

YAŞLILIK DÖNEMİNDE SOMATİZASYONUN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ

Doç. Dr. Suzan Özer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Farklı şekillerde kavramsallaştırılabilecek olan somatizasyon davranışı, temel olarak strese karşı bir yanıt verme yoludur. Sadece DSM-IV'te tanımlanan somatoform bozukluklarda (bkz Tablo 1) görülmez; bu sınıflandırma sisteminde yer alan duygudurum bozuklukları, bunaltı bozuklukları ya da psikotik bozukluklar gibi pek çok eksen I tanısına eşlik edebilir. Önemli bir stres karşısında geçici olarak da görülebilir. İlk kez Steckel tarafından 1925'te tariflenmiştir. Steckel somatizasyonu, psikik çatışmaları ifade eden fiziksel belirtiler ("bedensel belirtilere yol açan derin yerleşimli növroz") şeklinde tanımlamaktadır (akt.Mai 2004).

Psikolojik sıkıntının bedensel bulgular biçiminde yaşanması ve ifade edilmesi şeklinde tanımlanabildiği gibi, psikolojik sıkıntının farkındalığına veya ifadesine karşı bir savunma mekanizması olduğu da düşünülmektedir (Sayar ve Ak 2001, Kirmayer ve Young 1998).

Katon ve arkadaşları (1984), somatizasyonu, psikososyal ve emosyonel (duygusal) sorunların bedensel belirtiler üzerinden açığa vurulduğu bir çeşit sıkıntı ifadesi olarak tanımlamıştır. Kirmayer 1986'da, somatizasyonun tek başına bağımsız klinik bir tablo olmadığını ve tek bir patolojik süreçle açıklanamayacağını söylemiş, bu durumun farklı tanı kategorileriyle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (akt Kirmayer ve Young 1998). Aslında somatizasyonu kategorik bir psikiyatrik tanı ya da psikolojik bir genetik özellik olarak değil, psikofizyolojik bir süreç olarak tanımlamanın daha uygun olacağı da öne sürülmüştür (Sullivan ve Katon 1993). Değişik tanımlamalar içerisinde en sık tekrarlayan ifade, somatizasyonun bedensel bir hastalık ile açıklanamayan fizik belirtilerle seyrettiğidir. Psikososyal veya emosyonel sorunlar bedensel belirtilerle ifade edilir; bu belirtiler bedensel bir hastalığa bağlanarak yorumlanır ve tıbbi yardım aranır (Ford 1986). Lipowski (1988) somatizasyonu "psikiyatri ile tıbbın diğer disiplinleri arasında yagın ve büyük oranda çözülmemiş bir sorun" şeklinde ta-

nımlamaktadır. Somatizasyon bazı yazarlar tarafından çeşitli semptomların bireyler arasında farklı farklı algılanıp, değerlendirilerek bu algı ve değerlendirmelere uygun davranışların gösterilmesinden oluşan ve birbiri ile örtüşen en az üç, farklı hastalık davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır (Mechanic 1962). Uygulama alanına geçirilen bu üç form şöyle sınıflandırılabilir: 1) Pek çok fizyolojik sistemde tıbben açıklanamayan şiddetli düzeydeki belirti 2) Objektif olarak belirlenen hastalıktan beklenenden daha fazla somatik aşırı uğraş ve hastalık endişesi 3) Depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların ağırlıklı olarak ya da tamamen somatik klinik belirtilerle sergilenmesi (Atkinson ve ark 1991, Katon ve ark 1985, Kirmayer ve Robbins 1991).

Somatizasyon davranışlarının şiddeti, belli bir eşğin üzerinde ise kişinin sıkıntı hissetmesine, sosyal ve mesleki işlevselliğinin bozulmasına neden olur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha sık görülmekle birlikte, tıbbi bakımın her basamağında bu şikayetleri olan hastalara rastlanabilir. Somatizasyonla ilişkili durumlara, fiziksel bir hastalık olarak yanlış tanı konması ve tedavi edilmesi sıklıdır. Hekimlerin zamanının önemli bir bölümünü, bu hasta grubu ile ilgili tetkik ve tedavi sürecine ayırdığı, sağlık harcamalarının %10-20 gibi bir kısmının somatizasyonu ve hipokondriyak endişeleri olan hastalara yönlendirildiği bildirilmektedir (Kellner, 1991, Bass ve ark 2001).

Yaşlı bireylerde somatizasyon ayrıntılı olarak araştırılmamıştır. Bazı klinik gözlemler ve kısıtlı sayıda araştırmadan elde edilen bilgi, eskiden "involusyonel melankoli" diye adlandırılan yaşlılık çağı depresyonunda, hipokondriyak ve diğer somatik yakınmaların daha fazla olduğunu düşündürmektedir (Brown ve ark 1984). Yaşlılarda da gençler gibi depresyon somatik işlevleri etkiler ama yaşlılar bu somatik yakınmaları daha fazla dile getirir. Yaşlılık depresyonu ve somatizasyon arasındaki yakın bağ somatizasyonun altında "maskeli depresyon"un yattığına ilişkin eski görüş üzerine

inşa edilmiştir (Goldfarb 1967). Ancak bu görüş sistematik olarak değerlendirilmemiştir. Yaşlılarda somatik yakınmaların ön planda olabildiği psikiyatrik bozuklukların görünümü ile ilgili de bilgi eksikliği vardır. Öte yandan ilişkili bir diğer konu yaşlılık çağında bedensel hastalıkların, dolayısı ile bedensel yakınmaların artması ve bu hastalıkların da psikiyatrik bozuklukların görülme riskini artırabilmesidir.

İleri yaşta somatizasyonla ilgili epidemiyolojik veriler

Beklenenin aksine ileri yaş fiziksel yakınma bildirmenin arttığı bir dönem olmayabilir. Bu alanda yapılan çalışmaların değerlendirildiği bir gözden geçirmede çoğu çalışmada yaşla somatizasyon belirtileri arasında ilişki saptanmadığı, daha azında zayıf bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (Sheehan ve Banerjee 1999). Almanya'dan bildirilen bir çalışma ise böyle bir ilişkiye ait kuvvetli veriler sunmaktadır (Fahrenberg 1995). ECA (Epidemiological Catchment Area) adlı büyük örneklemli (n=3132) bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu ya da belirtilerinin sıklığı araştırılmış, ancak genel olarak yaşlılarda artış saptanmamış, öte yandan depresyonu olan yaşlı erkeklerde sıklığın yüksek olduğu gözlenmiştir (Escobar ve ark 1987). Yine büyük bir örnekleme (n=363) artan yaşla ilişkisi gösterilememiştir (Kirmayer ve Robbins 1996). Bu alandaki en önemli uluslararası epidemiyolojik çalışmada (n=25916) ise Avrupa'daki bazı şehirlerle kısıtlı olmak üzere, artan yaşla zayıf bir ilişki saptanmıştır (Gureje ve ark 1997). Yine yaşla somatizasyon arasında ilişki olmadığını saptayan bir diğer çalışmada ise yaşlı somatizasyon hastalarının tıbbi hizmetleri genç somatizasyon hastalarından daha fazla kullanmadığı bildirilmiştir (Pribor ve ark 1994).

Sadece yaşlı hastaları dahil eden somatizasyon araştırmaları çok az sayıdadır. Larson (1978) bir gözden geçirme yazısında ilgili çalışmaların sonuçlarının, sağlığın öznel olarak yorumlanmasının, yaşamdan hoşnutluğu yordamada, nesnel değerlendirilene göre daha fazla önem taşıdığını gösterdiğini bildirmiştir. Yetmiş yaş üzerindeki Finli hastalarda (n=106) aşırı bedensel endişenin hastaların %14'ünde görüldüğü belirlenmiştir (Stenback ve ark 1978). Larkin ve arkadaşlarının (1992) bir çalışmasında yaşlı bireylerden oluşan bir toplum örnekleminde (n=1070) hipokondriyak nevrozun %0.4 sıklığında olduğu ve 3 yıl boyunca devam ettiği gözlenmiştir.

Yaşlı örneklemelerde somatizasyon bozukluğu sıklığı ile ilgili çok farklı oranlar bulunmaktadır. Psikiyatri, diğer tıbbi klinikler ve birinci basamağa başvuran 55 yaş üzerindeki kadın hastalardan oluşan bir örnekleme DSM-III-R somatizasyon bozukluğu oranı %36.1 olarak saptanmıştır (Pribor ve ark 1994). ECA çalışmasında ise (Escobar ve ark 1991) DSM-III

somatizasyon bozukluğu % 0.1, az sayıda semptomla belirlenen somatizasyon hastalarının oranı %11 olarak bildirilmektedir. Örnekleme, somatizasyonun tanımlanmasındaki ve kullanılan ölçeklerdeki farklılıkların bu değişikliklerden sorumlu olabileceği düşünülmektedir (Sheehan ve Banerjee 1999).

Sadece psikiyatrik örneklemelere odaklanan çalışmalar, depresyonu olan yaşlı hastalarda somatizasyon sıklığını değerlendirmektedirler. Nitekim depresyonu olan yaşlı hastalar depresyonu olmayanlara göre daha fazla tıbbi hizmet almakta ve psikiyatriden daha çok diğer tıbbi alanlarla ilgili yardım aramaya meyilli olmaktadır (Koenig ve Kuchibhalta 1998).

Genel olarak somatizasyon belirtileri ile sergilenen depresyonun kadınlarda, düşük sosyoekonomik seviyede daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Nimnuan ve ark 2001). Yine uluslararası (14 ülke ve 5 kıta için) rakamlara bakıldığında ağırlıklı olarak somatik belirtilerle sergilenen depresyon %45-95 arasındadır (Simon ve ark 1999).

Depresyonu olan yaşlı hastalarda depresyonu olmayanlara göre daha fazla somatik yakınma görüldüğü düşünülmektedir (Lyness ve ark 1993) Depresyonu olan yaşlı kadın hastalarda en sık hangi yakınmaların bildirildiğini araştıran eski bir çalışmada ağız kuruluğu, kabızlık gibi otonomik semptomlar ve yorgunluğun ön planda görüldüğü bildirilmiş (Witenhorn ve Buhler 1979). Bu çalışmada depresyon tedavisi ile bunların şiddetinde anlamlı düşme kaydedildiği de eklenmektedir. Öte yandan başka bir çalışmada ilaç kullanmayan yaşlı depresyon hastalarında somatik semptom artışı saptanmamıştır (Mathew ve ark 1981).

Bir çalışmada da geç başlangıçlı depresyonun somatizasyon belirtileri için yordayıcı olduğu bildirilmiştir. Geç başlangıçlı depresyonda, erken başlangıçlı depresyona göre daha fazla somatizasyon, hipokondriyak yakınma, daha az libido kaybı, suçluluk duygusu ve intihar düşüncesinin olduğu gözlenmiştir. Öte yandan başlangıç yaşından bağımsız olarak 50 yaş üzerindeki hastaların depresyonunda hipokondriyak belirtilerin, başlangıç uykusuzluğunun ve ajitasyonun, 50 yaş altındaki hastalara göre daha fazla olduğu da aynı çalışmada bildirilmiştir (Brown ve ark 1984).

Bir diğer çalışmada yaşlıların bir hastalık tanımlamak için, hafif ve müphem semptomları gençlere göre daha az kullandıkları da bildirilmiştir (Leventhal, ve ark 1986). Bununla bağlantılı olarak, Costa ve arkadaşları (1980) somatizasyonu, öznel ölçümü mümkün olan nörotisizm denilen bir kişilik özelliğinin, yaştan daha kuvvetli olarak yordadığını öne sürmüşlerdir. Nörotisizm genel olarak agresif tutumlar, depres-

yon ve anksiyeteye yatkınlık ve strese duyarlılıkla ilişkili bir kişilik boyutudur ("dimension"). Costa ve ark (1987) insanların yaşlandıkça tıbbi hastalıklarının arttığını, genetik alt yapıya sahip özelliklerden oluşan kişiliklerinin ise değişmeyeceğini, yani yaşlandıkça bu nedenle hipokondriyak hale gelmeyeceklerini öne sürmüşlerdir. Somatizasyon yaşam boyu devam eden yapısal bir özelliktir. Aslında yaşlı ve genç somatizasyon bozukluğu hastaları arasında demografik faktörler, sağlık hizmeti için başvurma sıklığı, tıbbi yardım arama davranışı açısından fark olmadığını gösteren çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir (Pribor ve ark 1994).

Bunun dışında genel olarak pek çok çalışma yaşlı depresyon hastalarında somatizasyonun sık olduğunu bildirmiştir (Elkowitz ve Virginia 1980, Steuer ve ark 1980, Waxman ve ark 1985, Gouvia ve ark 1986, Kramer-Ginsberg ve ark 1989). Somatik belirtilerin ayrıca anksiyete ile de bağıntılı bulunduğu bildirilmektedir (Kramer-Ginsberg ve ark 1989, Gouvia ve ark 1986). Nitekim daha yeni bir çalışmada yaşlı panik hastalarında genç panik hastalarına göre somatizasyon bozukluğunun daha sık komorbid olduğu saptanmıştır (Sheik ve ark 1998). Genel olarak şiddetli anksiyete durumunda somatik aşırı uğraşlara sık rastlanmaktadır.

Çalışmaların bazılarında ise somatizasyonun, ayrıca nesnel fiziksel hastalığın şiddeti ile de bağıntılı olduğu bildirilmektedir (Steuer ve ark 1980, Waxman ve ark 1985, Gouvia ve ark 1986).

Özet olarak depresyonu olan yaşlı hastalarda somatizasyon sık gibi görünmektedir. Öte yandan literatürden çıkarılabilecek bir diğer sonuç, tıbbi hastalık bulunduğu da somatizasyonun bulunma olasılığının yüksek olacağıdır.

Bedensel hastalık, bedensel yakınma ve psikiyatrik hastalık

Bedensel hastalık, gençlerde olduğu gibi yaşlılarda da psikiyatrik hastalık gelişmesi ile ilgili riski artırmaktadır. Bu alanda yapılmış pek çok çalışma vardır. Djernes (2006) titiz bir gözden geçirmede bedensel hastalıkların depresyonu kuvvetle yordadığını bildirmiştir. Ayrıca bedensel hastalıkların depresyonun ya da depresif semptomların sürekliliğiyle de bağıntısı olduğu, aynı gözden geçirmede vurgulanmıştır

Elli beş-85 yaş arasında çeşitli kronik bedensel hastalıkları olan 3076 hastadan oluşan toplum tabanlı bir örnekleme, psikolojik durum değerlendirilmiş ve kronik hastalığı daha çok olanlarda, daha şiddetli depresif semptom ve anksiyete olduğu saptanmıştır (Penninx ve ark 1996). Yani daha çok hastalığı

olan yaşlılarda psikolojik sıkıntı düzeyi de daha yüksek bulunmaktadır. Bu çalışmada 8 farklı kronik hastalık grubu değerlendirilmiş ve osteoartrit, romatoid artrit ve inmesi olan hastalarda psikolojik sıkıntının sıklığı daha fazla bulunmuştur.

Bir başka çalışmada kronik bedensel hastalıkları (inme, eklem ve kalp hastalıkları, inkontinans, AC hastalıkları, ateroskleroz) olan yaşlı hastalarda anksiyete komorbiditesi yüksek olarak bulunmuştur (van Balkom ve ark 2000).

Yaşlılarda kronik bedensel hastalıklar sık olduğu için bedensel yakınmalara daha sık rastlanmakta bunları da somatizasyondan ayırt etmek daha güç olmaktadır. Bedensel yakınması olan hastalarda depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların eşlik etme oranının yüksek olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Somatik yakınma neden psikiyatrik bozukluğun atlanmasına neden oluyor?

Araştırmalar ağırlıklı olarak somatik belirtilerle sergilenen depresyonun psikolojik belirtilerle sergilenen depresyona göre tanınabilme olasılığının daha az olduğunu göstermektedir (Kirmayer ve ark 1993, Tylee ve Gandhi 2005). Birinci basamak hekimleri sıklıkla organik hastalıkları araştırmakta ve gençlerde (Aragones ve ark 2004) ve özellikle yaşlılarda (Wijeratne ve ark 2003) depresyon tanısını göz önüne almadıklarından birinci basamakta depresyon atlanmakta ve tedavimsiz kalmaktadır. Bogner ve arkadaşları (2009) öne sürdükleri modelde, birinci basamakta depresyon ve/veya somatizasyonun tanınmasını, hekimlerin uygulamadaki tutumları ve tecrübeleri ile hasta özellikleri arasındaki ilişkinin etkilediğini bildirmektedirler. Bu yazarlar yaşlı hastalardan oluşan 355 kişilik bir örnekleme, somatik semptomların hem kadın hem de erkeklerde depresyonun tanınması için bir engel oluşturduğunu saptamışlardır. Somatik semptomlar özellikle tetkik edilmeleri ve araştırılmaları uzun bir zaman aldığına, bir anlamda hekimin dikkati ve zamanı için yarışarak depresyonun saptanmasını önlemektedir.

Wijeratne ve arkadaşları (2003) çeşitli açılardan geriyatrik psikiyatri disiplinin ileri yaşta somatoform bozukluklarla ilgili "ihmal"ini gözden geçirdiği yazısında nedenlerden biri olarak tanı ve sınıflandırma sisteminin sorunlarını ve ilgili ölçütlerin uygulanmasındaki güçlükleri göstermektedir. Örneğin somatizasyon bozukluğundaki psödonörotik belirtiler ya da ağrı ve güçsüzlük gibi belirtilerin yaşlılarda zaten görülebileceğini ve bu ölçütlerin yaş ve eşlik eden tıbbi komorbidite göz önüne alınarak yeniden uyarlanması gerektiğini öne sürmektedir. Bunu yaparken de yaşlılarda toplum örnekleminde psikiyatrik hastalık taranırken fizik hastalıkların ve yeti-

yitiminin yarattığı yanlılığı araştıran çalışmaların (Grayson ve ark 2000) verilerinde yararlanılmasını önermektedir.

Somatik yakınma olduğunda tedavi

Tedavide kısıtlı durumlarda antidepresan ilaçlardan fayda görülmektedir. Fibromiyalji ya da ağrı gibi bazı durumlarda etkin olabilmektedirler (O'Malley ve ark 1999). İlgili çalışmaların birinci basamağa yönelik sonuçları ise bilinmemektedir. Somatoform bozukluk temelinde düşünüldüğünde özgül bir farmakoterapiden söz edilememektedir. Genel olarak somatoform bozukluklarda ve ağrı gibi durumlarda etkin olduğu kanıtlanmış bilişsel davranışçı terapinin yine birinci basamakta uygulanması güçtür. Yaşlılarda etkinliği de bilinmemektedir (Woods 1995).

Yaşlı hastalarda somatizasyon depresyon ya da anksiyete bozukluklarına eşlik ediyorsa, bu bozuklukların hemen tedavi edilmesi gerektiği açıktır. Ancak bazen örneğin depresyonun başarılı tedavisinden sonra bile somatik yakınmalar sebat etmektedir (Kramer-Ginsberg ve ark 1989). Yine tedavi sırasında gerçek bedensel hastalık ve yakınmaların bulunabileceği akılda tutulmalıdır.

Öneriler ve Sonuç

Özet olarak birinci basamağa psikiyatrik bozuklukla ve özellik somatik yakınma ile başvuran hastalardan yaşlı olanlarında doğru tanı konması olasılığı düşük gibi görünmektedir. Buna depresyon, anksiyete, bedensel hastalık ve somatizasyon için

yatkınlıkla giden kişilik özelliklerinin biraradalığının katkısı olmaktadır. Komorbid bedensel hastalığın, somatizasyon davranışının ya da hekime ait bazı faktörlerin psikiyatrik hastalığa yönelik "maskeleyici" etkisinden söz edilebilir. Birinci basamakta somatoform bozuklukların, somatik yakınmalarla giden diğer psikiyatrik durumların tanı ölçütlerinin uygun şekilde modifiye edilmesi ve bu yaşa ilişkin eşlik edebilecek tıbbi hastalıklar ve yeti yitimi göz önünde tutularak uyarlanması gerekmektedir.

Depresyonun somatik belirtilerle sergilenmesi bu yaşta sık görüldüğünden, bu hastalar ele alınırken özellikle depresyon ve anksiyete belirtilerinin tanınabilmesi ve etkin tedavisinin yapılabilmesi son derece önemlidir. Tarama testlerinin, anketlerin kullanılması somatik yakınması olan hastada psikiyatrik bozukluğun psikolojik belirtilerini yakalamayı ve hastalığı tanıma olasılığını artırabilir. Somatik yakınmalarda etkinliği kanıtlanmış tedavi bulunmamaktadır. Depresyon tedavisi için başlanan antidepresana rağmen somatik yakınmaların sürebilmesi, yaşlı hastalarda etkinliği kanıtlanmamış olsa da bilişsel davranışçı tedavi gibi terapi yöntemlerinin uygulanmasına gerek olacağını düşündürmektedir. Yaşlı hastalarda hem antidepresan hem de terapi yöntemlerinin uzun dönem etkinliği ileri çalışmalarla analiz edilmelidir. Yaşlılarda bedensel hastalıkla somatizasyonun birlikteliği de önemli bir fenomendir ve tüm basamaklarda rastlanılabilecek bu grup hastalarda bedensel hastalıklar ve somatik yakınmalar arasındaki ilişkinin ve tedavi stratejilerinin net olarak anlaşılabilmesine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, et al. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.*2004;34:331-343.
2. Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I, Garfin SR. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain.* 1991;145:111-21.
3. Bass C, Peveler R, House A. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *Br J Psychiatry* 2001;179: 11-14.
4. Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2009;11(6):285-91.
5. Brown, R. P., Sweeney, J., Loutsch, E., Kocsis, J. And Frances, A. Involutional melancholia revisited. *Am. J. Psychiat.*1984; 141: 24-28.
6. Costa, P. T. ve McCrae, R. R. Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism: A longitudinal analysis. *J. Behav. Med* 1980;3: 245-57.
7. Costa PT Jr, McCrae RR, Zonderman AB. Environmental and dispositional influences on well-being: longitudinal follow-up of an American national sample. *Br J Psychol.* 1987;78 :299-306.
8. Elkowitz, E. B. and Virginia, A. T. Relationship of depression to physical and psychologic complaints in the widowed elderly. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1980; 28:507-510.
9. Escobar, J. I., Burnam, M. A., Karno, M., Forsythe, A. and Golding, J. M. Somatization in the community. *Arch. Gen. Psychiat.*1987; 44, 713-718.
10. Ford CV. The Somatizing Disorders. *Psychosomatics* 1986; 27:327-333
11. Goldfarb AI. Masked depression in the old. *Am J Psychother.* 1967;21(4): 791-796.
12. Gouvia, I., Hyer, L., Harrison, W. R., Warsaw, J. And Coutsouridis, D. Hypochondriasis in later life: Health or psychopathology. *Clin. Gerontol.* 1986; 6: 45-51.
13. Grayson D, Mackinnon A, Jorm A, et al. Item bias

- in the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: effects of physical disorders and disability in an elderly community sample. *J Gerontology: Psychological Sci* 2000; 55B: P273-P282.
15. Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. and Goldberg, D. P. (1997) Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *Am. J. Psychiat.* 1997; 154: 989-95.
 16. Katon W, Egan K, Miller D. Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history. *Am J Psychiatry.* 1985;142:1156-60.
 17. Katon W, Ries RK, Kleinman A et al. A Prospective DSM-III Study of 100 Consecutive
 18. Somatization Patients. *Compr Psychiatry* 1984; 25:305-313
 19. Kellner R Somatization: The theories and research. *Nervous Mental Dis* 1991; 178: 150-160.
 20. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis.* 1991; 179:647-55.
 21. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, et al. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry.* 1993;150:734-741.
 22. Kirmayer LJ, Young A. Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological and
 23. Ethnographic Perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60:420-430
 24. Koenig, H. G. and Kuchibhalta, M. Use of health services by hospitalized medically ill depressed elderly patients. *Am. J. Psychiat.* 1998; 155: 871-877.
 25. Kramer-Ginsberg, E., Greenwald, B. S., Aisen, P. S. And Brod-Miller, C. Hypochondriasis in the elderly depressed. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1989; 37: 507-510.
 26. Larson, R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J. Gerontol.* 1978;33: 109-125.
 27. Leventhal, E. A. and Prohaska, T. R. Age, symptom interpretation and health behaviour. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1986; 34:185-191.
 28. Lipowski ZJ. Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-1368
 29. Lyness, J. M., King, D. A., Conwell, Y., Cox, C. And Caine, E. D. 'Somatic worry' and medical illness in depressed inpatients. *Am. J. Geriatr. Psychiat.* 1993; 1: 288-295.
 30. Mai F. Somatization Disorder: A Practical Review. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004; 49: 652-662
 31. Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chronic Dis.* 1962;15:189-94
 32. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res.* 2001;51:361-367.
 33. O'Malley P, Jackson J, Santoro J, et al. 1999. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Practice* 48: 980-990.
 34. Pribor, E. F, Smith, D. S. and Yutzy, S. H. Somatization disorder in elderly patients. *Am. J. Geriatr. Psychiat.* 1994; 2: 109-117.
 35. Sayar K, Ak I. The Predictors of Somatization: A Review. *Clinical Psychopharmacology Bulletin* 2001; 11:266-271
 36. Sheikh, J. I., Swales, P. J., King, R. J., Sazima, G. C. And Bail, G. Somatization in young versus older female panic disorder patients. *Int. J. Geriatr. Psychiat.* 1998; 13: 564-567.
 37. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med.* 1999;341:1329-1335.
 38. Steuer, J., Bank, L., Olsen, E. J. and Jarvik, L. F. Depression, physical health and somatic complaints in the elderly: A study of the Zung self-rating depression scale. *J. Gerontol.* 1980; 35: 683-688.
 39. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2005;7:167-176.
 40. Waxman, H. M., McCreary, G., Weinrit, R. M. And Carner, E. A. A comparison of somatic complaints among depressed and non-depressed older persons. *Gerontologist* 1985; 25: 501-507.
 41. Wijeratne C, Brodaty H, Hickie I. The neglect of somatoform disorders by old age psychiatry: some explanations and suggestions for future research. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(9):812-819.
 42. Woods R. 1995. Psychological treatments. I: behavioural and cognitive approaches. In *Neurotic Disorders in the Elderly*, Lindsay J (ed.). Oxford University Press: New York; 97-113.

Tablo 1 : DSM-IV'te Somatoform Bozukluklar

Somatizasyon Bozukluğu

Ayrışmamış Somatoform Bozukluk

Hipokondriyazis

Konversiyon Bozukluğu

Ağrı Bozukluğu

Beden Dismorfik Bozukluğu

Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk