

Somatizasyonun Toplumsal Evrimi

SOCIAL EVOLUTION OF SOMATIZATION

Can CİMİLLİ*

*Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, İZMİR

Özet

Somatizasyon biyopsikososyal bütünlük içinde ele alınması gereken bir kavramdır. Somatizasyonun toplumsal boyutlarını ele alan bu yazıda, somatizasyon tanımlarının toplumsal boyutu da içine alacak biçimde evrimleşmesi tanıtıldıktan sonra, somatizasyonun toplumlar arasında gösterdiği farklılıklar; Batı ve Doğu tıp düşüncesinde somatizasyon kavramı, somatizasyonun evrimine ilişkin modernist kuram, modernist kuramı doğrulayan ve doğrulamayan araştırmalar gözden geçirilmiştir. Kültürel psikiyatride yeni bir paradigma oluşturan post-modernist yaklaşım, kültürlerarası karşılaştırmalar yerine, ruhsal bozuklukların kültürün içerisinde incelenmesini yeğler. Bu bağlamda Batı dışı kültürlerde görülen kültüre özgü somatizasyon tanımları sıralandıktan sonra, günümüz Batı kültüründe azaldığı izlenimini veren somatizasyonun gizlenmekte olduğu moda tanılar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Somatizasyon, Somatoform bozukluklar, Kültürel psikiyatri, Tıp tarihi, Nevrasteni, Kronik yorgunluk sendromu, Çoğul kimyasal duyarlılık, Kültüre özgü sendromlar

T Klin Psikiyatri 1999, 1:34-43

Summary

Somatization concept should be considered in biopsychosocial integrity. This paper reviews the social aspects of somatization. The descriptions of somatization evolved in time in order to include the social aspects. The differences of somatization between societies, somatization concept in Western and Eastern medical thought, modernist theory on the evolution of somatization, research which confirm and which do not confirm the modernist theory were reviewed. The post-modernist approach which constitutes a new paradigm in cultural psychiatry, prefers to study the mental disorders through the culture, instead of comparing them cross-culturally. In this context, first the culture-bound somatization diagnoses of non-Western cultures, then the fashionable diagnoses of Western culture in which the somatization is hiding were reviewed.

Key Words: Somatization, Somatoform disorders, Cultural psychiatry, History of medicine, Neurasthenia, Chronic fatigue syndrome, Multiple chemical sensitivity, Culture-bound syndromes

T Klin J Psychiatry 1999, 1:34-43

Somatizasyon Tanımlarının Değişimi

Somatizasyon terimi ilk kez 1943'te Steckel tarafından "derin yerleşimli bir nevrozun dışavurumu olarak ortaya çıkan bir beden rahatsızlığı" anlamında kullanılmıştır (1). Steckel, bu kavramı Freud'un konversiyon kavramının eşanlamı olarak kullanmıştı. Başlangıçtaki somatizasyon tanımları bu tanımda olduğu gibi psikolojik durum-

larla ortaya çıkan bedensel belirtiler arasında bir neden-sonuç ilişkisi kurmaktaydı. Lipowski 1968'de somatizasyonu "psikolojik durumları bedensel duyular, işlev değişiklikleri ve somatik metaforlar biçiminde yaşantılama, kavramsallaştırma ve dışavurma eğilimi" olarak tanımlamıştı (2). Daha sonraki tanımlar somatizasyonun toplumsal boyutuna da yer verir oldular. Katon ve ark. "psikososyal ve duygusal sorunları olan hastaların sıkıntılarını birincil olarak fiziksel belirtilerle ifade etmesi" (3), Kleinman ve Kleinman ise "bireysel ve sosyal sıkıntılarının tıbbi yardım arayışına neden olan bedensel yakınmalarla dışavurumu" (4) olarak tanımlamışlardır. Lipowski de 1988'de yaptığı yeni

Yazışma Adresi: Dr.Can CİMİLLİ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD
35340, Balçova, İZMİR

tanımlamada nedensellik yorumunu kaldırmıştı: "Somatizasyon, patolojik bulgularla açıklanamayan somatik sıkıntı ve belirtiler yaşama, bunları fiziksel hastalıklarla ilişkilendirme ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimidir" (5).

Somatizasyonun Toplumsal Boyutları

Somatizasyon konusunda kuramsal çalışmalarıyla tanınan kültürel psikiyatrist Kirmayer, somatizasyonu yedi farklı model içerisinde ele almıştı (6):

- 1) Duyguların bedensel yönü olarak somatizasyon,
- 2) Duyguları dışavurmada yetersizlik sonucu somatizasyon,
- 3) Dikkatin bedene yönelmesinin sonucu olarak somatizasyon,
- 4) Bir iletişim biçimi olarak somatizasyon,
- 5) Sıkıntının dışavurumu olarak somatizasyon,
- 6) Hasta rolüne girmenin bir yolu olarak somatizasyon,
- 7) Sağlık hizmetlerinin yapılanmasından kaynaklanan somatizasyon.

Bu modellerde de görüldüğü gibi somatizasyon biyopsikososyal bütünlük içinde ele alınması gereken bir kavramdır. Özellikle buradaki son dört model somatizasyonun biyolojik ve psikolojik boyutlarının yanısıra sosyal boyutlarının da ele alınmasının gereğine işaret etmektedir. Somatizasyonun sosyal boyutlarına vurgu yapan kültürel psikiyatristler kültürel kategorilerin bedensel gerçekliklere dönüştüğü süreçleri "sosyosomatik" olarak adlandırmışlardır (7).

Somatizasyonun toplumlar arasında farklı oranlarda görüldüğü ve bunun zaman içerisinde değişim gösterdiği iyi bilinmektedir. Günümüzde somatoform bozukluklar içerisinde ele alınan konversiyon ve somatizasyon bozuklukları geçmişte "histeri" olarak adlandırılmaktaydı. 19. yüzyılda Avrupa'nın üst sosyal sınıf kadınlarında "grand mal" nöbetleri taklit eden "grand histeri" krizlerinin adeta epidemik tarzda yaygın olması birçok araştırmacı ve hekimin bu konuyla ilgilenmesine neden olmuş ve Sigmund Freud psikanalitik kuramını histeri hastalarındaki gözlemleri üzerine bina etmiştir. 20. yüzyılda Avrupa'da ve diğer Batı ülkelerinde

giderek daha ender görülen konversiyon bozukluğu, Batılı olmayan kültürlerde hala sık görülmektedir (8-10). Bu kültürlerde somatoform bozuklukların sık görülmesinin yanısıra, diğer ruhsal bozukluklarda da somatik belirtiler ön plandadır (11-16). Yapılan araştırmalar somatizasyonun Batılı kültürlerde, kentlilerde, öğrenim düzeyi yüksek olanlarda ve erkeklerde daha az görüldüğünü göstermektedir (13,17). Bu durum somatizasyonun geleneksel ve pre-modern tarım toplumlarına özgü bir psikopatoloji olmasıyla açıklanmaktadır (18). Modernizasyon sonucunda tarım toplumları sanayi toplumlarına doğru evrimleşir ve kentli nüfus oranı artarken somatizasyonun yerini psikolojizasyon almakta, sıkıntılar bedensel terimler yerine psikolojik terimlerle ifade edilmeye başlanmaktadır (4,19). Bu kurama göre kentli sanayi toplumlarında somatoform bozukluklar azalırken, depresyon ve anksiyete bozukluklarının artması beklenir.

Bu kuram elbette epidemiyolojik çalışmaların sağladığı ampirik verilere dayanmaktadır, ancak Batılı araştırmacılar bu verileri yorumlarken belirli bir kuramsal bakış açısına sahiptirler. Kültürden kaynaklanan yan tutmaların olup olmadığını daha iyi anlayabilmek için somatizasyon kavramının evrimine ve kavramsallaştırma açısından kültürler arasındaki farklılıklara göz atmak yararlı olacaktır.

Batı ve Doğu Tıbbında Somatizasyon Kavramı

Hastalıkları somatik ve psikolojik olarak ayırt etmek Batı tıbbına özgüdür. Bu anlamda somatizasyon da Batılı bir kavramdır. Batı tıbbındaki bu ayırım iki farklı kökten kaynaklanmaktadır (20). Bu köklerden biri 17.yüzyılda yaşayan Fransız düşünürü Descartes'ın düşüncesindeki zihin-beden düalizmidir. Diğeri ise Antikçağdaki Yunan-Roma tıbbından kaynaklanan "disease-illness" ayrımıdır. Hipokrat ve Galen gibi Antikçağ hekimleri ruhsal hastalıkları bedensel hastalıklardan ayırt etmemekle birlikte yazılarıyla "disease" ve "illness" kavramlarının tohumlarını attılar. Türkçede terim olarak karşılığı olmayan bu kavramlar bu metinde İngilizcedeki biçimleriyle yer almışlardır, oysa bu geleneğin Türk tıp düşüncesindeki varlığı "hastalık yok, hasta vardır" deyimıyla ifade bulmuştur. Buradaki anlamıyla "disease" ontolojik (varlıkbilimsel) bir kavramdır, insandan bağımsız bir varlığı ve kimliği vardır. "Kendinde hastalık" olarak nite-

lendirilebilir. Buna karşılık "illness" işlevsel bir kategoridir, bireyin özellikleri tarafından belirlenir. Bireyin "hastalığı öznel olarak yaşantılama biçimi" olarak nitelendirilebilir. Bu anlamda somatizasyon da "disease" olmadan "illness" olması, yani hastalık olmadan hasta olma olarak tanımlanabilir (7,20).

Antikçağda temelleri atılan bu kategoriler İslam tıbbi aracılığıyla yeniden Batıya aktarılmış, Aydınlanma Çağını izleyen modern Batı tıp düşüncesine yön vermiştir. Antikçağda tanımlanan histeri ve hipokondri modern dönemde önceleri bedensel kökenli birer "disease" olarak görülmüş ve çeşitli fiziksel nedenlerle (ör.zayıflık, irritasyon, spazm, refleks bozukluğu) açıklanmıştır. 19. yüzyıldan itibaren ise özellikle Janet ve Freud'un etkisiyle ruhsal kökenli birer "illness" olarak görülmeye başlanmışlardır. Bakış açısındaki bu değişiklik aynı zamanda önemli bir tutum değişikliğine kaynaklık etmiştir. Çünkü Batı tıp düşüncesinde psikiyatrik hastalıklar diğerlerinden daha az özgün ve daha az gerçek kabul edilirler. Bunun sonucunda somatizasyon stigmatize olur (etiketlenir) ve hastaya bu tanıyı koymak pejoratif (aşağılayıcı) bir anlam kazanır (20,21).

Batı'da psikiyatri ve genel tıbbın birbirinden bağımsız gelişimi 20. yüzyılda büyük ölçüde birleşmiştir. Bunun sonucunda zihin ve beden, "illness" ve "disease" arasındaki karşılıklı etkileşime vurgu yapılmaya başlanmıştır (20).

İlkel toplumlarda ise ontolojik (varlıkbilimsel) anlamda ruh-beden ayrımı yoktur. Bu bakışın ürünü olarak psikiyatrik hastalıklar da bedensel hastalıklardan ayırt edilmezler. Psikiyatrik hastalıklar da diğer hastalıklar kadar gerçek kabul edilirler. Psikiyatrik hastalıkların gerçekliği sorgulanmayınca stigmatize de olmazlar. Bu toplumlarda gruptan ayrı bir birey tanımı olmadığından hastalıklar da grupça yaşanır. Grup için bir sorun oluşturur ya da grubun bir sorununu çözerler. Hastalıkların bireyi stigmatize etmemesinin bir nedeni de topluca yaşanmasıdır (7,20).

İlkel toplumlardaki gibi Hint ve Çin tıp sistemlerinde de ruhsal-bedensel ayrımı yoktur. Üniter (birleştirici) özellikte olan Hint ve Çin tıp kuramları hastalıklara değil, belirtilere odak yapar. Hastalığın nedenleri, patojenezi, belirtileri, tanısı, tedavisi, prognozu; tümü fiziksel, fizyolojik ve ruhsal fenomenler içerir. Bunların tümü, Batı'nın zihin-

beden düalitesini ortadan keser. Aynı hastalık farklı yöntemlerle tedavi edilebilir ya da farklı hastalıklar aynı yöntemle tedavi edilebilirler. "Illness"ten bağımsız bir "disease" yoktur. Hiçbir hastalık bir diğerinden daha gerçek ya da daha özgün değildir. Hastalıklar belirti düzeyinde açıklandığından somatizasyon kavramının anlamı yoktur. Abartılı, aşırı, yer değiştirmiş ya da tuhaf bedensel belirtiler anlamında bir somatizasyon kavramı hiçbir zaman varolmamıştır (20).

Kültürel Psikiyatride Modernist ve Postmodernist Yaklaşım

Psikiyatrik bozuklukların kültürler arasındaki farklılıklarını inceleyen çalışma alanı kültürel psikiyatri olarak adlandırılır. Kültürel psikiyatrik kuramlar dönemin düşüncesine egemen olan paradigmalardan etkilenirler. Somatizasyona ilişkin kuramlar genellikle kültürel psikiyatride modernist yaklaşımın izlerini taşırlar.

Modernist yaklaşımda bilim kültürden bağımsız olarak görülür. Bu anlamda psikiyatrik hastalıklar da kültürden bağımsız "gerçeklik"lerdir. Bir epifenomen olarak görülen kültür, hastalıkların tanımlanma ve açıklanma biçimlerini, belirtilerini, çare arama davranışını ve ele alınma biçimlerini belirler. "Disease" tüm kültürlerde ortaktır, ancak "illness" kültürden kültüre değişir. Etnosantrik özellik gösteren modernist yaklaşım Batı kültürünü diğer kültürlerden üstün tutar ve toplumsal gelişme ile diğer kültürlerin de Batı kültürüyle özdeşleşeceğini öngörür (7,22).

Buna tepki olarak ortaya çıkan post-modernist yaklaşımda ise kültürden bağımsız gerçeklikler yoktur. Bilim bile kültürden bağımsız değildir. Bireyin öznel hastalık deneyimi bir gerçeklik olarak kabul edilir. Çalışmalar "disease"ler yerine, "illness"lerin tanımlanması üzerine yoğunlaşır. Hastalık deneyimlerinin kültürler arası benzerliklerine değil, farklılıklarına vurgu yapılır. Kültürler arasında hiyerarşik bir sıralama yapılmadığından tüm kültürler birbirine eşit kabul edilir. Kültürlerarası araştırmalarda güvenilirliği kanıtlanmış olan ölçeklerin geçerliliği sorgulanır. Hastalık yaşantılarının dışarıdan bakarak değil, ancak kültürün içerisinden çalışılarak anlaşılacağı görüşü ağırlık kazandığından sosyal antropologlarla işbirliği yapılır (7,22).

Leff'in Modernist Somatizasyon Kuramı

Leff, dillerin tarihsel gelişimleri içinde duyguları tanımlayan sözcüklerin belirli aşamalardan geçtiğini ileri sürmüştür (18):

- 1) Ayrışmamış bedensel yaşantılar,
- 2) Ayrışmamış bedensel ve psikolojik yaşantılar,
- 3) Ayrışmamış psikolojik yaşantılar,
- 4) Psikolojik yaşantıların ayrıştırılması.

Batılı olmayan toplumların konuştuğu dillerin çoğu bu sıralamada birinci ve ikinci aşamada bulunmaktadır. Bazı ilkel topluluk dillerindeki istisnalar dışında bu dillerde psikolojik yaşantıları imleyen ayrışmış sözcükler yoktur ve duygular daha çok somatik metaforlarla dile getirilirler. Örneğin çoğu dilde depresyon ve anksiyete kavramlarının eşanlamlısı olan sözcükler yoktur. Batılı toplumların çoğunda konuşulan ve farklı duyguları tanımlayan çok sayıda sözcük içeren Hint-Avrupa dilleri ise bu anlamda gelişmiş diller olarak nitelendirilmiştir. Hint-Avrupa dillerinde duyguları imleyen sözcüklerin etimolojisini araştıran Leff, bu sözcüklerin de somatik kökenlerinin olduğunu, ancak giderek anlam farklılaşmasına uğradıklarını göstermiştir (18). Örneğin İngilizce angina (ağrı), anger (öfke) ve anxiety (anksiyete) sözcükleri, "baskı yapmak" anlamına gelen aynı Yunanca kökten kaynaklanmaktadır. Leff'in çok merkezli çalışmasında Hint-Avrupa dillerinin konuşulduğu merkezlerdeki deneklerin depresyon, anksiyete ve irritabilite gibi farklı duygusal yaşantıları daha iyi ayırt ettikleri gösterilmiştir (23). Ancak Kolombiyalıların ve ABD'li zencilerin Hint-Avrupa dilleri konuştukları halde duygusal yaşantıları ayırt etmede orta sıralarda yer almaları duyguların ayrıştırılmasında dilden başka etmenlerin de rol oynadığını düşündürmektedir ve Leff bunu toplumsal gelişme düzeyi olarak tanımlamıştır (18).

Toplumsal gelişmenin alt basamaklarındaki geleneksel toplumlarda grup içi ilişkiler önceden belirlenmiş ve stereotiptir. Bu toplumsal ilişki ağı içerisinde duyguların dışa vurulması hoş karşılanmaz. Özgürce dışa vurulamayan duyguların sembolik beden diliyle dışa vurulması somatizasyona neden olur. Modernizasyon, kabile ve geniş aile bağlarında çözülmeye yol açarak bireyselleşmeyi

arttırır. Gelişen birey duygularını sözel olarak dışa vurmaya başlar. Modern toplumda yaşantıların duygu imleyen sözcüklerle ifade edilmesi, sıkıntılı dışavurumunda somatizasyonun yerini karşıtı olan psikolojizasyonun almasına neden olur. Leff, bunun kliniğe yansımalarının histeri azalırken anksiyete durumlarının artması biçiminde olduğunu, yani histeri ile anksiyete durumları arasında resiprokal bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür (18).

Modernist Kuramı Doğrulayan Araştırmalar

Leff'in kuramının doğrulanabilmesi için somatizasyonun ölçülebilmesi ve kültürler arasında karşılaştırmalı çalışmaların yapılması gerekir. 20. yüzyılın ilk yarısında bu tür çalışmalar olmadığı gibi kayıt sistemleri de çok yetersizdi. Tanı kategorileri de henüz standardize olmamıştı. Leff, bu döneme ilişkin en güvenilir bulguları askeri hastane kayıtlarında buldu (18). Bu dönemde askeri hastane kayıtlarında somatizasyonu temsil eden tanı histeri idi. İkincil kazançlar sağladığından histeri askerler arasında ve özellikle savaş dönemlerinde sık görülmekteydi (24). Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarında askeri hastane kayıtlarında İngiliz ve Hint askerlerinde histeri ve anksiyete nevrozu görülme sıklığını karşılaştıran çalışmalar Tablo 1'de verilmiştir. Culpin (1920), Birinci Dünya Savaşında İngiliz askerlerinde psikonevrozların %28'inin histeri ve %49'unun anksiyete durumlarından oluştuğunu saptamıştır (18). Hadfield'in (1942) İkinci Dünya Savaşı için saptadığı oranlar Culpin'in oranlarından anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte, anksiyete durumu tanısı konma oranının arttığı (%64) görülmektedir (18). Abse (1950) ve Williams'ın (1950) İkinci Dünya Savaşında İngiliz ve Hint askerlerindeki tanı oranlarını karşılaştıran çalışmaları ise daha anlamlı sonuçlar vermiştir (18). Histeri ve anksiyete durumları tanısı koyma oranları her iki grupta birbirinin tersidir. Ayrıca Williams'ın çalışmasında histeri tanısı konan Hintlilerin çeşitli zeka düzeylerinde olduğu ve kişilik sorunlarının olmadığı, buna karşılık histeri tanısı konan İngilizlerin zeka düzeylerinin düşük olduğu ve genellikle kişilik sorunlarının olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalar Leff'in histeri ile anksiyete durumları arasında resiprokal ilişki olduğu görüşünü desteklemektedir.

Tablo 1. Askeri hastanelerde histeri ve anksiyete dağılımı*

	İngiliz askerleri (%)				Hint askerleri (%)	
	1.Dünya Savaşı		2.Dünya Savaşı		2.Dünya Savaşı	
	Culpin *(1920)	Hadfield *(1942)	Abse *(1950)	Williams *(1950)	Abse *(1950)	Williams *(1950)
Histeri	28	24	24	7	57	32
Anksiyete durumları	49	64	50	>50	12	<10

* *Leff'ten (1981) alınmıştır (18)*

Tablo 2'de farklı ülkelerde ve farklı dönemlerde hastane kayıtlarındaki histeri oranları verilmiştir. İngiltere ve Galler'de 1949 ile 1978 arasında psikiyatri kliniklerinde histeri tanısı konan hasta oranının belirgin biçimde azaldığı görülmektedir (18). Yunanistan'da 1948 ile 1971 arasında aynı oranda olmasa da azalma görülmektedir (25). Buna karşılık Mısır, Lübnan ve Hindistan'da 1960'lı ve 70'li yıllarda henüz yüksek oranda histeri görülmektedir (18). Bu sonuçlar da Leff'in kuramıyla uyumludur. Bir Batı ülkesi olan İngiltere'de histeri görülme sıklığı hızla azalmakta, Batı ile Doğu arasındaki geçiş bölgesinde bulunan Yunanistan'da daha yavaş azalmakta, Doğu ülkelerinde ise henüz aynı düzeyini korumaktadır. Benzer biçimde katatonik şizofreni görülme sıklığı Batı toplumlarında azalırken, diğer toplumlarda aynı oranı korumaktadır (26). Bu farklılık, katatoninin psikozun somatize edilmiş biçimi olmasıyla açıklanmaktadır (18).

Leff, Hindistan'da duygusal yaşantıların ayrımlaşırılma düzeyini araştırdığında ayrımlaşmamış somatik belirtiler ve ayrımlaşmış psikolojik belirtilerin birarada görüldüğünü bulmuş ve bundan Hindistan'ın bir geçiş dönemi yaşamakta olduğu ve histerinin birkaç on yıl içinde ortadan kalkacağı sonucunu çıkartmıştır (23). Nandi ve ark., Hindistan'ın iki köyünde yaptıkları çalışmada bu beklentiyi doğrulayan sonuçlara ulaşmışlardır (27). 1972-1987 döneminde histeri görülme sıklığı Gambhargachi'de %1.69'dan %0.46'ya, Paharpur'da ise %3.23'ten %0.21'e düşmüştür.

Batı ve Doğu toplumları arasında geçiş bölgesinde yer alan Türkiye'de toplumsal gelişme düzeyi açısından bölgeler arasında önemli farklılıklar vardır. Somatoform bozuklukların görülme sık-

Tablo 2. Hastane kayıtlarında histeri oranları (%)

		Tüm başvuru- larda	Psiko- nevroz- larda
İngiltere ve Galler (Leff 1981)	1949	2.92	19.77
	1978	0.80	7.21
Yunanistan (Stefanis ve ark, 1976)	1948-50	6	
	1958-60	3	
	1969-71	3.1	
Mısır (Okasha ve ark, 1968)	1966	11.2	23.8
Lübnan (Katchadourian 1969)	1964		22.4
Hindistan (Wig ve Pershad 1977)	1975-77	8.6-9.8	21.7-24.4

lığı da bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Muayenehaneye başvuran hastalar arasında yaptığım bir çalışmada somatoform bozuklukların oranı Doğu Anadolu'da geleneksel toplum kesimlerinin çoğunluğu oluşturduğu Muş'ta %42, Trakya'da kısmen sanayileşmiş bir tarım kenti olan Çorlu'da ise %14 olarak bulunmuştur (28). Kadınlarda daha yüksek olan oranlar Muş'ta %57'ye, Çorlu'da ise %18'e ulaşmaktadır. İki kent arasında belirgin farklılık olduğu görülmektedir. Bu çalışmada somatoform bozukluk tanısı konan hastaların büyük bölümü konversiyon bozukluklarından oluşmaktadır.

Histerinin kırsal alanda ve öğrenim düzeyi düşük olanlarda daha sık görüldüğü sonucuna varan çok sayıda çalışma vardır (8,9,29-32). Tüm bu veriler somatizasyonun modernizasyonla azaldığı biçimindeki modernist görüşü desteklemektedir.

Modernist Kuramı Doğrulamayan Araştırmalar

Somatoform bozukluklar epidemiyolojisine ilişkin bazı yakın dönem çalışmaları modernist kurama uymayan sonuçlar vermektedir. Gureje ve ark. (33), çok merkezli bir Dünya Sağlık Örgütü çalışmasında, tüm kıtalardan, farklı gelişme düzeylerindeki 14 ülkeden 15 merkezde ICD-10 Somatizasyon Bozukluğu sıklığı ve Somatik Semptom Endeksi ortalamalarını karşılaştırdıklarında Latin Amerika'daki iki merkez dışında anlamlı farklılık bulamamışlardır (Tablo 3). Araştırmacılar, Latin Amerika'daki yüksek oranların çeviri farklılıkları ya da semptom bildirimindeki kültürel farklılıklarla ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Somatik Semptom Endeksinin toplumda somatizasyon yaygınlığının belirlenmesinde duyarlı bir ölçek olduğu gösterilmiştir (34). Van Moffaert, Belçika'da bir bölge hastanesinde psikiyatri acil servisine başvuran hastalar arasında Akdenizli göçmenlerle Belçikalıların karşılaştırmıştır (35). Önemli bir grubunu Türklerin oluşturduğu Akdenizli göçmenlerde somatik belirtilerle başvurma oranı (%68), Belçikalılardan (%24) çok daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık DSM-III-R Somatoform Bozukluk tanısı konanların oranı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemektedir (Akdenizli göçmenler %36, Belçikalılar %41). Swartz ve ark., ABD'de NIMH-DIS (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü-Tanısal Görüşme Ölçeği) ile yaptıkları çalışmada somatizasyonun kentlilerde kırsal alanda yaşayanlardan daha sık olduğunu bulmuşlardır (36). Bu farkın kadınlarda ve yüksek öğrenimlilerde daha belirgin olduğu, beklenenin aksine ırklar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur.

Standardize görüşme ölçekleri kullanan bu yakın dönem çalışmalarının sonuçlarını, tanı ölçütleri görece belirsiz olan daha önceki çalışmaların sonuçlarıyla bağdaştırmak farklı bir bakış açısını gerekli kılmaktadır. Van Moffaert'in çalışması bu konuda önemli bir ipucu sunmaktadır (35). Psikiyatrik bozuklukların somatik belirtilerle kendini göstermesi ile somatoform bozuklukların birbirinden ayırt edilmesi gerekir. Bu anlamda konversiyon bozukluğu tanısının geçerliliğinin de sorgulanması gerekir. Konversiyon bir bozukluk mu, yoksa bir belirti midir? Klinik tabloda öne çıkan somatik belirtiler altta yatan psikiyatrik

Tablo 3. İki tür somatizasyonun sıklığı*

	ICD-10 Somatizasyon Bzk (%)	Somatik Belirti Endeksi (%)
Ankara, Türkiye	1.9	25.2
Atina, Yunanistan	1.3	11.5
Bangalor, Hindistan	1.8	19.6
Berlin, Almanya	1.3	25.5
Groningen, Hollanda	2.8	17.8
İbadan, Nijerya	0.4	7.6
Mainz, Almanya	3.0	20.6
Manchester, İngiltere	0.4	20.5
Nagazaki, Japonya	0.1	10.5
Paris, Fransa	1.7	23.1
Rio de Janeiro, Brezilya	8.5	32.0
Santiago, İspanya	17.7	36.8
Seattle, ABD	1.7	9.8
Panghay, Çin	1.5	18.3
Verona, İtalya	0.1	8.9
Toplam	2.8	19.7

*Gureje ve ark. (1997)'dan alınmıştır (33)

bozukluğu maskeleyebilmektedir. Bu bakış açısıyla Somatoform Bozukluklar için Muş'ta saptadığımız %42 oranı olasılıkla tanı yanlışlığından kaynaklanmaktadır (28). Yörede konversiyonun bir iletişim biçimi olduğu, bedensel hastalıkların bile konversiyon belirtileriyle başvurabildiği (37) gözönüne alındığında, bu olguların önemli bölümünün tanı konamamış depresyon ve anksiyete bozuklukları olması akla yakın bir olasılıktır. Somatik belirtilerin varlığında diğer psikolojik belirtilerin olup olmaması ayırt edici bir ölçüt olabilir. Somatik belirtilerin maskeleydiği diğer psikiyatrik bozuklukların çıkartıldığında geriye kalan somatoform bozuklukların oranının kültürler arasında belirgin farklılık göstermediği yakın dönem araştırmalarıyla kanıtlanmıştır (33). Somatizasyonun psikodinamiği gözönüne alındığında bu fenomenin evrenselliği daha iyi anlaşılacaktır (38). Kültürel psikiyatrinin çağdaş yaklaşımı da kültürleri somatizasyon yönünden karşılaştırmak yerine, kültüre özgü somatizasyon biçimlerini kültürün içinden incelemektir.

Kültüre Özgü Somatizasyon Tanıları

Psikiyatrik tanıları sınıflandırmak amacıyla Batı ülkelerinde geliştirilen DSM ve ICD gibi sistemlerin Batı dışı kültürlerdeki geçerliliği tartışmalıdır (39-41). Bu kültürlerde görülen bazı ruhsal

bozuklukların bu sistemlerdeki tanı kategorileriyle tam olarak örtüşmediği ve kültüre özgü tanı sistemlerinin gerekli olduğu ileri sürülmüştür (39). Çin ve Küba'da kültüre özgü tanı sistemleri oluşturulmuştur (41,42). Bu gelişmeler Batıya özgü sistemleri de etkilemiş ve kültürel psikiyatrideki çağdaş yaklaşımın da etkisiyle DSM-IV'ün Ekler bölümüne ayrıntılı bir Kültüre Özgü Tanılar Sözlüğü eklenmiştir (43). Genellikle Batı dışı kültürlerle özgü tanıları içeren bu sözlükteki somatik belirtiler gösteren ruhsal bozukluklar şunlardır:

1) Ataque de nervios: Latin Amerika ve Akdeniz'in Latin uluslarında görülen sinir krizleridir. Denetimsiz bağırma, ağlama, titreme, sıcak basması yanısıra disosiyatif yaşantılar, bayılma ve intihar jestleri de görülebilir.

2) Bilis ve colera (muina): Latin kökenli topluluklarda görülen ve şiddetli öfkeden kaynaklanan gerginlik, başağrısı, titreme, mide yakınmaları, bilinç yitimi ve kronik yorgunluktur.

3) Brain fag (beyin yorgunluğu): Batı Afrika kökenli öğrencilerde görülen, aşırı ders çalışma sonucunda bellek ve konsantrasyon bozukluğu, baş-boyun ağrısı, basınç hissi, görme bozukluğu ve sıcak basmasıdır.

4) Dhat: Hindistan'da görülen, meni ve idrarla ilgili hipokondriyak uğraşlar, halsizlik ve yorgunlukla karakterize bir tablodur.

5) Falling-out (blacking-out): Konversiyon bayılmalarına ABD'nin güneyinde ve Karayip adalarında verilen isimdir.

6) Hwa-byung: Kore'de görülen, öfkenin baskılanmasından kaynaklanan ve çeşitli somatik belirtilerin görüldüğü bir tablodur.

7) Koro: Malezya'da görülen, penis ya da vulvanın beden içine kaçarak ölüme neden olacağı inancıyla karakterize ani ve yoğun bir anksiyete epizodudur.

8) Mal de ojo: Nazar (kengöz) anlamına gelen bu İspanyolca sözcük daha çok çocuklarda görülen, huzursuz uyku, nedensiz ağlama, diyare, kusma ve ateş ile seyreden bir tabloyu tanımlar.

9) Nervios: Latin Amerikalılarca kullanılan, hem stresörlere karşı aşırı duyarlılığı, hem de stresli yaşam olayları sonucunda ortaya çıkan somatik belirtileri tanımlayan bir deyimdir.

10) Sangu dormido (uyuyan kan): Yeşilburun adaları hakkında görülen bu tablo ağrı, duyu kusuru, tremor, paralizi, konvülsiyon, körlük, kalp krizi ve enfeksiyonu içerir.

11) Shenjing shuairuo: Nevrasteniye Çin'de verilen isimdir. Bu bozukluk Çin'de sık görüldüğünden Çin Ruhsal Bozukluklar Sınıflandırılmasına alınmıştır.

12) Shen-k'uei: Çince'de anksiyete ve fiziksel bozukluk olmaksızın görülen somatik yakınmaları tanımlayan bir sözcüktür. Bu tablo, aşırı meni yitimiyle açıklanır.

13) Shin-byung: Kore'de görülen, anksiyete ve somatik yakınmalarla başlayan, disosiyasyonla seyreden bir tablodur.

14) Susto: Latin Amerikalılarda büyük bir korku sonrasında görülen ve somatik belirtilerle seyreden depresyon benzeri bir tablodur.

Bu tablolarda görüldüğü üzere somatizasyon evrensel bir fenomendir, ancak kültür tarafından biçimlendirilir. Batı dışı kültürlerle özgü, herbiri farklı birer "illness" oluşturan somatizasyon tabloları farklı etno-kültürel gruplarca kendi dillerinde adlandırılmaktadır. Batı kültüründe ise konversiyon bozukluğu ortadan kalkarken (10,18), belirti düzeyinde somatizasyon yaygınlığının diğer kültürlerden farklı olmadığı gösterilmiştir (33). Peki Batı'da somatizasyon nerede saklanmaktadır? Kirmayer'in somatizasyon modellerinden son ikisi bu soruyu yanıtlamak için gerekli ipuçlarını vermektedir (6). Bu modellerde somatizasyon hasta rolüne girmenin ve sağlık hizmetlerine ulaşmanın bir yolu olarak görülmektedir. Çünkü Batı kültüründe ruhsal hastalık stigmatize edilmekte ve bedensel hastalıklar kadar gerçek olarak görülmemektedir (20). Bu durumda somatizasyonu bedensel olarak tanımlanan hastalıklar arasında aramak gerekir.

Tıp literatürü dikkatle incelendiğinde belirli dönemlerde bazı hastalıkların moda olduğu, patofizyolojisi açık olmayan bu hastalıklardan zamanla söz edilmez olduğu ve yerlerini başka hastalıklara bıraktıkları görülecektir. Bunlar arasında en iyi bilinenlerden biri "nevrazeni"dir. Belirgin duygulanım bozukluğu olmaksızın halsizlik, yorgunluk ve çoğul somatik yakınmalarla karakterize olan bu tanı 19. yüzyıl sonlarında ABD ve

Avrupa'da sıklıkla konmaktaydı (44). Nevrasteniye uygarlığın gelişmesiyle ilişkilendiren Beard, 19. yüzyılın sonunda yaygınlaşan bu hastalığı "fin de siecle" (yüzyıl sonu) hastalığı olarak nitelendirmişti (45). Batı dünyasında 20. yüzyılda giderek bu tanı konmaz oldu ve Amerikan psikiyatrisini temsil eden DSM sınıflandırmalarından çıkartıldı. Oysa bu tanı Doğu Asya'da yaygın olarak kullanılmaya devam etmektedir. Çin Ruhsal Bozukluklar Sınıflandırmasında "shenjing shuairuo" adıyla varlığını sürdürdüğüne yukarıda değinilmişti. Doğu Asya'nın etkisiyle nevrasteni ICD-10'da varlığını sürdürdü (46). Bu tercihte Doğu Asya'nın dünya genelindeki öneminin giderek artmasının önemli rol oynadığı düşünülebilir (44).

20. yüzyıl sonlarında ise başka hastalıklar moda oldu. Bunlardan ilki 1980'li yıllarda adından sıkça söz ettirmeye başlayan "kronik yorgunluk sendromu"dur (chronic fatigue syndrome). Kliniği nevrasteniye çok benzeyen bu sendromun patofizyolojisi henüz aydınlatılamamıştır. Önceleri bu sendromdan Epstein-Barr virüsü sorumlu tutulduğundan "kronik Epstein-Barr virüs sendromu" olarak adlandırılmıştır. Sonraki isimleri arasında "postviral yorgunluk sendromu", "kronik yorgunluk ve immün yetmezlik sendromu" sayılabilir (45). Ayrıca İngiltere'de aynı kurumda çalışan insanlarda epidemik tarzda görülen "miyaljik ensefalomiyelit"in belirtileri de kronik yorgunluk sendromuyla örtüşmektedir (18,45). Bu sendrom da uygarlığın gelişimiyle ortaya çıkan çevre kirliliği ile ilişkilendirilmekte ve "çağın hastalığı" olarak nitelendirilmektedir. Oysa ki bu söylem yeni değildir. Bu kez 20. yüzyıla özgü yeni bir "fin de siecle" hastalığı ile karşı karşıya olduğumuz söylenebilir (45).

1990'lı yıllarda popüler olan bir diğer "hastalık" ise "çoğul kimyasal duyarlılık"tır (multiple chemical sensitivity) (47). "Çevresel aşırı duyarlılık" ve "çevresel somatizasyon sendromu" olarak da adlandırılır (48-51). Başlangıçta bir tür allerjik aşırı duyarlılık olduğu düşünülen bu tabloda hastalar uygarlığın kullanıma soktuğu birçok maddeye (özellikle besin ve giysilere) karşı aşırı duyarlılık gösterdiklerinden abartılı bir kaçınma davranışı içine girerler. Allerjik bir tepki olmadığı gösterilen bu tablonun fanatik savunucuları kronik yorgunluğu da kimyasal duyarlılıkla açıklamak-

tadırlar (47). Daha çok Batı ülkelerinde görülmesinin nedeni yapay ürünlerin daha çok bu ülkelerde kullanılmasıdır. Çevresel aşırı duyarlılık olan hastaların % 90'ında bir diğer moda hastalığın varolduğu (51), bu hastalarda psikopatolojik belirti skorlarının aynı ortamda yaşayan diğer insanlardan yüksek olduğu (48) gösterilmiştir.

Bu "hastalık"lara benzeyen başka tablolar da tanımlanmıştır. Geçmişte Fransa'da aşırı çalışma ile ilişkilendirilen "sürmenaj" tanısı hiçbir zaman tıbbi geçerlilik kazanmamıştı (45). Günümüzde çevresel etmenlerle ilişkilendirilen klinik tablolar arasında "fibromiyozit", "reaktif hipoglisemi", "kandidiyazis", "total allerji sendromu", "dental amalgam hastalığı", "besin allerjisi", "elektromanyetik duyarlılık", "hatalı yapılanma sendromu" (sick building syndrome) sayılabilir (45,47,51-55).

Medyanın gösterdiği ilgi, tüm bu "hastalık"ların tanıtılması ve yaygınlaşmasında önemli rol oynamaktadır. Bazı bilimsel yayınlara konu olmakla birlikte, bu hastalıklar daha çok TV ve dergilerin konusudur ve varlıklarının kanıtlanması için büyük bir çaba gösterilmektedir (45,51). Bulaşıcı özellik gösterir ve zaman zaman epidemiler oluştururlar (50). Hastalar genellikle psikolojik açıklamaları kabul etmediğinden psikiyatrik tedaviye direnç gösterirler. Yaşadıkları tabloyu daha çok çevre kirliliğiyle ilişkilendirdiklerinden, çözüm arayışı da daha çok ekolojiktir. Bu tür sorunlara çözüm arayan disiplin "Klinik Ekoloji" olarak adlandırılır. Modern tıbbın soğuk ve mekanik yaklaşımına karşıt olarak klinik ekologlar hastalarına sıcak ve yakın davranarak onların sempatisini kazanmaktadırlar (47).

Ford, moda olan hastalıkların ortak yönlerini şöyle sıralamıştır (52):

- 1) Çok sayıda sistemi ilgilendiren müphem ve öznel yakınmalar,
- 2) Objektif laboratuvar bulgularının olmaması,
- 3) Çağın bilimsel gelişmelerinden etkilenen pseudo-bilimsel açıklamalar,
- 4) Belirtiler açısından birbirleriyle örtüşmeleri,
- 5) Anksiyete ve depresyon belirtilerinin eşlik etmesi,
- 6) Psikososyal sorunların ve etiyolojinin inkar edilmesi.

Ford, bu hastalıkları "çevresel faktörler, bireysel ve sosyal sorunlar gibi etmenlerin ortak semptomatik dışavurumu" olarak nitelendirmiştir (52). Bu hastalıklar açıklanırken Beard'ün nevrasteni için yaptığına benzer biçimde çağın bilimsel ve sosyal gelişmelerinin karmasından oluşan bir söylem kullanılmaktadır (45). Bu söylemde yer alan temalar arasında enerji azlığı, elektriksel iletim bozukluğu, çağdaş yaşamdan kaynaklanan "aşırı yüklenme", toksisite ve saflık kavramları, çevre kirliliği, ahlaki çöküş, HIV enfeksiyonunun yaygınlaşması ve immün sisteme ilişkin inançlar sıralanabilir. İmmün sistem, zihin ve bedeni birbirine bağlayan bir kültürel aygıt işlevi görmektedir (45). Ruhsal hastalık stigmatına duyulan korku, bu hastalıkların oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ancak geçmişte hastaları evinde muayene eden güler yüzlü aile doktorunun yerini modern tıbbın insanca sıcaklıktan yoksun teknolojik yöntemlerinin almasının, çağdaş tıba duyulan güvensizliğin ve gelişen hasta hakları hareketinin rolü de inkar edilemez (45).

Sonuç

Kartezyen düalizmin bir ürünü olarak Batı tıbbı ruhu bedenden ayırmış, bedensel hastalıklara daha fazla gerçeklik atfederken ruhsal hastalıkları stigmatize etmiştir. "Hastalık olmaksızın hasta olma" olarak nitelendirilebilecek olan somatizasyon bu anlamda Batılı bir kavramdır. 20. yüzyılda Batılı olmayan topluluklarda ruhsal hastalıkların daha çok somatik belirtilerle dışavurulduğu birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Modernizm döneminin kültürel psikiyatrisi bu durumu bir az gelişmişlik ölçütü olarak almış ve bunun karşıtı olan psikolojizasyonu yüceltmıştır. Modernizmin indirgeyici bakış açısıyla toplumlar geliştikçe somatizasyonun azalarak tarihe karışacağı ileri sürülebilir. Son dönemde kültürel psikiyatride egemen olan post-modernist yaklaşım ise somatizasyon yönünden kültürler arasındaki farklılıkları araştırmak yerine, her kültürün somatizasyonu nasıl yaşadığını araştırmaya yönelmiştir. Bu tarzda araştırıldığı zaman, ruhsal hastalık stigmatından kaçışın bir ürünü olan ve psikodinamik açıdan evrensel özellikler gösteren somatizasyonun sürekli çehresini değiştirerek karşımıza çıktığı görülmektedir. Farklı kültürlerde farklı biçimde adlandırılan tanılarla kendini gösteren somatizasyon, Batı kültüründe de birtakım moda hastalıklar içerisine saklanmaktadır.

Her on yılda bir yeni bir isim ve yeni bir yüzle karşımıza çıkan bu hastalıklar benzer biçimde kavramsallaştırılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kellner R. Somatization: theories and research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1990; 178: 150-60.
2. Lipowski ZJ. Review of consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine, III: theoretical issues. *Psychosom Med* 1968; 30: 395-422.
3. Katon W, Ries R, Kleinman A. Part II. A prospective DSM-III study of consecutive somatization patients. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 305-14.
4. Kleinman A, Kleinman J. Somatization. The interconnections in Chinese society among culture, depressive experiences and the meanings of pain. *Culture and Depression*'da, Ed. Kleinman A, Good B. Berkeley, University of California Press, 1986.
5. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358-68.
6. Kirmayer LJ. Culture, affect and somatization, Part II. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1984; 21: 237-61.
7. Lewis-Fernandez R, Kleinman A. Culture, personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103: 67-71.
8. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine* 1986; 16: 1-7.
9. Stefansson JG, Messina JA, Meyerowitz S. Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatr Scand* 1976; 53: 119-38.
10. Singh SP, Lee AS. Conversion disorders in Nottingham: alive, but not kicking. *J Psychosom Res* 1997; 43: 425-30.
11. Katon W, Kleinman A, Rosen G ve ark. Depression and somatization: a review, parts I and II. *Am J Med* 1982; 72: 127-35 ve 241-7.
12. Sartorius N. Cross-cultural research on depression. *Psychopathology* 1986; 19: 6-11.
13. Simon GE. Somatization and psychiatric disorders. *Current Concepts of Somatization*'da, Ed. Kirmayer LJ, Robbins JM. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.
14. Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel ES ve ark. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 31-9.
15. Westermeyer J. Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 798-805.
16. Morakinyo O. Phobic states presenting as somatic complaint syndromes in Nigeria: sociocultural factors associated with diagnosis and psychotherapy. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 356-65.
17. Escobar JI, Swartz M, Rubio-Stipec M ve ark. Medically unexplained symptoms: distribution, risk factors and comorbidity. *Current Concepts of Somatization*'da, Ed. Kirmayer LJ, Robbins JM. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.

18. Leff J. *Psychiatry Around the Globe: A Transcultural View*. New York, Marcel Dekker Inc, 1981.
19. Karp DA. *Speaking of Sadness*. New York, Oxford University Press, 1996.
20. Fabrega H, Jr. Somatization in cultural and historical perspective. *Current Concepts of Somatization'da*, Ed. Kirmayer LJ, Robbins JM. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.
21. Kirmayer LJ, Robbins JM. Conclusion: prospects for research and clinical practice. *Current Concepts of Somatization'da*, Ed. Kirmayer LJ, Robbins JM. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.
22. Lewis-Fernandez R, Kleinman A. Cultural psychiatry: theoretical, clinical and research issues. *The Psychiatric Clinics of North America* 1995; 18: 433-47.
23. Leff JP. Culture and differentiation of emotional states. *Br J Psychiatry* 1973; 123: 299-306.
24. Neill JR. How psychiatric symptoms varied in World War I and II. *Mil Med* 1993; 158: 149-51.
25. Stefanis C, Markidis M, Christodoulou G. Observations on the evolution of the hysterical symptomatology. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 269-75.
26. World Health Organization: *The International Pilot Study of Schizophrenia*, Vol. 1. Geneva, WHO, 1973.
27. Nandi DN, Banerjee G, Nandi S ve ark. Is hysteria on the wane? A community survey in West Bengal, India. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 87-91.
28. Cimilli C. İki küçük kentte psikiyatrik muayenehane hekimliği. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 185-9.
29. Pierloot RA, Ngoma M. Hysterical manifestations in Africa and Europe: a comparative study. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 112-5.
30. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F ve ark. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 24-9.
31. Peng C. A comparative study of the clinical features of neurosis in urban and rural areas. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chic* 1990; 23: 6-8, 61.
32. Fukuda K, Moriyama M, Chiba T ve ark. Hysteria and urbanization. *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 1980; 34: 413-8.
33. Gureje O, Simon GE, Ustun TB ve ark. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 989-95.
34. Hiller W, Rief W, Fichter MM. Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the Somatic Symptom Index. *Psychosomatics* 1995; 36: 1-11.
35. Van Moffaert MMMP. Somatization patterns in Mediterranean migrants. *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry'de*. Ed. Okpaku SO. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998.
36. Swartz M, Landerman R, Blazer D ve ark. Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics* 1989; 30: 44-53.
37. Cimilli C. Periferde psikiyatri deneyimi. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 13-15.
38. Pennebaker JW, Watson D. The psychology of somatic symptoms. *Current Concepts of Somatization'da*, Ed. Kirmayer LJ, Robbins JM. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.
39. Alexander PJ, Joseph S, Das A. Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 177-82.
40. Zheng YP, Lin KM, Zhao JP ve ark. Comparative study of diagnostic systems: Chinese Classification of Mental Disorders-Second Edition versus DSM-III-R. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 441-9.
41. Lee S. Cultures in psychiatric nosology: the CCMD-2-R and international classification of mental disorders. *Cult Med Psychiatry* 1996; 20: 421-72.
42. Otero Ojeda AA. International classification of diseases 10th revision (ICD-10) and Latinoamerican culture. *34. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Uydu Sempozyum: Dünyada Kültür ve Tanı - Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı'nda*. İzmir, Güneş Ofset Matbaacılık, 1998.
43. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington DC, APA, 1994.
44. Fidaner H, Cimilli C. Nevrasteni, kronik yorgunluk sendromu ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4: 299-303.
45. Wessely S. Chronic fatigue syndrome: a 20th century illness? *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 suppl 3: 17-34.
46. World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva, WHO, 1993.
47. Shorter E. Multiple chemical sensitivity: pseudodisease in historical perspective. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 suppl 3: 35-42.
48. Simon GE, Katon WJ, Sparks PJ. Allergic to life: psychological factors in environmental illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 901-6.
49. Hotopf M. Seasonal affective disorder, environmental hypersensitivity and somatisation. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 246-8.
50. Gothe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. *Psychosomatics* 1995; 36: 1-11.
51. Stewart DE. The changing faces of somatization. *Psychosomatics* 1990; 31: 153-8.
52. Ford CV. Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 suppl 3: 7-16.
53. Pearson DJ, Rix KJB. Food allergy: how much in the mind? *The Lancet* 1983; 1(8336): 1259-61.
54. Maberly DJ. Psychology of multiple allergies. *BMJ* 1993; 307: 1497.
55. Ryan CM. Dysfunctional buildings or dysfunctional people. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 220-4.

