

İç Hastalıkları

Fonksiyonel Somatik Semptomlar ve Hipokondriazis

Durmuş ŞENDAG*

İnsanların vücut organlarına aşırı dikkatlerini toplayarak onlarda çeşitli hastalıkların belirtilerini bulmaları ve kendilerinin hasta olduklarına inanmaları sonucunda "somatizasyon" da dediğimiz fonksiyonel somatik semptomlar ve daha ağır bir şekli olan hipokondriazis ortaya çıkmaktadır. İnsanların çoğunda hayatının herhangi bir döneminde fonksiyonel somatik semptomlar görülür (9), (14). Fonksiyonel somatik semptomları önemli bir hastalığın belirtisi sanan veya hipokondriak kişide gelişmiş olan hastalık hastalığı, birçok insanın tüm ailesi ile birlikte mutluluğunu gölgelemekte, kişiyi devamlı sıkıntı içerisinde tutarak bir kısır döngüye sebep olmaktadır.

Somatizasyon bir hastalık değil, birçok patolojik davranış şekillerini örtbas etmek için kişi tarafından geliştirilen bir savunma mekanizmasının semptomlarının topluluğudur. Fonksiyonel somatik semptomlar ile hipokondriazis birbirinden farklı fenomenlerdir. Fonksiyonel somatik semptomlar ile hipokondriazis genellikle semptomlar birbirine girdikleri için birlikte ele alınmaktadırlar. Somatizasyonda kendi organlarının bir veya birkaçının hasta olduğu düşüncesi hakim iken, hipokondriaklarda ise hasta olduğuna yanlış bir inanış ve "hastalık korkusu" vardır (20).

Somatizasyon, 15-30 yaşları arasında ve bayanlarda daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bayanlarda daha sık görülmesinin sebebi toplumlarda bireyin yetişim şekilleri ve erkeklerin daha dışa dönük olup ruhsal bozukluk meydana getirmeden anksiyetelerini dışa vurabilmelerine bağlanmaktadır (1,5). Süregelen stres halleri, içsel çatışmaların yoğunlaşmasına ve genellikle zayıf olan veya önceden bir rahatsızlık geçirmiş olan organa yöneltilmesi sonucu psikosomatik hastalıklar ortaya çıkmaktadır (3,4,6,19,20). Psikosomatik hastalıkların temelinde ruhsal bir defekt veya bilinç altına atılmış bir duygu olmakla birlikte ortaya çıkan organik belirtiyi muayene ile tesbit etmek veya laboratuvar bulgusu olarak

ortaya koymak her zaman mümkündür. Bu tablo, mide ülseri, astım atağı veya spastik kolon sendromu olarak karşımıza çıkabilmektedir (8).

Fonksiyonel somatik semptomların bir hipokondriazisin toplumda sık görülmesi, tüm organları sağlam olan bir insanı ve bunun çevresini huzursuz etmesi, kişinin iş gücünün kaybolmasına sebep olması, bu hastalara nasıl yardım olunacağı ve hastanın ne zaman bir psikiyatriste gönderilmesi gerektiğinin belirlenmesi gibi sebepler bu yazının ele alınmasını değerli kılmıştır.

SOMATİZASYONDA ETİOPATOGENEZ

Fonksiyonel somatik semptomlar (somatizasyon), vücut organlarına yönelme sonucunda ortaya çıkan bir tür "vücudumuza patolojik sahip çıkma"dır. Ortalama olarak, fiziksel yönden sağlam insanların %60 kadarının hayatlarının herhangi bir döneminde somatizasyona başvurdukları ve bunların %45 kadarının nevroitik yapıda, diğerlerinin tamamen normal oldukları görülmüştür (9,20). Güncel veya bilinçaltı duygularımız nörovajetatif sistemi harekete geçirmekte, korkularımız titremeye, heyecanımız ağız kuruluğuna, beğenmezliğimiz bulantı ve kusmaya, anksiyetimiz çarpıntıya dönüşmektedir. Ruhsal durumları nasıl olup da vücudaki organlara yansıdığı ve hastalık anında bu organlarda bazen fizyolojik olarak ölçülebilen sonuçlar doğurduğunu açıklığa kavuşturmak için değişik teoriler ileriye sürülmüştür. Bu hastalarda otonom sinir sisteminin aşırı veya bozuk aktivitesinin varlığı da tesbit edilmiştir (21, 22). Bu sonuçtan hareket edenler fonksiyonel somatik semptomların duyguların yerini almadığını, ancak duygusal bozukluklarda olaya eşlik ettiğini bildirmişlerdir (20).

Hipokondriazisin ve somatizasyonun ancak insanın uygun bir ruhsal yapıda olduğu zaman ortaya çıkabileceği bildirilmekte, depresyon, anksiyete, kişilik

* Kartal Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği Şef Muavini İSTANBUL

bozuklukları ve şizofreninin başlangıç döneminde de görülebileceği vurgulanmaktadır (1,4,15).

Deneyisel çalışmalarda hipokondriak bireylerin ağır eşiklerinin düşük olduğu, vücut fonksiyonlarının dengesinin çabuk bozulabilir bir özellik gösterdiği de ileri sürülmektedir (9,14). Bu kişiler ani kas kontraksiyonları, ani davranış değişiklikleri ve heyecanlılık halleri göstermekte, günlük hayatlarında da çabuk öfkelenir ve çabuk kırılır bir özellik göstermektedirler. Olaylara karşı fizyolojik tepki gösterme, olayları algılama yönünden de farklılıklar gösterirler. Eğer olay kendiliğinden geriler veya hekim araya girip hastayı ikna edebilirse somatizasyon sona erer. Ancak kişi organlarına dikkatini toplar, semptomları devamlı değiştirerek hastalığı desteklerse olaya artık anksiyete de karışmıştır ve hastalık artık hipokondriazise yönelmiştir (9,20,26).

Hipokondriak hastalar, kendilerine kendi bilinç altlarına göre bir hayat çevrelemişlerdir ve ailedeki herkesin herşeyi bu çerçevede içerisinde görmelerini isterler. Hastalıklarına dört elle sarılmışlardır ve hekimin yaptığı tüm tetkikleri, tüm uyarıları hiç sayıp pek bu durumdan kurtulmak da istemezler. Hekimlerin kendilerinde teşhis edemedikleri bir hastalığın veya hiç geçmeyecek öldürücü bir hastalığın varlığına inanmışlardır. Bu hastalar devamlı bir hastalık korkusu içerisinde yaşarlar ve hem kendisine hem de ailesine bir tür ıstırap vererek bundan da zevk duyarlar. Çünkü ıstırap, bir tür onların yaşadıklarının belirtisidir ve açığı çekmekle ilerdeki daha büyük bir acı veya cezadan kendisini koruduğuna inanır. Dünyaları, sevgi kısırlığı ve insani ilişkilerin az olduğu egosantrik bir dünyadır. Özellikle hipokondriazisin temelinde artan libido bencilliği, ego ve süpereogonun baskısı sonucunda kendi organlarına yönelen, bir tür organ dili getiren bir özellik kazanarak kendisini cezalandıran bir özellik kazanır. Hipokondriak kişilik genellikle narsistik bir komponenti de beraberinde taşır. Kültürel durum, sosyoekonomik durum ve bireyin aile ortamı da fonksiyonel somatik şikayetler ve hipokondriaziste predispozan faktör olarak rol oynar (2,4,9,16). Somatizasyonu getiren hasta, aynı zamanda kendi toplumsal kesiminin de sözcüsüdür. Hastalar genel olarak kendi bilinç düzeylerine uygun semptomatolojiler getirirler Diğer bir deyimle de hastanın somatizasyonu sunuş şeklini onun sosyoekonomik ve kültür düzeyi belirler. Kültür düzeyi düşük bir hasta, karşımıza bayılma, konuşmama, uyuşmalar, tutarsız ve değişen ağrılar gibi ilkel ve poligonal bir somatizasyon ile çıkarken bir mühendis ise göğsünün sol tarafında ağrı ve sıkışmadan şikayet edebilir.

Toplumsal değişme, bireyde kendi id ve egosu arasında uyumsuzluk ortaya çıkmasına sebep olmakta, bu uyumsuzlukların doğurduğu gerilim de psikosomatik bozuklukların ortaya çıkmasına kaynak oluşturmaktadır. Ancak, somatizasyonda bozuk anne-

çocuk ilişkilerinin, annenin kişilik ve davranış bozukluklarının da sebep olduğu bildirilmektedir (1,3,6). Fonksiyonel somatik şikayetleri getiren hastaların genellikle ailelerinde organik veya kendileri gibi organik olmayan bir hastalıkları vardır. Bu hastalar çoğu defa da duydukları veya gazetede okudukları bir hastalığın kendilerinde varolduğuna ve hekimlerin bir türlü bunu teşhis edemediklerine inanmışlardır. Bu düşünceler sonucunda kendilerini organlarına yönelerek adeta onların işleyişlerini duyar bir duruma gelirler. Böylece bu hastalar kendilerini sıkı bir gözleme alırlar (20,23,27). Hastalarda depresyon ve anksiyete genellikle birlikte, anksiyete arttıkça semptomlar artar, semptomlar arttıkça da anksiyöz olurlar ve kısır bir döngüye girerler. Bir süre sonra artık anksiyete, depresyon ve hipokondriak düşünceler ve konversiyon birbirine girer. Bu nedenle de bir yıldan uzun sürmüş vakalar hastalıklarına fikse olmaya başlamışlardır ve bunların tedavileri de güçleşmiştir.

Psikiatrik bozukluklarda nöroendokrin mekanizmalar üzerinde de durulmuş, belirli nöroendokrin hormonların belirli semptomatolojiye sebep olabileceği üzerinden hareketle "disosiyasyon endokrin cevaplar" terimi ortaya atılmıştır. Disosiyasyon endokrin cevap; strese kortizol, fobilerde büyüme hormonunun arttığına deneyisel olarak gösterilmesi ile de taraftar kazanmaya başlamıştır. Depresyonlarda büyüme hormonunun düşüklüğü, tiroid stimulan hormon düzeyinin düşüklüğü ve luteinize hormonda düşmenin deneyisel olarak da gösterilmesi üzerine depresyon ile limbik hipotalamik bozuklukların etiolojide rol oynayabileceği üzerine dikkat çekilmiştir (18).

Somatizasyonda Semptomatoloji

Somatizasyon, birçok semptomlar grubunu içeren geniş bir sendromlar topluluğunun tüm elemanlarını gösterebilir. Üstelik de belirtiler, her zaman karşılaşılan elemanlar yerine değişik, dağınık ve aynı kişide aynı anda bile sıklıkla değişebilen bir özellik gösterir. Psikik traumanın kaba konversif belirtisinden ruhsal komponenti hakim ağır tablolara kadar değişebilen bir semptomatoloji ile karşı karşıya kalınabilir. Semptomlar, çeşitli organ sistemlerini aynı anda tutmuşlardır. Bu organ sistemleri ve başlıca semptomlar şunlardır (1,2,9,12,26).

1. Sindirim sistemi ile ilgili semptomlar:

- Mide ağrısı, bulantı, kusma,
- Aşırı gaz, geğirmeler, şişkinlik,
- İshal veya kabızlık...

2. Kardiyovasküler sistem ile ilgili olanlar:

- Göğüste sıkışma, yanma veya ağrı,
- Çarpıntı, boşluk duygusu, nefes darlığı,
- Boğazına yumruk gibi düğümlenme, boğuluyor gibi olma...

3. Sinir sistemi ile ilgili olanlar:

- Baş ağrıları ve baş dönmeleri,
- El ve ayaklarda uyuşmalar, karıncalanmalar,
- Sinirlilik, unutkanlık,
- Bayılmalar, felçler, kasılmalar, genleşme ve **yürüme** bozuklukları,

4. Endokrin sistem ile ilgili olanlar:

- Terleme, ateş basmaları ve hipertroidi benzeri tablolar,
- Tansiyonun yükselmesi,
- Diyabetin belirginleşmesi ve çok su içme veya sık idrar ihtiyacı.

Çok dağınık ve poligonal olan semptomların bir zihinsel ıstıraba bağlı olduğu ve bir tür yardım çağrısı olarak kabul edilmelidir. Ancak olaya yalnız somatik olduğu düşüncesi ile **bakıp** birçok tetkik istemek, hastanın semptomlara sarılmasına ve hastalığının artık hiç geçmeyecek kötü bir hastalık olduğu düşüncesine kapılmasına sebep olabilecektir.

Hastalar yukarıda sıraladığımız şikayetleri genellikle çok karışık bir şekilde bize sunarlar. Çoğu defa da unutmamak veya karıştırmamak için bir kağıda sıralar, bir liste halinde sunarlar. Önceleri çok değişik sebeplerle hekime gitmiş olan hastam İ.İ., 37 yaşında, işinde başarılı bir bacağına poliomyelit sekeli olan bir kimsedir ve şikayetlerini bir liste halinde şöyle sıralıyor:

".. heyecan, çarpıntı, ishal, şişkinlik, terleme, halsizlik, midede üşüme, iştahsızlık ve esneme gibi şikayetler ve hemen yanındaki sütunada kullandığı ilaçları sıralıyor."

Genellikle bu hastalar, çok hekim dolaşmış olmalarına rağmen hemen her hekimden çıkarken yine de söyleyecek **çok** şeyleri olduğunu ve önemli olduğunu varsaydıkları yukardakine benzer şikayetlerinin çoğunu iletmediklerinin anksiyetesini kendi varolan anksiyetelerinin üzerine eklerler.

N.K.Menteş, gastroenteroloji kliniğine **Daşvuran** hastaların yaklaşık yarısında sindirim sistemi ile ilgili psikosomatik şikayetlerin bulunduğunu bildirmiştir (7). Sindirim sistemi kişinin psikolojik yapısından ve çevre şartlarından en çok etkilenen sistemdir. Bu nedenle de yukarıda sıraladığımız gibi, çoğu şikayetler sindirim sistemi üzerine yoğunlaşmıştır (6,13).

YAKLAŞIM VE TEDAVİ

Öncelikle, somatizasyonla gelen hasta, her hasta gibi tam bir fizik muayeneden geçirilmeli ve aşırıya kaçmadan yeterli sayıda tetkik ihtiyacı duyuluyor ise bu karşılanmalıdır. Fonksiyonel somatik şikayetlerin düşünüldüğü durumlarda ise rahatsızlığın ruhsal bir bozukluğa bağlı olduğunu ilk elde söylemek, hasta ile arada uçurum açmaktır. Ancak ilk görüşmelerde

"duygusal düğüm noktaları" denilen konuşma boşluklarında hasta izlenecek ve hekim nasıl davranacağını buaralarda planlayacaktır. Hasta konuşurken mümkün olduğu kadar onun sözü kesilmemeli, çağrışımların neler getireceği beklenmelidir (3,16).

Hastaya çoğu defa yeterli bir fizik muayene ve aşırıya kaçmayan laboratuvar tetkikleri sonucunda yapılacak bir açıklama ile tedavi başarılı olacaktır. Çok çeşitli tedavilerin denendiği ve yeterli güvenin sağlanamadığı bazı durumlarda da hastaya tedavi olarak ilaç yerine "söz" vermek durumundayız. "Söz" de bir tedavidir. Ancak bunu yaparken ilaç yazar gibi dikkatli olmalı, endikasyonları, yan etkileri ve kontraendikasyonları gözönüne alınmalıdır. Her zaman da konuşmak değil, susmanın da sözden daha anlamlı olabileceği zamanları iyi ayarlamalıdır. Konuşma, soru niteliğinde değil karşımızdakini konuşturur nitelikte olmalıdır.

Somatizasyonu getiren **Direylerin** ailesine de yaklaşım yapılmalı, hekim hastaya kendisini ve ailesini keşfetmenin yollarını sağlamalıdır. Hastanın ailesine yeterli açıklayıcı bilgi verilmeli, ancak hasta, ailesine asla yerilmemelidir.

Somatizasyonun tedavisi çok yönlü olarak yürütülmelidir (9,20). Başlıca tedavi prensipleri:

1. Somatik yaklaşımlar olarak,
 - A. Diyet ve ilaçlar
 - B. Operasyon,
 - C. Radyoterapi,
 - D. Fizik tedavi ve ortopedik tedbirler.
2. Psikolojik yaklaşımlar olarak,
 - A. Psikoterapi,
 - B. Psikofarmakoterapi,
 - C. Gurup ve meşguliyet tedavileri,
 - D. Sosyal aktivasyonun artırılması,
 - E. Fizyoterapi,
 - F. Dinsel desteğin güçlendirilmesi.

Psikosomatik bozukluklar, organik bozukluk şeklinde kendi kendisine bir "organ dili" geliştirmiştir. Ama yinede hastanın mide yanması, gaz, şişkinlik, bulantı gibi şikayetlerine gaz giderici ilaçlar, diyet tedavisi, alışkanlıklarında bazı değişiklikler getirme isteği ile karşılanmaya çalışılacaktır. Eğer, hastalann da kendi deyimleri ile ifade ettikleri gibi "asabi hipertansiyon" sözkonusu ise çeşitli antihipertansifler ile tedavi verilecektir. Somatizasyonun temelinde panik, psikozlar veya melankolik bozukluklar gibi bir psikiatrik hastalık var ise öncelikle bunun tedavisini yapmak gerekir. Zaten şikayetler de polimorfdur ve bu yüzden tek bir tedavi şekli düşünülemez.

Somatizasyon, zamanla invaze olduğu organın fonksiyonunun bozabilecektir (17). Eğer vücuttaki bir organik lezyon somatizasyonu destekler veya

başka organı da konuşurmaya başlarsa, organdaki bozukluk için ortopedik destek veya fizyoterapiye ihtiyaç olabilecektir.

Uyku bozukluğu için hipnotikler, anksiyete için anksiyolitikler, sedatif veya trankilizanlara ihtiyaç olacaktır (10,11,16).

Fonksiyonel somatik semptomlu hastaların çevrenden uzaklaştırılmalarının yarar sağlayacağı, kalabalıktan izolasyonunun ve hasta ziyaretlerinin engellenmesinin gerekeceği durumlar olacaktır. Ancak bu hastaları işlerinden alıkoymak onlarda işe yaramazlık ve yetersizlik duygularını perçinleyip anksiyeteyi daha da artırabileceği için bundan kaçınılmalıdır.

Psikoterapi, daha çok anksiyete, konversiyon reaksiyonları ve ağır psikosomatik bozukluklarda gerekecektir (24). Semptomların genelde bir yıldan az sürmüş ve korkunun veya anksiyetenin kronikleşmediği vakalar tedavi yönünden daha yüz güldürücü olmaktadır. Uzun süren durumlarda iatrojenik fiksasyonlar ve sekonder fonksiyonel semptomların da olaya karışması ile psikoterapiye cevap azalmaktadır. Bu durumlarda genellikle stres faktörü de var olmaya devam ediyor ise semptomlar hastanın elinden alındıkça yerine yenileri konulacak ve bu da tedaviyi başarısız kılan en önemli sebeplerden biri olacaktır (3,9).

Hastanın psikiyatrist karşısındaki ilk yaklaşımının rahat olmasını sağlamak, anksiyetesinin artmasını engellemek için ilk hekimi gerekli yaklaşımı yapacaktır, ülkemizde de genellikle bu tür hastaların önce sağlık ocakları ve genel muayene polikliniklerine başvurdukları düşünülürse yapılacak ilk yardımın şekli ve zaman psikiyatriste gönderileceği çok önem taşır (27). Ama belirsiz psikolojik semptomlar karşısında kalınıyor, olağandışı teşhis ve tedavi durumları ile karşı karşıya kalınıyor ise hastaya semptomlarında fiksasyon sağlamadan psikiyatriste gönderilmelidir. Bu nedenle de her hekim önce bu konuda kendisini de yetiştirmeli, daha açık bir deyimle hastayı tedavi ederken önce kendisini tedavi etmiş olmalıdır. Bir oranda her hekim biraz da psikiyatrist olmalıdır (5,15).

Psikoterapi uygulanan hastalar uzun bir süre takibe alınmalı, semptomlar kaybolduktan sonrada 4-6 hafta, haftalık psikoterapi seansları sürdürülmelidir. Olaya fobi ve diğer kişilik bozuklukları da eklenmiş ise uzun süren bir desensitizasyon tedavisi de eklenmelidir (9,20).

Trankilizan ilaçlar anksiyetede başlıca endikasyon alanını oluştururken, kas gevşetici olmaları nedeniyle de çizgili kas spazmları ile birlikte giden psikosomatik durumlarda, uyku bozukluklarında da kullanılırlar. Bu gurubun en üst basamağında mazedapam, en alt basamağında fenprobamat sık kullanılan ilaçlardır (10,14,16). Ancak, semptomların ortadan kalkmadığı vakalarda ilaç tedavisini ısrarla sürdürmek yanlıştır. Hastalar tedavi sırasında önemsenmeli, gerçekten rahatsız olduklarına inanıldığı ve bunu tedavi etmek için uğraşıldığı düşüncesi hastaya hissettirilmelidir. Bu durum, hastanın hekime olan inancını kuvvetlendirecek ve verilecek tedavinin etkili olmasını sağlayacaktır (25).

SONUÇ

Fonksiyonel somatik semptomlarda prognoz genellikle iyidir. Olaya dikkatle eğilen bir hekim hastayı anksiyeteye sokmadan müdahale etmiş ise kısa sürede semptomlar kaybolacaktır. Ancak somatizasyon anksiyete ile kombine olmuş, bir çok hekim dolaşmış ve hekime inancı sarsılmış hastalarda başarı zordur. Özellikle hipokondriaklarda prognoz genellikle karanlıktır.

Söylenecek en son söz, bu hastaların ciddiye alınarak en kısa sürede tedavi edilmeleri gerektiğidir. Başarısız kalınan vakalarda ısrar edip onun kronikleşmesine sebep olunmadan psikiyatriste gönderilmeleri ve bu sınırın iyice aşılmadan yaklaşımın sağlanması şarttır. Tüm organları sağlam olan bir insanın üretimden geri kalması, kendisinin ve ailesinin mutsuz olması engellenmeli, bu kişiler de hasta kabul edilerek topluma kazandırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adasal R: Nevrastenik reaksiyonlar. Ruh hastalıkları, A.Ü.Tıp Fak. yayını, 1973, (243-63).
2. Tekin D: Hipokondriazisin etiopatolojik yönü. Anadolu Tıp Dergisi, 3:163, 1981.
3. Piazza B: Genel tababette psikosomatik bozukluklar. Yeni Gün Matbaası, İstanbul, 1976.
4. Koksall C: Psikosomatik hastalıklar; Adasal R, Ruh hastalıkları kitabı, A.Ü.Tıp Fak. Yayını, 1973 (317-26).
5. Arsan C, Erdoğan B, Oğuz A: Somatizasyon ve tıptaki önemi. Dirim, 9-10: 308, 1986.
6. Şimşek I: Psikosomatik sindirim sistemi hastalıkları. Dirim, 7:176, 1986.
7. Menteş NK: Klinik gastroenteroloji. Ege Ü.Tıp Fak. Yayınları, İzmir, 1972, (223-24).
8. Fordran J: The psychosomatic theory of peptic ulcer, in Sleisenger, MH, Fordran J: Gastrointestinal disease. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1973, (163-73).

9. Kellner R: Hypochondriasis and somatization. JAMA, 285:2718, 1987.
10. Pinder R: Modern problems of pharmacopsychiatry. Med. Probl. Pharm. 18:70, 1982.
11. Baume P, Cuthbert J: Fonksiyonel gastroentestinal semptomların ortadan kaldırılmasında medazepamın etkisi (çeviri Onat A.) Aust. and New Zealand J of Med. 5:457, 1973.
12. Eliot RS: Stres ile hipertansiyon arasındaki ilişki. Breo D. ile Eliot RS arasındaki söyleşi: Geigy-Literatüre serisi 2.
13. Tan MH, Selçuk B, Cumhuri T, Ölçer T: Rektosigmoid bölgedeki spazmların radyolojik ve endokrinolojik değerlendirilmesi. Mavi Bülten, 15 (2): 127, 1985.
14. Branşına M: Psikofizyolojik reaksiyonların tedavisinde medazepam ile ön deney, (çeviri Onat A). Psychosomatics, 11 (3): 197, 1970.
15. Kielholz P: Hekim ve depresif hastaları. Uluslararası depresyon önlenmesi ve tedavisi komitesi yayını, Basle, (çeviri Göktepe E.O.) Ciba Yayınları, 1975.
16. Pöldinger W: Depresyonda ilk yardım. Ciba Yayınları, İstanbul, 1975.
17. Dinçmen K: Existansialist psikiyatrinin esasları. Roche Yayınları, İstanbul, 1975.
18. Sofuoğlu S: Psikiatrik bozukluklarda Nöro-endokrinolojik değişiklikler. Türkiye Klinikleri, 5:27, 1985.
19. Jurenc GS: Aemosyonel faktörs in astma. J. of Astin. 21:1, 1985.
20. Kellner R: Fonctional somatic symptoms and hypochondriasis. Arch. Gen. Psychiatry. 42: 821-843, 1985.
21. Sullivan MA, Cohen S, Snape WSJ: Colonoic myoelectrical activity in irritabl-bowel syndrome. N Engl J Med, 298:878-883, 1978.
22. Clouse RE, Lustman PS: Psychiatric illnes and contraction abnormalities of the eosophagus. N Engl J Med, 309:1337-1342, 1983.
23. Mehcanic D: Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. N Eng J Med, 286: 1132-1139, 1972.
24. Suedlund J, Ottosson J, Sjödin I, at al: Controlled study of psychothetapy in irritabl bowel syndrome. Lancet, 1:589-592, 1983.
25. KesselN: Reassurance. Lancet, 1:1128-1133, 1979.
26. Weitraub MI: Hypochondriasis and somatization. JAMA; 259:1809-1810, 1988.
27. Hayran O: Ruh hastalıklarının birinci basamakta saptamaya ilişkin yöntem. TKL. Tıp Araş. Der. C.5,S.6, 1987, 547-549.