T. C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

BÖLGEMIZDE SOMATİZASYON BOZUKLUĞU GÖSTEREN HASTALARIN SEMPTOM DAĞILIMLARI VE STRES FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Necati ERDOĞAN

22570

UZMANLIK TEZİ

ERZURUM 1990

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

BÖLGEMİZDE SOMATİZASYON BOZUKLUĞU GÖSTEREN HASTALARIN SEMPTOM DAĞILIMLARI VE STRES FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr.Necati ERDOĞAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
22570
KÜTÜPHANESİ

UZMANLIK TEZİ

ERZURUM 1990

03914-9P
610

Ö N S Ö Z

Bu çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde büyük katkıları olan kıymetli hocalarıma, emeği geçen tüm mesai arkadaşlarıma ve basıma hazırlanmasındaki katkılarından dolayı klinik sekreterine teşekkür ederim.

İ Ç İ N D E K İ L E R

	Sayfa NO
1- Giriş ve Amaç	1-2
2- Genel Bilgiler	3-12
3- Konuyla İlgili Literatürlerin İncelenmesi	13-16
4- Materyal ve Metod	17-20
5- Bulgular	21-44
6- Tartışma	45-52
7- Sonuç	53-54
8- Özet	55
9- Literatürler	56-60

GİRİŞ VE AMAÇ

Herhangibir fizik bozukluk nedeniyle olmadığı anlaşılan, yıllarca devam eden, tekrarlayıcı, birçok somatik şikâyetlerle karakterize olan Somatizasyon Bozukluğu, psikiyatrist olmayan hekimlerce "fonksiyonel", "nonorganik pataloji", " ağrıdan ızdırap çeken kişilik", "anormal hastalık gelişimi", "vücut duyarlılığı artmış kişiler", "organik olmayan gastrointestinal hastalık" gibi tanılarla teşhis edilmektedir (4, 12, 27). ABD'de polikliniklere başvuran hastaların yaklaşık % 60'ının şikâyetlerinin psişik temele dayandığı bildirilmiştir (36).

Culpan ve Davis, çalışmalarında tıbbi şikâyetlerle gelen hastaların % 38'inin herhangibir fizik sebep bulunmaksızın psikolojik bozukluğa sahip olduklarını ileri sürmüşlerdir (10). Bu hastalar sürekli olarak tedavi arayışları sonucu, sağlık kuruluşlarını meşgul etme eğilimi içerisindedirler.

Somatizasyonun önemi, günümüzde sayıca fazla olmasının yanı sıra durumlarını açıklayıcı verilerin elde edilmesinde güçlük çekilmesinden de kaynaklanmaktadır (9, 40).

Hemen her zaman organik bir orijin bulunamadığı için, fonksiyonel somatik bozukluklar klinik özellikleri ile, alışık olmayan doktorlar için bir sorun olmakta ve somatik şikâyetler, bu işle uğraşan doktorların zihnini sık sık karıştırmaktadır. Gerek muayenelerde gerekse labaratuar incelemelerinde pozitif bulguların ortaya çıkartılamaması doktorlarda boş yere bir uğraşı içinde oldukları duygusunu geliştirebilir (29).

Türkiye'de bu yönde doyurucu istatistiklerin mevcut olmamasına karşı, durumun pek de farklılık göstermeyeceğini düşünmekteyiz.

Somatizasyon Bozukluğunun teşhis kriterleri, semptom cinsi ve sayısı bakımından kültürler arasında fark bulunmadığı kabul edildiği halde, daha çok takdim edilen semptomlar veya bunların sık rastlanan kompozisyonu açısından kültürel farklılıklar bulunabileceği, hatta aynı kültürde zamanla değişiklik gösterebileceği ifade edilmektedir (26, 37, 44).

Biz bu fikre dayanarak Erzurum ve çevresinden hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvuran ve diğer servislerden istenen konsültasyon sonucu Somatizasyon Bozukluğu düşünülen vakaları demografik özellikleri, semptom profilleri ve psikososyal stres faktörleri ile ilişkileri bakımından incelemeyi planladık.

GENEL BİLGİLER

KISA TARİHÇE :

Somatizasyon Bozukluğunun en eski örneği sayılan histeri çok eski çağlardan beri bilinmektedir (44). İlk çağlarda, histeri de başka hastalıklar gibi birtakım doğa üstü güçlerin etkisine bağlanıyordu. Hipokrat, histerinin doğa üstü etkenlere bağlı bir bozukluk olmadığını belirtmiş ve hastalığın adını yunancada döl yatağı (rahim) anlamına gelen histeron sözcüğünden almıştır.

18. yüzyılın ikinci yarısında Charcot tarafından histeri üzerinde bilimsel incelemeler çağı açılmıştır. Daha sonra büyük çapta onun etkisiyle Bernheim, Babinski, Janet ve Freud gibi hekimlerin araştırmaları ve ortaya attıkları teoriler ile histeri konusunda bugünkü bilgiler kazanılmış oldu (31). Thomas Savill ve James Purtell'in çalışmaları doğrultusunda 1859'da Paul Briquet'ten bu yana histeriye gerçek bir fenomenolojik yaklaşım olmuştur (3).

1960 larda birçok somatik semptomu olan hastalar üzerinde bir seri çalışma yapılmış, Guze ve Perley tarafından "Briquet Sendromu" adı altında yeniden bir düzenlemeye gidilmiştir (31, 34).

Somatizasyon Bozukluğu, Briquet Sendromunun basite indirgenmiş bir versiyonudur. Briquet Sendromunun tanısında kullanılan 59 semptomlu liste klinik uygulamadaki güçlük nedeniyle

35 semptoma indirilmiştir. Altı başlık altında toplanan bu 35 semptomdan 13'ünün varlığı halinde Somatizasyon Bozukluğu teşhisine ulaşılmaktadır (23).

KONUYLA İLGİLİ BAZI KAVRAMLARIN TANIMLANMASI:

Somatizasyon: Anksiyetenin fizik semptomlara dönüşümü olup, duygusal problemlerin ve psikososyal streslerin bedeni semptomlar aracılığıyla fizik bir dil kullanılarak ifade edilmesidir (2).

Stres: Karmaşık bir kavram olduğundan, çok fazla sayıda tanımı yapılmış olmakla beraber, bu tanımlar şu noktalarda birleşmektedir. Stres; psikolojik, sosyal, kültürel ya da fizik ajanların organizmada oluşturduğu değişiklik durumudur (46). Rabkin ve Struening stresi, organizmanın sıkıntı verici etkenlere gösterdiği fizyolojik ya da psikolojik tepki olarak tanımlamışlardır (35).

Stres Etkeni (Stresör): Organizmada stres reaksiyonlarının oluşmasına yol açan fizik, sosyal, psikolojik ya da biyolojik etkendir (6).

Distres: Kişinin hoşa gitmeyen durumlar karşısında duyduğu subjektif rahatsızlık hissidir (32).

Yaşam Olayları: Sosyal stres etkenlerinin bir bölümünü oluştururlar. Holmes ve Rahe'ye göre yaşam olayları, kişinin süregiden yaşam düzeninde değişiklik anlamına gelen olaylar dizisidir (16).

Uyum: Kişinin yaşam olayının oluşturduğu değişikliğe

alışma düzeyidir. Yazarlara göre yaşam olaylarının verdiği stresin şiddeti, bunların oluşturduğu değişikliğe uyum yapma güçlüğü ile orantılıdır.

DSM-III-R'YE GÖRE "SOMATİZASYON BOZUKLUĞU"NUN TANIMLANMASI:

Somatizasyon Bozukluğunun DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised) deki tanımına göre 30 yaşından önce başlaması ve birkaç yıllık bir hastalık hikâyesinin bulunması gerekmektedir. Somatik semptomlar medikal bir hastalığa, ilaçlara veya alkole bağlı olmamalı, hastanın ilaç kullanmasına, bir hekime gitmesine neden olmalı ya da yaşam stilini değiştirmelidir. Şikâyetler sıklıkla dramatik, belirsiz ya da abartılmış bir biçimde sunulur, birçok fizik teşhisin gözönüne alındığı, karmaşık bir tıbbi hikâyenin parçasını oluştururlar. Bireyler sıklıkla, bazen de aynı anda birçok hekimden tıbbi tedavi görürler. Hastalığın teşhisi için altı grupta toplanmış 35 semptomdan oluşan listedeki bulgulardan en az 13'ünün mevcut olması gerekmektedir. Bu semptomların hastanın kendisi tarafından ifade edilmesi gerekli olup, hali hazırda semptomun mevcut olması şart değildir (örneğin:kusma) (23).

Semptom listesinde özel olarak belirtilen yedi semptom hastalığın araştırılmasında yardımcı olmaktadır. Bunlardan en az iki tanesinin pozitif olması halinde büyük bir olasılıkla Somatizasyon Bozukluğu teşhisi akla gelmelidir (23).

Somatizasyon Bozukluğunun teşhisinde kullanılan liste şu şekildedir :

I. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR :

x (1) kusma (gebelik sırasında olan dışında)

(2) abdominal ağrı (menstruasyon sırasında olan dışında)

(3) bulantı (taşıt tutması dışında)

(4) şişkinlik (gaz)

(5) diyare

(6) birçok değişik yiyeceklere karşı entolerans

II. AĞRI SEMPTOMLARI :

x (7) ekstremitelerda ağrı

(8) sırt ağrısı

(9) eklem ağrısı

(10) idrar yaparken ağrı

(11) diğer bir çeşit ağrı (baş ağrısı dışında kalan)

III. KARDİOPULMONER SEMPTOMLAR :

x (12) herhangibir çaba harcamıyorken nefesin daralması

(13) çarpıntı

(14) göğüs ağrısı

(15) sersemlik hissi (baş dönmesi)

IV. KONVERSİYON YA DA PSÖDONÖROLOJİK SEMPTOMLAR :

x (16) amnezi

(17) yutma güçlüğü

(18) ses kaybı

(19) sağırlık

(20) çift görme

(21) bulanık görme

(22) körlük

(23) bayılma ya da bilinç kaybı

(24) kasılma ya da konvülziyon

(25) yürüme güçlüğü

(26) paralizi ya da kas zayıflığı

(27) üriner retansiyon ya da idrar yaparken zorluk

V. KİŞİNİN YAŞAMININ BÜYÜK BİR KESİMİNDE, CİNSEL ETKİNLİKTE BULUNMAK İÇİN DOĞAN ELVERİŞLİ DURUMLAR SONRASI ORTAYA ÇIKAN CİNSEL SEMPTOMLAR :

x (28) cinsel organlarda ya da rektumda yanıcı bir his (cinsel ilişki sırasında olan dışında)

(29) cinsel ilgisizlik

(30) cinsel ilişki sırasında ağrı

(31) empotans

VI. BİR KADININ, KENDİSİNDE ÇOĞU KADINDAN DAHA SIK YA DA DAHA ŞİDDETLİ OLARAK ORTAYA ÇIKTIĞINA İNANDIĞI REPRODÜKTİF (ÜREME ORGANLARI İLE İLGİLİ) SEMPTOMLAR :

x (32) ağrılı menstruasyon

(33) menstrüel düzensizlik

(34) aşırı menstrüel kanama

(35) gebelik süresi boyunca kusma

Yanlarında (x) işareti bulunan yedi madde hastalığın taranması için kullanılabilir.

Somatizasyon Bozukluğunun Briquet Sendromu İle Karşılaştırılması:

İlk kez 1859 yılında tanımlanan Briquet sendromu 30 yaşından önce başlayan ve bilinen bir medikal açıklaması olmayan, dramatik ve karmaşık bir medikal hikâye ile karakterize bir bozukluktur. Teşhis için, 10 ayrı grupta toplanan 59 semptomluk listeden en azından 25 farklı semptomun mevcut olması gerekmektedir. DSM-III'te (1980) Briquet Sendromunun teşhisinde bazı değişiklikler yapılmış ve sendrom Somatizasyon Bozukluğu adı altında incelenmiştir. Yapılan değişiklikler şu şekildedir:

1- Bütün semptomların sayısı 60'dan 37'ye indirilmiş ve tüm depressif semptomlar elimine edilmiştir.

2- Semptom grubu sayısı 10'dan 7'ye düşürülmüştür.

3- Müsbet bir teşhis için ihtiyaç duyulan semptomların total sayısı kadınlarda 14'e, erkeklerde 12'ye indirilmiştir.

DSM-III-R (1987)'de ise semptom sayısı 35'e indirilirken, teşhis için 13 semptomun varlığı yeterli görülmüştür (3,23).

Epidemiyoloji:

Somatizasyon Bozukluğunun kadınlarda yaşam boyu prevalansı % 0,2-2 arasındadır. Hernekadar erkeklerde oldukça nadirse de, bazı vakalar bildirilmektedir. Somatizasyon Bozukluğu eğitim düzeyi düşük olanlarda ve ekonomik açıdan alt kesimlerde bulunanlarda daha sık ortaya çıkmaktadır.

Başlangıç yaşı 16-20 yaşlar olmakla birlikte teşhis daha çok geç yaşlarda konulabilmektedir. Somatizasyon Bozukluğu olan hastaların birinci derecede akrabalarında aynı hastalığın bulunma oranı % 10 ile % 20 arasındadır. Bu tip ailelerde, birinci derecede erkek akrabalarda alkolizm, madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu prevalansı da yüksektir (3).

Etyoloji:

Somatizasyon Bozukluğunun etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ailevi yüklülüğün bulunması hem genetik hem de çevresel faktörlerin herikisinin rolü olduğunu akla getirmektedir. Somatizasyonu güçlendiren sosyal, kültürel ve etnik faktörlerin genelde hastalığın oluşmasında etyolojik bir rolü olabilir ya da en azından ortaya çıkmasına yardımcı olduğu düşünülebilir. Ebeveynlerden öğrenilenler ve ebeveyn örnekleri, kültürel ve etnik etkenler gibi çocuğun somatize olmayı öğrenmesinde etkili olabilir.

Bazı araştırmalarda Somatizasyon Bozukluğunda nörofizyolojik bir temelin varlığı ileri sürülmektedir. Rapor edilen bozukluklar, şiddetli distraktibilite, yineleyici stimulusları kabullenmede yetersizlik, kognitif yapıları izlenimci bir temelde gruplandırma şeklindedir (3).

Klinik İşaretler ve Semptomlar:

Somatizasyon Bozukluğu olan hastalarda çok sayıda somatik yakınmalar mevcuttur ve uzun süreli komplike bir medikal

hikâyeye sahiptirler. Birçok medikal teşhis alınmış olmakla birlikte bunların hiçbiri hastanın yakınmalarını yeterince açıklamamaktadır. Somatize hastalara ait tipik yakınmalar, paraliziler veya körlük ya da yutma güçlüğü gibi konversiyon veya psödonörolojik semptomları, abdominal ağrı, bulantı, kusma, kabızlık gibi gastrointestinal yakınmaları, menstrüel yakınmalar, disparoni, empotans ve seksüel ilgi azlığı gibi psikoseksüel semptomları, sırtta veya ekstremitilerde ağrı gibi ağrı semptomlarını ve nefes almada güçlük gibi kardiyovasküler semptomları içermektedir. Bu hastalar birçok defa farklı doktorlara, hastanelere başvururlar, çok sayıda diagnostik teste ve cerrahi müdahalelere tabi tutulurlar. Çoğunda aşikâr olarak medikal bir endikasyon olmamasına karşı bu hastaların hastaneye yatma oranları fazladır. Sağlık giderleri açısından bunların ekonomiye getirdikleri yük oldukça yüksektir. Somatizasyon Bozukluğu olan hastalarda psikolojik distres ve kişiler arası problemler önem taşımaktadır. Anksiyete ve depresyon en yaygın psikiyatrik durumlardır. Nadiren başarıya ulaşan intihar girişimleri de görülmektedir. Bazı vakalarda basit hallüsinasyonlar rapor edilmiştir. Bu hastalıkla birlikte antisosyal kişilik bozukluğu, alkolizm ve ilaç bağımlılığı yüksek oranda ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte bu araştırma sadece düşük sosyoekonomik düzeydeki vakalara uygulandığından bu sonuçlar genelleştirilememektedir. Yine bu hastalar sıklıkla tutarsız, güvensiz ve emosyonel açıdan destekleyici olmayan ailelere mensup

bulunmaktadırlar. Somatizasyon Bozukluğu olan hastalar sıklıkla bağımlı, egosantrik, manipülatif, hayranlık ve övgü bekleyici kişiler olarak tanımlanmaktadırlar (3).

KONU İLE İLGİLİ LİTERATÜRLERİN İNCELENMESİ

Barsky Somatizasyon Bozukluğunun yaşam boyu prevalansını kadınlarda % 0,2 ile % 2 arasında bildirirken, hastalığın erkeklerde oldukça nadir olduğunu ifade etmekte ve erkeklerde hastalığın prevalansı hakkında bir rakam vermemektedir (3).

Swartz, Blazer ve arkadaşlarının yaptıkları bir Somatizasyon Bozukluğu taramasında erkek hastaların oranı % 13 olarak bulunmuştur (44).

Kaminsky ve Slavney, Briquet Sendromu kriterlerinin gebelik, menstrüel şikâyetler gibi kadınlara özgü bazı karakteristik semptomların erkeklere uygulanamamasına ve erkeklerin daha az semptom ileri süreceğine dikkati çekerek, erkeklerde teşhis kriterlerinin daha güç doldurulacağını, dolayısı ile de erkeklerde daha az teşhis edileceğini ileri sürmüşlerdir (19).

Colinger ve arkadaşları teşhis için gerekli olan minimum semptom sayısının sekize indirilmesi halinde, Somatizasyon Bozukluğunun kadınlarda ve erkeklerdeki görülme sıklığının eşit olacağını ileri sürmektedirler (8)

DSM-III-R'de hastalığın eğitim düzeylerine göre prevalansları hakkında bir bilgi verilmemekle birlikte, Swartz ve arkadaşları hastalığın prevalansının eğitim düzeyleri düşük olanlarda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (44).

K.Srinivasan ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada, multipl somatik yakınmaları olan 139 vakada mesleki açıdan, ev kadınlarının diğer meslek gruplarına oranla daha fazla olduğunu (% 43) rapor etmişlerdir (43).

J.de Léon ve arkadaşları yaptıkları bir seri çalışmada, hastalığın prevalansının yerleşim yerine göre farklılık göstermediğini ancak Somatizasyon Bozukluğu olan hastaların daha düşük sosyoekonomik düzeylere sahip olduklarını rapor etmişlerdir (25). Weissman ve arkadaşları ise yaptıkları bir çalışmada, Somatizasyon Bozukluğu prevalansının kırsal kesimde genel prevalansa oranla daha yüksek olduğunu bildirmektedirler (49).

Swartz, Blazer ve arkadaşları da bir yayınlarında, cerrahi müdahale ya da laparatomiye kadar varan girişimlerin hastalara uygulanabildiğini rapor etmektedirler (44).

Culpan ve Davis, dahili şikâyetlerle başvuran hastalarının % 38'inde herhangi bir fizik bozukluk bulunmaksızın, psikolojik bozukluğun mevcut olduğunu rapor etmişlerdir (10). Fonksiyonel ya da somatizasyon gösteren hastalar olarak adlandırılan bu dahili hastaların, dahili şikâyetlerle başvuranların yaklaşık % 40'ını oluşturduklarını bildiren çalışmalar mevcuttur (33).

A.B.D.'de medikal merkezlerin yılda yaklaşık 200 milyar dolarlık bir mali yükü olduğu, bunun da 20 milyar dolarlık kısmının Somatizasyon Bozukluğu olan hastalara ait olduğu bildirilmektedir (13).

Swartz ve arkadaşlarının araştırmalarında ilk semptomların 30 yaşından önce başlaması gerektiği ve ençok gençler arasında yaygın olduğu bildirilmektedir (44).

K.Srinivasan ve arkadaşları da organik temele dayanmayan multipl somatik şikâyetleri olan hasta grubunda başlangıç yaşları 16-45 arasında olanların oranının % 91 olarak bulunduğunu bildirmektedirler (43).

Swartz ve arkadaşları psikoseksüel semptomların beklediklerı düzeyin çok altında saptandığını rapor etmişlerdir (44). Goodwin ve Guze ise, "Menstrüel ve seksüel hikâyeler normal ise teşhis çok dikkatli konmalıdır" demişlerdir (15).

K.Srinivasan ve arkadaşları, vakaların çoğunda somatizasyon, anksiyete ve depresyon semptomlarının kombine bir halde bulunduğunu belirtmektedirler (43). Yine somatizasyon gösteren müslüman hint kadınları üzerinde karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyonla birlikte somatizasyon gösterenlerin göstermeyenlere nazaran önemli ölçüde daha fazla olduğunun tesbit edildiği bildirilmektedir (17).

J.de Léon ve arkadaşları diğer bir çalışmada, Holmes ve Rahe'nin geliştirdikleri "Yaşam Değişikliği Birimleri" listesinde sıralanan stres faktörlerinin hastalık şiddetini ve tıbbi konsültasyona ihtiyacı arttırdığını tesbit etmişler, somatizasyon gösterenlerin % 40'ından fazlasında hastalığın ortaya çıkması ve seyri için stresin etkili olduğunu bildirmişlerdir (11,25).

Katon ve arkadaşları, somatizasyonla sosyal durum arasındaki ilişkiyi incelediklerinde, çalışma şartları, eğitim, evden ayrı kalma gibi nedenlerin özellikle kadınlarda etkili olduğunu ve buna bağlı olarak da fizik semptomların ortaya çıkmakta olduğunu bildirmişlerdir (21).

Uhlenuth ve Peykel, yaptıkları çalışmada yaşam stresi, ruhi hastalık, semptom şiddeti ve demografik özelliklerin birbirine bağımlı değişkenler olduklarını bildirmişlerdir (46).

Grant ve arkadaşları, bir çalışmalarında olaylarla semptomların değişik nitelikleri arasında ilişkiyi incelemişler, arzulanmayan olayların disforik ve somatik semptomları arttırmasına karşılık, arzulanan olayların bunları azalttığını bildirmişlerdir (4).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine 1989 yılı 1990 yılının Mart ayına kadar başvuran vakalar arasında DSM-III-R kriterlerine göre Somatizasyon Bozukluğu tanısı almış olan, yaşları 19 ile 52 arasında değişen 9'u erkek, 41'i kadın toplam 50 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastalardan alınan bilgilerin yanısıra gerektiğinde yakınlarından da bilgi alınmıştır.

Erkek hastalarda ortalama yaş $\bar{x}$=30.66 ve standart sapma SS=6.12, kadınlarda ise ortalama yaş $\bar{x}$=34.14 ve standart sapma SS=8.68, tüm hastalarda da ortalama yaş $\bar{x}$ 31.92 ve SS=8.63 şeklindedir.

Hastaların değerlendirilmesinde aşağıdaki hususların aydınlatılmasına yönelik bir araştırma formu kullanılmıştır.

ARAŞTIRMA FORMU

- Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim düzeyi, mesleği, aile yapısı, yerleşim yeri, memleketi.
- Psikiyatri bölümüne geliş şekli.
  - a. doğrudan
  - b. sevkle (hangi bölümden sevk edildiği)
- Psikiyatriste daha önce gidip gitmediği, gitmişse sayısı
- Psikiyatrik tedavilerden fayda görüp görmediği
- Psikiyatri dışı bölümlere gitmişse, hangi bölümlere gittiği

- Psikiyatrik olmayan tedavilerden fayda görüp görmediği
- Hastalığın teşhisi için tetkik yapılmışsa, hangileri (grup olarak)
- Hastalığın tedavisi için tıp dışı yollara başvurup başvurmadığı
- Psikiyatrik muayene ve tedavi konusunda duygu ve düşünceleri
- Şu anki şikâyetlerinin başlangıç yaşı
- Spontan olarak dile getirdiği şikâyetleri
- DSM-III-R "somatizasyon bozukluğu" teşhis kriterlerine göre sorularak ortaya konulan semptomları (giriş bölümünde belirtilmiştir)
- Hastalığı ile herhangi bir psikososyal stres faktörü arasında ilişki kurup kurmadığı
- Sorularak ortaya konulan psikososyal stres faktörlerinin,
    a. neler olduğu
    b. başlangıç zamanı
    c. halen devam edip etmediği

Hastalara görüşme sonunda Hamilton Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği uygulanmış, elde edilen depresyon ve anksiyete skorları araştırma formuna kaydedilmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiki değerlendirilmesinde korrelasyon analizleri, iki aritmetik ortalamanın arasındaki farkın manidarlığının test edilmesi

ve tekyönlü variyans analizi teknikleri kullanılmıştır.

Korrelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkinin test edilmesinde kullanılan istatistiki bir ölçümdür. Korrelasyon katsayısı olarak hesaplanan r değeri -1 ile +1 arasında değerler alabilir. Eğer r=-1 ise bu negatif bir eğimi yani zıt yönde bir korrelasyonu, r=+1 ise bu da pozitif bir eğimi yani aynı yönde bir korrelasyonu gösterir.Eğer r=0 ise bu da iki değişken arasında bir ilişkinin olmadığını ifade eder. +1 ve -1 değerlerine yaklaştıkça iki değişken arasında giderek kuvvetlenen bir ilişkiden (+ ise aynı yönde, - ise zıt yönde) sözedilir.

İki aritmetik ortalamanın manidarlığının test edilmesinde anlamlılık düzeyi olarak 0.05 düzeyi benimsenmiş ve z değerleri hesaplanmıştır. z değeri kritik değer olan 1.96' ya eşit ya da ondan büyük olduğunda sonucun anlamlı olduğuna hükmedilir. Aksi takdirde, iki aritmetik ortalama arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılığın bulunmadığı kabul edilir.

Variyans analizinde amaç, ikiden fazla örnek için aritmetik ortalamaların genel ortalamadan sapmalarının kareler toplamını, bu sapmalara neden olan unsurlar itibariyle kısımlara ayırmak ve analiz etmektir. Bu analiz sonunda, örnekler arasında uygunluk olup olmadığı, yani söz konusu örneklerin aynı ana kütleye ait birer şans örneği olup olmadıkları da ortaya konulmuş olur. Variyans analizinde gruplar

arası kareler ortalaması (S_1^2), gruplar içi kareler ortalamasına (S_2^2) bölünerek bir F değeri elde edilir. S_1^2 örnek ortalamaları arasındaki farklılığın göstergesidir. S_2^2 ise şansa bağlı farklılaşmayı ifade eder. Eğer analize tabi tutulan örnekler aynı ana kütleye ait şans örnekleri olmuş olsalar, S_1^2 / S_2^2 nin 1 çıkması gerekir. S_1^2 / S_2^2 1'den ne kadar büyük çıkarsa, örnek ortalamaları arasındaki farklılık da o kadar önemli demektir. Çeşitli önem seviyeleri ve örnek büyüklükleri için, S_1^2 / S_2^2 nin hangi noktaya kadar şansa verileceği, hangi noktadan sonra önemli kabul edilerek örneklerin farklı ana kütlelere ait olduklarına hükmedilebileceği F cetvelleriyle tesbit edilmiştir. Yani bizim bulduğumuz F değeri cetveldeki değerden küçükse, örnek ortalamaları arasındaki farklılık tesadüfidir ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Bulduğumuz değer cetvel değerinden büyükse, örnek ortalamaları arasındaki farklılığın önemli olduğuna hükmedilir.

BULGULAR

Bulgular beş grupta incelenmiştir:

1- Hastaların demografik-sosyokültürel özellikleri
2- Hastaların tedavi girişimleri-psikiyatri bölümüne intikal şekli bakımından özellikleri
3- Hastaların semptomatik özellikleri
4- Hastaların anksiyete ve depresyon skalalarına ait değerlendirme sonuçları
5- Araştırmaya alınan hastaların psikososyal stres faktörleri açısından özellikleri

1- HASTALARIN DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLERİ

Tablo 1- Araştırmaya Alınan Hastaların Cinsiyete ve Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.

	CİNSİYET					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
EĞİTİM DÜZEYİ	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	-	-	12	29.2	12	24.0
Okur-yazar	-	-	3	7.3	3	6.0
İlkokul	4	44.4	20	49.0	24	48.0
Ortaokul	4	44.4	3	7.3	7	14.0
Lise	1	11.2	1	2.4	2	4.0
Yüksekokul	-	-	2	4.8	2	4.0
TOPLAM	9	100.0	41	100.0	50	100.0

Araştırmaya alınan erkek hastalar içinde okur-yazar

olmayan tesbit edilmemiştir. Hastalardan 4'ü ilkokul mezunu (% 44.4), 4'ü ortaokul mezunu (% 44.4) ve 1'i lise mezunudur (% 11.2).

Kadın hastalardan ise 12 tanesi (% 29.2) okur-yazar olmayıp 3'ü (% 7.3) okur-yazar, 20'si (% 49) ilkokul mezunu, 3'ü (% 7.3) ortaokul mezunu, 1'i (% 2.4) lise mezunu ve 2'si de (% 4.8) yüksekokul mezunudur.

Tablo 2- Araştırmaya Alınan Hastaların Cinsiyete ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.

MESLEK GRUPLARI	CİNSİYET ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%	TOPLAM Sayı	%
Ev Kadını	-	-	39	95.1	39	78.0
Memur	4	44.4	2	4.9	6	12.0
İşçi	2	22.2	-	-	2	4.0
Serbest	3	33.4	-	-	3	6.0
TOPLAM	9	100.0	41	100.0	50	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan 39'u (% 78) ev kadını, 6'sı (% 12) memur, 2'si (% 4) işçi, 3'ü de (% 6) serbest meslek sahibidir.

Tablo 3- Araştırmaya Alınan Hastaların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı.

YERLEŞİM YERİ	CİNSİYET ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%	TOPLAM Sayı	%
İl	7	77.7	31	75.6	38	76.0
İlçe	2	22.3	8	19.5	10	20.0
Köy	-	-	2	4.9	2	4.0
TOPLAM	9	100.0	41	100.0	50	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan 38'i (% 76) il merkezinde, 10'u (% 20) ilçede, 2'si (% 4) köy kesiminde yaşamaktadır.

Tablo 4- Araştırmaya Alınan Hastaların Mensubu Bulundukları Aile Biçimine Göre Dağılımı.

AİLE BİÇİMİ	Sayı	%
Çekirdek Aile	41	82.0
Kalabalık Aile	9	18.0
TOPLAM	50	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan çekirdek aile mensubu olanların sayısı 41 (% 82), kalabalık aileye mensub olanların sayısı ise 9 (% 18) dur.

Tablo 5- Araştırmaya Alınan Hastaların Hastalıklarına Karşı Eş ve/veya Yakın Çevresindekilerin Tepkisine Göre Dağılımı.

HASTALIĞA TEPKİ	Sayı	%
İlgili	39	78.0
İlgisiz	6	12.0
Kötü Karşılıyor	5	10.0
TOPLAM	50	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan hastalıklarına karşı eş ve/veya yakın çevrelerinden ilgi görenlerin sayısı 39 (% 78), ilgi görmeyenlerin sayısı 6 (% 12), kötü karşılananların sayısı ile 5 (% 10) dir.

2- HASTALARIN TEDAVİ GİRİŞİMLERİ-PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE İNTİKAL ŞEKLİ BAKIMINDAN ÖZELLİKLERİ

Tablo 6- Araştırmaya Alınan Hastaların Daha Önce Psikiyatriste Başvurma Durumları ve Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.

DAHA ÖNÇE PSİKİYATRİSTE GİDİP GİTMEDİGİ	Sayı	%
Gitmiş	30	60.0
Gitmemiş	20	40.0
TOPLAM	50	100.0
TEDAVİ SONUCU		
Fayda Görmüş	13	43.3
Fayda Görmemiş	15	50.0
Tedaviyi Uygulamamış	2	6.7
TOPLAM	30	100.0

Araştırmaya dahil edilen hastalardan 30'u (% 60) mevcut yakınmaları nedeniyle daha önce bir psikiyatriste başvurmuş ve bunlardan 13'ü (% 43.3) yapılan tedaviden fayda görmüş, 15'i (% 50) fayda görmemiş, 2'si ise (% 6.7) tedaviyi uygulamamıştır.

Tablo 7- Araştırmaya Alınan Hastaların Eğitim Seviyelerine ve Psikiyatrik Muayene ve Tedavi Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.

EĞİTİM SEVİYESİ	MUAYENE VE TEDAVİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ BİLGİSİ YOK		İNANIYOR		İNANMIYOR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-Yazar Değil	2	28.6	1	6.2	9	33.4	12	24.0
Okur-Yazar	1	14.3	1	6.2	1	3.7	3	6.0
İlkokul	3	42.8	11	68.8	10	37.0	24	48.0
Ortaokul	1	14.3	2	12.6	4	14.8	7	14.0
Lise	-	-	-	-.	2	7.4	2	4.0
Yüksekokul	-	-	1	6.2	1	3.7	2	4.0
TOPLAM	7	100.0	16	100.0	27	100.0	50	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan 16'sı (% 32) psikiyatrik muayene ve tedaviden fayda göreceğine inandığını belirtmiş olup, bunlardan 11'i (% 68.8) ilkokul mezunudur. 7 hasta (% 14) psikiyatrik muayene ve tedavi konusunda bilgisi olmadığını belirtmiş, 27 hastada (% 54) psikiyatrik muayene ve tedaviye inanmadığını söylemiştir.

Tablo 8- Araştırmaya Alınan Hastaların Psikiyatri Bölümüne Başvurma Şekline Göre Dağılımı.

PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE BAŞVURMA ŞEKLİ	Sayı	%
Doğrudan	15	30.0
Sevkle	35	70.0
TOPLAM	50	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan 15'i (% 30) doğrudan, 35'i (% 70) ise başka bir bölümden sevkle psikiyatri bölümüne başvurmuştur.

Tablo 9- Araştırmaya Alınan Hastaların Psikiyatri Bölümüne Gelmeden Önce Başvurdukları Bölümlere Göre Dağılımı.

PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE GELMEDEN ÖNCE BAŞVURULAN BÖLÜMLER	Sayı	%
Dahiliye	16	45.7
Nöroloji	13	37.1
K.B.B	2	5.7
Nöroşirürji	2	5.7
Kadın-Doğum	1	2.9
G.K.D.C.	1	2.9
TOPLAM	35	100.0

Araştırmaya alınan hastaların psikiyatri polikliniğine gelmeden önce başvurdukları bölümlere göre dağılımları şu şekildedir: Dahiliye'ye 16 hasta (% 45.7), Nöroloji'ye 13 hasta (% 37.1), Kulak-Burun-Boğaz'a 2 hasta (% 5.7), Nöroşirürji'ye 2 hasta (% 5.7), Kadın-Doğum ve Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisine 1'er hasta (% 2.9) başvurmuştur.

Tablo 10- Araştırmaya Alınan Hastaların, Tetkik Yapılma Durumuna ve Yapılan Tetkiklerin Grup Olarak Türüne Göre Dağılımı.

TETKİK YAPILMA DURUMU (n=50)	Sayı	%
Tetkik Yapılmayanlar	6	12.0
Tetkik Yapılanlar	44	88.0
Tam Kan	33	37.6
Radyolojik İnceleme	23	26.1
EKG	11	12.5
EEG	8	9.1
Tam İdrar	6	6.8
Diğer	7	7.9
TOPLAM	88	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan 6'sına (% 12) psikiyatri polikliniğine başvurmadan önce diğer bölümlerde herhangi bir tetkik yapılmamıştır. Tetkik yapılan 44 hastadan (% 88) 33'üne (% 37.6) tam kan tetkikleri (hemogram ve biyokimyasal tetkikler), 23'üne (% 26.1) radyolojik inceleme yapılmıştır. Tüm hastalar için, grup olarak ortalama tetkik sayısı 1.76 dır. Tetkik sonuçlarının negatif olduğu öğrenilmiştir.

Tablo 11- Araştırmaya Alınan Hastaların Psikiyatrik Olmayan Tedavilerden Faydalanma Durumlarına Göre Dağılımı.

PSİKİYATRİK OLMAYAN TEDAVİLERDEN FAYDALANMA DURUMU (n=47)	Sayı	%
Fayda Görmüş	-	-
Fayda Görmemiş	46	97.9
Tedaviyi Uygulamamış	1	2.1
TOPLAM	47	100.0

Araştırmaya alınan hastalardan psikiyatrik olmayan tedavi uygulanmış 47 kişiden 46'sı (% 97.9) yapılan bu tedaviden fayda görmediklerini belirtmişlerdir. 1 hasta ise (% 2.1) psikiyatrik olmayan tedaviyi uygulamamıştır.

Tablo 12- Araştırmaya Alınan Hastaların Hastalıklarının Tedavisi İçin Tıp Dışı Yollara Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.

TIP DIŞI YOLLARA BAŞVURMA DURUMU	CİNSİYET					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Başvurmuş	8	88.8	26	63.5	34	68.0
Başvurmamış	1	11.2	14	36.5	16	32.0
TOPLAM	9	100.0	41	100.0	50	100.0

Araştırmaya alınan erkek hastalardan 8'i (% 88.8), kadın hastalardan ise 26'sı (% 63.5) tıp dışı yollara (hoca, tekke v.s.) başvurmuştur.

3- HASTALARIN SEMPTOMATİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 13- Araştırmaya Alınan Hastaların Şikâyetlerinin Başlama Yaşının Cinsiyete Göre Dağılımı.

YAŞ GRUPLARI	CİNSİYET ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%	TOPLAM Sayı	%
≤20 Yaş	1	11.2	11	26.8	12	24.0
21-25 Yaş	4	44.4	12	29.3	16	32.0
>25 Yaş	4	44.4	18	43.9	22	44.0
TOPLAM	9	100.0	41	100.0	50	100.0

Araştırmaya alınan erkek hastalardan 1'inin (% 11.2) şikâyetleri 20 yaş ve altında, 4'ünün (% 44.4) 21-25 yaş arasında, 4'ünün de (% 44.4) 25 yaşından sonra başlamıştır. Kadın hastalardan 11'inin (% 26.8) şikâyetleri 20 yaş ve öncesinde, 12'sinin (% 29.3) 21-25 yaş arasında, 18'inin de (% 43.9) 25 yaşından sonra başlamıştır.

Tablo 14- Araştırmaya Alınan Hastaların Şikâyetlerinin Başlama Yaşı Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.

YAŞ DEĞERLERİ	CİNSİYET ERKEK $\bar{x}$	SS	KADIN $\bar{x}$	SS	TOPLAM $\bar{x}$	SS
	24.22	3.41	24.29	4.53	24.28	4.47

Araştırmaya alınan erkek hastaların şikâyetlerinin başlama yaşı ortalaması $\bar{x}$=24.22 ve standart sapma SS=3.41 olarak tesbit edilmiştir. Kadınlarda ise $\bar{x}$=24.29 ve SS=4.53

olarak bulunmuştur. Tüm hastalar gözönüne alındığında da $\bar{x}$=24.28 ve SS=4.47 olarak tesbit edilmiştir.

Yıl olarak mevcut şikâyetlerin bugüne kadarki süresi; erkek hastalarda $\bar{x}$=6.44 yıl ve SS=4.49, kadın hastalarda da $\bar{x}$=11.02 yıl ve SS=6.42, bütün hastalar ele alındığında ise $\bar{x}$=10.01 ve SS=6.39 olarak bulunmuştur.

Tablo 15- Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı.

SEMPTOM TÜRÜ	SEMPTOM SAYISI									
	1-5 SEMPTOM				6-10 SEMPTOM					
	ERKEK		KADIN		ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Konv.	2	22.2	22	53.6	7	77.8	19	46.4	50	100.0
Gast.in.	8	88.8	35	85.4	1	11.2	6	14.6	50	100.0
Kad.ür.	-	-	37	90.2	-	-	-	-	37	74.0
Psk.sek.	2	22.2	29	70.7	-	-	-	-	31	62.0
Ağrı	9	100.0	40	97.6	-	-	-	-	49	98.0
Kar.Pul.	9	100.0	41	100.0	-	-	-	-	50	100.0

Araştırmaya alınan erkek hastaların tamamında konversiyon, gastrointestinal, ağrı ve kardiopulmoner semptomlar görülürken, kadın hastaların tümünde görülen semptomlar, kardiopulmoner, gastrointestinal ve konversiyon semptomlarıdır. Bütün hastalarda ise en sık görülen semptomlar, konversiyon (% 100), gastrointestinal (% 100) ve kardiopulmoner (% 100) semptomlardır. En seyrek görülen semptom ise, psikoseksüel (% 62) semptomlardır.

Tablo 16- Araştırmaya Alınan Hastalarda En Sık Görülen İlk On Semptomun Cinsiyete Göre Dağılımı.

SIRA	ERKEK HASTALAR			KADIN HASTALAR			TÜM HASTALAR		
NO	SEMPTOM	SAYI	%	SEMPTOM	SAYI	%	SEMPTOM	SAYI	%
1	baş dönmesi	9	100.0	sırt ağrısı	37	90.2	sırt ağrısı	45	90.0
2	bulantı	9	100.0	çarpıntı	36	87.8	çarpıntı	43	86.0
3	göğüs ağrısı	8	88.8	eklem ağrısı	35	85.3	soluk kesilm.	42	84.0
4	sırt ağrısı	8	88.8	soluk kesilm.	35	85.3	bulantı	42	84.0
5	üriner ret.	8	88.8	bulantı	33	80.5	eklem ağrısı	42	84.0
6	yutma güçlüğü	8	88.8	baş dönmesi	32	78.0	baş dönmesi	41	82.0
7	nöbet/konvülz.	7	77.7	şişkinlik	31	75.6	şişkinlik	37	74.0
8	çarpıntı	7	77.7	karın ağrısı	29	70.7	karın ağrısı	36	72.0
9	eklem ağrısı	7	77.7	bulanık görme	28	68.3	nöbet/konvülz.	35	70.0
10	karın ağrısı	7	77.7	nöbet/konvülz.	28	68.3	bulanık görme	35	70.0

Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen ilk iki semptom baş dönmesi ve bulantıdır (% 100), kadınlarda görülen ilk iki semptom ise sırt ağrısı (% 90.2) ve çarpıntıdır (% 87.8). Bütün hastalar göz önüne alındığında ise ilk iki semptom, sırt ağrısı (% 90.0) ve çarpıntıdır (% 86.0).

Araştırmaya alınan erkek hastaların ortalama semptom sayısı $\bar{x}$=16.55 ve standart sapma SS=2.69 olarak bulunmuştur. Kadın hastalarda ise bu değerler, $\bar{x}$=18.58 ve SS=2.74 tür. Kadın ve erkek hastalara ait ortalamalar arasındaki farkın manidarlığı test edildiğinde z değeri 0.3 bulunmuştur ki bu değer kritik değer olan 1.96'dan küçük olduğundan, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık tesbit edilememiştir.

Bütün hastalar ele alındığında $\bar{x}$=18.24 ve SS=2.82 olarak bulunmuştur.

Tablo 17- Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Konversiyon ya da Yalancı Nörolojik Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı.

KONVERSİYON YA DA YALANCI NÖROLOJİK SEMPTOMLAR	CİNSİYET ERKEK SAYI	%	KADIN SAYI	%	TOPLAM SAYI	%
yutma güçlüğü	8	88.8	24	58.5	32	64.0
ses yitimi	2	22.2	20	48.7	22	44.0
sağırlık	1	11.1	12	29.2	13	26.0
çift görme	3	33.3	11	26.8	14	28.0
bulanık görme	7	77.7	28	68.2	35	70.0
körlük	2	22.2	1	2.4	3	6.0
bayılma/bilinç yit.	-	-	9	21.9	9	18.0
bellek kaybı	6	66.6	28	68.2	34	68.0
nöbet/konvülziyon	7	77.7	28	68.2	35	70.0
yürüme güçlüğü	5	55.5	17	41.4	22	44.0
paralizi/kas güçsz.	7	77.7	25	60.9	32	64.0
ür.ret/id.yap.güçl.	8	88.8	19	46.3	27	54.0

Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen ilk iki konversiyon ya da yalancı nörolojik semptom, sekiz hastada (% 88.8) yutma güçlüğü ve üriner retansiyon ya da idrar yapma güçlüğü semptomlarıdır. En seyrek görülen semptom ise bir hastada (% 11.1) sağırlıktır. Kadın hastalarda görülen en sık semptomlar, 28'er hastada (% 68.2) bulanık görme, bellek kaybı ve nöbetler ya da konvülziyonlardır. Kadın hastalarda görülen en seyrek semptom ise bir hastada (% 2.4) körlüktür.

Tüm hastalarda görülen en sık iki semptom, 35'er hastada (% 70) bulanık görme ve nöbetler ya da konvülziyonlardır.

Erkek hastalarda görülen konversiyon ya da yalancı nörolojik semptomların ortalaması $\bar{x}$=6.22 ve SS=1.97 dir. Bu değerler, kadınlarda $\bar{x}$=5.60 ve SS=1.40 şeklindedir. Her iki ortalama değer arasındaki farkın anlamlılığı test edildiğinde bulunan z değeri 0.27 dir. Bu da kritik değer olan 1.96'dan küçük olduğundan, istatistiki açıdan iki aritmetik ortalama arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterir.

Tüm hastalar için hesaplanan semptom sayısı ortalaması $\bar{x}$=5.72 ve SS=1.60 dır.

Tablo 18- Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Gastrointestinal Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı.

GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	CİNSİYET					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
karın ağrısı	7	77.7	29	70.7	36	72.0
bulantı	9	100.0	33	80.4	42	84.0
kusma	-	-	14	34.1	14	28.0
şişkinlik	6	66.6	31	75.6	37	74.0
yiyeceklerden tiksinme	3	33.3	23	56.0	26	52.0
ishal	7	77.7	11	26.8	18	36.0
kabızlık	5	55.5	28	68.2	33	66.0

Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen gastrointestinal semptom 9 hastada (% 100) bulantı, en seyrek görülen semptom ise 3 hastada (% 33.3) şişkinliktir. Kadın hastalarda en sık görülen gastrointestinal semptom 33 hastada (% 80.4) bulantı, en seyrek görülen semptom da 11 hastada

(% 26.8) ishaldir. Tüm hastalarda ise en sık görülen gastrointestinal semptom 42 hastada (% 84) bulantı, en seyrek görülen semptom da 14 hastada (% 28) kusmadır.

Erkek hastalarda gastrointestinal semptomların ortalama değeri $\bar{x}$=4.22 ve SS=1.39, kadınlarda $\bar{x}$=4.12 ve SS=1.37, bütün hastalarda da $\bar{x}$=4.14 ve SS=1.36 dır. Kadın ve erkek hastalar için saptanan ortalama değerler arasındaki farkın anlamlılığının test edilmesinde bulunan z değeri 0.04'dür. Bu da kritik değeri olan 1.96'dan küçük olduğundan heriki ortalama arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir.

Tablo 19- Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Ağrı Semptomlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.

AĞRI SEMPTOMLARI	CİNSİYET ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%	TOPLAM Sayı	%
sırtta	8	88.8	37	90.2	45	90.0
eklemlerde	7	77.7	35	85.3	42	84.0
genital bölgede	2	22.2	17	41.4	19	38.0
idrar yaparken	2	22.2	16	39.0	18	36.0
diğer	2	22.2	4	9.7	6	12.0

Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen ağrı semptomu 8 hastada (% 88.8) sırtta ağrı, en seyrek görüleni ise 2'şer hastada (% 22.2) genital bölgede, idrar yaparken ve diğer ağrılar şeklindedir. Kadınlarda ise en sık görüleni, 37 hastada (% 90.2) sırtta ağrı, en seyrek görüleni ise diğer ağrılar şeklindedir. Tüm hastalarda da en sık görüleni 45

hastada (% 90) sırtta ağrı, en seyrek görüleni ise 6 hastada (% 12) diğer ağrılar şeklindedir.

Erkek hastalar için ağrı semptomları ortalaması $\bar{x}$=2.33 ve SS=0.86 bulunmuştur. Bu değerler kadınlar için $\bar{x}$=2.63 ve SS=0.96 dır. Tüm hastalarda $\bar{x}$=2.58 ve SS=0.95 şeklindedir. Kadın ve erkek hastalar için saptanan ortalama değerler arasındaki farkın anlamlılığı test edildiğinde z değeri 0.34 olarak bulunmuştur. Bu değer 1.96'dan küçük olduğundan her iki ortalama arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 20- Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Kardiopulmoner Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı.

KARDİOPULMONER SEMPTOMLAR	CİNSİYET ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%	TOPLAM Sayı	%
soluk kesilmesi	7	77.7	35	85.3	42	84.0
çarpıntı	7	77.7	36	87.8	43	86.0
göğüs ağrısı	8	88.8	26	63.4	34	68.0
baş dönmesi	9	100.0	32	78.0	41	82.0

Araştırmaya alınan erkek hastalarda en sık görülen kardiopulmoner semptom 9 hastada (% 100) baş dönmesi, en seyrek görülen semptomlar da 7'şer hastada (% 77.7) soluk kesilmesi ve çarpıntıdır. Kadınlarda ise en sık görülen semptom 36 hastada (% 87.8) çarpıntı, en seyrek görülen semptom ise 26 hastada (% 63.4) göğüs ağrısıdır. Tüm hastalarda ise

en sık görülen semptom 42 hastada (% 84) soluk kesilmesi, en seyrek görülen semptom da 34 hastada (% 68) göğüs ağrısıdır.

Araştırmaya alınan erkek hastalarda kardiopulmoner semptomların ortalaması $\bar{x}$=3.44 ve SS=0.72 olarak bulunmuştur. Bu değerler kadın hastalarda $\bar{x}$=3.12 ve SS=0.76 şeklindedir. Bütün hastalar ele alındığında ise $\bar{x}$=3.18 ve SS=0.51 dir. Kadın ve erkek hastaların ortalama değerleri arasındaki farkın anlamlılığı test edildiğinde z değeri o.25 olarak bulunmuştur. Bu da kritik değer olan 1.96'dan küçük olduğundan her iki grup arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farkın olmadığını göstermektedir.

Tablo 21- Araştırmaya Alınan Hastaların Kadın Üreme Semptomları ve Psikoseksüel Semptomlarına Göre Dağılımı.

KADIN ÜREME SEMPTOMLARI			PSİKOSEKSÜEL SEMPTOMLAR		
Semptom	Sayı	%	Semptom	Sayı	%
Menstrüel Düzensizlik	28	68.2	Cinsel ilgisizlik	17	34.0
Ağrılı menst.	25	60.9	Cinsel birleşmeden zevk alamama	21	42.0
Aşırı kanama	12	29.2	Cinsel ilişki sırasında ağrı	12	24.0
Aşırı kusma	13	30.7			

Araştırmaya alınan kadın hastalarda görülen kadın üreme sistemi bulgularından en sık ortaya çıkanı 28 hastada (% 68.2) menstrüel düzensizlik, en seyrek ortaya çıkanı da 12 hastada (% 29.2) aşırı kanamadır. Kadın üreme semptomları için $\bar{x}$=1.9 ve SS=0.83 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya alınan erkek hastalardan sadece üç tanesi (% 33.3) psikoseksüel semptom gösterirken, kadın hastalarda en sık görülen psikoseksüel semptom 21 hastada (% 46.34) cinsel birleşme sırasında zevk alama, en seyrek görülen semptom da 12 hastada (% 29.26) cinsel birleşme sırasında ağrıdır.

Araştırmaya alınan erkek hastalarda psikoseksüel semptomların ortalaması ile kadın hastalardaki psikoseksüel semptomların ortalaması test edildiğinde z değeri 0.34 olarak bulunmuştur. Bu da kritik değer olan 1.96 dan küçük olduğunu iki grup ortalaması arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Tablo 22- Araştırmaya Alınan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Semptom Sayılarının Dağılımı.

EĞİTİM DÜZEYLERİ	n	Medyan	Min-Max
≤ 20	2	24	19-29
21-30	21	18	12-26
31-40	16	17	14-22
≥ 41	11	18	14-23

$F=5.07 \quad p < 0.05$

Tablo 23- Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Semptom Sayılarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.

EĞİTİM DÜZEYLERİ	n	Medyan	Min-Max
İlkokul altı	15	18	14-26
İlkokul	24	19	12-23
Ortaokul-Lise	9	16	14-21
Yüksekokul	2	18	18

$F=4.67 \quad p < 0.05$

Araştırmaya alınan hastaların semptom sayıları ile yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine göre dağılımları (Tablo 22 ve tablo 23) gözönüne alındığında, yapılan istatistiki analiz sonucunda gerek yaş grupları arasında gerekse eğitim seviyelerine göre gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark tesbit edilmiştir. F değerleri yaş grupları için 5.07 ve eğitim düzeyleri için 4.67 olarak saptanmıştır. Bulunan değerler cetvel değerinden küçük olduğundan gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

4- HASTALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON SKALALARINA AİT DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

Tablo 24- Araştırmaya Alınan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Skalaları İle Semptom Sayıları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı.

	CİNSİYET								
	ERKEK			KADIN			TOPLAM		
SKORLAR	$\bar{x}$	SS	r	$\bar{x}$	SS	r	$\bar{x}$	SS	r
Anksiyete	20.66	5.21	0.50	17.0	7.8	0.42	22.96	4.52	0.48
Depresyon	11.66	4.24	0.90	16.17	4.52	0.70	15.36	4.63	0.75
Semptom sayısı	16.55	2.69	--	18.58	2.74	--	18.22	2.82	--
			$p < 0.05$						$p < 0.05$

Araştırmaya alınan bütün hastalarda, anksiyete puanı ile semptom sayısı arasında orta derecede bir pozitif korelasyon bulunmuştur (r=0.48). Anksiyete puanı arttıkça semptom sayısı da artmaktadır.

Araştırmaya alınan bütün hastalarda depresyon skoru ile semptom sayısı arasında yüksek düzeyde pozitif bir korelasyon bulunmuştur (r=0.75). Depresyon puanı arttıkça semptom sayısı da artmaktadır.

Araştırmaya alınan kadın hastaların anksiyete skoru ile semptom sayısı arasında orta derecede bir pozitif korelasyon bulunmuştur (r=0.42). Kadın hastaların anksiyete skoru arttıkça görülen semptom sayısı da artmaktadır.

Araştırmaya alınan kadan hastaların depresyon skoru

ile semptom sayısı arasında yüksek derecede bir pozitif korelasyon bulunmuştur (r=0.70). Kadın hastaların depresyon skoru arttıkça görülen semptom sayısı da artmaktadır.

Araştırmaya alınan erkek hastaların anksiyete skoru ile semptom sayısı arasında orta derecede bir pozitif korelasyon bulunmuştur (r=0.50). Erkek hastaların anksiyete skoru arttıkça görülen semptom sayısı da artmaktadır.

Araştırmaya alınan erkek hastaların depresyon skoru ile semptom sayısı arasında yüksek derecede bir pozitif korelasyon bulunmuştur (r=0.90). Erkek hastaların depresyon skoru arttıkça görülen semptom sayısı da artmaktadır.

5- ARAŞTIRMAYA ALINAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL STRES FAKTÖRLERİ AÇISINDAN ÖZELLİKLERİ

Tablo 25- Araştırmaya Alınan Hastaların Psikososyal Stres Faktörü Sayıları ve Halen Devam Edip-Etmediğine Göre Dağılımı.

STRES FAKTÖRLERİ	n=50 Sayı	%
Hiç yok	2	4.0
Var	48	96.0
Halen sürüyor	36	72.0
1 Stres faktörü	31	62.0
2 Stres faktörü	3	6.0
≥ 3 Stres faktörü	2	4.0
Geçmişte var	12	24.0
1 Stres faktörü	7	14.0
2 Stres faktörü	3	6.0
≥ 3 Stres faktörü	2	4.0

Araştırmaya alınan hastalardan sadece 2 hasta (% 4) psikososyal stres faktörü belirtmemişlerdir. Psikososyal stres faktörü tesbit edilen hastalardan 36'sında (% 72) halen devam eden bir ya da daha fazla psikososyal stres faktörünün mevcut olduğu saptanmıştır.

Psikososyal srtes faktörü bulunan hastalardan 31 'i (% 62) hastalığı ile psikososyal stres faktörü arasında ilişki kurmuştur.

Tablo 25- Araştırmaya Alınan Hastalarda Görülen Psikososyal Stres Faktörlarinin Cinsiyete Göre Dağılımı.

PSİKOSOSYAL STRES FAKTÖRÜ TÜRÜ	CİNSİYET ERKEK Sayı	%	KADIN Sayı	%	TOPLAM Sayı	%
Yok	2	22.2	-	-	2	4.0
Fizik Hast.	2	22.2	7	17.0	9	18.0
Geçimsizlik	3	33.3	18	43.9	21	42.0
Ölüm	-	-	13	31.7	13	26.0
Mali yetersizlik	1	11.1	4	9.7	5	10.0
Çevre uyumsuzluğu	-	-	3	7.3	3	6.0
Diğer	1	11.1	11	26.8	12	24.0

Araştırmaya alınan erkek hastalarda en çok görülen psikososyal stres faktörü 3 hastada (% 33.3) geçimsizliktir. Kadın hastalarda en sık görülen psikososyal stres faktörü de 18 hastada (% 43.9) geçimsizlik, en az görülen psikososyal stres faktörü ise 3 hastada (% 7.3) çevre uyumsuzluğudur. Tüm hastalarda en sık görülen psikososyal stres faktörü 21 hastada (% 42.0) yine geçimsizlik olarak tesbit edilmiştir.

TARTIŞMA

1- HASTALARIN DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLERİ

Çalışma grubunu oluşturan hastaların çoğu kadındır. Erkek hastaların oranı düşük olup (% 18), bu sonuç Barsky'nin cinsiyet belirlemesine uygunluk göstermektedir. Keza Swartz, Blazer ve arkadaşlarının yaptıkları somatizasyon bozukluğu taramasında elde ettikleri cinsiyet oranları (erkeklerde % 13) ile bizim çalışmamızda ortaya çıkan cinsiyet oranları benzerlik göstermektedir (3,44).

Araştırmaya alınan hastalardan sadece % 4'ü yüksekokul mezunu olup, eğitim seviyelerinin düşük olduğu tesbit edilmiştir. DSM-III-R'de hastaların eğitim seviyelerine göre prevalans hakkında bir bilgi olmamakla birlikte Swartz, Blazer, George ve arkadaşları yaptıkları bir taramada eğitim seviyesi düşük olanlarda prevalansın daha yüksek olduğunu bildirmektedirler (44). Eğitim seviyeleri düşük, daha çok kırsal kesimde yaşayan ve psikolojik durumunu daha az farkedebilen deneklerin, sağlıkları hakkındaki psikolojik şikâyetleri reddettikçe daha çok somatik şikâyet geliştirdikleri ileri sürülmektedir (5). Bizim çalışmamıza dahil olan hastaların daha çok kırsal kesimden gelmeleri ve eğitim seviyelerinin düşük olması sonucu somatik şikâyetlerin ön plana geçmesi de bu görüşü desteklemektedir.

Araştırma grubunu oluşturan hastaların % 78'i ev kadını olup, bu çok dikkat çekici bir orandır. K.Srinivasan, Goldberg, Jencks ve Leon'un araştırmalarında en göze çarpan bulgulardan biri, hastaların çoğunun ev kadını olmalarıdır (14,18,25,43).

Bu bulgular "neden ev kadınları daha fazla somatizasyon gösteriyorlar" sorusunu akla getirmektedir. Bunun bir izahı, belki de ev kadınlarının eğitim seviyelerinin genellikle düşük oluşuna bağlı olarak (bizim çalışmamızda ev kadınlarının büyük bir bölümünde eğitim seviyesi düşük olarak bulunmuştur) psikolojik şikâyetleri benimsememelerinin bir sonucu olarak fazla somatik şikâyeti geliştiriyor olmaları olabilir. Yine özellikle ülkemizde ev kadınlarının genel kadın popülasyon içinde sayıca fazla oldukları gözönüne alınırsa, somatizasyon bozukluğu prevalansının ev kadınlarında sanıldığı kadar yüksek olmadığı sonucuna da varılabilir.

Araştırmaya dahil edilen vakaların % 76'sı kentlerde, geri kalan % 24'ü de kır kesiminde yaşamaktadır. Kentlerde yaşayan vakaların fazlalığı dikkat çekmektedir. Hernekadar J.de Leon ve arkadaşları, yaptıkları bir seri çalışmada prevalansda bir farklılık bulmadıklarını bildirmişse de, kır kesiminde yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu prevalansının, genel prevalansdan daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (25,49). Keza, Swartz ve arkadaşlarının çalışmalarında da, kırsal kesimde yaşayanlarda bozukluğun daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (44).

Bizim çalışmamızda bozukluğun kırsal kesimde yaşayanlarda az görülmesi somatizasyon bozukluğunun bu kesimde gerçekte az oluşundan ziyade psikiyatriste intikallerinin çeşitli nedenlerle güç veya geç olmasına da bağlı olabilir.

Araştırmaya alınan hastaların çoğu (% 82) çekirdek aileye mensup olarak saptanmıştır. Kalabalık ailelerde kişi sayısı ile paralel olarak sosyoekonomik seviyenin düşük olması beklenirse de, özellikle ülkemiz koşullarında yeni kurulan aileler ekonomik ve sosyal zorlara daha fazla maruz kalmakta, buna karşı artık aile büyüklerinin çok yakın desteğinden mahrum bulunmaktadırlar. Bu zorlamaların (özellikle ekonomik zorlar) yarattığı psikolojik yüklenmeler de somatik şikâyetlerle kendini gösterebilir. J.de Léon ve arkadaşları da yaptıkları bir çalışmada sosyoekonomik seviyenin somatizasyon bozukluğu olanlarda daha düşük olduğunu bildirmektedirler (25).

Araştırmaya alınan hastalardan % 78'inin hastalıklarına karşı eş ve/veya yakın çevrelerinden ilgi gördükleri belirlenmiştir. Bir yönü ile bu insanlar belki de hastalıkları sayesinde ilgi görmektedirler. Bu konuda Barsky, kişilerin anksiyetelerinin fizik semptomlara dönüşmesi sonucu, ilgi, şefkat görme, olumsuz davranışların ortadan kalkması gibi sekonder kazançların elde edilebileceğini bildirmektedir (3).

2- HASTALARIN TEDAVİ GİRİŞİMLERİ-PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNE İNTİKAL ŞEKİLLERİ BAKIMINDAN ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya alınan hastalardan 35 tanesi (% 70) başka bölümlerden sevkle gelmişlerdir. Bu durum hastaların

hastalıklarının psikiyatrik olduğu konusunda bilinçli olmadıklarını ya da psikiyatrik hastalığı kendilerine kondurmak istemeyip, başka bölümlere çare aramak için başvurduklarını gösterebilir. J.de Léon ve arkadaşları, dahiliye ve cerrahi bölümünde yatan ve psikiyatri konsültasyonu istenen 139 hastanın 56'sını (% 43) somatizasyon gösteren hastalar olarak belirlemişlerdir. Katon da bir çalışmasında benzer oranlar vermektedir. Culpan ve Davis de dahili şikâyetlerle gelen hastaların % 38'inde herhangibir fizik bozukluk bulunmaksızın, psikolojik bozukluğa sahip olduklarını bildirmektedirler. Paykel de fonksiyonel ya da somatizasyon gösteren hastalar olarak nitelendirdiği vakaların dahili şikâyetlerle gelenlerin yaklaşık % 40'ını oluşturduklarını bildirmektedir (10, 20, 25, 33).

Bizim verilerimiz bu çalışmalardakilerle uygunluk göstermektedir.

3- HASTALARIN SEMPTOMATİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya alınan hastaların hastalıklarının başlama yaşları göz önüne alındığında (erkeklerde $\bar{x}$=24.22, kadınlarda $\bar{x}$=24.29) başlangıç yaşı açısından her iki cins arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır. Hastaların mevcut şikâyetlerinin ortalama süresi $\bar{x}$=10.01 yıl olarak tesbit edilmiştir. Bu sonuç somatizasyon bozukluğunun kronik seyirli oluşu ile uyumludur.

Kadın ve erkek hastaların semptom sayısı ortalamaları kıyaslandığında, DSM-III-R'ye uygun olarak erkeklerde kadınlara oranla semptom sayısı daha düşük bulunmuştur (erkeklerde $\bar{x}$=16.55, kadınlarda $\bar{x}$=18.58).

Araştırmaya alınan kadın ve erkek hastalarda, beklenilenin aksine psikoseksüel semptomlar oldukça düşük bulunmuştur. Psikoseksüel problemlerin oldukça sık bulunduğu somatizasyon bozukluğu için, Goodwin ve Guze "menstrüel ve seksüel hikâyeler normal ise teşhis çok dikkatli konulmalıdır" demişlerdir (15, 44). Biz, araştırma kapsamındaki hastaların bu yöndeki şikayetlerini, muhtemelen kültürle ilişkili olarak spontan bir şekilde takdim etmediklerini, hatta sorulması halinde de gizleme eğilimi içinde olduklarını düşünmekteyiz.

4- HASTALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMELERİ

Araştırmaya alınan hastalara uygulanan Hamilton Anksiyete Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği skorlarının anksiyete ve depresyon yönünden anlamlı sınırlar içerisinde olması dikkat çekicidir. Bu demektir ki "somatizasyon mekanizması" nı kullandıkları halde hastalar anksiöz ya da depressif duygulanımdan kurtulamamışlardır. Nitekim, DSM-III-R'de somatizasyon bozukluğu vakalarında anksiöz ya da depressif mizacın son derecede sık olduğu bildirilmektedir. Zaten somatizasyon semptomlarının, anksiyete bozukluklarında, depresyonda, şizofrenide, obsessif-kompulsif bozuklukta, panik bozuklukta, agorafobide, alkol bağımlılığında, borderline kişilik bozukluğunda, histrionik kişilik bozukluğunda ve diğer birçok psikiyatrik bozuklukta görüldüğü bildirilmektedir. Yine bazı çalışmalarda, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yarısına yakın kısmında somatik şikâyetlerin olduğu bildirilmektedir. Srinivasan ve

arkadaşları da yaptıkları bir çalışmada, vakaların çoğunda somatizasyon, anksiyete ve depresyon semptomlarının kombine bir halde olduğunu bildirmişlerdir. Keza, somatizasyon gösteren müslüman hint kadınları üzerinde karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışmada, anksiyete ve depresyonla birlikte somatizasyon gösterenlerin, göstermeyenlere nazaran önemli ölçüde fazla olduğunun tesbit edildiği bildirilmektedir. Afektif bozukluk nedeniyle psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların en az yarısında somatik semptoma rastlandığı bildirilirken, somatizasyon bozukluğunun, depresyonun ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiği de ifade edilmektedir (1, 7, 8, 14, 17, 24, 25, 29, 38, 41, 43, 44, 47).

Araştırmaya alınan erkek hastalarda depresyon skoru ortalaması $\bar{x}$=11.66 iken bu değer kadınlarda $\bar{x}$=16.17 olarak bulunmuştur. Bunda, kadın popülasyonda afektif hastalıkların erkeklere nazaran iki kat daha fazla oluşunun, yani kadın hastaların daha fazla depressif semptom göstermelerinin rolü olabilir (23).

5- HASTALARIN PSİKOSOSYAL STRES FAKTÖRLERİ AÇISINDAN ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya alınan hastaların % 96 gibi büyük bir çoğunluğunda, hastalığın ortaya çıktığı devreye uyan psikososyal stres faktörü tesbit edilmiş olup, hastaların yarısından fazlası da (% 62) hastalığı ile stres faktörü arasında ilişki kurduğunu belirtmiştir.

Stres konusunun sistemli bir şekilde incelenmesi, Selye'nin çalışmaları ile başlamıştır. J.de Léon ve arkadaşları

yaptıkları bir çalışmada, stres faktörlerinin hastalık şiddetini ve tıbbi konsültasyonu ihtiyacı arttırdığını tesbit etmişler, somatizasyon gösterenlerin % 40'ından fazlasında hastalığın ortaya çıkması ve seyri için stresin etkili olduğunu belirlediklerini bildirmişlerdir. Lipowski de hastalık için presipitan faktörlerin, şahıs için büyük bir etki oluşturan ve stres yaratan hayat olaylarını ve durumlarını kapsadığını ifade etmekte, yoksulluk, fiziksel bir hastalık, bir ilişkinin kopması ve bir ölüm olayının presipitan faktör olabileceğini bildirmektedir. Somatizasyonla sosyal durum arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışma şartları, eğitim, evden ayrı kalma gibi nedenler özellikle kadınlar üzerinde etkili olmakta ve buna bağlı olarak da fizik semptomların ortaya çıkmakta olduğu bildirilmektedir. Uhlenuth ve Peykel psikivatrik hastalarda normallerden daha yüksek stres skorları saptamışlar, yaşam stresi, ruhi hastalık, semptom şiddeti ve demografik özelliklerin birbirine bağımlı değişkenler olduklarını bildirmişlerdir. Grant ve arkadaşları bir çalışmalarında, olaylarla semptomların değişik nitelikleri arasındaki ilişkiyi incelemişler, arzulanmayan olayların disforik ve somatik semptomları arttırmasına karşı arzulanan olayların bunları azalttığını tesbit ettiklerini bildirmişlerdir (21, 25, 26, 39, 45).

Bizim çalışmamızda da literatür bilgilerine uygun olarak hastalığın ortaya çıkmasında stres faktörlerinin önemli rolü olduğu saptanmıştır.

Klinisyen çalıştığı toplumdaki değişik psikososyal stres etkenlerinin bir insana vereceği stresin ortalama

şiddeti konusunda fikir sahibi olmalıdır. Bu etkenlerin sayı ve çeşitlerinin çok olmasından başka, bireysel özellikleri, çevre şartlarının ve başa çıkma mekanizmalarının farklı olması nedeniyle, yaşam olaylarının değişik insanlarda yarattığı stresin şiddeti de aynı değildir. Öte yandan bireyin içinde yaşadığı toplumun değer yargıları, olayları algılayış biçimi üzerinde önemli bir rol oynar. Bir toplumda stresli olarak kabul edilen bir olay başka bir kültürün ya da alt kültürün üyeleri için önemsiz olabilir. Bu güçlükler, olayların belirli bir toplumdaki stres verici etkileri, standardizasyon çalışmaları ile belirlenerek giderilmeye çalışılmıştır (5, 16, 22, 28, 30, 42).

Gerek literatürde belirtilen bu konular, gerekse çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar, hastalığın oluşumunda rol oynadığı belirlenen stres faktörlerinin çok iyi araştırılması ve değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

o

S O N U Ç

Yaptığımız "Bölgemizde Somatizasyon Bozukluğu Gösteren Hastaların Semptom Dağılımları ve Stres Faktörleri İle İlişkisi" adlı çalışmada elde ettiğimiz veriler şu sonuçları ortaya çıkardı:

Hastaların eğitim seviyesi genellikle düşük olup, sadece iki hasta (% 4) yüksekokul mezunudur.

Hastaların çoğu ev kadınıdır (39 hasta % 78).

Hastaların büyük kısmı (38 hasta, % 76) şehir merkezlerinde oturmaktadır.

Hastaların çoğu (35 hasta, % 70) başka bir bölümden sevkle gelmiştir.

Hastaların psikiyatri bölümüne gelmeden önce en sık başvurdukları bölümler: Dahiliye (16 hasta % 32) ve Nöroloji (13 hasta % 26) dir.

Hastalara psikiyatri bölümüne gelmeden önce, grup olarak ortalama 1.76 adet tetkik yapılmış olup, en sık yapılanı tam kan tetkikidir.

Tedavi sonuçları belirlenebilen 47 hastadan 46 tanesi (% 97.9) tedaviden fayda görmediklerini belirtmişlerdir.

Hastaların tamamında grup olarak konversiyon, gastrointestinal ve kardiopulmoner semptomlar görülmüştür.

Erkek hastalarda en sık görülen semptomlar, baş dönmesi

(9 hastada % 100) ve bulantı (9 hastada % 100) dır. Kadın hastalarda ise sırt ağrısı (37 hasta % 90.2) ve çarpıntı (36 hasta % 87.8) en sık görülen semptomlardır.

Erkek hastalarda görülen semptom sayısı ortalaması $\bar{x}$=16.55 (SS=2.69), kadın hastalarda görülen semptom sayısı ortalaması $\bar{x}$=18.58 (SS=2.74) tüm hastalarda semptom sayısı ortalaması $\bar{x}$=18.24 (SS=2.82) olarak tesbit edilmiştir.

Hastaların yaş gruplarına göre semptom dağılımında istatistiki açıdan fark olduğu saptanmıştır ($F=5.07$, $p < 0.05$).

Kadın hastalarda ve erkek hastalarda depresyon skoru ile semptom sayısı arasında yüksek derecede bir pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r=0.70$ ve $r=0.90$).

Kadın hastalarda ve erkek hastalarda anksiyete skoru ile semptom sayısı arasında orta derecede bir pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r=0.42$ ve $r=0.50$).

Hastaların çoğunda (N=48, % 96) bir ya da daha fazla psikososyal stres faktörü tesbit edilmiştir. En sık görülen psikososyal stres faktörleri erkeklerde (3 hasta % 33.3) ve kadınlarda (18 hasta % 43.9) geçimsizlik olarak tesbit edilmiştir.

Somatizasyon bozukluğunun bizim sosyokültürel yapımız içinde arz ettiği özelliklerin daha iyi tanınabilmesi, böyle hastaların diğer polikliniklerde lüzumsuz yere incelenip tedavi edilmesini bir dereceye kadar önleyebilecektir. Ancak, bu hususların ortaya konulabilmesinin daha kalabalık vaka serilerinin araştırmaya dahil edilmesini gerektirdiğini düşünüyoruz.

Ö Z E T

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve DSM-III-R kriterlerine göre "Somatizasyon Bozukluğu" tanısı konmuş 50 hasta (41'i kadın, 9'u erkek) üzerinde gerçekleştirildi.

Hastaların semptom profilleri, anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmeleri ile bozukluğu alevlendirmesi muhtemel psikososyal stres faktörleri açısından özellikleri karşılaştırılarak 25 tablo halinde istatistiksel analiz yapıldı.

Hastaların çoğunun şehirlerde oturduğu, eğitim seviyelerinin düşük olduğu ve ev kadını oldukları görüldü.

Hastalarda ortalama semptom sayısı $\bar{x}$=18.22 ve şikâyetlerinin yıl olarak ortalama süresi $\bar{x}$=10.01 olarak bulunmuştur. Bütün hastalarda en sık şikâyet edilen semptomlar konversiyon, gastrointestinal ve kardiopulmoner semptomlardır.

Gerek erkek hastalarda, gerekse kadın hastalarda semptom sayıları ile anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur, yani semptom sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon skorları da artmaktadır.

Hastaların tamamına yakın bir kısmında (48 hasta % 96) psikososyal stres faktörünün mevcut olduğu belirlenmiştir.

L İ T E R A T Ü R L E R

1- Anstett, RE., Poole, SR.:Depressive Equivalents in Adults, AFP. 25 (3): 151-156, 1982.

2- Arsan, C., Erdoğan, B., Oğuz, A.:Somatizasyon ve Tıptaki Önemi. Dirim Aylık Dergisi 9-10: 308-318, 1986.

3- Barsky, Arthur J.:Somatoform Disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry V., Ed. Kaplan, H. and Sadock, B., Baltimore, 1989, (1) 1009-1013.

4- Barsky, AJ.:Patients Who Amplify Bodily Sensations, Ann Intern Med., 91:63-70, 1979.

5- Barsky, A., Klerman, G.:Overwiev:Hypochondriasis, Bodily Complaints, and Somatic Styles, Am. J. Psychiatry 140: 273-283, 1983.

6- Becker, BJ.:A Holistic Approach to Anxiety and Stress, Am. J. Psychoanalysis, 36:139, 1976.

7- Bridges, KW., Goldberg, D.:Somatic Presentation of DSM-III Psychiatric Disorders in Primary Care, J, Psychosomatic Res., 29:563-569, 1985.

8- Cloninger, CR., Martin, RL., Guze, SB., Clayton, PJ.: A Prospective Followup and Family Study of Somatization in Men and Women, Am. J. Psychiatry, 143 (7): 873-878, 1986.

9- Collyer, JA.: Psychosomatic Illness in a Solo Family Practice, Psychosomatics 20:762-767, 1979.

10- Culpan, R., Davis, B.:Psychiatric Illness at a Medical and a Surgical Outpatient Clinic, Comp. Psychiatry, 1:228-235, 1960.

11- Çifter, İ.:Psikiyatri, Şenal Basımevi, Ankara 1986, s:476.

12- Engel, GL.:Psychogenic Pain and Pain-Prone Patient, Al. J. Med., 26:899-918, 1959.

13- Ford, V.Charles:The Somatizing Disorders, Psychosomatics. 27:5, 327-336, May 1986.

14- Goldberg, D., Blackwell, B.:Psychiatric Illness in General Medical Practice, Br. Med..J., 2:439-443, 1970.

15- Goodwin, DW., Guze, SB.:Psychiatric Diagnosis, 2nd Ed., New York, Oxfrod University Press, 1970.

16- Holmes, TH., Rahe, RH.:The Social Readjustment Rating Scale, J. Psychosom. Res., 11:213, 1967.

17- Janakiramaiah, N., Subbakrishna, DK.:Somatic Nuerosis in Muslim Women in India, Soc. Psych., 15:203-206, 1980.

18- Jencks, SF.:Recognition of Mental Distress and Diagnosis of Mental Disorder in Primary Care, Jama, 253: 1903-1907, 1985.

19- Kaminsky, MJ., Slavney, PR.: Methodology and Personality in Briquet's Syndrome, a Reappraisal, Am. J. Psychiatry, 133:85-88, 1976.

20- Katon, W.:Depression: Relationship to Somatization and Chronic Medical Illness, J. Clin. Psychiatry, 45:4-11, 1984.

21- Katon, W., Kleinman, A., Rosen, G.:Depression and Somatization. A Review, Part II, Am. J. Med., 72:241-247, 1982.

22- Komaroff, AL., Masuda, M., Holmes, H.:The Social Readjustment Rating Scale: A Comparative Study of Negro, Mexican and White Americans, J. Psychosom. Res., 12:121, 1968.

23- Köroğlu, E. (çev.):Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSK-III-R), Hekimler Birliği, Ankara, 1989, s:150-152.

24- Lehmann, HE.:Affective Disorders in the Aged, Psychiatr. Clin. North Am., 5 (1):27-44, 1982.

25- Leon, J., Saiz, J. et al:Why do Some Psychiatric Patients Somatize? Acta Psychiatr. Scand., 76:203-209, 1987.

26- Lipowski, ZJ.:Somatization: The Concept and Its Clinical Application, Am. J. Psychiatry, 145:11, 1358-1367, November 1988.

27- Mac Donald, AJ., Bouchier, AD.:Non-Organic Gastrointestinal Illness, Br.J. Psychiatry, 136:276-283, 1980.

28- Masuda, M., Holmes, TH.:The Social Readjustment Rating Scale: A Cross-Cultural Study of Japonese and Americans, J. Psychosom. Res., 11:227, 1967.

29- Maue, FR.:Functional Somatic Disorders-Key Diagnostic Features, Somatic Disorders, 79 (2):201-210, 1986.

30- Özbek, A., Köksal, C., Adasal, R.:Sosyokültürel Yapı Açısından Paranoid Sendromlar, Nöroloji, 2:20, 1971.

31- Öztürk, O.:Nevrotik Bozukluklar, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Nurol Matbaacılık AŞ., s:264-265, 1988.

32- Paykel, ES., Uhlenhuth, EH.:Rating the Magnitude of Life Stress, Canad. Psychiatr. Ass. J., 17:93, 1972.

33- Paykel, ES.:Depressive Typologies and Response to Amitriptyline, Br. J. Psychiatry, 120:147-156, 1972.

34- Perley, M., Guze, SB.:Hysteria-the Stability and Usefulness of Clinical Criteria, N.Engl.J. Med., 266:421-426, 1962.

35- Rabkin, JG., Struening, EL.:Life Events, Stress and Illness, Science, 194:1013, 1976.

36- Regier, DA., Goldberg, JD., Taube, LA.:The de Facto U.S. Mental Health Services System: A Public Health Perspective, Arch. Gen. Psychiatry, 35:685-693, 1978.

37- Rinieris, PM., Stefanis, CN., Lykouras, EP. et all:Hysteria and ABO Blood Types, Am. J. Psychiatry, 135:1106-1107, 1978.

38- Salzman, C., Shader, RI.:Depression in the Elderly. I. Relationship Between Depression, Psychologic Defense Mechanisms and Physical Illness, J. Am. Geriatr. Soc., 26 (6):253-260, 1978.

39- Selye, H.:The Stress of Life, Mc Graw-Hill Book Co, pp 25-43, New York, 1956.

40- Smith, GR Jr., Monson, RA., Ray, DC.:Patients With Multiple Unexplained Symptoms, Arch. Intern. Med., 146:69-72, 1986.

41- Synder, S., Pitts, WM.:Characterizing Somatization, Hypochondriasis and hyteria in the borderline personality disorder, Acta Psychiatr.Scand., 73:307-314, 1986.

42- Sorias, S.:Hasta ve Normallerde Yaşam Olaylarının Stres Verici Etkilerinin Araştırılması (doçentlik tezi), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi-İzmir, s:2-4, 1982.

43- Souza, DE., Othmer, E.:Somatization Disorder and Briquet's Syndrome, Arch.Gen.Psychiatry, 41:334-336, 1984.

44- Srinivasan, K., Murthy, RS., Janakiramaiah, N.:A Nosological Study of Patients Presenting With Somatic Complaints, Acta Psychiatr.Scand., 73:1-5, 1986.

45- Temoshok, L., Attkinson, CC.:Epidemiology of Hysterical Phenomena: Evidence For a Psychosocial Theory, in Hysterical Personality, Edited by Horowitz MJ., New York, Jason Aranson, pp:343-346, 1977.

46- Uhlenhuth, EH., Paykel, ES.:Symptom Configuration and Life Events, Arch.Gen.Psychiatry, 28:744, 1973.

47- Warheit, GJ.:Life Events, Coping, Stress and Depressive Symptomatology, Am.J.Psychiatry, 136:502, 1979.

48- Watts, CAM.: The Mild Endogenous Depression, Br.Med.J., 139:545-551, 1982.

49- Weissman, MM., Myers, JK., Harding, PS.:Psychiatric Disorders, in a US Urban Community, 1975-1976, Am. J. Psychiatry, 135:459-462, 1978.