

## Fonksiyonel somatik sendromlar ve DSM-5: Zihin beden yaklaşımı açısından bir değerlendirme

Burak Duruk<sup>1</sup>  0000-0002-4724-6417, Özlem Sertel Berk<sup>2</sup>  0000-0002-3045-3903

### Anahtar kelimeler

zihin beden bütünlüğü, somatizasyon, fonksiyonel somatik sendromlar, DSM-5, bedensel belirti bozukluğu

### Key words

mind-body integration, somatization, functional somatic syndromes, DSM-5, somatic symptom disorder

### Öz

Klasik anlayışla “Somatizasyon” veya “Psikosomatik” olarak ifade edilen klinik görüngüler çağdaş literatürde sıklıkla “Fonksiyonel Somatik Sendrom” üst başlığı altında değerlendirilmektedir. Ancak günümüz tıp sistemi uygulamalarında halen geçerliğini koruyan biyomedikal düalistik anlayış bu klinik görüngülere tam bir zihin-beden bütünlüğü içerisinde yaklaşılmasını engellemektedir. Bu sendrom ve semptomların tanılanmasında da DSM-IV’te “tıbben açıklanamamaları” üzerinden yapılan bir değerlendirme merkezi role sahip olmuştur. Bu türden bir bakış açısının da doğası gereği multidisipliner bir ekiple ele alınması gereken Fonksiyonel Somatik Sendromların anlaşılmasını ve ele alınmasını zorlaştırdığı söylenebilir. Öte yandan APA’nın 2013 yılında yayınladığı DSM-5 ile gelen revizyonlar, ilgili klinik görüngülerin ele alınmasında önemli bir dönüşümü başlatmış görünmektedir. Bu yeni tanısal sistemle ortaya konan revizyonlar Fonksiyonel Somatik Sendromların düalistik bakışla ele alınmasında ön planda olan temel problemleri çözmeye aday görünmektedir. Bu bağlamda bu derleme çalışmasında ilgili klinik görüngülerin tam bir “zihin-beden bütünlüğü” yaklaşımıyla ele alınabilmesi açısından DSM-5’in kritik rolünün ve güncel bakış açılarının özetlenmesi amaçlanmıştır.

### Abstract

#### Functional somatic syndromes and DSM-5: An evaluation from the standpoint of mind-body approach

Clinical phenomena, classically expressed as “Somatization” or “Psychosomatic” have become to be evaluated under the title of “Functional Somatic Syndromes” in the current literature. However, biomedical dualism which still remains valid in today’s medical practice prevents these clinical phenomena from being approached in a complete mind-body integrity. In the diagnosis of these syndromes and symptoms, emphasis on “medically unexplained” of DSM-IV had a central role. Indeed, this kind of approach makes the understanding and addressing of Functional Somatic Syndromes in a multidisciplinary fashion difficult. On the other hand, the revisions on DSM-5 by APA in 2013 seem to have initiated an important reconceptualization of these clinical phenomena. These revisions seem promising for solving main problems in handling Functional Somatic Syndromes caused by a dualistic approach. Therefore, this review aimed to discuss the critical role of DSM-5 on Functional Somatic Syndromes and summarize current approaches about them by proposing a full “mind-body integration”.

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.

✉ Burak Duruk · burak.duruk@medeniyet.edu.tr

<sup>1</sup> Arş. Gör., İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Göztepe Kuzey Yerleşkesi, E Blok, Oda No: 214; 34700, Üsküdar/İstanbul

<sup>2</sup> Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, B Blok, Balabanağa Mah. Ordu Cad. No: 6, Laleli Fatih İstanbul

Geliş tarihi: 31.05.2019

Kabul tarihi: 31.07.2019



Klinisyenin fiziksel muayenesi ve tam teşekküllü tıbbi bir inceleme sonucunda saptanabilir bir patolojinin olmadığı ya da saptanan tıbbi bir patolojinin varlığında eldeki 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 son yıllarda giderek artan bir şekilde “Fonksiyonel Somatik Sendrom” (FSS) kavramı ile ifade edilmektedir (Duruk, Sertel-Berk ve Ketenci, 2015). Güncel literatür tıp ve psikoloji alanlarını fazlasıyla meşgul eden ve tıbben açıklanamayan fiziksel belirtiler ekseninde seyrederek “somatizasyon” olarak tanımlanan durumları, gelişmesi, alevlenmesi ve sürmesindeki psikolojik faktörlerle birlikte tıbbi bağlantıları görece daha net olan “psikosomatik” durumlarla paylaştıkları klinik ve demografik özellikler sebebiyle FSS başlığı altında ele almaktadır (Rief ve Isaac, 2014). Yukarıdaki tanımlamaya klinik somatizasyonun tıbben açıklanabilirliği veya açıklanamazlığına dayanan düalistik ve etiyolojik bir bakışla yaklaşıldığında ise ortada ciddi bir sorun var gibi görünmektedir. Ancak literatür, bu türden bir bakış açısıyla somatizasyonun iki ucu olarak görülen tıbben açıklanamayan ve psikosomatik belirtili bu hastaların psikolojik ve demografik yapıları kadar, nesnel belirtilerinin de “ortak” olduğuna işaret etmektedir (Barsky ve Borus, 1999). Bu görüşü savunan araştırmacılar, FSS bağlamında değerlendirilen bu klinik somatizasyon durumlarının genel itibarıyla; sırt, baş, boyun, eklem ağrıları, halsizlik, güçsüzlük, karınca lanma, sersemlik, baş dönmesi, konsantrasyon ve uyku problemleri gibi bir dizi belirtiyi paylaştığını ortaya koymaktadır (Fink ve Rosendal, 2008; Mayou ve Farmer, 2002). Bu bağlamda kıymetli sonuçlar ortaya koyan çalışmalar söz konusu belirtileri gösteren hastalara konulan tanılarının sıklıkla birbirini kapsadığını göstermektedir. Nitekim Sullivan, Smith ve Buchwald’ın (2002) fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendrom tanıları alan 646 hastayı en sık görülen 32 belirti üzerinden örtük sınıf analizi ile inceledikleri ve semptomların dağılımı noktasında aralarında anlamlı bir fark bulgulamadıkları çalışmaları önemli bir örnek teşkil etmektedir. Öte yandan Duruk ve arkadaşlarının (2015) klasik tabirle somatizasyon olarak değerlendirilebilecek fibromiyalji sendromu ile psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirilebilecek başarısız bel cerrahisi sendromu hastalarını literatürde “hastalık yaşantısını” etkilediği belirtilen 13 değişken açısından (Rief ve Broadbent, 2007) kıyasladığı çalışma bahsetmeye değerdir. Çalışmada karşı-

laştırılmalar yaş, eğitim, cinsiyet gibi demografik değişkenler açısından araştırma grupları ile bire bir eşleştirilen sağlıklı ve kronik tıbbi hastalıklı kontrol gruplarıyla birlikte dört grup üzerinden gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar fibromiyalji ve başarısız bel cerrahisi sendromlarının kronik tıbbi hastalık, ağrı ve psikopatoloji soy geçmişi gibi ailesel; ağrı süresi, sıklığı, şiddeti, ağrı beklenti korkusu, ağrılı bölge sayısı ve ağrı ile baş etme tarzları gibi semptomatolojik; ve bu semptomatolojiyi etkileyebileceği düşünülen aleksitimi, semptom yorumlama, bedensel duyuları abartma ve depresyon düzeyleri gibi psikolojik değişkenler açısından farklılaşmadıklarını; ancak iki grubun birleştirildiği FSS grubunun ilgili değişkenlerin tamamında kontrol gruplarından anlamlı derecede farklılaştıklarını göstermiştir. Yine bir başka çalışmada 58 fibromiyalji, 54 kronik yorgunluk, 43 huzursuz bağırsak sendromu ile 129 kardiyak olmayan göğüs ağrılı toplamda 284 FSS’li hastanın belirtileri yarı yapılandırılmış klinik görüşme ile incelenmiş ve söz konusu grupların belirtiler açısından birbiriyle uyuşma oranı % 95 olarak tespit edilmiştir (Fink ve Schröder, 2010).

FSS’li sendrom ve hastalıklar arasında görülen söz konusu yüksek örtüşme durumu ile birlikte tıbbi ortamlarda bu hastalarla karşılaşılması “sistemsel” bir sorun ortaya çıkarmaktadır. Sorunun doğduğu nokta ise tıp sisteminin temel parçaları olarak doktor ve hastaların hastalık algılarının alışlagelmişin dışına çıkamamasıdır. Altta yatan “bedensel belirtinin bedensel bir sebebi olmalı” anlayışı söz konusu hastalarla karşılaşan doktorun ya da bu hastalar için çok fazla tetkik istemesine ya da bir süreden sonra hastanın belirtilerinin “hayali” olduğu imasıyla onu psikiyatriste yönlendirmesine neden olmaktadır (Ünal, 2002). Öte yandan aynı tıp sisteminin diğer bir parçası olarak hastalar da belirtilerinin biyolojik/organik olduğu yönündeki yoğun inançları sebebiyle sorunun doktorun kendisinde olduğunu düşünürler ve kendilerine “tıbbi” açıklamayı yapacak başka bir doktor arayışına girerler (Mayou ve Farmer, 2002). Dolayısıyla klinik somatizasyon alanındaki tıp pratiği, belirtileri için tıbbi açıklama arayan hastalar ile onları katı bir biyomedikal anlayışla ele alan ve hastanın getirdiği belirtiler için tıbbi kanıtlar elde edemediğinde onları “psikiyatriste/psikoloğa” yönlendirmek isteyen doktorlar arasında sıkışmış durumdadır. Biyomedikal anlayış her olgunun biyolojik, psikolojik ve toplumsal etkenlerin “biricik” bir karmasıyla oluşabileceği “biyopsikososyal” anlayışı görmezden gelirken, hastalıkların etiyolojisinin tekil nedenselliklerle anlaşılabilirliğini ileri sürer (Duruk, 2013). Nitekim bu

durum FSS'lerin psikiyatrik tanılanmasında da kendini göstermekte ve ilgili klinik görüngülerin ele alınması noktasında "bir hastalık; ancak tıbbi değilse psikiyatrik/psikolojik olabilir" düşüncesini besleyecek bir anlayış göstermesine neden olmaktadır. Bu konudaki eleştirilerin odağında ise daha sonra detaylarıyla bahsedilecek olan "somatoform bozukluklar" daha özelden ise "somatizasyon bozukluğu" kavramsallaştırması ve tanılaması yer almaktadır. İçerdiği düalistik anlayış sebebiyle kendi kendini tıp sisteminin dışına çıkaran ve dolayısıyla tıpta yer alan diğer uzmanlık dalları tarafından tercih edilmesi oldukça zor olan "somatizasyon bozukluğu" tanısı, her uzmanlık alanının kendi alanında karşılaştığı "zor hastalardan" oluşan "sorunlu hastalıkların" doğmasının önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir (Löwe ve ark., 2008). Aynı klinik görüngenye ve hasta şikâyetlerine ilişkin tıbbi ve psikiyatrik tanımlar arasındaki farklılıklar yaşanan karmaşanın göstergesidir (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke ve Sharpe, 2005). Nitekim DSM-IV'te (APA, 1994) somatizasyon bozukluğu ve tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler, DSM-5'te (APA, 2013) bedensel belirti bozuklukları ve diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler olarak tanımlanan FSS'lerin; örneğin 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 tanımlanabildiği görülmektedir (Mayou ve ark., 2005).

Özetle, son yıllarda tıp ve psikoloji alanını hayli meşgul eden ve geleneksel ifadeyle "somatizasyon" ya da "psikosomatik" tabirleriyle ele alınan klinik görüngüler artık FSS başlığı altında değerlendirilmekte ve gerek paylaştıkları belirtiler ve hastalıklarını ele alışları gerekse tıp sistemi içerisindeki yerleri ve rolleri sebebiyle birbirlerinden ayrışmamaktadır. FSS'li hastaların tıp sistemi içerisinde değerlendirilmesi ve bununla ilgili olarak tanılanması söz konusu olduğunda ise ciddi bir sorun ortaya çıkmaktadır. Bunun temel sebebi ise tıp sisteminde var olan düalistik anlayışın zihin-beden bütünlüğü yaklaşımının benimsendiği DSM-5'e (APA, 2013) kadar psikiyatri alanındaki sarsılmaz hakimiyetini sürdürmesidir (Şahin, Türkcan, Belene, Yeşilbursa ve Yurt, 2009). Dolayısıyla bu çalışmada DSM-5'te zihin-beden düalizminden uzaklaşabilmek adına FSS'lerin tanılanmasında kullanılan bedensel belirti bozuklukları ve diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler tanımları bağlamında ne türden revizyonların hangi referanslar-

la yapıldığı özellikle ilgili tanımların DSM-IV halleri üzerinden kıyaslanarak aktarılacak, ardından da DSM-5 ile gelen revizyonların zihin-beden bütünlüğü yaklaşımına ilişkin yeterliliği gelecekle ilgili öneri ve görüşler bağlamında tartışılacaktır.

### DSM-5 Öncesi Tanılama ve Zihin-Beden Düalizmi

Son yıllarda değerini gittikçe arttıran bir kavram olarak FSS güncel literatürdeki varlığını sağlamlaştırmaya devam etmektedir. "Patoloji olmaksızın tıbbi belirti", "tıbben açıklanamayan belirti", "fonksiyonel somatik sendrom/semptom", "somatizasyon", "psikosomatik hastalıklar" ve "bedensel belirti bozukluğu" vb. kavramlar klinik somatizasyonun farklı isimlendirilişleri olarak dikkati çekmektedir (Fink, Rosendal ve Toft, 2002). Tanılamaya ilişkin baskı ön planda olmadığında, bu kavramlardan hangisi tercih edilirse edilsin anlatılmak istenen büyük oranda aynıdır: bedensel şikâyetler devam etmesine rağmen ya organik bir patoloji saptanamamaktadır ya da saptanan organik patoloji semptomatolojik tabloyu tek başına açıklamakta yetersiz kalmaktadır (Greco, 2012). FSS'lere tanılama baskısı ile yaklaşılması ise durumu içinden çıkılması zor bir hale getirmektedir. Aslına bakılırsa doktorların bir hasta için elde ettikleri tıbbi bulgulara göre tanı koyması hastalığın prognozu (gidişatı) üzerinde oldukça etkilidir. Üstelik tanılama, aşına olunan düzende bir düşünme ve müdahale alanı sağladığından, bazı kavramların kullanılabilmesini ve yapılacak müdahalelerin genel olarak belli olmasına yaptığı etkilerle doktorun iyi hissetmesini sağlamaktadır (Duruk, 2013). Ancak tüm bunlara rağmen eldeki tıbbi/organik/fizyolojik kanıtların tabloyu açıklamakta zorlandığı durumlar önemli bir problemin doğmasına neden olmaktadır. Doktorların çağdaş tıbbin elde ettiği tüm teknolojik olanakların kullanıldığı; ancak nesnel bir bulgu elde edilemeyen hastalara sıklıkla problemin "bedenlerinde" değil "kafalarında" olduğu imasıyla onları psikiyatri/psikoloji birimlerine sevk etmesi sorunun türüne dair önemli bir ipucu vermektedir (Sayar, 2002). Konu ile ilgili Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh ve Wessely'in (1998) 58 tıbben açıklanamayan ve 45 tıbben açıklanabilir belirtili toplamda 103 kronik ağrı hastası üzerinden yürüttükleri kontrollü çalışma oldukça önemli bilgiler sunmaktadır. Hastaların son doktor randevularındaki tavsiye ve yönlendirmelerin incelenmesiyle elde edilen bulgular tıbben açıklanamayan belirtili grubun diğer gruba oranla anlamlı derecede daha fazla belirtilerinin "kafasında" olduğu imasıyla karşılaştıklarını ve tedavilerinden memnuniyetsiz olduklarını ortaya koymakta-

dır. Yapılan bir başka çalışma da tıp eğitiminin, tamamıyla zihin-beden bütünlüğü yaklaşımıyla ele alınması gereken bu klinik görüngenye ne denli “düalistik” bir tavır sergilediğini ortaya koyar niteliktedir. Ayaktan başvuran 420 tıbben açıklanamayan belirtili hastanın pratisyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen muayenelerinin ses kaydı ve video görüntülerinin niteliksel olarak incelendiği çalışmada, pratisyen doktorların salt tıbbi/fiziksel bir müdahalede bulunma konusunda kendilerine başvuran hastalardan daha istekli ve yönlendirici davrandıkları sonucuna ulaşılmıştır (Ring, Dowrick, Humphris, Davies ve Salmon, 2005). Klinik pratikte sıklıkla karşılaşılan durumların literatür bulgularıyla desteklenmesiyle ortaya çıkan bu bilgiler, zihin-beden bütünlüğü yaklaşımının tıp eğitimi ve pratiğindeki yerini sorgulamamıza neden olmaktadır.

Öte yandan tıp pratiğinde özellikle FSS anlayışında görülen bu zihin-beden ayrılığının izlerini psikiyatrik tanılamada da görmek mümkündür. Klinik somatizasyonun psikiyatri disiplininde zaman içerisinde izlediği gelişim çizgisinin APA’nın (American Psychiatric Association) farklı DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) versiyonlarına nasıl yansıdığını bilmenin de FSS’lerin bugünü ve yarınının daha doğru anlaşılması için gerekli zemini sağlayacağı düşünülmektedir. Buna göre DSM-III (APA, 1980), 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 APA’nın psikiyatrik tanılama sistemine ilk kez girmesini sağlamıştır (Oken, 2007). 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 (APA, 1994), DSM-III’te (APA, 1980) 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’nin bu versiyonunda FSS’lerin önemli bir bölümünün “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 (Kirmayer ve Taillefer, 1997):

1. Zihin ve beden birbirinden ayrıdır ve herhangi bir bedensel şikâyetin tek başına psikolojik ya da tek başına organik sebeplerle açıklanmasında herhangi bir problem bulunmamaktadır.
2. Psikolojik olandan ziyade biyolojik yani tıbbi olan hastalık daha geçerli ve kabul edilebilir olandır.

Bu bilgiler ışığında klinik görüngenlere zihin-beden düalizmiyle yaklaşılmasının psikoloji/psikiyatriyi tıbbın dışında tutmaya neden olduğu ve bu durumun doğası gereği zaten çok disiplinli (multidisipliner) bir şekilde ele alınması gereken FSS’lerin anlaşılması ve ele alınmasını zorlaştırdığı söylenebilir (Bunge, 2010).

### DSM-5 ve Zihin-Beden Bütünlüğü

FSS’lerin tanılanması ve tanımlanmasına yönelik yoğun bakış açısı farklılıklarına rağmen bu klinik görüngenlere yönelik yeni bir anlayışa ihtiyaç olduğu konusunda literatürde son yıllarda önemli oranda fikir birliği sağlamıştır (Kroenke, 2006). Bu konudaki beklentilerin odağında ise APA’nın 2013 yılı içinde yayımladığı DSM-5 ile getirilen revizyonların klinik pratikteki karşılığı yer alır (Kroenke, Sharpe ve Sykes, 2007). Daha sonra detayları ile açıklanacak olan bu revizyonların temel itibarıyla; damgalanmayı (Rief ve Martin, 2014), tanı kriterlerinde kullanılan terminolojideki muğlak noktaları ve bozukluklar arası net olmayan sınırları azaltmaya odaklandığı dikkati çekmektedir. Daha spesifik olarak ise ilgili revizyonlar; hastanın deneyimlediği yaşantıdan daha çok “tıbben açıklanabilir/açıklanamaz” ayırımına odaklanma, tanımlanan bozuklukların klinik pratikteki kullanım yaygınlığı ve DSM-5’e kadar geçerli olan beş eksenli tanılama ile ortaya çıkan kategorik ve yüksek düzeyde eş tanıli değerlendirme problemlerine çözümler sunmayı hedeflemektedir (Dimsdale ve ark., 2013).



Bu noktada DSM-IV'ten DSM-5'e geçişte "somatoform bozukluklar" ana tanı grubunda gerçekleştirilen yapısal değişiklikleri kısaca özetlemek yerinde olacaktır. Buna göre "somatoform bozukluklar" ana tanı grubuna ait somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, başka türlü adlandırılmayan somatizasyon bozukluğu tanılarının uğradıkları tanısız 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 (işlevgören nöroloji belirtisi) bozukluğu, diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkiler, 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 (APA, 2013). 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 (Jacob, Hugo ve Dunbar-Jacob, 2015). Bu bağlamda DSM-5 ile FSS anlayışına getirilen revizyonlar gerek klinik pratiğe gerekse tanılama anlayışına doğrudan etkide bulunan iki temel revizyon grubu şeklinde ele alınacaktır:

1. Belirtilerin Tıbben Açıklanamaması Ön Şartına İlişkin Revizyonlar
2. Tanılamada Psikiyatri ve Diğer Tıp Disiplinleri Arasındaki Farkları Ortadan Kaldırmaya İlişkin Revizyonlar

### **Belirtilerin Tıbben Açıklanamaması Ön Şartına İlişkin Revizyonlar**

DSM-5'te yer alan bu yeni zihin-beden anlayışını, DSM-IV'teki ifadesi ile somatizasyon bozukluğu tanı grubuna yöneltilen eleştiriler üzerinden değerlendirmek mümkündür. 2000 yılında yayımlanan DSM-IV-TR'de somatizasyon bozukluğu tanı kategorisine yönelik temel eleştirilerden birincisi, söz konusu grup için temel kriter olarak görülen "tıbben açıklanamayan" ifadesine yöneliktir. Bu konuda yer alan eleştirilerin odağında ise daha önce de belirtildiği gibi; psikiyatrik bir tanı kategorisinin "ne olmadığı" gibi ne-

gatif bir tanı kriteri üzerinden tanılanması yerine o bozukluğun "ne olduğunu" belirtecek pozitif bir kriterle tanılanması gerekliliği yatar (Sykes, 2012). Ek olarak pek çok araştırmacı DSM-IV somatizasyon bozukluğu tanısındaki "tıbben açıklanamayan belirti" kriterinin uygulayıcı geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olması sebebiyle DSM-5'te ortadan kaldırıldığını belirtmektedir (Fink, Rosendal ve Olesen, 2005; Guidi, Rafanelli, Roncuzzi, Sirri ve Fava, 2013). Bu noktada örneğin Fink ve arkadaşlarının (2002) "Genişletilmiş Yeniden Yorumlama ve Yönetim Modeli" (The Extended Reattribution and Management Model-TERM) psikiyatri dışı doktorların FSS'li hastaları ele alışlarına ilişkin biyomedikal modelden gelen geleneksel tutumlarını değiştirmeyi hedefleyerek uygulayıcı geçerlik ve güvenilirliğini arttırmaya ilişkin önemli bulgular sunmaktadır. Modelde genel pratikteki doktorlara tıbbi temeli olup olmamasına bakılmaksızın klinik somatizasyon durumlarını aktif bir şekilde ele almanın diğer hastalıkları ele almak kadar önemli olduğuyla birlikte, söz konusu hastalarla karşılaştıkları ilk andan başlayarak tedavi süreci boyunca bu hastaları nasıl ele almaları gerektiği konusunda yardımcı olacak bilişsel, davranışsal ve yönetsel stratejiler öğretilmiştir. Çalışmaya katılan 80 doktor ile onların gördüğü 4000 hastadan elde edilen boylamsal sonuçlar "TERM" modeli kapsamında eğitilen doktorların FSS'li hastalarla çalışırken anlamlı oranda daha rahat hissettiklerini ve bu hastaları daha doğru bir şekilde ele alarak yönlendirdiklerini, bunun sonucu olarak da FSS'li hastaların sağlık sistemi kullanımlarının düştüğünü ortaya koymaktadır (Fink ve Rosendal, 2008). Randomize ve kontrol gruplu olarak gerçekleştirilen bir başka çalışmada da birincil sağlık sistemindeki doktorlara FSS'li hastaları zihin-beden bütünlüğü yaklaşımı içerisinde nasıl ele alabileceklerine ilişkin sadece bir günlük bir eğitim verilmiştir. Yirmi altı doktor tarafından muayene edilen 295 hasta üzerinden elde edilen bulgular, eğitimden altı ay sonraki doktor başvurusu sayılarının anlamlı olarak düştüğüne işaret etmektedir (Rief, Martin, Rauh, Zech ve Bender, 2006). Öte yandan tıbben açıklanamayan belirtiler ve genel tıbbi belirtilerin ayırt edicilik açısından karşılaştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında da tıbben açıklanamayan belirtiler anlayışının zayıf ayırt ediciliğe sahip olduğu ortaya konulmuş ve bu bağlamda araştırmacılar DSM-5'te "tıbben açıklanamayan belirti" kavramının kullanımı yerine semptomun etiyolojisine ve türüne dair herhangi bir vurgu belirtmeyen "somatik belirti" kavramının daha uygun olacağını tartışmışlardır (Tomenson ve ark., 2013).

Literatürdeki bu ve benzeri çalışmalardan (örneğin Fink ve ark., 2002; Fink ve Rosendal, 2008; Guidi ve ark., 2013; Tomenson ve ark., 2013) elde edilen bulgular ışığında DSM-5'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 (APA, 2013). Ayrıca DSM-IV'te "tıbbi durumu etkileyen ruhsal etmenler" olarak ifade edilen tanı grubunun DSM-5'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 (Köroğlu, 2014). Aynı tanı grubuna ilişkin farklı DSM versiyonlarında kullanılan İngilizce ifadelerle bakılarak kelimelerin ilk anlamlarına dayalı Türkçe bir çeviri yapılacak olursa buradaki en önemli farklılığın "tıbbi durum" (medical conditions) yerine kullanılan "diğer tıbbi durum" (other medical conditions) olduğu dikkati çekmektedir. Ruhsal bozuklukların tanısız 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. Nitekim bu bakış açısının DSM-5'in Türkçe çevirisine yansıdığı ve DSM-IV'te "tıbbi" olarak çevrilen "medical" ifadesinin DSM-5'te "sağlık" olarak (bkz. DSM-5 diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler) çevrildiği görülmektedir. DSM-III-R'den bu yana farklı DSM versiyonlarının Türkçeye kazandırılmasını sağlayan Ertuğrul Köroğlu da aynı İngilizce karşılığa farklı DSM versiyonlarında farklı Türkçe karşılıklar kullanmasının altında değişen DSM genel yaklaşımları olduğunu ifade ederek yukarıdaki tespimizi desteklemektedir (Köroğlu, 2014). Dolayısıyla "medical" ifadesinin bu kez "sağlık" olarak çevrilmesini sağlayanın DSM-5'in bu yeni yaklaşımı olduğu söylenebilir.

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 almayacağına kabulünü beraberinde getirmektedir (Gol ve ark., 2014).

"Bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" tanı grubuna ilişkin söz konusu DSM-5 nosyonunun izlerini DSM-IV "somatoform bozukluklar" tanı kriterlerinin değişim nedenleri üzerinden sürmek de mümkündür. Buna göre ilgili tanı grubunun ana tanılarından biri olan somatizasyon bozukluğu "B" tanı kriteri "en az dört ağrı, en az iki gastrointestinal, en az bir cinsel ve en az bir psödonörolojik semptomun varlığını" zorunlu kılmakta (APA, 1994) ve bu haliyle hastanın ortaya koyduğu semptomların etiyojisine (örneğin; tıbben açıklanabilir/açıklanamaz), türüne (örneğin; cinsel ya da gastrointestinal semptom) ve bedendeki yaygınlığına (örneğin; en az dört farklı semptom türünden belirli sayıda) ilişkin değerlendirmeyi merkeze koymaktaydı. Oysa literatür pek çok çalışmayla tipik bir FSS klinik görüngüsünde ortaya çıkan semptom sayısı ve türünden ziyade hastaların bu semptomlarla kurdukları ilişkinin yansıması olan hastalık algılarının daha önemli olduğunun altını çizmektedir (Gol ve ark., 2014). Ayrıca yapılan epidemiyolojik çalışmalarla söz konusu kriterleri tam olarak karşılamayan hastalardan oluşan başka türlü adlandırılmayan somatizasyon bozukluğu yaygınlığının yaklaşık olarak %19 olarak tespit edilmesine rağmen yukarıda bahsedilen kriterlerle sınırları belirlenen somatizasyon bozukluğu tanısının toplumdaki yaygınlığının %1'den daha düşük olduğu bulgulanmıştır (APA, 2013). Dolayısıyla bu ve benzeri bulgular klinik somatizasyonu bireylerin hastalık yaşantılarına değil de DSM-IV'deki gibi karşılanması zor ve katı kriterlere dayanan bir bakış açısıyla ele alınmanın ilgili vakaların tespit edilmesine yaptığı karıştırıcı etkiyi gözler önüne sermektedir (Rief ve Isaac, 2007). Nitekim APA, DSM-5'teki "bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" ana tanı grubunun giriş bölümünde yer alan aşağıdaki 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 yansımaları sağlar (APA, 2013, s. 413).*

Bununla birlikte DSM-IV'teki gibi semptomun türü üzerinden yapılan bir tanılamamın DSM-5 bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar tanı kategorisi üzerindeki etkisini tamamen kaybettiği de söylenemez. Bu bağlamda DSM-5 bedensel belirti bozukluğu tanısı içerisinde yer alan "ağrının baskın olması ile giden" niteleyicisi, DSM-IV'teki "ağrı bozukluğu" gibi kendini başlı başına ayrı bir tanı kategorisi olarak ortaya koymasa da bu niteleyicinin varlığı, semptomun türü üzerinden yapılan değerlendirmenin tanılamadaki kritik rolünün azalmasına rağmen devam ettiğinin göstergesidir. Bu türden bir kavramsallaştırma ve kategorizasyonun "semptomun türü, etiolojisi ve bedendeki yaygınlığından çok hastanın semptomla kurduğu duygusal, düşünsel ve davranışsal ilişkinin önemi" anlayışını DSM-IV'teki anlayışa yakın bir çizgiye geriletmişti söylenebilir. Bu konuda literatürün bir kısmı ağrının bu hastalardaki görülme durumuna bedensel belirti bozukluğunun prognozu üzerindeki rolü dolayısıyla çok daha özel bir anlam vererek, söz konusu tanı içerisinde önemli bir niteleyici olarak kalması gerektiğini savunmaktadır (Rief ve Martin, 2014). Henüz DSM-IV yürürlükte iken görüşlerini ifade eden diğer bazı araştırmacılar ise ağrının zaten bu hasta gruplarının hepsinde başat olması sebebiyle ağrıya yönelik ayrı bir tanının bulunmaması gerektiğini öne sürmektedirler (Gatchel ve Dersh, 2002). Bunlarla birlikte DSM'nin son iki versiyonunda ortaya konan revizyonların gelişim yönü ve çizgisinden hareketle, sonraki DSM versiyonlarında özellikle bedensel belirti bozukluğu tanısı için semptomun etiolojisi ve türünü ön plana çıkartan "ağrının baskın olması ile giden" gibi niteleyicilerin de kriterler içerisindeki yerlerini kaybedebilecekleri öngörülebilir.

Yukarıdaki tespiti destekleyebilecek öğelerden bir tanesi de DSM-5'teki "konversiyon bozukluğu", yeni ifadesiyle "işlevgören nöroloji belirtisi bozukluğu" tanı kriterlerinde yatmaktadır. Buna göre diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar, tanıların aksine etiolojisine ilişkin bilgilerin çok daha zayıf olduğu (Stone ve Carson, 2011) ve ek olarak klinik gidişatındaki kilit rolü sebebiyle "tıbben açıklanabilir/açıklanamaz" düalizmine de halen ihtiyaç duyulması gibi özellikleriyle bu grupta yer alan

diğer tanılardan açıkça ayrılan konversiyon bozukluğunda semptomun türüne verilen önemi sekiz farklı semptom üzerinden tanılanan klinik alt tiplerde (APA, 2013) görebilmek mümkündür. Klinik somatizasyon alanında önde gelen bazı araştırmacılar da konversiyon bozukluğunu "bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" ana tanı kategorisinin o kadar dışında görmüşlerdir ki etiyojik keskinlikten uzak oluşu, ortaya koyduğu semptom türü ve "tıbben açıklanamaz" vurgusunun halen devam etmesi gibi özellikleriyle "çözülme (disosiyasyon) bozuklukları" ana tanı kategorisi altında yer almasının daha uygun olacağını tartışmaya açmışlardır (Mayou ve ark., 2005). Bu bilgi ve görüşler, "bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar" kavramsallaştırmasındaki temel mantığın konversiyon bozukluğundakinin aksine "semptomun türü, etiolojisi ve bedendeki yaygınlığından çok hastanın semptomla kurduğu duygusal, düşünsel ve davranışsal ilişkisinin önemi" olduğunu ve bu sebeple sonraki DSM versiyonlarında semptomun türüne dayanan tanıların ortadan kalkabileceğini dolaylı yoldan desteklemektedir.

### **Tanılamada Psikiyatri ve Diğer Tıp Disiplinleri Arasındaki Farkları Ortadan Kaldırmaya İlişkin Revizyonlar**

DSM-IV'te yer alan somatizasyon bozukluğu tanısı gurubuna dair ikinci temel eleştiri de hem tıp hem de psikiyatri kliniklerinde sıklıkla görülen ve tıbben açıklanamayan belirtiler ya da eldeki tıbbi kanıtların klinik görüngüyü açıklamaya yetmediği durumlar ekseninde seyreden ve FSS olarak ifade edilen pek çok klinik durumun psikiyatri ve diğer tıp disiplinlerinde farklı tanınması ve tanılanmasıdır (Jacob ve ark., 2015). Yapılan klinik gözlemler ve çok sayıdaki bilimsel çalışma söz konusu klinik görüngünün psikiyatri pratiğinde somatizasyon bozukluğu içerisinde tanılanırken, tıp pratiğinde ise genel itibarıyla fibromiyalji sendromu, huzursuz barsak sendromu vb. kavramlarla tanılandığına işaret etmektedir (Mayou ve ark., 2005). Söz konusu kafa karışıklığının en net sonucunu ortaya koyan çalışmalardan biri Amerika'nın Virjinya eyaletinde tıbbi yardım arayışında olan 1.2 milyon kişinin tıbbi kayıtlarının incelendiği çalışmadır. Buna göre "somatoform bozukluklar" ana tanı kategorisindeki sekiz temel psikiyatrik tanının bu hasta popülasyonunun sadece %1-5'ini kapsadığı sonucuna varılmıştır (Levenson, 2011). Hastaneye başvuruların ortalama %30-%50'lik kısmını oluşturan FSS'li hastaların (Reid, Crayford, Patel, Wesseley ve Hotopf, 2003) önemli bir bölümünün

“somatoform bozukluklar” ana tanı grubunda yer alma potansiyeli düşünüldüğünde söz konusu örneklemdeki hastaların bu kadar yüksek bir oranı için herhangi bir “somatoform bozukluk” tanısının kullanılmamasının bu hastaların ne toplumdaki ve klinikteki yaygınlığıyla ne de FSS mantığıyla bağdaşmadığı söylenebilir. “Somatoform bozukluklar” tanı grubunun geçerlik düzeyine ilişkin literatürde sistematik bir tarama yapan Löwe ve arkadaşları (2008) da ilgili tanı grubunun düşük kriter ve yordayıcı geçerliliğe sahip olduğunu ve bunun temel sebebinin ise özellikle bu grubun geneline yayılan “tıbben açıklanamayan” vurgusu olduğunu ortaya koymaktadır. Öyle ki konuyla ilgili önemli araştırmacılardan olan Rief ve Isaac (2007) de söz konusu tıbben açıklanamayan vurgusuna bir eleştiri olarak “Somatoform bozukluklar mental bir bozukluk mudur?” sorusunu sorarak güncel tartışmayı dikkat çekici başka bir noktaya çekmeyi başarmıştır. Rief ve Isaac’ın (2007) DSM-5’in ortaya çıkışından önceye dayanan görüşlerine göre DSM-IV’teki “somatoform bozukluklar” grubu “negatif kriterle” tanımlanmak yerine, etkisi bilimsel olarak kanıtlanmış ek psikolojik ve davranışsal özellikler eklenerek DSM-5’te yeni bir grup olarak kendini var etmelidir; aksi halde somatoform bozukluk kavramsallaştırması “mental” bir bozukluk olmaktan oldukça uzak kalacaktır.

Bu noktada “DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Çalışma Grubunun” başkanı Joel E. Dimsdale ve arkadaşları daha önce hipokondriyazis olarak tanımlanan bireylerin tıbbi kökeni belli olsun olmasın herhangi bir bedensel belirtisi olan ve buna yönelik hastalık kaygısı yaşayan bireylerin ortalama %80’inin bedensel belirti bozukluğu tanısı altında toplandığını; ancak bedensel belirtilerin yokluğunda hastalık kaygısı yaşayan ve eski hipokondriyazis tanısının yine ortalama %20’lik kısmını oluşturan bireylerin DSM-5’te hastalık kaygısı bozukluğu altında toplandığını belirtmektedir (Dimsdale ve ark., 2013). Ayrıca birbirinden yeterince ayrıışmayan tanıları birleştirme konusunda etkisi olan bir başka faktör de ilgili tanıların farklı kliniklere göre değişen görülme oranlarına dayanmaktadır. Bu durum DSM-5’te aşağıdaki gibi açıklanmaktadır:

*(...) Hastalık kaygısı bozukluğu, bu tanısal bölümde ya da bir anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilebilir. Bedensel belirtiler üzerinde güçlü bir odaklanma nedeni ile ve hastalık kaygısı bozukluğunun çoğunlukla diğer tıbbi dallarda karşılaşılmaması nedeni ile bütünlük sağlamak amacıyla bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar altına alınmıştır (APA, 2013, s. 415).*

DSM-5’ten alınan yukarıdaki açıklamaya dikkatli bakılırsa hastalık kaygısı bozukluğu tanısı alması muhtemel bireylerin temel özellikleriyle hangi kliniklerde hangi doktorlarla karşılaşacağını öngörmeye çalışıldığı ve bunun sonucunda da tamamen pratik sebeplerle bu türden hastalarla karşılaşan doktorlara kolaylık sağlamak ve dolayısıyla tanının kullanım yaygınlığını arttırmak adına ilgili tanının “bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” ana grubunda yer almasının uygun görüldüğü belirtilmiştir. Öte yandan her ne kadar ortaya koyduğu özellikleri sebebiyle klinik bir somatizasyon durumu olarak değerlendirilmeyi hak etse de diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler tanısının “bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” ana grubuna dahil edilmesinde etkili olan faktörlerden biri de yine pratik sebeplere dayanmaktadır. Literatür ilgili ana grupta tıbbi tanıya ihtiyaç duyan tek tanı olan diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler tanısının özellikle birinci basamaktaki pratisyen doktorların tıbbi bir tanı arama konusundaki artmış dikkatleri (Ring ve ark., 2005) göz önüne alındığında söz konusu doktorların dikkatlerinin “bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” ana grubuna çekmek için önemli bir kapı niteliğinde olması sebebiyle de ilgili ana gruba dahil edildiğini belirtmektedir (Fabbri, Fava, Sirri ve Wise, 2007). Çünkü pek çok çalışma doktorların DSM-IV’teki “somatoform bozukluklar” ana grubunda yer alan tanıları zorunda kalmadıkça ve diğer tıbbi opsiyonları elemedikçe tercih etmediklerini ifade etmektedir (Kroenke ve ark., 2007; Rief ve Isaac, 2014).

“Bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” ana tanı grubunun diğer tıp disiplinlerinde kullanım yaygınlığını ve kabulünü arttırmaya yönelik bir başka çabayı da tanılarıdaki isimlendirmelerde görmemiz mümkündür. Örneğin klinik somatizasyon alanında sözü geçen 44 uzmanı bir araya getirerek ve klinik somatizasyonun farklı tanılarına sahip hastaların da görüşlerini dikkate alarak Richard Sykes’in koordinatörlüğünde 2003-2007 yılları arasında hayata geçirilen “Somatoform ve Benzeri Bozukluklarda Kavramsal Meseleler Projesi”nin (The Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders Project-CISSDP) konuyla ilgili ortaya koydukları da oldukça önemlidir (Kroenke ve ark., 2007). Bu bakış açısıyla DSM-IV “somatoform bozukluk” ana tanı grubunun en temel problemlerinin başında gerek tanıların isimlendirilmesinde gerekse tanıların tarif edilmesinde kullanılan terminolojideki problemler gelmektedir. Onlara göre klinik somatizasyonu temsil eden tanıların diğer tıp alanları tarafından kullanımı ve kabulü



sahip oldukları stigmatizasyon (damgalanma) düzeyi ile ters orantılıdır. Çünkü hastalar DSM-IV “somatoform bozukluk” grubunda yer alan tanılarının isimlendirmeleri ve açıklamalarıyla oluşturulmuş tanılarını “bedensel” şikâyetleri için salt “psikolojik” bir tanı almak olarak görerek, şikâyetlerinin anlaşılmadığı yönünde bir işaret olarak değerlendirmekte ve belirtilerinin “bedensel/fiziksel” olduğu yönündeki ısrarlı açıklama çabalarıyla özellikle tıbbın diğer alanlarındaki doktorları baskı altına almaktadırlar (Mayou ve Farmer, 2002). Diğer tıp alanlarında yer alan doktorlar da gerek psikolojik/psikiyatrik durum ve tanılar konusundaki gerekse hastadan gelen bu ısrarlı tavır sebebiyle ortaya çıkan “herhangi bir tıbbi/fiziksel ögeyi atlamama” şeklindeki motivasyonlarıyla ilgili klinik somatizasyon tanılarını daha az kullanmaktadırlar (Ring ve ark., 2005). Bu bağlamda Kroenke ve arkadaşları (2007) DSM-IV somatoform bozukluk ana grup tanılarında kullanılan isimlendirilmelerin yanında tanı kriterlerini tarif etmek için kullanılan “doktor doktor gezme” (doctor-shopping), “sahte-nörolojik” (pseudo-neurological), “spesifik tıbbi bilgi sıklıkla yoktur” (specific factual information is often lacking), “bedensel belirtilerin yanlış yorumlanması” (misinterpretation of bodily symptoms) ya da “renkli ve abartılı bir dil kullanırlar” (use colorful, exaggerated terms) gibi ifadelerin hastaların hissettikleri damgalanma düzeylerinde etkili olduğunu öne sürmektedir. Öyle ki bu durumun hastaların ısrarlı doktor başvurularında ve bununla bağlantılı olarak şikâyetlerinin kronikleşmesinde etkili olduğu da sıklıkla dile getirilen bir konudur (Fink ve ark., 2005). Bu noktada DSM-5 ile birlikte DSM-IV-TR’deki “doktor doktor gezmenin” yerini “bireyler aynı belirtiler için birden çok doktordan yardım talebinde bulunabilir” ya da “sahte-nörolojik belirtilerin” yerini “bireyin yakınması tıbbi olarak açıklansın ya da açıklanmasın, gerçekçidir” gibi ifadelerin alması, gerek hastaların gerekse doktorların zihinlerinden geçebilecek olası stigmatizasyon ihtimallerini önlemeye yönelik bir çaba olarak yorumlanabilir.

Sonuç olarak, DSM-5 ile FSS’lerin tanılanmasında psikiyatri ve diğer tıp disiplinleri arasındaki farkların ortadan kaldırılmasına yönelik getirilen revizyonlar; DSM-IV’teki düşük kriter ve uygulayıcı geçerliği, tanılar arasındaki yüksek komorbidite oranı ve stigmatizasyon problemlerine odaklananlar olarak üç grup altında toplanabilir. Özellikle zihin-beden yaklaşımı konusunda umut vaat eden bu revizyonların (Rief ve Martin, 2014) klinik pratiğe yansımaları noktasında zamana ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## Sonuç ve Öneriler

DSM-5 ile FSS bağlamında “bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” tanı kategorisinde yapılan bu yeni formülasyonun, klinik pratiği yansıtmayan tanılarının yeniden gözden geçirilmesi ve psikiyatri ile tıp disiplinlerinin konuyla ilgili ortak bir anlayış geliştirmeleri yönündeki çabaları sebebiyle daha önce var olan formülasyona yönelik birtakım sıkıntıları çözmeye aday olduğu söylenebilir (Sykes, 2012). Ancak, bu noktada tanısız sistemde yapılan bu revizyonlara rağmen klinik somatizasyonun tam ve doğru bir tanısal yansımaya kavuşup kavuşmadığı sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun cevabı için öncelikle FSS tanımına geri dönmek gerekmektedir. Buna göre, FSS’yi; klinisyenin fiziksel muayenesi ve tam teşekküllü bir tıbbi inceleme sonucunda saptanabilir bir patolojinin olmadığı ya da saptanan tıbbi bir patolojinin varlığında eldeki kanıtların klinik görünümünü ve bireyin hastalık yaşantısını açıklamaya yetmediği ve sunulan tıbbi tedavilere rağmen hastanın somatik şikâyetleri ile bu şikâyetlere yönelik yoğun tedavi arayışlarının devam ettiği her türden klinik somatizasyon durumu olarak ifade edebiliriz (Duruk ve ark., 2015). Tanıma dikkatlice bakıldığında ilk etapta somatizasyon bozukluğu, ağrı bozukluğu ve hipokondriyazis gibi eski DSM-IV tanılarının ya da bu tanılarının revize edilmiş hali olan bedensel belirti bozukluğu gibi yeni DSM-5 tanılarının önemli bir bölümünü kapsadığı söylenebilir. Ancak FSS kavramsallaştırmasının semptomları tıbben açıklanamaz/ açıklanamaz gibi keskin bir etiyolojik ve düalistik anlayışla ele almayan ve hastaların semptomlarıyla kurdukları düşünsel, duygusal ve davranışsal ilişkiyi ön plana çıkaran yapısı klasik somatizasyon durumlarından daha fazlasına işaret ettiğini göstermektedir (Guidi ve ark., 2013). Bu da klinisyenleri bir FSS durumu için tek başına bedensel belirti bozukluğu tanı grubunun yeterli olmayacağı ve “psikosomatik bozukluklar/hastalıklar” anlayışına da ihtiyaç olduğu öngörüsüne götürmektedir. Öte yandan her ne kadar yeterli nitelikte olmasa da DSM-5 ile “diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler” tanı grubuna yönelik ortaya konan revizyonlar FSS anlayışına psikosomatik faktörleri de dahil etmeye ilişkin önemli işaretleri içermektedir. Bu noktada DSM-IV’te neredeyse kenara atılmış bir şekilde “klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” ana grubunda yer alan “diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler” tanısının, ilk kez bir somatizasyon tanısı içinde yer alarak klinik bir somatizasyon durumu olduğunun kabulünü yansıtan bir şekilde DSM-5’te “bedensel

belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” ana tanı grubuna yerleştirilmiş olması önemlidir. Ayrıca daha önce bahsedildiği üzere aynı tanı grubunun isimlendirilmesinde yer alan ifadelerin söz konusu klinik görünümünün de “tıbbi” bir durum olduğunu yansıtan şekilde “diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler” olarak isimlendirilmesi de bir diğer önemli revizyon olarak dikkati çekmektedir. Tüm bu revizyonlara rağmen söz konusu tanının kriterler açısından DSM-IV’teki halini tamamen koruması ise konuyla ilgili DSM-5’te ortaya konan revizyonları gölgelemektedir. Öyle ki DSM-5’ten alıntılanan aşağıdaki cümleler “bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” tanı grubuna alınmasıyla psikolojik yönüne ilişkin vurgusu artırılan “diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler” tanısının halen nasıl diğer psikolojik bozukluklar ve durumlarla ayrıştırılarak sistemin bakış açısıyla “ikincil” olma durumunun sürdürdüğünü göstermektedir:

*(...) Diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etmenler psikolojik özellikler ya da davranışlar bir mental ruhsal bozukluk tanısının ölçütlerini karşılamadığı zaman tanı alır (APA, 2013, s. 434).*

Diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler tanısının varlığının yukarıdaki cümlede yer aldığı gibi “herhangi bir mental bozukluk ile daha iyi açıklanamıyor” olması durumuyla ifade edilmesi bizi daha önce DSM-IV somatoform bozukluklar tanı grubu için dile getirilen “negatif kriter” eleştirisine geri götürmektedir. Görüldüğü üzere bu gelişmeler, ne tek başına bedensel belirti bozukluğu ya da geleneksel tabirle somatizasyon bozukluğu ne de tek başına diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler ya da geleneksel tabirle psikosomatik bozukluklar bakış açısı ve kavramlarıyla açıklanamayan FSS’lerin daha bütüncül bir anlayışla ele alınmasının önemine işaret etmektedir. Bu noktada yıllar içerisinde pek çok aşamadan geçmiş olan literatürün özellikle DSM-5 ile birlikte önceki DSM versiyonlarında ana tarz olarak görüldüğü üzere daha “parçalara bölen” bir anlayışla yaklaşımdan ziyade daha “bütüncül” bir anlayışla yaklaştığını söylemek mümkündür. Ancak güncel literatürde son yıllarda gittikçe yaygınlaşmasıyla dikkati çeken “bütüncül” anlayışın nasıl gerçekleşeceği konusunda farklı görüşler mevcuttur. Literatürde hangi hastalığın altında hangi psikolojik özelliklerin olduğu türünden kategorik bir anlayış yerine hangi hastaların hangi psikolojik özelliklerinin dikkate değer olduğunu vurgulayan bir anlayış doğmaya başlamıştır (Fava ve Sonino, 2009). Aslında bu anlayış da temelini uluslararası bir grup araştırmacının

ortak çabasıyla ve tıbbi durumlar üzerindeki psikolojik özelliklerin kapsamını genişletmek amacıyla ortaya çıkan Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri’nden (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-DCPR) almaktadır (Fava ve ark., 1995). Bu anlayışın günümüzdeki takipçileri de “DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Çalışma Grubu”nu somatizasyon bozukluğu anlayışındaki tıbben açıklanamayan belirti kriterinden kaçınmak adına gerçekleştirdikleri “daralma” sebebiyle eleştirmektedir. Bu görüşlere göre DSM-5’in yeni yaklaşımı özellikle “hastalığın inkârı”, “hastalık anksiyetesi/korkusu” ve “ölüm korkusu” (tanatofobi) gibi klinik özellikleri yeterince vurgulayamaması sebebiyle eksiktir (Sirri ve Fava, 2013). Ek olarak Fava ve Wise (2007) da o yıllar için henüz muhtemel açıklamaları içeren DSM-5 “bedensel belirti bozukluğu”na ilişkin öncü taslakları eleştirmekte ve söz konusu tanının kapsamının “DCPR” bağlamında genişletilerek DSM-5’in psikosomatik anlayışa en yakın tanısı olarak değerlendirilebilecek “diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler” tanısının içerisine dahil edilmesini önermektedir. Onlara göre bu türden bir değerlendirme hastaların rahatsızlık düzeyini (illness) hem “bedensel belirti bozukluğu” tanısının üç katı oranla daha iyi yordayacak hem de DSM-IV’te sıklıkla karşılaşılan yüksek komorbidite problemi önemli oranda azaltılmış olacaktır. Nitekim DSM-5 kriterlerine bakıldığında iki farklı tanı için tanımlanan duygusal, düşünsel ve davranışsal özellikler bir boyutun iki ucunu temsil ediyor gözükmektedir; bedensel belirti bozukluklarında aşırı duygusal, düşünsel ve davranışsal meşguliyet diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenlerde ise olması gerekenden az duygusal, düşünsel ve davranışsal odaklanma dikkati çekmektedir. Bu açıdan bakıldığında “DCPR” anlayışını savunan araştırmacıların görüşlerinde haklılık paylarının olduğu da söylenebilir.

İlgili literatürde önde gelen araştırmacıların FSS’lerin ele alınmasına yönelik yaklaşımlarına bakıldığında ise hedefleri ve yaklaşımları farklı olsa da FSS’lerin kapsamını genişletme çabasının ortaklığı dikkati çekmektedir (Fava ve ark., 1995; Guidi ve ark., 2013; Kroenke ve ark., 2007). Ancak öte yandan literatürdeki diğer bazı araştırmacılar da FSS’lerin genişletilen sınırlarının diğer tıbbi hastalıkların önemli bir bölümünü kapsama olasılığından rahatsızlık duymaktadır (Frances, 2013a). Bir başka deyişle ortaya çıkışlarında ve seyirlerinde psikolojik faktörlerin baskınlığından ziyade net tıbbi göstergelerin rol oynadığı tıbbi hastalıklara sahip bireylerin de “psikiyatrik hastalar” olarak ele alınabilmesi durumu, özel-

likle DSM-5 FSS anlayışı için oldukça eleştiri alan noktalardan biridir. Bu noktada pek çok araştırmacı tıbbi hastalıklara sahip kişilerin aynı zamanda “psikiyatrik hastalar” olarak ele alınması durumunu “tıbbi hastalığa” ilişkin tedavi odağının kayması ve bu hastaların özellikle toplumsal açıdan sıkıntı yaşamalarına sebep olan “stigmatizasyon” ihtimallerinden dolayı uygun bulmamaktadır (Frances, 2013a). Ancak bu düşünceye içinde barındırdığı “psikiyatrik bozukluklar tıbbi hastalıkların gözden kaçmasına neden olabilir” mantığından hareketle yaklaşıldığında anlatılmak istenenin zihin ve bedeni ayrı olarak ele almak isteyen düalistik anlayıştan çok da uzaklaşmadığı ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda söz konusu problemi ortadan kaldırmaya yönelik dikkate değer önerilerden birini de yine Frances ortaya atmıştır (Frances, 2013b). Ona göre tıbbi bir durumun varlığında diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler tanısı için esas değerlendirme kriteri tıpkı bedensel belirti bozukluğunda olduğu gibi ilgili tıbbi durumun yaratabileceğinden çok daha aşırılık gösteren düşünce, duygu ve davranış olmalıdır ve ancak bu yolla hastalıkla ilişkisi psikolojik açıdan standartlarda seyreden ve tıbbi bağlantıları net olan hastaların “psikiyatrik hastalar” olarak tanılanmasının önüne geçilebilecektir.

Öte yandan bazı araştırmacıların da FSS’lerin klinik pratikteki kullanımı konusunda genel itibarıyla daha bütüncül bir anlayış sergilemelerine rağmen tanısız manada içinde buldukları paradigma anlayışından vazgeçemeyerek parçalara bölen anlayışı desteklemeye devam ettikleri görülmektedir (örn., Mayou, 2005). Buna klinik pratikte FSS’lerin daha bütüncül bir anlayışla ele alınmasına yönelik önerilerde bulunmasıyla dikkat çeken Mayou’nun (2005) görüşleri iyi bir örnektir. Ona göre DSM-5’te bütün bedensel belirtiler etiyolojik sebeplerine bakılmaksızın eksen III’te FSS olarak, bu belirtilere eşlik eden psikolojik faktörler ise eksen I’de diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler olarak ele alınmalıdır. Her ne kadar amacı psikiyatri ve diğer tıp alanları tarafından ortak bir şekilde kabul edilebilen bir tanı oluşturmak ve FSS’lerin farklı disiplinlerde farklı tanılanmasının önüne geçmek olsa da bu görüşler FSS’lerde görülen “tıbbi” ve “psikolojik” faktörleri ayrı eksenlere yerleştirme önerisiyle kökeni “zihin-beden düalizmine” dayanan paradigmayı destekler görünmektedir.

Özetle, FSS bağlamında DSM-5’in bedensel belirti bozukluğu ve diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler tanılarında ortaya koyduğu yeni formülasyonun klinik pratiği yansıtmayan tanılarının ye-

niden gözden geçirilmesine, psikiyatri ile diğer tıp disiplinlerinin konuyla ilgili ortak bir anlayış geliştirmeleri yönündeki çabalara ve zihin-beden yaklaşımına verdiği önem sebebiyle DSM-IV ve öncesinde var olan birtakım sıkıntıları çözmeye aday olduğu söylenebilir (Sykes, 2012). Ancak bu yeni formülasyona ve yukarıdaki gerekçelere rağmen DSM-5’in ortaya koymak istediği bakış açısı ile aksi yöndeki kriter ve açıklamaların da bir bölümünü halen muhafaza ediyor olması DSM-5’in klinik somatizasyon durumlarının geleceği için önemli bir geçiş dönemi olduğunu akla getirmektedir. Bu bağlamda FSS’lere ilişkin gelecek çalışmaların ve bu hastalara ilişkin klinik pratikteki yaklaşımın tam bir “zihin-beden bütünlüğü” yaklaşımıyla gerçekleştirilmesinin sağlık sisteminin en önemli problemlerinden biri haline dönüşmüş bu klinik görüngünün daha kapsamlı değerlendirilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (APA). (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- III®). American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV®). American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5®). American Psychiatric Pub.
- Barsky, A.J. ve Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130(11), 910-921.
- Bunge, M. (2010). The Mind-Body Problem. Bunge Mario (Ed.), *The Mind-Body Problem* içinde (s. 143-157). Dordrecht: Springer Science & Business Media.
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M. R. ve Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (3), 223-228.
- Duruk, B., Sertel-Berk, H. Ö. ve Ketenci, A. (2015). Are fibromyalgia and failed back surgery syndromes actually “functional somatic syndromes” in terms of their symptomatological, familial and psychological characteristics? A comparative study with chronic medical illness and healthy controls. *Agri*, 27, 123-131.
- Duruk, B. (2013). *Fonksiyonel Somatik Sendromlar: Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromlarında Tıbbi Yardım Arama Davranışı ve Belirti Sayısının Psikolojik Yordayıcıları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Fabbri, S., Fava, G. A., Sirri, L. ve Wise, T. N. (2007). Development of a New Assessment Strategy in

- Psychosomatic Medicine: The Diagnostic Criteria For Psychosomatic Research. Porcelli Piero ve Sonino Nicoletta (Ed.), *Psychological Factors Affecting Medical Conditions* içinde (s. 1-20). Basel: Karger Publishers.
- Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T. ve Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(1), 1-8.
- Fava, G. A. ve Sonino, N. (2009). Psychosomatic assessment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(6), 333-341.
- Fava, G.A. ve Wise, T. N. (2007). Issues for DSM-V: Psychological factors affecting either identified or feared medical conditions: A solution for somatoform disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1002-1003.
- Fink, P., Rosendal, M. ve Olesen, F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 772-781.
- Fink, P., Rosendal, M. ve Toft, T. (2002). Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The extended reattribution and management model—An advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*, 43, 93-131.
- Fink, P. ve Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415-426.
- 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.
- Frances, A. (2013a). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *Bmj*, 346, f1580.
- Frances, A. (2013b). DSM-5 somatic symptom disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 530-531.
- Gatchel, R. J. ve Dersh, J. (2002). Psychological Disorders and Chronic Pain: Are There Cause-and-Effect Relationships?. Dennis Turk ve Robert Gatchel (Ed.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* içinde (s. 30-51). New York: Guilford Press.
- Gol, J. M., Burger, H., Janssens, K. A., Slaets, J. P., Gans, R. O. ve Rosmalen, J. G. (2014). PROFSS: A screening tool for early identification of functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 504-509.
- Greco, M. (2012). The classification and nomenclature of 'medically unexplained symptoms': Conflict, performativity and critique. *Social Science & Medicine*, 75, 2362-2369.
- Guidi, J., Rafanelli, C., Roncuzzi, R., Sirri, L. ve Fava, G. A. (2013). Assessing psychological factors affecting medical conditions: Comparison between different proposals. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 141-146.
- 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.
- Kirmayer, L. J. ve Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. *Adult Psychopathology and Diagnosis*, 3, 333-383.
- Köroğlu, E. (2014). Türk psikiyatri dergisinde yayımlanan "DSM-5 Türkçe çevirisi üzerine" adlı mektuba yanıt. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(3), 215-217.
- Kouyanou, K., Pither, C. E., Rabe-Hesketh, S. ve Wessely, S. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*, 76, 417-426.
- Kroenke, K., Sharpe, M. ve Sykes, R. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: Key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48, 277-285.
- Kroenke, K. (2006). Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 335-339.
- Levenson, J. L. (2011). The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 515-524.
- Löwe, B., Mundt, C., Herzog, W., Brunner, R., Backenstrass, M., Kronmüller, K. ve Henningsen, P. (2008). Validity of current somatoform disorder diagnoses: Perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology*, 41(1), 4-9.
- Mayou, R. ve Farmer, A. (2002). ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ*, 325(7358), 265-268.
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K. ve Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855.
- Mayou, R. (2005). Are psychological skills necessary in treating all physical disorders?. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, 800-806.
- Oken, D. (2007). Evolution of psychosomatic diagnosis in DSM. *Psychosom Med*, 69, 830-831.
- Reid, S., Crayford, T., Patel, A., Wessely, S. ve Hotopf, M. (2003). Frequent attenders in secondary care: A 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine*, 33, 519-524.
- Rief, W. ve Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841.



- Rief, W. ve Isaac, M. (2007). Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. *Current Opinion In Psychiatry*, 20(2), 143-146.
- Rief, W. ve Isaac, M. (2014). The future of somatoform disorders: Somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes?. *Current Opinion In Psychiatry*, 27(5), 315-319.
- Rief, W., Martin, A., Rauh, E., Zech, T. ve Bender, A. (2006). Evaluation of general practitioners' training: How to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics*, 47(4), 304-311.
- Rief, W. ve Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339-367.
- Ring, A., Dowrick, C. F., Humphris, G. M., Davies, J. ve Salmon, P. (2005). The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1505-1515.
- Şahin, E., Türkcan, A. S., Belene, A., Yeşilbursa, D. ve Yurt, E. (2009). Somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. *Yeni Symposium*, 47(4).
- Sayar, K. (2002). Tıbben açıklanamayan belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 222-231.
- Sirri, L. ve Fava, G. A. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 19-30.
- Stone, J. ve Carson, A. (2011). Functional neurologic symptoms: Assessment and management. *Neurologic clinics*, 29, 1-18.
- Sullivan, P. F., Smith, W. ve Buchwald, D. (2002). Latent class analysis of symptoms associated with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psychological Medicine*, 32(5), 881-888.
- Sykes, R. (2012). Somatoform disorder and the DSM-V Workgroup's interim proposals: Two central issues. *Psychosomatics*, 53, 334-338.
- Tomenson, B., Essau, C., Jacobi, F., Ladwig, K. H., Leiknes, K. A., Lieb, R., Meinschmidt, G., Mcbeth, J., Rosmalen, J., Rief, W., Sumathipala, A. ve Creed, F. (2013). Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 373-380.
- Ünal, S. (2002). Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme/Somatization as an expressional style. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 52.