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 1995, 471.
37. Sayar K. Psikiyatri ve Kültür: Hastalık bize neyi anlatır? Yeni Symposium 1999; 37:46-51.
38. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29:563-569.
39. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle M, Offord D. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics* 1999;103:1203-1209
40. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-4-TR). Köroğlu E. (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001, 191-209.
41. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-741.
42. Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract* 1991; 41:454-458.
43. Kirmayer LJ. Culture, Affect and somatization. *Transcult Psychiatr Res Rev* 1984; 21:159-188.
44. Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. Symptom Attribution in cultural perspective. *Can J Psychiatry* 1994; 39:584-595.
45. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry* 1989; 154:201-206.
46. Lipowski ZJ. Somatization: a borderland between medicine psychiatry. *CMAJ* 1986; 135:609-614.
47. Gelenberg AJ. Psychiatric and somatic markers of anxiety: Identification and pharmacologic treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000;2:49-54.