

Psikosomatik Tıp Anlayışı ve Bunun Uygulanmasında Yeni Eğilimler

Seher SOFUOGLU *

I PSIKOSOMATİK HASTALIK KAVRAMININ ORTAYA ÇIKIŞI

İnsanoğlunun rahatsızlıklarında vücut fonksiyonları ile emosyonların içice olduğu çok eski devirlerden beri bilinmekle beraber, "Psikosomatik" terimi ilk defa 1818'de Heinroth isimli bir Alman hekimi tarafından kullanılmıştır. 1922'de Jacobi'nin kullanmasından sonra bu terim çok yaygınlaşmıştır (1). Şimdi bu kavramın gelişmesine katkısı olan şahısların teorilerini kısaca gözden geçirelim (13):

FREUD (1885) : Esas itibarıyla çevirme (conversion) ve gerileme (regression) kavramlarına dayanan psikoanalitik düşünceyi ortaya koymuştur. Bu görüşü benimseyenler psikosomatik denilen hastalıkların organik belirtilerini, şuur dışı savunma mekanizmalarının ve bastırılmış psişik çatışma (conflict)ların sembolik ifadesi olarak yorumlamışlardır,

PAVLOV (1899) : Aç iken yiyecek kokusu alınmasının tükürük sekresyonunda artmaya sebep oluşunu, erotik uyarıların seksüel organlarda fizyolojik prosesle yakından ilişkili olduğunu ileri sürmüştür.

ADLER (1912) : Her şahısta yetersizlik hissine sebep olacak bir kusurun bulunduğu, şahsın bu yetersizliğini ortadan kaldırmak için başarılı bir telâfi yapamadığı durumlarda hastalığa sığınıp psikosomatik hastalık geliştireceği iddiasını ortaya atmıştır

DEJITCH (1922) : Psikosomatik diye isimlendirilen hastalıkları tek tek ele almış ve kalp nörozu, mide nörozu, vejetatif nörozlar gibi isimler vermiştir.

CANNON (1932) : Tehlikeli durumlar diye isimlendirdiği emosyonei olay ve durumlarda, homeostasisin korunması için şahsın "kaçma" veya "savaşma" tercihlerinden birini yaptığını, bu esnada emosyonların otonomik değişiklikler husule getirdiğini ileri sürmüş, "emosyonei stres" kavramını geliştirmiştir.

DUNBAR (1943) : Şahsiyet profilleri kavramını geliştirmiştir.

SELYE (1946) : Stres patogenezi ile meşgul olmuş ve atimulusa "atresör", organizmanın buna cevabına da "Genel adaptasyon sendromu" adını vermiştir. Şeyne bu sendromun üç safhası olduğunu bildirmiştir : 1) Alarm, 2) Savunma (uyum çabalan), 3) Bitkinlik (psikosomatik hastalık) safhaları.

ALEXANDER (1950) : "Psişik stresin tabiatı ile hastalığa tutulan organ arasında spesifik bir ilişki var mıdır?" sorusunu cevaplandırmaya çalışmış ve "Conflict specificity" teorisini ortaya atmıştır. Bu teoriye göre, spesifik psişik çatışmalar spesifik somatik hastalıklara yol açmaktadır. Meselâ, anal - sadistik karakter ve pasif bağımlılık eğilimi, duodenal ülser, kolit, astma ile; yetersiz seksüalite rekâbet ve agresyon eğilimi, hipertansiyon, migren, diabet, artrit, hipertiroidi ile sebep - sonuç ilişkisi taşımaktadır. Yine, çocukken anne ile ilişkisinde travmatize olmuş bir şahsın fiziki teması okşama değil, cezalandırma olarak algılayacağı, neticede heteroseksüel temasdan korku veya ürtiker, ekzama gibi somatik hastalıklar geliştireceği idda edilmektedir.

HINKLE - WOLF - RUESCH (1957) : Çatışmaların hudutlarını genişletmişler, iç çatışmalardan başka çevre faktörlerinin, kişilerarası çatışmaların, yani psikososyal atresörlerin psikosomatik hastalıklara yol açacağını ileri sürmüşlerdir.

ENGEL (1962) : Psikosomatik hastalıklar yanında "somatopsişik" hastalıkların, yani psişik bozukluklara sebep olan somatik hastalıkların mevcut olduğunu ileri sürmüştür.

Böylece, emosyonların ve fiziki faktörlerin beraberce şahsı etkileyebileceği tarzındaki mâkul düşünce zamanla, emosyonei faktörlerin bir takım spesifik somatik bozukluklara sebep olduğu şeklinde yanlış bir hükme dönüşmüştür (1). Bu hükme dayanarak, otonomik sinir sisteminin kontrolü altında bulu-

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim Üyesi

nan bir organ sisteminde meydana gelen ve «nosyonların sebep olduğu farzedilen fiziki hastalıklara "psikosomatik" veya "psikofizyolojik" hastalık adı verilir olmuş, bunların uzun listeleri yapılmıştır,

II - DSM - III* (1980) VE BUGÜNKÜ ANLAYIŞ

Ancak son onbeş yıl içinde bu hastalıklarda psikolojik faktörlerin gösterilip ispat edilememesi, psikolojik sebeplerle ortaya çıktıkları iddia edildiği halde sadece psikolojik yöntemlerle tedavi edilemediklerinin anlaşılması üzerine, bu görüş bugün değişmiş bulunmaktadır (1). Psikiyatri literatüründe eskiden "psikosomatik psikofizyolojik" terimleri ile ifade edilmiş rahatsızlıklar psikiyatrik hastaların son tasnifi olan DSM - III'de "fiziki durumları etkileyen psikolojik faktörler" başlığı altında toplanmış bulunmaktadır (4). Bu terim bazı rahatsızlıkların husulünde psikolojik faktörlerin katkısı olabileceğini inkâr etmemekte, fakat hastalık patogenezi psikogenetik ekolün ürettiği kavramlarla da izah etmeye kalkışmamaktadır. Psikolojik faktörlerin fiziki durumları etkilediği hükmüne varabilmek için delil gereklidir. Çevreden gelen uyarı ve bu uyarıya atfedilen manâ ile fiziki durumun ortaya çıkması arasında zaman bakımından uygunluk ilişkisi, (temporal relationship), gerekli görülen delildir (1).

DSM - III'de fiziki durumları etkileyen psikolojik faktörler başlığı altında somatoform bozukluklar dışında kalan, şişmanlık, duodenal ülser, gerilim baş ağrısı, dismenore, migren, nörodermatit gibi bozukluklar toplanmaktadır (Tablo - 1).

Yine DSM - III'de organik mental bozuklukların ortaya çıkması için fiziki sebeplerin, uyum bozukluklarının ortaya çıkması için de psikososyal stresörlerin bulunması gerektiği kabul edilmiş, fakat bu iki durum haricinde diğer psikiyatrik bozuklukların, sebeplerinin ve oluşum mekanizmalarının bilinmediği defalarca vurgulanmıştır. Etyoloji ve patogenezi bilinmeyen bütün bozukluklar ortak klinik özelliklerine göre gruplandırılmış, yani ateoretik, tanımlayıcı (descriptive) tutumla ele alınmıştır (1, 4).

Freud (1856 - 1939)'dan sonra 30 yıl kadar analitik ekolün hegemonyasına giren psikiyatri bugün, psikiyatriye "deskriptif" görüşü getiren Kraepelinizm (Kraepelin 1855 - 1926) keskin bir dönüş yapmış bulunmaktadır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında "objektif deskriptif psikiyatri" psikiyatrik hastalıkların biyolojik sebeplerini ve tedavilerini araştırmada teşhise hâkim durumdadır (6, 7). İşte DSM-III bu görüşle geliştirilmiş standardize teşhis sistemidir ve idiosinkratik diagnostik uygulamayı ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır.

* DSM - III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third edition). American Psychiatric Association. Washington DC, 1980.

DSM - III ilk defa çok eksenli bir değerlendirme-yi getiren bir sistemdir. Sistemin beş ekseninden dördüncüsünde, mevcut olan bozukluğun gelişmesinde veya alevlenmesinde katkısı olan sosyal, psikolojik veya fiziki yüklenmenin (stressor un) şiddeti belirtilmektedir. Bunun değerlendirmesi şahsın yaralanabilirliğine göre değil, stresörün şiddet derecesine göre yapılır. Stresörlerin şiddet derecesi en az, hafif, orta, aşırı, felâket derecesinde olabilir (4) (Tablo - 2).

Psikososyal stresör, posttravmatik stres bozukluğunda olduğu gibi bir sene evveline kadar dayanan bir olay, ya da emeklilik beklentisinde olduğu gibi gelecekte cereyan edecek bir olay olabilir.

III - PSİKOSOMATİK TIP KAVRAMI

Önce psikosomatik tıbbın ne olmadığını açıklayalım. Psikosomatik tıp, "psikosomatik hastalık" diye isimlendirilmiş olan hastalıklarla uğraşan veya somatik hastalıkların psikogenezi ile ilgili tıp alanı demek değildir (11). Evvelce de belirttiğimiz gibi psikosomatik hastalık terimi daima müphem ve yanlış sevkedici olmuştur. 1940larda tıp literatürüne hâkim olan ve spesifik psikolojik faktörlerin, spesifik somatik hastalıkların gelişmesine sebep olduğu zannına dayandırılan bu kavram, bugün yerini bir başka kavrama bırakmış bulunmaktadır, bu da bütün fiziki ve mental hastalıkların çok - sebeplilik (multicausality) doktrindir. İşte bu yeni doktrine dayanan ve interdisipliner bir ilim olarak gelişen tıp alanına "psikosomatik tıp" adı verilmektedir.

Psikosomatik tıp teoride ve araştırmada, sağlıklı durumda iken olduğu gibi fiziki hastalıkların farklı devrelerinde de, biyolojik ve psikososyal değişkenlerin birarada rol oynadıkları anlayışında odaklaşmıştır. Psikosomatik tıp terimi şu üç yerde kullanılmaktadır:

1) Sağlık ve hastalığı belirleyen biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenler arasındaki etkileşimlerle ilgili ilmi disiplinin adı olarak,

2) Fiziki hastalığın veya sakatlığın önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonuna kapsamlı yaklaşımın adı olarak,

3) Tıp ile davranış bilimleri arasındaki hudutta bulunan ve son onbeş senede geliştirilen "konsültasyon - irtibat psikiyatrisi" ve "davranış tıbbı" diye isimlendirilen klinik faaliyet alanlarının genel adı olarak.

IV - PSİKOSOMATİK TIP ARAŞTIRMALARINDA YENİ EĞİLİMLER

a) Psikofizyolojik araştırmalar

Bunlar hem eksperimental hem de klinik metod-

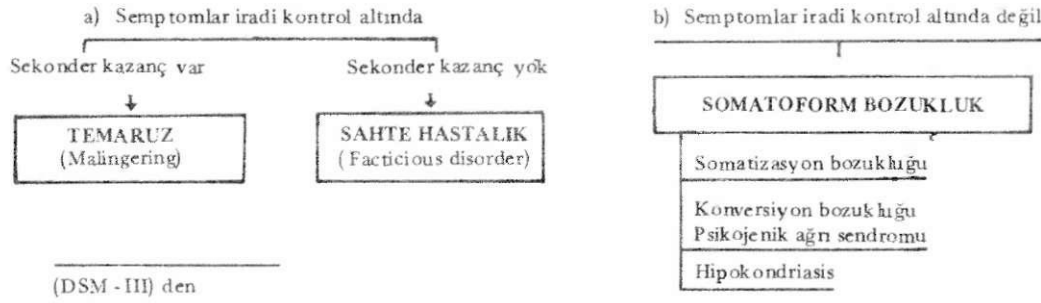
Tablo – 1

Fiziki şikâyetler ve şahsın fiziki bir hastalığı olduğu hakkında mantıklı olmayan anksiyetesi klinik tabloya hâkim ise:

A) Fiziki bozukluk mevcut ise ve bu durumun başlaması veya şiddetlenmesi ile ilişkili olduğu düşünülen psikolojik faktörler varsa katogorinin ismi

FİZİKİ DURUMU ETKİLEYEN PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

B) Fiziki hastalık için dikkate alınacak derecede gösterilebilir organik bulgular yoksa:



Tablo — 2

Psikososyali stresörlerin şiddet derecelendirmesi (4. eksen)

Şiddet derecesi	örnek
EN AZ (minimal)	Ufak tefek yasa ihlalleri
HAFİF (mild)	İş saatlerinin değişmesi, komşu ile kavga
ORTA (moderate)	Yeni bir işe başlama, hamilelik
AĞIR (severe)	Şahsın kendisinde veya ailesinde ciddi bir fiziki hastalık, ağır mâli kayıp, evlilikte ayrı yaşama, doğum.
AŞIRI (extreme)	Yakın akraba ölümü, boşanma
FELEKAT (catastrophic)	Tabii âfetler, esir kampında yaşama

(DSM - III)den

kırla, seçilmiş psikolojik stimuluslar kullanmak suretiyle, bunlara bağlı olarak ortaya çıkması muhtemel nörofizyolojik, nöroendokrinolojik ve immünolojik değişiklikleri ölçme esasına dayanmaktadır.

1975'lerden beri yayınlanmakta olan "The Journal of Human Stress" isimli mecmua konu ile ilgili olarak, "stres, hastalık ve ölüme katkıda bulunan bir faktördür" tezine dayanan çalışmaların verilerini toplamaktadır. Böyle eksperimental çalışmalarda keder, mesleki tatminsizlik veya kayıp, boşanma, aile bozulması, yoğun trafikte her gün gidip gelme gibi potansiyel olarak patogenetik olduğu düşünülen psikolojik değişkenler deneysel olarak incelenmeye, bunlara karşı husule gelen fizyolojik

cevabın altında yatan mekanizmalar keşfedilmeye çalışılmaktadır. Psikofizyolojik araştırmaların çoğu psikolojik ve sosyal stres kavramlarına dayandırılmıştır (10).

b) Etyolojik araştırmalar

Bunlar insan morbiditesine katkısı olması muhtemel psikolojik ve sosyal faktörleri belirleme teşebbüsleridir. Böyle araştırmalar 1920'lerden beri araştırmacıların ilgisini çekmiş ve daha evvelce aktardığımız gibi, 1965'lere kadar yanlış psikosomatik hastalık kavramının geliştirilmesine sebep olmuşlardır,

Etyoloji ile ilgili en önemli yayın, 1965 - 75 yılları arasında yapılmış olan ve hayat değişikliği (life change) ile psikososyal stres ilişkisi üzerinde odaklanmış olan 329 araştırmacının analizi olmuştur (8). Buna göre en çok araştırılmış durumlar kardiyovasküler, renal hastalıklar ile kanserdir. Konu ile bağlantılı olarak 1975'lerde Holmes ve Rahe tarafından "sosyal adaptasyonu ölçme" skalaları geliştirilmiş, bunların kullanılması ile hayat değişikliğini ölçecek indeksler elde edilmiştir (15). Bu indekslere dayanarak, hayat değişikliğinin önemi ile hastalığın başlama zamanı ve şiddeti arasında ilişki olduğu iddia edilmiştir. Bununla beraber, hangi majör hayat değişikliğini hangi hastalığın izleyeceğini önceden tahmin etmek hiç bir zaman mümkün olamamıştır. 1977'de De Faire ve Theorel adlı araştırmacılar hayat değişikliği ölçme tekniği kullanarak strestire maruz kalmış şahıslarda, yakın gelecekte myokard enfarktüsü husule gelip gelmeyeceğini araştırmışlar ve bunun tahmin edilemeyeceği sonucuna varmışlardır (3).

Özetleyecek olursak, bugüne kadar yapılmış olan etyolojik araştırmaların sonuçları, şahsın hastalığa karşı hassasiyetini değiştiren psikolojik faktörlerin bulunabileceğini telkin etmekle beraber, gerçekte etyolojinin aydınlatılmasına pek katkı sağlayamamıştır.

c) Somatopsişik araştırmalar

Bunlar fiziki hastalık, travma ve sakatlığa karşı psikolojik cevaplanma inceleme çalışmalarıdır. Sosyo-kültürel faktörler de hastalığa karşı reaksiyonu etkiledikleri için, somatopsişik araştırmalar, medikal sosyoloji araştırmaları ile iç içe girmektedir. Her ne kadar, etyolojik araştırmalar bugüne kadar kliniğe koruyucu ve tedavi edici metodlar sağlama konusunda pek faydalı olamamışlarsa da, son yirmi sene gelişen somatopsişik araştırmalardan elde edilen sonuçlar, hastaların rehabilitasyonunda hakikaten yol gösterici olmuştur.

Somatopsişik araştırmaların en aktif alanı kardiyak, kronik renal, kanserli hastalarla, serobrovasküler hastalık geçiren ve önemli kronik hastalığı olan şahıslardır.

Epidemiyolojik araştırmalar fiziki ve psikiyatrik morbidite arasında pozitif bir korelasyonun mevcut olduğunu göstermiştir. 1981'de 2000 tıbbi ve cerrahi hastayı ihtiva eden bir popülasyonda yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, psikiyatrik ve medikal teşhisi birarada taşıyan hastaların prevalansı % 70'dir (12). Konulan teşhislerin nispetleri ise: Depresyon % 40, organik beyin sendromu % 15, somatoform bozukluk % 30, diğer bozukluklar % 15'dir. Dahiliyecilerle cerrahlar arasında yapılan bir başka çalışmada ise, bu doktorların % 21'i (dahiliyecilerin % 23, cerrahların % 13 ti) hastalanan psikiyatrik problemleri bulunduğunu ifade etmiş ve çalışmaya iştirak eden doktorların % 39'u da hastaların arasında en çok görülen psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğunda birleşmişlerdir (5).

d) Terapötik araştırmalar

Bunlar fiziki hastalıkların tedavisinde hastalıkla beraber mevcut olan anksiyete gibi psikolojik komponentleri iyileştirmeye yönelik metodolojik çalışmalardır. Kullanılan tedavi metodlarının başlıcaları psikotropik ilaçlar ve davranış terapisi teknikleridir. Bunların en ümit verici tatbikatı, içindeki anksiyete komponentinin, şahsın psikososyal stimuluslara cevabını sabit şekle sokan patofizyolojik durumlardır (gerilim başağrısı, sırt ağrısı gibi).

V- KONSÜLTASYON - İRTİBAT PSİKİYATRİSİ (Consultation - Liaison Psychiatry)

Daha evvel psikosomatik tıp teriminin kullanıldığı

üç yerden bahsederken ismini zikrettiğimiz konsültasyon - irtibat psikiyatrisi, psikosomatik yaklaşımın klinik uygulamasını içine almaktadır. "Liaison" terimi ilk defa 1939'da Billings tarafından kullanılmış, fakat bu klinik alan, ancak son on sene hızla bir gelişme gösterebilmiştir (2).

İrtibat psikiyatrisinin temel fonksiyonu, psikiyatrik olmayan doktorlara hastalarının psikiyatrik ve psikososyal problemlerinin teşhis ve tedavisinde tavsiye sağlamaktır. Bu klinik aktivite iki esas şekle ayrılmıştır: I) Consultation II) Liaison. Birincisi yani konsültasyon, ihtiyaç duyan meslektaşlara psikiyatristlerin fikir beyan etmeleri şeklindeki geleneksel tıbbi haberleşme modelidir. Tipik olarak birkaç safhalıdır :

- 1) *Konsültasyon isteğinin alınması*
- 2) *Problemin önde gelen bilgilerinin toplanması*
- 3) *Hastanın muayenesi*
- 4) *Hastanın dosyasına bulguların ve tavsiyelerin kaydedilmesi*
- 5) *Tıbbi ekibin diğer üyeleri ile problemin tartışılması.*

"Liaison" uygulaması ise, daha az resmidir ve hasta ile daha yakın teması gerektirir. Meselâ, bir psikiyatrist koroner bakım ünitesinde çalışabilir ve her sabah vizitte bulunarak, hasta ile tedavi ekibi arasında daha iyi, daha yumuşak bir işbirliği sağlamaya çalışır. Eğer ekiple hasta arasında çatışmalar ortaya çıkıyorsa bunları halletmeyi üstlenir. Yani "liaison", konsültasyonla aynı anlamı taşımamaktadır. Konsültan psikiyatristle çalıştığı üniteye hastalarla daha düzenli ve sürekli bir ilişki içindedir. Meselâ, ameliyat endikasyonu konmuş bir hasta, teşhis ve prognoz hakkında anksiyete içinde bilgi teki iye bilir. Eğer cerrah anksiyetenin farkına varmaz ve uygun üslupla bilgi vermezse, hasta şu tutumlardan biri içine girebilir:

— Hemşirelerden aşırı isteklerde bulunur, onları bıkıtır.

— Tedavi ekibiyle işbirliğini reddeder.

— Hastahane rutinini tenkid eder, bakımın kalitesini beğenmez, temizlikten ve yemeklerden memnun olmaz.

— Yeni somatik semptomlar geliştirir. Bu durum aslında, hastanın içinde bulunduğu gerilim sebebiyle, tedavi ekibiyle negatif ve indirekt haberleşmesidir. İşte böyle bir noktada iş, irtibat psikiyatrisine düşmektedir. Konu ile ilgili olarak psikiyatristler arasında iki zıt görüş mevcuttur (11):

1. İrtibat psikiyatrisi geleneksel konsültasyon psikiyatrisinin yerini almalıdır.

2. İrtibat psikiyatrisi zaman tüketicidir ve çok sayıda eğitilmiş elemana ihtiyaç gösterdiği için de ekonomik değildir.

Üçüncü bir uzlaştırmacı görüşe göre ise, konsültasyon ve liaison bir bütünün parçalarıdır. Hastahane ihtiyaçları ve imkânları gözönüne alınarak biri veya diğeri ön planda olabilir, Koroner bakım üniteleri, kronik renal hemodiyaliz, yanık ve onkoloji servisleri irtibat psikiyatrisi uygulamasına ihtiyacı aşikâr olan yerlerdir,

1975'de Lipowski hospitalize edilen hastalann % 4 - 9'unda psikiyatrik konsültasyon istendiğini tesbit etmiştir (9). Aynı çalışmaya göre, psikiyatrik konsültasyona ihtiyaç duyulan hastalann % 70'ini 20 — 59 yaş arasındaki şahıslar teşkil etmektedir. Kadınlar için konsültasyon isteği, erkeklere nazaran 2 kere daha fazla olmaktadır. Psikiyatrik konsültasyon isteme sebeplerine gelince:

- 1) izah edilemeyen şikâyetler
- 2) Davranış bozuklukları.

(Bu iki grup vakalann 2/3'ünü teşkil etmektedir).

3) Tedaviye uyumsuz tutum. Genel hastahanelerdeki psikiyatrik konsültasyonlarla ilgili verilerden, hastalann iki tipte olduğu anlaşılmaktadır:

1) *Fiziki hastalıktan ayırdedilemeyen ve izah edilemeyen semptomları olanlar,*

2) *Bilinen bir fiziki hastalığın yanında psikiyatrik bozukluğu da olanlar.*

VI- DAVRANIŞ TIBBI (BEHAVİORAL MEDICINE).

Davranış terapisi teknikleri, Pavlov'la başlayan "öğrenme teorisi'ne dayanmaktadır. Ne çeşit hastalığı olursa olsun her şahıs, doktorun değerlendirebileceği davranış modelleri ortaya koyar. Hastalık davranışı (illness behavior) adı verilen bu davranış, genelde şahsın hastalığı ile mücadele gayreti olmakla beraber, her zaman adaptif değildir. 1977'lerde Lipowski ve Pilowski tarafından geliştirilen "sapmış hastalık davranışı (deviant illness behavior)" kavramı işte bu çeşit adaptif olmayan davranışları ifade etmektedir (9, 14). Sapmış hastalık davranışı, şahsın hastalığının iyileşmesi veya rehabilitasyonu ile uyumsuz tavrına verilen isimdir. Hastalığın inkârı, tıbbi tedaviye rıza göstermeme, şiddetli bağımlılık, kendini tahrip edici tutum içine girme gibi durumlar, sapmış hastalık davranışı örnekleridir (Tablo - 3).

Tablo - 3'de görülen "A tipi davranış (Type A behavior)" terimi somatik hastalıklara predispozisyon yaratan davranışları ifade etmektedir (11). Meselâ, hipertansif hastanın ilâcını almayı ihmal etmesi, amfizemli hastanın sigara içmeye devam etmesi, diabetik hastanın insülinini kullanmaması çok rastlanan sapmış hastalık davranışı örnekleridir. Pilowski bir de "anormal hastalık davranışı (abnormal illness behavior)" terimini ortaya koymuştur (14). Bu terim objektif somatik patoloji ile, hastanın ona cevabı arasındaki uyumsuzluk olarak tarif edilmektedir. Hipo-

Tablo - 3

Önemli davranış komponenti olan bozukluklar

Psikojenik bozukluklar	Tıbbi bozukluklar	Sapmış hastalık davranışı
Fonksiyonel enüresis	Baş ağrısı (gerilim, migren)	Alkolizm
Fonksiyonel enkopresis	Epilepsi	Ekzojen Obesite
Anoreksia nervosa	Kronik kusma	Sigara içme
Patolojik hastalık davranışı	Hipertansiyon	A tipi davranış*
Seks disfonksiyonlan	Astma	
Hipokondriyast	Uyku bozuklukları	
	Fonksiyonel barsak sendromlan	
	Tortikollis	
	Kardiyak aritmiler	
	Kronik ağrı sendromlan	
	Organik fokal endokrinans	
	Reynaud hastalığı	
	Dermatit	
	Nöromüsküler rehabilitasyon	

* (Lipowski ZJ, Morgan CD : Psychiatric Medicine Update. Manchreck TC - editör in chief - Massachusetts General Hospital, New - York, p : 19,1979)dan.

kondriyasis, konversiyon bozukluğu, temarus, psikojerik ağrı sendromları bu tür davranışı ihtiva eden durumlardır (Tablo - 1). Patolojik hastalık davranışı gösteren şahıslar psikiyatrik problemleri olduğunu kabul etmezler, acil servisleri ak sık ziyaret ederler, seditif ve analjeziklere bağımlılık geliştirir ve birçok lüzumsuz cerrahi müdahale geçirirler.

İşte davranış tıbbı, yukarıda aktardığımız, bu iki çeşit hastalığa uyumsuz davranış üzerinde odaklanan ilmi disiplindir (11).

SONUÇ

"Psikosomatik tıp" bir zamanlar psikosomatik hastalık diye etiketlenmiş olan bozuklukların ilmi demek değildir. Hastalıkların çok - sebeplilik doktrinine dayanan ve interdisipliner bir ilim olarak gelişen tıp alanıdır.

"Konsültasyon - irtibat psikiyatrisi", psikosomatik tıpla bağlantılı olarak, son onbeş sene gelişen bir psikiyatri alanıdır.

"Davranış tıbbı" ise, yine psikosomatik tıp anlayışına dayanan ve hastalığa uyumsuz davranışta;ı olan şahıslara davranış terapisi tekniklerini sunan bir ilmi disiplindir.

Psikiyatrik hastalıkların en son ve teşhis kriterleri ortaya koyan ilk tasnifi olan DSM - III'de, aktardığımız anlayışla hazırlanmış, bugüne kadar ispat edilmesi mümkün olmamış psikogenesis modellerini bir kenara bırakmış ve psikiyatrik hastalıkları Kraepelinian objektif - tanımlayıcı tutumla ele almıştır.

Son söz olarak ilâve etmek istiyoruz ki, bizler artık 1940ların değil, 1980'lerin anlayışı ile hareket etmek ve bu anlayışın terminolojisini kullanmak mecburiyetindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Arkonaç O : Psikiyatrik Semptomlar ve Sencromlar, Bakırköy Akıl Hastahanesi vakfı yayınları, İstanbul. pp:48Ü - I, 1983.
2. Billings EG : Liaison Psychiatry and intern Instruction. J Assoc Am Med Col Nov : 2 - 12, 1939.
3. DeFare U, Therool T ; Life Changes and Myocardial Infarction. Frev Med 6:302 - 11, 1977.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed (DSM - III) American Psychiatric Association, Washington DC. pp: 6 - 28, 1980.
5. Fauman MA: Psychiatric Components of Medical and Surgical Practice 11; Referral and Treatment of Psychiatric Disordere. Am J Psychiat 138: 1198 -2202,1981.
6. Frances A, Cooper AM: Descriptive and Dynamic Psychiatry : A Perspective on DSM - III. Am J Psychiat 138: 1 279 -87, 1981.
7. Havens I.L : Twentieth - Century Psychiatry : A View from the Sea. Am J Psychiat 138 : 1279 - 87, 1981.
8. Hull D : Life Circumstances and Physical Illness : A Cross Diriplinary Survey ot Research Content ana Method for the Decade 1965 - 1975. J Psychosoma Res 21 : 21: 115 - ISO, 1977.
9. Ijpowski ZJ : Psychiatry of Somatic Diseaseas : Epidemiology, Pathogenesis Classification. Comp Psychiat 16: 105 -24, 1975.
10. Lipowski ZJ : Psychosomatic Medicine in the Seventies: An Overview. AmJ Psychiat 134 :233 -44, 1977.
11. Lipowski ZJ, Morgan CD : Psychiatric Medicine Update. Manschreck TC (editor - in - chief) Massachusetts General Hospital, Ne -York.pp : 3 - 22, 1979.
12. Lipowski ZJ, Wolston EJ : Liaison Psychiatry : Referral Patterns and Their Stability Over Time. Am J Psychiat 138 : 1608- 11, 1981.
13. Luban B, Poldinger W, Hoffman F : Psychosomatic Medicine in General practice. La Roche Co Ltd - Service Scientific, Basle - Switzerland pp: 1 - 14, 1974.
14. Pilowski I : Abnormal Illness Behavior. Br J Med Psychol 42 : 347 -51, 1969.
15. Rahe R : Epidemiological Studies of Life Change and Illness, tot J Psychiat Med 6:133 - 46, 197 5.