



DERLEME / REVIEW

Bedensel (somatik) belirti bozukluklarına geçmişten günümüze genel bir bakış

Overview of somatic symptom disorders from past to present

Yasin Hakiki¹, Cankat Coşkun¹, Gazi Orkun Ediboğlu², Zeynep Namlı²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, ²Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Abstract

Today, when there is a symptom of a disease among physicians and the public, if the cause can't be found, we often see a behavior such as saying "it is from stress". In the historical process, human beings have associated diseases, the cause of which they did not understand, with the devil, magic, an organ or an object according to the culture of the period. With the development of general medicine and the study of mental disorders, there have been changes in the classification and definition of somatic symptom disorders.

Keywords: Somatic symptom disorders, somatization, hysteria, hypochondriasis, classification

Öz

Günümüzde hekimler ve halk arasında bir hastalık belirtisinin sebebi bulunamazsa "strestendir" demek gibi bir davranışı sık görürüz. Tarihsel süreçte insanoğlu sebebini anlamadığı hastalıkları dönemin kültürüne göre şeytan, büyü, bir organ veya bir eşya ile ilişkilendirmişlerdir. Genel tıbbın ve ruhsal bozuklukların incelenmesinin gelişmesi ile somatik belirti bozukluklarının da sınıflandırma ve tanımlamalarında değişiklikler olmuştur.

Anahtar kelimeler: Bedensel belirti bozuklukları, somatizasyon, histeri, hipokondriazis, sınıflandırma

GİRİŞ

Dünyanın herhangi bir yerinde birinci basamak tıbbi bakım arayan beş kişiden biri, çok kapsamlı bir değerlendirme ve araştırmadan sonra, herhangi bir tanımlanabilir genel tıbbi durumdan kaynaklandığı bulunamayan fiziksel semptomlardan şikayet etmektedir. Bu hastaların anlaşılma biçimleri ve durumlarının sınıflandırılması, kendilerine sunulan tedaviyi, semptomlarının seyri ve gelecekteki yaşam kalitelerini şekillendirir. "Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar" ile karakterize edilen durumlara ilişkin bir anlayış geliştirmeye çalışan çok uzun bir tıp ve psikiyatri tarihi vardır¹.

Somatizasyon bozuklukları veya uzun yıllar boyunca kullanılmış şekliyle her ne kadar birebir aynı durumu karşılama da histeri, psikolojik bir durumun fiziksel hastalıklara veya belirtilere sebep olabiliyor olması

sebebiyle insanlık tarihinin başından beri her düşünür kişiyi etkilemiş ve merakını cezbetmiş bir durumdur. Etimolojik olarak kökenini yunanca uterus anlamına gelen "hystera" kelimesinden alan histeri², uzun yıllar boyunca rahmin bir hastalığı olarak değerlendirilmiştir ve aynı zamanda da insanlığın düşünme biçimlerinin evriminin de güzel bir resmini bizlere sunmaktadır. Bu derlemede insanlık kadar eski bir kökenden gelen bedensel belirtilerin tarihçesinin, hastalık olarak tanımlanmasının ve tanımlama sistemlerindeki değişikliklerinin dönemin bilgi seviyesine göre nasıl değiştiğinin ayrıntılandırılması amaçlanmıştır.

TARİHÇE

Histerinin benzeri ya da bugünden geriye baktığımızda somatizasyon bozukluğu olabileceğini düşündüğümüz örneklere Babil ve Asur

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Yasin Hakiki, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Turkey

E-mail: yasinhakiki@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 06.09.2021 Kabul tarihi/Accepted: 13.12.2021 Çevrimiçi yayın/Published online: 29.12.2021

medeniyetinden itibaren rastlayabilmekteyiz. Tıp konusunda oldukça gözlemsel olan Babil ve Asur medeniyetleri, hastalıkları fenomenolojik olarak incelemiş ve detaylı kayıtlar ortaya koymuşlardır. Ancak bunlar sadece dış görünüşlere ve hastalıkların dış sonuçlarına yöneliktir. Örneğin depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kişilerin davranışları ve hastalıkların dış görünüşüyle son derece detaylı ele alınmış, ancak depresyonda toplumdan çekilme davranışı ve OKB’de tekrarlanan temizlik davranışları kayıtlara geçerken kişinin yaşadığı duygular ve düşünceler, depresyonda mutsuzluk veya OKB’deki obsesif düşünceler tanımlanmamıştır. Bu dönemden kalma kil tabletlerde açıklanamayan ağrılar, konuşma, görme ve yürüme bozuklukları detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Örneğin epilepsi tiplerinin ayrımının yapıldığı bir kil tablette diğer nöbet tarzlarıyla uyumsuz bir şekilde duygusal strese bağlı ortaya çıkabilen nöbet benzeri, bozulmuş motor kontrol içeren davranışlar Tanrıça İştâr’ın elinin değmesi olarak değerlendirilmiş ve epileptiklerin aksine, bu kişinin durumunun iyileşeceği belirtilmiştir³. Histeriye başka bir örnekse Hitit metinlerinde büyük bir fırtına sonrası yaşadığı korkunun etkisiyle geçici bir süre için konuşma yeteneğini kaybeden ve sonrasında da uzun yıllar boyunca geceleri fırtınanın kâbusunu görerek yeniden geçici konuşma kaybı yaşayan Kral Mursilis II’den bahsedilmektedir. Ayrıca bu durum travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) da örnek teşkil etmektedir⁴. Ancak bunlar tıbbi bir rahatsızlık olarak ele alınıp incelenmek amacıyla yazılmamış, sadece bugünden geriye baktığımızda tarihi kayıtlarda histeri olarak anlaşılabileceğimiz durumlardır. Babil ve Asur metinlerinden sonra ise somatizasyon bozukluğuna benzer örneklerle Antik Mısır papirüslerinde karşılaşmaktayız. Maalesef Babil ve Asur’un çivi formu yazılarını yazdıkları kil tabletlerinin aksine Mısır’da kayıt amaçlı çok daha dayanaksız bir materyal olan papirüsler kullanıldığı için geriye kalan metinler ve dolaylı olarak da elimizdeki bilgiler de çok daha kısıtlıdır. Tam olarak tanımlanan hastalığın histeri olup olmadığı bilinmese de vücuttaki çeşitli ağrıların ayrımlarının yapıldığı Kahun papirüsünde rahimin vücutta uzaktaki bazı noktalarda ağrılara sebep olabileceği yazmakta ve buna yönelik tedaviler önerilmektedir. Ayrıca Ebers papirüsünde ise; hareket halindeki rahimi geri yerine döndürmeye yönelik tedaviler bulunmaktadır. Ancak eski teorinin aksine, burada bahsedilen durumun Greko-Romen tıp geleneğindeki, histerinin gezen uterusu bağlı olduğu yaklaşımının atası olduğu artık

düşünülmemekte, onun yerine uterus prolapsusundan bahsedildiği tahmin edilmektedir. Uterusun bu hareketinin bir önceki papirüste bahsedilen ağrılar ile bir ilişkisi olduğu artık düşünülmemektedir. Ayrıca Mısırlıların da merkezi sinir sisteminin fonksiyonları hakkında pek de bilgi sahibi olmadıkları, sadece kafatası kırığı yaşayan bazı hastaların, kırığın olduğu tarafta topalladıklarının görülebildiğini kaydettikleri bilinmektedir⁵.

Histeri kelimesi ise doğrudan karşımıza ilk kez “Corpus Hippocraticum”da çıkmaktadır. Bu derleme eserde histeri, uterusun bir hastalığı olarak kabul görmüş ve sebebinin uterusun vücudun içerisinde olmaması gereken yerlerde dolaşması olarak açıklanmıştır⁶. Yaklaşık 60 farklı eserden oluşan bu derlemenin yazarlığı her ne kadar Hippocrates’e atfedilmiş olsa da, günümüzde sadece Hipokratik tıp geleneğinin bir temsili olarak kabul görmektedir. Greco-romen tıbbının ise bu noktada hem tıp hem de bilim ve düşünce tarihine en önemli katkısı, olayları dini sebeplere bağlamaktansa, doğal bir sebep-sonuç ilişkisi içerisinde açıklama çabasına girişmiş olmalarıdır. Her ne kadar kurulan sebep-sonuç ilişkileri büyük ölçüde yanlış da olsa bu yaklaşım ilerleyen yüzyıllarda modern pozitif bilimin doğuşunun temellerini oluşturmuş ve aydınlanma çağı filozoflarına bir taslak olma görevi görmüştür. Ancak gözlem ve deneyi daha ön planda tutan İskenderiyeli Herophilus ve Erasistratos’un empirik yaklaşımının aksine daha çok akıl yürütmeye dayalı rasyonalist Hipokratik yaklaşımın Greko-Romen tıbbındaki hakim görüş haline gelmesi, kanita dayalı tıbbın gelişmesini de büyük ölçüde geciktirmiştir. Nitekim İskenderiye ekolünde dominant olan viviseksiyon (canlıların bilimsel amaçlar için cerrahi tekniklerle parçalarına ayrılma işlemi) yaklaşımı ile histerinin etiolojisi incelenseydi, uterusun olduğu yerde durduğunu anlamak yaklaşık 1000 yıl sürmeyebilirdi.

Romalılar ise antik yunan tıbbındaki sorunu uterusu görme eğilimini devam ettiren, rahimin geziyor olduğu teorisinden uzaklaştılar. Ünlü Romalı doktor Galen, histerik semptomları üç ana kategoride incelerken, hastalığın etiolojisini uterusun yayılan buharların beyni ve kalbi etkilemesine bağlamıştır⁷.

Rönesans ile birçok alanda yaşanan aydınlanma tıp dünyasında da yaşanmıştır. O zamana kadar histerinin sadece kadınlarda gözlemlendiği, şizofreni gibi ruhsal bozuklukların büyü veya şeytan işi gibi düşünceler mevcutken artık bu durumların beyin ile ilgili olabileceği düşünülmeye başlanmıştır⁸. Nöroloji

bölümünün önemli isimlerinden Thomas Willis (1621-1675) kadınlara özgü olduğu düşünülen histerinin ve erkekte görülen histeri olarak kabul edilen hipokondriazisin beynin bir işlev kusuru olabileceğini düşünmüştür. Thomas Sydenham (1624-1689) ve George Cheyne (1617-1743) zihnin bir kusuru olabileceğini düşünürken George Cheyne histeri ve hipokondriazis için “İngiliz Hastalığı” ifadesini kullanmıştır. William Cullen (1721-1790) ise psikiyatri literatürüne ‘neurosis’ terimini ekleyen kişi olmuştur. Histeri üzerine önemli çalışmalar ve gelişmeler yapan Jean-Martin Charcot histerinin tanısı ve tedavisinde hipnoz yöntemini denemiştir^{8,9}. Freud’un histeri tedavisi için arayışları psikanalitik kuramın oluşmasında temel taşı oluşturmuştur. Joseph Breuer ile beraber 1895’de “Histeri Üzerine Çalışmalar”ı yayınlamıştır¹⁰.

SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİNDE BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI

Freud’un en gözde öğrencilerinden biri olarak tanınan psikanalist Wilhelm Stekel (1868-1940) somatizasyon ifadesini ilk kullanan kişi olmuştur. Somatizasyon bozukluğu klinik tablosunu ise, ilk defa Paul Briquet (1796-1881) tanımlamıştır. Buna ithafen somatizasyon bozukluğu “Briquet Sendromu” olarak da ifade edilmektedir¹¹. Modern psikiyatride, psikoanalitik yaklaşımın aksine izlenen fenomenolojik yaklaşım, Paul Briquet’in sınırlarını çizdiği ve tanımladığı “briquet sendromu”nu, somatizasyon bozuklukları adı altında Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III) entegre etmiştir¹¹. DSM-III’te tanımlanan somatizasyon bozukluğu, farklı organ sistemlerini etkileyen çok çeşitli somatik semptomlarla karakterize edilmiştir. Ancak DSM-IV’te, özel isim kullanmak istenilmediği için daha tarafsız bir terim olan “somatizasyon” tercih edilmiştir¹². Aynı DSM-IV gibi Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD) 10. baskısında da Briquet Sendromu tanımının yerine somatizasyon bozukluğu tanımını kullanmaya başlamıştır¹³.

Çoğu psikiyatr, en iyi DSM tarafından örneklenen, bazı klinik semptomların olup olmaması ve ne kadar sürüp sürmediği ile ilgilenen fenomenolojik yaklaşımı takip etmektedir. Ancak, Kendell’a göre, hastalıkları mental ve fiziksel olarak ayırma ilkel ve yanlış

yönlendiricidir¹⁴ ve fiziksel belirtilerin psikolojik hastalıkların ifade edilmesinde çok önemli rolü vardır¹⁵. Bizim psikiyatrik tanı sistemimiz subjektif ve objektif olan hastalık fenomeninin sadece gözlemlenebilir olan bir kısmını tanı sistemine dahil edebilmektedir. Başka bir parça olan kişisel deneyim kategorize edilememektedir. Her ne kadar güncel psikiyatrik tanı sistemimiz son derece önemli olsa da pratikteki bu kısıtlılığı göz önünde bulundurmamak gereklidir. Değişen sosyokültürel değişkenlerin de tanı üzerinde büyük etkisi vardır. Hastalıkların tanımları zamanla ve toplumlar arasında da sürekli bir değişim içerisinde.

Somatik bozuklukların tanısal konsepti, Perley, Guze ve Woodruff’un 1960’larda yaptığı çalışmalara dayanmaktadır¹⁶⁻¹⁸. Amaçları, klinik bir durumu tutarlı ve tekrar edilebilir bir şekilde tanımlamak olan Perley, Guze ve Woodruff’un bu amaç için vurguladığı kelime “stabilite” idi. Her ne kadar tanısal kriterler gayet açık olsa da, semptomların sayısı ve çeşitliliği sebebiyle hastalığın tam hali pratikte nadir görülmekteydi. Bu yüzden DSM-IV kriterleri, basitleştirilmiş ve pratikte daha uygulanabilir hale getirilmiştir¹².

Günümüzde kabul edilmiş olan ICD ve DSM tanı ölçütlerinde tarihsel süreçte somatizasyon bozukluklarında önemli değişiklikler olmuştur. ICD altıncı baskısına kadar sadece ölüm nedenleri ile ilişkili rahatsızlıkları ele alırken altıncı baskı ile beraber hasar veren veya işlev kaybına yol açan rahatsızlıkları da sınıflandırma sisteminde ele almıştır ve ruhsal bozuklukları “Ruhsal, Psikonevrotik ve Kişilik Bozuklukları” kategorisinde değerlendirmiştir¹⁹.

Süreçte sınıflandırmalar gelişerek 1994’te kullanıma giren ICD-10 ile, somatizasyon ile ilişkili bozukluklar “Nevrotik, Stresle İlişkili ve Somatoform Bozukluklar” kategorisinde yer almaktadır (Tablo-1). Kullanıma yeni girecek ICD-11’de ise; “Bedensel endişe ve bedensel deneyim bozukluğu” kategorisinde değerlendirilecektir. ICD-10’da somatoform bozuklukların tanımı için kullanılan fiziksel veya tıbben açıklanacak bir neden bulunamaması kriteri eleştiriliyorken, ICD-11’de ‘kişiyi bu durumun sıkıntıya sokması, belirtiler üzerinde aşırı düşünme ve davranış gösterme özelliklerinin görülmesi gerektiği’ belirtilerek eleştirilerin dikkate alındığı görülmektedir²⁰ (Tablo-2).

Tablo 1. ICD-10 somatoform bozuklukları

Somatizasyon Bozukluğu
Farklaşmamış Somatoform Bozukluğu
Hipokondriak Bozukluk
Somatoform Otonomik Disfonksiyon
Kalıcı Ağrı Bozukluğu
Diğer Somatoform Bozukluklar
Somatoform Bozukluk, Tanımlanmamış

Tablo 2. ICD-11 bedensel endişe ve bedensel deneyim bozuklukları

Bedensel Endişe Bozukluğu
Beden Bütünlüğü Disforisi
Bedensel Endişe ve Bedensel Deneyimin Diğer Tanımlanmış Bozuklukları
Bedensel Endişe ve Bedensel Deneyimin Diğer Tanımlanmamış Bozuklukları

Geçmiş yıllarda tanıda pek çok pratik zorluk bulunmaktaydı. Bu zorlukların bazıları her kategorideki belirtilerin sürekli olarak devam ediyor olmasıydı. Diğer zorluklardan biri de başka psikiyatrik ve organik bozukluklarla üst üste denk gelebiliyor olmasından kaynaklanmaktaydı²¹. Örneğin DSM-IV'e göre 119 kişiyle yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluk kriterleri sadece 1 kişide sağlanabilmişken, 94 kişi farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı almıştır²². Yani tanısal kriterler bir kategori için çok sıkı iken, başka bir kategori için çok gevşektir. Ayrıca ikisi de önemli somatoform semptomları olan bireylerin çoğunluğunu genel popülasyondan ayırmak için yararlı bir araç olarak

hizmet etmemekteydi. *DSM-IV*, somatoform konseptler ile ilgili klinik olarak yeterince geçerli ve kullanışlı bir anlayış geliştirememiştir (Tablo-3). 2009'da hekimlerle yapılan bir anket çalışması, somatoform bozuklukların ve alt gruplarının DSM-IV tanımlarının birçok hekim için belirsiz olduğunu ortaya koymuştur²³. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, klinisyenler sınıflandırma sistemini yeterince kullanmamışlardı ve yüksek prevalansa sahip oldukları bilinmesine rağmen, bu bozukluklar ciddi şekilde yetersiz teşhis edilmişti²⁴. DSM-5 ile bu eleştirileri dikkate alarak değişikliklere gidilmiştir (Tablo-4).

Tablo 3. DSM-4 somatoform bozuklukları

Somatizasyon Bozukluğu
Farklaşmamış Somatoform Bozukluğu
Hipokondriazis
Ruhsal Etkenlere Bağlı Ağrı Bozukluğu
Başka Türü Sınıflandırılmamış Somatoform Bozukluklar
Beden Dismorfik Bozukluk
Konversiyon Bozukluğu

Tablo 4. DSM-5 bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar

Bedensel (Somatik) Belirti Bozukluğu
Hastalık Kaygısı Bozukluğu
Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlev gören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu)
Yapay Bozukluk
Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler
Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
Tanımlanmamış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

DSM-5 SINIFLANDIRMASI

Bedensel (somatik) belirti bozukluğu

Bedensel belirti bozuklukları bazı semptomlarla hastaneye başvuran ve yapılan incelemeler sonucunda açıklanacak bir neden bulunamayan ve halk arasında “strestendir” diye bilinen bir bozukluktur. Tıp dünyasında ise; “tıbbi olarak açıklanamayan belirti” olarak ifade edilse de bir semptomun tıbbi olarak açıklanamayacağını ispatlamak zordur ve “tıbbi” ifadesinin de ne demek olduğunu açıklamak zor olduğu için bu ifadenin geçerliliği düşüktür²⁵. Bu semptomlara eşlik eden bir ruhsal stres faktörü varsa ve semptomlara yönelik inceleme yapan hekimin semptomları açıklayabilecek bir neden bulamaması bu tanıya yaklaşmasını kolaylaştırır.

Bebeklik zamanında henüz dil gelişiminin olmadığı dönemlerde yaşanan duygu ve stres somatik

belirtilerle ifade edilmekteydi. Birey büyüdükçe gelişen dil sayesinde sözel olarak yaşadığı bu durumu ifade edebilmeye başlamaktadır. Biyolojik, genetik, psikodinamik ve kültürel nedenler sayesinde bu gelişim sağlanmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca o dönemin fiziksel koşullarıyla açıklanamayan bedensel belirtiler olmuştur²⁶.

DSM-II’de tıbben açıklama getirilemeyen belirtiler, “Nevrozlar, Psikofizyolojik Bozukluklar ve Özel Belirtiler” kategorisinde yer almıştır. Nevrozlar ise; histerik nevroz, nevrastenî, depersonalizasyon, hipokondriasis ve diğer nevrozlar olarak alt sınıflarla incelenmiştir²⁷. Somatizasyon bozukluğu tanımı DSM-III ile ilk kez sınıflandırma sisteminde kendisine yer bulmuştur²⁸. DSM-IV ile somatizasyon bozukluğu “Somatoform bozukluklar” kategorisinde değerlendirilirken DSM-5’te “Bedensel Belirti Bozuklukları” kategorisinde ifade edilmiştir (Tablo-5 ve 6)²⁹.

Tablo 5. DSM-IV somatizasyon bozukluğu tanı kriterleri

<ul style="list-style-type: none"> 30 yaşından önce birkaç yıllık bir dönemde ortaya çıkan tedavi arayışları, toplumsal, mesleki veya diğer işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulma
<ul style="list-style-type: none"> Aşağıdaki belirtilerin her biri herhangi bir zamanda ortaya çıkmalı Dört ağrı belirtisi İki gastrointestinal sistem belirtisi Bir cinsel belirti Bir yalancı nörolojik belirti
<ul style="list-style-type: none"> Yeterli incelemeler sonucunda B ölçütlerindeki belirtilerin hiç birisi tıbbi olarak veya bir madde ile açıklanamaz.
<ul style="list-style-type: none"> Bağlantısı olan bir tıbbi durum olsa bile orantısız fazla bir şekilde işlevsellikteki kayıp olur.

Tablo 6. DSM-5 bedensel (somatik) belirti bozukluğu tanı kriterleri

<ul style="list-style-type: none"> Sıkıntı veren ya da günlük hayatını büyük derecede etkileyen bir veya daha fazla bedensel bir belirti varlığı
<ul style="list-style-type: none"> Aşağıdaki belirtilerin en az biri somatik belirtilere eşlik eder Belirtilerle orantısız, süreğen düşünceler Sağlık veya belirtiler ile ilgili yüksek düzeyde kaygı Bu belirtilere veya kaygıya fazla miktarda zaman ve enerji harcama
<ul style="list-style-type: none"> Herhangi bir belirti sürekli olmasa bile belirti gösteriyor olma durumu 6 aydan uzun süreklilik gösterir.

DSM-5, psikiyatri ve tıp arasındaki ara yüzün karmaşıklığını daha iyi tanımaktadır³⁰. Somatik semptomları ve anormal düşünceleri, duyguları ve davranışları olan bireylerde teşhis edilmiş bir tıbbi durum olabilir veya olmayabilir. Somatik semptomlar ve psikopatoloji arasındaki ilişki bir spektrum boyunca mevcuttur ve DSM-IV’e göre somatizasyon bozukluğu için gereken yüksek semptom sayısı bu spektruma uyum sağlayamamıştır. Somatizasyon bozukluğunun teşhisi, esasen tıbbi olarak

açıklanamayan semptomların uzun ve karmaşık bir semptom sayımına dayanıyordu. Bedensel belirti bozukluğu, DSM-5’in yayınlanmasıyla ortaya çıkan bir tanıdır. Somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, hipokondriasis ve ağrı bozukluğu tanılarını ortadan kaldırmıştır (Tablo-6). Eski tanı kriterlerinde birden fazla sisteme ait belirtilerin olması gibi katı tanı kriterlerinden dolayı tanı koymak oldukça zordur³¹. Bunlardan dolayı hastalık prevalansı çok düşüktü³². ICD-10’da ‘en az 2

yıl süren, tıbbi olarak açıklanamayan birden fazla belirtinin oluşuyla beraber belirtilerin çözümü için verilen önerileri reddetme, işlevsellikte bozulma' tanı kriterleri mevcutken, DSM-IV'te süre ölçütü verilmezken 30 yaşından önce başlaması gerektiğine vurgu yapılmıştır. DSM-5 ile yaş ölçütü kaldırılıp belirtilerin en az altı ay sürmesi gerektiğine ve tıbbi olarak açıklanamaz gibi bir ifade kullanmaksızın bu belirtilerin kişinin düşünce, duygu ve davranışları üzerine etkilerine değinilmiştir.

Değişen bu tanı kriterleri ile kronik tıbbi bir hastalığın seyri sırasında hatalı olarak ruhsal bozukluk tanısı alma eleştirisini getirmiştir ancak bu belirtilerle beraber oluşan aşırı zihinsel uğraşlar tanı kriteri sayesinde önüne geçilmeye çalışılmıştır. Buna rağmen kronik hastalıklar seyriinde gözlenen durumlarda tanı karmaşasına yol açmaktadır^{33,34}. Bir çalışmaya göre bu ölçütler kullanıldığında kanser hastalarının %15'i, kalp rahatsızlığı mevcut olanların %15'i, kronik ağrı ve iritabl bağırsak sendromu mevcut olanların %25'i bedensel belirti bozukluğu olarak değerlendirilebilir ve genel toplumun %7'sinin yanlış tanı alabileceği ifade edilmektedir³⁵. 2020 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmada; katılımcıların bedensel belirti bozukluğu tanısı alma oranının %33.8 olduğu görülmüştür³⁶. Değişen tanı kriterlerinin getirdiği zorluklardan biri; geçmişte tanı almış kişilerle günümüz arasında karşılaştırmalı tanı yapılamıyor oluşudur³⁴.

Tarihsel süreçte bedensel belirti bozuklukları tanı kriterleri için pek çok çalışma yapılmıştır. Birçok eleştiri ve önerilerle günümüzdeki halini almıştır. Sınıflandırma üzerine süreçte bu kadar değişiklik yapılmasının bir nedeni, bozukluğun başlamasında birden çok etkenin etkili olması olabilir. Almanya'da genel toplum üzerinde yapılan bir çalışmada toplumun önemli bir çoğunluğu bedensel belirti bozukluğunun en önemli sebebinin iş stresi olabileceğini düşünmektedir³⁷. Hekimlerin tıbbi bir durumu gözden kaçırmamak için üzerinde hissettiği baskıyla, hastayı psikososyal açıdan değerlendirememesi nedeniyle bedensel belirti bozukluğuna sahip kişiler tıbbi, ekonomik ve sosyal açıdan sorunlar ile karşı karşıya kalmaktadır³⁸.

Hastalık kaygısı bozukluğu (hipokondriazis)

Hipokondriazis veya sağlık anksiyetesi, kişinin ciddi bir hastalığa yakalanma konusunda aşırı ve gereksiz yere endişe duyması ile karakterize duruma verilen addır. Gerçekten kişiyi destekleyici bir semptom

olsun olmasın, bu kişiler sürekli olarak hasta olmanın endişesiyle yaşarlar ve var olan semptomlarını da abartarak ele alırlar³⁹.

Yaklaşık 2000 yıllık bir geçmişi olan bu hastalığın⁴⁰ tarihi insan kişiliğinin ve davranışlarının araştırılmaya başlanması ile birlikte başlamaktadır. İnsan davranışı ve karakteri ilk çağlardan beri her zaman son derece ilgi çeken ve üzerinde uğraşılan bir konu olmuştur. Bu konuyla ilgili bilinen ilk çalışmalar eski Yunan tıbbına kadar geriye gidebilmektedir. Klasik antik dönem ve sonrasında dominant hale gelen Hipokratik tıp, temelini dört elemente bağlı doğa yorumundan yola çıkarak dört vücutsal sıvıya dayandıran rasyonalist bir yaklaşımdır. Her nasıl ki doğayı dört element oluşturduysa, insanın da sağlığını temelinde bu dört elementle ilişkili dört sıvı olmalıydı. Bu teorinin kökenleri her ne kadar antik mezopotamyaya kadar uzanıyor olsa da tam anlamıyla tıbbi bir teori haline getiren eski Yunan doktoru Hippocrates ve sonrasında gelen Romalı doktor Galen idi⁴¹.

Hippocrates dört sıvıyı kan, safra, balgam ve kara safra olarak sıralandırmıştır⁴². Ancak kara safra var olmayan bir sıvıydı. Bu teoriye bağlı bir şekilde gelişen dört ana kişilik tipi tesisinde her dört sıvı bir temel kişilik özelliğini temsil ediyordu ve fazlalığı da sadece biyolojik hastalıklara değil, aynı zamanda farklı psikolojik sorunlara sebep oluyordu. Örneğin, kanın yaşam gücü ve canlılık verdiğini düşünen bu dönemin doktorları kişinin kanının fazladan balgam ile "kaynıyor" olmasının ve beyne çıkmasının mani veya hipomani benzeri semptomlara sebep olduğunu düşünüyorlardı⁴³. Fazla balgamın hava yollarını tıkamasının ise; kişinin hava yollarını açmak için konvülsiyona girmesine yol açtığı düşünülüyordu. Bir önceki dönemde yaygın olan "kutsal hastalık" yaklaşımının aksine bu yaklaşım epilepsiyi Tanrı Apollo'nun bir hediyesi olarak değil de mantığa uygun bir şekilde açıklamaya çalışıyordu⁴⁴. Bizim asıl ilgi alanımız olan kara safra ise melankoli ile ilişkilendiriliyordu.

Bu dönemde yavaş yavaş oluşmaya başlayan "melankoli" kavramı günümüzdeki depresyon ve hastalık anksiyetesi kavramlarının atası olarak kabul edilebilecek bir kavramdır. Temel bir kişilik özelliği olarak kabul edilen melankoli; deprese bir duygudurum hali, sürekli yakınmalar, özellikle gastrointestinal, fiziksel semptomlar ve bazen de halüsinasyonlar ve delüzyonlarla karakterize bir bozukluktur⁴⁵. Bu dönemde hala depresyondan daha çok hastalık hastası olma halini ve gastrointestinal yakınmaları ifade eden melankoli kavramı, ilerleyen

dönemlerde daha çok depresyonla alakalı bir kavram olmaya başlayacak ve modern psikiyatrideki depresif bozukluğun atası olacaktır⁴⁰. Fizyolojik fonksiyonu hala anlayışlamamış olan dalak ise, kara safranın kaynağı olarak görülüyordu⁴⁵. Hippocrates ve Galen'in temellerini attığı bu klasik tıp anlayışı ciddi bir değişikliğe uğramadan ortaçağ boyunca skolastik kilise eğitiminin içinde devamlılığını sürdürdü. Bu dönemde klasik tıp teorilerine sadece bazı katkılar al-Buhari ve İbn-i Sina tarafından yapıldı ve bunlar da ortaçağ tıp eğitiminin merkezinde yerlerini buldular^{46,47}. Rönesans bilimi döneminde klasik ekolün sorgulanmaya başlaması beraberinde bilim devrimini ve akılcı düşünceye eşlik eden empirizmi de getirdi.

Bilim devriminin gelişmeye başlamasıyla humor teorisi zamanla hakimiyetini kaybetse de, dalak yine de fonksiyonu hala bilinmiyor olduğu için melankoli anlayışındaki yerini korumaya devam etti. Dahası, artık "dalak hastalığı" kadınlardaki uterustan yükselen buharlarla açıklanan histerinin erkeklerdeki bir karşılığı olarak kabul görmeye başlamıştı⁴⁰.

Kültürel alanda da kendine birçok karşılık bulan "dalağa", Shakespeare'in eserlerinden⁴⁸ Kant'ın kitaplarına kadar pek çok yerde atıflar yapıldı⁴⁰. Zamanla melankoli içerisindeki semptomlar ayrı ayrı incelenmeye başlandıkça melankoli daha çok depresyonu, hipokondriazis kavramı da daha çok sürekli yakınmaları, açıklanamayan fiziksel semptomları ve hasta olmaya karşı abartılı bir endişeyi temsil etmeye başladı. "Hipokondriyum sorunu" anlamında kullanılan bu kelime artık melankolik kişilerin hastalığa karşı anksiyetesini vurgulayan bir kavramdı. Genellikle hipokondriak hastalarda anksiyete ve depresyonun ürettiği fiziksel semptomlar gastrointestinal sistemle ilişkili olduğundan, hastalığın bir karın hastalığı olduğunu düşünmek iyice oturmuştu.

Hipokondriazise yaklaşım Robert Burton'un (1577-1640) klasik tıp ekolündeki yaklaşımıyla, Thomas Sydenham (1624-1689) ve Thomas Willis'in (1621-1675) yaklaşımları arasında kritik bir değişime uğradı⁴⁰. Diğer psikolojik rahatsızlıklarda olduğu gibi santral sinir sisteminin (SSS) işlevinin ve insan davranışlarına olan etkisinin anlaşılmasına başlanması ile artık nörolojik bir rahatsızlık olarak ele alınmaya başlamıştı. Sir Richard Blackmore (1654-1729) ise; bu dönemde hala dalak adını verdiği ve aşırı yemek yemekle beraber, İngiltere'deki en yaygın iki hastalıktan biri olarak saydığı hipokondrinin dalaktan yayılan buharlar sonucu olamayacağını, çünkü

dalaktan beyne bu buharların yükselebilecekleri yolların bulunmadığını yazmaktaydı⁴⁰. Yavaş yavaş dalak veya farklı bir karın içi organın hastalığı yerine nörolojik bir hastalık olarak kabul edilmeye başlanan hipokondriazis, hastada var olmayan bir hastalığa inancından dolayı artık deliliğin bir formu veya en hafif versiyonu olarak görülmeye başlanmıştı. Bazı hipokondriakların ciddi delüzyonlarının olması bu yaklaşımı daha çok destekliyordu. Örneğin; bu hastalarda yaygın olarak görülen sağlıklarına yönelik en büyük endişeleri aldıkları bir ilaçtan sonra vücutlarının cama dönüştüğüne inanıyor olmaları ve "kırılmamak" için ciddi anlamda çekinceli davranmaya başlamış olmalarıydı. John Locke da eserlerinde delilikten bahsederken bu delüzyonel hipokondriakları örnek veriyor ve hipokondrinin deliliğin hafif bir formu olduğunu yazıyordu⁴⁰.

Artık fiziksel bir karın içi organ hastalığından çok sinir sistemiyle ilişkili mental bir rahatsızlık olarak düşünülen hipokondri yeni yeni oluşmaya başlayan psikiyatrinin ilgi alanına doğru giriyordu. Delilik kavramının hastalar için aşağılayıcı bir anlamının olması ve hastalığı gerçeklikten bağı kopmuş psikotik hastalardan ayırtmakta yetersiz kalması, William Cullen'in döneminde sinir sistemine bağlı zihinsel rahatsızlıkları tanımlamak için "nevroz"(neurosis) kavramını üretmesinin önünü açtı. Sadece hipokondriyi değil, pek çok psikiyatrik rahatsızlığı şemsiyesi altına alan bu kavram uzun yıllar boyunca tanısal ayrımlar yapılamaz kullanıldı⁴⁰. Nevrozları son derece detaylı bir biçimde inceleyen ve psikodinamik teorisini bunların üzerine inşa eden Freud, hipokondriyi konumlandırmakta zorluk çekiyor ve teorideki bir boşluk olarak görüyordu. O dönemde çok daha baskın olan psikodinamik ve teorik yaklaşımı benimseyen ilk üç DSM'den sonra DSM-IV daha fenomenolojik bir yaklaşımı ve empirik kanıtlara dayalı yaklaşımı benimsemeye başladı⁴⁹.

ICD-10'da hipokondriazis mental ve davranışsal bir bozukluk olarak, DSM-IV'te somatoform bozukluklardan biri olarak tanımlanmıştır. DSM-5 ile hipokondriazis tanısı ortadan kalkarak, belirtileri bedensel belirti bozukluğu ve hastalık anksiyetesi bozukluğu başlıkları altına dağılmıştır. Günümüzde, DSM IV'e göre hipokondriazis tanısı alan hastaların %75'i bedensel belirti bozukluğu tanısı, geriye kalan %25'i ise hastalık anksiyetesi tanısı almaktadır²⁹. ICD 11 yaklaşımını hipokondriazisi OKB veya ilişkili bozukluklar başlığı altında değerlendirmeye başlayarak değiştirmiştir (Tablo-7 ve 8).

Tablo 7. DSM-5 hastalık kaygısı bozukluğu tanı kriterleri

• Ciddi bir hastalığı olduğunu veya olacağını düşünme
• Az ya da hiç bedensel belirti olmaz, başka bir hastalık varsa veya hastalık çıkma durumu olsa bile orantısız bir şekilde ilgi vardır.
• Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde kaygı mevcuttur ve kolaylıkla sağlıkla ilgili konularda korkuya kapılır.
• Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar gösterir (örn. sık sık tarama testlerine girmek) ya da kaygılarına rağmen uygunsuz biçimde kaçma içindedir. (örn. hastaneye, doktora veya tedaviye katılmamak)

Tablo 8. ICD-10 hipokondriasis tanı kriterleri

• DSM-IV'te hipokondriasis altı temel kriterle tanımlanmıştır. Bunlar; kişinin vücutsal semptomlarını yanlış yorumlaması sonucu ciddi bir hastalığı olduğu veya olacağı düşüncesiyle fazla alakadar olması, bu alaka ve endişelerin sürekli tıbbi kontrol ve güvencelere rağmen geçmemesi, kişinin hatalı inanışının delüzyonel yoğunlukta olmaması, bu uğraşın kişinin sosyal hayatını ve çalışma hayatını klinik derecede etkiliyor olması, en az altı aydır durumun devam ediyor olması ve bu durumun başka bir psikolojik rahatsızlıkla (yaygın anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, majör depresif bozukluk, ayrılma anksiyetesi ya da başka bir somatoform bozukluk) daha iyi açıklanamıyor olmasıdır ⁵⁰ . En az altı aydır devam eden, kişinin en az iki tane ciddi hastalığa sahip olduğu düşüncesine sahip olması veya kişinin düşündüğü bedensel bir bozukluk ile fazla ilgili olması
• Bu abartılı alakadarlık durumunun kişiye sosyal hayatını sürdürmekte zorluk çektirecek boyutta sürekli rahatsızlık veriyor olması ve tıbbi yardım arıyor olmaya itmesi
• Ciddi bir fiziksel rahatsızlığının olmadığına yönelik verilen tıbbi tavsiyeleri kişinin kabul etmemesi ve rahatlamaması, rahatlama da 1-2 hafta içerisinde yeniden başka bir yerden tıbbi görüş alma ihtiyacı hissetmesi
• Şizofreni veya ilişkili bir bozuklukla ve başka bir duygudurum bozukluğu sırasında yaşanıyor olmamasıdır.

Bütün gelişmelerle beraber hipokondriasis hala araştırılmakta ve tedaviler konusunda gelişime açıklığını korumaktadır. Hastalardaki gastrointestinal semptomların varlığı ve beyin-bağırsak ilişkisinin yeni yeni anlaşılmasına başlanmasıyla mikrobiyota ve SSS arasındaki ilişkiler daha iyi kavranabilir ve hastalığın sınıflandırmasında, tanı kriterlerinde değişikliğe yol açabilir. Bu alanda yapılacak gelecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Konversiyon bozukluğu (işlev gören nöroloji belirtisi bozukluğu)

Konversiyon bozukluğu, tıbbi olarak açıklanamayan, istemli motor ve duyu fonksiyonunu etkileyen semptomlarla kendini gösteren bir psikiyatrik hastalıktır⁵¹. DSM-IV ve ICD-10 gibi modern sınıflandırma sisteminde konversiyon bozukluğu terimi histerinin yerini almıştır. Bu tanı sistemlerinde konversiyon bozukluğu demek için nörolojik semptomların organik bir sebebe bağlı olmaması gerekmektedir. DSM-IV konversiyon bozukluğunun dört alt tipini listelemiştir; motor, duysal, nöbetler ve mikst tip. İçsel çatışmalar ve stres gibi faktörlerin oluşan bu semptomlarla uyumlu olduğu görülmüştür⁵². Organik hastalıklardan bağımsız olarak gelişen bu semptomların bilinç dışı çatışmayı

yansıttığını öne süren Sigmund Freud, konversiyon bozukluğu terimini icat etmiştir⁵³.

Konversiyon bozukluğunun yaygın semptomları; körlük, felç, distoni, konversif nöbetler, yutma güçlüğü, halüsinasyonlar, motor tikler, yürüme güçlüğü, anestezi olarak sayılabilir⁵⁴. Konversiyon bozukluğu olan hastalarda bu semptomlar doğrudan organik bir nedenden kaynaklanmaz, daha ziyade psikolojik bir çatışma sonucu oluşur. Konversiyon bozukluğu teşhisi konan hastalar herhangi bir hastalığı taklit etmemektedirler. Dinamik bakışa göre konversiyon bozukluğu, çatışmalar ve yakın zamanda ortaya çıkan stres faktörleri ile ilişkilidir. Semptomlar, hastanın yasaklanmış bir arzusu ile vicdanı arasındaki bilinçsiz çatışmanın bir sonucu olarak ortaya çıkar. Konversiyon semptomları, sembolik olarak, bireyin kabul edilemez arzusunun tam farkındalığı olmaksızın kısmi bir arzunun yerine getirilmesini temsil eder (ör. cinsel arzu-vajinismus, uyanılma-senkop, öfke-felç)⁵².

Konversiyon ifadesini literatüre kazandıran kişiler Freud ve Breuer olmuştur. DSM-I'de "Konversiyon reaksiyonu" olarak sınıflandırılmıştır⁵⁵. DSM-II'de başlığın adı "histerik psikonevroz, konversiyon tipi" olmuş ve güzel aldırma bulgusunun önemine değinilmiştir. DSM-III'ten DSM-IV'e geçerken bu belirtilerin oluşumunun nedeni olarak dinamik

yaklaşımlarla ilgili tanım yerine “psikolojik etkenlerle alakalı çatışma veya stresin neden olduğu belirtiler”

kriteri getirilmiştir. DSM-5 ile psikolojik stres faktörü kriteri kaldırılmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. DSM-5 konversiyon bozukluğu tanı kriterleri

• Bir ya da daha çok, istemli motor ya da duyuşsal nörolojik işlev bozukluğu ile ilgili belirti
• Klinik bulgular ve belirtiler arasında bilinen nörolojik veya genel tıp durumları arasında uyumsuzluk olduğuna dair kanıtlar sunar.
• Bu belirti başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
• Bu belirti, klinik açıdan belirgin bir işlevsellikte düşmeye neden olur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırma sistemi olan ICD'nin 9. baskısında hem konversif hem de dissosiyatif olguları kapsayan “Histeri” ifadesi kullanılmasına karşın, ICD-10'da dissosiyatif bozukluklar başlığına alınmıştır. ICD-11'de ise, dissosiyatif bozukluklar başlığında devam edecektir.

Yapay bozukluk

Yapay bozukluk, bilinçli olarak psikolojik veya fiziksel semptomların, hasta olarak gözükme için üretilmesi ya da taklit edilmesidir. Yapay kelimesi Latince facere'den (yapmak) gelmektedir. Yapay bozukluk temaruz ve histeri arasındaki spektrumunda yer almaktadır⁵⁶. Her ikisi de yaklaşık bin yıldır belgelenen bozukluklardır. Yapay bozukluk terimini ilk kullanan kişi Hector Gavin'dir (1838). Gavin, bakım ve ilgi uyandırmak ya da görevlerinden kaçmak isteyen denizci askerler için bu terimi kullanmıştır. Ancak Gavin, Forbes ve Tweedie'nin 1833 yılında yazdıkları Cyclopædia of Practical Medicine'den bu

terimi alıntılamıştır. Bu terim sonraki 100 yıl boyunca düzensiz bir şekilde kullanılmıştır ta ki 1951'de Richard Asher'in yazdığı ufuk genişletici makalesine kadar. “Munchhausen Sendromu” olarak isimlendirdiği bu hastalığı, inanılmaz semptomlarla kendini hastaneden hastaneye sürükleyen ve tıbbi bir ilgi arayan hastalar için kullanmıştır⁵⁷. İsmi Hanoverli süvari kaptanı, Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Münchhausen'den alan Munchhausen Sendromu, sosyopati ve dramatik hastalık öyküleri ile başvuran hastaları tanımlamaktadır.

DSM-III'te ilk kez, belirtilerin istemli olarak üretilmesine ve hasta rolünün benimsenmesine değinilmiştir. DSM-III-R'de belirtilerin istemli çıkarıldığına ancak hasta olma rolünün bilinçdışı bir ihtiyaçtan kaynaklandığı üzerinde durulmuştur. DSM-IV ile bakımverenin yapay bozukluğu tanısı da eklenmiştir ve bilinçdışı olmasıyla DSM-III-R'de olduğu gibidir. DSM-5 ile değişmeden devam etmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. DSM-5 yapay bozukluk tanı kriterleri

• Kişide yanıltıcı, fiziksel ya da psikolojik düzmece belirtiler çıkarma davranışı vardır.
• Kişi, kendisini, başkalarına hasta, iş göremez olarak sunar.
• Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma davranışı belirgindir.
• Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikotik başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Etiyolojik verilerin kısıtlılığı, etiyojiye yönelik teorilerin gelişmesini engellemiştir. 1913 yılında Alman psikiyatr ve filozof Karl Jaspers Genel Psikopatoloji metninde; hayal oyunu bir kez başlatıldığında, çoğunlukla kendini aldatma, kendini teslim etme ve bir dürtüden doğan hayali bir varoluşu yol açacağını vurgulamıştır. 1951 yılında Asher ise, ‘mümkün olduğunca herkesi aldatmaya yönelik yoğun bir istek ve yalan söylemiş olmak için yalan söylemek’ cümlelerini kullanmıştır. 1969 yılında Pilowsky, tamamen bilinçsiz ihtiyaçlardan doğan suçluluk

duygusunu yatıştırılmaya ve bilinçli olarak ödül arayışına bağımlı hale gelmeye kadar bir spektrum önermiştir. Çocuklukta yaşanan fiziksel ya da cinsel istismarlardan sonra yapay bozukluğun ortaya çıkmasını, psişik benliği zarardan korumak için beden ve ruh arasındaki bir bölünmeye bağlamıştır⁵⁸.

SONUÇ

Sonuç olarak sebebi bulunamayan bedende gözlenen bazı belirtileri tarih boyunca histeri, melankoli,

hipokondriazis gibi tıbbi veya büyü, şeytan gibi dinsel ifadelerle tanımlama ihtiyacı duyulmuştur. Her dönemde bu belirtiler için tanımlama ihtiyacı duyulmasının en büyük sebebi toplumsal ve sosyal alanda önemli bir işlev kaybı yaratmasıdır. 20. yüzyıla gelindiğinde, tıbbın daha sistematikleşmesi sayesinde sebebi bulunamayan bazı bedensel belirti veya düşünceler psikiyatri nozolojisinde klinik uygulamaların ışığında günümüz sınıflandırma sistemlerine çeşitli değişikliklerle ulaşmıştır. Klinik, epidemiyolojik araştırmalar ve etiyolojik çalışmaların devam etmesi ile günümüzde de tarihte olduğu gibi sınıflandırma ve tanı kriterleri revize edilmektedir.

KAYNAKLAR

- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011;52:263–71.
- Micale MS. *Approaching Hysteria: Disease and Its Interpretations*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 2019.
- Wilson JVK, Reynolds EH. Translation and analysis of a cuneiform text forming part of a Babylonian treatise on epilepsy. *Med History*. 1990;34:185–98.
- Oppenheim AL. The interpretation of dreams in the ancient near east. with a translation of an Assyrian dream-book. *Transactions of the American Philosophical Society*. 1956;46:179–373.
- Reynolds EH, Wilson JVK. Stroke in Babylonia. *Arch Neurol*. 2004;61:597–601.
- Littre MPE. *Oeuvres complètes d'Hippocrates*. Baillière; 1861.
- Veith I. *Hysteria: The History of a Disease*. Chicago and London. University of Chicago Press. 1965;14:24.
- Hollfield MA. Somatoform disorders. In: BJ Sadock VS, editor. *In Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Baltimore, LWW, 2005.
- Ünal S. Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2002;3:52–55.
- Freud S, Breuer J. *Studies on Hysteria*. se, 2. London, Hogarth, 1895.
- Widom CS. *Sex Roles and Psychopathology*. New York, Plenum Press, 1984.
- APA. *DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 1994.
- World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
- Kendell RE. The distinction between mental and physical illness. *Br J Psychiatry*. 2001;178:490–3.
- Turner MA. Psychiatry and the human sciences. *Br J Psychiatry*. 2003;182:472–4.
- Perley MJ, Guze SB. Hysteria—the stability and usefulness of clinical criteria: A quantitative study based on a follow-up period of six to eight years in 39 patients. *N Engl J Med*. 1962;266:421–6.
- Guze SB. The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? *Am J Psychiatry*. 1967;124:491–8.
- Woodruff RA. Hysteria: An evaluation of objective diagnostic criteria by the study of women with chronic medical illnesses. *Br J Psychiatry*. 1968;114:1115–9.
- Çetin Ş, Varma GS, Özdel O. Bedensel belirti bozukluğu olan bir grup hastada genososyogram ile travmanın izleri. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 2021;3:63–9.
- Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry*. 2016;15:291.
- Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosom Med*. 1998;60:466–72.
- Lynch DJ, McGrady A, Nagel R, Zsembik C. Somatization in family practice: comparing 5 methods of classification. *Prim Care Comp J Clin Psychiatry*. 1999;1:85.
- Dimsdale J, Sharma N, Sharpe M. What do physicians think of somatoform disorders? *Psychosomatics*. 2011;52:154–9.
- Levenson JL. The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34:515–24.
- Croicu C, Chwastiak L, Katon W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Med Clin*. 2014;98:1079–95.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1358–68.
- Kırpınar İ. Somatizasyon ve bedensel belirti bozuklukları. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. 2019;1:295-312.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Washington, DC; 1980.
- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75:223–8.
- Smith JK, Józefowicz RF. Diagnosis and treatment of somatoform disorders. *Neurol Clin Pract*. 2012;2:94–102.
- Hüsing P, Löwe B, Toussaint A. Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *J Psychosom Res*. 2018;113:74–80.
- Mayou R. Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *Br J Psychiatry*. 2014;204:418–9.

34. Barsky AJ. Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. *Psychosom Med.* 2016;78:2–4.
35. Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ.* 2013;346.
36. Cao J, Wei J, Fritzsche K, Toussaint AC, Li T, Jiang Y et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;62:63–71.
37. von dem Knesebeck O, Lehmann M, Löwe B, Lüdecke D. Causal attributions for somatic symptom disorder. *J Psychosom Res.* 2020;129:109910.
38. Morabito G, Barbi E, Cozzi G. The unaware Physician's role in perpetuating somatic symptom disorder. *JAMA Pediatr.* 2020;174:9–10.
39. Kring AM, Davison GC, Neale JM, Johnson SL. *Abnormal Psychology.* New York, Wiley, 2007.
40. Bass C. *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady*-Starcevic V, Lipsitt DR, editors, Oxford University Press, 2001, Hardback, @ \$42.50, ISBN 0195126769. *J Psychosom Res.* 2002;6:1187.
41. Sudhoff K. *Essays in the History of Medicine.* Medical Life Press; 1926.
42. Merenda PF. Toward a four-factor theory of temperament and/or personality. *J Pers Assess.* 1987;51:367–74.
43. Ahonen M. Ancient philosophers on mental illness. *Hist Psychiatry.* 2019;30:3–18.
44. Farrington B. *Science and Politics in The Ancient World.* Routledge, 2016.
45. Riva MA, Ferraina F, Paleari A, Lenti MV, di Sabatino A. From sadness to stiffness: the spleen's progress. *Int Emerg Med.* 2019;14:739–43.
46. Lutz PL. *The Rise of Experimental Biology: An Illustrated History.* Totowa, NJ, Humana Press, 2002.
47. Dalfardi B, Yarmohammadi H, Ghanizadeh A. Melancholia in medieval Persian literature: The view of Hidayat of Al-Akhawayni. *World J Psychiatry.* 2014;4:37.
48. Stanley E. Polysemy and Synonymy and how these Concepts were Understood from the Eighteenth Century onwards in Treatises, and Applied in Dictionaries of English. Max Niemeyer Verlag; 2012.
49. Donix M. The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med.* 2013;159:720.
50. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Review: DSM-4-TR.* Washington, DC., American Psychiatric Association, 2000;
51. Ballmaier M, Schmidt R. Conversion disorder revisited. *Funct Neurol.* 2005;20:105–113.
52. Blitzstein SM. Recognizing and treating conversion disorder. *Virtual Mentor.* 2008;10:158–160.
53. Freud S. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* London, Hogarth Press, 1962.
54. Marshall S, Bienenfeld D. Conversion disorder. *Medscape. Drugs Dis.* 2015;26:2013.
55. Ünal S. Somatoform bozukluklar; nozoloji ve tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi.* 1999;1(1):1–6.
56. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet.* 2014;383:1422–32.
57. Barker JC. The syndrome of hospital addiction (Munchausen syndrome): a report on the investigation of seven cases. *J Ment Sci.* 1962;108:167–182.
58. Interests do. Factitious disorder (Munchausen's syndrome). *JR Coll Physicians Edinb.* 2009;39:343–47.