

Somatizasyon Bozukluğu

Yrd. Doç. Dr. Levent SEVİNÇOK*

Özet

Somatizasyon genel tıpta ve konsültasyon-iyazon psikiyatrisinde sık karşılaşılan karmaşık bir sorundur. Somatizasyon belirtileri ile başvurulara sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarında rastlanmakta, bu tür hastaların genel sağlık hizmetlerindeki "gizli psikiyatrik hastalıkların" %50'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Somatizasyon bozukluğunda (SB) karşılaşılan belirtiler sıklıkla özgül değildir ve çeşitli tıbbi bozukluklarla örtüşebilir. Fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmesinde yakınmaların organik kökenli olduğunu destekleyecek bir bulgu elde edilemez. SB'nin en sık ve en önemli komplikasyonları yineleyen cerrahi girişimler, ilaç bağımlılığı, ayrılma ya da boşanmalar ve intihar girişimleridir. SB'nin ayırıcı tanısında dikkatli bir şekilde ele alınması gereken psikiyatrik bozukluklar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları (özellikle depresyon) ve şizofrenidir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;1:5-10

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırıldığı kitaba (DSM-IV) göre Somatizasyon Bozukluğu (SB) (tarihsel olarak histeri ya da Briquet's sendromu olarak bilinir) 30 yaşından önce başlayan, yıllarca devam eden, ağrıyla birlikte gastrointestinal, cinsel ve yalancı nörolojik belirtilerin de olduğu bir bozukluktur. SB'nin temel özellikleri fiziksel etkenlerle tam olarak açıklanamayan, tıbbi olarak dikkat çeken ve kişinin yaşantısında önemli kısıtlanmalara yol açan birçok yineleyici fiziksel yakınmalardır. Fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmesinde bu yakınmaları destekleyecek organik bir bulgu elde edilemez.

SB yineleyici, birden çok belirtiyile seyreden önemli somatik yakınmaların bulunduğu klinik bir durum-

dur. Somatik bir yakınma tıbbi tedavi ile sonuçlanıyorsa ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli bozulmalara yol açıyorsa klinik olarak önemli kabul edilir. SB'nin tanı ölçütlerine göre somatik yakınmalar 30 yaşından önce başlamalı ve yıllarca sürmelidir (DSM-IV'ün A ölçütü). Çoğul somatik yakınmalar bilinen herhangi bir tıbbi durum ile açıklanamıyor olmalı ya da bir maddenin doğrudan etkileri sonucu oluşmamış olmalıdır. Bunlar genel bir tıbbi duruma eşlik ediyorsa, fiziksel yakınmalar ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulmalar öykü, fizik muayene veya laboratuvar testlerden beklenenden daha fazla olmalıdır (C ölçütü). En azından 4 farklı bölge (örn. baş, sırt, eklem, ekstremite, göğüs, rektum) ya da işlevle (örn. menstrüasyon, cinsel ilişki, idrar yapma) ilişkili ağrı öyküsü olmalıdır (B1 ölçütü). Ağrı dışında en az iki gastrointestinal belirti öyküsü bulunmalıdır (B2

* Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, AYDIN

ölçütü). SB olan çoğu kişiler bulantı ve karında şişkinlik tanımlarlar. Kusma, ishal ve yemeklere toleranssızlık daha nadir olur. Gastrointestinal yakınmalar sıklıkla gereksiz radyolojik incelemelere ve cerrahi girişimlere neden olur. Ağrı dışında en azından bir cinsel ya da üreme ile ilgili belirti olmalıdır (B3 ölçütü). Kadınlarda bu belirtiler düzensiz adet görme, menoraji ya da gebelik boyunca kusma şeklinde olabilir. Erkeklerde ise ereksiyon ya da ejakülasyon sorunları ile ilgili belirtiler olabilir. Son olarak ağrı dışında nörolojik bir durumu gösteren en azından bir belirti bulunabilir (koordinasyon ya da denge bozulması, paralizi ya da lokal zayıflık, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme, afoni, idrar retansiyonu, varsanılar, dokunma ya da ağrı duyusunun kaybı, çift görme, körlük, sağırılık ya da nöbetler gibi konversiyon belirtileri; amnezi gibi disosiyatif belirtiler; bayılma dışında bilinç kayıpları) (B4 ölçütü). Somatizasyon bozukluğundaki açıklanamayan belirtiler istemli olarak taklit edilemez, ya da ortaya çıkarılmaz (yapay bozukluk ya da temaruzda olduğu gibi) (D ölçütü).

Tarihçe

DSM-IV SB tanı ölçütleri, şimdiye dek farklı isimlerle, sendrom olarak da tanımlanmış, tıbbi nedenlerle açıklanamayan çok sayıda fiziksel yakınmaların tanımlanmasına yönelik uzun bir çabanın ürünüdür. Özgün olarak "histeri" olarak bilinen bu sendromun ilk olarak 4000 yıl kadar önce eski Mısır'da tanımlandığı tahmin edilmektedir. Mısır tıbbında uterusun fiziksel olarak yer değiştirmesinin belirtilerin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanılıyordu. Tedavi "dolaşan uterusun" uygun yerine getirilmesine yönelik olarak yapıyordu. Yüzyıllar sonra Freud histeri kavramına büyük bir dikkat ve önem göstermiştir. Psikoanalizin birçok ilkesinin histerinin detaylı incelenmesiyle ortaya çıktığı görülmektedir. Paul Briquet 1859'daki bir yazısında şimdiki SB'nin temelini oluşturacak bir histeri formundan söz etmiştir. Briquet histeriyi açıklanabilir bir organik patoloji bulunmaksızın dramatik tıbbi yakınmalarla belirli bir sendrom olarak tanımlamıştır. Purtell ve arkadaşları ise 1951'de Briquet'nin kavramını yeniden ele almışlar ve eşlik eden birtakım belirtiler belirleyerek bu olguya nicel bir boyut eklemişlerdir. Bu çoklu açıklanamayan yakınmalar sendromunu 1962'de Perley ve Guze toparlayarak tanımlamıştır. Guze 1970'de daha net tanımlanan bir "Briquet's sendromu" önermiştir. DSM-III sendromu "SB" olarak adlandırmıştır.

Yaygınlık

Çalışmalar SB'nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %0.2 ile %2 arasında, erkeklerde ise %0.2'den az olduğunu göstermektedir. Oranlardaki farklılıklar değerlendirmeyi yapanın bir hekim olup olmamasına, değerlendirme yöntemine ve çalışılan örneklem demografik özelliklerine bağlı olabilir.

Etiyoloji

SB'nin etiyojisi bilinmemekle birlikte ailesel bir bozukluk olduğu üzerinde durulmaktadır. Birçok çalışmada SB olan hastaların kadın birinci derece akrabalarının yaklaşık %20'sinin SB tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur. Guze ve arkadaşları (1986) "kör" bir aile çalışmasında SB'nin ailesel özelliğini göstermiştir. Bu çalışmada aynı zamanda erkek ve kadın akrabalarda SB ile antisosyal kişilik arasındaki ilişki gösterilmiştir. Ayrıca çeşitli çalışmalarda SB olan kadın hastaların erkek akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu ve alkolizm riskinin arttığı belirtilmiştir. Kadınlardaki somatizasyonun antisosyal kişilik ile ortak bir etiyojisi paylaştığı da ileri sürülmektedir. Erkeklerdeki somatizasyon anksiyete bozukluklarıyla daha çok ilişkili olabilir.

Bohman ve arkadaşları (1984) İsveç'te yaptıkları bir evlat edinme çalışmasında, SB'de genetik ve çevresel etkenlerin önemini vurgulamışlardır. Örneğin, 3 yaşına kadar evlat edinilmiş kız çocuklarının biyolojik ebeveynleri alkolik ya da antisosyal oldukları takdirde yüksek oranda görülen SB'de 5 kat bir artış olduğu belirtilmektedir. Evlat edinilmiş çocuklardaki SB riskinin evlat edinen ebeveynin toplumsal durumuna göre değiştiği de bildirilmiştir. Bu bulgular bu hastalığın gelişiminde biyolojik ve çevresel etkenlerin önemini göstermiştir.

DeneySEL nöropsikolojik testler SB olan bireylerin dikkat ve bellek ile ilgili sorunlarla ilişkili olarak bilgi işlemede güçlük yaşadıklarını göstermektedir. Flor Henry ve arkadaşları (1981) SB olan hastaların nöropsikolojik işlevlerini araştırmış ve bunları normal kontrol grubuyla, depresif hastalarla ve şizofrenik hastalarla karşılaştırmıştır. Normal kontrollerle karşılaştırıldığında SB olan bireylerin frontal lobda işlev bozukluğu olduğunu gösteren iki taraflı simetrik bozukluklar saptanmıştır. Yazarlar aynı zamanda baskın olmayan hemisfer işlev bozukluğu da bulmuşlar, arka bölgelerin aksine ön bölgelerde bozukluğun daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. SB olan hastalarda normal kişiler ve depresif kişilere göre baskın hemisfer bozukluğu daha fazladır. Bu

bulgu antisosyal kişilik bozukluğundaki bulgularla uyumludur. SB olan kişilerde şizofrenik hastalara göre baskın olmayan hemisfer bozukluğu daha azdır.

SB olan hastaların özelliklerini açıklayabilmek için başka kuramlar da ortaya atılmıştır. Özellikle Shapiro ve Horowitz "histerik" bilgi işlemenin klinik özelliklerin çoğundan sorumlu olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bilgi işlemedeki bozukluklar somatik yakınmalar, belirsizlik ve çevresellikle ilişkili ruhsal durum bulgularının yanı sıra bu hastalarda ve bunların biyolojik akrabalarında belirgin olabilen toplumsal, kişiler arası ve mesleki sorunlar için temel olabilir. Ford ve Quill SB olan kişilerin somatize etmeyi aile ortamında, kendileri için önemli kişilerden destek ve bakım görebilmek amacıyla duyguları ifade etmenin bir aracı olarak öğrendikleri kuramına dayalı bir toplumsal iletişim modeli geliştirmişlerdir.

Eşlik eden özellikler ve bozukluklar

SB olan kişiler genellikle yakınmalarını renkli, abartılı biçimde anlatırlar. Sürekli olarak çeşitli hekimlerden yardım ararlar. Bu tutum karmaşık ve bazen de riskli tedavilerin uygulanmasına neden olabilir. Anksiyete belirtileri ve depresif duygudurum sıklıkla eşlik edebilir ve hasta bu nedenlerle ruh sağlığı uzmanına başvurabilir. İmpulsif ve antisosyal davranış, intihar tehditleri ve girişimleri, evlilik sorunları olabilir. Bu kişilerin yaşantıları da tıbbi öyküleri kadar karmaşıktır. Sık ilaç kullanımı yan etkilere ve maddeyle ilişkili sorunlara neden olabilir. Bu bireyler sıklıkla çeşitli tıbbi muayenelere, tanısız işlemlere, cerrahi girişimlere ve hospitalizasyonlara maruz kalırlar. Majör depresyon, panik bozukluk ve maddeyle ilişkili bozukluklar SB'ye sıklıkla eşlik ederler. Histriyonik, sınırda ve antisosyal kişilik bozukluğu en sık eşlik eden kişilik bozukluklarıdır.

Kültür ve cinsiyetle ilgili özellikler

Somatik belirtilerin tipi ve sıklığı kültürlere göre değişebilir. Örneğin, ellerin ve ayakların yanması ya da kafada solucan veya derinin altında karıncalar dolaşması biçimindeki yakınmalar Afrika ve Güney Asya bölgelerinde rastlanan yalancı nörolojik belirtilerdir. Erkek üreme işlevleriyle ilişkili belirtiler semen kaybı hakkında yaygın kaygıları olan kültürlerde daha sık görülür (örneğin, Hindistan'daki Dhat sendromu gibi).

Gidiş

SB'de belirtiler tipik olarak 25 yaşından önce başlar. Belirtiler sıklıkla ergenlik dönemine kadar ortaya

çıkır. Bir kişiye yaşamının herhangi bir döneminde SB tanısı konulsa da belirtilerin 30 yaşından önce başlamış olması gereklidir. İlerleyen yaşlarda bu tanının konulması, belirtilerin nedeni olarak fiziksel bozuklukların dışlanması güç olmasından ötürü zordur. Çalışmalar 55 yaşından sonraki SB hastalarının somatizasyon belirtilerinin sayısı ve hastaneye başvurma oranları yönünden genç hastalardan çok farklı olmadığını göstermektedir. SB hastaları tıbbi hastalığı olan kişilere göre daha fazla psikolojik belirti ve toplumsal yetersizlik gösterirler. Toplumsal yetersizlik önemli boyutlara çıkabilir ve daha çok iş ve ebeveynlik sorumlulukları ile ilgilidir.

SB hastaları diğer hastalarla karşılaştırıldıklarında daha düşük sosyoekonomik düzeydeki insanlardır. Bu kişiler sağlıklarıyla tıbbi hastalığı olan bireylere göre daha fazla meşgul olurlar, kendilerini "çok ağır hastadan daha ağır hasta" olarak görürler ve sağlık durumlarını "çok şiddetli" olarak algırlar. SB hastaları ortalama olarak ayda 7 günlerini hasta olarak yataklarında geçirirler.

SB hastaları sağlıklarının aşırı derecede bozuk olduğuna inanmalarına karşın, uzun süreli izlemde SB'de ölüm oranlarının yüksek olmadığı bulunmuştur. Örneğin Coryell (1981) SB hastalarının ölüm oranlarının genel nüfusa eşit olduğunu ve majör depresif bozukluk geçiren kişilerden daha düşük olduğunu bulmuştur. Somatizasyon hastaları sağlık hizmetlerinden fazlasıyla yararlanma eğilimindedir ve ruh sağlığı birimlerine başvurmadan çok genel tıbbi hizmet almayı tercih ederler. Somatizasyon belirtileri ile başvurulara sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarında rastlanmakta ve bu hastalığın genel sağlık hizmetlerindeki "gizli psikiyatrik hastalıkların" %50'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir.

SB'nin en sık ve en önemli komplikasyonları yineleyen cerrahi girişimler, ilaç bağımlılığı, ayrılma ya da boşanmalar ve intihar girişimleridir. Hastalığın tanınması ve uygun bir tedavi yaklaşımının sağlanması halinde ilk iki komplikasyon önlenmektedir.

Ayrırcı tanı

SB'de görülen belirtiler sıklıkla bu hastalığa özgül değildir ve çeşitli tıbbi bozukluklarla örtüşebilir. Cloninger'e göre (1986), SB ve fiziksel hastalığı ayırtetmede önem taşıyan üç özellik vardır:

1. Çeşitli organ ve sistemlerin tutulumu,
2. Erken başlangıç ve yapısal anormalliğe ait her-

hangi bir fiziksel belirti olmaksızın gözlenen kronik bir seyir,

3. İlgili olabilecek fiziksel bozukluğa özgü belli laboratuvar anormalliklerin olmaması etiyolojinin belirsiz kaldığı olgularda göz önünde tutulmalıdır.

Klinisyen çeşitli tıbbi bozuklukların SB ile karışabileceği konusunda dikkatli olmalıdır. Örneğin, multipl sklerozis ve sistemik lupus eritematozus gibi bazı hastalıklar çok açık olmayan fiziksel belirtilerle birlikte belirsiz işlevsel ve duyuusal bozukluklar gösterebilir. Akut intermittan porfiri SB ile karışabilecek şekilde epizodik ağrı öyküsü ve çeşitli nörolojik bozukluklar gösterebilir. Somatik belirtilere ek olarak SB olan hastaların insan ilişkilerinde ve psikolojik yapılarıyla ilgili yakınmaları olabilir. Cloninger'e göre (1986), SB'nin ayırıcı tanısında dikkatli bir şekilde ele alınması gereken üç psikiyatrik bozukluk vardır: anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozukluğu), duygudurum bozukluğu ve şizofreni. En çok sorun yaratan ayırım anksiyete bozuklukları ile SB arasında olur. Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde sıklıkla SB hastalarında da bulunan çeşitli fiziksel yakınmalar olabilir, fakat anksiyete ve kaygı odağı fiziksel yakınmalarla sınırlı değildir. Anksiyete bozukluğu olan bireylerde SB'de de olan hastalık kaygıları ve hipokondriyak yakınmalar olabilir. Benzer şekilde SB olan hastalar sıklıkla panik atakları bildirirler. Panik bozukluğunda da çoğul somatik belirtiler olabilir, fakat bunlar özellikle panik atakları sırasında olur. Panik bozukluğu SB ile birlikte olabilir. Somatik belirtiler panik atakları dışında oluyorsa her iki tanı da düşünülmelidir. Özellikle histriyonik kişilik özelliklerinin varlığı, konversiyon ve disosiyatif belirtiler, cinsel ve menstrüasyonla ilgili sorunlar ve toplumsal ilişkilerdeki bozulmalar SB tanısını destekler. Ayrıca cinsiyet de göz önünde tutulmalıdır. Erkekler SB'den çok anksiyete bozukluklarından yakınır. Kesin tanı güç olmasına rağmen klinik açıdan önemlidir. Çünkü SB'nin tıbbi tedavisi anksiyete bozukluklarından farklıdır.

Duygudurum bozukluğu olan bireylerde (depresyon ya da mani, fakat özellikle depresyon) somatik yakınmalar dile getirebilirler. Sık olarak temel yakınma baş ağrısı, gastrointestinal bir bozukluk ya da açıklanamayan bir ağrıdır. Bu belirtiler duygudurum bozukluğunun tedavisi ile iyileşirken, SB'deki fiziksel yakınmalar devam eder. Diğer taraftan SB olan kişiler sıklıkla depresif yakınmalardan bahsederler. Majör depresyonun eşlik ettiği SB olgularında majör

depresyon ve bazı somatik yakınmaların birlikte olduğu hastalardan daha fazla depresif yakınma olur. SB olan hastaların daha fazla suçluluk, konsantrasyonda azalma, karmaşık düşünce, kendine güvende azalma, ölüm düşünceleri, özkıyım planı, özkıyım girişimi ve iştah artışı bildirdikleri ve daha çok madde kötüye kullanımı ve antisosyal belirtiler gösterdikleri bulunmuştur.

Şizofrenide de açıklanamayan somatik yakınmalar olabilir. Dikkatli bir ruhsal muayenede sanırlar, varsanırlar, formal düşünce bozukluğu görülecektir. Nadiren somatik belirtiler SB ölçütlerini karşılayacak yoğunlukta olabilir. Böyle olduğu takdirde her iki tanı da koyulabilir. Nadiren yoğun somatik belirtiler gösterip de o an psikoza olmayan bir hastada daha sonra şizofreni tablosu gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Bununla birlikte özellikle kadınlarda görülen SB'de varsanırların sık olarak görülebileceği unutulmamalıdır. Bu gibi durumlarda psikoza tanısı konusunda dikkatli olunmalı, gereksiz nöroleptik kullanımından kaçınılmalıdır.

Tedavi

SB'nin tedavisi güçtür ve üstünlüğü gösterilmiş belirli bir tedavi saptanamamıştır. Birinci basamak hekimleri genellikle SB olan hastaları tedavi edebilmelerine karşın, tedavi ile ilgili birtakım sorunların ele alınmasında bir psikiyatrin danışmanlığına gerek duymaktadırlar. Çalışmalar psikiyatrik danışmanlık altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmeti maliyetinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Harcamalardaki azalmalar daha çok hastaneye yatışlardaki azalmaya bağlıdır.

Yapılan çeşitli çalışmalar tedavi ile ilgili üç önemli hedefi ortaya koymaktadır:

1. Hastayla sıkı bir terapötik ortaklık kurulmalıdır. Genellikle bu hastalar belirtileri için fiziksel açıklamalar bulabilmek amacıyla çeşitli hekimleri ziyaret etmektedirler. Bu incelemeler sırasında bu hastalara açıklayıcı bir organik bozukluk bulunmadığı, sorunun kaynağının ruhsal olduğu söylenmektedir. Bu tür tutumlar gereksiz tanısız işlemler ve tedavilere neden olabilir. Bunu önlemek için terapötik bir ortaklık gereklidir. Böyle bir ortaklık kurmada ilk adım hekimin, hastanın acı ve ızdırabını kabul etmesidir. Hekim daha sonra hastanın tıbbi öyküsünü ve tıbbi kayıtlarını dikkatli bir şekilde incelemelidir. Böyle bir süreç genellikle yeni başlayan terapötik bağları güçlendirir. Bu tutum hastaya hekimin onu anlamak için zaman ayırıp çaba harcamaya istekli

olduğunu gösterir. Ayrıca bu adım özgül olmayan motor ve duyuşsal anormalliklerle görülebilen tıbbi bozuklukları dışlamada önemlidir. SB tanısı akla geldikten sonra tanısız değerlendirme bireysel yakınmalara göre değil, nesnel kanıtlara dayanarak yapılmalıdır.

2. Hastayı SB'nin özellikleri ile ilgili olarak eğitmek gereklidir. Cloninger (1986) hastayı tanı konusunda bilgilendirmeyi ve SB'nin çeşitli yönlerinin tanımlanmasını önermiştir. Hastaya "deli" olmadığını, tıbbi olarak bilinen bir hastalığı olmasına karşın bu durumun süregen bir ruhsal veya fiziksel yıkıma veya ölüme yol açmayacağını açıklamak onu rahatlatır. Ancak klinisyen hastalığın gidiş, hedefler ve tedavi planlarını tartışma noktalarında dikkatli bir denge kurmalıdır.

3. Tutarlı güvenceler sağlamak gereklidir. SB olan hastalar sıklıkla hekimin yeterli bir değerlendirme yapmadığı konusunda kaygılıdır ve bu nedenle farklı bir hekimden yardım isteyebilirler. Bu durumda ortaya çıkarılmayan fiziksel hastalıkların düzenli olarak değerlendirildiği konusunda hastaya güven verilmeli ve hekim değiştirmenin sözkonusu durumun karmaşıklığını arttıracak belirtilmelidir. Hastaya yakınmalarını açıklayacak hiçbir fiziksel

neden olmadığı, ancak yakınmaların "stres" ile bir bağlantısı olabileceği anlatılmalıdır. Yakınmaların gözden geçirilmesiyle belirtilerin kişilerarası, toplumsal ya da mesleki sorunlarla bir ilişkisi olduğu gösterilmelidir. Bu tip ilişkilerin tartışılması hastaya böyle sorunların somatik ya da psikolojik belirtileri ortaya çıkartabileceği konusunda içgörü kazandırır. Bu ilkelerin uygulanabilmesi büyük ölçüde SB'nin klinik yönden ele alınmasını kolaylaştırıp gereksiz tanısız ve terapötik işlemleri de içeren ciddi komplikasyonları önleyebilir.

Bu genel ilkelere ek olarak SB'nin tedavisinde başka noktalar da önemlidir. Daha önce de belirtildiği gibi bu hastalar sıklıkla anksiyete ve depresyondan da yakınır. SB'de farmakoterapi bilinçli kullanılmalı, bu hastaların ilaçları uygunsuz biçimde kullanabileceği, ilaç bağımlılığı geliştirebilecekleri, intihar girişimlerinde yüksek doz ilaç alabilecekleri unutulmamalıdır.

Klinisyen hastanın ailesiyle iyi bir ilişki geliştirmelidir. Bu, hastanın toplumsal yapısının daha iyi anlaşılmasını ve dolayısıyla hastanın karmaşık yaşam tarzının anlaşılmasını kolaylaştırır. Uygun olduğunda klinisyen aşırı talepler, yönlendirmeler ve dikkat çekme davranışına katı sınırlamalar getirebilmelidir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Almgren PE, Nordgren L, Skantze H (1978) A retrospective study of operationally defined hysterics. *Br J Psychiatry*, 132:67-73.
2. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. baskı, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. Bendefeldt F, Miller LL, Ludwig AM (1976) Cognitive performance in conversion hysteria. *Arch Gen Psychiatry*, 33:1250-54.
4. Bohman M, Cloninger CR, von Knorring AL et al. (1984) An adoption study of somatoform disorders, III: cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. *Arch Gen Psychiatry*, 41:872-78.
5. Bridges KW, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*, 29:563-69.
6. Cloninger CR, Guze SB (1970) Psychiatric illness and female criminality: the role of sociopathy and hysteria in the antisocial women. *Am J Psychiatry*, 127:303-11.
7. Cloninger CR, Reich T, Guze SB (1975) The multifactorial model of disease transmission, III: familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). *Br J Psychiatry*, 127:23-32.
8. Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring AL et al. (1984) An adoption study of somatoform disorders, II: identification of two discrete somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 41:863-71.
9. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB et al. (1986) A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry*, 143:873-78.
10. Coryell W (1981) Diagnosis-specific mortality. *Arch Gen Psychiatry*, 38:939-42.
11. DeSouza C, Othmer E, Gabrielli W Jr et al. (1988) Major depression and somatization disorder: the overlooked differential diagnosis. *Psychiatric Annals*, 18:340-48.
12. Escobar JI, Golding JM, Hough RL et al. (1987) Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *Am J Public Health*, 77:837-40.
13. Flor-Henry P, Fromm-Auch D, Tapper M et al. (1981) A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biol Psychiatry*, 16:601-26.
14. Goodwin DW, Guze SB (1989) *Psychiatric Diagnosis*, 4th Edition. New York, Oxford University Press.
15. Guze SB, Cloninger CR, Martin RL et al. (1986) A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *Br J Psychiatry*, 149:17-23.
16. Kellner R (1990) Somatization: theories and research. *J Nerv Ment Dis*, 178:150-60.
17. Ludwig AM (1972) Hysteria: a neurobiological theory. *Arch Gen Psychiatry*, 27:771-77.

18. Martin RL (1988) Problems in the diagnosis of somatization disorder: effects on research and clinical practice. *Psychiatric Annals*, 18:357-62.
19. Murphy GE, Wetzel RD (1982) Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *J Nerv Ment Dis*, 170:86-90.
20. Quill TE (1986) Somatization disorder. One of medicine's blind spots. *JAMA*, 254:3075-79.
21. Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC (1986) Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *N Engl J Med*, 314:1407-13.
22. Smith GR Jr (1994) The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics*, 35:263-67.
23. Woerner PI, Guze SB (1968) A family and marital study of hysteria. *Br J Psychiatry*, 114:161-68.

8. Anadolu Psikiyatri G nleri

22-26 Haziran 1999 - Diyarbak r

Konu: Bedenselle tirme

- * A r
- * Anksiyete
- * Cinsellik
- * 'ocuk ve Ergen
- * Depresyon
- * G
- * Kad n
- * Konversiyon - Temaruz
- * K lt r
- * Travma ve iddet

Kongre Sekreteri: Do . Dr. Aytakin S r
Dicle niversitesi T p Fak ltesi Psikiyatri Anabilim Dal
21280 - Diyarbak r
Tel: 0412 248 82 84
Faks: 0412 248 84 40-248 85 20
e-mail: a.sir@usa.net

D CLE N VERS TES TIP FAK LTES PS K YATR ANAB L M DALI &
PS K YATR DERNE—