

# Somatoform Bozukluklar; Nozoloji ve Tarihçe

## SOMATOFORM DISORDERS; NOSOLOGY AND HISTORY

Süheyla ÜNAL\*

\*Prof.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, MALATYA

### Özet

*Bu makalede somatoform bozuklukları adı altında anılan hastalıkların DSM ve ICD sistemlerindeki karşılaştırmalı nozolojileri ve kısa tarihçeleri gözden geçirilmiştir. Beden ve zihin iki ayrı mekanizma olarak görmenin getirdiği nozolojik karmaşa üzerinde durularak, bütüncül bir bakışla biyopsikososyal tıp modelinin sağlık ve hastalık kavramlarına gerçek anlamda uygulanması gereği tartışılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Somatoform bozukluklar, Tarihçe, Nozoloji, Biyopsikososyal tıp modeli

T Klin Psikiyatri 1999, 1:1-6

### Summary

*In this article, histories and comparative nosologies of somatoform disorders according to ICD and DSM classification systems have been reviewed. As a result of mind-body dualism, some nosological confusion has been occurred in this area. So, it would be necessary to apply biopsychosocial medical model on health and disease concepts.*

**Key Words:** Somatoform disorders, History, Nosology, Biopsychosocial medical model

T Klin J Psychiatry 1999, 1:1-6

Beden-zihin etkileşimi bütün davranışlarımızda olduğu gibi hastalık süreçlerinde de yansımaları bulur. "Bedendeki bir bozukluk gibi" görüntü verip, temelde ruhsal ve sosyal alanda yaşanan sorunlara ilişkin yardım arama davranışı olarak tanımlayabileceğimiz somatoform bozukluklar bu yansımanın tipik bir örneğidir. Ancak bu yansıma yeterince net olmayan bir görüntü sergilemekte, bu da hekimlerin zihninde hayli karışıklığa neden olmaktadır.

Özellikle hekimin hastalık modeliyle hastanın hastalık yaşantısı arasında bir örtüşme olmadığında bu zihin karışıklığı hasta-hekim ilişkisine ve tedaviye de aktarılmaktadır. Bireyin öznel olarak yaşantıladığı bedensel duyuları, değerlendirme sürecinde hekimin nesnel olarak bulgulamaması üzerine, hastanın bu hissettiklerinin "bedeninde değil, beyinde olup bittiğini" söylemesi gerçekte

ne hasta için, ne de hekim için doyurucu bir açıklama olmaktadır (1). Hasta bir sorunla hekime başvurmuş, bir soruyla hekimin odasından ayrılmıştır; "İyi ama nasıl?, Nasıl oluyor da kafamda olup bitenler bedenimi hastalandırıyor?".

Gerçekte bu soru tıbbın önündeki en önemli sorulardan biridir. Beden-zihin etkileşimi ile ilgili bilgilerimiz yeterli olmadığı için yapmaya çalıştığımız açıklamalar varsayımdan öteye gidememektedir. Bu sorunu çözmeye yönelik kuramsal açıklama çabaları, klinik çalışmalar ve alan taramaları henüz sorunu tanıma, tanımlama ve bir yere yerleştirme konusunda bir fikir birliği oluşturamamıştır. Bu durumun tedavi sürecine olumsuz yansıması kaçınılmaz olmakta, bu alanda sorunu olan çok sayıda insan kapı kapı çare aramayı sürdürmektedir. Hem bireyin ve birlikte yaşadığı insanların yaşam kalitesine, hem de toplumun sağlık sistemine maliyeti aşırı olan bu durumun öncelikli bir sorun olarak ele alınması gereklidir.

Psikiyatri bu sorunla genellikle ikinci ya da üçüncü basamakta karşılaşılan birim olmaktadır.

**Yazışma Adresi:** Dr.Süheyla ÜNAL  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri AD, MALATYA

Öncelikle pratisyen hekime ya da beden yakınması ile ilgili uzman hekime başvuran hasta, teknolojinin tıbbı kattığı olanaklarla baştan aşağı incelenmekte, beyin yapıları da dahil olmak üzere görüntülenmektedir. Hekim bilgileri doğrultusunda hastanın belirtilerini açıklayacak veri elde edemediğinde, açıklaması yakınmalarının sinirsel olduğu şeklinde olmakta, reçetesine anksiyolitik ya da antidepressif bir ilaç ekleyerek hastayı evine göndermektedir. Yapılan açıklamadan hoşnut olmayan ve verilen ilaçtan istediği yararı görmeyen hasta yeni bir arayışla başka bir hekime başvurmakta, senaryo yeniden yaşanmaktadır. "Ben iyileşmedim doktor bey" sözleriyle sonunda yığılışı kapılan hekimin öfkeyle hastasını psikiyatriye "postalama"sı da kaçınılmaz hale gelmektedir.

"Son çare" olarak gönderilen psikiyatriden hastanın beklentisi ikilem taşımaktadır. Umudu, "bedenimle ilgili bir yakınma için psikiyatr ne yapabilir ki?" ile "demek ki sınırlarım düzelirse herşey düzelecek!" arasında salınıp durmaktadır. Psikiyatriden büyüsel bir çözüm beklemekle, hiçbir şey beklememek arasında gidip gelmektedir.

Doğrusu hastanın başvurduğu psikiyatr da bu durumdan hiç hoşnut değildir. "Tıbbın çöp tenekesi" konumuna getirilmek bir yana, artık süregenleşmiş ve bir kişilik örüntüsü ya da yaşam tarzına dönüşmüş bu "bedenselleştirme" sorunu için hastanın tedaviye katılımının oldukça azalmış olma olasılığı psikiyatrı zor duruma düşürmektedir.

Psikiyatrinin yaşadığı dışer bir güçlük de hastanın tanısını koyup, ayırıcı tanısını yaparken karşılaştığı güçlüktür. "Somatoform bozukluklar" başlığı altında yer alan hastalıkların tanımları ve yerleri sınıflandırmalarda halen kesinlik kazanmamıştır. Hastalıkları açıklama modelleri de net değildir. Kaynaşında anksiyete mi, depresyon mu olduğu tartışılmaktadır.

Bu uzun giriş somatoform bozukluklar konusunda tıbbın ve dolayısıyla hekimin "kafa karışıklığı"ni vurgulamak içindi. Yazımızın temel konusu "bedende yansımaları bulan ruhsal sorunların" tanımı, adlandırılması ve sınıflandırmadaki konumlanması ile ilişkili tarihsel süreçtir. Belki de insanlık tarihi kadar eski bir soruna psikiyatrinin çözüm arama çabasının öyküsüdür.

Hekimler 4000 yıldan beri hastalarının açıklanamayan fiziksel belirtileriyle ilgilenmektedir.

M.Ö 1900 yıllarında yazılmış olan Kahun tabletlerinde birçok hastalığa "uterusun yer deşıştırıp, başka organların yerini alması"nın neden olduğu ileri sürülmüştür (2). Uterusun Yunanca karşılığı olan "histeri" de benzeri bir anlam yüklenmektedir. Hipokrat ve Galen birçok fiziksel belirtinin cinsel perhizle ilgili olduğunu iddia etmişlerdir (3). 18. yüzyılın sonlarına kadar "histeri", "hipokondriyazis" ve "melankoli" kavramları az çok örtüşen biçimlerde ve benzer olguları tanımlamak amacıyla kullanılmışlardır (1). Sydenham 1682'de histerinin bedensel ve ruhsal belirtilerini tanımlayarak bunun kadınlara özgü bir hastalık olduğunu, erkeklerdeki karşılığının ise hipokondriyazis olduğunu ve bunların hayvansal ruhların düzensizliğinin yol açtığı zihin-beden dengesizliğinden ortaya çıktığını söylemiştir. Daha sonraki yıllarda da Sims histeri, hipokondriyazis ve melankoliyi birbirinden ayıran tanımlar yapmıştır (4).

Son iki yüzyıl boyunca histeri ve hipokondriyazis kavramlarına yüklenen anlamlar sürekli deşışmiştir. "Histeri", 19. yüzyılın ikinci yarısında Briquet, Charcot, Janet, Freud'un çalışmaları ile önem kazanırken hipokondriyazis Charcot'un öncülüğünde yaygınlaşan "nevrazeni" kavramı ile popülerliğini yitirmiştir. Freud'un anksiyete durumlarını, fobileri ve obsesyonları tanımlamasıyla, nevrazeni tanısı alan hastaların sayısı azalmış, daha sonra o da DSM sisteminden çıkarılmıştır (5).

Psikiyatrinin depo hastanelerden kurtulup, genel hastanelerde ve temel sağlık hizmetlerinde yer almaya başlaması, onun genel tıpla ilişkisinin artmasına ve bedensel hastalıklarla ruhsal yakınmalar arasındaki ilişkiyi yakından görmesine neden olmuştur. DSM-III'ün (6) getirdiği en önemli yeniliklerden birisi bedensel yakınmalarla giden psikiyatrik bozuklukları "somatoform bozukluklar" başlığı altında toplaması olmuştur (7). DSM-III sınıflandırmasında, DSM-II'deki (8) nevrozlar kavramı bırakılarak yerini anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, somatoform bozukluklar ve duygulanım bozukluğu tanı grupları almış, somatoform bozukluk ve alt grupları tanımlanırken büyük ölçüde Sydenham'ın histeri-hipokondriyazis kavramlarından yararlanılmıştır. Hipokondriyazis yeniden psikiyatrik sınıflandırmada yerini alırken, kavram karışıklığına neden olan histeri terimi bir kenara bırakılarak, somatizasyon, konversiyon, psikojenik aşrı kavramları ile parçalara ayrılmıştır (9).

**Tablo 1.** DSM-IV ve ICD-10'a göre somatoform bozuklukları alt grupları

ICD-10		DSM-IV	
F45.0	Somatizasyon bozukluğu	300.81	Somatizasyon bozukluğu
F45.1	Ayrılaşmamış somatoform bozukluğu	300.81	Ayrılaşmamış somatoform bozukluğu
F45.2	Hipokondriyak bozukluk	300.7	Hipokondriyazis
F45.3	Somatoform otonomik işlev bozukluğu		Böyle bir alt grup bulunmamakta
F45.4	İnatçı aşrı bozukluğu	307.80	Ruhsal etkenlerle ilişkili aşrı bozukluğu (ve genel tıbbi durumlarla ilişkili-307.89)
F45.8	Dışer somatoform bozukluklar	300.81	Başka şekilde sınıflandırılmamış somatoform bozukluklar
	Böyle bir alt grup bulunmamakta	300.7	Beden dismorfik bozukluk
	Böyle bir alt grup bulunmamakta	300.11	Konversiyon bozukluğu
F48.0	Nevrasteni		Böyle bir alt grup bulunmamakta

DSM-III-R sınıflandırmasında (10) somatoform bozukluklar grubuna beden dismorfik bozukluğu dahil edilmiş, ayrıca dışer alt tiplerin tanımlayıcı ölçütleri gözden geçirilmiştir. DSM-IV hazırlıkları yapılırken bazı bozuklukların dışer tanı grupları ile ortak klinik özelliklere sahip olması, ayırıcı tanı sınırlarının daha iyi belirlenebilmesi için bunların somatoform tanı grubundan çıkarılması olasılığı gündeme gelmiştir. Örneğin beden dismorfik bozukluğun sanrsal bozukluklar, hipokondriyazisin anksiyete bozuklukları, konversiyon bozukluğunun da dissosiyatif bozukluklar içinde yer alması önerilmiştir (7). Ancak DSM-IV son şeklini aldığında ortak etiyoloji ve mekanizmalardan çok, klinik kullanımla ilgili özelliklerin ölçüt alındışı, büyük çapta deşışikliklere gidilmediş görülmüştür (11,12). Somatoform aşrı bozukluğu adı "ruhsal etkenlerle ilişkili aşrı bozukluğu" olarak deşıştıriliş, akut ve süregen olmak üzere iki gruba ayrılmış, nevrasteni "ayrılaşmamış somatoform bozukluklar" olarak sınıflandırılmıştır. Somatizasyon bozukluğu tanısı için gereken belirti sayısı daha akılcı bir çerçeveye çekilmiştir (13).

ICD-10 (14) tanı sisteminde DSM-III ya da DSM-III-R'a benzer şekilde bedensel yakınmalarla başvuran hastaların alabilecekleri tanılar "somatoform bozukluklar" başlışı altında toplanmaya çalışılmıştır. "Briquet sendromu" burada da yerini somatizasyon bozukluşuna bırakmış, "psikosomatik" ya da "psikofizyolojik" sendromlar "somatoform otonomik disfonksiyon" başlışı altında somatoform bozukluklara dahil edilmiştir. Konversiyon bozukluşu somatoform bozukluşu grubundan çıkarılarak dissosiyatif bozukluklar

grubu içine alınmış, nevrasteni de "dışer nevroitik bozukluklar" grubuna alınmıştır. Beden dismorfik bozukluk ayrıca tanımlanmamış, hipokondriyak bozukluk içinde deşerlendirilmiştir (12,13,15).

Tablo 1 incelendişinde her iki sınıflandırma sisteminde ortak tanı gruplarının olduşu, ancak farklı olan ve bu tanı kategorisinde deşerlendirilmeyen hastalıklar olduşu da görülmektedir.

Somatoform bozukluklar içinde adı geçen bu hastalıkların tarihçelerine ve nozolojilerine daha yakından bakmak gerekirse;

### Somatizasyon Bozukluşu

Somatizasyon bozukluşunun tarihçesi oldukça karışık. Uzun yıllar "histeri" ile birlikte anılmış, Briquet'in çok semptomlu histeri olarak tanımladışu klinik sendroma (Briquet Sendromu) DSM-III'de yeni bir isim verilmesiyle somatizasyon bozukluşu sınıflandırmada histeriden ayrı olarak yer almışır. DSM-III'de belirti sayısı ve grupları yeniden gözden geçirilmiş, DSM-IV'te de tanı kriterleri daha basite indirgenmiştir. Buna göre dört belirti grubunun herbirinden bir ya da daha fazla belirti bulunması tanı koydurmaktadır.

ICD-10'da ise somatizasyon bozukluşu için tanı ölçütleri fiziksel olarak yeterince açıklanamayan en az iki yıl süren birden fazla fiziksel belirtinin varlışı, önerileri sürekli reddetme ve işlevsellikte bozulmanın olmasıdır (14).

Organik bir patoloji olmaksızın çok sayıda fiziksel yakınmanın varlışı, hasta olduşu inancı ve bu nedenle saşaltım arayışu, toplumsal, mesleki ya

**Tablo 2.** DSM-IV ve ICD-10'da somatoform bozukluk tanı ölçütleri

ICD-10	DSM-IV
F45.0 Somatizasyon bozukluğu -En az iki yıllık öykü -Aşağıdaki grupların iki veya daha fazlasından toplam 6 ya da daha fazla belirtinin varlığı; sindirim, dolaşım, genitoüriner, deri, aşırı	300.81 Somatizasyon bozukluğu -30 yaşından önce başlama öyküsü -Aşağıdaki belirtilerden 8'inin varlığı; 4 aşırı belirtisi, 2 sindirim sistemi, 1 cinsel ve 1 yalancı nörolojik (konversiyon) belirtisi
F45.2 Hipokondriyak bozukluk  -Maksimum 2 ciddi fiziksel hastalığın varlığına dair ısrarlı inanç ya da varsayılan bir fizik kusur ile inatçı bir uşraş hali (beden dismorfik bozukluk)	300.7 Hipokondriyazis  -Ciddi bir hastalığı olduğuna dair sarsılmaz bir inanç veya korku duygusu ile aşırı uşraş -Görünümle ilgili kayıplarla sınırlanmayan ve sanrısız bir yorgunluk taşımayan uşraş
Böyle bir alt grup bulunmamakta Hipokondriyak bozukluk içinde yer almakta	300.7 Beden dismorfik bozukluk -Görünümdeki imgesel bir bozuklukla aşırı uşraş durumu
Böyle bir alt grup bulunmamakta Dissosiyatif (konversiyon) bozukluk içinde yer almakta	300.11 Konversiyon bozukluğu -İstemli motor ya da duysal işlevleri etkileyen bir ya da daha fazla belirti ya da defisit -Belirti ya da defisit ile ilişkili olduğu düşünülen ruhsal etkenler

*Janca ve ark. 1995'den alınmıştır.*

da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma, genel tıbbi bir durum olsa bile yakınmaların şiddeti ve sonuçlarının beklenenden fazla olması DSM-IV ve ICD-10'da somatizasyon bozukluğunun ortak tanı ölçütleridir. DSM-IV'te yakınmaların 30 yaş altında başlaması kriterine karşılık, ICD-10'da başlama yaşına ait bir kriter yoktur, fakat en az iki yıldır belirtilerin sürmesi gerekmektedir (11,14,16).

### Ayrılaşmamış Somatizasyon Bozukluğu

DSM-III-R'de somatizasyon bozukluğu ölçütlerinin fiziksel belirtileri olan bazı hasta gruplarını kapsamaması gözönüne alınarak bu tanı sınıfı eklenmiştir. Eşikaltı belirti gruplarını bu isim altında toplamak özellikle genel tıp ortamlarında karşılaşılan bu hastaları tanımlamada yardımcı olmaktadır. ICD-10'da da benzeri ölçütlerle yer almaktadır.

### Hipokondriyazis

Çok eski çağlardan beri bilinen bu hastalık "hipokondriyum" bölgesi olarak bilinen karındaki bedensel yakınmaları tanımlamaktaydı. 1920'li yıllarda Gillespie hastalığın ilk modern tanımını yapmıştır. DSM-I'de (17) yer alan hipokondriyazis DSM-II'de (8) hipokondriyak nevroz olarak isimlendirilmiştir. DSM-III'deki tanı kriterleri

Pilowski'nin birincil hipokondriyazis tanımıyla uyumaktadır (18). DSM-IV'de tanı ölçütleri yeniden gözden geçirilmiş ve hastanın o anki epizod sırasında içgörüsünün zayıf olması gereği eklenmiştir. ICD-10 tanı ölçütleri DSM-IV'le hemen aynıdır.

### Somatoform Otonomik İşlev Bozukluğu

ICD-10'da yer alan bu tanı grubu DSM-IV taslaklarında otonomik uyarılma bozuklukları adı altında önerilmekle birlikte DSM-IV'te yer almamıştır. Bu tanı grubunda belirtiler tamamen ya da kısmen otonom sinir sisteminin kontrolü altında olan organların veya sistemlerin fiziksel hastalıklarına bağlı gibidir. Örn; kalp nevrozu, psikojenik hiperventilasyon, gastrik nevroz vs. (14).

### Aşırı Bozukluğu

Aşırı ile ilgili psikiyatrik belirtiler DSM-III'e "psikojenik aşırı" olarak girerken, ICD-9'da "psikalji" olarak adlandırılmıştır. DSM-III-R'de "somatoform aşırı bozukluğu" adı değiştirilmiş, DSM-IV'te daha daraltılmış bir tanımlama ile aşırının derecesine değil, ruhsal etkenlerin başlangıç ve gidişe katkısına önem verilmiştir. Ruhsal etkenlerin eşlik ettiği aşırı bozukluğu, hem ruhsal etkenlerin, hem genel tıbbi bir durumun eşlik ettiği aşırı

bozukluğu ve genel tıbbi bir durumun eşlik ettiği aşırı bozukluğu olmak üzere üç alt tipe ayrılmıştır. ICD-10 aşırı alt gruplara ayırmamakla birlikte, ruhsal etkenlerle ilişkisine işaret etmektedir (16,19).

### **Başka Şekilde Sınıflandırılmamış Somatoform Bozukluklar**

Ayrılaşmamış somatoform bozukluklar gibi kalıntı bir tanı grubudur. DSM-IV'te diğer tanı gruplarını karşılamayan bazı somatoform belirtileri kapsar. Örn; yalancı gebelik, altı aydan daha kısa süren psikotik olmayan hipokondriyak belirtiler gibi (11). ICD-10 ise "diğer somatoform bozukluklar" kategorisini kullanmakta, bedeninin otonom sinir sistemi ile ilgili olmayan özel sistemleri ya da kısımları ile sınırlı belirtileri bir gruba almaktadır. Örn; globus histerikus, disfaji, psikojenik tortikolis, psikojenik pruritis gibi (14).

### **Beden Dismorfik Bozukluk**

Kraepelin'in kompulsif bir nevroz olarak tanımladığı bu bozukluğu Janet bedenden utanma obsesyonu olarak isimlendirilmiştir. Freud'un ünlü "kurt adam" vakası burnunun uzunluğu ile obsesif tarzda uğraşmaktaydı. DSM-III'e atipik somatoform bozukluğun bir şekli olarak "dismorfofobi" olarak girmiş, DSM-IV'te ise "beden dismorfik bozukluk" olarak değiştirilmiştir. Dismorfofobi bedenle ilgili olarak fobik kaçınmaya işaret eden bir davranış kalıbına işaret ederken, beden dismorfik bozukluk hastanın görünümü ile ilgili imgesel bir defektle sanrısız ya da sanrısız olmayan bir düzeyde uğraşıyor olmasını tanımlamaktadır (19).

### **Konversiyon Bozukluğu**

İlk kez Freud ve Breuer tarafından kullanılan "konversiyon" terimi, DSM-I'de "konversiyon reaksiyonu" olarak adlandırılmıştır (17). Bu tanı kategorisinde bireyin önemli yaşam olaylarıyla ilişkili bilinçdışı sembolizme ve hasta rolüyle elde edilen ikincil kazançla değişmektedir. DSM-II'de "histerik psikonevroz, konversiyon tipi" olarak adı değiştirilmiş ve "güzel aldırılmazlık" belirtisine özel bir önem verilmiştir. DSM-III'de psikojenik aşırı bozukluğu buradan çıkarılarak ayrıca tanımlanmıştır. DSM-III-R'de tanı ölçütlerinde herhangi bir değişiklik yapılmamış, DSM-IV'de bilinçdışı

mekanizmalara ve psikodinamiklere atfedilen belirti üretimi gibi etiyolojiye dayalı bir tanım yerine, "psikolojik etkenlerle ilişkili görünen çatışma ya da stresin öncülük ettiği belirti ve defisitler" tanı ölçütü getirilmiştir. ICD-9 hem "konversiyon" hem de "disosiyatif olgu"ları içeren "histeri" deyimini kullanmış, ICD-10 ise konversiyon bozukluğunu "disosiyatif bozukluklar" grubuna kaydırmıştır (19).

### **Nevrasteni**

DSM-I'de "psikolojik sinir sistemi reaksiyonu", DSM-II'de "nevrastenik nevroz" olarak isimlendirilen bu tablo, daha sonra DSM sisteminde çıkarılmıştır. ICD-10'da "başka nevroitik bozukluklar" grubunda yer almakta ve kronik yorgunluk belirtilerini taşımaktadır (19).

### **Sonuç**

Her ne kadar biyopsikososyal tıp modelini biyomedikal tıp modeli yerine geçirme çabaları gösterilmekte ise de, hastalık-sağlık, zihin-beden, psikojenik-organik ayrımının süregelmesi, tıbbın halen Descartes'in dualistik düşüncesinin etkisi altında olduğunu düşündürmektedir (20). Beden ile zihin arasındaki karşılıklı ilişkiler için getirilen açıklamalar da bu ikilikten uzun açıklamalar değildir. Tıbbi hastalık karşıtı psikiyatrik hastalık anlayışı özellikle somatoform ve psikosomatik hastalıkları anlamamızı güçleştirmektedir. Yazının girişinde sözü edilen "kafa karışıklığı"nın nedeni belki de bizim bedenle zihni birbirinden ayırma mekanizmaları şeklinde düşünme alışkanlığımızdır. Sağlık ve hastalığı, beden ile zihni bütüncül bir süreç içinde görmeyi başardığımızda belki de bu karışıklık sona erecektir.

### **KAYNAKLAR**

1. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-68.
2. Jones MM. Conversion reaction: anachronism or evolutionary form? A review of the neurologic, behavioral and psychoanalytic literature. *Psychol Bull* 1980; 87:427-41.
3. Nemiah JC. Somatoform disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985:924-42.
4. Nemiah JC. Somatoform disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, Cilt I*. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980:924-6.



5. Çermik Ö. Kadın hastalarda somatizasyon: Çok yönlü bir değerlendirme. Uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, 1993:4-6.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3.baskı. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1980.
7. Cloninger CR, Yutzky S. Somatoform and dissociative disorders: A summary of changes for DSM-IV. In: Dunner DL, ed. Current Psychiatric Therapy. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993:310-3.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1968.
9. Hyler SE, Spitzer RI. Hysteria split asunder. Am J Psychiatry 1978; 135:1500-4.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3.baskı. Revised Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1987.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV.baskı. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1994.
12. Şaşduyu A. Somatizasyon nedir? Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 5(4):257-64.
13. Janca A, Isaac M, Costa e Silva JA. World Health Organization International Study of Somatoform Disorders: Background and Rationale. Eur J Psychiatr 1995; 9(2): 100-10.
14. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. Cenevre. Medikomat, Ankara, 1992.
15. Bass C. Somatoform disorders: aspects of liaison psychiatry. Curr Opin in Psychiatry 1993; 6:210-5.
16. Alptekin G, Elbi H. Somatizasyon bozukluğu ile benzeşen fiziksel semptomlar. 3P Dergisi 1998; 6(1):42-8.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, APA 1952.
18. Pilowski I. Primary and secondary hypochondriasis. Acta Psychiatr Scand 1970; 46:273.
19. Guggenheim FG, Smith GR. Somatoform Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Cilt I. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995:1251-70.
20. Brown TM. Cartesian dualism and psychosomatics. Psychosomatics 1989; 30(3):322-31.