

Bedensel belirtilerin klinik değerlendiriminde önemli bir ayrıntı: Psikobiyolojik ve psikososyal faktörler

An important detail at clinical reasoning of somatic symptoms: psychobiologic and psychosocial factors

Didem Salt Peker¹

Özet

Bu yazıda anlatılmak istenilen; bir hastalık değil fakat, insan yapısının önemli ve sık rastlanılan bir özelliği olarak hem hekim hem de hastaları kapsayan somatizasyon (bedenselleştirme) gerçeğidir. Beden ve zihin arasındaki ilişkinin, teorik ve pratik yönelimlerle tartışılması günümüzün psikosomatik biliminin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Karın ağrısı, hazımsızlık, göğüs ağrısı, baş dönmesi ve eklem ağrısı gibi sık rastlanılan bedensel belirtiler kişileri bir sağlık kurumuna başvurmaya yönlendiren en büyük nedenlerdir. Bu, ülkemizde çoğunlukla gözden kaçan bir konu olsa da, bu belirtilerin gelişimi ve sürekliliği hakkında yapılan araştırmalar; bilişsel-algisal, davranışsal ve psikobiyolojik bileşenlerden oluşan kısır bir döngü oluşturduklarını vurgulamaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında değerlendirilen depresif hastalar, başlangıçta yalnızca bedensel yakınmalarını aktarabilmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarında, bedensel belirtilerdeki hafiflemenin depresyonun sona erişini açısından önemli ölçüde tahmin değeri taşıdığı hipotezi savunulmaktadır. Ayrıca psikososyal faktörlerin bu belirtilerin kronikleşmesinde önemli bir etken olduğu da vurgulanmaktadır. Somatizasyonu farklı etnik gruplar üzerinde inceleyen bazı çalışmalar, somatizasyonun doğu ülkelerinde batıdan daha yoğun gözlemlendiğini belirtmişlerdir. Bu farklılığın oluşmasında hem hastaların kültürel özelliklerinin, hem de hekim ve birinci basamak sağlık kurumlarının farklı yapılarının rolü olduğu ileri sürülmüştür. Bu kurumlarda çalışan hekimlerin çok yönlü klinik değerlendirme becerilerinin geliştirilmesinin, bu karmaşık problemin çözümüne büyük yarar sağladığı gösterilmiştir.

Anahtar sözcükler: Bedensel belirtiler, somatizasyon, psikobiyoloji, psikososyal faktörler, depresyon.

Summary

Somatization is not a disease, but a common and important human mechanism involving both doctors and patients. The discussion of the relationship between mind and body, with the theories and practical applications has formed the foundation of today's psychosomatic medicine. Common physical symptoms such as abdominal pain, irritability, chest pain, dizziness and joint pain the are main reasons of attending a health care center. Sometimes unnoticed in our country, studies about the development and maintenance of these symptoms emphasize a vicious circle with cognitive-perceptual, behavioral, and psychobiological components. Patients with depression, particularly those seen by primary care physicians, may firstly report somatic symptoms. It is hypothesized that somatic symptom alleviation is a significant predictor of overall outcome in depressed primary care patients. It also emphasized that psychosocial factors have an important influence on the chronic evolution of these symptoms. Some of the studies that investigated the somatization through different ethnic groups have suggested that somatization is seen more densely in Eastern countries rather than West. It is also suggested that this variation may reflect characteristics of physicians and health care systems, as well as cultural differences among patients. Developing the multidimensional clinical reasoning capacity of physicians of the primary care clinics can help solve this complex problem.

Key words: Somatic symptoms, somatization, psychobiology, psychosocial factors, depression.

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Aydın

Bedensel (somatik) belirtiler; kavram olarak patolojik bir nedene dayanan veya dayanmayan, hastanın bedenle ilgili algıladığı tüm rahatsız edici hisler olarak tanımlansa da, bu yazı da somatik belirtiler olarak değinilen daha çok somatizasyon gerçeğidir. Somatizasyon kavramının açılımı ise tıbbi literatürde; ruhsal gerilimlerin vücudun herhangi bir bölgesinde hissedilen bir belirti veya sistemlerde bir fonksiyon bozukluğu haline dönüşmesi, en basit ifadeyle bedenselleştirilmesi olarak yapılır.¹ DSM-IV tanı kriterlerini gözden geçirdiğimizde, belirgin somatizasyon özelliklerinin yalnız somatoform bozukluklarda değil, duygudurum ve anksiyete bozukluklarında da tanı kriteri olarak sıralandığına rastlamaktayız.²

Psikiyatrik hastaların doktora ilk başvurularında ruhsal sıkıntılarının çok, bedensel yakınmalarına değinmeleri veya psikiyatrik problemlili hastaların hekime ancak bedensel bir belirtinin eklenmesi ile başvuruyor olmaları, Avrupa ülkelerindeki birinci basamak kliniklerinde özellikle son 25 yıldır derinlemesine araştırılan bir konudur.³

Bu konuda ülkemizde yapılan araştırmalar daha çok fibromiyalji, irritabl barsak sendromu veya hipertiroidi gibi tanılarla 3. basamakta değerlendirilen hastaların depresyon, ağrı ile başa çıkma tutumları ve anksiyete düzeylerinin incelenmesiyle sınırlıdır.⁴⁻⁶ Bu araştırmalar da düzenli birinci basamak sağlık kurumu kontrolünde bulunulmayı ve hastalık öncesi ve sonrası düzenli sağlık kayıtlarının olmayışı nedeniyle hastanın son durumundaki temel etkenin psikolojik mi, yoksa fizyolojik özellikler mi olduğu sorusuna cevap getirmemektedir.

Bu yazıda öncelikle psikosomatoloji bilimi, bedensel belirtilere psikobiyojik yaklaşım, Avrupa’da birinci basamak kliniklerinde yapılan çalışmalar rehberliğinde bedensel belirtiler ve depresyon ilişkisi, bedensel belirtilerin prognozunda psikososyal faktörlerin etkileri, etnik özelliklere göre farklılığı ve bu konuda birinci basamak klinikleri için çözüm önerileri irdelenecektir.

Psikosomatoloji

Aile hekimliği eğitimi almış bir hekimi diğer dalların uzmanlarından ayıran temel özellik, hastayı beden ve ruh veya bedendeki farklı sistemler olarak ayırmadan tümüyle değerlendirebilmesidir. Üniversite hastanelerindeki dosyaları inceleyecek olursak, benzer bedensel yakınma-

lar ile farklı polikliniklere defalarca gitmiş ve aynı belirtiler için farklı tanımlar almış hastalara rastlayabiliriz. Örnek verecek olursak bir hasta hazımsızlık ve şişkinlik belirtileri ile gastroenterolojiden fonksiyonel dispepsi, psikiyatriden farklılaşmamış somatoform bozukluğu tanısı, bir diğer hasta bedeninin farklı kas-iskelet noktalarında ağrı şikayeti ile romatolojiden fibromiyalji, psikiyatriden ise ağrı bozukluğu tanısı alabilmektedir. Hastaların ilk değerlendirme yerlerinin 3. basamak uzmanları olması ve bu konuları inceleyen multidisipliner çalışmalar yapılmaması nedeniyle, fizyolojik ve psikolojik problemlerin hangisinin etiyolojik etken, hangisinin patolojik sonuç olduğu ülkemizde cevaplanmış bir soru değildir.

Batıda ise uzun süredir insan bedeni ve psikolojisi arasındaki ilişki geniş bir araştırma konusudur. Bu araştırmalar günümüzde psikosomatolojinin kurulmasına neden olmuştur. Psikosomatoloji; insan doğasının genetik, nöroendokrin, immünoloji gibi içsel, toplumsal, kültürel, psikososyal gibi dışsal özellikleri ve kendi aralarındaki iletişim yolları ile olan ilişkisine bütüncül olarak yaklaşan bilim dalıdır. Beden ve psikolojik yapı arasındaki ilişkiyi psikosomatolojik açıdan irdeleyen teorilere, Freud ile başlatılıp, Dunbar ile devam ettirilmiş psikanaliz örnek gösterilebilir. Dunbar 1936’da, psikolojik faktörlerin bir hastalığın hem etiyolojisinde hem de prognozunda etken olduğunu ortaya koymuştur. Dunbar o yıllarda, ruhsal, duygusal ve fiziksel rahatsızlıkların tedavisinin her açıdan düzenlenebileceği bir metod geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.⁷

Ortaya atılan diğer psikosomatik teorilerden ise bedenin etki tepki aracı olduğunu savunan fenomenolojik teori,⁸ bir aile bireyinin somasının diğerinin psikolojisini, birinin psikolojisinin diğerinin somasını etkileyebileceğini savunan aile sistemleri teorisini⁹ ve hastalıkların, dışsal uyarılardan kolaylıkla etkilenebilen vücut sistemleri arasındaki hatalı bir iletişim sonucu oluştuğunu savunan biyosemiotik (biyosemiotics) teorisini örnek olarak verebiliriz.⁷

Bedensel Belirtilere Psikobiyojik Yaklaşım

Karın ağrısı, şişkinlik, baş dönmesi, göğüs ağrısı, kasık ağrısı, hazımsızlık, karıncalanma veya eklem ağrısı sık görülen belirtilerdir ve doktora başvurmak için tipik ne-

denlerdir. Bu belirtilerin bazıları toplumun % 30'undan fazlasında görülebilir.¹⁰ Bedensel belirtilerin sık rastlanılması ve uzun sürmesi, bilişsel-algısal, davranışsal ve psikobiyolojik komponentlerden oluşan tehlikeli bir döngü oluşturduğunu vurgulamaktadır. Klinik değerlendirmede patolojik bir etkene rastlanılmadığında bu yakınmalar için birçok farklı teşhis öngörülebilir, örneğin; fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, irritabl barsak sendromu, açıklanamayan fiziksel semptomlar ve ya sübjektif sağlık yakınmaları için en çok uygun görülen tanılardır. Bu yüzden bu hastalıklar “somatoform ilişkili bozukluklar” olarak da tanımlanmaktadır. Tüm bunların fiziksel yakınmaların algılanmasıyla ilişkili bir problem olduğu kanıtlanmış olsa da, somatoform bozuklukları sadece bilişsel açıdan değerlendirmek te doğru değildir. Sharpe ve Bass 1992'de bu şikayetlerin fizyolojik yapıdan uzak değerlendirilemeyeceğini, başlangıçta patolojik bir problem olmasa da somatizasyon sonucu fizyolojik değişikliklerle patolojik bir durum oluşabileceğini ortaya koymuştur.¹¹

Endokrin Sistemi

HPA (hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen)'nin stresle aktive olduğu ve ağrı algısını da etkilediği bilinmektedir ki; stres ve ağrı algısı da somatoform bozukluklarla ilişkilendirilmektedir.

HPA hormonları içinde en çok incelenen hormon kortizoldür. Heim 2000'de, açıklanamayan bedensel belirtileri olan sıkıntılı insanların hipokortizolizme yatkınlığını göstermiştir.¹² Rief ve Auer ise 2000'de, sıkıntı sırasında normal/artmış serbest kortizol saptamıştır.¹³ Gaab 2002'de, HPA eksenindeki farklılaşmanın, stres etkenin kısa-uzun süreli olması ile bağdaştırmıştır.¹⁴ Pruessner 1996'da, bu değişkenliklerin, akut stres sırasında hipoaljezi, kronik stres döneminde ise hiperaljezi ile belirtiler ve ağrı algısındaki değişiklikler ile etkileşebileceğini ortaya koymuştur.¹⁵ Gaab ve arkadaşları ise 2003'de, somatoform bozukluklarda kortizol düzeyini normal, fakat sensitivitesinde artma saptamıştır.¹⁶

Sonuç olarak, HPA eksenin rol oynadığı kesindir, fakat rolün tek başına değil başka etkenlerle de çok yönlü bir ilişkide olduğu düşünülmektedir.

Bedensel Belirtiler ve İmmünoloji

Watkins ve Maier 2000'de, immün stimülasyonun analjezik-hiperaljezik sistemi aktive ettiğini ortaya koymuştur. Bazı immün parametrelerin sübjektif hasta olma hissi ile ilişkili olduğu görülmüştür.¹⁷ Lekander 2004'de, dolaşımdaki sitokinler ile kişinin sağlıklı olma hissi arasında bir korelasyon olduğunu göstermiştir.¹⁸

İmmün sistemin aktivasyonu depresyon ve somatizasyonda görülen hasta davranışlarına (illness behaviours) benzer davranışlara neden olmaktadır. Vollmer 2001'de fare beyinlerine IL-6 enjekte ederek sosyal yaşamdan çekilme ve aktivite azalması şeklinde hasta davranışları gözlemiştir.¹⁹ Fakat bunların insanlarda bedensel belirti geliştirip geliştirilmeyeceği netleşmemiştir.

Depresyondaki insanların proinflatuar sistemlerindeki parametrelerin yüksek konsantrasyonda olduğu gösterilmiştir. Rief 2001'de, depresyonda CD-8 T lenfosit konsantrasyonunun arttığını, somatizasyon sendromunda ise azaldığını ve somatoform bozukluğunda IL-6'nın da azalması ile proinflatuar kapasitenin zayıfladığını doğrulamaktadır.²⁰

Somatizasyon ve depresyon birçok kez aynı anda görülse de farklı biyolojik özellikler taşımaları muhtemeldir.

Monoamin Asitler, Nörotransmitterler

Serotonin, migren gibi farklı ağrı durumlarında en büyük rolü üstlenir. Serotonin ile ilgili rahatsızlıklar, depresyonda tipik olarak ağrı algısının eşik seviyesinin değişmesi ile ilgilidir. Fiziksel halsizlik, bitkinlik yalnızca merkezi sinir sistemi (MSS) ile değil, kaslardaki enerji metabolizması gibi periferik etkilerle de tetiklenebilir.²¹

Rief 2004'de, kök zincirli amino asit (a.a) (valin, lösin, izölösün) konsantrasyonlarının, somatizasyon bozukluğu, depresif ve kontrol grupları arasında farklı olduğunu göstermiştir. Somatizasyon bozukluğunda daha belirgin olmak üzere klinik gruplarda azalma kaydedilmiştir.²² Nörotransmitter ilişkili a.a (tirozin, triptofan)'lerden yalnızca triptofanın somatoform bozukluklarında serotonerjik sistemle bir ilgisi olduğu gösterilmiştir. 5-hidroksi imdolik asetik asit (5-HIAA) ve triptofanın düşük oluşu fibromiyalji hastalarındaki yüksek ağrı skorlarıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca yüksek ağrı duyarlılığı nöropeptid substan-

ce P'nin serum konsantrasyonundaki artışı ile de ilişkili görülmüş, serotonerjik sistemle substance P arasındaki bir antagonizmaya işaret etmiştir.²¹

Somatoform Semptomlarda Sinyal Filtre Modeli

Vücudun birçok bölümünün beyine duyuşal sinyaller gönderdiğini kabul ederiz, fakat nöral filtrasyon yöntemi sayesinde, tıpkı kapı-kontrol teorisinde anlatıldığı gibi, sağlıklı kişilerde bunların birçoğu bilince ulaşmamaktadır. Somatoform bozukluklarda fiziksel hisler algılanmakta ve planlı davranışların, kasıtlı düşüncelerin içerisine nüfuz etmektedir. Bu yanlış algılar ya arttırılmış duyuşal sinyal ve ya azalmış filtrasyon kapasitesi ya da sinyalin gücünü etkileyen diğer faktörler nedeniyle olabilmektedir.

Erickson ve Ursin'in 2004'de ortaya koyduğu stresin bilişsel aktivasyonu teorisini, somatoform belirtileri bu sinyal filtre modeli ile bütünleştirmek mümkündür. Strese verilen ilk cevap, fizyolojik sinyalleri arttıran bir aktivasyona neden olabilmektedir. Birçok insan bunun farkına varmaz çünkü dikkat dağıtıcı etkisi de vardır. Sadece durumsal dikkat dağıtma sonlanır ve fizyolojik aktivasyon da devam ederse vücut sinyallerinin algısında bir artış olması için risk oluşturmaktadır.²³

Ursin 1997'de, hassasiyetin somatoform bozukluklarda büyük rol oynadığını göstermiştir. Hassasiyet, aynı düzeyde sinyallerin (düşük amplitüd de olsa bile) daha da güçlü algılar doğurabileceğini açıklamaktadır.²⁴

Somatik Semptomlar ve Depresyon İlişkisi

Bedensel Belirtiler Depresyonun Bir Sonucu mudur?

Simon 1996'da, İngiltere'de farklı etnik gruplar üzerinde yaptığı bir araştırmada birinci basamak sağlık kurumlarında depresyon tanısı konulan hastaların %69'unun hekime başvurmasındaki temel nedenin bedensel belirtiler olduğunu ortaya çıkarmıştır.³ Fakat ağrı, şişkinlik, yorgunluk gibi belirtilerin herkeste anti-depresan ilaçlara net yanıt vermediği bilinmektedir. Daha önceki bölümlerde de değindiğimiz gibi ruhsal durumun

fizyolojik dengeyi etkilemesiyle bu basit gibi görünen bedensel belirtiler fonksiyonel daha sonrada patolojik bozukluklara ilerleyebileceğinden yalnızca ruhsal değil, klinik açıdan da değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir.²⁵

Fava 2004'de, McIntyre ve arkadaşları 2006'da yaptıkları çalışmalarda, depresif hastalarda ağırlı fiziksel belirtilerin gerilemesinin, depresyonun remisyona girmesi ve emosyonel belirtilerin iyileşmesi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır.^{26,27} Bu sonuca neden olan mekanizma tam olarak çözülemese de, farklı ağrı yollarında serotonin ve nörepinefrin nörotransmitterlerinin rol oynamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Psikososyal Faktörlerin Bedensel Belirtilerin Prognozundaki Etkisi

Psikososyal etkenlerin bedensel belirtilerin oluşmasında ne derece etkin olduğu araştırılırken, bir kısım araştırmacılar da psikososyal özelliklerin bedensel belirtilerin prognozunda, örneğin akut başlayan bir ağrının kronikleşmesinde veya tedaviye yanıt vermesinde ne derece etkin olduğu konusunu sorgulamaktadır.

Truchon ve Fillion 2000'de, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin akut bel ağrısı başlamasındaki etkilerinden çok daha büyüğünü ağrının kronikleşmesinde gösterdiğini öne sürmüştür.²⁸ Linton 2000'de, bel ağrısı yakınmasında psikososyal değişkenlerin, biyomedikal faktörlerden çok daha fazla etkili olduğunu, hatta akutken kronikleşmesinde belirgin rol oynadığını kanıtlamıştır.²⁹ Yapılan çalışmalarda irdelenen psikososyal etkenler ise meslek memnuniyeti, düşük gelir düzeyi, boş zaman aktivitesinden anksiyete, depresyona kadar çeşitlilik göstermektedir.³⁰ Korku-kaçınma inancı (fear-avoidance beliefs), başa çıkma tutumları, katastrofizasyon (catastrophisation) ve bağlanma (attachment) teorisi ise ağrı gibi bedensel belirtilerin prognozunda belirgin rol oynayan bilişsel faktörler olarak literatürde uzun süredir yerini almıştır.

Araştırmacılar psikososyal etkenlerin olmasının hastanın psikojenik ağrısı olduğu anlamına gelmediğine işaret ederken, sıkıntı ve hasta davranışlarının ne kadar fiziksel bozukluğa sekonder olsa da, fiziksel bozukluktan engellilik (disability) hali oluşmasında da büyük rol oynadığına işaret etmişlerdir.^{31,32}

Bilişsel Faktörler

Korku-Kaçınma Modeli

Yapılan çalışmalarda, hastaların ağrı şikayetinin şiddeti ve engellilik hali oluşması arasında çok zayıf bir ilişki görülmüştür. Waddell ve arkadaşları 1992'de, fiziksel engellilik hali oluşan vakaların yalnızca %10-14'ünde ağrı şiddetinin rol oynadığını saptanmıştır.³¹ Diğer etkenlerin daha çok depresyon ve hasta davranışları olduğu vurgulanmıştır. Korku-kaçınma modeline göre hastalarda engellilik hali oluşumu ağrılarının değil, ağrıya verdikleri cevabın bir sonucudur.³³ Bu modele göre; hastalar ağrı şiddetinin daha da artmasından korkarak, bir takım hareketleri, bazı günlük aktiviteleri dahi yapmaktan kaçınmakta ve sonuçta kendilerini engellilik durumuna götürmektedirler. Bu şekilde davrandıkça ağrının şiddeti azalmayacak, aksine hastayı hareket etmektan kaçınmaya daha fazla yönlendirecek şekilde ağırlaşacaktır. Kaçınma davranışının altında kişinin tecrübeleri, inanışları, bellek ve algı düzeyi yatmaktadır. 1993'de Waddell ve arkadaşları³⁴ tarafından hazırlanan Korku-kaçınma inancı anketi (fear-avoidance beliefs questionnaire) somatik problemleri psikolojik açıdan inceleyen yurt dışı çalışmalarda sıkça kullanılırken, ülkemizde henüz hasta grubunda kullanılmamıştır.

Katastrofizasyon ve Bağlam Teorisi

Katastrofik kelimesi sözlük manasıyla sonu kötü biten, felaket getiren anlamına gelirken,¹ psikosomatolojide katastrofizasyon kişinin içinde bulunduğu durumu, bedensel bir şikayetini her seferinde daha kötüye gideceği korkusuyla değerlendirmesi manasında kullanılır. Katastrofizasyonun, bedensel belirtilerin prognozu üzerindeki etkisi birçok araştırmaya konu olmuştur. 1991'de Main ve arkadaşları kronik bel ağrılı hastalardaki depresif belirtilerin %35'inin katastrofizasyon ile açıklandığını tespit etmiştir.³³ Asmundson 2004'de yaptığı çalışmalarında ağrıyla ilişkili kaygı ve korkunun kişiyi kronik ağrı ve fonksiyon bozukluğuna götürdüğünü ortaya koymuştur. 1969'da Bowlby, ağrıyla ilgili korkunun kaynağını soruşturmak amacıyla bağlanma teorisini ortaya atarak kronik ağrının gelişimini açıklayacak ilk iskeleti oluşturmuştur. Buna göre insanın güvensizliğine, kaygılarına bağlanması, olumsuz yorumları daha da arttırmakta ve

güvensizliğe olan bağlılık, gittikçe artan ağrı korkusunun kaynağını da beslemektedir.³⁵ Strong 2005'de, kronik ağrılı bir grupta kaygı bağlanımının, önemli ölçüde ağrıya tehdit edici bir değer biçtiğini saptamış, rahatlığın ise adaptasyonla ağrıya meydan okuma şeklinde olumlu sonuçlandığını göstermiştir.³⁶ Ciechanowski 2003'de, Meredith 2006'da, bağlanma farklılıklarıyla ağrı katastrofizasyonu arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir.^{37,38}

Yurt dışı çalışmalarda bireyin katastrofizasyon derecesi en çok, 1983'de Rosenstiel ve Keefe³⁹ tarafından hazırlanan ve 1997'de Robinson ve arkadaşları,⁴⁰ 1999'da Riley ve arkadaşları⁴¹ tarafından geliştirilen Başa çıkma stratejileri ölçeğinin (Coping Strategies Questionnaire) 5 alt-skalasından biri olan katastrofizasyon alt-skala ile ikinci sıklıkta ise 1995'de Sullivan ve arkadaşları⁴² tarafından hazırlanan Ağrı katastrofizasyonu skalası (Pain catastrophizing scale) ile değerlendirilmektedir. Her iki ölçek de dilimize çevrilip, hasta grubu üzerinde uygulanmış değildir.

Baş Çıkma Tutumları

Folkman ve Lazarus 1984'de, başa çıkmayı problem odaklı ve duygusal odaklı olmak üzere insanların probleme karşı gösterdikleri bilişsel ve davranışsal bir mücadele olarak tanımlamıştır. Hatta sağlığı ve iyilik halini etkileyen faktörün stres değil, insanların onlarla başa çıkma tarzı olduğu fikrini savunmuşlardır.⁴³

Weickgenant 1993'de, ağrı belirtilerine karşı gösterilen başa çıkma tutumları ve depresyonla ilişkisini araştırdığında, artan düzeyde pasif-kaçınmacı başa çıkma tarzının kronik bel ağrısı olan ve aynı zamanda depresif duygudurumlu hastalarda saptandığını, aynı sonucun depresif olmayan bel ağrılı hastalarda görülmediğini ortaya koymuştur.⁴⁴ Ersek 2006'da, bireysel başa çıkma yöntemlerinin en az kullanımını en yüksek depresyon skoru alanlarda saptanmıştır.⁴⁵ İnkâr, kaçınma gibi pasif başa çıkma tutumlarını artan düzeyde depresif duygudurum saptanan kronik hastalarda saptanmıştır.⁴⁶ Ayrıca pasif-kaçınmacı başa çıkmanın morbidite ve mortalite oranları ile ilişkili olabileceğini gösteren kanıtlar da bulunmaktadır.⁴⁷

Bireylerin kendilerine özgü başa çıkma tutumlarını değerlendirmek için Carver ve Scheier'nin 1989'da geliştirdiği

tirdiği Cope envanteri,⁴⁸ dilimize Cope ismiyle 2005'de Ağargün ve arkadaşları tarafından,⁴⁹ 1990'da Amirkhan'ın hazırladığı The Coping Strategy Indicator⁵⁰ ise, 1994'de Aysan tarafından Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği⁵¹ olarak dilimize çevrilmiş, geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmış fakat henüz hasta popülasyonu üzerinde kullanılmamıştır.

Bedensel Belirtilerin Sıklığında Etnik Gruplar Arasındaki Farklılık

Ebert 1994'de Almanya'da, melankolik depresyon tanısı almış Türk ve Alman hastaları 2 tip somatik bozukluk açısından karşılaştırılmış, Türklerde çok daha yüksek düzeyde bedensel belirti, hipokondriasis olduğu fakat algıda farklılık olmadığı görülmüş, bunun bedensel belirti veya hipokondriyak korkularla ilgili anormal bir hisle gelişen kültürel bir semptom olabileceği sonucu çıkarılmıştır.⁵²

Doğu ülkelerinde batıdan daha çok bedensel yakınma olduğunu gösteren çalışmaların ardından 1999'da Gregory, 14 ülkede 15 farklı birinci basamak sağlık kurumunda yaptığı çalışmada düzenli 1. basamak sağlık hizmeti ve sabit hekim sisteminin olmadığı yerleşim yerlerinde bedensel belirti yüzdesinin daha çok arttığını gözlemiştir. Birçok ülkede bedensel belirti-depresyon birlikteliği hayli sıklıkla, sıklığı somatizasyonun nasıl tanımlandığına da bağlanmıştır. Depresyondaki insanların hangi sıklıkla bedensel belirti sergilediklerinin hayli değişken olduğu gözlenmiş, bunun da doktor, sağlık sistemi hatta kültürel farklılıkların bir yansıması olabileceği sonucu çıkarılmıştır.³

Levecque 2006'da, Belçika'da birinci basamak sağlık kurumlarında takip edilen farklı etnik gruplardan hastalarda yaptığı çalışmasında, en yüksek anksiyete özelliklerini, yine işsizlik, düşük eğitim seviyesi ve aylık gelirin düşüklüğünün en yüksek oranda olduğu Türk ve Faslılar grubunda tesbit etmiş, fakat sosyoekonomik düzeyin tek başına açıklayıcı olamayacağını belirtilmiştir. Alt-skallarda Türk ve Faslılar bedensel belirtilere olumlu cevap vermiştir.⁵³

Spijker 2004'de, Türk ve Faslıların en çok depresyon, anksiyete nedenli bedensel belirtilerle doktora başvurduğunu,⁵⁴ Uluşahin ise 1994'de Türk ve Faslılarda belirtileri abartma eğilimini tespit etmiştir.⁵⁵

Rief ve arkadaşlarının 2006'da yaptıkları bir çalışmada, açıklanamayan bedensel belirtileri olan hastaların sağlık kurumlarını aşırı miktarda işgal ettiği vurgulanmış ve bu problemi çözmek için birinci basamak sağlık kurumlarında görevli genel pratisyenlere somatofom bozukluklar hakkında bir günlük özel bir eğitim verip, bu hekimlerin takip ettiği açıklanamayan bedensel belirtisi olan hastaların, eğitimden 6 ay önce ve sonraki hekim ziyaretleri değerlendirilmiştir. Hekimlerin bu konuda aldıkları eğitim ile hastaları daha iyi değerlendirebildikleri ve sağlık kurumunun kullanım sıklığında düşüş kaydedildiği bildirilmiştir.⁵⁶

Sonuç

Tüm araştırmalar göstermektedir ki; psikososyal faktörler, psikobiyolojik bileşenler yoluyla kişinin dışı vurmadığı ruhsal problemleri somatizasyon şeklinde bedensel belirtilerle dışı yansıtılabilmekte ayrıca patolojik olarak ve ya olamayarak ortaya çıkmış bedensel belirtilerin prognozunun kötüye gitmesine, tedaviye yanıt vermemesine neden olabilmektedirler. Ülkemizde bedensel belirtiler ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi bu kadar ayrıntılı inceleyen araştırmalar yapılmamış olsa da, yabancı araştırmacıların Türk insanını da dahil ederek yaptığı çalışmalar bize bir gerçeği göstermektedir. Somatizasyon, ülkemizde görmezden gelinen bir gerçektir. Ülkemizde düzenli birinci basamak sistemi kurulması ve gerçekten geniş açıdan problem çözmeye odaklanmış nitelikli aile hekimi uzmanları yetiştirilmesi bir çözüm olarak önerilebilir.

Kaynaklar

1. Kocatürk U. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü. 7. baskı. Ankara, A.Ü. Basımevi, 1997; 130, 701.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR) (Çev. Ed.: E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
3. 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: 1329-35.
4. Madenci E, Herken H, Yağız E, Keven S, Gürsoy S. Kronik ağrılı ve fibromiyalji sendromlu hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006; 52: 19-21.
5. Yazıcı K, Tot S, Bicer A, Yazıcı A, Buturak V. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6: 95-101.

6. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Arch of Med Res* 2006; 37: 133-9.
7. Sivik T, Schoenfeld R. Psychosomatology as a theoretical paradigm of modern psychosomatic medicine. *International Congress Series* 2006; 1287: 23-8.
8. Dreyfus HL. Intelligence without representation – Merleau-Ponty's critique of mental representation, *Phenomenol Cognitive Sci* 2002; 1: 367-83.
9. Kroger F, Petzold E. Clinical psychosomatics: blood pressure regulation problem status from the systems theory viewpoint. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1985; 31: 339-54.
10. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 2001; 63: 595-602.
11. Sharpe M, Bass C. Pathophysiological mechanisms in somatization. *Int Rev Psychiatry* 1992; 4: 81-97.
12. Heim C, Ehlert U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrino* 2000; 25: 1-35.
13. Rief W, Auer C. Cortisol and somatization. *Biol Psychol* 2000; 53: 13-23.
14. Gaab J, Hüster D, Peisen R ve ark. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity in chronic fatigue syndrome and health under psychological, physiological, and pharmacological stimulation. *Psychosom Med* 2002; 64: 951-62.
15. Pruessner JC, Hellhammer D, Kirschbaum C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosom Med* 1999; 61: 197-204.
16. Gaab J, Rohleder N, Heitz V ve ark. Enhanced glucocorticoid sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome. *Acta Neuropsychiatrica* 2003; 15: 184-91.
17. Watkins LR, Maier SF. The pain of being sick: implications of immune-to-brain communication for understanding pain. *Annu Rev Psychol* 2000; 51: 29-57.
18. Lekander M, Elofsson S, Neve IM, Hansson LO, Uden AL. Self-rated health is related to levels of circulating cytokines. *Psychosom Med* 2004; 66: 559-63.
19. Vollmer-Conna U. Acute sickness behaviour: an immune system-to-brain communication? *Psychol Med* 2001; 31: 761-7.
20. Rief W, Pilger F, Ihle D, Bosmans E, Egyed B, Maes M. Immunological differences between patients with major depression and somatization syndrome. *Psychiatry Res* 2001; 105: 165-74.
21. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 996-1002.
22. Rief W, Pilger F, Ihle D, Verkerk R, Scharpe S, Maes M. Psychobiological aspects of somatoform disorders: contributions of monoaminergic transmitter systems. *Neuropsychobiology* 2004; 49: 24-9.
23. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res* 2004; 56: 445-8.
24. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *Int J Behav Med* 1997; 4: 105-16.
25. Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 2000; 33: 307-9.
26. Fava M, Mallinckrodt CH, Dekte MJ, Watkin JG, Wohlreich MM. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 521-30.
27. McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA ve ark. Improving outcomes in depression: focus on somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2006; 60: 279-82.
28. Truchon M, Fillion L. Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: a review. *J Occup Rehabil* 2000; 10: 117-42.
29. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25: 1148-56.
30. Koleck M, Mazaux JM, Rasclé N, Bruchan-Schweitzer M. Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *Eur J Pain* 2006; 10: 1-11.
31. Waddell G, Main CJ, Morris EW, di Paola M, Gray ICM. Chronic low back pain: psychological distress and illness behaviour. *Spine* 1984; 9: 209-13.
32. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987; 12: 632-44.
33. Bogduk N. Psychology and low back pain. *Int J Osteopathic Med* 2006; 9: 49-53.
34. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52: 157-68.
35. McWilliams LA, Asmundson GJG. The relationship of adult attachment dimensions to pain related fear, hypervigilance and catastrophizing. *Pain* 2006; 127: 27-34.
36. Strong J, Meredith PJ, Feeney JA. Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag* 2005; 10: 191-200.
37. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summer H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003; 104: 627-37.
38. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally induced pain. *Pain* 2006; 120: 44-52.
39. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
40. Robinson ME, Riley JL, Myers CD ve ark. The coping strategies questionnaire: a large sample, item level factor analysis. *Clin J Pain* 1997; 13: 43-9.
41. Riley JL, Robinson ME, Geisser ME. Empirical subgroups of the coping strategies questionnaire-revised: a multisample study. *Clin J Pain* 1999; 5: 111-6.
42. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524-32.
43. Litman JA. The COPE inventory: dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Pers Indiv Differ* 2006; 41: 273-84.
44. Weickgenant AL, Slater MA, Patterson TL, Atkinson JH, Grant I, Garfin SR. Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression. *Pain* 1993; 53: 95-103.
45. Ersek M, Turner JA, Kemp CA. Use of the chronic pain coping inventory to assess older adults' pain coping strategies. *J Pain* 2006; 17: 833-42.
46. Snow-Turek AL, Norris MP, Tan G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1996; 64: 455-62.
47. Burker EJ, Evon DM, Losielle MM, Finkel JB, Mill MR. Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *J Psychosom Res* 2005; 59: 215-22.

48. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-83.
49. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-6
50. Amirkhan JA. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *J Pers Soc Psychol* 1990; 59: 1066-74.
51. Aysan F. Başa çıkma stratejisi ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerlik-güvenilirliği, 1. Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı, Adana, Çukurova Üniversitesi Basımevi, 1994; 1158-68.
52. Ebert D, Martus P. Somatization as a core symptom of melancholic type depression; evidence from a cross-cultural study. *J Affect Disord* 1994; 32: 253-6.
53. Levecque K, Lodewyckx Ina, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord* 2006; 97: 229-39.
54. Spijker J, van der Wurff FB, Poort EC, Smits CH, Verhoeff AP, Beekman AT. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 538-44.
55. Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel ES. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1994; 29: 31-9.
56. Rief W, Martin A, Rauh E, Zech T, Bender A. Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 2006; 47: 304-11.

Geliş tarihi: 13.11.2007

Kabul tarihi: 20.12.2007

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Didem Salt Peker

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

9100 Aydın

Tel: (0256) 444 12 56/ 122

e-posta: didemsalt@yahoo.com.tr