

Acil Serviste Hekimler Fonksiyonel Nörolojik Belirti Bozukluğu ve Somatik Belirti Bozukluğunu Nasıl Yönetiyor? Bir Vinyet Çalışması

How do Physicians Manage Functional Neurological Symptom Disorder and Somatic Symptom Disorder in the Emergency Department? A Vignette Study

Özge KILIÇ¹, Hale YAPICI ESER², Işıl NECEF³, Umut ALTUNÖZ⁴, Özgür ÖZTOP ÇAKMAK⁵, Can AKTAŞ⁶

¹Psikiyatri Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

²Psikiyatri Anabilim Dalı, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

³Psikiyatri Anabilim Dalı, Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁴KRH Wunstorf Psikiyatri Hastanesi, Psikiyatri ve Psikoterapi, Wunstorf, Almanya

⁵Nöroloji Anabilim Dalı, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

⁶Acil Tıp Anabilim Dalı, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Farklı uzmanlık dallarından hekimlerin acil serviste fonksiyonel nörolojik (konversiyon) belirti bozukluğu ve bedensel belirti bozukluğunu yönetimini, pulmoner embolinin yönetimi ile karşılaştırarak incelemeyi ve hekimlerin mesleki ve kişisel özelliklerinin tanı tercihlerini nasıl etkilediğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Vinyet yöntemi ve kesitsel tasarım kullanıldı. Olası fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu ve pulmoner emboli tanısı ile acil servise başvuran üç olgu, iç hastalıkları, acil tıp ve psikiyatri hekimlerine sunuldu. Bu olguların tanı ve tedavisine, ve hekimlerin mesleki ve kişisel özellikleri (çocukluk çağı travması, bağlanma biçimi) ne yönelik sorular içeren yapılandırılmış anket uygulandı.

Bulgular: Dahiliye ve acil tıp hekimleri, fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğunu “temaruz” olarak görme eğilimindeyken, psikiyatristler pulmoner emboli vakasını psikiyatrik bir durum olarak gördü.

eğilimindeydiler. Acil tıp hekimleri, fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğunu kendileri yönetmeyi tercih ederken, diğer doktorlar psikiyatri konsültasyonu önerdi. Tek değişkenli modelde psikiyatri, acil tıp veya dahiliye hekimi olmak; uzman olmak, çocukluk çağı cinsel istismarı, kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimleri, fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğunu temaruz olarak tanımlamayı yordamaktaydı. Çok değişkenli modelde tek anlamlı yordayıcı psikiyatri uzmanlık dalıydı.

Sonuç: Nesnel olarak gözlenen anormal fonksiyonel nörolojik belirtiler ve öznel bedensel belirtiler hekimlerde farklı tepkilere yol açıyor olabilir. Acil serviste hekimlerin konversiyon bozukluğu tanı ve tedavi tercihleri, kişisel özelliklerinden ziyade konversiyon bozukluğu konusundaki eğitim eksikliğinden etkileniyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmet uzmanı, hekim, fonksiyonel nörolojik belirti, bedensel belirti, konversiyon bozukluğu, bağlanma

ABSTRACT

Introduction: We aimed to explore how physicians from different specialties approach to the management of functional neurological symptom (conversion) and somatic symptom disorders in the emergency department compared with pulmonary embolism and how physicians' professional and personal characteristics influence their diagnostic preferences.

Methods: Using a vignette methodology, and cross-sectional design, three emergency department case vignettes of possible functional neurological symptom, somatic symptom disorder, and pulmonary embolism were presented to physicians from internal medicine, emergency medicine, and psychiatry. A structured survey including questions on diagnosis and management of these cases, and physicians' professional and personal characteristics (childhood trauma, attachment style) was conducted.

Results: Physicians from internal medicine and emergency medicine tended to consider functional neurological symptom disorder as 'malingering' while psychiatrists tended to consider the pulmonary

embolism case as a psychiatric condition. Emergency medicine physicians preferred to manage functional neurological symptom disorder themselves, while other doctors endorsed recommending a psychiatric consultation. In the univariable model, being a physician from psychiatry, emergency medicine, or internal medicine; being a specialist, history of childhood sexual abuse, dismissive, and fearful attachment styles of doctors were significant predictors of diagnosing functional neurological symptom disorder as malingering. Being a psychiatrist stayed as the only significant predictor in the multivariable model.

Conclusion: Objectively-aberrant functional neurological symptoms and subjective somatic symptoms may be creating different reactions in physicians. In the emergency department, physicians' diagnostic and treatment preferences of conversion disorder may be influenced by lack of training in conversion disorder, rather than their personal characteristics.

Keywords: Healthcare professional, physician, functional neurological symptom, somatic symptom, conversion disorder, attachment

Cite this article as: Kılıç Ö, Yapıcı Eser H, Necef I, Altunöz U, Öztop Çakmak Ö, Aktaş C. Acil Serviste Hekimler Fonksiyonel Nörolojik Belirti Bozukluğu ve Somatik Belirti Bozukluğunu Nasıl Yönetiyor? Bir Vinyet Çalışması. Arch Neuropsychiatry 2021;58:261–267.

GİRİŞ

Fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu (FNBB) (konversiyon bozukluğu); bilinen nörolojik veya tıbbi durumlarla uyumlu olmayan, istemli motor veya duysal (örn. epileptik olmayan nöbetler, anormal hareketler, güçsüzlük) belirtilerle giden bir bozukluk olarak tanımlanır. Bedensel belirti bozukluğu (BBB), sıkıntı veren bedensel belirtilerle (örneğin ağrı, yorgunluk) ilgili aşırı düşünce, duygu veya davranışlar olarak tanımlanır. Hem FNBB hem de BBB, ruh sağlığı birimlerinden ziyade, diğer tıbbi birimlerde görülmeye ve önemli işlevsellik kaybıyla ilişkili ciddi somatik anksiyete varlığı gibi ortak özelliklere sahiptir (1).

Araştırmalar, sağlık çalışanları arasında FNBB tanılı hastalara yönelik yaklaşımların değişken olduğunu göstermiştir. Nörofizyoterapistler bu hastaları sık görmeye beraber, kendilerinin hastalara yönelik bilgilerini yetersiz, ilgilerini orta seviyede değerlendirdikleri bildirilmiştir. (2). Nörobilim hemşireleri arasında olumsuz tutumların yaygın olduğu ortaya konmuştur: Bu hemşirelerin %16'sı konversif belirtilerinin "gerçek" olduğuna katılmamış; %46'sı hastaların "manipülatif" olduğunu söylemiş ve kendi bilgi düzeylerini düşük olarak değerlendirmişlerdir (3). Nöroloji uzmanları, temaruzun konversiyon bozukluğu ile içiçe olduğunu belirtmiştir (4). Psikojenik non-epileptik nöbetler (PNEN) ise 'atak veya nöbetle giden' belirteci ile FNBB başlığı altında sınıflandırılabilir (1). PNEN ile yaşayan hastaların öznel deneyimleri 21 nitel araştırmanın sistematik sentezi ile ortaya konmuştur. Bu hastalar, sağlık çalışanları ile karşılaşmalarından bıkıklıkla olumsuz deneyimler beklediklerini ve bunları yaşadıklarını bildirmiştir. Hastaların temel endişesi, seslerinin duyulmaması ve ciddiye alınmaması, bunların da hayal kırıklığına ve tedavileri bırakmaya yol açmasıydı (5). FNBB nedeniyle acil servise (AS) başvuran gençlerin ebeveynlerinin yüzde otuzu, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmak için yeterli bilgi ve yardım verilmediğini bildirmiştir (6). Sistematik bir inceleme, PNEN ile ilgili 30 çalışma ve en az 3900 uzmanın tutum ve algılarını araştırmış, beş tema saptamıştır: (a) PNEN'in tanı ve tedavisiyle ilgili kafa karışıklığı; (b) bozukluğu öncelikle psikolojik faktörlerle ilişkili olarak algılamak; (c) PNEN hastalarını zorlayıcı ve sinir bozucu bulmak; (d) bu hastaların bakımından kimin sorumlu olduğu konusunda çeşitli veya tartışmalı bakış açıları (e) PNEN'in epilepsiye kıyasla daha hafif, güçten daha az düşüren, ve daha çok istemli olarak algılanması (7). Avustralya'da sağlık çalışanlarının FNBB' na yönelik algılarına ilişkin bir ankete göre, çoğu katılımcı kendini bilgili hissetmemektedir. Nörologlar ve pratisyen hekimler; psikiyatristler, psikologlar ve fizyoterapistlere kıyasla, FNBB'na daha ilgisiz ve daha olumsuz bir tutum sergilediler. Birçok sağlık çalışanı, olası bir FNBB tanısını hastaya söylerken kendini rahat hissetmemektedir. Aldıkları bakım değerlendirilirken, sağlık çalışanlarının bu hastalara yönelik inançları da göz önünde bulundurulmalıdır(3). FNBB hastalarının tanı ve tedavisini etkileyen, hekimlere ait kişisel özelliklerini araştıran çalışmalar oldukça azdır. Salmon ve arkadaşları, pratisyen hekimlerin tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastaların kliniğe yansımalarının psikososyal yönlerine tepkilerinin kendi bağlanma biçimleriyle ilişkili olduğunu öne sürmüştür (8). Vinyet metodolojisi kullanarak somatize eden hastalara yönelik tutumları araştıran sadece bir çalışmaya rastladık (9). Sağlık çalışanlarının FNBB'na yönelik tutumlarına ilişkin literatürün çoğunluğu gelişmiş ülkelerden gelmektedir (10). Doğu ile batı arasında yer alan ve farklı sosyo-kültürel geçmişe sahip bir ülkeden gelen veriler önemli bilgiler sağlayabilir. Bildiğimiz kadarıyla bu, acil serviste FNBB ve BBB'lu hastaların tanı ve tedavinde doktorların bağlanma biçimlerinin ve çocukluk çağı travmasının etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışma, hekimlerin profesyonel (örn; eğitim ve uzmanlık) ve kişisel özelliklerinin FNBB tanılarını ve yönetimini etkileyebileceği hipotezini sınavacaktır. Acil servis ortamında farklı uzmanlık dallarından doktorların FNBB ve BBB vakalarına yaklaşımını, hayatı tehdit eden genel tıbbi bir duruma, pulmoner emboliye yaklaşımlarıyla (PE) ile karşılaştırarak incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Çalışma Dizaynı

Bir üniversite hastanesinde çalışan on acil tıp ve dahiliye hekimine; geliştirilmiş pilot bir anket basılı kopyalar halinde dağıtılmıştır. Anket FNBB'nu düşündüren kasılma ve baygınlık hissi ile acil servise başvuran bir olgu içeriyordu. Açık uçlu sorularla, bu vakanın yönetiminde doktorların muhtemel adımları soruldu. Alınan yanıtlar, acil tıp, dahiliye ve psikiyatri hekimlerinden oluşan çalışma ekibinin çoktan seçmeli, yapılandırılmış bir anket oluşturmasında kullanıldı. Acil ve karmaşık klinik durumlarda gerçek uygulamaları tanımlamak için olgu vinyetleri önerilmektedir, dolayısıyla vinyetler bu olguların yönetilmesinin niteliğini değerlendirmek için kullanılabilirler (11).

25 maddelik öz bildirim ankette, kısa tıbbi geçmişleriyle beraber üç vaka vinyeti sunuldu ve doktorların I) en olası tanı II) vakanın yönetiminde bir sonraki adımları ve III) acil servisten taburcu edilmeden önceki amaçlarını içeren sorular soruldu. Hekimlerin demografik özellikleri, kişilerarası bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travma öyküleri de sorgulandı. Klinisyenlerin sunulan vakaları kavramsallaştırmasını değerlendirmek için en olası tanı olarak dört seçenek sunuldu (psikiyatrik bozukluk, tanı konmamış tıbbi bozukluk, temaruz ve aile çatışması). Temaruz ve aile çatışması seçeneğinin dahil edilmesinin nedeni, klinisyenlerin durumu tıbbi bir teşhisten ziyade davranışsal bir özellik açısından algılayıp algılamadıklarını araştırmaktır.

Vinyetler

Vinyetlerdeki tüm vakalar, öyküsü ve geçmiş belirtileri açısından FNBB, BBB veya pulmoner emboli (PE) düşündüren ve bir hastanenin acil servisinde yardım arayan genç kadınlardı. FNBB ve BBB, sınıflandırmada bedensel belirti ve ilgili bozukluklar altında yer alır, ancak farklı klinik görümlere sahiptir. Bu iki grubun karşılaştırılması için bir de pulmoner emboli olgusu eklendi.

Vinyet 1

Ailede çıkan bir tartışmanın ardından ekstremitelerinde 10 dakikalık kasılma ve sonrasında baygınlık hissi yaşayan 19 yaşındaki kadın, ailesi tarafından acil servise getirildi. Kan basıncı 100/70 mmHg, nabız hızı 70/dk, O₂ saturasyonu %98 ve ateşi 36.8 dereceydi. Daha önce kavgalardan sonra bayılma dönemleri olmakla beraber panik atak öyküsü yoktu. Muayene sırasında gözleri kapalıydı ve sorulara yanıt vermedi.

Vinyet 2

32 yaşında evli ve üç çocuklu bir kadın, ailesinde ciddi anlaşmazlıklar yaşıyordu. Karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Üç yıldır sırt ağrısı, karın ağrısı, hazımsızlık ve halsizlik çekiyordu. Daha önceki muayeneler ve laboratuvar testleri belirli bir hastalığa işaret etmemişti. Bu gelişinde de acilde yapılan tetkikler (muayene, laboratuvar, görüntüleme) normal sonuçlandı.

Vinyet 3

23 yaşında kadın, eşi ve kayınvalidesi ile acil servise aniden gelişen mide bulantısı, nefes darlığı ve çarpıntı şikayetleriyle geldi. Hasta aynı gün içinde benzer şikayetlerle iki kez daha acil servise başvurdu. Muayeneler ve testler belli bir hastalığa işaret etmedi. Anksiyolitik ve antidepressan tedavi verildi ancak şikayetleri geçmedi. Kan basıncı 120/80 mmHg nabız hızı 100/dk, solunum hızı 23/dk ve O₂ saturasyonu %94 idi.

Çocukluk çağı travması, Çocukluk Çağı Travma Anketi (CTQ-28) nden seçilen sekiz madde ile değerlendirildi. Hiçbir zaman ve çok sık arasında değişen 5'li Likert tipi bir öz bildirim aracı olan CTQ-28'in Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği Sar ve arkadaşları (13) tarafından yapılmıştır. Seçilen maddeler duygusal istismar (madde 25), fiziksel istismar (madde 15), fiziksel ihmal (madde 2), duygusal ihmal (madde 7) cinsel istismar

(madde 24) ve inkarı (çocukluk travmasını minimize etme) (madde 10, 16, 22) temsil ediyordu.

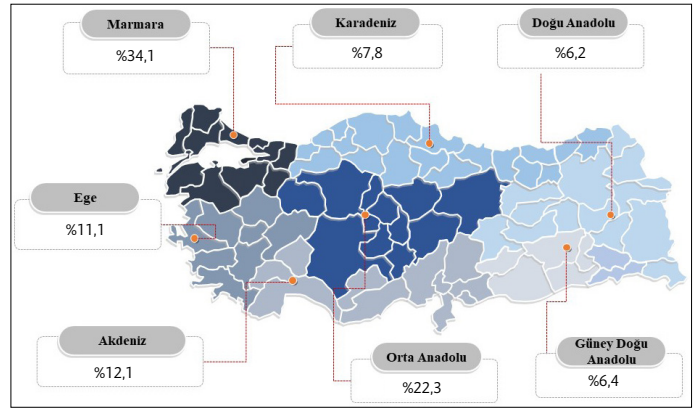
İlişki Ölçekleri Anketi (RSQ), kişiler arası bağlanma biçimini değerlendiren 30 maddelik bir ölçektir (14). Türkçe uyarlaması daha önce yapılmıştır (15). Bu çalışmada, her bir bağlanma biçimini temsil eden ikişer madde seçilmiştir. Güvenli bağlanma için: 'Başkalarına bağlı olarak rahatım (madde 10) ve 'Başkalarının bana bağımlı olmasından memnunum' (madde 15). Korkulu bağlanma için 'Başkalarına tamamen güvenmeyi zor buluyorum' (madde 12) ve 'Kendime başkalarına çok yakın olma izin veririm incineceğimden endişeleniyorum' (madde 5). Saplantılı bağlanma için "Başkalarının bana benim onlara değer verdiğim kadar değer vermediğinden endişeleniyorum" (madde 16) ve "Başkalarıyla tamamen duygusal olarak yakın olmak istiyorum" (madde 8). Kayıtsız bağlanma için, "Kendimi yeterli hissetmek benim için çok önemlidir" (madde 19) ve "Başkalarının bana bağımlı olmasını tercih etmem" (madde 22). Anket Ek A'da bulunabilir.

Veri Toplama

Anket, ülkenin farklı kurumlarından hekimlerin profesyonel ve kişisel e-posta gruplarında çevrimiçi olarak (qualtrics.com) paylaşıldı. Elverişli, rastgele olmayan bir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılan hekimlerin dağılımı ülkenin tüm bölgelerinin temsil edildiğini göstermiştir. Yüz yetmiş (%34,1) hekim Marmara bölgesinden, 55 (%11,1) Ege, 111 (%22,3) Orta Anadolu, 39 (%7,8) Karadeniz, 60 (%12,1) Akdeniz, 31 (%6,2) Doğu Anadolu ve 32 hekim (%6,4) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndendi. Katılımcılar, acil tıp, dahiliye ve psikiyatri alanında uzmanlık öğrencisi veya uzman düzeyinde hekimlerdi. Bu branşlar acil serviste sağlık hizmeti sunma veya konsültasyon görevleri rolleri göz önüne alınarak seçilmiştir. Anketin uygulanmasından önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma, iyi bilimsel uygulama ilkelerine göre yürütülmüş, etik kurul onayı Koç Üniversitesi etik kurulundan alınmıştır.

İstatistik Analiz

Veri analizi için Software Package for Social Sciences for Windows 26.0'ı (SPSS Inc. Chicago, IL) kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için frekans ve yüzdeleri, sürekli değişkenler için ise standart



Şekil 1. Katılımcıların coğrafi bölgelere göre dağılımı

sapma ile ortalama değerleri kullanıldı. Analiz öncesinde, eksik veriler çıkarıldı, geçerli yüzdeler kaydedildi. Hekimler arasındaki, sunulan olgulari teşhis etme ve yönetme farklılıkları Ki-kare testleri ile araştırıldı. Tüm olgu senaryoları için; en olası tanı, olgunun yönetiminde bir sonraki en iyi adım ve acil servisten taburcu edilmeden önceki amacı incelemek için uyumlanmış rezidüel analiz kullanılmıştır. Olası FNBB vakası için temaruz seçeneğini seçmeyi öngördüren etkenlerin saptanması için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanıldı. 0.05'ten küçük bir p-değerinin istatistiksel olarak anlamlı sonuç gösterdiği kabul edildi.

BULGULAR

Beş yüz elli yedi hekim anketleri doldurmayı kabul etti. Elli dokuz katılımcı yetersiz veri sağladığı için çalışma dışı bırakıldı. Sonuçta, çalışmaya toplam 498 hekim katıldı. Hekimlerin mesleki ve demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hekimlerin üç vaka için en olası tanıları, vakanın yönetiminde bir sonraki adımları ve taburculuktan önceki amaçları sırasıyla Tablo 2, 3 ve 4'te özetlenmiştir.

Tablo 1. Ankete katılan hekimlerin mesleki ve demografik özellikleri

	N	Yaş (Ort, SS)	Kadın (n, %)	Erkek (n, %)	Residents (n, %)	Uzmanlar (n, %)
Acil Tıp	159	35,8 (6,2)	78 (49)	81 (51)	44 (27,7)	115 (72,3)
Dahiliye	143	36,1 (7,0)	102 (71,3)	41 (28,7)	31 (21,7)	112 (78,3)
Psikiyatri	196	34,4 (8,2)	133 (67,9)	63 (32,1)	77 (39,3)	119 (60,7)
Toplam	498	35,4 (7,3)	313 (63)	185 (37)	152 (30,5)	346 (69,5)

Tablo 2. Uzmanlık durumuna göre hekimlerin olgu vinyetleri için en olası tanıları

	Psikiyatri (%)	Acil Tıp (%)	Dahiliye (%)	p	X ²	df
Fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu ile başvuran hasta						
Psikiyatrik bir durum	81,0	28,4	30,2	<0,001	136,56	6
Tanı konmamış genel tıbbi bir durum	7,9	15,5	15,1			
Temaruz	3,2	43,9	44,6			
Aile çatışması	7,9	12,2	10,1			
Bedensel belirti bozukluğu ile başvuran hasta						
Psikiyatrik bir durum	81,8	25,9	45,1	<0,001	110,73	6
Tanı konmamış genel tıbbi bir durum	14,8	42,7	28,6			
Temaruz	1,1	23,8	18,0			
Aile çatışması	2,3	7,7	8,3			
Pulmoner emboli ile başvuran hasta						
Psikiyatrik bir durum	51,7	8,6	17,3	<0,001	92,34	6
Tanı konmamış genel tıbbi bir durum	41,9	73,6	61,4			
Temaruz	0,6	7,1	12,6			
Aile çatışması	5,8	10,7	8,7			

Ort: Ortalama ; SS, Standart sapma.

Tablo 3. Uzmanlık durumuna göre hekimlerin olguların yönetiminde bir sonraki adımı

	Psikiyatri (%)	Acil Tıp (%)	Dahiliye (%)	p	X ²	df
Fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu ile başvuran hasta						
Acil servisten taburcu etmek	1,6	2,7	0,0	<0,001	87,55	8
Anksiyolitik reçetesi	16,9	23,8	14,5			
Hastanın bilinci yerine gelene kadar beklemek	25,1	61,9	30,4			
Acil psikiyatri konsültasyonu	32,8	5,4	28,3			
Acil nöroloji konsültasyonu	23,5	6,1	26,8			
Bedensel belirti bozukluğu ile başvuran hasta						
Acil servisten taburcu etmek	8,0	30,1	9,2	<0,001	57,89	8
Anksiyolitik reçetesi	23,4	25,2	25,2			
Hastanın bilinci yerine gelene kadar beklemek	6,9	14,7	11,5			
Acil psikiyatri konsültasyonu	37,7	14,0	23,7			
Acil nöroloji konsültasyonu	24,0	16,1	30,5			
Pulmoner emboli ile başvuran hasta						
Acil servisten taburcu etmek	1,8	5,1	2,4	<0,001	40,35	8
Anksiyolitik reçetesi	24,0	18,8	12,7			
Hastanın bilinci yerine gelene kadar beklemek	4,7	21,7	7,9			
Acil psikiyatri konsültasyonu	21,1	8,0	19,0			
Acil nöroloji konsültasyonu	48,5	46,4	57,9			

Doktorların Fonksiyonel Nörolojik Belirti Bozukluğu olan Hastaya İlişkin Yanıtları

Acil tıp ve dahiliye doktorları, FNBB olan hasta için en olası tanıyı ‘temaruz’ olarak seçme eğilimindeyken, psikiyatristler psikiyatrik bir durum olarak kabul etme eğilimindeydiler. Acil tıp ve dahiliye doktorlarının en olası tanıları birbirinden anlamlı derecede farklı değildi. Acil tıp doktorlarının çoğunluğu kendi kendilerine müdahale etmeyi tercih ederken (anksiyolitik uygulama ve hastanın bilinci yerine gelmesini bekleme), psikiyatristler ve dahiliyeciler bu vaka için bir sonraki en iyi adımın acil psikiyatri konsültasyonu istemek olduğunu belirttiler. Her üç uzmanlık dalında da taburculuk önce en sık amaç, eş zamanlı herhangi bir tıbbi durum olmadığını kontrol etmekte.

Doktorların Bedensel Belirti Bozukluğu olan Hastaya İlişkin Yanıtları

Bu vaka için psikiyatristler ve dahiliyecilerin çoğunluğu tarafından konulan en olası tanı psikiyatrik bir durumdu. Acil servis hekimleri tanı konmamış tıbbi bir durum olarak görüp, açıklama yaptıktan sonra hastayı taburcu etme eğilimindeyken, psikiyatristler acil psikiyatri ve dahiliyeciler acil nöroloji konsültasyonu önerme eğilimindeydiler. Psikiyatristlerin en yaygın tercihi, hasta ve yakınlarını daha sonraki psikiyatrik değerlendirme için başvurmaya motive etmek iken, hem acil tıp hem de dahiliye hekimleri, eş zamanlı başka bir tıbbi durumun olmadığından emin olma seçeneğini tercih ettiler.

Tablo 4. Tanı ve uzmanlık durumuna göre hekimlerin hastayı taburcu etmeden önceki amaçları

	Psikiyatri (%)	Acil Tıp (%)	Dahiliye (%)	p	X ²	df
Fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu ile başvuran hasta						
Mevcut belirtilerin hafiflemesi	5,0	0,7	4,4	<0,001	29,91	8
Başka tıbbi bir durumun olmadığından emin olmak	56,9	82,1	69,3			8
Hastayı ve ailesini sakinleştirmek	5,5	4,8	2,9			
Durumun Psikolojik nedenlerini anlamak	32,6	11,7	22,6			
Hastayı ve ailesini psikiyatriye başvurmaya teşvik etmek	0,0	0,7	0,7			
Bedensel belirti bozukluğu ile başvuran hasta						
Mevcut belirtilerin hafiflemesi	2,9	11,3	5,3	<0,001	45,05	8
Başka tıbbi bir durumun olmadığından emin olmak	41,4	61,3	63,4			
Hastayı ve ailesini sakinleştirmek	0,6	3,5	2,3			
Durumun Psikolojik nedenlerini anlamak	53,4	23,2	28,2			
Hastayı ve ailesini psikiyatriye başvurmaya teşvik etmek	1,7	0,7	0,8			
Pulmoner emboli ile başvuran hasta						
Mevcut belirtilerin hafiflemesi	14,6	11,7	12,8	0,003	23,38	8
Başka tıbbi bir durumun olmadığından emin olmak	57,3	77,4	71,2			
Hastayı ve ailesini sakinleştirmek	3,5	4,4	1,6			
Durumun psikolojik nedenlerini anlamak	21,1	5,8	11,2			
Hastayı ve ailesini psikiyatriye başvurmaya teşvik etmek	3,5	0,7	3,2			

Tablo 5. Hekimlerin kişisel özellikleriyle 'en olası tanının temaruz olması'nın tek değişkenli ve çok değişkenli analizi

	Tek değişkenli model				Çok değişkenli model			
	RO	95% CI		p	RO	95% CI		p
Yaş	0,99	0,96	1,01	0,32				
Kadın cinsiyet	1,24	0,82	1,88	0,30				
Psikiyatri uzmanı olmak	0,68	0,43	1,06	0,09				
Eğitimde geçirilen zaman (yıl)	0,84	0,60	1,20	0,34				
Meslekte geçirilen zaman (yıl)	1,00	0,97	1,04	0,92				
Uzmanlık branşı								
Psikiyatri	24,10	10,35	56,13	<0,001	22,09	8,72	55,93	<0,001
Acil Tıp	2,97	1,96	4,52	<0,001				
Dahiliye	3,00	1,96	4,58	<0,001				
Bağlanma tipi								
Güvenli bağlanma	1,014	0,88	1,17	0,84				
Kayıtsız bağlanma	0,814	0,68	0,97	0,02				
Saplantılı bağlanma	0,892	0,76	1,05	0,18				
Korkulu bağlanma	0,805	0,70	0,92	0,002				
Çocukluk çağı travması								
Fiziksel istismar	1,126	0,83	1,52	0,44				
Cinsel istismar	1,710	0,90	3,25	0,10				
Duygusal istismar	1,051	0,81	1,37	0,71				
Duygusal ihmal	1,129	0,84	1,51	0,42				
Fiziksel ihmal	0,969	0,74	1,27	0,82				
İnkar	1,160	0,83	1,62	0,39				

RR, Risk Oranı ; CI, Güven Aralığı p, p-value, R²=0,31 (Nagelkerke) 0,22 (Cox&Snell)
Model X² (7)=90,644, p<0,001

Doktorların Pulmoner Embolisi olan Hastaya İlişkin Yanıtları

Psikiyatristlerin çoğunun en olası tanısı bir psikiyatrik durum; acil tıp ve dahiliye doktorlarının çoğunluğunun en olası tanısı tanı konmamış genel bir tıbbi durum olmuştur. Tüm uzmanlık grupları arasında vakanın yönetiminde bir sonraki en iyi adım hastadan acil kardiyoloji konsültasyonu istemektir. Her üç uzmanlık grubunda da, taburculuk öncesi en sık amaç, eş zamanlı tıbbi bir durumun olmadığından emin olmaktır.

Tanı Seçiminin Öngördürücüleri

Tek değişkenli modele konulan bağımsız değişkenlerden; psikiyatri hekimi olma, acil tıp ve dahiliye hekimi olma, asistan değil uzman hekimi olma, cinsel istismar, kayıtsız ve korkulu bağlanma FNBB' na temaruz denmesinin anlamlı öngördürücüleri bulundu. Çok değişkenli geriye doğru regresyon modelinde psikiyatri uzmanı olma, FNBB olgusunun temaruz olarak tanı almasının tek anlamlı yordayıcısıydı (Tablo 5).

TARTIŞMA

Üç farklı uzmanlık dalından doktor grupları arasında olguların tanı ve yönetiminde önemli farklılıklar gözlemlendi. Psikiyatristler olası PE vakasını bir psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirme eğilimindeyken, acil tıp ve dahiliye hekimleri olası FNBB'nu temaruz olarak değerlendirme eğilimindeydi. Olası BBB vakası için, acil tıp ve dahiliye hekimleri bir sonraki adım olarak ek testler yapmayı veya konsültasyon istemeyi seçtiler ancak FNBB vakası için bu seçenekleri tercih etmediler. FNBB olgusunun en olası tanısı olarak temaruz seçmemenin tek anlamlı yordayıcısı psikiyatrist olmaktır. PE olgusunun yönetimi için bir sonraki adım ve hekimlerin taburculuk öncesi amaçlarından en sık görüleni uzmanlık dalları arasında farklılık göstermedi.

Acil serviste bu vakaların tanı ve yönetimindeki farklılıklar öncelikle mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi ile açıklanabilir. Farklı uzmanlık dallarının yaptığı tanı ve tedavi o alana özgün deneyim ve rollerini yansıtır ve o uzmanlık alanının karar vermesi üzerinde bazı etkilerinin

olması beklenir. Acil hekimleri tipik olarak, acil servise başvuran hastaların yakınmalarının yaşamı tehdit eden tıbbi bir etiyojisi olduğunu varsaymak üzere eğitilmiştir. Klinik eğitimleri, ilgili testlerin ikna edici sonuçları olmadıkça veya başka bir uzman hekim tarafından desteklenmedikçe psikolojik davranışsal tanılar koymama konusunda uyarır. Psikiyatristler ise bir hasta başvurduğunda onun bir tıp doktoru tarafından değerlendirilmiş ve genel tıbbi durumların ekarte edilmiş olduğunu varsaymaya alışkındırlar. Klinik yaklaşımdaki bu farklılıklar, sonuçta, hasta ihtiyaçları açısından uygun ve uyumsuz niteliktedir ve psikiyatristlerin FNBB'ü olan hastalara neden psiko-davranışsal tanılar koyduklarını açıklar.

FNBB'na temaruz tanısı koymamanın tek anlamlı yordayıcısı psikiyatrist olmak olarak saptanmıştır. Bu, tıp fakültesi ve mezuniyet sonrası eğitim sırasında FNBB konusunda eğitim eksikliği ile ilgili olabilir. Klinik uygulamada, sağlık çalışanları yaygın olarak karşılaşırsa da, FNBB'nun yönetimi eğitim gerektirir (7, 10, 16-18). FNBB ile ilgili eğitim eksikliği, acil durumların yönetiminde işin içine girebilir (17, 19, 20) ve klinisyenler rahatsız hissedip; hastalara uygun bakımı vermede yetersiz kalabilirler. (16). Ancak tedavinin yönetimi konusunda eğitim eksikliği BBB'da da olabilir (21), bu nedenle bu sonuç tüm resmi açıklamıyor görünmektedir.

Acil tıp ve dahiliye hekimlerinin BBB olgusunu değil de FNBB olgusunu temaruz olarak değerlendirmelerinin bir başka nedeni de, FNBB'nun tanımı gereği "yapısal" bir nörolojik bozuklukla uyumsuz olduğuna yönelik açık bir kanıt ve muayenede tutarsızlık (bir muayene metoduyla gösterilen fiziksel belirtilerin başka bir muayene metoduyla gösterilememesi) gerektirmesi olabilir. Muhtemelen belirtilerin doğası gereği, BBB için böyle bir gereklilik yoktur. Tutarsızlığı test etmek için önerilen bu muayene, ayırıcı tanıda çok yararlı olması ve önerilmesine rağmen, hekimlerin kararlarını FNBB belirtilerini temaruza atfetme yönünde yönlendiriyor olabilir. Doktorlar tanısız sınıflandırmaların ve klinik uygulama önerilerinin kendi uygulamalarına etkisi konusunda bilinçli ve dikkatli olmalıdır.

Gerçekten de, geçmiş çalışmalar bazı nörologların (4) ve nörofizyoterapistlerin (2) konversiyon bozukluğunu hastalık taklidinden farklı görmediklerini bildirmiştir. Hem psikiyatristler hem nörologlar, PNEN hastalarının epilepsi hastalarına kıyasla kendi durumları üzerinde daha fazla kişisel kontrole sahip olduğunu bildirmişlerdir (22). Acil serviste çalışan ancak psikiyatri rotasyonunu tamamlamamış hekimlerin %36'sı konversiyon bozukluğu olan hastanın kendi belirtilerini kontrol edebileceğini düşünmektedir (17). Buna göre acil tıp ve dahiliye hekimlerinin BBB olgusunun yönetiminde bir sonraki adım olarak ek testler yapmaya veya konsültasyon istemeye yönelirken, FNBB olgusu için bunu tercih etmemeleri, FNBB' nu tıbbi bir tanıdan ziyade hastanın davranışsal bir özelliği olarak algılamasıyla ilgili olabilir.

Hekimlerin bağlanma biçiminin veya çocukluk çağı travma öyküsünün, FNBB olgusunun temaruz olarak değerlendirilmesi üzerinde herhangi bir etkisini gösteremedik. Salmon ve ark. pratisyen hekimlerin, somatik belirtileri olan hastaların kliniğinin psiko-sosyal yönüne verdiği yanıtın pratisyenlerin bağlanma biçimleriyle bağlantılı olduğunu öne sürmüştür. Hastalar psikososyal sorunlar yaşamasına rağmen somatik tedavileri daha fazla öneren pratisyen hekimlerin, ilişkilerde kendi değerleri konusunda daha az olumlu oldukları, ancak başkaları hakkında daha olumlu oldukları öne sürülmüştür (8). Ancak bu çalışmada birinci basamakta somatik belirtileri olan hastalarda pratisyen hekimlerin bağlanma biçimleri ile tedavi kararları arasındaki ilişki incelenmiştir, FNBB konusunda bilgi verilmemiştir. Bediz ve ark. acil serviste empatik beceriler, tükenmişlik, iş doyumu ve aleksitiminin, hekimlerin konversiyon bozukluğuna yönelik tutumları üzerindeki etkisini incelemiş ve psikiyatri rotasyonunu tamamlayan hekimlerde empatik becerilerin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Hekim tutumların emosyonel durumlarından çok bilgi düzeylerinden etkilendiği sonucuna varmışlardır (17). Ancak bu çalışma psikiyatri hekimlerini kapsamamış ve bağlanma stilleri ya da çocukluk çağı travmalar incelenmemiştir. CTQ ve RSQ'dan sınırlı sayıda soru kullandığımız için bağlanma ve çocukluk çağı travmalarının temaruz değerlendirmesi üzerinde etkisiz olduğunu bulmuş olabiliriz.

Uzmanlıkta kıdem, FNBB'nu temaruz olarak değerlendirme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip bulunmadı. Daha önceki çalışmalar değişken sonuçlar vermiştir. FNBB ile çalışan sinirbilim hemşirelerinin olumsuz görüşlerinin deneyim azlığı ve hemşirelikte erken kademelerde bulunmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir (3). Öte yandan, daha yaşlı nörologlar genç nörologlara göre FNBB' nu numara yapma ile daha fazla iç içe görmüş (4), daha yaşlı sağlık çalışanlarının genç çalışanlardan daha olumsuz tutumlar sergilediği ortaya konmuştur (18). Genç doktorlar, kıdemli meslektaşlarının fonksiyonel belirtileri olan hastalara yönelik olumsuz tutumlarına tanık olduklarını ifade etmişlerdir (23). Bizim örneklemimizdeki katılımcıların nispeten genç yaşta olması bunla ilgili bulguları etkilemiş olabilir.

Cinsiyetin, FNBB'nun temaruz olarak teşhis edilmesini önemli ölçüde etkilemediğini bulduk. Bu, pratisyen hekimlerin fonksiyonel belirtileri olan hastalara somatik bir müdahale önermesinin cinsiyetten etkilendiği çalışmayla uyumlu (8). Bununla birlikte, diğer bir çalışma, kadın nörologların psikolojik modelleri daha fazla benimsediğini ve FNBB olan hastalarla daha kolay konuşabildiğini göstermiştir (4).

Araştırmacılar alternatif açıklamalar ve modeller önermiş olsalar da (24-26), biyomedikal model - tıpta bir "hastalığın" resmi açıklaması - FNBB ve BBB'nun altında yatan etiyoloji ve patofizyoloji hakkındaki soruları tam yanıtlayamamıştır. Damgalama, FNBB ile yüksek oranda ilişkilidir (16). Yetersiz bilgi edinme (6) ve doktorlarla uyumun zayıf olması, önyargı ve ayrımcılığı içselleştirme üzerinden kendini damgalamaya dönüşebilir (16). Bunu önlemek için geleceğin doktorlarının tıp fakültelerinde FNBB'nun teşhisi ve yönetimi konusunda eğitim alarak verim ortaya koymasına esastır. Psikiyatri stajı sırasında eğitim alan hekimler, psikiyatri stajını

tamamlamayan hekimlere kıyasla acil serviste FNBB'li hastalarına daha fazla bilgi vermiş, daha fazla empati göstermiş ve hastaları daha uygun şekilde yönetmiştir (17). Bu nedenle, uygulamalı öğrenme diğer bir uygun yaklaşım gibi görünmektedir. Bilgilendirici öğrenmenin yanı sıra, tipik olarak Balint gruplarının yaklaştığı gibi düşünce ve tutumda bir değişim yaratmak için deneyimsel öğretim ve eğitim de gereklidir (27). Hastalara, uygun açıklamalar yapmaya yönelik etkileşimli, vaka temelli grup tartışmalarında pratik beceri geliştirme, doktorların FNBB' u olan hastalara yaklaşım ve yönetim hakkında bir bağlam geliştirmesine yardımcı olacaktır (23). Damgalamayı azaltmak ve (16) FNBB hasta bakımının iyileştirilmek için tedavi kılavuzları ve yol haritaları geliştirilmelidir.

Kısıtlılıklar

Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma, hekimlerin bağlanma biçimi ve çocukluk çağı travma profilinin acil serviste FNBB ve BBB yönetimine etkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Ayrıca literatürdeki ilgili çalışmalara göre büyük bir örneklem büyüklüğüne sahiptir. Vaka-vinyet metodolojisi, acil serviste gerçek uygulamaları ve yönetimi temsil etmeye katkı sağlamıştır. Bunlarla beraber, bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, ülkedeki uzman doktorlarla ilgili resmi ve merkezi verilerin bulunmaması randomizasyonu engellemiştir. Anketin kısa olması amacıyla RSQ ve CTQ'daki tüm soruları kullanmayıp, sırasıyla dört ve sekiz madde aldı. RSQ ve CTQ'daki tüm maddeleri kullanmak bağlanma ve çocukluk çağı travmasının daha doğru ölçülmesiyle sonuçlanabilirdi. Bunlarla birlikte, az çalışılmış bir alandaki bu tanımlayıcı araştırma, acil tıp uygulama ve eğitimiyle ilgili önemli noktaları ele almıştır.

SONUÇ

Nesnel olarak gözlenen anormal fonksiyonel nörolojik belirtiler ve öznel bedensel belirtiler hekimlerde farklı tepkilere yol açıyor olabilir. Acil serviste hekimlerin konversiyon bozukluğuna yönelik tanı ve tedavi tercihlerini kişisel özelliklerinden ziyade konversiyon bozukluğu konusundaki eğitim eksikliği etkiliyor olabilir.

Acil tıp ve dahiliye doktorları, olası FNBB'nu 'temaruz' olarak değerlendirme eğilimindeyken, çoğu psikiyatrist olası PE'yi psikiyatrik bir durum olarak kabul etti. Acil tıp hekimleri, FNBB yönetiminde sorunu kendileri çözmeye çalışarak (örneğin, anksiyolitik ilaç uygulaması ve bilincin iyileşmesine kadar izleme) pragmatik biçimde ele aldılar. Dahiliyeciler ve psikiyatristlerin çoğu psikiyatrik konsültasyon istedi. Bu ikinci yaklaşım, hastaların tanısız tıbbi incelemelerinin yanı sıra süregen, profesyonel bir ilişki ve derinlikli psikososyal değerlendirilme gereksinimini yansıtıyordu. Değerlendirilen kişisel ve mesleki faktörlerden psikiyatri uzmanlığı dışındakiler klinisyenin kararını etkilemedi. Hekimlerin kişisel faktörlerinden ziyade konversiyon bozukluğu konusunda eğitim eksikliği, acil serviste konversiyon bozukluğuna yönelik teşhis ve tedavi tercihlerini etkiliyor gibi görünmektedir.

Teşekkür: Bu araştırma projesine desteğinden dolayı Prof. Dr. Vedat Sar'a teşekkür ederiz.

Etik Komite Onayı: Çalışma, iyi bilimsel uygulamalar ilkelere göre yürütülmüştür. Koç Üniversitesi kurumsal etik kurulu tarafından onaylandı (2016.210.IRB3.133).

Hasta Onamı: Katılımcılar, anketin uygulanmasından bilgilendirilmiş onam vermiştir

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - ÖK, HYE, CA, ÖÖÇ; Tasarım - ÖK, HYE, CA, ÖÖÇ; Denetleme - ÖK, HYE; Kaynaklar- (-); Malzemeler- (-); Veri Toplama ve/veya İşlemesi - ÖK, HYE, CA, ÖÖÇ, IN; Analiz ve/veya Yorum - ÖK, HYE, IN, UA; Literatür Taraması - ÖK, HYE, IN, UA; Yazıyı Yazan - ÖK; Eleştirel İnceleme - ÖK, HYE, IN, UA, ÖÖÇ, CA.

Çıkar Çatışması: Yazarların çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu araştırma, herhangi bir özel hibe almamıştır.

KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013. https://www.appi.org/diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_dsm-5_fifth_edition
2. Edwards MJ, Stone J, Nielsen G. Physiotherapists and patients with functional (psychogenic) motor symptoms: a survey of attitudes and interest. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012;83:655–658. [\[Crossref\]](#)
3. Ahern L, Stone J, Sharpe MC. Attitudes of neuroscience nurses toward patients with conversion symptoms. *Psychosomatics* 2009;50:336–339. [\[Crossref\]](#)
4. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. Neurologists' understanding and management of conversion disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011;82:961–966.
5. Rawlings GH, Reuber M. What patients say about living with psychogenic nonepileptic seizures: a systematic synthesis of qualitative studies. *Seizure* 2016;41:100–111. [\[Crossref\]](#)
6. de Gusmao CM, Guerriero RM, Bernson-Leung ME, Pier D, Ibeziako PI, Bujoreanu S, Maski KP, Urion DK, Waugh JL. Functional neurological symptom disorders in a pediatric emergency room: diagnostic accuracy, features, and outcome. *Pediatr Neurol* 2014;51:233–238. [\[Crossref\]](#)
7. Rawlings GH, Reuber M. Health care practitioners' perceptions of psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Epilepsia* 2018;59:1109–1123. [\[Crossref\]](#)
8. Salmon P, Wissow L, Carroll J, Ring A, Humphris GM, Davies JC, Dowrick CF. Doctors' attachment style and their inclination to propose somatic interventions for medically unexplained symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:104–111. [\[Crossref\]](#)
9. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms -GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001;18:519–523. [\[Crossref\]](#)
10. Barnett C, Davis R, Mitchell C, Tyson S. The vicious cycle of functional neurological disorders: a synthesis of healthcare professionals' views on working with patients with functional neurological disorder. *Disabil Rehabil* 2020;1–10. [\[Crossref\]](#)
11. Rousseau A, Rozenberg P, Ravaud P. Assessing Complex Emergency Management with Clinical Case-Vignettes: A Validation Study. *PLoS One* 2015;10:e0138663. [\[Crossref\]](#)
12. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151:1132–1136. [\[Crossref\]](#)
13. Şar V, Öztürk E, İlikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2012;32:1054–1063. [\[Crossref\]](#)
14. Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 1994;67:430–445. [\[Crossref\]](#)
15. Sümer N, Güngör D. Assessment of Turkish adolescence attachment styles and a cross-cultural comparison. *Turk J Psychology* 1999;14:71–109. https://www.researchgate.net/publication/299011827_Psychometric_evaluation_of_adult_attachment_measures_on_Turkish_samples_and_a_cross-cultural_comparison
16. Rommelfanger KS, Factor SA, LaRoche S, Rosen P, Young R, Rapaport MH. Disentangling Stigma from Functional Neurological Disorders: Conference Report and Roadmap for the Future. *Front Neurol* 2017;8:106. [\[Crossref\]](#)
17. Bediz U, Aydemir Ç, Başterzi AD, Kisa C, Cebeci S, Göka E. Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri Derg* 2004;7:73–79. https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_7_2_73_79.pdf
18. 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;67:114–123. [\[Crossref\]](#)
19. Glick TH, Workman TP, Gaufer SV. Suspected conversion disorder: foreseeable risks and avoidable errors. *Acad Emerg Med* 2000;7:1272–1277. [\[Crossref\]](#)
20. Eikelboom EM, Tak LM, Roest AM, Rosmalen JGM. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2016;88:60–67. [\[Crossref\]](#)
21. Cozzi G, Barbi E. Facing somatic symptom disorder in the emergency department. *J Paediatr Child Health* 2019;55:7–9. [\[Crossref\]](#)
22. Whitehead K, Reuber M. Illness perceptions of neurologists and psychiatrists in relation to epilepsy and nonepileptic attack disorder. *Seizure* 2012;21:104–109. [\[Crossref\]](#)
23. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open* 2015;5:e009593. [\[Crossref\]](#)
24. Aybek S, Nicholson TR, O'Daly O, Zelaya F, Kanaan RA, David AS. Emotion-motion interactions in conversion disorder: an fMRI study. *PLoS One* 2015;10:e0123273. [\[Crossref\]](#)
25. Brown RJ, Cardeña E, Nijenhuis E, Sar V, van der Hart O. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM-V? *Psychosomatics* 2007;48:369–378. [\[Crossref\]](#)
26. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:2271–2276. [\[Crossref\]](#)
27. Balint M. The doctor, his patient and the illness. *Lancet* 1955;265:683–688. [\[Crossref\]](#)