

پزشکان و مشکلی به نام «جسمی سازی»

غلامحسین احمدزاده^۱، آزاده ملکیان^۲، محسن معروفی^۳

چکیده

بخش قابل توجهی از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی را افرادی تشکیل می‌دهند که از مشکلات روانی اجتماعی رنج می‌برند. بسیاری از این افراد از طرح مشکل خود به صورت واضح و بی‌پرده با پزشکان آکراه دارند و اغلب این مشکلات را در قالب علایم و شکایات جسمی غیر اختصاصی مطرح می‌کنند که با توجه به آن در ارزیابی‌های کلینیکی و پاراکلینیکی هیچ گونه یافته‌ای دال بر وجود یک بیماری طبی یافت نمی‌شود. از این پدیده در طب به عنوان جسمی سازی نام برده می‌شود. چرخه معیوبی که در اثر مراجعات مکرر این بیماران رخ می‌دهد، هزینه‌های هنگفتی را بر سیستم‌های درمانی تحمیل می‌کند و تأثیرات نامطلوب فراوانی را چه برای بیمار و چه کادر درمانی به دنبال خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: جسمی سازی، شکایات جسمی بدون علت طبی مشخص، اختلالات سوماتوفرم (شبه جسمی).

نوع مقاله: مروری

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۴

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۶

پزشکان است (۵). این تصور غلط که بیماری تنها محدود به بیماری‌های جسمی است و بیان مشکلات روانی - اجتماعی همواره با ترس و وحشت از خوردن برچسب بیمار روانی همراه بوده، موجب شده است تا واکنش جسمی سازی به عنوان پدیده‌ای جهان شمول باعث مراجعه گروه کثیری از بیماران به سیستم‌های بهداشتی درمانی شود. مراجعات مکرر این بیماران از یک طرف و عدم آشنایی و شناخت کافی پزشکان و کادر درمانی از ماهیت و نحوه اداره این گونه شکایات در بیماران موجب بروز مشکلات فراوان و گسترده‌ای برای بیمار و سرویس‌های بهداشتی درمانی می‌شود (۶).

جسمی سازی پدیده‌ای شایع در تمام جوامع می‌باشد. در مجموع تخمین زده می‌شود که حدود ۲۰ تا ۸۰ درصد از مراجعین به پزشکان عمومی را بیمارانی تشکیل می‌دهند که

جسمی سازی را تمایل به تجربه و بیان ناراحتی‌های روانی در قالب علایم جسمی تعریف کرده‌اند. بیمار جسمی ساز در اغلب موارد به عنوان یک فرد مبتلا به یک بیماری جسمی و نه یک مشکل روانی اجتماعی به پزشک مراجعه می‌کند؛ در صورتی که هیچ گونه یافته‌ای دال بر وجود یک بیماری طبی مشخص در وی وجود ندارد (۱).

افراد دچار مشکلات روانی - اجتماعی بخش قابل توجهی از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی را تشکیل می‌دهند (۲، ۳). این افراد به ندرت مشکلات خود را به صورت واضح و مستقیم با پزشکان مطرح می‌نمایند و بسیاری از آن‌ها از ترس خوردن برچسب اختلال روانی تمایل به بیان این مشکلات در پوششی از علایم جسمی دارند (۴). در واقع علایم جسمی بلیط ورودی «Entry ticket» فرد به مطب

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: ahmadzadeh@med.mui.ac.ir

۲- روان‌پزشک، مرکز تحقیقات اختلالات روان تنی (سایکوسوماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

موجود در زندگی روزمره آن‌ها را به صورت غیر مستقیم و به شکل علایم جسمی بیان می‌کنند. شاید یکی از علل افزایش نسبی پدیده جسمی‌سازی در آسیا و آفریقا در مقایسه با آمریکای شمالی در پاره‌ای مطالعات این موضوع باشد (۱۱).

در مطالعه‌ای که به صورت مقایسه‌ای بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی مرکز خورشید اصفهان با مراجعین به درمانگاه‌های داخلی و پوست از نظر تعداد شکایات جسمی و با استفاده از معیار سنجش سوماتیک Bradford انجام شد، میزان شکایات جسمی در کل و شکایاتی مانند خستگی عمومی، طپش قلب و دردهای مفصلی عضلانی در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی بیشتر بود (۱۲).

زنان، سالمندان، افراد با سابقه بیماری‌های مختلف در والدین‌شان و یا اشخاص محروم از مراقبت‌های مناسب در کودکی و مبتلایان به اختلالات روانی بالاخص اضطراب و افسردگی و طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی از ریسک بالاتری برای جسمی‌سازی برخوردارند (۱۳، ۱۴).

در بین اختلالات روانی مختلف افسردگی، اضطراب و خود اختلالات سوماتوفرم دارای بالاترین میزان تظاهرات جسمی در بیماران مبتلا هستند. اگر چه هیچ گونه شکایت جسمی خاصی پیش‌بینی کننده احتمال وجود اختلال روانی در بیماران با تابلو شکایات جسمی غیر اختصاصی نیست، ولی افزایش تعداد و تنوع شکایات جسمی به خصوص در مواردی که بیمار بیش از ۵ شکایت مختلف دارد، سیر مزمن و عود کننده شکایات، سابقه مصرف داروهای مختلف و در عین حال عدم پاسخ مناسب به داروها و حتی بروز عوارض جانبی نامعمول و تحمل نکردن دارو از مهم‌ترین فاکتورهای پیش‌گویی کننده وجود اختلال روانی به عنوان زمینه‌ساز جسمی‌سازی در بیماران می‌باشد (۹). رابطه بین تعداد شکایات با میزان بیشتر اختلال عملکرد بیمار در حیطه‌های شغلی و اجتماعی و مراجعه بیش از حد مورد نیاز به سرویس‌های بهداشتی درمانی نیز در پاره‌ای تحقیقات مطرح شده است (۱۵، ۱۶).

از شکایات جسمی بدون علت مشخص طبی رنج می‌برند و مطالعات مقایسه‌ای نیز سیر رو به افزایش این بیماران را با وجود ارتقای امکانات مراقبت‌های بهداشتی درمانی گزارش نموده‌اند (۸، ۷). گروهی معتقدند که گسترش خدمات به خصوص در حیطه پاراکلینیک و کشف موارد مثبت کاذب در ارزیابی‌های پاراکلینیکی این بیماران یکی از عوامل افزایش تعداد این بیماران نسبت به گذشته می‌باشد، در واقع در حین بررسی این بیماران ممکن است تا مواردی به صورت تصادفی چه در معاینه فیزیکی و چه در ارزیابی پاراکلینیکی یافت شوند که با توجه به نداشتن ارتباط فیزیوپاتولوژیکی با شکایات جسمی بیمار موجب تداوم مراجعات این گونه بیماران شود. به عنوان مثال یافته‌های آزمایشگاهی به نفع یک کم‌کاری تیروئید ساب‌کلینیکال در بیماری که شکایات جسمی متعدد دارد و یا شنیدن یک سوفل قلبی فانکشنال در بیماری که با درد قفسه صدری غیر قلبی و شکایات دیگر مراجعه نموده است. از این موارد به عنوان «Incidentaloma» نام برده می‌شود (۹).

اگر چه مطالعات مختلفی پدیده جسمی‌سازی را منحصر به فرهنگ یا جامعه خاصی ندانسته‌اند و تنها تفاوت را در نحوه بیان علایم و معنای سمبولیک پاره‌ای علایم در جوامع مختلف دانسته‌اند (۱۰).

ولی مطالعات دیگری شیوع آن را در جوامعی که از نظر فرهنگی بیان مشکلات هیجانی و مسایل زندگی روزمره به خصوص در روابط بین فردی به صورت واضح و بی‌پرده چندان پذیرفته شده نیست، را بیشتر دانسته‌اند. در واقع هر چه زبان روان‌شناختی در افراد کمتر به کار رود، تمایل به استفاده از زبان بدن «Body language» بیشتر می‌شود. در جوامع غربی بسیاری از افراد حتی در مقابل چشم هزاران بیننده تلویزیون شخصی‌ترین مسایل زندگی و احساسات‌شان را در این رابطه بیان می‌کنند؛ در صورتی که در فرهنگ‌های شرقی حجب و حیا و سایر خصلت‌های فرهنگی - اجتماعی مانع از چنین اقدامی می‌شود و حتی در مواردی با سرکوب کردن عواطف و هیجانات ناشی از کشمکش‌های روانی - اجتماعی

همان طوری که ذکر شد، مشکلات روانی اجتماعی و به خصوص اختلالات روانی شایعی مانند افسردگی یکی از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به پزشکان می‌باشد. اختلالات روانی همیشه از نظر میزان ناتوانی و بار بیماری جزء بالاترین میزان ناتوانی در بین بیماری‌های مختلف بوده‌اند. در جدیدترین پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی بار بیماری افسردگی از سال ۲۰۰۲ به سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم پس از ابتلا به ایدز می‌رسد (۱۷). در ایران بار بیماری‌های روانی و اختلالات روانی رفتاری پس از حوادث عمدی و غیر عمدی، رتبه دوم را در سال ۱۳۸۲ به دست آورده است (۱۸).

در بین ۱۴ کشور مختلف میزان افسردگی با تظاهرات جسمی بین ۴۵ تا ۹۵ درصد گزارش شده است (۱۹). در مطالعه‌ای در اصفهان نیز یکی از شایع‌ترین شکایات اصلی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مآزور شکایات جسمی و در رأس آن سردرد بوده است که در زنان، افراد با تحصیلات پایین‌تر و سالمندان بیشتر از سایرین گزارش شد (۲۰).

می‌توان حدس زد که وجود تابلو جسمی‌سازی در اختلالات روانی شایعی مانند افسردگی به چه میزان می‌تواند در عدم شناخت یا تأخیر در تشخیص و درمان این گونه اختلالات مؤثر باشد و موجب افزایش بیشتر بار این بیماری‌ها شود (۲۱). ۴۰-۵۰ درصد از بیماران مبتلا به شکایات جسمی غیر اختصاصی دچار اضطراب می‌باشند. وجود علائم جسمی ناشی از تحریک سیستم اتونوم پدیده شایعی در اختلالات اضطرابی است و بیماران در مراجعاتشان به پزشکان در بسیاری از موارد بیشتر تأکید بر این گونه علائم دارند، تا احساس ذهنی و علائم روان‌شناختی اضطراب به خصوص آن دسته از علائمی که در حیطه مستقیم قلبی عروقی هستند و از نظر بیمار اهمیت حیاتی بیشتری دارند. از بین اختلالات اضطرابی بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD یا Post traumatic

روان‌شناختی ناشی از آن نکنند (۲۲، ۹). شاید اصلی‌ترین مصداق جسمی‌سازی اختلالات روانی را بتوان در گروه اختلالات شبه جسمی (سوماتوفرم) موجود در تقسیم‌بندی‌های فعلی اختلالات روانی یافت. در DSM IV-TR این اختلالات شامل چند نوع بیماری مختلف می‌باشد که وجه مشترک آن‌ها جسمی‌سازی ناخودآگاه مشکلات روانی- اجتماعی می‌باشد. این گروه شامل اختلال سوماتیزیشن، اختلال تبدیلی، اختلالات درد، خودبیمارانگاری، اختلال بدشکلی بدن و اختلالات شبه جسمی غیر متمایز و اختلالات شبه جسمی می‌باشد که به شکل دیگری قابل طبقه‌بندی نیستند. در بین این گروه هتروژن شناخت شده‌ترین، شدیدترین و مزمن‌ترین نوع اختلالات سوماتوفرم اختلال سوماتیزیشن است. معیارهای تشخیصی این اختلال در حال حاضر وجود شکایات جسمی متعدد شامل حداقل چهار شکایت از درد در سرتاسر و نواحی مختلف بدن، دو شکایت از علائم گوارشی، یک شکایت از دستگاه تناسلی ادراری و یک شکایت از علائم عصب شناختی کاذب است (۲۳). از ابتدای ورود اختلالات شبه جسمی به طبقه‌بندی اختلالات روانی در DSM III اختلاف نظرهایی در مورد اعتبار و پایایی تشخیصی و تحقیقی این اختلالات وجود داشته است و بسیاری از صاحب‌نظران اظهار نظرهای انتقادی فراوانی به تقسیم‌بندی و ملاک‌های تشخیصی این اختلالات دانسته‌اند و خواستار تجدید نظر در این موارد شده‌اند (۲۴). از نظر ملاک‌های تشخیصی فعلی اختلالات شبه جسمی در زمانی تشخیص داده می‌شوند که علائم، اگر چه تابلو یک بیماری جسمی را تقلید می‌کند، ولی هیچ گونه شواهدی دال بر وجود یک بیماری طبی در بیمار نباید وجود داشته باشد و از طرفی نیز این علائم نباید ثانویه به یک اختلال روانی دیگر باشد. این در حالی است که همراهی اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی و اضطراب با اختلالات

مخالفت دیدگاه فوق معتقدند که این اقدام تنها یک تغییر نام است، ولی محتوا و مشکل اصلی به قوت خود باقی می‌ماند و حتی احتمال مراجعات بی‌مورد این گونه بیماران نیز بیشتر می‌شود و امکان کشف اختلالات روانی همراه با علایم جسمی کمتر می‌شود و صرف ترس از استیگما و برچسب خوردن نمی‌تواند دلیل موجهی برای این اقدام باشد. البته بسیاری از این افراد به ضعف‌های موجود در معیارهای تشخیصی اختلالات سوماتوفرم در طبقه‌بندی‌های موجود معترف‌اند و با توجه به هتروژن بودن بیماران سوماتوفرم پیشنهاداتی را برای تشخیص هر چه بیشتر موارد ساب کلینیکال و اسکرین کردن اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی در بین این بیماران دارند (۳۱-۲۹، ۲۴).

آن چه مسلم است، بیماران جسمی‌ساز از نظر اغلب پزشکان و حتی روان‌پزشکان جزء بیماران مشکل (Difficult patients) قلمداد می‌شوند و بسیاری از پزشکان از درمان این گونه بیماران احساس عجز می‌کنند. این مسأله حتی در مورد پزشکانی که در این زمینه آموزش دیده بودند، نیز صادق است. این پزشکان هم تمایل بیشتری به درمان بیماران جسمی‌ساز با روش‌های درمان جسمی و از جمله تجویز دارو داشته‌اند. این احتمال وجود دارد که پزشکان در ابتدا برای تحکیم رابطه درمانی مناسب با بیمار جسمی‌ساز ابتدا با درمان‌های جسمی آغاز می‌کنند و بعد به تدریج با آمادگی بیشتر بیمار، پیشنهاد درمان‌های روانی اجتماعی را می‌دهند. از سوی دیگر این احتمال نیز وجود دارد که پزشک در مقابل شکایات جسمی تکراری بیمار واکنشی به صورت کمترترانسفرانس منفی داشته باشد و بالطبع به صورت ناخودآگاه تمایل به ارزیابی مجدد شکایات جسمی بیمار داشته باشد (۳۳، ۳۲).

در مقایسه بین بیماران جسمی‌ساز با بیمارانی که شکایات روان‌شناختی مراجعه می‌کنند، گروه دوم بیشتر احتمال دارد که درمان‌های مناسب از جمله روان‌درمانی را دریافت نماید. در یک مطالعه در آلمان تنها ۳۱ درصد از بیمارانی که از اختلالات عاطفی و هیجانی رنج می‌بردند، تحت درمان با

شبه جسمی بسیار شایع است و همان طوری که مطرح شده، وجود تابلو جسمی در افسردگی و اضطراب بسیار شایع است. انتقاد دیگر به فاصله موجود بین شکایات فیزیکی بدون علت طبی مشخص که بسیاری از اوقات از نظر پزشکان و کادر درمانی کم اهمیت تلقی می‌شود، از یک سو و ادراک بیمار از این علایم از نظر هیجانی، شناختی و رفتاری به صورت درد یا یک علامت جسمی واقعی از سوی دیگر است که لازم است ملاک‌های تشخیصی به نحوی تغییر یابد که فاصله بین تصور سطحی بودن و کم اهمیت تلقی شدن علایم بیمار از طرف کادر درمانی و احساس و تنش شدید بیمار از سوی دیگر به حداقل برسد (۲۶، ۲۵).

بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی بیشتر از روان‌پزشکان به پزشکان عمومی و سایر متخصصین مراجعه می‌کنند، عده‌ای معتقدند که مطرح کردن مشکل جسمی‌سازی به عنوان اختلالی در محور یک موجب می‌گردد که این بیماران بیشتر به بخش‌های ارایه دهنده خدمات بهداشت روان ارجاع شوند و جنبه‌های مدیکال آنان کمتر مورد توجه قرار گیرد. بر همین اساس آن دسته از صاحب‌نظرانی که دیدگاه‌های رادیکال‌تری در این رابطه داشته‌اند، پیشنهاد حذف اختلالات سوماتوفرم را از تقسیم‌بندی اختلالات روانی در DSM V داده‌اند و معتقدند که آن دسته از اختلالات سوماتوفرم را که می‌توان با سایر اختلالات محور I و II توجیه کرد، تحت عنوان همان اختلالات مانند افسردگی یا اضطراب مطرح شوند و سایر موارد به همراه سندرم‌هایی که از نظر طبی توجیه مشخصی ندارند، مانند سندرم خستگی مزمن و یا روده تحریک‌پذیر در یک گروه ادغام شوند و تحت عنوان اسامی پیشنهادی مانند Somatic symptom disorder یا Physical symptom disorder در یک گروه و در محور III مطرح شوند. طرفداران این دیدگاه معتقدند این کار موجب می‌شود که بیمار بدون ترس از برچسب خوردن اختلال روانی با سهولت بیشتری بتواند به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه نماید (۲۸، ۲۷، ۲۵).

هزینه‌های این گونه مراقبت‌ها موجب گسترش و کاربرد هر چه بیشتر این گونه درمان‌ها شده است، به نحوی که پذیرش تشخیصی اختلالات شبه جسمی در آلمان برای بیماران قابل قبول‌تر بوده است (۳۸، ۳۷، ۵). متأسفانه تاکنون در کشور ما توجه چندانی به آموزش این مقوله چه در دوره آموزشی پزشکان عمومی و چه در بازآموزی‌های مختلف نشده است و شاید برای اولین بار یک مقاله بازآموزی برای پزشکان در این رابطه در دست انتشار باشد (۳۹). در مجموع با توجه به تأثیرات سوء شکل جسمی‌سازی بر کیفیت زندگی بیماران و تحمیل هزینه‌های سنگین ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی بی‌مورد بر بودجه‌های بهداشتی و درمانی و بروز عوارض ایاتروژنیک ناشی از این گونه اقدامات ضرورت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش می‌کند (۴۰، ۴۱).

مداخلات روانی- اجتماعی قرار گرفتند و تنها ۹/۵ درصد از آن‌ها برای روان‌درمانی ارجاع شده بودند (۳۴).

آموزش نحوه برخورد با این بیماران و نحوه اداره کردن بیمار به خصوص برای پزشکان عمومی در اغلب مطالعات نتایج مثبتی را به دنبال داشته است و موجب تأثیر قابل توجهی در بهبودی بیمار و کاهش علایم و بهتر شدن عملکرد وی شده است و در عین حال اعتماد به نفس پزشکان نیز در مواجهه با این گونه بیماران بیشتر می‌شده است (۳۵، ۳۶).

آلمان کشور پیشتاز در زمینه آموزش‌های روانی- اجتماعی به پزشکان می‌باشد که از سال ۱۹۸۷ این موضوع را در برنامه آموزشی پزشکان عمومی گنجانده، از سال ۱۹۹۴ نیز به عنوان یک برنامه آموزشی تأیید شده استاندارد اجرا نموده است. حمایت سازمان‌های بیمه‌گر از

References

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145(11): 1358-68.
2. Verhaak PF, Tjhuis MA. Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch National Study of Morbidity and Interventions in General Practice. *Soc Sci Med* 1992; 35(2): 105-10.
3. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994; 272(22): 1741-8.
4. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29(6): 563-9.
5. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjordt Dahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pract* 1998; 15(1): 1-8.
6. Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96(5): 223-7.
7. Peveler R, Kilkeny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42(3): 245-52.
8. Kawanishi Y. Somatization of Asians: An artifact of Western medicalization? *Transcultural Psychiatry* 1992; 29(1): 5.
9. Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am* 2006; 90(4): 603-26.
10. Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosom Med* 1996; 58(5): 481-8.
11. Pennebaker W. Cultural similarities and differences regarding emotion disclosure. *Emotion, disclosure, and health*. New York: American Psychological Association; 1995. p. 293-309.
12. Mobarki GH, Ahmadzadeh GH, Shishehforonsh SH. Somatization among Iranian psychiatric patients. *Actas Espanola's de Psiquiatri* 2001; 29(1): 125.
13. Khan MM. Medically unexplained symptoms. *Pakistan Journal of Neurological Science* 2007; 2(3): 3-6.

14. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001; 51(1): 361-7.
15. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV, III, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3(9): 774-9.
16. Jackson J, Fiddler M, Kapur N, Wells A, Tomenson B, Creed F. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 2006; 60(4): 357-63.
17. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe. Geneva: World Health Organization; 2008
18. Naghavi M. National study of burden of disease and injury. Proceeding of the International Congress of Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education; 2003; Tehran, Iran. 2007.
19. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1329-35.
20. Ahmadzadeh GH, Masodzadeh A. The major complaints in depression. *Journal of Isfahan Medical School* 1997; 46: 61-6. [In Persian].
21. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5): 734-41.
22. Elderkin-Thompson V, Cohen Silver R, Waitzkin H. Narratives of Somatizing and Non somatizing Patients in a Primary Care Setting. *J Health Psychol* 1988; 3(3): 407-28.
23. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
24. Janca A. Rethinking somatoform disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(1): 65-71.
25. Rief W, Sharpe M. Somatoform disorders-new approaches to classification, conceptualization, and treatment. *J Psychosom Res* 2004; 56(4): 387-90.
26. Wise TN, Birket-Smith M. The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics* 2002; 43(6): 437-40.
27. Sykes R. Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? *J Psychosom Res* 2006; 60(4): 341-4.
28. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(9): 772-81.
29. Levenson JL. A rose by any other name is still a rose. *J Psychosom Res* 2006; 60(4): 325-6.
30. Kroenke K. Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res* 2006; 60(4): 335-9.
31. Starcevic V. Somatoform disorders and DSM-V: conceptual and political issues in the debate. *Psychosomatics* 2006; 47(4): 227-81.
32. Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure. *Psychosom Med* 2006; 68(4): 570-7.
33. Kerwick S, Jones R, Mann A, Goldberg D. Mental health care training priorities in general practice. *The British Journal of General Practice* 1997; 47(417): 225-7.
34. Verhaak PF, Wennink HJ. What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? *Int J Psychiatry Med* 1990; 20(2): 151-62.
35. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989; 33(6): 689-95.
36. Kaaya S, Goldberg D, Gask L. Management of somatic presentations of psychiatric illness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practitioners. *Med Educ* 1992; 26(2): 138-44.
37. Fritzsche K, Larisch A, Cierpka M, Wirsching M. Improving the Biopsychosocial Competence of German Primary Care Physicians in Diagnosing and Treating Somatoform Disorders. *Families, Systems, & Health* 2004; 22(3): 352-63.
38. Fritzsche K, Sandholzer H, Brucks U, Cierpka M, Deter HC, Harter M, et al. Psychosocial care by general practitioners--where are the problems? Results of a demonstration project on quality management in psychosocial primary care. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29(4): 395-409.

39. Ahmadzadeh GH, Afshar H. Patient with medically unexplained physical complaints (CME).[In Press]. Journal of Isfahan Medical School 2012.
40. Bass CH, Peveler R, House A. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. The British Journal of Psychiatry 2001; 179(11): 4.
41. Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. Psychol Med 1992; 22(1): 173-80.

Physicians and a common problem named "somatization"

GHolamhossein Ahmadzadeh¹, Azadeh Malekian², Mohsen Maroufi³

Abstract

A significant proportion of patients refer to health centers due to psychosocial problems. Many of these patients cannot explain their problem obviously and prefer to express them as nonspecific somatic and bodily symptoms. However, in numerous cases, no definite clinical or laboratory finding exists to confirm any specific medical disease.

This phenomenon is named "somatization". Recurrent visits of these cases in outpatient clinics or hospitals and the vicious cycle of unnecessary investigations that reinforce the "sick role" and somatic complaints, cause many problems for the patients, as well as the physicians and health services.

Keywords: Somatization, Medically Unexplained Symptoms, Somatoform Disorders.

Type of article: Review

Received: 25.12.2011

Accepted: 25.2.2012

1. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: ahmadzadeh@med.mui.ac.ir

2. Psychiatrist, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.