



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SOMATİK BELİRTİ BOZUKLUĞU OLAN VAKALARIN
YÖNETİMİNE İLİŞKİN İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK
SAĞLIK BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN UZMAN HEKİMLERİN
BİLGİ, BECERİ, TUTUM ve ALGILARININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Seher ÖZER KIZIL
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Yücel UYSAL**

MERSİN - 2023



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SOMATİK BELİRTİ BOZUKLUĞU OLAN VAKALARIN
YÖNETİMİNE İLİŞKİN İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK
SAĞLIK BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN UZMAN HEKİMLERİN
BİLGİ, BECERİ, TUTUM ve ALGILARININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Seher ÖZER KIZIL
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Yücel UYSAL**

MERSİN - 2023

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince gerek mesleki bilgi ve deneyim kazanmamda gerekse kişisel gelişim sürecimde değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlanma olanağı bulduğum, her konuda desteğini bizlerden esirgemeyen Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Ertan Mert'e,

İhtisasım süresince eğitimim ve tezimin her aşamasında benden bilgi, deneyim ve sabrını esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tez danışmanım ve Değerli Hocam Doç. Dr. Yücel Uysal'a,

Çalışmamızın tasarım aşamasında tecrübe ve fikirlerinden yararlandığım Uzm. Dr. Zeynep Ayaz'a,

Uzmanlık eğitimim süresince katkı ve desteğini bizlerden esirgemeyen Değerli Hocam Doç. Dr. İbrahim Başhan'a,

Tezimin değerlendirilmesinde ve tamamlanmasında katkılarını esirgemeyen Değerli Hocam Doç. Dr. M. Erol Yayla'ya,

Asistanlık eğitimim süresince tamamladığım rotasyonlarda klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan değerli hocalarıma,

Üç yıl boyunca huzurlu ve aile sıcaklığında bir ortamda çalışmamda büyük katkıları olan birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan doktor arkadaşlarıma ve Mersin Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği çalışanlarına,

Bugüne kadar varlıklarıyla bana hep güç veren, sonsuz sevgi ve özverileriyle güçlüklerin üstesinden gelmemde desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ,kıymetli eşime ve varlığıyla hayatıma anlam katan biricik kızıma en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Seher ÖZER KIZIL

İÇİNDEKİLER

	Sf. No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
1. GİRİŞ VE AMAÇ	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Somatik Belirti Bozukluğu Terminolojisi, Tarihsel Gelişimi	8
2.1.1. Somatik Belirti Bozukluğu Terminolojisi	9
2.1.2. Somatik Belirti Bozukluğu Tarihiçesi	14
2.1.2.1 Freud'dan DSM-IV'e: somatizasyon bozukluklarının sınıflandırılmasının tarihçesi	15
2.2. Sınıflandırma ve tanı kriterleri ve değişiklikler	17
2.2.1. DSM'de sınıflandırma ve tanı kriterlerinde değişiklikler	17
2.2.1.1 DSM-III'den DSM-IV'e ana tanı grubunda gerçekleştirilen yapısal değişiklikler	17
2.2.1.2. DSM-IV'ten DSM-V'e geçişte "somatoform bozukluklar" ana tanı grubunda gerçekleştirilen yapısal değişiklikler	19
2.2.2. Dsm sınıflandırma ve tanı kriterleri	20
2.3. Etiyoloji, Epidemiyoloji	28
2.3.1. Etiyoloji	29
2.3.1.1.Somatik belirtilerle beraber görülen psikiyatrik hastalıklar	32
2.3.2. Epidemiyoloji	34
2.4.Somatik Belirti Bozukluğu: Maliyeti	37
2.5.Klinik Belirtiler, Yönetim ve Prognoz	39
2.5.1. Klinik Belirtiler	39
2.5.2.Yönetim	40
2.5.2.1.Tarama	41
2.5.2.2.Teşhis	43
2.5.2.3 Ayırıcı tanı	43
2.5.2.4 Tedavi	44
2.5.2.4.1. Psikodinamik terapi	45
2.5.2.4.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	47
2.5.2.4.3. Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi	49
2.5.2.4.4. Grup Terapileri	49
2.5.2.4.5. Farmakoterapi	51
2.5.2.4.6. GETAT (Geleneksel ve tamamlayıcı tıp)	52
2.5.3.Prognoz	57
2.6. İkinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde çalışan hekimlerinin somatik belirti bozukluğuna bakış açısı	58
2.7.Çalışmada kullanılan anket hakkında bilgi	61
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	65
4. BULGULAR	66
5. TARTIŞMA	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
7. KAYNAKLAR	94
8. SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	114
9. TABLOLAR DİZİNİ	116

ÖZET

'Somatik belirti bozukluğu' geçmişten bu yana farklı şekillerde adlandırılmış semptomlar veya vakalar grubunu ifade etmektedir. Hastalık sınıflamasında bu semptom grubunu veya vakaları tanımlamak için zaman içinde 'tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar', 'somatoform bozukluk', 'bedensel stres sendromu', 'psikosomatik bozukluk', 'somatik belirti bozukluğu' gibi terimler kullanılmıştır. Bu vakalarda semptomlar hafif ve kendi kendini sınırlayan durumlardan fonksiyon kaybına neden olabilen veya yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan şiddetli semptomlara kadar uzanan bir aralıkta olabilir.

Çalışmamızda son dönemde yaygın olarak kabul görmüş 'somatik belirti bozukluğu'(SBB) terimi kullanılmıştır. SBB vakaları ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan uzman hekimlerin oldukça sık karşılaştıkları vakalardır. Bu bağlamda çalışmamızda SBB'ye ilişkin terminoloji, klasifikasyon, tanı ve tedavi yaklaşımlarının derlenmesi ve bölgemizdeki uzman hekimlerin SBB vakalarına ilişkin bilgi, beceri, tutum ve algılarının araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamız, ülkemizde, SBB hastaları da dahil, ikinci ve üçüncü basamakta büyük bir iş yükü olduğunu doğrulamaktadır. Katılımcıların %77,4'ü haftada 1-10 veya daha fazla sayıda SBB vakası ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. SBB vakasıyla karşılaştıklarında katılımcıların en sık hissettiği durumlar; tanımı atlama korkusu(%34,2) ilgi/merak(%23,6) ve kayıtsızlık/umursamazlık(%12,5) şeklinde bulunmuştur. SBB vakalarına ilişkin katılımcıların en sık tercih ettiği yönetim stratejileri; 'hastayı dinlemek'(%54.3), 'bilgi vermek'(%15.9), 'güven ve destek sağlamak'(%11,5) şeklinde tespit edilmiştir.

Çalışmamız, uzman hekimlerin SBB vakaları ile başa çıkmada yaşadıkları güçlükleri ve bu alandaki iş yüklerini ortaya koymuştur. Bu vakaların yönetimine ilişkin özellikle uzman hekimlere yönelik tanı, tedavi ve yönetim kılavuzlarının geliştirilmesi ve hekimlerin bu alana ilişkin eğitim eksiklerinin giderilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: somatik belirti bozukluğu, uzman hekimler.

ABSTRACT

Investigation of Knowledge, Skill, Attitude and Perception of Specialist Physicians About Management of Cases With Somatic Symptom Disorder

'Somatic symptom disorder' refers to a group of symptoms or cases named in different ways since the past. In order to identify this symptom group or cases in the disease classification, terms such as 'medical symptoms', 'somatoform disorder', 'physical stress syndrome', 'psychosomatic disorder', 'somatic symptom disorder' were used over time. In these cases, the symptoms may be in a range that extends to severe symptoms that can cause mild and self-limiting situations or severe symptoms that can cause loss of function or seriously disrupting the quality of life.

In our study, the term 'somatic symptom disorder' (SSD), which has been widely accepted recently, has been used. SSD cases are cases where physicians encounter quite frequently in outpatient clinics. In this context, it is aimed to review the terminology, classification, diagnostic and treatment approaches for SSD and to investigate the knowledge, skills, attitudes and perceptions of specialist physicians working in secondary and tertiary health units in our region.

Our study confirms that there is a large workload in our country in outpatient clinics in cases of SSD. 77.4% of the participants stated that they faced 1-10 or more SSD cases per week. When they encounter the SSD case, the most common feelings of the participants were; fear of skipping diagnosis (34,2%), interest/curiosity (23.6%) and indifference (12,5%). The most preferred management strategies of the participants regarding SSD cases were; 'listening to the patient' (54.3%), 'giving information' (15.9%), 'provide trust and support' (11.5%).

Our study revealed the difficulties of specialist physicians to deal with SBB cases and their workloads in this field. It is important to develop diagnosis, treatment and management guidelines for the management of these cases for specialist physicians, and to eliminate the lack of education of physicians in this field.

Keywords: somatic symptom disorder, specialist physicians.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

'Somatik belirti bozukluğu' geçmişten bu yana farklı şekillerde adlandırılmış semptomlar veya vakalar grubunu ifade etmektedir. Hastalık sınıflamasında bu semptom grubunu veya vakaları tanımlamak için zaman zaman şu terimler kullanılmıştır; 'tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar', 'somatoform bozukluk', 'bedensel stres sendromu', 'psikosomatik bozukluk', 'somatik belirti bozukluğu'. Çalışmamızda son dönemde yaygın olarak kabul görmüş 'somatik belirti bozukluğu'(SBB) terimi kullanılmıştır. Bu vakalarda semptomlar hafif ve kendi kendini sınırlayan durumlardan fonksiyon kaybına neden olabilen veya yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan şiddetli semptomlara kadar uzanan bir aralıkta olabilir.

SBB vakaları hem aile hekimlerinin hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde görev yapan hekimlerin oldukça sık karşılaştıkları vakalardır. Yapılan çalışmalarda toplam başvuruların %24,6'sını oluşturduklarına yönelik raporlar mevcuttur ⁽¹⁾Aile hekimleri ve branş hekimleri için bu vakaların yönetimi farklı açılardan zorluklar içerir. Gerek bu vakaları SBB olarak tanımlayan ve yönetmeye çalışan hekimler için gerekse SBB sınıflamasına direnen ve bu vakaları karmaşık komorbid durumlarla açıklamaya çalışan hekimler için zorlu ve karmaşık bir yönetim süreci söz konusudur. Hem tanımlama/sınıflama zorlukları hem tanı kriterlerinin belirsizliği hem de sınırlı tedavi seçenekleri nedeniyle SBB vakaları sadece aile hekimleri için değil diğer branş hekimleri içinde zorlu vakalardır. Bu tür vakaların hem birinci basamak hem de ikinci veya üçüncü basamak sağlık birimlerine çok fazla sayıda tekrar başvuruları söz konusudur. Tanı ve tedavi zorlukları nedeniyle SBB vakaları hem birinci basamakta hem de ikinci ve üçüncü basamakta ciddi işgücü ve maliyet kaybına neden olabilmektedir.

Bu bağlamda çalışmamızda SBB'ye ilişkin terminoloji, klasifikasyon, tanı ve tedavi yaklaşımlarının derlenmesi ve bölgemizdeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde görev yapan hekimlerin SBB vakalarına ilişkin bilgi, beceri, tutum ve algılarının araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Somatik Belirti Bozukluğu Terminolojisi, Tarihsel Gelişimi

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler , hemen tüm sağlık kurumlarında sık karşılaşılan, işlevsellik üzerinde önemli etkileri olan, sağlık harcamalarını arttıran ve hem hasta hem de sağlık çalışanları için zorlayıcı tarafları bulunan klinik durumlardır. Bu açılardan düşünüldüğünde tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu söylemek mümkündür.

Belirtiler bedenin herhangi bir bölgesinde, ara sıra görülen hafif belirtilerden işlevselliğin bozulmasına neden olan kalıcı ve şiddetli belirtilere kadar geniş bir aralıkta seyredebilir. En şiddetli olduğu durumlarda TAB, kronik, engelliliğe neden olan birden fazla belirtiyi içerebilir.⁽²⁾

Bu hastaları değerlendirmek, teşhis etmek ve tedavi etmek, özellikle 'tıbbi' ve 'açıklanamayan' tanımlamaları açısından zordur. Pratisyen hekimler, yaygın şikayetlerle başvuran hastaların karmaşıklığını benimseme ve ilgilenme ve MUS (Medically Unexplained Symptoms) sınıflandırmasına direnme eğilimindedir⁽³⁾; bunun nedeni, MUS tanı kategorisinin tıbbi uygulamadaki doğal karmaşıklığı ve belirsizliği karşılamaması olabilir.⁽³⁾

Genel olarak, hem klinisyenler hem de araştırmacılar, henüz bulunamayan bir açıklama içerdiği ve bir zihin-beden ikiliğini koruduğu için MUS teriminin yetersiz olduğu konusunda hemfikirdir. Biyopsikososyal modelin genellikle MUS'un yönetimi için yararlı olduğu vurgulanmaktadır. Bütünsel bir değerlendirme için dahil edilen üç boyutu kullanırken, modelin hasta merkezliliğin anahtarı olduğu önerilmektedir^(4,5). Hasta merkezliliğin bir yönü terapötik ittifaktır.Somatizasyon gösteren hasta yönetimi ve algıları üzerine yapılan birçok araştırmaya göre, doktor-hasta ilişkisi, farklı hastalık algıları nedeniyle sıklıkla bir hayal kırıklığı kaynağıdır.⁽⁶⁾

Şu anda, net bir organik neden bulunamayan kalıcı bedensel şikayetler bildiren hastaların klinik fenomeni ile uğraşırken hiçbir terim veya sınıflandırma tam olarak tatmin edici değildir.Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar terimi, yetersiz açıklamanın tanımlanmasındaki zorluklar ve ayrıca psikososyal veya kültürel faktörleri içeren açıklamaların tıbbın bir parçası olmadığını ima etmesi nedeniyle yeterli değildir. Sadece Fonksiyonel Somatik Sendromlar (FSS) için

kullanılan terimlerin çoğu, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Revizyonunun (ICD 10) farklı tıbbi bölümlerinde sınıflandırılmıştır. Genellikle hastalar ve tıp uzmanları tarafından iyi kabul görürler, ancak ilgili uzmanın mevcut ana bedensel semptom ve yalnızca semptomatik tedavi hakkındaki dar ve “bölünmüş” bir görüşünü teşvik ederler. Buna paralel olarak, organik olarak açıklanamayan bedensel semptomları zihinsel bozukluklar olarak sınıflandırma olasılığı vardır. Bununla birlikte, bu bakış açısı tarihsel olarak FSS'nin yalnızca bilimsel açıdan sorunlu değil, aynı zamanda akıl hastası olarak görülmekten kaçınmak isteyen hastalar için rahatsız edici olan psikojenik bir kökenini ima etmektedir.⁽⁷⁾

2.1.1. Somatik Belirti Bozukluğu Terminolojisi

Klinisyenin fiziksel muayenesi ve tam teşekküllü tıbbi bir inceleme sonucunda saptanabilir bir patolojinin olmadığı ya da saptanan tıbbi bir patolojinin varlığında elde edilen kanıtların klinik görüngüyü ve bireyin hastalık yaşantısını açıklamaya yetmediği ve sunulan tıbbi tedavilere rağmen hastanın bedensel şikâyetleri ile bu şikâyetlere yönelik yoğun tedavi arayışlarının devam ettiği her türden klinik somatizasyon durumu için birçok farklı terim kullanılmaktadır.

MUS (Medically Unexplained Symptoms) sınıflandırmasında olduğu gibi, hangi terimlerin en uygun olduğu konusunda çok az fikir birliği vardır. Yüzyıllardır MUS ile ilişkilendirilen “histeri” ve “histerik” gibi terimler bile, hastaların büyük çoğunluğu için kabul edilemez olmasına rağmen bazı otoriteler tarafından hala tercih edilmektedir.⁽⁸⁾ “Dönüşüm”, “çözülme” ve “somatizasyon” gibi MUS'a yaygın olarak uygulanan diğer psikiyatrik terimler, söz konusu semptomlar için kanıtlanmamış psikolojik mekanizmalar ima ettiği için eleştirilmiştir. Konversiyon ve somatizasyon bu açıdan özellikle sorunlu terimlerdir, çünkü her ikisi de hastanın bilinçli olarak kabul etmek istemediği veya kabul edemediği duygusal sorunları olduğunu ima eder; bu birçok hasta için hoş olmayan ve yanlış olan bir fikirdir. Somatizasyon teriminin niteliksiz kullanımı, en az üç farklı klinik fenomene atıfta bulunduğu için kafa karıştırıcıdır.⁽⁹⁾ “Psikojenik” ve “psikosomatik” terimleri, semptomların psikiyatrik açıklamasına bağlılığı ima ettikleri ve örneğin sedef hastalığı, egzama, astım,

epileptik nöbetler gibi psikolojik faktörlerin tetiklediği organik semptomlara uygulanabildikleri için eleştirilebilir.

Kanıtlar, hastaların "fonksiyonel somatik semptomlar"(FSS) terimini diğerlerinden daha kabul edilebilir gördüklerini göstermektedir.⁽⁸⁾ "Somatizasyon" ya da "psikosomatik" tabirleriyle ele alınan klinik görüngüler FSS başlığı adı altında da değerlendirilmekte ve gerek paylaştıkları belirtiler ve hastalıklarını ele alışları gerekse tıp sistemi içerisindeki yerleri ve rolleri sebebiyle birbirlerinden ayrılmamaktadır. Bu görüşü savunan araştırmacılar, FSS bağlamında değerlendirilen bu klinik somatizasyon durumlarının genel itibariyle; sırt, baş, boyun, eklem ağrıları, halsizlik, güçsüzlük, karıncalanma, sersemlik, baş dönmesi, konsantrasyon ve uyku problemleri gibi bir dizi belirtiyi paylaştığını ortaya koymaktadır⁽¹⁰⁾.

Fonksiyonel somatik semptomların; fizik tedavi uzmanı tarafından fibromiyalji sendromu, diş doktoru tarafından temporomandibuler bozukluk, dahiliye uzmanı tarafından kronik yorgunluk sendromu, kardiyolog tarafından atipik göğüs ağrısı, jinekolog tarafından kronik pelvik ağrı ya da gastroenterolog tarafından huzursuz bağırsak sendromu olarak tanılanabildiği görülmektedir. FSS anlayışında da zihin-beden ayrılığının izlerini görmek mümkündür⁽¹¹⁾. Ek olarak FSS teriminde, biyolojik işlevde (yapının aksine) bozukluklar olmasına rağmen, bazıları tıbbi olarak açıklanamayan olarak kabul edilmemektedir.⁽¹²⁾

Semptomlarının bedensel doğası göz önüne alındığında, hastaların, çeşitli fonksiyonel somatik sendromlarla (örneğin irritabl bağırsak sendromu, fibromiyalji) ilişkili olanlar gibi şikayetlerine psikolojik bir temelden ziyade tıbbi bir temel ima eden terimlerle genellikle daha rahat olmaları şaşırtıcı değildir. Bu terimlerin bazıları teorik olmakla birlikte, bazıları da genellikle çok az doğrudan kanıt bulunan fiziksel bir nedeni (örneğin, "irritabl bağırsak" vb.) ima eder. Ek olarak, çeşitli fonksiyonel somatik sendromlar için farklı etiketlerin varlığı, bu alanda birçok kişi tarafından tartışıldığında, bunların farklı koşullar olduğunu ima eder.

"Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar" teriminin, semptomlar için bir açıklama bulunmadığını ima etmesi nedeniyle, kendisinin tatmin edici olmadığını belirtmekte fayda var⁽¹³⁾.

'Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar' (MUS) (bazen 'tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomlar' (MUPS) olarak da adlandırılır) terimi,

pratisyen hekimler ve diğeri arasında, etiyojisi belirsiz olduğu hastalarının bedensel Őikayetlerini tanımlamak için bir miktar popülerlik kazanmıştır. Bu Şekilde kullanıldığında, MUS terimi, bir ön tanı ifadesi gibidir: Şu anda sorun için "organik bir neden" olmadığını ima eder, ancak sorunun olası etiyojisini açık bırakır. Klinik bir bakış açısından, "tıbbi olarak açıklanamayan" ifadesi, hastadan genellikle en çok aradığı Őeyi yani semptomları ve desteği için olumlu bir açıklamayı esirgeyen olumsuz bir ifadedir.

Terim çok yaygın olarak bilindiği için, bu çalışmamızın başlığında 'tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar (MUS) terimi yer almaktadır. Ancak ne yazık ki, bu terimi tamamen tanımlayıcı, tanısal olarak bağlayıcı olmadığı ve bu dezavantajları halen yaygın kullanımı gibi avantajlarından daha ağır bastığı için çalışmamızda DSM-V te yer alan daha güncel bir terim olan somatik belirti bozukluğu kullanılmıştır.

Kavramsal olarak, bir semptomdan "tıbbi olarak açıklanamayan" olarak bahsetmek en az iki anlamda belirsizdir⁽¹⁴⁾:

• Bir semptomun tıbbi açıklamasının ne olduğu yeterince açık değildir. Bu, semptomun doğası ile fonksiyonel anatomik ve patofizyolojik terimlerle tanımlanan kanıtlanmış organik patoloji arasında iyi bir korelasyona işaret edebilir. Merkezi sinir sistemi (MSS)'ni doğrudan nedenselliğe dahil etmese bile, alternatif olarak, ağrı gibi öznel bir semptomla ilişkili MSS işlev bozukluklarının bir tanımına atıfta bulunabilir.

• Bir semptomu "tıbbi olarak" açıklanamayan olarak tanımlamanın, ilacın böyle bir semptomu olan hastaya sunacağı hiçbir Şey olmadığı anlamına gelip gelmediği açık değildir. Semptomun bu Şekilde etiketlenmesi, doktor hastaya yardım edemediği için hastayı dışlıyormuş gibi görünebilir. Doktorun niyeti bu olmasa bile hastalar tarafından bu Şekilde anlaşılabilir⁽¹⁵⁾.

Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların altında yatan kavramla ilgili daha temel bir sorun, sebep olduğu ikiliktir. Bir hastanın semptomu ya organik ('tıbbi olarak açıklanmış') ya da 'tıbbi olarak açıklanamayan' olarak görülür ve psikolojik bir nedeni ima ettiği düşünülebilir. Bu ikilik, insan hastalığının biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir karışımı tarafından belirlendiğini bilmemize rağmen, hastalık sınıflandırmamızda hala kutsal kabul edilmektedir. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) 'zihinsel' bozukluklar için ayrı bir

bölüme sahiptir ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) yalnızca zihinsel bozukluklarla ilgilidir.

Somatik belirti bozukluğu olarak adlandırılan semptom grubunu tanımlamak için şu anda kullanılan veya geçmişteki kavramlar olarak tartışılan uzun bir terim listesi vardır. En önemli olanlar şunlardır: somatoform bozukluk, fonksiyonel bozukluk veya fonksiyonel somatik sendrom, bedensel sıkıntı sendromu/bozukluğu veya bedensel stres sendromu/bozukluğu, somatik belirti bozukluğu, psikofiziksel/psikofizyolojik bozukluk, psikosomatik bozukluk ve semptom tanımlı hastalık/sendrom. Bu kategorik terimlerin dışında, psikososyal strese tepki olarak somatik sıkıntı yaşama ve iletme eğilimi boyutsal olarak yani farklı derecelerde bulunabilen bir özellik olarak 'somatizasyon' olarak adlandırılır.

Bu terimlerin değerini yargılamak için 10 kriter yararlı görünmektedir⁽¹⁴⁾. Bu kriterler listesi kapsamlı olduğunu iddia etmemektedir, ancak en önemli hususları içermektedir.

Kriterler,:

1. Hastalar tarafından kabul edilebilir
2. Doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilebilir ve günlük pratikte kullanılabilir
3. Yararsız ikili düşünceyi güçlendirmez
4. Patolojik olarak yerleşik hastalığı olan hastalarda da kolaylıkla kullanılabilir
5. Bağımsız bir tanı olarak yeterli olabilir
6. Net bir temel teorik konseptte sahip
7. Multidisipliner (tıbbi ve psikolojik) tedavi olasılığını kolaylaştırır
8. Farklı kültürlerde benzer anlama sahip
9. Etiyoloji ve patoloji açısından nötr
10. Tatmin edici bir kısaltmaya sahip olmalıdır.

Bu kriterlere sahip olma bakımından, ICD-10 ve DSM-IV sınıflandırma sistemlerinde kullanılmış olan “somatoform bozukluklar” terimi sorunludur. Psikojenik kökeni ima eder, bu nedenle hastalar için çok az kabul edilebilir ve dualist düşünceyi zorlar. Ancak, bu terimin kabul edilebilirliğinin bazı ülkelerde daha iyi olduğu belirtilmelidir, örneğin Almanyada, İngiltere veya ABD gibi diğer ülkelere göre daha kabul edilebilirdir.

'Semptom tanımlı hastalık/sendrom' teriminin hem hastalar hem de doktorlar arasında geniş çapta kabul görmesi pek olası değildir; net bir temel kavramdan yoksundur ve eşzamanlı patolojik olarak kurulmuş bir hastalığa kolayca uymaz.

'Somatik semptom bozukluğu' teriminde durumun somatik semptomlar tarafından tanımlandığını, ancak başka yönlerin de (orantısız acı çekme veya psiko-davranışsal özellikler gibi) olduğunu kabul ederek, konunun karmaşıklığını haklı olarak ele alır. Bununla birlikte, belirsiz bir temel kavramı vardır, kültürler arasında geniş ölçüde kabul edilebilirliği şüphelidir. Ek olarak, bir şeye aynı anda hem semptom hem de bozukluk demek garip görünüyor ve 'basit' bir kategoriye atıfta bulunmadan 'karmaşık' kavramı net değil. Bununla birlikte, DSM-V 'somatoform bozuklukları' 'somatik semptom bozuklukları olarak yeniden adlandırmış ve eski somatoform bozukluk alt tiplerini bir 'kompleks' altında toplamıştır⁽¹⁶⁾. Görünüşe göre, yukarıda belirtilen kriterlerle uyumlu terimler şunlardır: bedensel sıkıntı (veya stres) sendromu/bozukluğu, psikosomatik veya psikofiziksel bozukluk ve fonksiyonel (somatik) sendrom/bozukluk ve somatik semptom bozukluğu.

Bedensel sıkıntı sendromunda, sıkıntı kavramına ilişkin anlamsal bir belirsizlik vardır: Danca ve Almanca'da bu terim psikolojik bir bileşen anlamına gelmez (sıkıntı yalnızca ağrı ve baş dönmesi gibi bedensel şikayetler şeklinde olabilir), oysa Britanya'da sıkıntının psikolojik bir durumla ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğu görülmektedir. Ağrı ve diğer bedensel şikayetler, bir sıkıntı biçimi değildir, sıkıntıya "neden olur" ⁽¹⁴⁾.

"Psikosomatik bozukluk" terimi de kriterlerin çoğunu karşılamaktadır. Sorunu hem psikolojik hem de somatik bileşenler açısından tanımlamada doğru olsa da, özellikle Almanca konuşulan bazı ülkeler dışında genellikle olumsuz çağrışımlara sahiptir⁽¹⁷⁾. Bazı ülkelerde, "Psikosomatik tıp" terimi genel olarak daha kabul edilebilir görünmektedir ve "psikosomatik tıp" veya "psikolojik tıp" klinikleri sunan psikiyatristler, hastaların bu etiketlerden etkilenmediğini görmektedir. Dolayısıyla, "psikosomatik" terimini semptomları/bozukluğu veya bir tür sağlık hizmetini tanımlamak için kullanmamıza göre bir fark var gibi görünüyor.

"Psikosomatik Bozukluklar" kısaca, kısmen duygusal faktörlerden kaynaklanan fizyolojik değişiklikler ile karakterize bozukluklar olarak

tanımlanabilir. Ayrıca "psikofizyolojik bozukluklar", "Stresle ilişkili bozukluklar" ve DSM-5'te yer aldığı ismiyle "Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Etkenler" olarak da adlandırılırlar. "Psikosomatik bozukluk" kavramı zaman zaman "somatoform bozukluk" kavramı ile karıştırılabilmektedir. Ayırım noktasında psikosomatik bozukluk tanısı koymak için mutlaka tıbbi bir durumun mevcut olması gerektiği, oysa somatoform bozukluklarda tıbbi bir durumun tanımlanamadığı hatırlanmalıdır.

"Psikofiziksel/psikofizyolojik bozukluk" terimi, dolaysız anlamıyla "psikosomatik bozukluk"a benzer. Psikojenik bir köken varsayma geleneğine bağlı olmaması avantajına sahiptir. Bununla birlikte, 'fiziksel', bedensel şikayetler için yaygın olarak kullanılan bir tanım değildir.

'Fonksiyonel somatik sendrom(FSS)' terimi ölçütlerin çoğunu karşılar; zihinsel veya organik arka planlar açısından tarafsız olduğu için makul ölçüde geniş çapta kabul edilmektedir⁽¹⁸⁾. Bedensel şikayetlerde ima edilen organların işlevsel bir bozukluğuna (geleneksel anlayış) veya semptom deneyiminin altında yatan beyin sistemlerinin işlevsel bir bozukluğuna atıfta bulunabileceğinden, temel kavramıyla ilgili bazı karışıklıklar vardır⁽¹⁹⁾.

2.1.2. Somatik Belirti Bozukluğu Tarihçesi

Somatizasyon, insanlığın kadim tarihinden beri hekimlerin anlamaya çalıştığı bir kavramdır. Melankoli ve histeri kavramlarının MÖ 2600 yıllarında Mısırlılar ve Sümerler tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Uzun yıllar histeri, melankoli ve hipokondriyazis kelimeleri ile birlikte kullanılmıştır. Çin ve Hint tıbbı, zihin ve bedeni iç içe kavramlar olarak görüyordu. Çin tıbbında duyguların (sevinç, öfke, üzüntü, keder, kaygı, korku) eksikliğinin veya bolluğunun hastalıklara neden olduğu kabul edilmiştir. Oysa Hint tıbbında tutkunun göğüste, bilgisizliğin karın boşluğunda yer aldığına ve bazı kişilik özelliklerinin çeşitli organlara yerleştiğine ya da güçlü duyguların özel davranışlara yol açtığına inanılırdı⁽²⁰⁾. MÖ 1900'lü yıllara dayanan Kahun tabletlerinde, hastalıkların rahmin diğer organlara yer değiştirmesinden kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Somatizasyon denilince akla ilk gelen kavramlardan biri de hiç şüphesiz histeridir. Hysteria, Yunanca "hysteron" (uterus) kelimesinden türetilmiştir⁽²¹⁾. Hipokrat, histeriyi kadınlara özgü bir hastalık olarak tanımlamış

ve 17. yüzyıla kadar histerinin, rahimin vücutta serbestçe dolaşan bastırılmamış arzularından kaynaklandığına inanılıyordu. Histeri hastalarının ruhlarını şeytana sattığına dair güçlü bir inançla, orta çağ karanlığında zihinsel ve fiziksel hastalıklar sihirli nedenlere bağlanmıştır. Bu yıllar, bilimsel araştırmanın yerini ilahi cezanın aldığı yıllardı. Rönesans birçok alanda olduğu gibi tıpta da aydınlanmaya ve akıl hastalıklarının ele alınmasına yol açmıştır. 17. yüzyılda merkezi sinir sistemi hakkında bilgi artışı, açıklanamayan çeşitli semptomların beyinle ilgili olabileceği fikrine yol açtı inanılırdı⁽²⁰⁾. Nörolojinin kurucusu olarak kabul edilen Thomas Willis (1621-1675), kadınlarda histeriyi ve erkeklerde hipokondriyaziye bir beyin hastalığı olarak değerlendirdi. Thomas Sydenham (1624-1689), histeri ve hipokondriazisin fiziksel değil zihinsel bozukluklar olduğu görüşüne önemli katkılarda bulunmuştur. George Cheyne (1617-1743) “İngiliz Hastalığı” terimini kullanmış, histeri ve hipokondriazisin beyin ve/veya zihnin hastalığı olduğunu yazmıştır⁽²²⁾.

2.1.2.1 Freud'dan DSM-IV'e: somatizasyon bozukluklarının sınıflandırılmasının tarihçesi

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 edilmektedir⁽²³⁾. Modern psikiyatri de, 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 etmiştir⁽²³⁾. 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 edilmiştir⁽²⁴⁾. 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 başlamıştır⁽²⁵⁾. Çoğu psikiyatri uzmanı, 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 yönlendiricidir⁽²⁶⁾ ve fiziksel belirtilerin psikolojik hastalıkların ifade edilmesinde çok önemli rolü vardır⁽²⁷⁾. Psikiyatrik tanı sistemi sübjektif ve objektif olan hastalık fenomeninin sadece gözlemlenebilir olan bir kısmını tanı sistemine dahil edebilmektedir. Başka bir parça olan kişisel deneyim kategorize edilememektedir. Pratikteki bu kısıtlılığı göz önünde bulundurmak gereklidir. Değişen sosyokültürel değişkenlerin de tanı üzerinde büyük etkisi vardır. Hastalıkların tanımları zamanla ve toplumlar arasında da sürekli bir değişim içerisinde. Somatik bozuklukların tanısallık konsepti, Perley, Guze ve Woodruff'un 1960'larda yaptığı çalışmalara dayanmaktadır^(28,29). 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 tanısallık 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 getirilmiştir⁽²⁴⁾. 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 değerlendirmiştir⁽³⁰⁾. Süreçte sınıflandırmalar gelişerek 1994'te kullanıma giren ICD-10 ile, somatizasyon ile ilişkili bozukluklar "Nevrotik, Stresle İlişkili ve Somatoform Bozukluklar" kategorisinde yer almaktadır. ICD-11'de (18 Ocak 2018 de yayınlanan ve 01.01.2022 de yürürlüğe giren) ise; "Bedensel endişe ve bedensel deneyim bozukluğu" kategorisinde değerlendirilmiştir. 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 görülmektedir⁽³¹⁾.

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 kaynaklanıyordu⁽³²⁾. Örneğin DSM IV' e göre 119 kişiyle yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu kriterleri sadece 1 kişide sağlanabilmişken, 94 kişi farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı almıştır⁽³³⁾. 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. 2009'da hekimlerle yapılan bir anket çalışması, somatoform bozuklukların ve alt gruplarının DSM-IV tanımlarının birçok hekim için belirsiz olduğunu ortaya koymuştur⁽³⁴⁾. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, klinisyenler sınıflandırma sistemini yeterince kullanmamışlardı ve yüksek prevalansa sahip oldukları bilinmesine rağmen, bu bozukluklar ciddi şekilde yetersiz teşhis edilmişti⁽³⁵⁾. DSM-5 ile bu eleştirileri dikkate alarak değişikliklere gidilmiştir⁽³⁶⁾.

2.2. Sınıflandırma ve tanı kriterleri ve değişiklikler

2.2.1. DSM'de sınıflandırma ve tanı kriterlerinde değişiklikler

Son yıllarda tıp ve psikoloji alanını hayli meşgul eden ve geleneksel ifadeyle "somatizasyon" "psikosomatik" gibi terimlerle veya fonksiyonel somatik sendromlar başlığı altında da ele alınabilen klinik görüngüler gerek paylaştıkları belirtiler ve hastalıklarını ele alışları gerekse tıp sistemi içerisindeki yerleri ve rolleri sebebiyle birbirlerinden ayrılmamaktadır. Bu terimlerin tıp sistemi içerisinde değerlendirilmesi ve bununla ilgili olarak tanılanması söz konusu olduğunda ise ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar ve eleştiriler için sınıflandırmalarda ve tanı kriterlerinde değişikliklere gidilmiştir.

2.2.1.1 DSM-III'den DSM-IV'e ana tanı grubunda gerçekleştirilen yapısal değişiklikler

DSM-III⁽³⁷⁾ somatizasyon bozukluğu tanısının konabilmesi için 37 somatoform semptomdan erkeklerin bu semptomların 12'sine; kadınların ise 14'üne sahip olması ve bu semptomları için tıbbi açıklama getirilemiyor olması durumlarını ana kriterler olarak sunmaktaydı. Ayrıca DSM'nin bu versiyonu ortaya koyduğu "fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler" (psychological

factors affecting physical condition) ana tanı grubu ile klasik psikosomatik anlayışın ayrı bir tanı kategorisi ile Amerikan psikiyatri birliği(APA)nin psikiyatrik tanılama sistemine ilk kez girmesini sağlamıştır⁽³⁸⁾ .

1994 yılında yayımlanan DSM-IV'te ise “somatizasyon bozukluğu” tanısı için semptomların “tıbben açıklanamaz” oluşuna ilişkin vurgunun devam ettiği; ancak semptomların türü, sayısı ve bedendeki yaygınlığının tanımlandığı “B” tanı kriterinin ağrı, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik olarak tanımlanan dört farklı semptom grubundan sırasıyla dört, iki, bir ve bir semptomun varlığı ile revize edildiği dikkati çekmiştir. DSM-IV'te⁽³⁸⁾ , DSM-III'te⁽³⁶⁾ var olan “fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler” tanısının isimlendirilişin “tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler” (psychological factors affecting medical condition) olarak değiştirilmesinin ve bu tanı kategorisinin “klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” (other conditions that may be a focus of clinical attention) ana tanı grubuna yerleştirilmesinin dışında klinik somatizasyon ve psikosomatik anlayışına yönelik herhangi bir yenilik görülmemiştir. DSM 4 “somatoform bozukluklar” ana tanı kategorisi altındaki yedi farklı tanı üzerinden ele alındığı görülmektedir. Bilindiği üzere “somatoform bozukluklar” tanı kategorisinde yer alan kriterler, ilgili belirtinin “tıbbi bir hastalık” olması ihtimalinin dışlanmasını bir ön şart olarak kabul etmekteydi.

Bu türden bir anlayışın işaret ettiği iki temel önerme şu şekilde özetlenebilir (10):

1. Zihin ve beden birbirinden ayrıdır. Herhangi bir bedensel şikâyetin tek başına psikolojik ya da tek başına organik sebeplerle açıklanmasında bir problem bulunmamaktadır.
2. Psikolojik olandan ziyade biyolojik yani tıbbi olan hastalık daha geçerli ve kabul edilebilir olandır. Bu bilgiler ışığında klinik görülgülere zihin-beden düalizmiyle yaklaşılmasının psikolojiyi/psikiyatriyi tıbbın dışında tutmaya neden olduğu ve bu durumun doğası gereği zaten çok disiplinli (multidisipliner) bir şekilde ele alınması gerekli olan bu somatik belirtilerin anlaşılması ve ele alınmasını zorlaştırdığı söylenebilir⁽⁴⁰⁾.

2.2.1.2. DSM-IV'ten DSM-V'e geçişte "somatoform bozukluklar" ana tanı grubunda gerçekleştirilen yapısal değişiklikler

DSM-IV'te "somatoform bozukluklar" ana tanı grubuna ait somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, başka türlü adlandırılmayan somatizasyon bozukluğu tanılarının uğradıkları tanısal revizyonlarla ortadan kalktığı; beden algısı bozukluğu tanısının obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar ana tanı grubuna dahil edildiği görülmektedir. Öte yandan bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, konversiyon bozukluğu, diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler, yapay bozukluk ve tanımlanmış ve tanımlanmamış olarak iki farklı versiyonu bulunan diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk tanılarının dahil edilerek "bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" ana tanı kategorisinin oluşturulduğu dikkati çekmektedir. "Bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" ana tanı grubunda yer alan tüm bozukluklar ortak birtakım özelliğe sahiptirler: açık bir stres durumuna eşlik eden bedensel belirtilerin varlığı ve gündelik yaşam işlevselliğinde görülen bozulma⁽⁴¹⁾.

Öz olarak söylemek gerekirse bu tanı grubunda yer alan ana tanı olan bedensel belirti bozukluğu tanısında bedensel belirtiler tıbben açıklanamamaları üzerinden değil, hastaların bu belirtilerle kurduğu duygusal, düşünsel ve davranışsal ilişkiler üzerinden ele alınmaktadır⁽⁴²⁾.

DSM-V'te "bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar" ana tanı kategorisi altında yer alan "bedensel belirti bozukluğu" tanı kategorisi "A" kriteri somatik belirtilerin kaynağına yönelik tıbben açıklanabilir/açıklanamaz ayrımını ortadan kaldıracak şekilde, "sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok somatik belirti" olarak tanımlanmıştır⁽⁴¹⁾. Ayrıca DSM-IV'te "tıbbi durumu etkileyen ruhsal etmenler" olarak ifade edilen tanı grubunun DSM-V'te "diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler" olarak isimlendirilmesinin de tıbben açıklanabilir veya açıklanamaz ayrımının yansıttığı zihin-beden düalizmini ortadan kaldırmak adına önemli bir diğer revizyon olduğu söylenebilir⁽⁴³⁾.

Aynı tanı grubuna ilişkin farklı DSM versiyonlarında kullanılan İngilizce ifadelerle bakılarak kelimelerin ilk anlamlarına dayalı Türkçe bir çeviri yapılacaktır. Eğer buradaki en önemli farklılığın "tıbbi durum" (medical conditions) yerine kullanılan "diğer tıbbi durum" (other medical conditions) olduğu dikkati

çekmektedir. Ruhsal bozuklukların tanısasal açıdan ele alındığı DSM'de herhangi bir tanı için "tıbbi durumu etkileyen" şeklinde bir vurgunun yer almasının söz konusu psikiyatrik tanının "tıbbi" bir durum olarak görülmediğine; ancak bu ifadenin DSM-5'teki gibi "diğer tıbbi durum" olarak revize edilmesinin ise söz konusu tanının da "tıbbi" bir durum olarak kabul edildiğine yönelik işaretlerden biri olduğu düşünülmektedir.

Farklı isimlendirilişin dışında bu konuda yapılan en önemli değişiklik fibromiyalji sendromu gibi tıp pratiğinde sıklıkla karşılaşılan tıbbin açıklamakta zorlandığı ve psikolojik faktörlerin baskın olduğu klinik durumlarla birlikte koroner kalp hastalığı ya da diyabet gibi tıbbi bağlantıları görece daha net olan bir hastalığın belirtilerine karşı ortaya konan aşırı duygu, düşünce ve davranış örüntülerinin de "bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında ele alınabiliyor olmasıdır. Bu türden bir bakış açısı da tıbben açıklanamayan belirtili hastaya ilişkin eldeki fizyolojik kanıtların tablonun tamamını açıklamakta yetersiz kaldığı; ancak semptomlarıyla kurdukları duygusal, düşünsel ve davranışsal ilişkisi aşırılaşmayan, örneğin her fibromiyalji ve huzursuz barsak sendromu durumunun da "bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" tanı grubu içerisinde yer alamayacağı kabulünü beraberinde getirmektedir.

APA, DSM-V'teki "bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" ana tanı grubunun giriş bölümünde yer alan şu cümleleriyle bireylerin hastalık yaşantısının klinik tablonun anlaşılmasında çok daha önemli olduğunun altını çizmektedir:

Bedensel belirti bozukluğu olan birçok bireyin ayırt edici karakteristiği bedensel belirti değil, onun yerine kişilerin belirtileri ifade ve yorumlama tarzlarıdır. Bedensel belirti bozukluğu ölçütleri içine duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin katılması, doğru klinik görünümün bedensel şikâyetlerin tek başına değerlendirilmesi ile ulaşılabilecek olandan çok daha kapsayıcı ve doğru bir yansımasını sağlar⁽¹¹⁾.

2.2.2.Dsm sınıflandırma ve tanı kriterleri

Somatizasyonun tanımlanması, hastalıkların sınıflandırılması tarihi boyunca sorun teşkil etmiştir. Günümüzde kabul görmüş, yaygın olarak

kullanılan ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems, Dünya Sağlık Örgütü) ve DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Amerikan Psikiyatri Birliği) olmak üzere iki temel sınıflama sistemi bulunmaktadır⁽⁴⁴⁾.

DSM-II'de tıbben açıklama getirilemeyen belirtiler, "Nevrozlar, Psikofizyolojik Bozukluklar ve Özel Belirtiler" kategorisinde yer almıştır. Nevrozlar ise; histerik nevroz, nevrasteni, depersonalizasyon, hipokondriazis ve diğer nevrozlar olarak alt sınıflarla incelenmiştir⁽⁴⁵⁾. Somatizasyon bozukluğu tanımı DSM-III ile ilk kez sınıflandırma sisteminde kendisine yer bulmuştur⁽⁴⁶⁾. DSM-IV ile somatizasyon bozukluğu "Somatoform bozukluklar" kategorisinde değerlendirilirken DSM-V'te "Bedensel Belirti Bozuklukları" kategorisinde ifade edilmiştir⁽⁴¹⁾. DSM-V'te, psikiyatri ve tıp arasındaki ara yüzün karmaşıklığını daha iyi tanımaktadır⁽⁴⁷⁾. 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-V'in yayınlanmasıyla ortaya çıkan bir tanıdır. Somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, hipokondriazis ve ağrı bozukluğu tanılarını ortadan kaldırılmıştır. DSM-IV' te bulunan eski tanı kriterlerinde birden fazla sisteme ait belirtilerin olması gibi katı tanı kriterlerinden dolayı tanı koymak oldukça zordu⁽⁴⁸⁾. Bunlardan dolayı hastalık prevalansı çok düşüktü⁽⁴⁹⁾. 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-IV 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 seyrinde gözlenen durumlarda tanı karmaşasına yol açmaktadır⁽⁵⁰⁾. 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 edilmektedir⁽³⁴⁾. 2020 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmada; katılımcıların bedensel belirti bozukluğu tanısı alma oranının %33.8 olduğu görülmüştür⁽⁵¹⁾. Değişen tanı kriterlerinin getirdiği zorluklardan biri; geçmişte tanı almış kişilerle günümüz arasında karşılaştırmalı tanı yapılamıyor oluşudur⁽⁵²⁾.

Tarihsel süreçte bedensel belirti bozuklukları tanı kriterleri için pek çok çalışma yapılmıştır. Birçok eleştiri ve önerilerle günümüzdeki halini almıştır⁽³⁶⁾.

DSM-IV somatoform bozuklukları

Somatizasyon Bozukluğu

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğu

Hipokondriazis

Ruhsal Etkenlere Bağlı Ağrı Bozukluğu

Başka Türü Sınıflandırılmamış Somatoform Bozukluklar

Beden Dismorfik Bozukluk

Konversiyon Bozukluğu

DSM-V 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
(Bedensel (somatik) belirti bozuklukları sınıflandırma)

DSM-IV somatizasyon bozukluğu tanı kriterleri

Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma ile

sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fiziksel yakınma öyküsünün olması

Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir belirti bu hastalığın gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

Dört ağrı belirti

İki gastrointestinal belirti

Bir cinsel belirti

Bir psödonörolojik belirti

Aşağıdakilerden biri vardır:

Yeterli bir incelemeden sonra B ölçütündeki belirtilerin hiçbiri bilinen genel bir tıbbi durum ya da bir maddenin doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz.

İlişkili genel bir tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bir bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.

Bu belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılmamakta ya da bu tür belirtileri varmış gibi davranılmamaktadır.

DSM-V Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar alt başlıkları tanı kriterleri

DSM-V Bedensel (somatik) Belirti Bozukluğu tanı kriterleri

A. Sıkıntı veren ya da günlük hayatını büyük derecede etkileyen bir veya daha fazla bedensel bir belirti varlığı

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı

3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır

C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).

Varsa belirtiniz:

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Varsa belirtiniz:

Süregiden: Süregiden gidiş, ağrı belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır.

DSM-V hastalık kaygısı bozukluğu tanı kriterleri

A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma

B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. Güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuya düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.

C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.

D. Kişinin sağlıklı ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).

E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlanti bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Bakımdan kaçan tür: Sağlık bakımına seyrek olarak başvurulur.

Bakım arayan tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık taramaları ve girişimleri yaptırmayı kapsar.

DSM-V dönüştürme(konversiyon) bozukluğu tanı kriterleri

A. Bir ya da birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşsal işlev değışikliğı ile ilgili belirti.

B. Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyuşmazlık olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.

C. Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.

D. Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğere işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur ya da sağlık açısından değeriendirilmeyi gerektirir.

DSM-V yapay bozukluk tanı kriterleri

Kendine Yüklene Yapay Bozukluk

A. Yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.

B. Kiş, kendisini, başkalarına hasta, işğöremez ya da yaralı olarak sunar.

C. Açık dış ödüllere olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma)

davranışı belirgindir.

D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Belirtiniz:

Tek dönem

Yineleyici dönemler (iki ya da ikiden çok kez, düzmece hastalık ve/ya da yaralanmaya yol açma olayı)

Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (Önceki adı Bakımveren Yapay Bozukluğu idi)

A. Bir başkasında yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu

B. Kişi, bir başkasını, diğerlerine hasta, işgöremez ya da yaralı olarak sunar.

C. Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.

D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Not: Başına gelen değil, başkasına yükleyen kişi bu tanıyı alır.

Belirtiniz:

Tek dönem

Yineleyici dönemler (iki ya da ikiden çok kez, düzmece hastalık ve/ya da yaralanmaya yol açma olayı)

DSM-V diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler

A. Sağlıkla ilgili bir belirti ya da durum (ruh sağlığının dışında) vardır.

B. Ruhsal ya da davranışsal etkenler, sağlık durumunu, aşağıdaki yollardan biriyle olumsuz biçimde etkiler

1. ruhsal etkenlerle sağlık durumunun gelişmesi alevlenmesi ya da

iyileşmesinin gecikmesi arasında yakın zamansal bir birliktelik olması ile gösterildiği üzere, bu etkenler sağlık durumunun gidişini etkilemiştir.

2.Bu etkenler sağlık durumunun iyileşmesini güçleştirmektedir. (örneğin tedaviye uyum gösterememe)

3.Bu etkenler kişi için başka birtakım sağlık sorunları yaratmaktadır.

4.Bu etkenler altta yatan patofizyolojiyi tetikleyici ya da alevlendirici belirtileri etkilemekte ya da tıbbi bakımı gerektirmektedir.

C.B tanı ölçütündeki ruhsal ve davranışsal etkenler, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğu, yeğin depresyon bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu).

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Hastalık olasılığını artırır (örn. hipertansiyon tedavisine tam bir uyum gösterememe).

Orta derecede: Altta yatan tıbbi durumu kötüleştirir (örn. astmayı kötü leştiren kaygı).

Ağır: Hastaneye yatırılma ya da acil servise gitme sonucunu doğurur. Aşırı

düzeyde: Ölümcül sonuçlar doğurur (örn. kalp krizi belirtilerine aldırılmama).

DSM-V Tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerinin tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır .

'Tanımlanmış diğer' adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

1. **Kısa bedensel belirti bozukluğu:** Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
2. **Kısa hastalık kaygısı bozukluğu:** Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
3. **Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar olmadan hastalık kaygısı bozukluğu:** Hastalık kaygısı bozukluğu için D tanı ölçütü karşılanmamaktadır.

4. **Psödosiyezis:** Gebeliğin nesnel bulgularının olduğu ve gebelik belirtilerinin bildirildiği, gebe olduğu yanlış inancı.

DSM-V tanımlanmamış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar kategorisi, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.⁽⁵³⁾

ICD-10 somatoform bozuklukları

Somatizasyon Bozukluğu

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğu

Hipokondriak Bozukluk

Somatoform Otonomik Disfonksiyon

Kalıcı Ağrı Bozukluğu

Diğer Somatoform Bozukluklar

Somatoform Bozukluk, Tanımlanmamış

(36)

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

(36)

2.3. Etiyoloji, Epidemiyoloji

2.3.1. Etiyoloji

Somatizasyonun etiolojisinde çok çeşitli faktörler ön plana çıkmaktadır. Tanı ölçütlerinde yapılan değişiklikler ve somatizasyonun tanımında bile varılamayan uzlaşma, etiyojisi hakkındaki görüş çeşitliliğini kanıtlar niteliktedir. Somatizasyon, pek çok değişkene bağlı karmaşık bir fenomendir⁽⁵⁴⁾. Somatizasyon genetik, gelişimsel öğrenme, kişilik özellikleri ve sosyokültürel faktörlere bağlıdır⁽⁵⁵⁾. Somatizasyon bozukluğunun etiolojisinde sosyokültürel, genetik ve psikodinamik faktörlerle birlikte stresörler ve bunlarla baş etme mekanizmaları yer almaktadır⁽⁵⁶⁾. Toplumsal roller, kültürel faktörler, yetişkinlik döneminde yaşanan karmaşalar, çocukluk döneminde duygusal olarak yoksun bırakılma, öğrenilmiş davranışlar ve ikincil kazanç faktörleri somatizasyona yatkınlık oluşturur⁽⁵⁷⁾. Açıklanamayan fiziksel belirtilerle karakterize hastalıkları değerlendirmenin en iyi yolu beden, zihin ve sosyal bağlama eşit derecede ilgi gösterilmesidir⁽⁵⁸⁾.

Somatizasyona ve tıbbi olarak açıklanamayan belirtilere⁽⁵⁹⁾ yatkınlık oluşturan, sürdüren ve kronikleşmesine sebep olan faktörler şunlardır:

Genetik

Kronik hastalık, kronik sıkıntı veya ruhsal hastalıklar

Psikiyatrik bozukluklar

Sağlıksız alışkanlıklar, kondisyon kaybı

Çocuklukta kendisinde veya yakınında hastalık deneyimleri

Stresli yaşam olayları

Kişilik özellikleri

Salgın hastalık endişesi

Tedavilere işbirliği sağlamama

Ciddi fiziksel hastalık yaralanma öyküsü

Etiketlenme korkusu

Sosyal destek eksikliği

Bilişsel faktörler (hastalık korkusu vb.)

Tazminat, dava, mali kazanç etkenleri

Başkalarının tepkileri (Aile, doktor vb.)

Çeşitli araştırmalar kronik hastalık öyküsüyle somatizasyon arasındaki ilişkiye işaret etmektedir⁽⁶⁰⁾. Hollifield, irritabl kolon hastalarının %17'sinde ve kronik ağrı hastalarının %12'sinde somatizasyon bozukluğu tespit etmiştir.

Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada kronik hastalık öyküsüyle somatizasyon bozukluğu arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur⁽⁵⁶⁾.

Kişinin dikkatini somatik semptomlara odaklaması, bunları tehdit edici olarak algılaması, sözlü veya sözsüz olarak ifade etmesi ve bu iletişim yöntemini psikolojik sıkıntı ve ihtiyaçlarının bir ifadesi olarak kullanmayı öğrenmesi aile bağlamında gerçekleşir . Aile, içinde bulunduğu kültürün hastalıkla ilgili inanç ve uygulamalarını yansıtır. Ailedeki, sıkıntılarını bedensel olarak ifade etme gibi alışkanlıklar çocuğa yansır. Aile bireylerinde çok fazla fiziksel hastalık ve ağrı olan çocuk, yetişkinlik döneminde somatizasyon geliştirme eğilimindedir⁽⁵⁵⁾.

Kişi hasta rolünü benimsediğinde hayatında birtakım değişiklikler olur, aile bireylerinin, işverenin, hekimin verdiği tepkilere göre kişinin semptomları azalır artabilir, hastalık kalıcı hale gelebilir. Kişi hasta olarak etiketlendiğinde çevresi iyileşmesini geciktirici, semptomlarını kalıcı hale getirici davranışlar sergiler⁽⁵⁴⁾. Kişiye yüklenen sorumluluklar azalır. Kalıcı somatizasyon gösteren kişiler genellikle birincil kazanç elde ederler. Semptomları ve işlev kaybı, sosyal sorumluluklarından suçluluk hissetmeden kaçınmak veya ekonomik faydalardan yararlanmak gibi ikincil kazançlar sağlamaya hizmet eder. Her durumda çeşitli kazançlar kayıplardan ve acıdan ağır bastığı sürece hasta, hasta rolünü sürdürmeye devam edebilir⁽⁶¹⁾. Bazı bireyler için bedensel belirtiler ailesinden destek görmenin tek yolu olabilir. Benzer şekilde bazı çevrelerde bedensel belirtiler güç sahibi olmakla eşdeğer tutulabilir⁽⁶²⁾.

Somatizasyonun etiolojisinde genetik faktörlerin de etkisi olduğu düşünülmekle birlikte, psikososyal ve biyolojik faktörlerin etkileşimi üzerine odaklanmanın önemi vurgulanmaktadır. Genetiğin somatizasyona etkisi üzerine yapılan araştırmalar çeşitli farklı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmalardan birinde somatizasyon bozukluğu olan kadın hastaların birinci derece akrabalarının %20'sinin somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığını bulunmuştur⁽⁶³⁾. Somatizasyon bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında ve erkek akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu ve/veya alkolizm tanısı bulunma olasılığının yüksek olduğunu belirtmişlerdir⁽⁶⁴⁾. Somatoform bozukluklarda genetik etkisini araştıran benzer bir çalışmada ise bozukluğun ailesel ve belki de genetik geçişe sahip olabileceği sonucuna ulaşılmıştır⁽⁶⁵⁾.

Belirli kişilik özellikleri ile somatizasyon arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Costa ve McCrae'ye (1985) göre psikiyatrik olarak normal bireyler arasında bile nevrozluğun bildirilen tıbbi semptomların sayısı ile doğrudan ilişkisi vardır⁽⁶⁶⁾. Bu hastalar oldukça bağımlı, duygusal olarak başkalarına muhtaç, öfkeli ve kırgın bireylerdir yine bu hastalar aşırı duyarlılık, düşük özsaygı, düşük özfarkındalık, depresyon, kaygı ve hostilitelere eğilimli olma gibi kişilik özelliklerini içeren nevrozlu ölçütlerinde yüksek puan almaya eğilimlidirler⁽⁶⁷⁾.

Aynı zamanda bu kişiler daha fazla olumsuz yaşam olayı bildirip, daha çok olumsuz duyguduruma sahiptir. Kendilerinin ve başkalarının olumsuz yönlerine odaklanma, başarısızlık ve eksiklikleri üzerine aşırı odaklanma eğilimindedirler. Bu aşırı duyarlılık sağlık konusunda da kendini gösterir. Bu kişiler hafif bedensel duyumları farketmek ve bildirmek için daha düşük bir ağrı eşiğine sahiptirler ve algıladıkları belirtilerin sonuçları hakkında endişe duymaya daha eğilimlidirler⁽⁶⁸⁾. Sıklıkla histriyonik veya obsesif özellikler gösterirler. Çeşitli derecelerde mazoşizm, suçluluk ve bastırılmış öfkeye ve cezalandırılmayı hakettiklerine dair düşüncelere sahiptirler⁽⁶⁹⁾.

Yüksek nevrozizm ve zarardan kaçınma, stresle başa çıkmada yetersizlikle belirli eksen II kişilik bozukluklarıyla ilişkilidir. Kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle stresli yaşam olayları karşısında kendilerini güçsüz hissederler. Bedensel belirtiler, sıkıntılarını ve algıladıkları güçsüzlüklerini ifade etmenin bir yolu olabilir⁽⁶²⁾.

Özen ve arkadaşları (1999) somatize eden hastalarda sıklığına göre sırasıyla "obsesif kompulsif, narsisistik, bağımlı, histriyonik, pasif agresif, borderline, çekingen, paranoid ve antisosyal" kişilik bozukluklarının bulunduğunu tespit etmişlerdir⁽⁵⁴⁾.

Angel ve Thoits'e göre birey hoş olmayan depresif duyumlar hissettiğinde bunları nasıl tanımlayacağı, nasıl yorumlayacağı yaşadığı kültürün iletişim ve etkileşim biçimleri ve kelime dağarcığıyla yakından ilişkilidir. Bu etkileşim biçimi içinde yaşanan kültürle birlikte, ailenin sıklıkla kullandığı yöntemlerden oluşur ve duygusal sıkıntı yaşayan kişinin fiziksel veya duygusal belirtilerden hangisine odaklanacağını belirler. Somatizasyon dünya çapında bir olgudur, ancak özellikle duygusal sıkıntıların ifade edilmesinin geleneksel olarak engellendiği kültürlerde yaygındır⁽⁷⁰⁾. Az gelişmiş toplumlarda grup içinde duyguların ifade

edilmesi hoş karşılanmayabilir. Bu nedenle bu toplumlarda psikolojik sıkıntılar sembolik beden diliyle ifade edilir. Bu durum da somatizasyonu doğurur. Toplum gelişme gösterdikçe somatizasyon, yerini psikolojizasyona bırakır; histeri azalırken anksiyete bozuklukları artar⁽⁷¹⁾. Dillerin gelişmesinde duygu ifade etmeye yönelik kelimeler belirli aşamalardan geçer. Birçok az gelişmiş toplumda duyguları tanımlamaya yönelik sözcükler bulunmamakta ve bireyler bu nedenle ruhsal sıkıntılarını beden dilleriyle ifade etmektedirler⁽⁷²⁾.

Kadın cinsiyet ile somatizasyon bozukluğu için bir risk faktörüdür. Kültürümüzde erkek çocukların girişken, kavgacı olması uygun karşılanırken, kız çocuklarından uysal, konuşmayan, söz dinleyen bir tutum beklenmektedir⁽⁵⁶⁾. Kadın cinsiyetin somatizasyonda bir risk etkeni oluşturması, kadınların duygularını sözlü olarak dile getiremeyişleri göz önünde bulundurarak kültürel bağlamda açıklanabilir.

Batı tıbbında ruhsal hastalık ve bedensel hastalık ayrı olgular olarak değerlendirilir. Ruhsal hastalıklar fiziksel hastalıklar kadar gerçek kabul edilmez. Ruhsal hastalık tanısı almak toplumda aşağılayıcı bir anlamda etiketlenmeye sebep olur. Bu nedenle fiziksel hastalık, sağlık bakımına ulaşmak ve hasta rolüne girmenin bir yolu haline gelebilir⁽⁷¹⁾. Yani ruhsal sıkıntıya veya ruhsal hastalıklara sahip olmanın etiketlenmeye sebep olduğu toplumlarda, kişi bu sıkıntılarını ifade etmenin bir yolu olarak somatizasyonu kullanabilir. Yine de kültürler arasında yapılan araştırmalar sonucu az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde somatizasyon görülme oranlarının batı ülkelerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur⁽⁷⁰⁾. Bu sonuçta, içinde yaşadıkları kültürlerde bireylerin ruhsal sıkıntılarını ifade etmesinin hoş karşılanmaması ya da engellenmesi ve dillerinde duygusal sıkıntıları ifade edecek sözcüklerin az olmasının etkili olduğu sonucuna varılabilir⁽⁷³⁾.

2.3.1.1. Somatik belirtilerle beraber görülen psikiyatrik hastalıklar

Teşhis edilebilir bir tıbbi duruma bağlanamayan somatik semptomlar, depresyonlu hastalarda yaygındır. Depresyonu olan hastalarda yüksek somatizasyon seviyeleri yaşam kalitelerine büyük ölçüde zarar verebilir. Depresyon yükünü artırabilir, tam remisyona engel olur ve tedavi yanıtını engeller. Amsterdam'da yapılan bir çalışmada kesitsel olarak, depresyon ve MUPS arasındaki korelasyon iyi bir şekilde belirlenmiştir Tıbbi olarak

açıklanamayan semptomlar(MUS)ın, depresif semptomlardaki dalgalanma şiddetine paralellik göstermeyip, depresif epizodlar arasında mevcut kaldığı varsayılmıştır.Bu nedenle tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar bir depresyon döneminin kalıntı belirtileri veya yeni bir depresyon döneminin erken göstergesi veya risk faktörü olarak kabul edilebilir .Tekrarlayan depresyonu olan hastalarda MUS'in yinelenmenin bir öngörücüsü olarak belirlenmesi klinik olarak anlamlı olabilir, çünkü MUS nüksde yer alan dinamik değiştirilebilir bir faktörü temsil edebilir⁽⁷⁵⁾.

Fonksiyonel somatik sendromların (örneğin, irritabl bağırsak sendromu , fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendromu) psikiyatrik sorunları olan hastalarda daha yaygın olarak ortaya çıktığı bilinmektedir ve bu ilişki anksiyetesi ve depresyonu olan hastalarda geniş ölçekli meta-analitik çalışmalarla doğrulanmıştır⁽⁷⁶⁾.

Bipolar bozukluğu olan hastalarının yaklaşık yarısı, bilinen bir tıbbi durumla tam olarak açıklanamayan rahatsız edici fiziksel semptomlardan muzdariptir ve bipolar hastalarında somatik semptom riski, genel popülasyondan önemli ölçüde daha fazladır. Bipolar hastalar, depresyon hastalarına benzer bir oranda somatik semptomlardan muzdariptir. Buna rağmen, diğer afektif hastalıklarla karşılaştırıldığında bipolar hastalığın somatik komorbiditeleri hakkında yayınlanmış sınırlı literatür bulunmaktadır⁽⁷⁷⁾.

Tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomları olan hastaların tekrar tekrar artan depresyon ve anksiyete oranlarına sahip oldukları gösterilmiştir Etiyoloji açısından, daha homojen klinik tanımların altında belirli bir derecede heterojenliğin yattığı varsayılmalıdır. Özellikle bedensel belirtiler, depresyon ve anksiyetenin aynı kesitsel birlikteliğinin altında yatan farklı nedensel ilişkileri olabilir. Örneğin, bazı durumlarda anksiyete ve depresyon bedensel ağrı ve sıkıntıya bir tepki olabilir veya depresyon ve anksiyete bedensel semptomları bildirme eşiğini düşürebilir. Sıkıntının bedensel ve psikolojik boyutlarının altında yatan güçlü ortak genetik ve/veya çevresel faktörler de olabilir. Bu yaygın bozuklukların yatkınlığını, başlangıcını ve seyrini açıklamada psikososyal yaklaşımların mı yoksa nörofizyolojik yaklaşımların mı daha geçerli olduğu ampirik olarak belirlenmelidir⁽⁷⁶⁾.

2.3.2. Epidemiyoloji

Somatik belirti bozukluğu, DSM-IV'ten elimine edilen somatoform bozukluklardan (somatizasyon bozukluğu gibi tanılar) türetilmiştir. Daha önce somatoform bozukluğu tanı alan hastaların çoğuna artık DSM-V'te somatik belirti bozukluğu(SBB) tanısı konmaktadır⁽⁷⁸⁾. Bu nedenle, somatik belirti bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili tahminler, somatoform bozukluklarla ilgili literatürden gelmektedir ve ek olarak, somatik semptom bozukluğuna ilişkin yaygınlık tahminleri, tıbbi olarak açıklanamayan, sıkıntı ve bozulmaya neden olan semptomları olan hastaları tanımlamak için kullanılan, ancak DSM-V'te resmi bir tanı olmayan hastaları tanımlamak için kullanılan geniş bir yapı olan "somatizasyon" çalışmalarına da dayanmaktadır. Bir çalışmada üç veya daha fazla endişe verici semptomla karakterize edilen, 2 yıllık bir geçmişi olan zayıflatılmış bir somatizasyon formu birinci basamak hastalarının %8.2'sinde gözlenmiştir⁽⁷⁹⁾.

Birden fazla çalışma, somatik semptom bozukluğunun yaygın olduğunu ve en sık birinci basamak hastalarında ortaya çıktığını göstermektedir⁽⁷⁸⁾.

Somatik semptom bozukluğunun yaygınlığı genel nüfusta yüzde 4 ila 6 olarak tahmin edilebilir . Bu tahmin, somatizasyonu erkeklerde dört veya daha fazla açıklanamayan fiziksel semptom ve kadınlarda altı veya daha fazla açıklanamayan fiziksel semptom olarak tanımlayan Birleşik Devletler'deki bir topluluk araştırmasına dayanmaktadır; çalışma somatizasyonun yaşam boyu yaygınlığının yüzde 4 olduğunu bulmuştur⁽⁸⁰⁾. Ek olarak, altı çalışmadan elde edilen toplum anketi verilerinin gözden geçirilmesi ve yeniden analizi, Avrupa'nın genel popülasyonunda 12 aylık somatoform bozuklukların prevalansının yaklaşık yüzde 6 olduğunu tahmin etmiştir.⁽⁸¹⁾

Birinci basamağa başvuran hastalarda SBB hastalarının yüzde 17 olduğu tahmin edilmektedir. Bu tahmin, somatizasyonu erkeklerde dört veya daha fazla açıklanamayan fiziksel semptom ve kadınlarda altı veya daha fazla açıklanamayan fiziksel semptom olarak tanımlayan altı temel bakım çalışmasının gözden geçirilmesine dayanmaktadır; ve bu çalışmada somatizasyonun medyan puan yaygınlığı yüzde 17 idi⁽⁸²⁾.

Amerikan Psikiyatri Birliği 2013 yılında SBB un genel popülasyondaki prevalansının %5-7 arasında tahmin edildiğini belirtmiştir⁽⁸³⁾. Tıbbi nüfustaki 6 aylık prevalansın ise genel popülasyondakinden daha fazla olarak %4-6 olduğu ve %15'e kadar çıkabileceği belirtilmiştir⁽⁸⁴⁾.

SBB ile ilgili tanı koyma süreçlerinde bazı zorluklardan bahsedilmektedir. İlgili somatik bir hastalık durumunda orantısız veya aşırı biliş ve davranışları değerlendirmenin basit, güvenilir ve geçerli bir yolu olmaması ve DSM-V kriterlerinin klinisyenlerin görüşmelerine ve değerlendirmelerine dayanması nedeniyle popülasyon anketlerine ve diğer anket tabanlı değerlendirmelere iyi bir şekilde aktarılmaması bu zorluklardan biridir. Ayrıca somatik yakınmaların niteliği ve niceliği ile ilgili belirsizliklerin bu zorluğa katkıda bulunduğu bildirilmişti. Bu nedenlerle SBB tanısının toplumdaki oranları daha fazla olabilir⁽⁸⁵⁾.

Bununla birlikte, somatik belirti bozukluğunun prevalansının daha kısıtlayıcı DSM-IV somatizasyon bozukluğundan daha yüksek(<%1), ancak farklılaşmamış somatoform bozukluğunkinden (yaklaşık %19) daha düşük olması beklenmektedir.

DSM-IV Somatizasyon Bozukluğu tanısının dar tanımlanmış çoklu belirtiler nedeniyle sıklığının yanıltıcı bir şekilde % 0.1 ila% 0.7'lik bir dilimde olduğu ve genel olarak kalıcı fiziksel belirtileri olan hastaların sorunlarının yeterince tanınmamasına neden olduğu bildirilmiştir⁽⁸⁰⁾.

Fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu ve kronik yorgunluk sendromu (miyaljik ensefalomiyelit/kronik yorgunluk sendromu olarak da bilinir) gibi fonksiyonel bozuklukları olan hastalarda somatik belirti bozukluğunun yaygınlık oranları muhtemelen daha yüksektir. Bu hastalar arasında DSM-5 kriterlerine göre teşhis edilen somatik semptom bozukluğunun bildirilen sıklığı yüzde 25 ila 60 arasında değişmektedir⁽⁸⁶⁾.

Amerikan Psikiyatri Birliği 2013 yılında SBB un genel popülasyondaki prevalansının %5-7 arasında tahmin edildiğini belirtmiştir. Tıbbi nüfustaki 6 aylık prevalansın ise genel popülasyondakinden daha fazla olarak %4-6 olduğu ve %15'e kadar çıkabileceği belirtilmiştir⁽⁸⁷⁾.

Kadınlarda erkeklere göre 5-10 kat daha fazla görülür ve bunun sebebinin cinsiyete bağlı bir farklılık ya da kültürel farklılıkların bir yansıması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür^(83,87). Kaya ve ark.nın 2002 yılında yayınladıkları bir makalede, ataerkil toplum yapısı ve çocukluktan itibaren pasif pozisyonda yetiştirilen kadınların beden dilini daha az kullanmalarının kadınlarda somatizasyon bozukluklarının daha sık görülmesine neden olabileceği vurgulanmıştır⁽⁸⁸⁾.

Belirtiler herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak en sık 20 ile 30 yaşları arasında görülür. Genellikle ilk semptomların ortaya çıkışı ergenlik dönemine uzanır ve adet sorunları, baş ağrısı veya abdominal ağrı ile başlar⁽⁸⁹⁾. Kanıtlar, prodromal semptomların başlangıcının sıklıkla çocuklukta başladığını ve somatik belirti bozukluğu kriterlerini karşılayan semptomların sıklıkla ergenlik döneminde bulunduğunu göstermektedir. Bununla tutarlı olarak, Ergenlerin yüzde 5'inde psikolojik kaygılarla birlikte kalıcı rahatsız edici somatik semptomların mevcut olduğu bilinmektedir.

Yaşanılan çevrenin özelliklerinin de katkıda bulunduğu düşünülmektedir⁽⁸⁷⁾. Afrikalı Amerikalılar'da beyazlara göre daha sık görüldüğüne dair bazı veriler bulunmaktadır⁽⁸⁹⁾.

Düşük sosyoekonomik ve kültür düzeyinde daha fazla görülmektedir. Batı kültüründe daha seyrek görülmekle birlikte doğu kültürlerinde sıkça izlenmektedir. Ailesel yatkınlık vardır. Yapılan bazı aile çalışmaları SBB ile antisosyal davranışlar arasında bir ilişkinin olduğunu düşündürmektedir⁽⁸⁷⁾.

SBB için olası risk faktörleri: Kadın cinsiyet, eğitim süresinin kısa olması, düşük sosyoekonomik durum veya diğer sosyal stres faktörleri, çocuklukta kronik hastalık geçmişi, cinsel istismar veya diğer çocukluk ve yetişkin travması geçmişi, eşzamanlı genel tıbbi bozukluklar (özellikle yaşlı hastalarda), sağlık anksiyetesi, eşzamanlı psikiyatrik bozukluk (özellikle depresif veya anksiyete bozuklukları), ailede kronik hastalık öyküsüdür⁽⁸⁰⁾. Bunun aksi olarak SBB un hipokondriazisi olmayan hastalarda çok daha yaygın olduğunu söyleyen görüşler de bulunmaktadır. Çinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %5,7'sinin hem yüksek somatik belirti yükü hem de sağlık anksiyetesi puanlarına sahip olduğunu bulmuşlar; %8.8'inin tek başına yüksek somatik belirti yükü ve %8.3'ünün tek başına yüksek sağlık anksiyetesi olduğu belirlenmiştir⁽⁸⁴⁾.

2.4.Somatik Belirti Bozukluğu: Maliyeti

Somatik semptom ve ilgili bozukluklar (SSRD'ler) oldukça yaygındır ve sağlık sistemi ziyaretlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. SSRD'ler, okulda devamsızlık, sosyal izolasyon, düşük yaşam kalitesi, gereksiz ve bazen zararlı tanı testleri ve aslında birincil bir ruh sağlığı bozukluğu olan hasta için uygun tedavi ve müdahalede gecikmeler dahil olmak üzere, işlevsellikte önemli bozulmalara neden olur. Teşhis ve tedavideki gecikmeler, kendilerini dışlanmış hissedebilecek hastalarda ve ailelerde sıklıkla hayal kırıklığına ve endişeye yol açar. Benzer şekilde, sağlık çalışanları da hastalarının işlevselliğini iyileştirmemekten dolayı sıkıntı yaşarlar⁽⁹⁰⁾.

Bir SSRD olan hasta, sağlık sistemi ve toplumsal maliyetlere katkıda bulunur⁽⁹¹⁾. Bir kısmı semptomları nedeniyle acil serviste are ararken bir kısmının da sağlık durumu hastaneye kaldırılmasını gerektirecek kadar (yatarak tedavi) sıkıntılı veya bozulmuş olabilir. Bozukluğun daha şiddetli bir formuyla başvuran hastalar, pahalı ve çoğu zamanda karşılanmayan sağlık bakımı ihtiyaçlarıyla birlikte, tıbbi maliyetlerin artmasına neden olurlar⁽⁹⁰⁾. Somatizasyon bozukluğu olan hastalardan kaynaklanan maliyet, yıllık tıbbi bakım giderlerinin iki katıdır ve kontrollere göre iki kat daha fazla ayakta ve yatan hasta hizmeti kullanmaktadır⁽⁹²⁾. Hastalar tedaviler başarısız olduğunda genellikle tıbbi bakımdan memnun olmama eğilimindedirler. Belirtilerinin şiddetli ve amansız doğası göz önüne alındığında, hastaların psikososyal faktörlerin bozukluğa altta yatan patofizyolojik faktörlerden daha fazla katkıda bulunabileceğini kabul etmeleri zordur. Aslında, somatoform bozukluklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği gibi majör tıbbi bozukluklara eşit veya daha fazla önemli sakatlık ile ilişkilidir⁽⁹³⁾.

Somatik belirti bozukluklarına genellikle psikolojik sıkıntı, sosyal izolasyon ve düşük yaşam kalitesi eşlik eder. şiddetli SBB, oklu işlev bozuklukları ve psikiyatrik morbidite ile ilişkilidir⁽⁷⁶⁾. SBB olan hastalar semptomlarından muzdariptir, işlevsellik bozulmuştur ve aynı zamanda yanlış pozitif tanı testleri, potansiyel olarak zararlı ek testler ve tedavi prosedürleri için risk altındadır⁽⁹²⁾. Bu nedenle, bu semptomlar, önemli toplumsal maliyetler, sağlık bakım maliyetleri ve üretkenlik kaybı maliyetleri ile hastalar ve toplum üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır⁽⁹⁴⁾.

Hollanda'da yapılan bir çalışmada (2005–2008), hem sağlık hizmetlerinin kullanımı (doğrudan maliyetler) hem de üretkenlikle ilgili maliyetler (dolaylı maliyetler) olmak üzere ortalama toplam maliyetin, hasta başına yılda 6,815 € olduğu tahmin edilmiştir⁽⁹⁵⁾. Almanya'da yapılan bir çalışmada (2007–2009), ayakta tedavi gören doktor ziyaretleri, doğrudan maliyetlerin en pahalı tek maliyet kategorisiydi ve dolaylı maliyetler ağırlıklı olarak işte üretkenliğin azalmasından kaynaklanıyordu⁽⁹⁶⁾.

Birleşik Krallık'ta altta yatan psikiyatrik bozukluğun somatik semptomlarıyla bir psikiyatriste sevk edilen, Somatik Semptom Bozukluğu olan 52 hastanın incelendiği bir çalışmada psikiyatriste sevk edilmeden önce genel hastanede yapılan tetkiklerin maliyetleri değerlendirildi. Hastaların bir doktorla önceden randevu almalarının ortalaması 3 (1-13 aralığında) idi ve ortalama maliyet 286 £ idi, ancak aralık 25–2300 £ arasında değişmekteydi. Bu maliyetler, doktorun organik hastalık olasılığına ilişkin orijinal değerlendirmesiyle belirlendi ve pratisyen hekimin sevk notunda ifade edilen görüşten bağımsızdı. Ayrıca araştırmacılar ayakta tedavi gören hastaların toplam maliyetin küçük bir kısmını oluşturduğunu ve çoğunluğun yatan hasta kabulleri ve özel tıbbi araştırmalar nedeniyle oluştuğunu belirttiler⁽⁹⁷⁾.

Smith ve arkadaşlarının psikiyatrik konsültasyonun somatik belirti bozukluğu olan hastaların sağlık durumları ve somatik belirti bozukluğunun neden olduğu maliyetler üzerindeki etkisine ilişkin yaptıkları araştırmada psikiyatrik konsültasyon müdahalesine tabi tutulan hastaların müdahaleden sonraki bir yıl boyunca sabit kalan bir iyileşme ile birlikte fiziksel işlevselliğin önemli ölçüde arttığını ve yıllık tıbbi bakım ücretlerinin 289 \$ (%95 güven aralığı, 40 \$ ila 464 \$) düştüğünü; bunun da tıbbi bakımlarının yıllık medyan maliyetinde %32.9'luk bir azalmaya eşit olduğunu bildirdi⁽⁹⁸⁾.

Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar için yapılan hastalık maliyeti çalışmalarını ve ekonomik değerlendirmeleri gözden geçirmek ve yöntemlerini ve sonuçlarını analiz etmek için 1980 ve 2004 yılları arasında toplanan hasta düzeyindeki verilerin kullanıldığı ve ağırlıklı olarak ABD'de yapılan bir çalışma somatize eden hastaların yıllık aşırı sağlık bakım maliyetlerini 2006 değerlerine göre 432 ile 5,353 USD arasında bulmuştur.

Tıbben açıklanamayan semptomlar, sağlık hizmetlerinde depresyon veya anksiyete bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaştırılabilir ve hem

hekimleri hem de hastaları hedef alan müdahalelerle azaltılabilecek ilgili yıllık aşırı maliyetlere neden olur. Dolaylı maliyetler ve maliyet etkinliği konusunda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır⁽⁹⁹⁾.

2.5.Klinik Belirtiler, Yönetim ve Prognoz

2.5.1. Klinik Belirtiler

Somatik semptom bozukluğun(SSB)da daha önce bahsedildiği gibi belirti yelpazesi oldukça geniştir. Bir ya da daha fazla somatik belirtinin uzun süreli olması, kişinin yaşamında aşırı düzeyde strese yol açarak; kişinin sağlıkla ilgili aşırı düşünceye endişeye ve sağlık hizmetine başvurmasına neden olması, organik bir hastalık bulunsa bile sadece bu hastalıkla semptomlarının açıklanamaması SSB'nun temel özellikleridir. Genelde çok sayıda belirti olmasına karşın bir belirti diğerlerinden daha şiddetlidir. Hastalar tarafından dile getirilen belirtilerin sayısı ile SSB'nun şiddetinin korele olduğu klinik açıdan düşünülebilir.

SSB'da en sık görülen belirti ağrıdır. Ağrı, vücudumuzda istenmeyen durumların meydana geldiğini gösteren yaşamsal önemi olan bir his olmasına karşın SSB'da görülen şekliyle daha çok kronik ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyecek düzeydedir. Ağrı, vücutta yaygın olarak hissedilebileceği gibi, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, eklem ağrısı, ağrılı işeme şeklinde de görülebilir. 28000 hastayla yapılan çalışmada ağrının hastaların en şikayetçi olduğu somatik belirti olduğu saptanmıştır⁽¹⁰⁰⁾. Nörolojik açıdan migren, gerilim tipi baş ağrısı gibi pek çok baş ağrısı SSB'lu bireylerde görülebilmekle birlikte baş ağrısı, genelde tam olarak nörolojik tanı kriterlerine uymamakta, baş dışında vücudun pek çok farklı bölgesinde de eş zamanlı olabilen ağrılar gözlenmektedir. Hastalar ağrılarını çok iyi tarif edemeyebilir. Baş ağrısının diğer ağrılarının sıklığı ve şiddetinin paralel olması ve nörolojik herhangi bir tanıyla daha iyi açıklanamaması SSB'de görülen baş ağrısının en önemli özelliklerindedir. Hastalarda somatik belirti bozukluğuna bağlı baş ağrısını kronik migren, kronik günlük baş ağrısı, ilaç aşırı kullanım baş ağrısından ayırt etmek gerekir. Bu nedenle özellikle baş ağrısı sıklığı artan ya da baş ağrısının karakterinde değişiklik olan, 50 yaş ve üzerinde yeni başlayan baş ağrısı olan bireylerde mutlaka kan tetkikleri ve nörogörüntüleme yapılmalıdır. SSB

varlığında bile nörolojik bozukluklarına bağlı baş ağrılarının ortaya çıkabileceği, kimi baş ağrılarının acil durumları işaret edebileceği akılda tutulmalıdır.

SSB'da görülen diğer ağrı belirtileri de aynı şekilde baş ağrısıyla paralel seyredebilir. Ağrıların dermatomal olmaması, sürekli yer değiştiren, kramp tarzında olması, gezici yanma hissi, dilinde farklı tatların olması SSB 'nu düşündürür⁽¹⁰¹⁾. Yine aynı şekilde altta yatan organik bir hastalık olsa bile, bu ağrıları fiziksel muayene ve tetkiklerle tam olarak açıklamak mümkün olmamaktadır; ancak ufak şüphe varlığında bile organik nedenlerin hızlıca araştırılmasının gerekliliği vardır.

SSB ağrı dışında bulantı, şişkinlik gibi en az 2 gastrointestinal belirti, cinsel duyarsızlık, erektil disfonksiyon, aşırı ya da düzensiz menstrüel kanama gibi en az 1 cinsel belirti, ayrıca boğazda yumru hissi, nörolojik açıdan muayene ve nörogörüntülemeyle desteklenemeyen güçsüzlük, his kaybı, dengesizlik, çift görme, körlük gibi 1 fonksiyonel belirti görülebilmektedir. Nörolojik belirtilerle karışan bu fonksiyonel belirtilerin hastanın dikkatinin dağıtılmasıyla muayenenin değişkenlik göstermesi, yapılan nörogörüntüleme ve vizüel uyarılmış potansiyel gibi elektrofizyolojik tetkiklerle açıklanamaması, bunların nörolojik belirtilerden ayırımında oldukça yardımcıdır⁽¹⁰²⁾.

SSB'da çok sayıda belirtinin görülebilmesi ve bu belirtilerin organik açıdan tam olarak açıklanamaması, genelde hastaları rahatlatmaz; aksine hastaların tıbbi yardım arayışını arttırmalarına yol açabilir. Hasta ile hekim arasındaki ilişki bozulabilir, hekimler hastayı "zor hasta "olarak nitelendirirken hastalar ise endişe, korku, öfke gibi olumsuz duygular hissetmeye başlar. Bazı hastalar ise ilaç kullanımından yan etkileri nedeniyle korkup alternatif tedavi yöntemlerine yönelebilirler. Ayrıca, kültürden kültüre de bu belirtilerin ifadesi ve bunlar için çözüm yolu arayışları değişiklik gösterebilir⁽¹⁰³⁾. Bu nedenle, multidisipliner şekilde ve psikiyatri uzmanıyla düzenli takibi gereklidir⁽¹⁰²⁾.

2.5.2.Yönetim

Genel hekimlik pratiği ile uyumlu olarak SSB değerlendirilmesi de detaylı bir anamnez ile başlamalıdır. SSB olan hastaların yardım arama davranışı ile hekimin yaklaşımı arasında genellikle bir uyumsuzluk vardır. Hekim hastanın belirtilerini belirli bir alanda kategorize etmeye bunları klinik olarak tedavi etmeye odaklanırken; hastalar belirtileri için bir açıklama ve duygusal

destek arayışındadır. Empati, etkili iletişim, hasta merkezli yaklaşım tüm klinisyenler için vazgeçilmez olmalıdır⁽¹⁰³⁾. SBB şüphesi belirgin olduğunda bile tüm hastalar fiziksel hastalık belirtileri açısından da dikkatle taranmalı ve gerekli biyokimyasal testler ile görüntüleme yöntemleri seçilmelidir. Hastanın deneyimlerine ve şikayetlerine özgül iki yönlü iletişim kurulmalı ve tanı açıklamaları ile birlikte yapılmalıdır. Hastanın soru sormasına ve anlaşılmiş hissetmesine izin verilmelidir. Günlük aktiviteler, uyku hijyeni, stres yönetimi ve beslenme konularına değinilmesi önerilmektedir.⁽¹⁰⁴⁾

2.5.2.1.Tarama

Hasta Sağlığı Anketi-15 genel popülasyonda somatizasyon semptomlarını saptamak için belki de en yaygın kullanılan tarama aracı olmasına rağmen⁽¹⁰⁵⁾, daha yakın zamanda geliştirilen Somatik Belirti Ölçeği-8 somatik semptom yükünü ölçmede umut vaat etmektedir. Bu ölçeklerin güvenilirliğini ve geçerliliğini belirlemek için yapılan bir çalışmada, bunun somatik semptom yükünün güvenilir ve geçerli bir öz bildirim ölçüsü olduğu ve cutoff değerlerinin düşük, orta, yüksek ve çok yüksek somatik semptom yükü olan kişileri tanımladığı sonucuna varılmıştır⁽¹⁰⁶⁾. Bu araç, genel olarak iyi bir güvenilirliğe sahip, 14 yaşında ve daha büyük olan 2.510 kişiyi içeren temsili bir rastgele örnek üzerinde doğrulanmıştır. Depresyon ve anksiyete belirtileri ile örtüşmesi nedeniyle klinisyenlerin bu komorbiditeleri de değerlendirmeleri önerilir⁽¹⁰⁷⁾. Bununla birlikte, tarama araçlarının tanı sürecinde ilk adım olarak faydalı olmasına rağmen, somatik semptom bozukluklarını teşhis etmek için DSM-V kriterlerinin hala karşılanması gerektiği vurgulanmalıdır⁽¹⁰⁸⁾.

Hasta Sağlık Anketi-15 (Patient Health Questionnaire- PHQ-15)

1994 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ruhsal hastalıkların birinci basamak değerlendirmesi kapsamında oluşturulan hasta sağlık anketinden geliştirilen, bedensel belirtileri ve şiddetini araştıran, 15 maddelik, Likert tipi ölçüm sağlayan öz bildirim ölçeğidir. Bedensel belirtilerin taranması ve şiddetini değerlendirmek için kullanılır. Karın ağrısı, sırt ağrısı, yorgunluk ve enerji azlığı, baş ağrısı vb. maddelerden oluşmaktadır. Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilir. Toplam 30 puan üzerinden 5-10 puan hafif, 11-15 puan orta, >16 puan şiddetli düzeyde bedensel belirtilerin olduğunu göstermektedir⁽¹⁰⁶⁾.

Somatik Belirti Ölçeği-8

Somatik belirti ölçeği-8(SSS-8), sık kullanılan ve geçerliliği iyi kanıtlanmış Hasta Sağlık Anketi - 15'in (PHQ-15) kısa bir versiyonudur. SSS-8, kısıtlı ölçüm süresi olan ortamlarda kullanılmak üzere tasarlanmıştır. SSS-8'e dahil edilen PHQ-15'teki maddeler üç kritere göre seçildi: Birinci basamak sağlık kurumlarında semptom prevalansı, işlevsellik ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri ile ilişkiler ve ölçekte yer alan diğer maddelerle ortak noktalar. Somatik belirti ölçeğinde son 7 gün içinde mide ve bağırsak sorunları, sırt ağrısı, baş ağrısı, göğüs ağrısı vb. semptomlardan herhangi birinin rahatsız edip etmediği sorulmuş ve her madde 0-4 puan arasında değerlendirilmiştir. 32 puan üzerinden 0-3 puan minimum; 4-7 puan düşük; 8-11 puan orta; 12-15 puan yüksek; 16-32 puan çok yüksek düzeyde bedebesel belirtilerinin olduğunu göstermektedir.⁽¹⁰⁹⁾

Somatik Semptom Bozukluğu – B Kriterleri Ölçeği (SSD-12)

DSM-V'te yer alan SBB A tanı kriterlerindeki rahatsız edici semptomların değerlendirilmesine Hasta Sağlık Anketi-15 (Patient Health Questionnaire-PHQ-15) veya Somatik Semptom Ölçeği-8 yardımcı olabilir. Somatik Semptom Bozukluğu – B Ölçütleri Ölçeği (SSD-12), SSB'nun B ölçütlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir.⁽¹¹⁰⁾ Fiziksel belirtilerimin ciddi bir hastalık belirtisi olduğunu düşünüyorum, sağlıkla ilgili kaygılarım günlük yaşamımda beni engelliyor, belirtilerimin ciddi olduğuna ikna oldum vb. 12 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin ne sıklıkta deneyimlendiği 0(hiçbir zaman) ile 4(çok sık) arasında değişen dört puanlama ile ölçülür. Toplam puan, 0 (minimum) ile 48 (ağır) arasında değişir; burada daha yüksek puanlar, SSB'nun B kriterlerinin daha yüksek seviyelerini yansıtır.

Bu anketler tek başına bir teşhisin temelini oluşturmak için her zaman kapsamlı bir klinik değerlendirme ile birlikte kullanılmaları gerekse de, klinik ortamlarda SBB taramasına; semptom yönetiminde hedefler, beklentiler veya ortak kararlar hakkındaki tartışmalara rehberlik etmeye yardımcı olabilirler.

A kriterini (PHQ-15 veya SSS-8) değerlendiren ölçümler ile B kriterlerini değerlendiren bir ölçümün (SSD-12) birlikte kullanımı daha faydalı olabilir.⁽¹¹¹⁾

2.5.2.2. Teşhis

Somatik semptom bozukluğu, hastaları gereksiz test ve tedavi riskine soktuğu için hem hekim hem de hasta için sorun teşkil etmektedir.⁽¹¹²⁾ Bu bozuklukların temel özelliği, psikiyatrik olmayan bir hastalığa atfedilen fiziksel semptomlarla ilgili endişedir. Bu endişe, bu semptomlarla ilgili aşırı düşünce, duygu veya davranışlarla sonuçlanan ve üzücü olan veya günlük yaşamın önemli ölçüde bozulmasına neden olan bir veya daha fazla somatik semptom olarak ortaya çıkabilir. Aşağıdaki DSM-V somatik semptom bozuklukları kriterlerden biri de mevcut olmalıdır: semptomların ciddiyeti hakkında önemli düşünceler; semptomlar hakkında yüksek düzeyde endişe; veya semptomatik endişe ile ilgili olarak harcanan aşırı enerji. Somatik semptomların sürekli olarak mevcut olması gerekmez de, kalıcı olmaları gerekir (altı aydan fazla süredir). DSM-V 'te bu durumun iki belirleyicisi "ağır ağırlı" ve "kalıcı"dır. Bu bozukluklar hafif, orta veya şiddetli olabilir^(41, 108).

2.5.2.3 Ayırıcı tanı

Bireyin sağlıkla ilgili kapsamlı endişeleri varsa, ancak somatik belirtileri yoksa veya minimal düzeyde ise, hastalık anksiyete bozukluğunu düşünmek daha uygun olabilir.⁽⁴¹⁾ Panik bozuklukta, sağlıkla ilgili somatik belirtiler ve anksiyete akut ataklarla ortaya çıkma eğilimindeyken, somatik semptom bozukluğunda anksiyete ve somatik belirtiler daha süregündür. Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireyler, olaylar, durumlar veya faaliyetler gibi birden fazla alanda kaygıya sahiplerdir. Sağlık ile ilgili kaygılar bunlardan yalnızca biri olarak belirebilir. Depresif bozukluklara genellikle somatik belirtiler eşlik eder. Bununla birlikte, depresif bozukluklar, çökkün duygudurum ve anhedoni gibi temel depresif belirtilerle somatik belirti bozukluğundan ayrılır. Konversiyon bozukluğunda, mevcut belirti genellikle bir duyu ya da motor alanda işlev kaybıdır, oysa somatik belirti bozukluğunda odak belirli belirtilerin neden olduğu sıkıntı üzerindedir.⁽⁴¹⁾ Somatik belirti bozukluğunda, bireyin somatik belirtilerin altında yatan ciddi fiziksel hastalığı yansıtabileceğine dair inançları sanrısız yoğunlukta değildir. Ayrıca şizofreni hastalarının somatik sanrıları tuhaf, kendine özgü ve kültürel çevrelerine uymama eğilimindedir.⁽¹¹³⁾ Beden dismorfik bozuklukta birey, fiziksel özelliklerinde algıladığı bir kusurla aşırı derecede ilgilenir ve bununla meşgul olur. Aksine, somatik belirti bozukluğunda, somatik

belirtilerle ilgili endişe dış görünüşte bir kusuru değil, altta yatan hastalık korkusunu yansıtır.⁽⁴¹⁾ Somatik belirti bozukluğunda, somatik belirtiler veya hastalıklarla ilgili tekrarlayan düşünceler daha az girici ve zorlantılı niteliktedir ve bu bozukluğa sahip bireyler, obsesif-kompulsif bozuklukta ortaya çıkan anksiyeteyi azaltmayı amaçlayan kompulsif davranışları sergilememektedir.⁽⁴¹⁾ Son olarak psikiyatrik olmayan tıbbi durumlardan ayırt edilmelidir.^(113,114)

2.5.2.4 Tedavi

Somatik semptom bozukluklarının yönetimi, bireysel hastaya göre uyarlanmış çok yönlü bir yaklaşım gerektirir. Doğru tedavi planını seçmek için klinisyenler somatik semptomları etkileyen psikolojik, sosyal ve kültürel faktörleri akılda tutmalıdır. Tanı süreci, iyi yapılırsa kendi başına terapötik potansiyele sahiptir.⁽¹¹⁵⁾

Hastaların bedensel şikayetleri, iyi tanımlanmış bir organik patoloji ile açıklanmadığı durumlarda ve eşlik eden ruhsal bozukluk yokluğunda bile ciddiye alınmalıdır. Hastalığın tüm aşamalarında ve bakım düzeylerinde hastayla iyi iletişim şarttır. Tanısal testlerin olası sonuçlarının beklentisi, bozukluğun “işlevsel” karakterine ilişkin olumlu açıklamalar ve hastanın bedensel distres ile aktif olarak başa çıkma motivasyonunun iyi değerlendirilmesi tedavi için bir fırsattır. Sağlıklı bir yaşam tarzı, fiziksel, sosyal aktivite ve uyku hijyeni, düzenli egzersiz ve hobileri yerine getirme gibi diğer aktiviteleri teşvik etmek faydalıdır.⁽¹¹⁶⁾

Hafif vakalarda, bu ilk temel bakım ilkeleri, “tetikte bekleme” tutumu ve takipler tedavi için yeterli olabilir. Fakat bu müdahalelerin yeterli olmadığı durumlarda, olumlu düşünme, gevşeme teknikleri, tamamlayıcı tıp(yoga, akupunktur vs.) kademeli egzersiz, kendi kendine yardım kılavuzları ve gruplar gibi daha işlevsel tutumlar ve davranışlar önerilebilir.⁽¹¹⁷⁾

Klinisyen için genel tedavi ilkeleri: randevu almak için semptomlara ihtiyaç duymamak için düzenli, kısa aralıklı ziyaretler planlamak; hastayla işbirlikçi, terapötik bir ittifak kurmak; hasta diğer tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar için değerlendirildikten sonra semptomları kabul etmek ve meşrulaştırmak; sınırlayıcı tanı testi yapmak; hastaya ciddi tıbbi hastalıkların ekarte edildiğine dair güvence vermek; hastaları fiziksel semptomlarla baş etme

konusunda eğitmek; tedaviden ziyade fonksiyonel iyileştirmeye yönelik bir tedavi hedefi belirlemek; ve hastaları uygun şekilde alt uzmanlara ve ruh sağlığı uzmanlarına sevk etmektir.⁽¹¹⁸⁾

Psikiyatri uzmanları tarafından sağlanan kanıtlanmış terapiler arasında bilişsel davranış terapisi(BDT) ve farkındalık temelli terapi yer alır . 31 kontrollü klinik çalışmanın yakın tarihli bir sistematik incelemesi, çeşitli somatoform sendromlardan muzdarip toplam 1689 hastada bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğunu bulmuştur. Randomize klinik çalışmaların çoğunluğu bilişsel davranışçı terapilerle ilgilidir fakat kısa ve uzun süreli psikodinamik tedavilerin yararlı olduğuna ilişkin veriler de mevcuttur.^(119,115)

Diğer tedavi seçenekleri ve öneriler farmokoterapi ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarıdır.

2.5.2.4.1. Psikodinamik terapi

SBB'yi tanımlayıcı düzeyde ele almaya göre daha kapsayıcı olarak psikodinamik yaklaşımdaki ruhsal değerlendirme süreçleri, kişinin öznel deneyimleri, duygulanımları, güdülenmeleri, çatışmaları, zorlukları vs. gibi genel bir bakışı içerir. Dolayısıyla psikodinamik yaklaşımda ruhsal değerlendirme ve terapi sürecinde odaklanılan alan, bireyin tanı olarak neye sahip olduğu şeklinde hasta ile hekim arasında giren üçüncü bir etkenden çok, bireyin kendisidir ki zaten hastaların nadiren tek bir tanıyla başvurduğu da açık olarak bilinmektedir. Nitekim bir belirtinin organik temelli olup olmadığını araştırmak için elimizde gelişmiş tanı teknolojileri bulunsa da mutlak olmadığını ve daha da önemlisi bunun hastaya kimi zaman çok da yarar sağlamayabileceğini biliyoruz.⁽¹²⁰⁾

Tedavi yöntemi psikodinamik yönelimli olsun ya da olmasın sağlam bir tedavi iş birliği ve güven ilişkisi kurulması aslında tüm tedavi yöntemleri için önemlidir.

Yine görüşmelerin çerçevesine sürecin başından itibaren hasta ile birlikte karar verilerek aynı terapist ile sürdürülecek düzenli görüşmelerin sağlanması, güven ilişkisinin gelişimi için önemli bir altyapı sağlayacaktır. Belirtilerin kontrolünde gerçekleşecek düzensiz görüşmeler yerine hekimin dinlemeye açık bir zihinle görüşme odasındaki düzenli varlığının sağladığı terapötik alanda, bedensel olarak görünür olanın arkasındaki deneyimsel dünyanın yavaş yavaş ortaya çıkmasının yolu açılır. Bu genel ilkelerin yanı sıra somatik belirti bozukluğu olan hastalarının genel olarak bedensel yakınmalara odaklanma ihtiyaçları varken hekimin sabırsızlık göstermesi iş birliği gelişimine zarar verebilir. Bedensel belirtilerin aşırı vurgulanması ya da bunları konuşmaktan kaçınılması gibi zıt uçlardaki yer alabilecek tutum yerine hastanın bu ihtiyacı olabildiğinde yansızlık içinde karşılanmalıdır.⁽¹²¹⁾

Özellikle kronikleşen yakınmaların varlığında yakın çevre ve aile içinde ya da sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaşılabilen olumsuz tepkiler ya da etiketler, yeni başlayacak tedavi ilişkisini de önemli ölçüde gölgesine alabilir. Yine bu hastalarda çok vurgulanan güvence verme meselesi de altta yatan olası tıbbi durumun önemle üzerinde durularak ayrıntılı değerlendirme yapıldığını vurgulamaya yönelik olmak üzere güncel bilgilerle tutarlı düzeyde olmalıdır. Amaç hastanın gerçek dışı güvencelerle yatıştırılması değildir.

Tıpkı konversiyon ve somatizasyon belirtileri olan bireylerin çok çeşitli ruhsal özellikleri olduğu gibi, tedaviye yönelik birçok yaklaşım ve tedavinin sonucunu ölçmenin birçok yolu vardır. Tedavinin hedefleri arasında psikosomatik belirtilerin sayı ve şiddetinde iyileşme, günlük yaşam aktivitelerinde daha iyi işleyiş, duygusal başa çıkma becerilerinde artma, öznel yaşam kalitesinde iyileşme, sosyal desteğin oluşturulması, eşlik eden anksiyete ve/veya depresyon belirtilerinde iyileşme ve tıbbi hizmetlere daha az başvurma yer alabilir.⁽¹²²⁾

Bedensel belirti bozukluğu olan hastaların bedenlerinde yabancı bir cisme benzettikleri hastalık hali karşısında, bu durumu anlama, önleme ya da kapsama yetersizliği gösterenlere karşı hayal kırıklığı yaşadıkları ve bazılarının sağlık sistemi içinde yok sayılmış, unutulmuş ya da önemsenmemiş hissettiği

dikkate alındığında terapötik bir güven ilişkisi içinde empatik dinlemenin kritik önemi daha da çarpıcı olmaktadır.⁽¹²³⁾

Ancak belirtilerin nedeni ne olursa olsun, bazıları organik olsa bile, hasta tedavide var olabilir ve belirtilerin tümüyle giderilmesi gibi bir temel tedavi hedefi koyulmadığı sürece, bu hastaların psikoterapide kazanacakları çok şey vardır.⁽¹²²⁾

Randomize klinik çalışmaların çoğunluğu bilişsel davranışçı terapilerle ilgilidir fakat kısa ve uzun süreli psikodinamik tedavilerin yararlı olduğuna ilişkin veriler de mevcuttur.⁽¹²⁴⁾

Örneğin; kısa süreli psikodinamik terapinin somatizasyon, ağrı ve anksiyetesi olan hasta grubunda acil servis kullanımı %69 oranında azalttığı bildirilmiştir.⁽¹²¹⁾

Tedavinin sürdürülmesini zorlaştıran etkenlere karşın, ağır somatoform bozukluk tanısı olan 890 hastayı içeren 16 çalışmanın metaanalizinde psikoterapiyi sürdürebilen hastalarda genel işlevselliğin daha fazla düzeldiği, işlevsel düzelleme alanında psikodinamik terapilerin bilişsel terapilerden daha çok etkili olduğu bile gösterilmiştir.⁽¹²⁵⁾

2.5.2.4.2.Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel kurama göre bireyin bilişsel yapısı üç temel kavramdan oluşur: Otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalar. Yüzeyden temele doğru sırayla, bu üç temel kavram bireyin duygu ve davranışını doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda, bilişsel terapi üç temel argüman iddia eder:

- 1- Bilişler duygu ve davranışı etkiler.
- 2- Bilişler izlenebilir ve değiştirilebilirdir.
- 3- İstenilen davranış değişikliği bilişsel değişimle sağlanabilir ⁽¹²⁶⁾

Özetle bilişsel davranışçı terapi (BDT) bireylerin memnun olmadıkları duygu ve davranışlarını değiştirerek ya da kişilerin bu duygu ve davranışlarla ilişkilerini yeniden düzenleyerek yalnızca psikiyatrik bozukluklarda değil, gündelik psikolojik zorlukların üstesinden gelmekte de faydalıdır.

Kroenke 2006 yılına kadar olan kanıtların kapsamlı incelemesinde 34 randomize kontrollü çalışmayı derlemiştir. Bu çalışmada BDT, çeşitli somatoform bozukluklar için bilinen en iyi tedavi yöntemi olarak bildirilmiştir.⁽¹²⁷⁾

Tıbben açıklanamayan belirtileri olan katılımcıların dahil edildiği 10 randomize kontrollü çalışmanın sonucunda yalnızca BDT'yi içeren türde müdahaleler belirtilerde azalma ve işlevsellikte artma ile tedavi arama davranışında azalma göstermiştir. BDT'nin bedensel belirti ile giden psikiyatrik bozukluklardaki etkinliğini gösteren en önemli çalışmalardan biri Allen ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada başlangıçtan on beş ay sonra bile somatizasyon semptomları BDT ile tedavi edilen grupta anlamlı olarak daha az şiddetliydi bulunmuş, BDT ile tedavi edilen hastaların, tıbbi bakım gören kontrollere göre iyilik hallerine çok daha yüksek puan verdikleri gösterilmiş, BDT'nin işlevsellikte ve somatik semptomlarda daha fazla iyileşme ve sağlık bakım maliyetlerinde daha büyük bir azalma ile ilişkili olduğu raporlanmıştır.⁽¹²⁸⁾

İnternet üzerinden sunulan yönlendirilmemiş BDT'nin de bedensel belirti bozukluğu olanlarda sağlık anksiyetesi bağlamında büyük ve önemli iyileşmeler sağladığı rapor edilmiştir.⁽¹²⁹⁾

İnternet üzerinden sunulan yönlendirilmiş BDT ile ilgili bir meta analizde psikolojik ve fiziksel işlevselliği arttırdığı ve hastalık etkisini azalttığı için kronik somatik durumlar için umut verici ve etkili bir tedavi olduğu belirtilmiştir. İnternet üzerinden yönlendirilmiş BDT'nin etkinliğine dair en tutarlı iyileşme, hastalığa özgü sonuçlar için gösterilmiştir, bu da BDT müdahalelerinin belirli hasta gruplarına uygun hale getirilmesinin uygunluğunu desteklemektedir.⁽¹³⁰⁾

Bedensel belirtilerde internet üzerinden sunulan BDT ile yüz-yüze BDT'nin etkinliğini kıyaslamak amacıyla yapılan bir meta analiz ise etkinlik bakımından kabaca denklik olduğunu göstermiş fakat bulguların kısıtlı olduğu da vurgulanmıştır.⁽¹³¹⁾

Japonya'da somatoform ağrı bozukluğu tanısı almış katılımcılara grup ortamında uygulanan BDT'nin ağrı yoğunluğunda, anksiyete, depresif belirtilerde ve sosyal işlevsellikte bekleme listesine göre tedavi sonrası önemli ölçüde düzelleme, ağrı şiddeti, depresif belirtilerdeki iyileşmeler ve sosyal

işlevsellikte, BDT seanslarının tamamlanmasını takip eden 12 ayda sebat ettiği görülmüştür.⁽¹³²⁾

Tarihi öneme sahip yukarıda sayılan çalışmalardan sonra BDT'nin etkinliğinin kanıtı niteliğinde çok sayıda araştırma yapılmıştır.⁽¹³³⁾

2.5.2.4.3.Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi

Somatik belirti bozukluğundaki potansiyel mekanizmalar, patofizyolojik, psikolojik ve sosyal mekanizmaları içerir.Fonksiyonel beyin görüntüleme, SBB hastalarında semptom algısının bilişsel düzenlenmesinde bir eksikliği gösterebilecek duyuşsal işleme bozuklukları göstermiştir.⁽¹³⁴⁾

Buna karşılık, diğer çalışmalar, farkındalık temelli bilişsel terapinin bilişsel ve duyuşsal düzenleme için gerekli olan belirli beyin bölgelerindeki değişikliklerle ilişkili olabileceğini göstermiştir.⁽¹³⁵⁾

Aynı zamanda, farkındalık temelli bilişsel terapinin etkinliği üzerine yapılan çalışmaların değeri, uzun süreli takip ve aktif kontrol gruplarının olmaması nedeniyle şimdiye kadar sınırlı kalmıştır. Farkındalık yaklaşımı, bilişsel davranışçı terapi tedavisine güvenle entegre edilebilir. Farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanabilir ve kabul edilebilir bir tedavidir.⁽¹³⁶⁾

Aynı zamanda farkındalık temelli bilişsel terapi , somatize edici hastalarda zihinsel işleyişi (örneğin, canlılık ve sosyal işlevsellik) iyileştirmeye yardımcı olabilir ve yararsız davranış kalıplarını değiştirerek öz bakımı artırabilir.⁽¹³⁷⁾

2013 yılında üçüncü kuşak bir bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı olan bilinçli farkındalığın bu alandaki etkinliğini araştıran bir çalışma, farkındalık terapisinin, yaşam kalitesini ve yakınmaları iyileştirmede geliştirilmiş kısa süreli BDT tedavisi ile karşılaştırılabilir düzeyde etkin olduğunu göstermiştir .⁽¹³⁸⁾

2.5.2.4.4.Grup Terapileri

Grup toplumun en küçük parçasıdır. İnsanlar gruplar halinde yaşar, birbirlerinden etkilenir ve birbirlerini etkilerler. İnsan etkileşim ve iletişim içinde var olur. Psikoterapi gelişim sürecinde bireyselden gruba doğru bir değişim ve gelişim söz konusu olmuştur. Bireysel terapilerin yanı sıra, grup terapileri de psikoterapi sürecinde literatüre girmiştir.⁽¹³⁹⁾

Yaygın kabul gören bir psikiyatrik tedavi yöntemi olan grup psikoterapisinde, bir grup içerisinde bulunan sağaltıcı güçler, grup üyeleri arasındaki olumlu etkileşim öğeleri ve eğitilmiş bir grup liderinin müdahaleleri kullanılır. Bu şekilde, ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin uyumsuz davranış, düşünce ve duyguları değiştirilmeye çalışılır.⁽¹⁴⁰⁾

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) somatoform bozukluklar için en yaygın olarak çalışılan alternatif tedavi olmuştur.⁽¹⁴¹⁾

Japonya'da ağrı bozukluğu hastalarıyla yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı grup terapisi alan hastaların ağrı şiddeti, anksiyete, depresif belirtiler skorlarında kontrol grubuna göre anlamlı düşme olduğu ve sosyal işlevselliklerinde belirgin düzelme olduğu bildirilmiştir. Bu iyileşmenin tedaviden 1 yıl sonrasında da devam ettiği saptanmıştır.⁽¹³²⁾

Üçüncü dalga davranışçı psikoterapiler sınıfında yer alan "Kabul ve Kararlılık Terapisi", BDT ile ortak özellikleri bulunan; kararlılık, davranış değişim stratejileri ile psikolojik esneklik sağlamak için çeşitli şekillerde harmanlanmış kabul ve farkındalık stratejilerini kullanan kanıta dayalı psikolojik müdahale yöntemleri bütünüdür. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ağır sağlık anksiyetesi olan hastaların grup temelli kabul ve kararlılık terapisi sonrasında psikolojik esneklik ve farkındalık alanlarında belirgin gelişme kaydettikleri ve bu durumun sağlık anksiyetesinin azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁴²⁾

Farkındalık temelli stres azaltma; stres, anksiyete, yorgunluk ve depresyon belirtilerinin azalmasına yardımcı, tamamlayıcı bir grup programıdır. Farkındalık temelli bilişsel terapi bu programdan uyarlanmış olup depresif yinelemelerde etkili olduğu gösterilmiş bir terapi metodudur. Bir çalışmada farkındalık temelli stres azaltma ve BDT uygulamaları entegre edilerek fonksiyonel somatik sendrom ve somatizasyon bozukluğu olan hastalara grup terapisi biçiminde sunulmuştur. Bu tedavi biçiminin uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yaklaşım

olduğu; rutinde uygulanan zenginleştirilmiş tedavi ile kıyaslanabilir özellikleri olduğu, daha hızlı iyileşme sağlaması nedeniyle avantajlarının olduğu bildirilmişti.⁽¹³⁵⁾

Somatoform bozukluklara yönelik grup beden psikoterapisi bozukluğun etiyopatojenik modellerine göre oluşturulmuş bir terapi biçimidir. Bu hasta grubuna özgü fenomenolojik görünüm ve sağlık inançları ele alınır. Somatoform bozukluklardaki birbiriyle etkileşim halinde olan emosyonel, fizyolojik, algısal ve bilişsel alanlar ele alınır. Bu metodun uygulandığı hasta grubunda somatik belirti düzeylerinin belirgin olarak azaldığı ve yaşam kalitesinin kendini kabul ve ruhsal sağlık alanlarında belirgin artış saptandığı bildirilmiştir.⁽¹⁴³⁾

2.5.2.4.5.Farmakoterapi

Somatik semptom bozukluğunu tedavi etmek için kullanılan ilaçlar arasında antidepresanlar, antiepileptikler, antipsikotikler ve doğal ürünler bulunur. Doğal rnler geleneksel ve tamamlayıcı tıp başlığında değinilecektir. Bu tedavilerin birçoğunun etkinliği sınırlı desteğe sahiptir. Kontrollü çalışmaların sistematik incelemeleri, somatik semptom bozukluğunun tedavisi için antidepresanların kullanımını desteklemektedir. 94 denemeden oluşan bir meta-analizde, antidepresanlar önemli fayda sağladı .⁽¹⁴⁴⁾

Trisiklik antidepresanlar kayda değer bir başarıya sahipti ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinden daha büyük bir etkinlik olasılığı ile ilişkilendirildi. Amitriptilin en çok çalışılan trisiklikti ve şu sonuçlardan en az biri için fayda sağladı: ağrı, sabah tutukluğu, genel iyileşme, uyku, yorgunluk, hassas nokta skoru (hassas noktaların sayısı ve şiddetine göre) ve fonksiyonel semptomlar. İncelenen seçici serotonin geri alım inhibitörlerinden fluoksetin; ağrı, fonksiyonel durum, genel refah, uyku, sabah tutukluğu ve hassas noktalar için fayda göstermiştir .⁽¹⁴⁵⁾

Somatik semptom bozukluğunun tedavisinde mono-amin oksidaz inhibitörleri, bupropion (Wellbutrin), antiepileptikler veya antipsikotiklerin kullanımını için çok az destek vardır. Bu ilaçların önemli yan etkileri vardır ve bu kullanım için en iyi şekilde kaçınılmalıdır .^(44, 115)

2.5.2.4.6. GETAT (Geleneksel ve tamamlayıcı tıp)

Psikiyatrik hastalıklarda temel tıbbi tedavilerin kesilmesi genellikle farmakolojik ajanların yan etkileri nedeniyle meydana gelir.Yetersiz erişim ve psikolojik müdahalelere karşı önyargı, bu müdahalelerin daha geniş çapta alınmasını engelleyebilir. Pek çok tamamlayıcı tıp tedavileri artık kullanımlarını değerlendirmek için yeterince yüksek kaliteli kanıtlara sahiptir. Hastalar arasında ruh sağlığı şikayetleri için tamamlayıcı tedavilerin oldukça yaygın kullanımı göz önüne alındığında klinisyenlerin bu tedavilerin yararları ve zararları konusunda daha bilinçli olmaları gerekebilir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre geleneksel tıp; sağlığın iyilik halinin sürdürülmesi ile birlikte fiziksel hastalıkların ve akıl hastalıklarının önlenmesinde, tanı ve tedavisinde kullanılan farklı kültürlere özgü teori, inanç ve deneyime dayalı, izahı yapılabilen ya da yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. "Geleneksel tıp" ve "tamamlayıcı tıp" terimleri bazı ülkelerde birbirlerinin yerine kullanılabilir. DSÖ iki terim için ayrı terimler kullanmamaktadır.⁽¹⁴⁶⁾

Ülkemizde 2014 yılında yayınlanan "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde "geleneksel tıp" ve "tamamlayıcı tıp" terimleri sözü geçmiş olup "alternatif tıp" terimi bulunmamaktadır.⁽¹⁴⁷⁾

GETAT kullanımına yönelim; çoğunlukla modern tıbbın tam olarak çözüm bulamadığı kronik, psikolojik hastalıklarda çözüm kaynağı olarak görülmesi, süregelen kültür nedeniyle güven vermesi, daha kolay uygulanması ve ulaşılabilir olması gibi nedenlerle ilgi görmektedir .⁽¹⁴⁸⁾

Fitoterapi:

Sağlık Bakanlığı'nın GETAT Yönetmeliği'ne göre fitoterapi hastalıklardan korunmak ve tedaviyi desteklemek amacı ile tıbbi etkisi bilimsel olarak kanıtlanmış bitkiler, onların etkin maddelerini taşıyan kısımları ve/veya bir işlem

yoluyla elde edilmiş doğal ürünleri ile bunlardan hareketle hazırlanarak standardize edilmiş farmasötik formlar (tablet, kapsül, tentür...) ve bitkisel tıbbi ürünler kullanılarak yapılan uygulamadır.⁽¹⁴⁷⁾

Bitkilerin tedavide kullanılabilmesi için, güvenilirlik ve etkinlik açısından araştırılması gerekir. Burada güvenilirlikte amaç, kontaminasyonun engellenmesi, kullanılan etken maddenin üründeki miktarının hesaplanması; yani, belli bir standardın sağlanmasıdır. Kimi Avrupa ülkeleri, bitkisel ürünlerin standardizasyonunu sağlayarak, bu ürünleri eczanelerde ve marketlerde satışa sunmaktadır. Bu standartlar ise, DSÖ, Komisyon E, European Scientific Cooperative on Phytotherapy (ESCOP) gibi kurumlar aracılığıyla değerlendirilmektedir.⁽¹⁴⁹⁾

Sarı kantaron(St John's wort)

Hypericum perforatum bitkisinin özleri (popüler olarak St John's wort olarak adlandırılır), depresyon dahil birçok endikasyon için halk kültüründe uzun süre kullanılmıştır. Ayrıca, 3250 hastanın ilaç izleme çalışmasında 4 haftalık tedaviden sonra baş ağrılarının şiddetinin, eğilime göre kardiyak ve gastrointestinal semptomlarının azaldığı bildirilmişti. Bir randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışma, somatik semptom bozukluğunun tedavisi için St. John's wort'un etkinliğini ve güvenliğini gözden geçirdi.⁽¹⁵⁰⁾

Bu çalışmaların her ikisi de St. John's wort'un plasebodan üstün olduğunu ve iyi tolere edildiğini ve güvenli olduğunu gösterdi.⁽¹¹⁵⁾ Önemli kanıtlar sarı kantaronun hafif ile orta dereceli depresif bozukluklar için de etkili bir tedavi olduğunu göstermektedir ve bazı depresyon denemelerinden somatik semptomlarda da gözle görülür iyileşmeler rapor edilmiştir.^(151,152)

Kronik yorgunluk, premenstrüel sendrom ve klimakterik sendromla ilgili pilot çalışmalardan elde edilen veriler ayrıca SJW'nin çoklu somatik şikayetler üzerindeki önemli etkisine işaret etmektedir.⁽¹⁵³⁾

Yakın tarihli bir çalışmada, hamilton anksiyete ölçeğinin somatik alt skorundaki azalma ile ölçüldüğü üzere, günde 600 mg sarı kantaron özütünün

plasebodan önemli ölçüde daha iyi olduğu gösterildi. Bu, eşlik eden hafif depresyon semptomlarının seyrinden bağımsızdı .⁽¹⁵⁰⁾

Hipnoz

Amerikan tıp birliği tanımına göre bilincin yargılayıcı düşüncelerinin önüne geçilmesi, kabul edilebilir düşünceler kurulması anlamındadır. Tedavi esnasında beyin alfa dalgasından teta dalgasına geçmekte bilinçaltı telkinler ile doğru mesajlar verilmektedir. Hipnoz etkisi ile spinal ve supraspinal ağrı yollarında değişiklikler ile dikkatin yoğunlaşması, ağrı algılamasını değiştirmektedir.⁽¹⁵⁴⁾

Hipnoz, “beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, kesinlikle uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psişik bir durumdur”.⁽¹⁵⁵⁾

Devam Yüzyıllarla ifade edilen bir tarihe sahip olduğu belirtilen hipnoz modern tıbbi tedaviye destek amacıyla da giderek daha yaygın olarak kullanılmaktadır.^(156,157)

Hipnoz birçok hastalığın tedavide tek başına kullanılabilceği gibi destek tedavisi olarak pek çok alanda kullanılabilir. Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar, dâhiliye, kadın doğum, üroloji, diş hekimliği, anestezi ve analjezi kullanıldığı alanlardan bazılarıdır.^(158,159)

Hipnoz hastanın sakin ve rahat hissetmesini sağlamak, ayrıca odaklanmasını ve konsantrasyonunu artırmak sureti ile önerilere daha açık olduğu düşünülen bir süreçte algılarını, davranışlarını duygularını düzenleyebilmesine imkan tanır. Hipnoz; preoperatif ameliyat korkusunu yenme, ağrıyla baş etme, postoperatif ağrı, bulantı, kusma ve anksiyete ile baş etme, intraoperatif ağrı ve organik olmayan cinsel fonksiyon bozuklukları ,sosyal fobi,fonksiyonel bağırsak bozuklukları gibi organik nedeni olmayan durumlarda tercih edilebilir .⁽¹⁶⁰⁾

Yoga

Yardımcı bir terapi olarak yoga, somatoform bozukluk, irritabl bağırsak sendromu (IBS) ve depresyon ve anksiyete gibi tıbbi olarak açıklanamayan semptomlarla ilgili bozuklukların yönetiminde etkilidir.⁽¹⁶¹⁾

Yoga temelli müdahaleler anksiyete, depresyon ve kronik ağrı durumlarında başarıyla kullanılmıştır. Somatik belirti bozukluğu olan hastalarda yoga temelli müdahalenin etkisini değerlendiren bir çalışmanın sonucunda; yoga temelli müdahalenin somatik belirti bozukluğu olan hastalarda farmakolojik olmayan tedavi seçeneklerinden biri olabileceğini düşündürmektedir.⁽¹⁶²⁾

Telles ve ark. yaptıkları çalışmada yoganın kaygıyı azaltmada, stres ve rahatsızlığın somatizasyonunda, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve uyku kalitesini iyileştirmede faydalı olabileceğini düşündürmüşler ve bir haftalık yoga uygulamasından sonra somatizasyon puanının düştüğünü bildirmişlerdir (Yogadan önce: 10.93 ± 6.05, Yogadan sonra: 7.03 ± 5.90).⁽¹⁶³⁾

Akupunktur

Akupunktur, hastaları iyileştirmek için bedenleri üzerindeki belli noktaların tek ya da daha çok iğne yardımıyla uyarılması olarak tarif edilir. Bu noktalar ısı, basınç, lazer ışınları, elektrik akımları ile de uyarılabilir. 1970'den önce hekimler akupunkturu sadece tarihsel miras olarak kabul etmiş ve gereken önemi tam olarak vermemiştir. Fakat şu anda akupunktur hekimlerin çoğu ülkede yaygın olarak uyguladığı bir tedavi seçeneğidir.⁽¹⁶⁴⁾

Akupunkturla etkili bir şekilde tedavi edilebilen hastalık, semptom ve durumlardan bazıları şunlardır: Safra kesesi taşı ve iltihabında oluşan ağrı, baş ağrısı, peptik ülser, akut ve kronik gastrit, gastrospazm ağrıları, fasial ağrı, dismenore, omuz eklemi ağrısı, diz ağrısı, sabah yorgunluğu, bel ağrısı, boyun ağrısı, kolik, postoperatif ağrı, diş ile ilgili ağrılar, romatoid artrit.⁽¹⁶⁵⁾

Akupunktur özellikle ağrı tedavilerinde kullanılmaktadır. Organik nedeni olsun olmasın en yaygın kullanım alanı özellikle de kronik, uzun süreli ağrı üzerine olan akupunktur tedavisinin somatizasyon nedenli ağrı belirtisinde de faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Akupunkturun psikiyatrik hastalıklarda da etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Genel klinik çalışmalar, akupunkturun birincil depresyonu hafifletebileceğini gösterdi. Akupunktur özellikle daha hafif vakalarda ve hem izole hem de ek tedavi olarak inme sonrası depresyon, ağrıya bağlı depresyon ve doğum sonrası depresyonun yönetiminde yardımcı oldu. ⁽¹⁶⁶⁾

Proloterapi

Kas iskelet sisteminin kronik ağrılarının tedavisinde kullanılan proloterapi uygulamasının adı, 'proliferasyon' ve 'terapi' kelimelerinin birleştirilmesiyle oluşmuştur. ⁽¹⁶⁷⁾

Proloterapi, proliferatif ve iritan maddelerin kas iskelet sisteminde hasarlı olan alana (eklem, entezis, tendon, ligament) enjekte edildiğinde oluşan sınırlanmış fizyolojik inflamasyon sayesinde iyileştirmeye dayanan bir tedavi şeklidir. Proloterapide asıl hedef, kontrollü inflamasyon sağlayarak normal iyileşme şeklini taklit etmek, iyileşmeyi başlatmak, fibroblastik aktivite ve kollajen dokuyu arttırmak, böylece ağrıya sebep olan bölgeyi kuvvetlendirmek ve ağrının azalmasını sağlamaktır. ⁽¹⁶⁸⁾

Osteopati yönteminin temelinde bedenin kendi kendini iyileştirme felsefesi vardır. Osteopatik manuel terapi (OMT); kas iskelet sistemi hastalıklarında konvansiyonel tedaviyi tamamlamak amacıyla sıkça kullanılan, önemli bir tedavi şeklidir- c.

Osteopatik Manipülatif Tedavi (OMT) uygulamasının kan akım hızını arttırarak, bedenin kendi kOMT, osteopatlar tarafından yapılan ve ellerin kullanıldığı bir çok farklı teknik içeren, hastaların somatik disfonksiyonlarının iyileştirilmesinde etkili olan bir yöntemdir. ⁽¹⁶⁹⁾

Ozon uygulaması

Ozon gazı temas ettiği alanda virüs, bakteri, mantar vb. mikroorganizmaların biyolojik membranlarını oksitleyerek parçalaması nedeniyle, uzun süre dezenfektan olarak kullanılmıştır.⁽¹⁷⁰⁾

Ozon gazının immunomodülatör, antimikrobiyal, antiinflamatuvar, antihipoksik yara yeri iyileştirici özelliklerinin olduğu düşünülmektedir. Ozonun hem hücrenel, hem de humoral immün sistemi uyardığı, immünkompetan hücrelerin artmasını ve immünglobulinlerin sentezini tetiklediği saptanmıştır.^(171,172)

Mezoterapi

Mezoterapi çok küçük ilaç miktarları ile vücudun belli bölgelerine uygulanan intradermal veya subkutan enjeksiyon işlemidir. Kullanılan ilaçlar sıklıkla doğal bitki ekstraları, mineraller ve vitaminler, homeopatik ilaçlardır. Mezoterapi uygulaması kozmetik açıdan dermatolojide, romatolojide, spor hekimliğinde ve nörolojide kullanılmaktadır. Mezoterapi yönteminde çok düşük miktarda ilaçla tedavi edildiği için pek çok yöntem göre sistemik yan etki ihtimali daha düşüktür.⁽¹⁷³⁾

.2.5.3.Prognoz

Somatik belirti bozuklukları genellikle kroniktir ve semptomlarda artış ve azalma görülür. Bununla birlikte, bazı çalışmalar hastaların iyileşebileceğini göstermiştir; bozuklukların doğal seyri, tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastaların yaklaşık %50 ile %75'inin iyileşme gösterdiğini, %10 ile %30'unun ise kötüleştiğini göstermektedir. İyi prognoz göstergeler, daha az fiziksel belirti ve başlangıçta daha iyi işlevsellik düzeyidir.⁽¹⁷⁴⁾

Başka araştırmaya göre ise, iyi bir prognoz, yüksek sosyoekonomik durum, tedaviye yanıt veren anksiyete veya depresyon, ani başlangıç semptomları,

kişilik bozukluğunun olmaması ve ilgili psikiyatrik olmayan tıbbi bir durumun yokluğu ile ilişkilidir. Hekim ve hasta arasında güçlü, pozitif bir ilişki esastır ve yapılacak müdahaleler açıkça belirtilmeli gereksiz ilaç verme veya test etme eğiliminden kaçınılırken sık, destekleyici ziyaretlerle birleştirilmelidir.⁽¹¹⁵⁾

2.6. İkinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde çalışan hekimlerin somatik belirti bozukluğuna bakış açısı

Somatik belirti bozukluğu(SBB) ciddi anlamda sosyoekonomik etkiye sahip sık ve şiddetli hastalıklar olarak tanımlansa da, SBB pek çok psikiyatrist tarafından nadiren görülür ve muhtemelen psikiyatri dışı ortamlarda ortaya çıkan en yaygın psikiyatrik bozukluktur.⁽¹⁷⁵⁾

Ayaktan tedavi gören hastalar, hastalığın doğası gereği psikiyatristlerden değil, birinci basamak hekimlerinden ve somatik uzmanlardan yardım aramaktadır.⁽¹⁷⁶⁾

Bir dizi çalışma birinci basamakta görülen vakaların %40-50'sinin ve ikinci basamak bakıma yeni sevk edilenlerin yaklaşık yarısının, tıbbi olarak açıklanamayan semptomlarla SBB hastaları olabileceğini öne sürüyor..⁽¹⁷⁷⁾

SBB olan hastalar semptomlarından muzdariptir, işlevsellikleri bozulmuştur ve potansiyel olarak zararlı ek test ve tedavi riski altındadır.⁽¹⁷⁸⁾

Daha ileri tanısal araştırmaların sürdürülmesi, semptomlar ve ilişkili bilişler ve duygular üzerinde olumlu etkilerden daha fazla olumsuz etkiye sahip olabilir.⁽¹⁷⁹⁾

Ayrıca, bu hastalar hastalıkları sırasında aldıkları tıbbi bakımdan genellikle memnuniyetsizliklerini ifade etmektedirler. Damgalanmış hissederler ve ciddiye alınmazlar.⁽¹⁷⁶⁾

Psikiyatrik hastalığı olup da açıklanamayan bedensel belirtilerle veya abartılı algılanan kronik tıbbi hastalık belirtileriyle gelen hastalar önemli derecede tıbbi masrafa yol açmaktadır⁽¹⁸⁰⁾. Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalar, hekimleri tarafından sıklıkla, zor ve hayal kırıklığı yaratan kişiler olarak değerlendirilmektedir. Bu şekilde nitelenen hastaların sağlık hizmetlerini çok

daha sık kullandıkları bulunmuştur⁽¹⁸¹⁾. İkincil ve üçüncül sağlık bakımı hizmetlerinde SBB'lerin sayıca ve şiddetçe arttığı bulunmuştur⁽¹⁸⁰⁾. Her uzmanlık dalında, psikiyatrik komorbiditesi yüksek olan, iyi tanımlanmamış bazı sendromlar bulunmaktadır. Bu sendromların bir listesi Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo 1. Uzmanlık Dalları ve Sorunlu Hastalıkları

Uzmanlık dalları	Sorunlu hastalıklar
Ortopedi	Bel ağrısı
Kadın doğum	Pelvik ağrı, premenstrüel sendrom
Kulak-Burun-Boğaz	Tinnitus
Noroloji	Baş dönmesi, baş ağrısı
Kardiyoloji	Atipik göğüs ağrısı, taşikardi
Göğüs hastalıkları	Hiperventilasyon, nefes darlığı
Diş hekimliği	Temporomandibuler eklem sendromu
Romatoloji	Fibromyalji
Dahiliye	Kronik yorgunluk sendromu
Gastroenteroloji	İrritabl barsak sendromu, işlevsel dispepsi
Endokrinoloji	Hipoglisemi, Labil hipertansiyon
İş Hekimliği	Çoğul kimyasal madde duyarlılığı

Kaynak: Katon ve Walker (1998).

Aaron ve Buchwald (2001) açıklanamayan klinik durumlar arasında dikkat çekici bir örtüşme olduğunu yazmaktadırlar⁽¹⁸²⁾. Mevcut yayınlar, kronik yorgunluk sendromu, fibromyalji ve temporomandibuler bozukluk gibi pek çok açıklanamayan klinik durumun, demografik, klinik ve psikososyal özellikleri kadar nesnel belirtilerinin de ortak olduğunu göstermektedir. Hastalara bu tanılardan birinin konulması var olan hastalıktan daha çok ana belirtiyeye ve klinisyenin uzmanlık dalına bağlı gibi görünmektedir^(183,182). Aaron ve Buchwald (2001) son beş yıl içinde yapılmış konuyla ilgili yayınları gözden geçirdiklerinde açıklanamayan bir klinik durumu olan hastaların bir başka açıklanamayan klinik durumun ölçütlerini yüksek oranda karşıladıklarını bulmuşlardır. Muayenede hassas noktalar, azalmış ağrı eşiği ve toleransı en yaygın ve tutarlı nesnel

belirtiler olarak saptanmıştır. Bununla birlikte bu hastalıkları birbirine bağlayan fizyoloji bilgisi yetersiz kalmaktadır⁽¹⁸²⁾. Barsky ve Borus (1999) da işlevsel somatik sendromlar arasında yüksek oranda örtüşme ve birlikte görülme olduğunu bildirmektedirler. Bu durumlar fenomenolojik olarak birbirine benzediğinden; sıklıkla aynı kişi, aynı anda birkaç işlevsel somatik sendromun ölçütlerini karşılayabilmektedir. Fibromyalji ve kronik yorgunluk sendromu, fibromyalji ve iritabl barsak sendromu, çoğul kimyasal madde duyarlılığı, iritabl barsak sendromu ve Körfez Savaşı sendromu arasında önemli ölçüde örtüşme bildirilmiştir. Zaman içinde aynı kişi kendisinde farklı işlevsel somatik sendromlar bulunduğuna inanabilir ve bu durum, patoplastisite olarak isimlendirilir. Aynı çok belirtili hastayla karşılaşan hekimlerden romatolog üst ekstremitelerine odaklanarak bir yineleyici zorlanma hasarı, yapısal belirtilere odaklanan bir dahiliyeci kronik yorgunluk sendromu, bir allerji uzmanı hasta bina sendromu (sick building syndrome), barsak belirtilerine odaklanan bir gastroenterolog iritabl barsak sendromu tanısı koyabilir⁽¹⁸⁴⁾. Çeşitli işlevsel somatik sendromların belirtileri büyük oranda birbirine benzemektedir ve bu belirtiler iki önemli özelliği paylaşmaktadır: Yaygın ve müphemdirler, özgül değildirler ve sağlıklı, hasta olmayan kişilerde de yaygın bir biçimde görülmektedirler⁽¹⁸⁵⁾. İşlevsel somatik sendromlarda sıklıkla görülen belirtiler şu şekilde sıralanabilir: Yorgunluk, zayıflık, uyku bozukluğu, baş ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı, bellek, dikkat ve yoğunlaşma sorunları, anksiyete, depresyon, huzursuzluk, çarpıntılar, nefes daralması, baş dönmesi, boğaz ağrısı, ağız kuruması, menstruasyon ve cinsel ilişki sırasında ağrılar^(184;186). Güçlü bir duyguya eşlik eden otonomik uyarılma daha fazla bedensel belirtiyeye yol açabilir; depresyon, anksiyete veya diğer bozukluklar; bedensel sıkıntıyı belirti algılama, belirtiye dikkat etme ve belirtiyeyi yorumlama süreçleri vasıtasıyla arttırılabilir, büyütebilirler. Toplum içindeki pek çok işlevsel belirti olasılıkla basit ilaçlar alarak, ya da onları yok sayarak, normal kabul edilerek geçiştirilmektedir. Zorlayıcı bir yaşam olayı veya major psikiyatrik bozukluk üstte bindiğinde bu bileşim yardım arama davranışını beraberinde getirmektedir. O halde klinik örneklemelere bakıldığında, tıbben açıklanamayan ya da işlevsel somatik sendrom gruplarında görülen yüksek psikiyatrik morbidite oranı, yardım arama davranışının bir bileşeni olabilir⁽¹⁸⁷⁾.

Açıklanamayan belirtileri olan hastaların psikiyatri dışı hekimlere daha sık gittiği bilinmektedir. Batılı ikilikçi (dualistik) metafizik 'ruhsal' hastalıkla 'bedensel' hastalık arasında ayırım yapmaktadır. Bu yaygın anlayışla birlikte ruhsal hastalık daha az benimsenmekte, 'gerçek' sayılmamakta ve ona sahip olan insanların zayıf ve kusurlu olduğu, akıllarını kaybettikleri inancı yaygın kabul görmektedir⁽¹⁸⁸⁾. Ruhsal tedaviye ulaşmak ve onu kabul ettirmek zor olabildiğinden, uzman hekim ve cerrahlar TAB gösteren hastalarını, tıbbi bağlamda ellerindeki yöntemleri kullanarak sevk ve idare etmeye çalışmaktadırlar. Ya çok fazla tetkik istemekte ve fazla müdahale yapmakta ya da hastanın aşığılayıcı bularak tedaviyi bırakmasına yol açacak bir biçimde, onu psikiyatri konsültasyonuna göndermektedirler. Bu hastalar, belirtilerinin bedensel kaynaklı olduğu görüşünü reddeden biyotıbbi görüş ile kendilerinin reddettikleri psikiyatrik yaklaşım arasında, adeta 'vatansız' kalmaktadırlar⁽¹⁸⁹⁾.

2.7.Çalışmada kullanılan anket hakkında bilgi

Çalışmamızda somatik belirti bozukluğu ile ilgili 2. Ve 3. Basamakta çalışan farklı branşlardaki hekimlerin bilgi, beceri, tutum ve algılarının araştırılması amacıyla aşağıdaki anket uygulanmıştır.

Veri Toplama ve Anket Formu

1. Branşınız:

.....

2. Doğum yılınız:

.....

3. Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

4. Hekim olarak görev yaptığınız süre:

..... yıl

5. Haftalık ortalama erişkin birey muayene sayısı:

..... erişkin/hafta

6. Haftada ortalama "tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan / somatik belirti bozukluğu olan" kaç vaka ile karşılaşıyorsunuz?

0 (sıfır)

Haftada 1-5 arası

Haftada 6-10 arası

Haftada 11-20 arası

Haftada 20'den fazla

7. "Tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan / somatik belirti bozukluğu olan" vakayla karşılaştığınızda en sık tepkiniz / hissettiğiniz aşağıdakilerden hangisi/hangileri oluyor?

(sıklıkla hissettiğiniz üç durumu sıklık sırasına göre 1, 2 ve 3 olarak işaretleyiniz)

ilgi/merak

kayıtsızlık/umursamazlık

kızgınlık

hüsrân/hayal kırıklığı

acizlik/etkisizlik

yetersizlik korkusu

bir hastalığı/tanıyı ihmal etme korkusu

8. "Tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan / somatik belirti bozukluğu olan" bir vakayı yönetirken aşağıdaki stratejilerden hangisini/hangilerini sıklıkla uyguluyorsunuz?

(en sık uyguladığınız üç stratejiyi sıklık sırasına göre 1, 2 ve 3 olarak işaretleyiniz)

hastayı dinlemek

güvence ve destek sağlamak

bilgi vermek

ileri testler istemek / ileri testler için yönlendirmek

hastayı farklı bir branşa yönlendirmek

hastayı farklı bir sağlık kurumuna yönlendirmek

ilaç yazmak

psikoterapi/ Bilişsel davranışçı terapi

geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları(akupunktur, fitoterapi(bitkisel tedaviler), hipnoz vs .)

9. Sizce "tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan / somatik belirti bozukluğu olan" vakaların yönetiminde uygulanacak Psikoterapi/Bilişsel Davranışçı Terapi ne ölçüde faydalı olabilir?

(birden beşe kadar olan aşağıdaki seçeneklerden bir tanesini işaretleyiniz)

1] faydalı olmaz

2] çok az faydalı olur

3] kısmen faydalı olur

4] faydalı olur

5] çok faydalı olur

10. Sizce "tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan / somatik belirti bozukluğu olan" vakaların yönetiminde uygulanacak GETAT (geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları)ne ölçüde faydalı olabilir?

(birden beşe kadar olan aşağıdaki seçeneklerden bir tanesini işaretleyiniz)

- [1] faydalı olmaz
- [2] çok az faydalı olur
- [3] kısmen faydalı olur
- [4] faydalı olur
- [5] çok faydalı olur

11. "Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar / somatik belirti bozukluğu" hakkında bilgi edinmek için aşağıdaki seçeneklerden hangisi/hangileri sizin için en faydalıdır?

(en faydalı üç seçeneği 1, 2 ve 3 olarak işaretleyiniz)

- [] Sağlık Bakanlığı/Müdürlüğü tarafından yürütülen hizmet içi eğitim aktiviteleri
- [] Çalıştığınız kurum tarafından yürütülen hizmet içi eğitim aktiviteleri
- [] Sağlık meslek örgütlerinin yürüttüğü sürekli mesleki gelişim aktiviteleri
- [] Bilimsel toplantılar/kongreler/sempozyumlar
- [] Makaleler
- [] Kitaplar
- [] Birlikte çalıştığım/iletişim kurduğum meslektaşlarımdan aktardığı bilgi ve tecrübeler
- [] İnternet üzerinden edindiğim bilgiler

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.08.2022 tarihli ve 2022/531 numaralı onayı ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 29.08.2022 - 31.03.2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Katılımcılar Mersin ilinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde görevli uzman hekimlerden oluşmaktadır. Gerekli kurumsal izin ve onaylar alındıktan sonra uzman hekimlere telefonla, e-posta grupları üzerinden, sosyal medya grupları üzerinden veya yüz yüze görüşmelerle ulaşılarak anket linki / anketin internet adresi iletildi.

Anketle katılımcılardan doğum yılı, cinsiyet, hekim olarak görev yapılan süre(yıl), haftalık ortalama erişkin birey muayene sayısı verileri toplandı. Ek olarak somatik belirti bozukluğu(SBB) vakalarına ilişkin şu veriler toplandı; haftada karşılaştıkları ortalama SBB vakası sayısı, SBB vakası ile karşılaştıklarında en sık hissettikleri duygu veya verdikleri tepki, SBB vakalarını yönetirken en sık uyguladıkları stratejiler, SBB vakalarının tedavisinde psikoterapi veya bilişsel davranışçı terapilerin ne ölçüde faydalı olduğu, SBB vakalarının tedavisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının ne ölçüde faydalı olduğu, hekimlerin SBB vakalarının yönetimi konusunda tercih ettikleri bilgi edinme kaynakları.

İstatistik

Veriler önce Microsoft Excel tablosuna kaydedildi, daha sonra IBM Statistics programı ile istatistiksel analizler yapıldı. Çalışmada, tanımlayıcı özellikler, kategorik verilerde n ve % değerleri ile, sürekli verilerde ise dağılım özelliklerine göre uygun yerlerde ortalama \pm standart sapma değerleri ile incelendi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında, Fisher kesin olasılık testi kullanıldı. Sürekli verilerin dağılımı, Kolmogrov-Smirnov/ShapiroWilk testleri ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen sürekli verilerin karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanım alanına uygun yerlerde kullanıldı. Normal dağılım gösteren sürekli verilerin karşılaştırılmasında, bağımsız gruplarda Tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamızda 01.03.2023 – 31.05.2023 tarihleri arasında Mersin ilinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde görevli uzman hekimlere anket uygulanmıştır.

Çalışmaya davet edilen 227 uzman hekimden 208'i anketi eksiksiz / uygun şekilde doldurdu. Ankete katılan uzman hekimlerin 118'i(%56,7) kadın, 90'ı(%43,3) erkekti. Katılımcıların ortalama yaşı $36,25 \pm 9,1$ yıl ve yaş aralığı 25-60 aralığında bulunmuştur. Uzman hekim olarak ortalama görev süresi $10,7 \pm 8,9$ yıl bulunmuştur(1-36 yıl aralığında). Çalışmaya katılan uzman hekimlerin ortalama haftalık erişkin muayene sayısı; $339,01 \pm 354$, bulunmuştur (20-2500 aralığında). Çalışmamıza iç hastalıkları, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, acil tıp, anestezi, beyin cerrahi, dermatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları, kadın doğum, kalp damar cerrahisi, kulak burun boğaz, nöroloji, ortopedi, plastik cerrahi, psikiyatri ve üroloji branşlarından uzman hekimler katılmıştır.

Tablo 2: Katılımcıların yaş aralıkları ve cinsiyet dağılımı.

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
Yaş aralıkları	n (%*)	n (%*)	
25-33	84 (71,2)	32 (35,6)	116 (55,8)
34-42	16 (13,6)	19 (21,1)	35 (16,8)
43-51	11 (9,3)	28 (31,1)	39 (18,7)
52-60	7 (5,9)	11 (12,2)	18(8,7)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

Katılımcıların 116'sının(%58,6) yaş aralığı 25-33 aralığında iken 18'inin (%8,7) yaşı 52-60 aralığındaydı. Katılımcıların ortalama yaşı $36,25 \pm 9,1$ yıl ve yaş aralığı 25-60 aralığındadır.

Tablo 3: Katılımcıların görev süresi aralıkları ve cinsiyet dağılımı

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
Görev süresi aralıkları	n (%*)	n (%*)	
1-11 yıl	92 (78,0)	39 (43,3)	131 (63,0)
12-22 yıl	15 (12,7)	30 (33,3)	45 (21,6)
23-36 yıl	11 (9,3)	21 (23,3)	32 (15,4)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

Katılımcıların 131'inin(%63,0) görev süresi 1-11 yıl aralığında, 45'inin (%21,6) görev süresi 12-22 yıl aralığında ve 32'sinin (%15,4) görev süresi 23-36 yıl aralığındadır.Uzman hekim olarak ortalama görev süresi $10,7 \pm 8,9$ (1-36 aralığında) yıl idi.

Tablo 4: Katılımcıların haftalık erişkin muayene sayısı aralıkları ve cinsiyet dağılımı.

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
haftalık erişkin muayene sayısı aralıkları	n (%*)	n (%*)	
20-100 erişkin hasta	25 (21,2)	19 (21,1)	44 (21,2)
101-200 erişkin hasta	26 (22,0)	21 (23,3)	47 (22,5)
201-300 erişkin hasta	27 (22,9)	21 (23,3)	48 (23,1)
301-400 erişkin hasta	15 (12,7)	16 (17,8)	31 (14,9)
>400 erişkin hasta	25(21,2)	13(14,4)	38(18,3)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

Katılımcıların 44'ünün(%21,2) haftalık erişkin muayene sayısı 20-100 muayene aralığında, 47'sinin(%22,5) haftalık erişkin muayene sayısı 101-200 muayene aralığındadır.Katılımcıların 117'sinin(%56,3) haftalık erişkin muayene sayısı 200 'ün üzerindedir .Çalışmaya katılan uzman hekimlerinin ortalama haftalık erişkin muayene sayısı; $339,01 \pm 354$ (20-2500 aralığında)'dir.

Tablo 5: Katılımcıların haftalık SBB vaka sayısı aralıkları ve cinsiyet dağılımı.

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
haftalık SBB vaka sayısı	n (%*)	n (%*)	
haftada 1-5 arası	56 (47,5)	58 (64,4)	114 (54,8)
haftada 6-10 arası	28(23,7)	19 (21,1)	47 (22,6)
haftada 11-20 arası	17(14,4)	7 (7,8)	24 (11,5)
haftada 20'den fazla	17 (14,4)	6 (6,7)	23 (11,1)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

Katılımcıların tamamının haftada en az 1 SBB vakasıyla karşılaştığı bulunmuştur. Katılımcıların ,114'ünün(%54,8) haftalık SBB vaka sayısı haftada 1-5 aralığında, 47'sinin(%22,6) haftalık SBB vaka sayısı haftada 6-10 aralığında, 24'ünün(%11,5) haftalık SBB vaka sayısı haftada 11-20 aralığında ve 23'ünün(%11,1) haftalık SBB vaka sayısı haftada 20'den fazla bulunmuştur.

Tablo 6: Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri ilgi/merak seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
SBB vakası ile karşılaşıldığında tepki; ilgi/merak	n (%*)	n (%*)	
1	29(24,6)	20 (22,2)	49 (23,6)
2	19 (16,1)	11 (12,2)	30 (14,4)
3	13 (11,0)	11 (12,2)	24 (11,5)
0	57 (48,3)	48 (53,3)	105(50,5)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208(100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde gösterilen tepkilerden biri olan "ilgi/merak" seçeneğini katılımcıların 49'u(%23,6) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 54'ü

(%25,9) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 105'inin(%50,5) "ilgi/merak" seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 6)

Tablo 7: Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri kayıtsızlık/umursamazlık seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
SBB vakası ile karşılaşıldığında his, tepki; kayıtsızlık/umursamazlık	n (%*)	n (%*)	
1	15 (12,7)	11 (12,2)	26 (12,5)
2	8 (6,8)	9 (10,0)	17 (8,2)
3	14 (11,9)	16 (17,8)	30 (14,4)
0	81 (68,6)	54 (60,0)	135 (64,9)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde gösterilen tepkilerden biri olan "kayıtsızlık/umursamazlık" seçeneğini katılımcıların 26'sı(%12,5) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 47'si(%22,6) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 135'inin(%64,9) "kayıtsızlık/umursamazlık" seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 7)

Tablo 8: Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri kızgınlık seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
SBB vakası ile karşılaşıldığında tepki; kızgınlık	n (%*)	n (%*)	
1	7 (5,9)	6 (6,7)	13 (6,2)
2	11 (9,3)	11 (12,2)	22 (10,6)
3	9 (7,6)	9 (10,0)	18 (8,7)
0	91 (77,1)	64 (71,1)	155 (74,5)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde gösterilen tepkilerden biri olan” kızgınlık” seçeneğini katılımcıların 13’ü(%6,2) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 40’ı (%19,3) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 155’inin(%74,5) “kızgınlık” seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 8)

Tablo 9: Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri hüsrans/hayal kırıklığı seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vakası ile karşılaşıldığında tepki; hüsrans/hayal kırıklığı	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	6 (5,1)	8 (8,9)	14 (6,7)
2	11 (9,3)	5 (5,6)	16 (7,7)
3	12 (10,2)	10 (11,1)	22 (10,6)
0	89 (75,4)	67 (74,4)	156 (75,0)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde gösterilen tepkilerden biri olan “hüsrans/hayal kırıklığı” seçeneğini katılımcıların 14’ü(%6,7) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 38’i(%18,3) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 156’sının(%75,0) “hüsrans/hayal kırıklığı” seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 9)

Tablo 10: Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri acizlik/etkisizlik seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vakası ile karşılaşıldığında tepki; acizlik/etkisizlik	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	10 (8,5)	4 (4,4)	14 (6,7)
2	15 (12,7)	12 (13,3)	27 (13,0)
3	19 (16,1)	13 (14,4)	32 (15,4)
0	74 (62,7)	61 (67,8)	135 (64,9)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde gösterilen tepkilerden biri olan “acizlik/etkisizlik” seçeneğini katılımcıların 14’ü (%6,7) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 59’u (%28,4) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 135’inin (%64,9) “acizlik/etkisizlik” seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir. (Tablo 10)

Tablo 11: Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri yetersizlik korkusu seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vakası ile karşılaşıldığında tepki; yetersizlik korkusu	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	13 (11,0)	8 (8,9)	21 (10,1)
2	25 (21,2)	21 (23,3)	46 (22,1)
3	24 (20,3)	12 (13,3)	36(17,3)
0	56 (47,5)	49 (54,4)	105 (50,5)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

Bir SBB vakası geldiğinde gösterilen tepkilerden biri olan “yetersizlik korkusu” seçeneğini katılımcıların 21’i (%10,1) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 82’si (%39,4) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların

105'inin (%50,5) "yetersizlik korkusu" seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir. (Tablo 11)

Tablo 12: Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri bir hastalığı/tanıyı atlama korkusu seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vakası ile karşılaştığında tepki; bir hastalığı/tanıyı atlama korkusu	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	38 (32,2)	33 (36,7)	71 (34,2)
2	29 (24,6)	21 (23,3)	50 (24,0)
3	27 (22,9)	19 (21,1)	46 (22,1)
0	24 (20,3)	17 (18,9)	41 (19,7)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde gösterilen tepkilerden biri olan bir "hastalığı/tanıyı atlama korkusu" seçeneğini katılımcıların 71'i (%34,2) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 106'sı (%46,1) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 41'inin(%19,7) "bir hastalığı/tanıyı atlama korkusu" seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir. (Tablo 12)

Tablo 13: Katılımcıların SBB vakasıyla karşılaştıklarında tepki/hissettikleri tercih edilme önceliği sırasına göre dağılımı

Tepki / hissedilen durumun tercih önceliği	İlgi / merak	Kayıtsızlık / umursamazlık	Kızgınlık	Hüsran / hayal kırıklığı	Acizlik / etkisizlik	Yetersizlik korkusu	Bir hastalığı / tanıyı atlama korkusu
	n (%*)	n (%*)	n (%*)	n (%*)	n (%*)	n (%*)	n (%*)
1	49 (23,6)	26 (12,5)	13 (6,2)	14 (6,7)	14 (6,7)	21 (10,1)	71 (34,2)
2	30 (14,4)	17 (8,2)	22 (10,6)	16 (7,7)	27 (13,0)	46 (22,1)	50 (24,0)
3	24 (11,5)	30 (14,4)	18 (8,7)	22 (10,6)	32 (15,4)	36(17,3)	46 (22,1)
0	105(50,5)	135 (64,9)	155 (74,5)	156 (75,0)	135 (64,9)	105 (50,5)	41 (19,7)
Toplam	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

SBB vakası ile karşılaştığında katılımcıların öncelikli olarak verdiği tepkiler/hissettikleri açısından sıralandığında ilk ikisi; "bir hastalığı/tanıyı atlama korkusu" 71 katılımcı (%34,2), "ilgi/merak" 49 katılımcı (%23,6) şeklinde bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun hiç tercih etmediği dört seçenek ise; "hüsran/hayal kırıklığı" 156 katılımcı (%75,0), "kızgınlık" 155 katılımcı (%74,5), "kayıtsızlık/umursamazlık" 135 katılımcı (64,9), "acizlik/etkisizlik" 135 katılımcı (%64,9) şeklinde belirlenmiştir.(Tablo 13)

Tablo 14: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "hastayı dinleme" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
SBB vaka yönetiminde; hastayı dinleme	n (%*)	n (%*)	
1	74 (62,7)	39 (43,3)	113 (54,3)
2	6 (5,1)	7 (7,8)	13 (6,2)
3	11 (9,3)	10 (11,1)	21 (10,2)
0	27 (22,9)	34 (37,8)	61 (29,3)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan "hastayı dinleme" seçeneğini katılımcıların 113'si(%54,3) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 34'ü(%16,4) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 61'inin(%29,3) "hastayı dinleme" seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 14)

Tablo 15: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları “güven ve destek sağlamak” stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
SBB vaka yönetiminde; güven ve destek sağlamak	n (%*)	n (%*)	
1	15 (12,7)	9 (10,0)	24 (11,5)
2	38 (32,2)	24 (26,7)	62 (29,9)
3	14 (11,9)	11 (12,2)	25 (12,0)
0	51 (43,2)	46 (51,1)	97 (46,6)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan “güven ve destek sağlamak” seçeneğini katılımcıların 111’i(%53,4) ilk üç seçenektan birinde tercih ederken 97’sinin (%46,6) “güven ve destek sağlamak” seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 15)

Tablo 16: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları bilgi vermek stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
SBB vaka yönetiminde; bilgi vermek	n (%*)	n (%*)	
1	15 (12,7)	18 (20,0)	33 (15,9)
2	39 (33,1)	19 (21,1)	58 (27,8)
3	33 (28,0)	21 (23,3)	54 (26,0)
0	31 (26,3)	32 (35,6)	63 (30,3)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan “bilgi vermek” seçeneğini katılımcıların 33’ü(%15,9) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 112’si(%53,8) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların

63'ünün(%30,3) “bilgi vermek” seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 16)

Tablo 17: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları “ileri testler istemek / ileri testler için yönlendirmek” stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vaka yönetiminde; ileri testler istemek / ileri testler için yönlendirmek	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	7 (5,9)	12 (13,3)	19 (9,1)
2	23 (19,5)	18 (20,0)	41 (19,7)
3	24 (20,3)	14 (15,6)	38 (18,3)
0	64 (54,2)	46 (51,1)	110 (52,9)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan “ileri testler istemek / ileri testler için yönlendirmek” seçeneğini katılımcıların 19'u (%9,1) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 79'u(%38,0) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir.Katılımcıların 110'unun(%52,9) “ileri testler istemek / ileri testler için yönlendirmek” seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 17)

Tablo 18: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları “üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek” stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vaka yönetiminde; üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	5 (4,2)	9 (10,0)	14 (6,7)
2	5 (4,2)	16 (17,8)	21 (10,1)
3	14 (11,9)	17 (18,9)	31 (14,9)
0	94 (79,7)	48 (53,3)	142 (68,3)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan “üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek” seçeneğini katılımcıların 14’ü(%6,7) ilk sırada tercih ederken katılımcıların 52’si(%15,0) ikinci ve üçüncü sırada tercih etmiştir. Katılımcıların 142’sinin(%68,3) “üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek” seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 18)

Tablo 19: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları “ilaç yazmak” stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vaka yönetiminde; ilaç yazmak	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	2 (1,7)	0(0,0)	2 (1,0)
2	3 (2,5)	5 (5,6)	8 (3,8)
3	7 (5,9)	8 (8,9)	15 (7,2)
0	106 (89,8)	77 (85,6)	183 (88,0)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan “ilaç yazmak” seçeneğini katılımcıların 2’si(%1,0) ilk sırada tercih ederken

katılımcıların 183'ünün(%88,0) "ilaç yazmak" seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(Tablo 19)

Tablo 20: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak veya uygulanması için yönlendirmek" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vaka yönetiminde; psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	1 (0,8)	3 (3,3)	4 (1,9)
2	4 (3,4)	1 (1,1)	5 (2,4)
3	11 (9,3)	5(5,6)	16 (7,7)
0	102 (86,4)	81 (90,0)	183 (88,0)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan "psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak" seçeneğini katılımcıların 25'i (%12,0) ilk üç sıradan birinde tercih ederken katılımcıların 183'ü(%88,0) "psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak" seçeneğini hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir.(tablo20)

Tablo 21: Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları “geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek” stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı

	kadın	erkek	
SBB vaka yönetiminde; gel. ve tam. tıp uyg. veya uyg. için yönlendirmek	n (%*)	n (%*)	Toplam n (%*)
1	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
3	4 (3,4)	4 (4,4)	8 (3,8)
0	114 (96,6)	86 (95,6)	200(96,2)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

Bir SBB vakası geldiğinde yönetim ve tedavi stratejilerinden biri olan “geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek” seçeneğini katılımcıların 200’ünün(%96,2) hiç işaretlemedikleri belirlenmiştir. “geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek” seçeneğini katılımcıların 8’inin(%3,8) ise üçüncü sırada tercih ettiği belirlenmiştir.(Tablo 21)

Tablo 22:Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları stratejilerin tercih edilme önceliği sırasına göre dağılımı

Yönetim şeklinin tercih önceliği	Hastayı dinlemek	Güven ve destek sağlamak	Bilgi vermek	İleri testler istemek / ileri testler için yönlendirme	Hastayı üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek	İlaç yazmak	Psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uyg. veya uyg. için yönl.	Geleneksel ve tamam. tıp uyg. veya uyg. için yönl.
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	113 (54,3)	24 (11,5)	33 (15,9)	19 (9,1)	14 (6,7)	2 (1,0)	4 (1,9)	0 (0,0)
2	13 (6,2)	62 (29,8)	58 (27,9)	41 (19,7)	21 (10,1)	8 (3,8)	5 (2,4)	0 (0,0)
3	21 (10,1)	25 (12,0)	54 (26,0)	38 (18,3)	31 (14,9)	15 (7,2)	16 (7,7)	8 (3,8)
0	61 (29,3)	97 (46,6)	63 (30,3)	110 (52,9)	142 (68,3)	183 (88,0)	183 (88,0)	200(96,2)
Toplam	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi.

SBB vakası ile karşılaştığında katılımcıların yönetim stratejisi olarak öncelikli olarak verdiği yanıtlar açısından sıralandığında ilk ikisi; "hastayı dinlemek" 113 katılımcı (%54,3), " bilgi vermek " 33 katılımcı (%15,9) şeklinde bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun hiç tercih etmediği dört seçenek ise; " geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek " 200 katılımcı (%96,2), "ilaç yazmak" 183 katılımcı (%88,0), "psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak " 183 katılımcı (%88,0), " hastayı üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek" 142 katılımcı (%68,3) şeklinde belirlenmiştir.(Tablo 22)

Tablo 23: Katılımcıların "SBB vakalarının yönetiminde ikinci ve üçüncü basamakta uygulanacak Psikoterapi/Bilişsel Davranışçı Terapi ne ölçüde faydalı olabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
Psikoterapi/BDT ne kadar faydalı olur	n (%*)	n (%*)	
Faydalı olmaz	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (1,0)
Çok az faydalı olur	3 (2,5)	17 (18,9)	20 (9,5)
Kısmen faydalı olur	35 (29,7)	34 (37,8)	69 (33,2)
Faydalı olur	46 (39,0)	33 (36,7)	79 (38,0)
Çok faydalı olur	32 (27,1)	6 (6,7)	38 (18,3)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

SBB vakalarının yönetiminde "ikinci ve üçüncü basamakta uygulanacak psikoterapi/bilişsel davranışçı terapi ne ölçüde faydalı olabilir" sorusunu katılımcıların 2'si(%1,0) faydalı olmaz; 89'u(%42,7) çok az ve kısmen faydalı olur şeklinde yanıt verirken; 117'si(%56,3) faydalı olur veya çok faydalı olur şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo 24: Katılımcıların "SBB vakalarının yönetiminde ikinci ve üçüncü basamakta uygulanacak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ne ölçüde faydalı olabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları

	kadın	erkek	Toplam n (%*)
geleneksel tamamlayıcı tıp ne kadar faydalı olur	n (%*)	n (%*)	
Faydalı olmaz	10 (8,5)	9 (10,0)	19 (9,1)
Çok az faydalı olur	24 (20,3)	25 (27,8)	49 (23,6)
Kısmen faydalı olur	55 (46,6)	47 (52,2)	102 (49,0)
Faydalı olur	28 (23,7)	8 (8,9)	36 (17,3)
Çok faydalı olur	1 (0,8)	1 (1,1)	2 (1,0)
Toplam n(%)	118 (100,0)	90 (100,0)	208 (100,0)

* kolon yüzdesi

SBB vakalarının yönetiminde 'ikinci ve üçüncü basamakta uygulanacak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ne ölçüde faydalı olabilir' sorusuna katılımcıların 19'u(%9,1) faydalı olmaz; 151'i(%72,6) çok az faydalı olur ve kısmen faydalı olur; 38'i(%18,3) faydalı olur ve çok faydalı olur şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo 25: Katılımcıların "SBB hakkında bilgi edinmek için en faydalıdır?" sorusuna verdikleri yanıtların tercih edilme dağılımları

Bilgi edinme yönteminin tercih önceliği	Sağlık Bakanlığı / Müdürlüğü eğitimleri	Sağlık meslek örgütleri eğitimleri	Bilimsel toplantı / kongre / sempozyum	Makaleler	Kitaplar	Birlikte çalıştığım / iletişim kurduğum meslektaş.	İnternet üzerinden edindiğim bilgiler
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	18(8,7)	12(5,8)	72(34,6)	42(20,2)	16(7,7)	35(16,8)	13(6,2)
2	7(3,4)	19(9,1)	37(17,8)	52(25,0)	40(19,2)	41(19,7)	12(5,8)
3	19(9,1)	16(7,7)	45(21,6)	38(18,3)	31(14,9)	30(14,5)	29(14,0)
0	164(78,8)	161(77,4)	54(26,0)	76(36,5)	121(58,2)	102(49,0)	154(74,0)
Toplam	208(100,0)	208(100,0)	208(100,0)	208(100,0)	208(100,0)	208(100,0)	208(100,0)

* kolon yüzdesi.

SBB hakkında bilgi edinmek için başvuru kaynak seçeneklerinden biri olan “bilimsel toplantı / kongre / sempozyum” seçeneğini katılımcıların 72’si (%34,6); “makaleler” seçeneğini 42’si(%20,2); “birlikte çalıştığım/iletişim kurduğum meslektaş” seçeneğini 35’i(%16,8) ilk sırada tercih etmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun hiç tercih etmediği üç seçenek ise; “Sağlık Bakanlığı / Müdürlüğü eğitimleri “ 164 katılımcı (%78,8); “sağlık meslek örgütleri eğitimleri” 161 katılımcı (%77,4); “internet üzerinden edindiğim bilgiler” 154 katılımcı (%74,0); şeklinde belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan farklı branşlardaki uzman hekimlerin SBB'si olan hastaların yönetimine ilişkin bilgi , tutum ve algıları araştırılmıştır. Çalışmamız branş çeşitliliği açısından bu konuda ülkemizde yapılan en kapsamlı çalışmadır. Bu konuda yapılandırılmış anket yöntemi kullanan diğer çalışmalar Fransa , Birleşik Krallık ve Avustralya'da yapılmıştır.^(190,191,192) Ayrıca çalışmamız bildiğimiz kadarıyla ülkemizde yapılandırılmış bir anket aracılığıyla farklı branşlardaki uzman hekimlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının SBB yönetiminde rolü ve yararlılığı hakkındaki bilgilerini inceleyen ilk çalışmadır. Bununla birlikte, bulgularımız uzman hekimlerin klinik iş yükü, yönetim stratejileri ve SBB hastalarına bilişsel ve duygusal tepkiler hakkındaki görüşleri ile ilgili diğer çalışmalarla karşılaştırılabilir. Çalışmamız, ülkemizde ,SBB hastaları da dahil, birinci basamakta olduğu gibi ikinci ve üçüncü basamakta da büyük bir iş yükü olduğunu doğrulamaktadır. Katon ve Walker'ın çalışmasına göre birinci basamak sağlık hizmeti hastaları içinden daha inatçı ve yetiyitimine yol açan belirtiler geliştirenler uzman kliniklere yönlendirilirler. İkincil ve üçüncül sağlık bakımı hizmetlerinde SBB 'lerin sayıca ve şiddetçe arttığı bulunmuştur.⁽¹⁸⁰⁾ Her uzmanlık dalında, psikiyatrik komorbiditesi yüksek olan, iyi tanımlanmamış bazı sendromlar bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olup da açıklanamayan bedensel belirtilerle veya abartılı algılanan kronik tıbbi hastalık belirtileriyle gelen hastalar önemli derecede tıbbi masrafa yol açmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada, SBB'li hastaların ayakta ve yatarak tıbbi bakım kullanımının yaklaşık iki katı ve somatize olmayan hastaların yıllık tıbbi bakım maliyetlerinin iki katı olduğu bildirilmiştir. ABD'de, yılda 256 milyar dolarlık tıbbi bakım maliyetinin yalnızca SBB'nin etkisine atfedilebileceği tahmin edilmektedir.⁽¹⁹³⁾

Çalışmamıza katılan uzman hekimlerin ortalama haftalık erişkin muayene sayısı; $339,01 \pm 354$ bulunmuştur.Çalışmamızda katılımcıların 114'ünün (%54,8) SBB vaka sayısı haftada 1-5 aralığında, 47 'sinin(%22,6) haftalık SBB vaka sayısı haftada 6-10 arasında, 24'ünün (%11,5) haftalık/aylık SBB vaka sayısı 11-20 arasında, 23 'ünün (%11,1) haftalık SBB vaka sayısı haftada 20'den fazla bulunmuştur.

Hindistan'da yapılan benzer özelliklere sahip bir çalışmada hastaneye yapılan tüm yeni başvurularda SBB prevalansı %24,6 bulunmuştur. Bu oran genel olarak batı ve Asya'daki çalışmalarla benzerdir.⁽¹⁹⁴⁾

İtalya'da yapılan benzer özelliklere sahip bir çalışmada ise pratisyenlerin %70'inden fazlası haftada en az altı SBB hastası gördü. On doktordan yaklaşık yedisi, günlük uygulamaları sırasında SBB hastalarına çok zaman ve enerji harcadı ve SBB hastaları ile sıklıkla veya her zaman uğraşmak zorunda kaldı.⁽¹⁹⁵⁾

Özellikle hasta yoğunluğu yüksek olan poliklinik ortamlarında SBB'nun teşhis edilme oranları düşüktür. Bunun bir nedeni hasta sayısının fazlalığına görece yetersiz sağlık çalışanı sayısı olduğu gibi diğer nedeni de hekimlerin SBB hastalığına özgü sorunları tanıma, yönetme ve hastaya iletme şekli konusundaki bilgi ve deneyim eksiklikleridir. Klinik durumu anlama ve açıklama ile ilgili özel bir çerçeve ve algoritmanın olmaması klinik ortamında sorunlara ve gereksiz farmakolojik tedavi ile yüksek maliyetli tetkiklerle ilgili etik ikilemlere neden olur.⁽¹⁹⁶⁾

Uzman hekimlerin SBB hastalarına karşı duygusal tepkilerine ve hissettiklerine gelince çalışmamızda uzman hekimlerin öncelikli olarak verdiği tepkiler/hissettikleri açısından sıralandığında ilk ikisi; "bir hastalığı/tanıyı atlama korkusu" 71 katılımcı (%34,1), "ilgi/merak" 49 katılımcı (%23,6) şeklinde bulunmuştur. İtalya'da yapılan benzer bir çalışmada SBB hastalarına hekimlerin en sık gösterdiği bilişsel ve duygusal tepkiler bizim çalışmamızla benzer şekilde "tıbbi bir hastalığı ihmal etme korkusu" (%59,1)ve ardından "ilgi/merak"(%24,5,) olarak bulunmuştur.⁽¹⁹⁵⁾

Aynı zamanda çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun tercih ettiği üç seçenek "bir hastalığı/tanıyı atlama korkusu" 71 katılımcı (%34,1), "ilgi/merak" 49 katılımcı (%23,6) yetersizlik korkusu 21 katılımcı(%10.1) olarak belirlenmiştir. SBB algısı ve yönetimi üzerine nitel çalışmaların sentezlendiği bir meta-sentez çalışmasında, hekimlerin hastalarına yardım edemediklerinde mesleki kimliklerinin tehdit altında olmasından kaynaklanan başarısızlık ve çaresizlik deneyimlerini vurgulamaktadır.

Czachowski ve ark.⁽¹⁹⁷⁾'nin çalışmasında Polonya aile hekimleri kendilerini olumsuz bir imaja sahip olarak tasvir etmişlerdir ve hastaların gözünde uzman meslektaşlarından daha az yetkiye sahip olduklarını

deneyimlemişlerdir. Kuruvilla ve Jacob⁽¹⁹⁸⁾, üçüncü basamak sağlık hizmetinin bilgi yapıları, oluşumları ve uygulamaları evrensel otoriteyi nasıl kazandıysa; birinci basamakta sbb hastalarına verilen sağlık hizmetinin de kendi terimleriyle anlaşılması ve kavramsallaştırılması gerektiğini savunurlar⁽¹⁹⁹⁾.

Genç doktorların tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan SBB hastalarını yönetme deneyimlerinin sorulduğu nitel bir çalışmada, birçok genç doktor yetersizlik, rahatsızlık, kaygı ve hüsrana duygularını dile getirdiler. Bu hastaların doğası ve eşlik eden belirsizliği yönetmedeki zorluk nedeniyle hastaları aşırı araştırmaktan veya hasta temasından tamamen kaçınmaktan bahsettiler.⁽²⁰⁰⁾

Bizim çalışmamızda yetersizlik korkusu hisseden katılımcıların yüzdesi(%10,1) İtalyan örneklemindekinden daha yüksekti(%5,8)(176). Bunun nedeni iki ülke arasındaki sağlık sistemi politikalarının farklı olması veya iş yükü ve günlük bakılan toplam hasta sayısının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun hiç tercih etmediği dört seçenek ise; "hüsrana/hayal kırıklığı" 156 katılımcı (%75,0), "kızgınlık" 155 katılımcı (%74,5), "kayıtsızlık/umursamazlık" 135 katılımcı (64,9), "acıklık/etkisizlik" 135 katılımcı (%64,9) şeklinde belirlenmiştir.

Avustralya'da farklı branşlardaki sağlık profesyonellerine yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun bu rahatsızlıkları olan hastaları yönetmek konusunda kendilerini rahat hissetmedikleri belirtilmiştir. Bunun nedenleri, anlayış eksikliği ve maruz kalma, ayırıcı tanının tanınmaması ve psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastalara karşı önyargılar olabilir. Ayrıca, bu sorunlardan bazıları tüm uzmanlık dallarındaki sağlık profesyonellerini ilgilendirdiği gibi (zayıf eğitim veya hastalar tarafından aldatılma korkusu (örn. temaruz gibi), diğerleri ise belirli uzmanlık dalları için daha spesifik olabilir. Örneğin birçok nörolog, SBB'si olan bir hastayı teşhis etmekte oldukça rahat olabilir, ancak teşhis koymakta/psikolojik faktörleri tartışmakta zorlanabilir. Öte yandan, nörolog olmayan pek çok kişi psikiyatrik ve/veya psikolojik sorunları tartışmaktan çekinebilir, ancak SBB tanısını fiilen koymaktan muhtemelen rahatsızdır.⁽²⁰¹⁾

Çalışmamızda SBB vakası ile karşılaştığında katılımcıların yönetim stratejisi olarak öncelikli olarak verdiği yanıtlar açısından sıralandığında birinci tercihte ilk ikisi; "hastayı dinlemek" 113 katılımcı (%54,3), "bilgi vermek" 33

katılımcı (%15,9), şeklinde bulunmuştur.. Aynı zamanda tüm tercihlerin toplamına bakıldığında "hastayı dinlemek" 113 katılımcı (%54,3), "bilgi vermek" 33 katılımcı (%15,9) , "güven ve destek sağlamak" 24 katılımcı (%11,5) en fazla tercih edilmiştir.

Literatürdeki benzer çalışmalar hekimlerin çoğunun farklı stratejiler benimsediğini, en sık kullanılan yönetim stratejisinin 'hastayı dinlemek' ve 'güven ve destek sağlamak' olduğunu göstermiştir. Norveç aile hekimlerinden oluşan bir örnekte, %63.7'ü SBB hastalarıyla yapılan konsültasyonlarda benimsedikleri yönetim stratejisi olarak destekleyici danışmanlığı belirtmiştir.⁽²⁰²⁾ Ayrıca, İngiliz ve Pakistanlı pratisyen hekimlerin çoğu SBB hastalarını yönetmedeki rolünün güvence ve destek sağlamak ve hastayı dinleyerek danışmanlık sağlamak olması gerektiği konusunda hemfikirdi (sırasıyla %98,9 - %83,7)(%80.19-%74.13).^(203,204)

Çalışmamızda hastayı dinlemek, bilgi vermek, güvence ve destek sağlamak en sık uygulanan yönetim stratejileriydi. Dinlemek, bilgi vermek ve destek sağlamak gibi stratejiler SBB ve somatizasyon ile ilişkili bozukluklarla ilgili klinik kılavuzların tedavi ilkeleri arasındadır⁽²⁰⁵⁾ ve uzmanlar tarafından tavsiye edilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların SBB hastalarının yönetimi ile ilgili büyük çoğunluğunun hiç tercih etmediği dört seçenek ise; "geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek" 200 katılımcı (%96,2), "ilaç yazmak" 183 katılımcı (%88,0), "psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak" 183 katılımcı (%88,0), "hastayı üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek" 142 katılımcı (%68,3) şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların en az tercih ettiği seçenek olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek seçeneği benzer çalışmalarda sorulmamıştır. Bizim çalışmamızda ise en az tercih edilen yönetim stratejisi olmuştur. Bunun nedeni olarak hekimlerin GETAT konusunda ki önyargıları, sağlıklı bilgi sağlayıcılarına (lisansüstü eğitim veya akademik kurslar gibi) ulaşmada ki zorluk ve iş yoğunluğu gibi sebeplerden dolayı bu konuya yeterince zaman ayıramamaları gösterilebilir.

2015 yılında yapılan ve tamamlayıcı tedavilerin fibromiyalji'deki yerini araştıran bir derlemeye egzersiz ağırlıklı tamamlayıcı tedaviler, manipülasyon, zihin-beden tedavileri, akupunktur, fitoterapi, hidroterapi ve homeopatyi

değerlendiren toplam 25 sistematik derleme dahil edilmiş ve tai chi, yoga, meditasyon ve mindfulness girişimleri, hipnozla olumlu sonuçlar elde edilirken; akupunktur, kayropraksi, beslenme destekleri ile elde edilen sonuçların çelişkili olduğu belirtilmiştir. Derlemede genel olarak kanıtların giderek artmasına karşın çalışma yöntemlerindeki sorunlar nedeniyle kanıt kalite düzeyinin sorgulanabilir olduğu vurgulanmıştır⁽²⁰⁶⁾. Tamamlayıcı tedavilerin Amerika Birleşik Devletlerindeki kullanımını değerlendiren 2016 tarihli derlemede de çalışmaların kanıt düzeyi hakkında benzer bir kana varılmıştır⁽²⁰⁷⁾. Bunlarla çelişkili olarak 2017 tarihli Alman Fibromiyaljiye Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Rehberinde ise meditatif egzersiz tedavileri (qi gong, tai chi ve yoga) kuvvetle önerilmiştir.

Ülkemizde yapılan ve fibromiyalji olguları da içeren romatolojik hastalığı olan 318 hastada tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımını değerlendiren 2012 tarihli bir çalışmada hastaların %46,2'sinin tamamlayıcı bir tedavi deneyimi olduğu saptanmıştır. En sık kullanılan yöntemlerin beslenme değişiklikleri, davranışsal yöntemler, akupunktur ile manyetik veya bakır aksesuarlar olduğu görülmüştür. Kullananların yaklaşık 3/4'ü uygulamanın yetersiz ya da etkisiz olduğunu belirtmiş ve hastaların büyük çoğunluğu kaynaklarının yakınları veya kitle iletişim araçları olduğunu belirtmiştir; hastaların yalnızca %13,6'sı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemini hekimlerin önerisi doğrultusunda kullandığını dile getirmiştir⁽²⁰⁸⁾.

Her ne kadar çalışmamızda uzman hekimler tamamlayıcı tıp yöntemlerini SBB hastalarında ve ilişkili olan fonksiyonel nörolojik semptomlarda (fibromiyalji, pnen, ibs...) tedavide tercih etmezse de FTR DERNEGI 2018 Fibromiyalji Kılavuz'una⁽²⁰⁹⁾ göre fibromiyalji hastalarında tedavi programının bir parçası olarak, hastanın klinik durumu ve koşullarına uygun şekilde akupunktur uygulanabilir (Kanıt düzeyi Ia, Zayıf öneri). Somatik semptom bozukluğunu tedavi etmek için kullanılan ilaçlar arasında antidepresanlar, antiepileptikler, antipsikotikler bulunur. Bu tedavilerin birçoğunun etkinliği sınırlı desteğe sahiptir. Kontrollü çalışmaların sistematik incelemeleri, somatik semptom bozukluğunun tedavisi için antidepresanların kullanımını desteklemektedir⁽¹¹⁵⁾. Bizim çalışmamızda katılımcıların 183 (%88,0)'i ilaç yazmayı ilk üç tercihi arasında belirtmemiştir. Reid ve arkadaşlarının çalışmasında yanıt verenlerin çoğunluğu psikotrop ilaçların reçete edilmesini onaylamadı⁽²¹⁰⁾.

Psikiyatri uzmanları tarafından sağlanan kanıtlanmış terapiler arasında bilişsel davranış terapisi ve farkındalık temelli terapi yer alır. 31 kontrollü klinik çalışmanın yakın tarihli bir sistematik incelemesi, toplam 1689 SBB'li hastada bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğunu bulmuştur. Randomize klinik çalışmaların çoğunluğu bilişsel davranışçı terapilerle ilgilidir fakat kısa ve uzun süreli psikodinamik tedavilerin yararlı olduğuna ilişkin veriler de mevcuttur⁽¹⁷⁶⁾. Çalışmamızda yönetimle ilgili en az tercih edilenlerden psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek seçeneğini 183 (%88,0) uzman hekim ilk üç tercihinde belirtmemiştir.

SBB vakalarının yönetiminde “ikinci ve üçüncü basamakta uygulanacak psikoterapi/bilişsel davranışçı terapi ne ölçüde faydalı olabilir” sorusunu katılımcıların 2'si(%1,0) faydalı olmaz; 89'u(%42,7) çok az ve kısmen faydalı olur şeklinde yanıt verirken; 117'si (%56,3) faydalı olur veya çok faydalı olur şeklinde yanıt vermişlerdir. Fakat bununla çelişir şekilde çalışmamıza katılan hekimler psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapinin yararlı olduğunu düşündükleri halde sbb hastalarını psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak veya uygulamak için yönlendirmeyi yönetim stratejisi olarak tercih etmemişlerdir. Bunun nedeni çalışmamıza katılan uzman hekimlerin psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapinin yararlı olduğuna inandıkları halde hastayı bir üst basamağa veya bir ruh sağlığı uzmanına sevk ettiğinde, muhtemelen sağlık sisteminden kaynaklı nedenlerle, psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapinin uygulanmayacağını düşünmelerinden kaynaklı olabilir.

Psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapinin faydası benzer çalışmalarda uzman hekimlere sorulmamıştır ancak İtalyan aile hekimlerine sorulduğunda; 4(%1,2)'ü faydalı olmaz; 142(%40,9)'si çok az faydalı olur ve kısmen faydalı olur seçeneklerini; 201(%57,9)'i faydalı olur ve çok faydalı olur seçeneğini tercih etmiştir. Bizim çalışmamızla benzerlik gösteren bu çalışmada hekimlerin psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapinin faydasına inandıkları halde bunun için hastaları yönlendirmemelerinin gerekçesi olarak psikiyatristlerin veya psikologların SBB yönetimi konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünmeleri gösterilmiştir⁽¹⁹⁵⁾.

SBB üzerinde en çok etkili olduğu gösterilen tedavi Bilişsel Davranışçı Psikoterapidir (BDT). Ancak BDT nin SBB üzerindeki etki gücü depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer hastalıklara oranla daha düşüktür.⁽²⁾

SBB vakalarının yönetiminde 'ikinci ve üçüncü basamakta uygulanacak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ne ölçüde faydalı olabilir' sorusuna katılımcıların 19'u (%9,1) faydalı olmaz; 151'i (%72,6) çok az faydalı olur ve kısmen faydalı olur; 38'i (%18,3) faydalı olur ve çok faydalı olur şeklinde yanıt vermişlerdir. Bununla uyumlu olacak şekilde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek seçeneği en az tercih edilen yönetim stratejisi olmuştur. SBB hastasının en çok temel klinik belirtisi ağrı olmasına rağmen literatürde GETAT yöntemlerinin (yoga ve bitkisel tedavi dışında) etkinliğinin kanıtlandığı fazla çalışma yoktur. Bununla birlikte diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla ve kronik ağrılı hastalarla ilgili ümit veren GETAT çalışmaları mevcut olduğu için çalışmamızda SBB hastalarının yönetimi noktasında GETAT'a yer vermeyi uygun gördük.

SBB hakkında bilgi edinmek için başvurulmuş kaynak seçeneklerinden biri olan "bilimsel toplantı / kongre / sempozyum" seçeneğini katılımcıların 72'si (%34,6); "makaleler" seçeneğini 42'si (%20,2); "birlikte çalıştığım / iletişim kurduğum meslektaş" seçeneğini 35'i (%16,8) ilk sırada tercih etmiştir. İtalya'da yapılan benzer bir anket çalışmasında sbb hakkında bilgi edinmek için en çok bilimsel makaleler (%52,2) tercih edilirken; en az bilimsel toplantılar (%26,2) tercih edilmiştir.⁽¹⁹⁵⁾

Katılımcıların büyük çoğunluğunun hiç tercih etmediği üç seçenek ise; "Sağlık Bakanlığı / Müdürlüğü eğitimleri" 164 katılımcı (%78,8); "sağlık meslek örgütleri eğitimleri" 161 katılımcı (%77,4); "internet üzerinden edindiğim bilgiler" 154 katılımcı (%74,0); şeklinde belirlenmiştir. İnternetin hekimler tarafından çok fazla kullanılmasına rağmen SBB hakkında bilgi edinmek için çok fazla tercih edilmemesinin sebebi internetin bu konuda güvenilir ve bilimsel kaynaklar ile ilgili kısıtlılığı olabilir. Sağlık meslek örgütleri eğitimleri ve Sağlık Bakanlığı/ Müdürlüğü eğitimleri seçeneklerinin ilk 3 tercih arasında en az tercih edilenlerden olmasının nedeninin bu tür eğitimlerin bu konuda yeterince yaygın ve etkili bir şekilde yapılmaması olduğu düşünülmektedir.

SBB konusunda farkındalığın artmasına ve bunlardan muzdarip hastalara daha iyi bakım sağlanmasına yol açan çeşitli değişiklikler şimdi yapılabilir. SBB'ye yol açan altta yatan mekanizmalar ve kanıta dayalı tedavi yaklaşımları hakkında eğitim, tıp fakültelerinin müfredatına ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitimine dahil edilmelidir. Eğitimli sağlık profesyonelleri için,

güncellenmiş bilgi tabanlarını elde etmek için eğitim fırsatlarının yanı sıra, gelişmiş iletişim becerilerinin güvenli ve tehdit edici olmayan bir ortamda uygulanabileceği pratik atölye çalışmaları olmalıdır.⁽²¹¹⁾

SBB uzun yıllar boyunca, histeriden başlayarak, çok çeşitli terminolojik ifadelerle anılmıştır ve hala birçok farklı terminolojik ifade kullanılmaktadır. Zihinsel hastalıklar için bir tanı ölçütü olan DSM'de zaman içinde sürekli değişimler ve yenilikler yaşanmıştır. DSM-III'te "somatizasyon bozukluğu", DSM-IV'te "somatoform bozukluklar" ve DSM-V'te "somatik belirti bozukluğu" olarak adlandırılmış ve DSM-V' te somatik belirti bozukluğu ve ilişkili hastalıklar adı altında bir grup hastalıktan biri olarak sınıflandırılmıştır^(37,39,41). En güncel sınıflandırma olan DSM-V tanı kriterlerinde önemli değişimler olmuştur. DSM-IV'te "somatoform bozukluklar" tanı kategorisinde yer alan kriterler, ilgili belirtinin "tıbbi bir hastalık" olması ihtimalinin dışlanmasını bir ön şart olarak kabul etmekteydi⁽⁹⁾. DSM-V'te "bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar" ana tanı kategorisi altında yer alan "bedensel belirti bozukluğu" tanı kategorisi "A" kriteri somatik belirtilerin kaynağına yönelik tıbben açıklanabilir/açıklanamaz ayrımını ortadan kaldıracak şekilde, "sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok somatik belirti" olarak tanımlanmıştır⁽⁴¹⁾. Bu değişimin en belirgin özelliği bedensel şikâyetlerin tek başına değerlendirilmesi yerine; bedensel belirti bozukluğu ölçütleri içine duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin katılması ile doğru klinik görünümün ulaşılabilecek olandan çok daha kapsayıcı ve doğru bir yansımını sağlamasıdır⁽¹¹⁾. Aynı zamanda bu değişimle DSM-IV' te en çok eleştirilen zihin beden düalizmi ortadan kaldırılmaya çalışılmış ve en güncel halini almıştır. Psikiyatri dışında diğer branş hekimlerinin SBB'yi fonksiyonel somatik semptomlar adı altında (fizik tedavi uzmanı fibromiyalji sendromu, diş doktoru temporomandibuler bozukluk, kardiyolog atipik göğüs ağrısı, jinekolog kronik pelvik ağrı ya da gastroenterolog irritabl bağırsak sendromu olarak) tanımlayabildiği görülmektedir. Bu tanımlamaların da kendi içinde kesişen ortak semptomolojik özellikleri olmasının yanında; çeşitli fonksiyonel somatik sendromlar için farklı etiketlerin varlığı, bu alanda birçok kişi tarafından tartışıldığında, bunların farklı koşullar olduğunu ima eder ve FSS'ler de diğer tanımlamalar gibi olumlu ve olumsuz birçok yönden de eleştirilerin kaynağı olmuştur.^(11,12)

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

SBB toplumda yaygındır ve birinci basamakta olduğu gibi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında da sık görülmektedir. Yapılan prevalans çalışmaları mevcut olsa da tanımlamalardaki değişimlere bağlı olarak prevalans değerleri değişiklik gösterebilmektedir.

Çalışmamızda SBB'nin tarih boyunca çok farklı terminolojik tanımlamalarla anılmış ve tıbbi sınıflandırmalarda da sürekli bir değişime uğramış olduğunu gördük. SBB'nin tanımlanmasındaki zorlukların nedeni ve sonuçları hastalığın doğası gereği birbirinden ayrılmamakta ve bu sebeple iki yönlü olarak birbirini doğurmaktadır.

SBB'yi araştırırken hastaların kendi damgalanmış ve savuşturulmuş hissettiklerini; tatmin edici bir açıklama bulamadıklarını, sağlık sisteminde tüm basamaklar arasında devamlı gezinip aldığı tıbbi hizmetten memnun kalmadıklarını ve bu durum da işgücü, maliyet ve zaman kaybına neden olduğunu fark ettik.

SBB tanımlamalarındaki zorluk, yönetim stratejilerinin net olmaması hastaların yönetimini zorlaştırmakta ve hem doktorlar hem de hastalar tarafından çözülemeyen sıkıntılar yaratmaktadır.

SBB hastaları doktorlarda ilgi ve merak uyandırırsa da sıklıkla tanıyı atlama korkusu ve yetersizlik gibi negatif hisler uyandırır. SBB hastalarının yönetimi ve bu hastalarla ilgilenmesi zorlayıcıdır.

Doktorlar SBB olduğunu bildiği bir hastayı bir üst basamağa sevk etmeyi, ilaç yazmayı ve faydalı olacağını düşünmelerine rağmen psikoterapi ya da bilişsel davranışçı terapiye yönlendirmeyi seçmek yerine dinlemeyi tercih etmişlerdir. Çalışmamız, hekimlerin SBB hastaları ile başa çıkmada yaşadıkları güçlükler ve SBB yönetimindeki algılarını arttırdı ve SBB yönetimindeki düzenlemelerin gerekliliğini göstermiştir.

Bu konuda çalışmamızın hekimlerin ihtiyaçlarına göre daha resmi ve özel bir eğitimi teşvik edeceğini ve 1. 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının hepsini kapsayan, entegre, geri dönüşümlü takip sistemleri de içeren SBB yönetim klavuzlarının geliştirilmesini teşvik edeceğini umuyoruz.

7. KAYNAKLAR

- 1- Upendra Baitha, Koushik Sinha Deb, Piyush Ranjan, et. al. Estimated prevalence of medically unexplained physical symptoms in the medicine outpatient department of a tertiary care hospital in India, *General Hospital Psychiatry*, Volume 61, 2019,)
- 2- Ekmekci Ertek İ. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler. Coşar B, editör. *Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.42-6.
- 3- J.K. Soler, I. Okkes Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS) *Fam. Pract.*, 29 (2012), pp. 272-282
- 4- P. Larivaara, J. Kiuttu, A. Taanila The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment *Scand. J. Prim. Health Care*, 19 (2001), pp. 8-13;
- 5- N. Mead, P. Bower Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature *Soc. Sci. Med.*, 51 (2000), pp. 1087-1110
- 6- Johansen ML, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2017 Apr;100(4):647-654. doi: 10.1016/j.pec.2016.11.015. Epub 2016 Nov 21. PMID: 27894609
- 7- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007 Mar 17;369(9565):946-55. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60159-7. PMID: 17368156.
- 8- Stone, J. ve Carson, A. (2011). Functional neurologic symptoms: Assessment and management. *Neurologic clinics*, 29, 1-18.
- 9- Kirmayer, L. J. ve Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. *Adult Psychopathology and Diagnosis*, 3, 333-383
- 10-Fink, P. ve Rosendal, M. (2008). Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Current Opinion In Psychiatry*, 21(2), 182-188.
- 11- Duruk, B. ve Sertel Berk, Ö. (2019). Fonksiyonel somatik sendromlar ve DSM-5: Zihin beden yaklaşımı açısından bir değerlendirme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(2), 116-128.

- 12- Trimble, M. R. (1982). Functional diseases. *British Medical Journal*, 285, 1768–1770
- 13- Brown RJ. Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: background and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2007 Oct;27(7):769-80. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.003. Epub 2007 Jul 17. PMID: 17707564.
- 14- Creed F , Guthrie E , Fink P et al . Is there a better term than ‘medically unexplained symptoms’ ? *Journal of Psychosomatic Research* 2010 ; 68 : 5 –8.
- 15- Fink P, Rosendal M Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care *Curr Opin Psychiatry*, 21 (2008), pp. 182-188
- 16- DSM-V Somatic Disorders Work Group . Current Proposal for Somatoform Disorders . Available at: www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SomatoformDisorders.aspx (Accessed November 25, 2010)
- 17- Stone J, Colyer M, Feltbower S, Carson A, Sharpe M. ‘ Psychosomatic’: a systematic review of its meaning in newspaper articles .*Psychosomatics* 2004 ; 45 : 287 –90.
- 18- Stone J , Wojcik W , Durrance D et al . What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The number needed to off end . *BMJ* 2002 ; 325 : 1449 –50.
- 19- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W et al. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(47):803-813. doi:10.3238/arztebl.2012.0803.
- 20- Hollfield MA (2005) Somatoform disorders. In Kaplan&Sadock’s *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition (Ed. BJ Sadock, VA Sadock):1800-1828. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins
- 21- Ünal S (1999) Somatoform bozukluklar; nozoloji ve tarihçe *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1:1-6
- 22- Çetin Ş. , Sözeri Varma G. Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. *pgy.* 2021; 13(4): 790-804.(*)
- 23- Widom CS. *Sex Roles and Psychopathology*. New York, Plenum Press, 1984
- 24- APA. *DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 1994

- 25- World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992
- 26- Kendell RE. The distinction between mental and physical illness. *Br J Psychiatry*. 2001;178:490–3.
- 27- Turner MA. Psychiatry and the human sciences. *Br J Psychiatry*. 2003;182:472–4.
- 28- 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
- 29- 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.
- 30- 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.
- 31- Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry*. 2016;15:291
- 32- Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosom Med*. 1998;60:466–72
- 33- 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
- 34- Dimsdale J, Sharma N, Sharpe M. What do physicians think of somatoform disorders? *Psychosomatics*. 2011;52:154–9
- 35- Levenson JL. The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34:515–24
- 36- Hakiki Y. , Coşkun C. , Ediboğlu G. O. , Namlı Z. Bedensel (somatik) belirti bozukluklarına geçmişten günümüze genel bir bakış. *Çukurova Tıp Öğrenci Derg*. 2021; 1(2): 50-60
- 37- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- III)*. American Psychiatric Pub
- 38- Oken, D. (2007). Evolution of psychosomatic diagnosis in DSM. *Psychosom Med*, 69, 830-831

- 39- American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV®). American Psychiatric Pub
- 40- Bunge, M. (2010). The Mind-Body Problem. Bunge Mario (Ed.), The Mind-Body Problem içinde (s. 143-157). Dordrecht: Springer Science & Business Media
- 41- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM- 5®). American Psychiatric Pub
- 42- Jacob, R. G., Hugo, J. A. ve Dunbar-Jacob, J. (2015).History of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry. Kurt Ackerman ve Andrea Dimartini (Ed.) Psychosomatic Medicine içinde (s. 3-18). New York: Oxford University Press
- 43- Köroğlu, E. (2014). Türk psikiyatri dergisinde yayımlanan“DSM-5 Türkçe çevirisi üzerine” adlı mektuba yanıt.Türk Psikiyatri Dergisi, 25(3), 215-217
- 44- Çetin Ş. , Sözeri Varma G. Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2021; 13(4): 790-804
- 45- Kırpınar İ. Somatizasyon ve bedensel belirtibozuklukları. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. 2019;1:295-312
- 46- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. AmericanPsychiatric Association Washington, DC; 1980
- 47- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. J Psychosom Res.2013;75:223–8
- 48- Smith JK, Józefowicz RF. Diagnosis and treatment of somatoform disorders. Neurol Clin Pract. 2012;2:94–102
- 49- 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 PsychosomRes. 2018;113:74–80
- 50- 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
- 51- Cao J, Wei J, Fritzsche K et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorderin Chinese outpatients from general hospital care. Gen Hosp Psychiatry. 2020;62:63–71
- 52- Barsky AJ. Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. Psychosom Med. 2016;78:2–4

- 53- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM 5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
- 54- Kandemir, G., & Ak, İ. (2013). "Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 479-506
- 55- Lipowski, Z. J. (1988). "Somatization: the concept and its clinical application." *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368
- 56- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G. (2009). "Türkiye'de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması." *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(Suppl 2), 131-136
- 57- Tunçer, Ö. (1999). "Somatizasyon-Bir Klinik Yaklaşım (Alın Yazısı mı? Çözömlenmemiş Duygusal Sorun mu?)." *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 1(1), 90-91
- 58- Janca, A. (2005). "Somatoform bozuklukları yeniden düşünmek." *Current Opinion in Psychiatry*, 1(1), 36-44
- 59- Richardson, R. D., & Engel Jr, C. C. (2004). "Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms." *The neurologist*, 10(1), 18-30
- 60- Fishbain, D. A., Cole, B., Cutler, R. B. et al. (2006). "Chronic pain and the measurement of personality: do states influence traits?." *Pain Medicine*, 7(6), 509-529
- 61- Lipowski, Z. J. (1987). "Somatization: medicine's unsolved problem." *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*
- 62- Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). "Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits." *Annals of internal medicine*, 134(9_Part_2), 917-925
- 63-Rief, W., Hennings, A., Riemer, S., & Euteneuer, F. (2010). "Psychobiological differences between depression and somatization." *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 495-502.
- 64-Guze, S. B. (1993). "Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder: A review of family, adoption, and twin studies." *Annals of clinical psychiatry*, 5(4), 225-230
- 65-Torgersen, S. (1986). "Genetics of somatoform disorders." *Archives of General Psychiatry*, 43(5), 502-505

- 66-Sharpe, M., & Bass, C. (1992). "Pathophysiological mechanisms in somatization." *International Review of Psychiatry*, 4(1), 81-97
- 67-Lipowski, Z. J. (1986). "Somatization: a borderland between medicine and psychiatry." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(6), 609.
- 68-Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). "Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity." *Psychological review*, 96(2), 234.
- 69-Smith, R. C. (1985). "Problems in family practice: a clinical approach to the somatizing patient." *J Fam Pract*, 21, 294-301.
- 70-Kirmayer, L. J. (1984). "Culture, affect and somatization: Part I." *Transcultural psychiatric research review*, 21(3), 159-188
- 71-Cimilli, C. (1999). "Somatizasyonun toplumsal evrimi." *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 1(1), 34-43.
- 72-Leff, J. P. (1973). "Culture and the differentiation of emotional states." *The British Journal of Psychiatry*, 123(574), 299-306.
- 73-Bilgin S. , *Bedenssel Belirti Bozukluğunda Algılanan Ebeveyn Tutumları ve Savunma Düzeneklerinin İncelenmesi*, İstanbul Okan Üniversitesi , 2020
- 74-Burton, C., McGorm, K., Weller, D., Sharpe, M., 2011. Depression and anxiety in patients repeatedly referred to secondary care with medically unexplained symptoms: a case-control study. *Psychological Medicine* 41, 555–563.
- 75-Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., et al. 1998. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorders* 50, 97–108
- 76-Henningsen, P., Zimmermann, T., Sattel, H., 2003. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom. Med.* 65, 528–533
- 77-Edgcomb JB, Tseng CH, Kerner B. Medically unexplained somatic symptoms and bipolar spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Nov 1;204:205-13. doi:10.1016/j.jad.2016.06.029. Epub 2016 Jun 14. PMID: 27371906
- 78-Schappert SM. National Ambulatory Medical Care Survey: 1989 summary. *Vital Health Stat* 13. 1992;110:2-11

- 79-Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, et al. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):352-358. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160080011
- 80-Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; 56:391.
- 81-Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21:655
- 82-Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:647.
- 83-Elbi H, Cimilli C, Sertöz öö, Karşıdağ Ç, varma GS. Somatizasyon ve Bedensel Belirti Bozukluğu. Kırpınar İ, editör. *Konsültasyon Liyezon psikiyatrisi*. 1. Baskı. Ankara: Bayt; 2019. p.295-313.
- 84-Ünal B, Coşar B. Somatik belirti bozukluğu ve ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi. Coşar B, editör. *Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-5.
- 85-Aksu MH. Somatik belirti bozukluğu. Coşar B, editör. *Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.12-7.
- 86-van Dessel NC, van der Wouden JC, Dekker J, van der Horst HE. Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *J Psychosom Res* 2016; 82:4.
- 87-Yüksel N. Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. Yüksel N, editör. *Ruhsal Hastalıklar*. 5. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık; 2020. p.433-55.
- 88-Kaya B. Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi. Doğan O, editör. *psikiyatrik Epidemiyoloji*. 1. Baskı. İzmir: Ege psikiyatri Yayınları; 2002. p.66.
- 89-Sadock Bj, Sadock vA, Ruiz p. Somatoform Disorders. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of psychiatry*. 8th ed. philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2000. p.1800-29.
- 90-Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric somatic symptom disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(2):11. doi:10.1007/s11920-017-0760-

- 91-Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care.* 2006;44(9):803-811. doi:10.1097/01.mlr.0000228028.07069.59
- 92-Harris AM, Orav EJ, Bates DW, et al: Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med* 2009; 24:155–161
- 93-Joustra ML, Janssens KAM, Bu'itmann U, Rosmalen JGM. Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. Results from the general population cohort LifeLines. *J Psychosom Res.* 2015; 79: 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.05.004> PMID: 26026696
- 94-Zonneveld LN, Sprangers MA, Kooiman CG, van't Spijker A, Busschbach JJ. Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 520. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-520> PMID: 24344899
- 95-Wortman, M. S., Lokkerbol, J., van der Wouden, J. C., et al. (2018). Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms: A systematic review. *PloS one*, 13(10), e0205278.
- 96-Shaw, J. & Creed, F. (1991) The cost of somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 307–312.) , (Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry.* 2002 Mar;180:248-53. doi: 10.1192/bjp.180.3.248. PMID: 11872517.
- 97-Smith, G. R., Rost, K. & Kashner, T. M. (1995) Atrial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 238–243.
- 98-Konnopka A, Schaefert R, Heinrich S, et al. Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2012;81(5):265-75. doi: 10.1159/000337349. Epub 2012 Jul 20. PMID: 22832397.
- 99-Tomenson B, Essau C, Jacobi F, et al. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *Br J Psychiatry.* 2013;203(5):373-80.

100-Ak Kısabay A, Selçuki D. Psikiyatrik bozukluklara bağlı baş ağrısı. Bıçakçı Ş, Öztürk M, Üçler Ş, Karlı N, Siva A, editörler. Başağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: 2018. p.266-275.

101- Akın S. Somatik belirti bozukluğunda nörolojik semptomlar (Nöropsikiyatrik Açıdan). Coşar B, editör. Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.47-50.

102-Robiner WN, Petrik ML. Managing difficult patients: roles of psychologists in the age of interdisciplinary Care. J Clin Psychol Med Settings. 2017;24(1):27-36.

103- nimmo SB. Medically unexplained symptoms. occupational Medicine. 2015;65:92-4.

104- Husain M, Chalder T. Medically unexplained symptoms: assessment and management Clinical Medicine. 2021;21:13-8.

105- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosom Med. 2002;64(2):258-266.

106-Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al. The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med. 2014;174(3):399-407.

107-Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. Am Fam Physician. 2016 Jan 1;93(1):49-54. PMID: 26760840.

108-Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al.(2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. JAMA Internal Medicine, 174(3), 399–407.

109-A. Toussaint, A.M. Murray, K. Voigt et al. Development and validation of the somatic symptom disorder – B criteria scale Psychosom. Med., 78 (2016), pp. 5-12

- 110-Toussaint A, Hüsing P, Kohlmann S, Löwe B. Detecting DSM-5 somatic symptom disorder: criterion validity of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) in combination with the Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12). *Psychol Med.* 2020 Jan;50(2):324-333. doi: 10.1017/S003329171900014X. Epub 2019 Feb 7. PMID: 30729902
- 111-Yates WR, Dunayevich E. Somatic symptom disorders.<http://emedicine.medscape.com/article/294908-overview>. Accessed August 5, 2014. Accessed August 5, 2014.
- 112-Cutler JI. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. IWW; 2016. p.468-70.
- 113-Aksu MH. Somatik belirti bozukluğu. Coşar B.editör. Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.12-7
- 114- Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical neuroscience.*2018;20(1):23.
- 115- Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E & Löwe B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399–407.
- 116- Abbey SE, Wulsin L, Levenson JL. Somatization and somatoform disorders. In: Levenson JL, ed. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005:261.
- 117- Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical neuroscience.*2018;20(1):23
- 118- McCarron RM. Somatization in the primary care setting. *Psychiatr Times.* 2006;23(6):32-34
- 119- Luyten P, Beutel M, Shahar G. Functional somatic disorders. in: Luyten P, Mayes LC, Fonagy P, Target M, Blatt SJ. *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*. New York: Guilford Press; 2015. p.287-310

- 120- Hamilton JC, Hedge KA, Feldman MD. Excessive illness behaviour. in: Fogel BS, Greenberg DB. Psychiatric Care of the Medical Patient. 3rd ed. new York: Oxford University Press; 2015. p.743-55.
- 121- Kaplan MJ. A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders. in: Alfonso CA, Friedman RC, Downey Ji. Advances in psychodynamic psychiatry. new York: The Guilford Press; 2018. p.182-197
- 122- Byrne A, O'Connor J, O'Raghallaigh W, MacHale S. Something torn or burst or unbearable: a psychoanalytically informed exploration of the experience of somatic symptoms. Psychoanal Psychother. 2019; 33(1):5-19.
- 123- Sattel H, Lahmann H, Gundel E et al. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomized controlled trial. Br J Psychiatry.2012;200(1):60-7.
- 124- Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A et al. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. Br J Psychiatry. 2014; 204(1):12-9
- 125- Tandemir SE, Kuruoğlu A. Psikodinamik bakış açısıyla bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar. Coşar B, editör. Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.6-11.
- 126- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. psychosomatic Medicine.2007;69(9):881-8.
- 127- Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006;166(14):1512-8.
- 128- Altınöz AE, Tosun Altınöz Ş. Bedensel belirti bozukluklarında bilişsel davranışçı psikoterapi. Coşar B, editör. Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinik-leri; 2021. p.62-7.
- 129- Hedman E, Axelsson E, Andersson E, Lekander M, Ljotsson B. Exposure-based cognitive behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. Br J psychiatry

- 130- van Beugen S, Ferwerda M, Hoeve D et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(3):e88.
- 131- Carlbring p, Andersson G, Cuijpers p, Riper H, Hedman-Lagerlof E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2018;47(1):1-18.
- 132- Yoshino A, Okamoto Y, Doi M et al. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan: A preliminary non-case-control study. *psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2015;69(12):763-72.
- 133- R Kuzminskyte, R Kupers, P Videbech, A Gjedde, P Fink Increased sensitivity to supra-threshold painful stimuli in patients with multiple functional somatic symptoms (MFS) *Brain Res Bull*, 82 (1–2) (2010), pp. 135-140
- 134- BK Holzel, J Carmody, M Vangel et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density *Psychiatry Res*, 191 (1) (2011), pp. 36-43
- 135- Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E et al. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *J Psychosom Res*. 2013 Jan;74(1):31-40. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.006. Epub 2012 Oct 1. PMID: 23272986
- 136- Koh KB. General Management of somatization. *Stress and Somatic Symptoms*: Springer; 2018. p.123-30
- 137- O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract*. 1999;48(12):980-990
- 138- R Kuzminskyte, R Kupers, P Videbech, A Gjedde, P Fink Increased sensitivity to supra-threshold painful stimuli in patients with multiple functional somatic symptoms (MFS) *Brain Res Bull*, 82 (1–2) (2010), pp. 135-140
- 139- Yalom ID, ed. Tangör A, Karaçam Ö, çeviri editörleri. *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği*. 3. Baskı. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 1999. p.9- 16.

- 140- Wong N, ed. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. Grup Psikoterapisi ve Bireysel ve Grup Terapisinin Birlikte Uygulanması. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Güneş Kitabevi; 2007. p.2568- 83.
- 141- Şafak Y, Türkçapar MH. Somatofirm bozukluklarda bilişsel davranışçı terapi. Psikiyatride Güncel: Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar. 2013;3(1):84
- 142- Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in groupbased acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. Behaviour Research and Therapy. 2017;92:24-31.
- 143- Röhricht F, Sattel H, Kuhn C, Lahmann C. Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder-a partly randomisedcontrolled feasibility pilot study. BMC Psychiatry. 2019;19(1):
- 144- Müller T, Mannel M, Murck H, Rahlfs VW. Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial. Psychosom Med. 2004;66(4):538-547.
- 145- WHO. Traditional Medicine Strategy 2014-2023. WHO Library Cataloguing-in-Publication
- 146- T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve İlgili Mevzuat. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1049, Ankara; 2016
- 147- Karahancı O, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Ünsal ÇZ, Hayırlıdağ M, Büken N.Ö. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın Karşılaştırılması. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2015;2(2):117- 26.
- 148-Volz HP, Murck H, Kasper S, Möller HJ. St John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. Psychopharmacology (Berl). 2002 Nov;164(3):294-300. doi: 10.1007/s00213-002-1171-6. Epub 2002 Jul 17. Erratum in: Psychopharmacology (Berl). 2003 May;167(3):333. PMID: 12424553.
- 149- Uğurlu M, Üstü Y, Dağcıoğlu BF. Fitoterapide soğan (bulbus allii cepae) ve sarımsak (bulbus allii sativi) kullanımı. Ankara Med J 2016;16(1):119-22.

- 150- Linde K, Mulrow CD. St John's wort for depression (Cochrane Review). In: The Cochrane library. Issue 5. Oxford: Update Software; 2003.
- 151- Sommer H, Harrer G. Placebo-controlled double-blind study examining the effectiveness of an hypericum preparation in 105 mildly depressed patients. J Geriatr Psychiatry Neurol 7(suppl 1):9–11, 1994
- 152- Stevinson C, Ernst E. A pilot study of Hypericum perforatum for the treatment of premenstrual syndrome. Br J Obstet Gynaecol 2000;107:870–6.
- 153- Ceyhan D, Yiğit TT. Tıbbi Tedavilerde Hipnoz Uygulamalarının Kullanımı ve Etkinliği. ADO Klinik Bilimler Dergisi. 2013;7(2):1507-1516
- 154- Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(2):67-77
- 155- Taştan K, Set T. Bilinçaltının terapötik gücü: hipnoterapi. Erzurum: Ayhan Ofset Matbaacılık; 2014;37-45.
- 156- Rankin-Box D. Hypnosis. Complement Ther Nurs Midwifery 1996;2(6):148-50.
- 157- Set T, Taştan K. Hipnoz ve aile hekimliğinde kullanımı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012;3(1):56-8.
- 158- Peltier B. Psychological treatment of fearful and phobic special needs patients. Med Special Care in Dentistry 2009;29(1):51-7.
- 159- Özgök A. Hypnosis and anesthesia. Anestezi Dergisi 2013;21(1):11-6
- 160- Kashyap A, Chopra S, Ranjan P, Sarkar S, Poorna A, Baitha U. Yoga Therapy For Medically Unexplained Physical Symptoms. Adv Mind Body Med. 2020 Winter;34(1):17-21. PMID: 32277750.
- 161- Sutar R, Desai G, Varambally S, Gangadhar BN. Yoga-based intervention in patients with somatoform disorders: an open label trial. Int Rev Psychiatry.

2016 Jun;28(3):309-15. doi: 10.1080/09540261.2016.1188785. Epub 2016 Jun 10. PMID: 27286363

162- Telles S, Singh N, Yadav A, Balkrishna A. Effect of yoga on different aspects of mental health. *Indian J Physiol Pharmacol.* 2012 Jul-Sep;56(3):245-54. PMID: 23734439.

163- Ernst E. Acupuncture - A critical analysis. Vol. 259, *Journal of Internal Medicine.* 2006. p.125–37.) (Hekimlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

164- Özdağ N, Mollahaliloğlu S, Öztaş D, Güzeldemirci GB. Ağrı tedavisinde akupunkturun yeri. *Ankara Medical Journal.* 2015;15(4)

165- Yang NN, Lin LL, Li YJet. et.al. Potential Mechanisms and Clinical Effectiveness of Acupuncture in Depression. *Curr Neuropharmacol.* 2022;20(4):738-750. doi: 10.2174/1570159X19666210609162809. PMID: 35168522.

166- Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004;56(4):391-408

167- Çakmak S. Kas-iskelet sistemi hastalıklarında proloterapi. *TOTBİD Dergisi* 2017;16:282-6.

168- Solmaz İ, Yıldız S, Çifçi ÖT, Öztürk GY. Tarihin tozlu raflarında bekleyen bir tedavi yöntemi: proloterapi. *İntegratif Tıp Dergisi* 2013;1(2):65-72

169- Aydın T. Sporcularda osteopatik tıp uygulamaları. *Spor Hekimliği Dergisi* 2015;50(3):91-100

170- Uysal B, Seven MM, Memiş A, Yıldız Y. Ozon tedavisinin spor hekimliğindeki potansiyel endikasyonları. *Spor Hekimliği Dergisi* 2015;50(2):77-88.

- 171- Remondino M, Valdenassi L, Franzini M. Pharmacoeconomic analysis of ozone therapy supported by agent based process simulation and data mining. *Ozone Therapy* 2018;3(1):4- 8. doi: 10.4081/ozone.2018.7518
- 172- Bozbas GT, Kilimci FS, Yilmaz M, Gürer G, Demirci B. The effect of ozone on bone strength in animal model of rheumatoid arthritis. *Turk Osteoporoz Dergisi* 2016;22(2):74-9
- 173- Gökdemir G. Saç dökülme tedavisinde mezoterapi ve trombositlen zengin plazma. *Türkderm* 2014;48(özel sayı 1):74-9.
- 174- Bass C, Peveler R, House A. Somatoform bozukluklar: psikiyatristler tarafından ihmal edilen ciddi psikiyatrik hastalıklar
- 175- Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom.* 2000 Jul-Aug;69(4):205-15. doi: 10.1159/000012395. PMID: 10867588
- 176- olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract.* 2013;63(617):625–626. doi: 10.3399/bjgp13X675241.
- 177- Dirkzwager AJ, Verhaak PF. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract.* 2007;8:33. doi: 10.1186/1471-2296-8-33
- 178- Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, et al. 'I've been crying my way' — qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract.* 1996;13(6):498–503. doi: 10.1093/fampra/13.6.498.
- 179- Salmon P, Ring A, Dowrick D et al.. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005;59:255–60. 10.1016/j.jpsychores.2005.03.004
- 180- Katon, WJ ve Walker, EA (1998). Birinci basamakta tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 59 (Ek 20), 15–21

181- Ranque, O. Nardon,Prise en charge des symptômes m dicalement inexplicu es en m decine interne : un paradigme de la relation m decin-malade en situation d'incertitude,La Revue de M decine Interne,Volume 38, Issue 7,2017,,

182- Yon K , Habermann S , Rosenthal J ve diğerleriBirleşik Krallık'ta yeni kalifiye doktorlar i in tıbbi olarak a ıklanamayan semptomlarla ilgili  ğretimin iyileştirilmesi: bir anket araştırması ve uzman  alıştayından elde edilen bulgular*BMJ A ık* 2017; **7**: e014720. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014720

183-- Alexander Lehn, Joanne Bullock-Saxton, Peter Newcombe, Alan Carson, Jon Stone,Survey of the perceptions of health practitioners regarding Functional Neurological Disorders in Australia,Journal of Clinical Neuroscience,Volume 67,2019,)

184- Barsky AJ , Orav EJ , Bates DW . Somatizasyon, psikiyatrik ve tıbbi komorbiditeden bağımsız olarak tıbbi kullanımı ve maliyetleri artırır . *Ark. Genel Psikiyatri* 2005 ; 62 : 903 – 10 .

185- Upendra Baitha, Koushik Sinha Deb, Piyush Ranjan et.al.Estimated prevalence of medically unexplained physical symptoms in the medicine outpatient department of a tertiary care hospital in India,General Hospital Psychiatry,Volume 61,2019,)

186- Baitha U, Deb KS, Ranjan p et al. Estimated prevalence of medically unexplained physical symptoms in the medicine outpatient department of a tertiary care hospital in india. General Hospital psychiatry [internet]. 2019;61:47-52)

187-Kuby AK, L we B, Fabisch AB et al. Predictors of Seeking Psychotherapy in Primary Care Patients with High Somatic Symptom Burden. Behav Med. 2019 Jul-Sep;45(3):231-239. doi: 10.1080/08964289.2018.1510366. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30526413).

188- A. Kuruvilla, K.S. Jacob Perceptions about anxiety, depression and somatization in general medical settings: a qualitative study Natl. Med. J. India, 25 (2012), pp. 332-335

- 189- Lehmann M, Pohontsch NJ, Zimmermann T, Scherer M, Löwe B. Diagnostic and treatment barriers to persistent somatic symptoms in primary care - representative survey with physicians. *BMC Fam Pract*. 2021 Apr 1;22(1):60. doi: 10.1186/s12875-021-01397-w. PMID: 33794776; PMCID: PMC8017612
- 190- Johansen ML, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2017 Apr;100(4):647-654. doi: 10.1016/j.pec.2016.11.015. Epub 2016 Nov 21. PMID: 27894609
- 191- Stanley IM, Peters S, Salmon P. A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms. *Int J Psychiatry Med*. 2002;32(2):125–40. , (Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care*. 2001;39(7):705–15
- 192- Lehn A, Bullock-Saxton J, Newcombe P, Carson A, Stone J. Survey of the perceptions of health practitioners regarding Functional Neurological Disorders in Australia. *J Clin Neurosci*. 2019 Sep;67:114-123. doi: 10.1016/j.jocn.2019.06.008. Epub 2019 Jun 20. PMID: 31229424.
- 193- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W et al. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 803–13. , Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO et al. NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS). *Huisarts Wet* 2013; 56: 222–30
- 194- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Yoldi-Elcid A, Lopez-Aylon R, Monton C. Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated? *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 528–33)
- 195- Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53: 231–9
- 196- Dowrick C, Gask L, Hughes JG, et al. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire

and qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2008 Aug 19;9:46. doi: 10.1186/1471-2296-9-46. PMID: 18713473; PMCID: PMC2533666

197- Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A systematic overview of reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:610-615.

198- Nahin RL, Boineau R, Khalsa PS, Stussman BJ, Weber WJ. Evidence-based evaluation of complementary health approaches for pain management in the United States. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(9):1292-1306

199- Ulusoy H, Güçer TK, Aksu M ve ark. The use of complementary and alternative medicine in Turkish patients with rheumatic diseases. *Turk J Rheumatol.* 2012;27(1):31-37.

200- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C ,Yoldi-Elcid A, Lopez-Aylon R, Monton C . Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated? *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 528–33

201- *Journal of Clinical Neuroscience* 67 (2019) 114–123 ,Alexander Lehn a,b , Joanne Bullock-Saxton c , Peter Newcombe d , Alan Carson e , Jon Stone e)

8. SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

GP: Genel Pratisyen

MUS: Medically Unexplained Symptoms

ICD: International Classification of Disease

FSS: Fonksiyonel Somatik Sendromlar

MUPS: Medically Unexplained Physical Symptoms

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

MÖ: Milattan Önce

APA: American Psychology Association

SBB: Somatik Belirti Bozukluğu

SSRD: Somatic Symptom Related Disorders

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

USD: United States Dolar

PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15

SSS-8: Somatic Symptom Scale-8

SSD-12: Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

SJW: St. John's wort

İBS: İrritabl Bağırsak Sendromu

PNEN: Psikojenik Nonepileptik Nöbet

OMT: Osteopatik Manipülatif Tedavi

ESCOP: European Scientific Cooperative on Phytotherapy

€:Euro

£:Sterlin

\$:Dolar



9. TABLOLAR DİZİNİ

	Sf. no
Tablo 1. Uzmanlık dalları ve sorunlu hastalıkları	59
Tablo 2. Katılımcıların yaş aralıkları ve cinsiyet dağılımı.	66
Tablo 3. Katılımcıların görev süresi aralıkları ve cinsiyet dağılımı	67
Tablo 4. Katılımcıların haftalık erişkin muayene sayısı aralıkları ve cinsiyet	67
Tablo 5. Katılımcıların haftalık/aylık SBB vaka sayısı aralıkları ve cinsiyet dağılımı.	68
Tablo 6. Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri ilgi/merak seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	68
Tablo 7. Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri kayıtsızlık/umursamazlık seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	69
Tablo 8. Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri kızgınlık seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	69
Tablo 9. Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri hüsrân/hayal kırıklığı seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	70
Tablo 10. Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri acizlik/etkisizlik seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	71
Tablo 11. Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri yetersizlik korkusu seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	71
Tablo 12. Katılımcıların SBB vakası ile karşılaştıklarında gösterdikleri bir hastalığı/tanıyı atlama korkusu seçeneğinin tercih sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	72
Tablo 13. Katılımcıların SBB vakasıyla karşılaştıklarında tepki/hissettikleri tercih edilme önceliği sırasına göre dağılımı	73
Tablo 14. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "hastayı dinleme" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete	

göre dağılımı	74
Tablo 15. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "güven ve destek sağlamak" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	75
Tablo 16. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları bilgi vermek stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	75
Tablo 17. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "ileri testler istemek / ileri testler için yönlendirmek" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	76
Tablo 18. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "üst basamak sağlık kurumuna sevk etmek" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	77
Tablo 19. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "ilaç yazmak" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	77
Tablo 20. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "psikoterapi / bilişsel davranışçı terapi uygulamak veya uygulanması için yönlendirmek" stratejisinin tercih edilme sırasına ve göre dağılımı	78
Tablo 21. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları "geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamak veya uygulamak için yönlendirmek" stratejisinin tercih edilme sırasına ve cinsiyete göre dağılımı	79
Tablo 22. Katılımcıların SBB vakasını yönetirken uyguladıkları stratejilerin tercih edilme önceliği sırasına göre dağılımı	80
Tablo 23. Katılımcıların "SBB vakalarının yönetiminde birinci basamakta uygulanacak Psikoterapi/Bilişsel Davranışçı Terapi ne ölçüde faydalı olabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete dağılımları	81
Tablo 24. Katılımcıların "SBB vakalarının yönetiminde birinci basamakta uygulanacak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ne ölçüde faydalı olabilir?" sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları	82

Tablo 25. Katılımcıların "SBB hakkında bilgi edinmek için en faydalıdır?" sorusuna verdikleri yanıtların tercih edilme dağılımları

83

