

ÇOCUKTA KARIN AĞRISI BELİRTİSİNİN ANNE-BABA PSİKOPATOLOJİSİ VE AİLE DİNAMİKLERİ BAĞLAMINDA TARTIŞILMASI: BİR OLGU SUNUMU*

Ayşegül Selcen GÜLER**, Ayşe RODOPMAN ARMAN***,
Osman SABUNCUOĞLU***, Meral BERKEM****

ÖZET:

Süreğen veya tekrarlayıcı karın ağrısı çocuk ve ergenlerde sık görülmekte ve psikiyatrik bir belirti olarak da ortaya çıkabilmektedir. Tekrarlayıcı karın ağrısının nedenlerinden birisi Ailevi Akdeniz Ateşi'dir (AAA). AAA'nın bazı sınıflamalara göre psikosomatik bozukluklar içinde de incelenebileceği söylenmektedir. Çocuklarda görülen bedensel belirtiler aile dinamiklerini etkileyebilir ve anne-babaların çocuklarına karşı aşırı koruyucu davranmalarına neden olabilir. Anne-baba psikopatolojisi ve aile dinamiklerinin de çocukta bedensel belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabileceği iyi bilinmektedir. Sonuç olarak, çocuğun belirtisiyle aile sistemi sürekli karşılıklı etkileşim içindedir. Bu sunumda, AAA tanısıyla izlenen bir çocuğun ailesinde, bedensel belirtisiyle çakışan karmaşık ilişkilerin, olası anne-baba psikopatolojisi ve aile dinamikleri bağlamında tartışılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, karın ağrısı, aile, psikopatoloji

SUMMARY: RELATIONSHIP BETWEEN ABDOMINAL PAIN IN OFFSPRING AND PARENTAL PSYCHOPATHOLOGY AND FAMILY DYNAMICS: A CASE REPORT

Chronic or recurrent abdominal pain is common among children and adolescents and can present as a psychiatric symptom in clinical settings. One of the reasons of recurrent abdominal pain is Familial Mediterranean Fever (FMF). It is suggested that FMF can be classified under the diagnostic heading of psychosomatic disorders. Somatic symptoms in children may significantly affect family dynamics and parents may become overprotective towards their children. On the other hand, it's well known that parental psychopathology and family dynamics might be the reason of somatic symptoms in the child. Thus, there's a reciprocal relationship between the child's symptoms and the family as a system. We aim to discuss the complex parent-child interaction together with a somatic symptom in the context of possible parental psychopathology and family dynamics in a child who had a previous diagnosis of FMF.

Key words: Child, abdominal pain, family, psychopathology

GİRİŞ

Süreğen veya tekrarlayıcı karın ağrısı çocuk ve ergenlerde sık görülen bir belirtidir. Tekrarlayıcı karın ağrısı olan çocukların %90'ında genellikle organik bir neden belirlenmemektedir (Kirschner ve Black 1998). Tanısı, periyodik ateş, seröz zarların (periton, plevra) inflamasyonu, artrit ve karın ağrısına yol açabilecek diğer faktörlerin dışlanmasıyla konabilen Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayıcı karın ağrısının organik nedenlerinden birisidir.

Aseptik inflamasyonla karakterize bu durumun somatoform bozukluklar ile ilişkisi üzerinde durulmakta ve hastalığın seyrinde, aseptik infla-

masyon başlamadan önce bedensel yakınmaların görülebildiği, aseptik inflamasyon başladıktan sonra ise inflamasyonla sınırlı bölge dışında da ağrı hissedilebildiği ve bu inflamatuvar sürecin antidepresan tedavisi ve psikoterapi ile hafiflediği bildirilmektedir (Nersisyan ve ark. 2006a). Genetik yatkınlık, kişilik özellikleri ve çevresel koşulların hastalığın klinik görünümü üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir (Nersisyan ve ark. 2006b). Aynı çalışmada, ağrılı atakların, stresli durumlarla baş ederken daha fazla olumsuz duygulanım sergileyen kişilerde çevresel koşullarla tetiklenebildiğinden söz edilmektedir.

Çocuklarda tekrarlayıcı karın ağrısına sıklıkla depresyon ve kaygı belirtileri eşlik edebilmekte, okula devamsızlık gibi işlevsellikte bozulma görülebilmekte ve çok sayıda gereksiz tıbbi girişim yapılabilmektedir. Öte yandan, çocuğun çevresindeki kişilerin (özellikle anne-babaların) çocuktaki ağrının gidişini etkileyebileceği bilinmektedir (Walker ve ark. 2002).

* 16-18 Mart 2007'de İstanbul'da gerçekleşen 4. Ulusal Aile ve Evlilik Terapileri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

**Araş. Gör. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

***Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

****Prof. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

GÜLER VE ARK.

Ağrılı durumların gelişiminde ailesel veya psikososyal faktörlerin öneminden bahsedilmektedir. Aile desteğinin yeterli olmaması, aile bağlarının zayıf olması, annelerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının iyi olmaması gibi durumlar çocukta ağrının ortaya çıkışını ve devamını kolaylaştırabilmektedir (Borge ve Nordhagen 2000).

Bu sunumda, daha önce AAA tanısıyla izlenen ve pediatri acil servisinde nedeni açıklanamayan karın ağrısı yakınmasıyla yatmakta olan bir çocukta var olan bedensel belirtiler, olası annelerin psikopatolojisi ve aile dinamikleri çerçevesinde tartışılacaktır.

OLGU SUNUMU

Dokuz yaşında bir kız hasta (S), anne ve babası eşliğinde, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri acil birimine karın ağrısı yakınmasıyla getirilmiş, yapılan tıbbi değerlendirme ve tetkikler sonucunda herhangi bir patoloji saptanmaması üzerine pediatri acil birimi tarafından çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istenmiştir.

Öykü

Hastanın küçüklüğünden beri, ateşin eşlik ettiği ataklarla seyreden karın ağrısı olduğu ve başvurdan 1,5 ay önce başka bir merkezde AAA tanısı aldığı, buna yönelik ilaç tedavisine başlandığı bildirildi. Hastanın başvuru anında 1,5 aydır var olduğu bildirilen karın ağrısına ateş eşlik etmiyor, ağrı yemek yemekle tetikleniyor ve karın ağrısı başlamadan önce mide bulantısının olduğu söyleniyordu. Ağrı karakterinin daha önceki ağrılarından farklı olması ve yapılan tetkiklerde herhangi bir patolojinin saptanmaması üzerine hasta psikiyatrik değerlendirmeye alındı. Ağrı her gün olmamakla birlikte çocuğun okula gitmesini engelliyordu. Çocuğun, karın ağrısı yakınmasının yoğunlaştığı 1,5 ay süresince toplam olarak bir hafta, anneye birlikte, okula gittiği öğrenildi. Anne "hijyenik sorunlar" nedeniyle çocuğa eşlik ettiğini, teneffüslerde çocuğu tuvalete götürmek üzere sınıfın kapısında beklediğini, çocuğun tuvaletteki temizliğini doktor tarafından önerilen özel bir solüsyon ile kendisinin yaptığını ifade ediyordu. Anne ve baba okul ortamının tozlu ve kirli olması nedeniyle çocuğun okula

gitmemesi gerektiğini düşünüyorlardı. Çocuğun bir yıl öncesine kadar anneye birlikte yattığı öğrenildi. Görüşmede, çocuğun yaşından küçük görüldüğü, sözel iletişiminin ve göz temasının iyi olduğu, annesinin çocuktan ayrılmakta güçlük çektiği ve anne-baba birlikteliğinin zayıflamış olduğu gözlemlendi. Çocuk karın ağrısını "çok şiddetli" olarak derecelendirdi fakat sözlü bildirimine eşlik eden duygulanımı uygun değildi. Duygudurumu ötimik olan hastada uyku ve iştah değişikliği tarif edilmiyordu. Karın ağrısı dışında halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı gibi başka bedensel yakınmaları da olan hastanın akran ilişkilerinde de problem yaşadığı öğrenildi.

Çocuğun anne ve babayla birlikte değerlendirildiği sonraki görüşmelerde anne-babanın çocuğu ortalarına alarak oturmaları, çocuğa ayrı bir yer gösterilmesine karşın annenin çocuğun tarafına doğru eğilmesi ve babadan ayrılması, annenin tıbbi konularda aşırı bilgi sahibi olması ve çocukta karın ağrısı belirtisinin şiddetlendiği bu dönemde babanın çalışmaması dikkat çekiydi.

Özgeçmiş ve Soygeçmiş

Normal doğum ile zamanında doğan hastanın annesinin gebeliği süresince günde bir paket sigara kullanmış olduğu ve gebeliğinin dördüncü ayından itibaren düşük tehdidi olduğu belirtildi. Doğum ağırlığı 2950 gr. olan olgunun doğum sırasında ve sonrasında herhangi bir tıbbi problemi olmadığı öğrenildi. Üç yıl anne sütü alan hastanın yürümesi ve dil gelişimi zamanında olmuştu. Gündüz idrar ve gaita kontinansı 5 yaş civarında gelişen hastanın halen geceleri idrar kaçırmakta olduğu bildiriliyordu. Veziköüreteral reflü nedeniyle nefroloji birimi tarafından takip edilmekte olan hasta, başvurudan yedi ay önce süregelen otit nedeniyle bir kulak ameliyatı geçirmişti.

Anne 44 yaşında, ilkökul mezunu olan bir ev hanımı, baba 50 yaşında ilkökul mezunu olan bir ticari taksi şoförüydü. Anne ve baba arasında akrabalık yoktu. Annenin baş ağrısı ve mide ağrısı yakınmaları vardı ve gastroözafageal reflü, fibrokistik meme hastalığı tanıları bulunmaktaydı. Babanın herhangi bir sağlık problemi yoktu. Olgunun 21 yaşında, uykuya dalmakta güçlük ve baş ağrısı yakınmaları olan bir ablası

ve 16 yaşında herhangi bir sağlık problemi olmayan bir ağabeyi vardı. Amcanın şizofreni tanısı almış olduğu bildirildi. Ailenin başka üyelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı.

TARTIŞMA

Çocuklarda tekrarlayıcı karın ağrısı, en az üç ay boyunca, en az üç defa olan ve çocuğun işlevselliğini etkileyen karın ağrısı olarak tanımlanmaktadır (Scharff 1997). Çocuklarda karın ağrısının organik nedenleri arasında, intestinal obstrüksiyon, enfeksiyon hastalıkları, besin alerjileri, enflamatuar hastalıklar, metabolik hastalıklar, spinal hastalıklar ve epilepsi sayılabilir (Scharff 1997). Öykü, fizik muayene ve gerekli tıbbi tetkiklerle olası organik nedenin belirlenmesine çalışılır. Tekrarlayıcı karın ağrısı olan çocuk ve ergenlerde genelde altta yatan yapısal ya da biyokimyasal bir patoloji gösterilemediğinde ağrı "fonksiyonel" kabul edilir (Drossman ve ark. 1990). Erişkinlerde fonksiyonel karın ağrısı nedenlerinden en sık görüleni motilite sorunlarının olduğu, kabızlık veya ishalin eşlik ettiği irritable barsak sendromudur (Burke ve ark. 1999). Çocuklarda "tekrarlayıcı karın ağrısı" en önemli fonksiyonel karın ağrısı nedenidir ve depresyon, kaygı belirtileri ile yüksek oranda birliktelik göstermektedir (Scharff 1997).

AAA tanısı başvurdan kısa bir süre önce konan bu olguda acile başvuru nedeni olan karın ağrısının karakteri, ataklarla ve ateşle seyreden AAA'dakinin aksine süregelen, ateşin eşlik etmediği ve şiddeti değişmeyen bir ağrıdır.

Tekrarlayıcı karın ağrısı olan çocukların çoğunda fiziksel bir neden bulunmamaktadır (Campo ve ark. 2004a). Ağrının belirli bir travma ya da stres sonrasında başlamış olması, ağrıya uyumlu olmayacak derecede fazla işlev kaybı, ağrıya bağlı ortaya çıkan ikincil kazançların varlığı, stresli olaylarla ağrının şiddetinde artışların olması gibi faktörler, ağrının ruhsal sıkıntılardan kaynaklandığını düşündürmelidir (Fritz ve ark. 1997). Bununla birlikte, fiziksel bir hastalığa psikosomatik belirtilerin eşlik edebileceği de akılda tutulmalıdır. Ayrıca, AAA'nın bazı sınıflamalara göre psikosomatik bozukluklar içinde de incelenebileceği söylenmektedir (Nersisyan ve Danielyan 2003, Nersisyan 2004).

Çocuklarda görülen bedensel belirtiler aile

dinamiklerini etkileyebilir ve anne-babaların çocuklarına karşı aşırı koruyucu davranmalarına neden olabilir (Smith ve Friedemann 1999). Öte yandan, anne-baba psikopatolojisi ve aile dinamiklerinin de çocukta bedensel belirtilerin ortaya çıkmasına ve sürmesine yol açabileceği iyi bilinmektedir (Smith ve Friedemann 1999, Compas ve Thomsen 1999). Sonuç olarak, çocuğun belirtisiyle aile sistemi sürekli karşılıklı etkileşim içindedir. Tekrarlayıcı karın ağrısı olan çocukların ailelerinin hastalık davranışını pekiştirdiği (aşırı koruyucu tutum sergileyerek) ve bu ailelerde işlevselliğin bozuk olabileceği öne sürülmektedir (Fritz ve Campo 2002). Hastalık davranışını pekiştirmeye eğilimli anne-babaların aşırı koruyucu oldukları ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Kaufman ve ark. 1997). Bu olguda da anne-babanın kaygılı bir yapıya sahip oldukları, çocuğu ağrının olmadığı günlerde bile okula göndermeyerek aşırı koruyucu bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Bu durum, olguda karın ağrısı belirtisinin ikincil bir kazanç oluşturduğunu düşündürmektedir.

Bedensel belirtilerin aile sistemi içinde ailenin işlevselliğini koruyan, devam ettiren, belki de çatışmayı önleyen özel bir işlevi olabilir. Örneğin, çocuktaki belirtiler ailenin bir arada kalmasını ya da var olan çatışmaların son bulmasını sağlayabilir. Bu hastaların ailelerinde evlilik sorunları yaşandığı bildirilmektedir (Campo ve ark. 1999). Diğer yandan aile sisteminde var olan çatışmaların bir süreliğine geri plana itilip, hastalığın ailenin merkezine çekildiği görülmektedir (Libow 2006). Anlatılan olguda babanın çocukla ilgilenen için işini bırakıp eve bağlanması, çocuktaki belirtinin anne-babayı bir araya getirmeye hizmet ediyor olabileceğini düşündürmektedir.

Bakım verici ve çocuk arasındaki bağlanma ilişkisi çocuğun ileriki yaşantısında karşılaştığı zorluklara verdiği biyolojik yanıt şeklini etkileyebilmektedir. Bağlanma ilişkisi ile şekillenen bu biyolojik yanıtın fiziksel hastalıklara yakınlık ile ilişkisi üzerinde durulmaktadır (Maunder ve Hunter 2001). Bağlanma ilişkisi güvensiz olan bir çocuk, stresli durumu olduğundan daha şiddetli algılayabilmektedir. Somatizasyon ile ilgili öne sürülen bir modelde, anksiyöz-ambivalan bağlanma sergileyen çocukların kendi bedenlerindeki normal fizyolojik durumları bile tehdit

gibi görebildikleri, bunun da kaygılı tipte bağlanma davranışını harekete geçirici bir kuvvet olduğu söylenmektedir (Stuart ve Noyes 1999). Bu durum anne-babadan ayrılamama gibi bir sonuç doğurmaktadır. Öte yandan çocukta süregelen hastalık varlığı anne-babaların kaygı düzeyini yükseltmekte, bu da duygu ifadesini ve bağlanma ilişkisini olumsuz etkilemekte, anne-babanın da çocuktan ayrılmasını zorlaştırmaktadır.

Duygudurum bozukluklarından özellikle depresyon, çocuklarda çeşitli bedensel belirtiler ile kendini gösterebilir. Özellikle ergenlik öncesi dönemde depresyonu olan çocuklarda, gençlere ya da erişkinlere göre bedensel belirtilerin daha sık olduğu bildirilmektedir (Carlson ve Kashani 1988). Bu olgunun ruhsal durum muayenesinde duygudurumunun ötimik olduğu, keyifsizlik, içine kapanma gibi depresif belirtilerin klinik duruma eşlik etmediği gözlenmiştir. Öte yandan ergenlik öncesi dönemde duygudurumda çökkünlük nedeniyle çocuğun doktora getirilmesi nadirdir. Atipik depresyon tanısı alan ergenlerde de sıklıkla somatizasyonun, özellikle baş ağrılarının eşlik ettiği ve atipik depresyon tanı ölçütlerinin gözden geçirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Silverstein ve ark. 2006).

Ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuklarda ayrılık sırasında ya da ayrılık beklenirken karın ağrıları, baş ağrıları, bulantı, kusma gibi bedensel yakınmalar görülebilir. Sunulan olguda anne-babaya yapışma, onlardan ayrılmama gibi bir durum öyküde tarif edilmemiş ve görüşme sırasında da çocuğun anne-babadan ayrılabilirdiği, daha çok anne-babanın koruyucu tutumlarının belirgin olduğu gözlenmiştir.

Sosyal fobi ve diğer kaygı bozukluklarında da bedensel belirtiler görülebilir. Bu çocuklar korkulan durumla karşılaştıklarında artmış kalp atım hızı, kızarma, gastrointestinal bozulma ve titreme gibi belirtiler gösterebilirler (Beidel ve ark 1991). Bu olguda karın ağrısı nedeniyle çocuk anne-baba tarafından okula gönderilmemektedir ancak çocukla ilgili, toplumsal durumlardan kaçınma, böyle ortamlara girdiğinde kaygı belirtilerinde artma gibi belirtiler bildirilmemiştir. Kaygı bozukluğu tanısı almamakla birlikte bedensel belirtileri olan hastaların kaygılı bir yapıda olabilecekleri akıldatutulmalıdır. Bu bağlamda, yapılan çalış-

malarda somatoform ağrı bozukluğu olan çocuklarda psikiyatrik bozuklukların, özellikle kaygı ve depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu görüldüğü bildirilmektedir (Lieb ve ark. 2000).

Çocukların anne-babalarını model aldıkları düşünülerek, anne-babalardaki "ağrı" belirtisinin çocuk tarafından öğrenilebileceği öne sürülmektedir (Fritz ve ark. 1997). Bu olguda, annenin ağrının eşlik ettiği çok sayıda fiziksel yakınmasının olması, ablada baş ağrısı olduğunun belirtilmesi ailede ağrılı durumların çok fazla ifade edildiğini düşündürmektedir.

Tekrarlayan, çok sayıda tıbbi müdahaleye karşın geçmeyen ve tanı koymak için çok sayıda araştırma yapılan ancak sonuca ulaşamayan bir hastalık öyküsü olduğunda, "bakım veren kişinin (çoğunlukla annenin) çocuğunda bir hastalık ortaya çıkmasına neden olması" şeklinde tanımlanan, başkası eliyle ortaya çıkarılan yapay bozukluk ("Munchausen by Proxy" sendromu) ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olguda çocuğun "hastalığının" anne-baba ilişkisinin birleştirici unsuru olması, annenin tıbbi konularda aşırı bilgili olması ve çocuktan ayrılmaması, yapay bozukluğu akla getiren özelliklerdir. Öte yandan yapay bozukluk tanımında yer alan "çok sayıda tıbbi müdahale" öyküsü bu hastada bulunmamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Somatoform bozuklukların tedavisinde hem anne-baba hem de çocuk, ruhsal gerginlik ve sıkıntı ile bedensel belirtiler arasındaki muhtemel ilişki konusunda bilgilendirilmelidir. Belirtilerin var olup olmamasına bakmaksızın çocuğun günlük aktivitelerine ve okuluna dönmesinin sağlanması gerekir. Bu yaklaşım, aktif baş etme becerilerinin geliştirilmesini, hasta rol davranışının söndürülüp, sağlıklı davranışın olumlu pekiştirilmesini sağlar. Aile dinamiğini tanımak ve aile üyelerinin ilişki kalıplarının, evlilik çatışmalarının, anne-babaların çocuğa karşı aşırı koruyucu tutumlarının ele alındığı aile görüşmeleri önem taşımaktadır. Bununla birlikte sorunun fiziksel bir hastalıktan değil, ruhsal sıkıntıdan kaynaklandığının öğrenilmesi tedavide işbirliğini sağlamada güçlüklereden olabilir (Fiş 2007). Bu olguda, anne-baba ve çocuğun ayrı ayrı değerlendirildiği ilk görüşme

dışında iki kez aile görüşmesi yapılmıştır. Aile görüşmesinde ruhsal sıkıntı ile bedensel belirti arasındaki ilişki hakkında bilgi verilmiş, çocuğun okula gitmesinin desteklenmesi, tutumlar konusunda anne-baba işbirliğinin sağlanması önerilmiştir.

Karın ağrısına yaklaşımda öncelikle gerekli organik incelemelerin yapılması, fiziksel bir neden bulunmadığında pediatri bölümü ile iletişimin ve tedavide işbirliğinin sağlanması önem taşımaktadır. Çocuk ve ailesine, fiziksel belirtiler ve ruhsal sıkıntı arasındaki ilişkinin açıklanması tedavinin birinci adımudur. Bireysel psikoterapi çocuğun bilinçdışı çatışmalarına içgörü kazandırmaya, belirtilerin devamını sağlayan psikolojik etkenlerin anlaşılmasına ve çocuğun duygularını ifade etmesine yardımcı olur. Aile terapisi, aile içi etkileşimin, belirtilerin sürmesine katkıda bulunan ikincil kazançların tanımlanması ve daha sağlıklı aile ilişkisi modellerinin geliştirilmesi, iletişimin iyileşmesi açısından önemlidir. Grup tedavisi, sosyal becerilerin artırılması, akran ilişkilerinde baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilir (Pehlivan Türk 2008). Tekrarlayıcı karın ağrıları olan çocukların tıbbi tedaviye eklenen bilişsel davranışçı aile tedavisine iyi yanıt verdikleri bildirilmektedir (Robins ve ark. 2005).

Yazın bilgisi çocukluk çağı somatizasyonu ve farmakoterapiyle ilgili sistematik çalışmalardan yoksundur (Campo ve Garber 1998). Psikofarmakolojik müdahalelerin tıbbi olarak açıklanamayan ağrı, yorgunluk gibi belirtilerin bulunduğu olgularda, özellikle psikiyatrik ek tanı söz konusu olduğunda ya da psikoterapötik yaklaşım yeterli olmadığında kullanılması önerilmektedir (Fritz ve Campo 2002). Tekrarlayıcı karın ağrısı ve eşlik eden içselleştirici bozukluğu olan çocukların sitalopram tedavisinden yarar gördükleri belirtilmektedir (Campo ve ark. 2004b). Sunulan olguda yapılan ilk değerlendirilmede aile dinamikleri üzerine yoğunlaşmıştır ve farmakoterapi birinci sırada düşünülmemiştir. Aile takip görüşmelerine gelmediği için hasta uzun süre izlenememiştir. Ailenin takibe gelmemesi tedaviye direnç ile ilişkilendirilebilir

KAYNAKLAR

Beidel DC, Christ MG, Long PJ (1991) Somatic complaints in anxious children. *J Abnorm Child Psychol* 19: 659-670.

Borge AIH, Nordhagen R (2000) Recurrent pain symptoms in children and parents. *Acta Paediatr* 89:1479-83.

Campo JV, Jansen-McWilliams L, Comer DM ve ark. (1999) Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1093-1101.

Campo JV, Bridge J, Ehmann M ve ark. (2004a) Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. *Pediatrics* 113: 817-824.

Campo JV, Perel J, Lucas A ve ark. (2004b) Citalopram treatment of pediatric recurrent abdominal pain and comorbid internalizing disorders: an exploratory study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 1234-1242.

Carlson G, Kashani JH (1988) Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 145: 1222-1225.

Compas BE, Thomsen AH (1999) Coping and responses to stress among children with recurrent abdominal pain. *J Dev Behav Pediatr* 20:323-4.

Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ ve ark. (1990) Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterology Int* 3: 159-172.

Fiş NP (2007) Somatoform bozukluklar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, AS Aysev ve YI Taner (ed) Golden Print, İstanbul, s: 627-636.

Fritz GK, Fritz S, Hagino O (1997) Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1329-38.

Fritz GK, Campo JV (2002) Somatoform disorders. Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook içinde, Lewis M (ed) Lippincot Williams and Wilkins, Philadelphia, s: 847-858.

Kaufman KL, Cromer B, Daleiden EL ve ark. (1997) Recurrent abdominal pain in adolescents: psychosocial correlates of organic and nonorganic pain. *Child Health Care* 26(1): 15-30.

Kirschner BS, Black DD (1998) The gastrointestinal tract. Nelson Essentials of Pediatrics içinde, Behrman RE ve Kliegman RM (ed) W.B. Saunders Company, Pennsylvania, s: 419-458.

Libow JA (2006) Children with chronic illness and phys-

GÜLER VE ARK.

ical disabilities. *Children in Family Contexts: Perspectives on Treatment* içinde, Combrinck-Graham L (ed) Guilford Press, New York, s: 223-242.

Lieb R, Pfister H, Mastaler M ve ark. (2000) Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand* 101:194-208.

Maunder RG, Hunter JJ (2001) Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med* 63:556-567.

Nersisyan A, Danielyan K (2003) About the interrelation of periodic disease and psychosomatic disorders – trauma and recovery. 6th Congress for Bridging Eastern and Western Psychiatry Abstracts And Papers, October 10-12, 2003, Yerevan.

Nersisyan A (2004) The treatment of children suffering from FMF by psychotherapy. *International Psychiatric Conference "Mental Health Perspectives in Public Health"*, October 7-10, 2004, Yerevan .

Nersisyan A, Danielyan K, Nazaretyan E ve ark. (2006a) The role of somatoform disorders in case of aseptic inflammations observed during the familial mediterranean fever (FMF). *Ann Gen Psychiatry* 5(Suppl 1):130.

Nersisyan A, Danielyan K, Nazaretyan E ve ark. (2006b) The treatment of the familial cases of familial mediterranean fever. *Ann Gen Psychiatry* 5(Suppl 1):S280.

Pehlivan Türk B (2008) Somatoform bozukluklar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* içinde, F Çuhadaroğlu Çetin, B Pehlivan Türk, F Ünal, R Uslu, E İşeri, T Türkbay, A Coşkun, S Miral ve N Motavallı (ed) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 423-438.

Robins PM, Smith SM, Glutting JJ ve ark. (2005) A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *J Pediatr Psychol* 30:397-408.

Scharff L (1997) Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. *Clin Psychol Rev* 17:145-166.

Silverstein B, Cohen P, Kasen S (2006) Should additional symptoms be included in criteria for atypical depression? *Psychiatry Res* 144: 87-89.

Smith AA, Friedemann ML (1999) Perceived family dynamics of persons with chronic pain. *J Adv Nurs* 30(3): 543-551.

Stuart S, Noyes R (1999) Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics* 40:34-43.

Walker LS, Claar RL, Garber J (2002) Social consequences of children's pain: when do they encourage symptom maintenance? *J Pediatr Psychol* 27: 689-98.