

Sağlık sisteminde ihmal edilen bir konu 'Bedensel Belirti Bozukluğu'

'Somatic Symptom Disorder', a neglected issue in the health system

Begüm Aydın Taslı, Çiçek Hocaoğlu

Gönderilme tarihi:05.01.2022

Kabul tarihi:18.04.2022

Öz

Bedensel belirti bozukluğu, kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğuna dair sanrısız olmayan düşüncelerinin altı ay ya da daha uzun süre devam etmesi durumudur. Özellikle kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde görüldüğü belirtilmiştir. Bedensel belirti bozukluğunun sosyal, kültürel ve psikolojik yönleri mevcuttur. Bedensel belirti bozukluk tanılı bireyler, sağlık hizmetlerine çok sık başvurma eğilimindedir. Bu hastalar psikiyatrik destek almaktan kaçınırken, daha çok genel tıbbi hizmetlere yönelirler. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruların yarısından fazlasını bedensel belirtilere sahip bireylerin oluşturduğu gösterilmiştir. Bu hastaların tanı ve ayırıcı tanısında güçlükler yaşanmakta olup, hastalara çok sayıda girişimsel ve girişimsel olmayan tetkikler uygulanmaktadır. Sağlık sistemi için önemli bir ekonomik maliyete de yol açan bu durum sıklıkla hastaların tanısının atlanmasına ve tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Mevcut durum hekimler için hayal kırıklığı, çaresizlik gibi duygulara yol açarken hastalarda da hekimlere ve sağlık sistemine karşı memnuniyetsizliğe neden olur. Bedensel belirti bozukluğu önemli derecede yaşam kalitesinde bozulmaya, yeti yitimine yol açan bir ruhsal bozukluktur. Genel toplumda oldukça yaygın görüldüğü bildirilen bedensel belirti bozukluğunun etiolojisi, tanı ve tedavi yaklaşımları tam olarak bilinmemektedir. BBB depresyon, anksiyete bozuklukları ile eş tanımlı durumlara da neden olmaktadır. Bu nedenle BBB erken tanı ve tedavisi önem arz etmektedir. Biz de yazıda son beş yıl içinde ağrı yakınması nedeni 230'dan fazla hekim başvurusu olan bir 51 yaşındaki erkek hastayı sunuyoruz. Ağrı yakınması nedeni ile başvurduğu sağlık kurumlarında hastaya çok sayıda girişimsel ve girişimsel olmayan tıbbi tetkik uygulanmış olması dikkat çekici bir durumdur. Hastanın belirgin düzeyde iş, ekonomik ve sosyal yaşamındaki işlev kaybı da mevcuttur. Bedensel belirti bozukluğu tanısı konusundaki farkındalığın artması hastaların yaşam kalitesini arttıracak, sağlık sistemi üzerinde olumlu katkılar sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Bedensel belirti bozukluğu, tanı, ayırıcı tanı.

Aydın Taslı B, Hocaoğlu Ç. Sağlık sisteminde ihmal edilen bir konu 'Bedensel Belirti Bozukluğu'. Pam Tıp Derg 2022;15:846-852.

Abstract

Somatic symptom disorder is a condition which non-delusional thoughts that a person has a serious illness persist in six months or longer. It has been stated that it is especially seen in individuals with female gender and low socioeconomic level. Somatic symptom disorder has social, cultural and psychological aspects. Individuals who have somatic symptom disorders tend to apply to health services very frequently. Although these patients avoid getting psychiatric support, they mostly turn to general medical services. It has been shown that more than half of the applications to primary health care services are made up of individuals with somatic symptoms. Difficulties are experienced in the diagnosis and differential diagnosis of these patients, and many invasive and non-invasive tests are applied to the patients. This situation, which also causes a significant economic cost for the health system, often leads to missed diagnosis of patients and delayed treatment. While the current situation causes feelings such as disappointment and helplessness for physicians, it also causes dissatisfaction with physicians and the health system in patients. Somatic symptom disorder is a mental disorder that causes significant deterioration in quality of life and disability. The etiology, diagnosis and treatment approaches of somatic symptom disorder, which is reported to be quite common in the general population, are not fully known. Somatic symptom disorder also causes comorbid conditions with depression and anxiety disorders. Therefore, early diagnosis and treatment of Somatic symptom disorder is important. In this article, we present a 51-year-old male patient who had more than 230 visits to a physician due to pain in the last five years. It is noteworthy that many invasive and non-invasive medical examinations were applied to the patient in the health institutions he applied for due to pain. There is also a significant loss of function in the patient's work, economic and social life. Increasing awareness about the diagnosis of somatic symptom disorder will increase the quality of life of patients and make positive contributions to the health system.

Key words: Somatic symptom disorder, diagnosis, differential diagnosis.

Aydın Taslı B, Hocaoğlu C. 'Somatic Symptom Disorder', a neglected issue in the health system. Pam Med J 2022;15:846-852.

Begüm Aydın Taslı, Arş. Gör. Dr. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize, Türkiye, e-posta: baydin114@gmail.com (https://orcid.org/0000-0003-1700-6081) (Sorumlu Yazar)

Çiçek Hocaoğlu, Prof. Dr. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize, Türkiye, e-posta: cicekh@gmail.com (https://orcid.org/0000-0001-6613-4317)

Giriş

Tıbbi değerlendirme ve kanıtlar ile açıklanmayan bedensel belirtilerin varlığı antik çağlardan bu yana bilinmektedir. Ancak, tıbben açıklanamayan bedensel belirtilerin tanı sınıflandırmalarında yer alması ise çok daha sonraki yüzyıllar içinde gerçekleşmiştir [1]. İlk kez Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychiatric Association-APA) tarafından 1980 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Üçüncü Baskısı (DSM-III) ile tıbben açıklamada zorlandığı psikiyatrik belirtilerin tanılamaya dahil edilmesinin temelini atılmıştır [2]. Daha önceki tanı sınıflandırmalarında (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-IV) somatoform bozukluklar ana başlığı altında hipokondriasis olarak adlandırılan bedensel belirti bozukluğu (BBB), 2013'te yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5)'da bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almıştır [3, 4]. Aynı başlık altında bedensel belirti bozukluğu tanısı ile birlikte hastalık kaygısı bozukluğu, konversiyon bozukluğu, diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler, yapay bozukluk, tanımlanmış ve tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk özgül tanıları da yer verilmiştir. BBB etiyojisine yönelik biyopsikososyal teoriler olmasına rağmen, etiyojik temelleri halen bilinmemektedir [5]. DSM-5'te BBB tanısı konulmuş tıbbi bir hastalığa bağlı olan ya da olmayan bedensel belirtileri, kişinin yanlış yorumlaması sonucu ciddi bir hastalığa sahip olduğuna yönelik sanırsal düzeyde olmayan zihinsel uğraş, korku ya da kaygılı davranışların en az altı ay süreyle mevcut olması olarak tanımlanmıştır. Bu korku ya da düşünceler, kişide belirgin stres yaratarak kişinin günlük hayatını ve işlevselliğini olumsuz yönde etkiler. Bu durum başka bir psikiyatrik ya da tıbbi hastalık ile açıklanamaz [4].

Genel toplumda bedensel belirti bozukluğu yaygınlığının %5-7 arasında olabileceği düşünülmektedir [6]. Bedensel belirti bozukluğu kadınlarda erkeklere göre 5-10 kat daha sık görülmekte olup, genellikle 20-30 yaşları arasında daha sık olmakla birlikte ilk belirtilerin görülmesi daha erken yaşlara kadar uzanmaktadır [1]. Düşük eğitim düzeyi olan grupta daha sık görüldüğü bildirilen çalışmalarla birlikte eğitim düzeyi, sosyal statü ya da medeni

durumun tanı sıklığına etkisi olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur [7, 8]. Çocukluk çağı travmaları, stresli yaşam olayları, alkol ve madde kullanım öyküsü, mesleki olumsuzluklar, düzensiz ikili ilişkiler, ailede kronik hastalık öyküsü, güvensiz bağlanma ve öfke yaşamaya eğilim kronik ve şiddetli bedensel belirtilerle ilişkili bulunmuştur [9, 10].

BBB tanılı bireyler, sağlık hizmetlerine çok sık başvurma eğilimindedir. Bu hastalar psikiyatrik destek almaktan kaçınıırken, daha çok genel tıbbi hizmetlere yönelirler. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruların yarısından fazlasını bedensel belirtilere sahip bireylerin oluşturduğu gösterilmiştir [11]. Sağlık sistemi içinde önemli bir yüke sahiptirler. Çünkü bu hastalara çok sayıda girişimsel ve girişimsel olmayan tetkikler yapılmakta ve uygun olmayan tedaviler önerilmektedir [12, 13]. Biz de bu olgu sunumunda son beş yılda çok fazla hekim başvurusu olan bir hastayı mevcut literatür bulguları eşliğinde tartışarak mevcut yazına katkı sunmayı amaçladık

Olgu sunumu

Elli bir yaşında, yüksek okul mezunu, emekli memur, 23 yıllık evli, bir çocuk babası olan hasta, eşinin önerisi ile yakın bir arkadaşının refakatinde uzun süredir sağ kasık bölgesinde geçmeyen ağrı yakınması ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. İlk yakınmaları yaklaşık beş yıl önce başlayan hastanın bu nedenle içerisinde genel cerrahi (11 kere), göğüs hastalıkları (11 kere), üroloji (12 kere), fizik tedavi (15 kere), dahiliye (17 kere), nöroloji (3 kere), algoloji (4 kere), kardiyooloji (5 kere), aile hekimliği (34 kere) ve acil (33 kere) gibi branşların bulunduğu çok sayıda hekim (230'dan fazla) başvurusunun olduğu, çok sayıda tetkik yapıldığı, defalarca direkt grafi (48 defa), bilgisayarlı tomografi (6 defa batın ve toraks), manyetik rezonans (MR) görüntüleme (14 defa) ve kolonoskopi (1 defa) gibi tetkiklere başvurulduğu ancak, tıbbi bir neden bulunamadığı öğrenildi. Bütün tıbbi uygulama ve önerilen tedavilere rağmen ağrısının devam ettiğini ifade eden hasta ağrı kesicilerden fayda göremediğini söyledi. Hastalığına bir türlü tanı konulamadığı ve bu nedenle doğru tedaviyi alamadığını ifade eden hastanın bu yakınması nedeni ile günlük işlerini yapamadığı öğrenildi. Ağrıları nedeniyle sosyal ve mesleki yaşamını sürdürmekte zorlanan hasta gününün önemli bir kısmını evde ve odasında

geçirir olmuş. Kendisine refakat eden arkadaşı ise; çocukluk yıllarından bu yana arkadaş olduklarını, hastanın son beş yıldır sadece sağlık sorunlarına odaklandığını, başka bir konu ile ilgilenmediğini, kaygılı ve düşünceli olduğunu belirtti. Hastanın ilk psikiyatrik başvurusu iki yıl önce eşinin önerisi ile farklı bir kuruma olmuş. Psikiyatrik bir hastalığı olduğuna inanmayan hasta o dönem kendisine önerilen paroksetin, amitriptilin isimli ilaçları bir süre kullanıp fayda görmediği gerekçesi ile bırakmış. Daha sonra farklı tarihlerde ve değişik kurumlara başvuran hastaya duloksetin, olanzapin, mirtazapin, amisülpirid isimli ilaçlar önerilmiş. Ancak, hasta bu tedavileri de kısa bir süre kullanıp bırakmış. Hasta tarafımıza başvurduğunda son üç aydır venlafaksin 75 mg/gün ve gabapentin 600 mg/gün kullanmaktaydı. Görüşme için davet edilen hastanın eşi ise; son yıllarda aile içinde yaşanan olaylardan etkilendiklerini, hastanın ilk ağrı yakınmasının beş yıl önce kendisinden dört yaş büyük ağabeyinin ani gelişen bir gastrointestinal kanama nedeni ile vefatı sonrası başladığını belirtti. Kısa bir süre sonra da hastanın çok bağılı olduğu annesi geçirdiği bir serebrovasküler olay nedeni ile vefat etmiş. Annesinin tek yakınmasının boyun ağrısı olduğunu belirten ve annesinin vefatı sırasında yanında olan hasta tanı konulmadığı için hekimleri suçlamaktaydı. Yine aynı yıl içerisinde çocukluk yıllarından bu yana pekiyi anlayamadığı uzun süre bakım verdiği babasını da kaybeden hasta ağrı yakınmalarının dayanılmaz olması ve çalışmasına imkân vermemesi gerekçesiyle emekliye ayrılmış. Hastanın eşi ağrının ilk önceleri sadece sağ tarafında olduğunu daha sonra ise vücudunun değişik yerlerine yayıldığını ve hastanın elinin sürekli ağrı olan vücut bölgesinde olduğunu belirtti. Hastanın evden sadece hastaneye gitmek için dışarı çıktığını, hastane başvurusu sonrası kısa bir süre kısmen rahatladığını, tüm zamanını bilgisayarda sağlık sitelerine girerek geçirdiğini, 10 yaşındaki kızı ve kendisine ilgi göstermediğini, dikkatinin dağınık ve unutkanlıklarının olduğunu söyledi. Hastanın özellikle emeklilik sonrası daha da içine kapandığı, arkadaşları ile görüşmediği önceden keyif aldığı etkinliklere artık katılmadığı öğrenildi.

Öz geçmişi: Altı çocuklu bir ailenin dördüncü çocuğu olarak normal doğum ile dünyaya gelen hastanın büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun yaşanmamış. Anne ve babasının yakın

akraba oldukları, evde babanın sözünün geçtiği, babanın çok sert, mesafeli, sevgisini belli etmeyen ve tüm çocuklarına eleştirel bir tavır sergilediği belirtildi. Hasta çocukken kendisini iyi huylu, annesine çok düşkün, içe kapanık, sessiz biri olarak tanımlandı. Yedi yaşında okula başladığını, okulda çalışkan bir öğrenci olduğunu belirtti. Şimdiki eşi ile görücü usulü ile tanışıp evlendiklerini, evliliklerinin ilk yıllarından bu yana görüş ayrılıklarının olduğunu ifade eden hastanın infertilite nedeni ile uzun bir süre tedavi aldığı, varikosel ameliyatı geçirdiği ve daha önce bir kez de böbrek taşı düşürdüğü bilgisine ulaşıldı. Sigara, alkol, madde kullanımı yoktu. Soygeçmişinde psikiyatrik veya nörolojik hastalık öyküsü bildirilmedi. Fizik muayene, nörolojik ve batın muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın laboratuvar bulguları ve radyolojik görüntülemeleri normal olarak değerlendirildi.

Ruhsal durum muayenesi: Yaşında gösteren, öz bakımı yerinde, göz temasında hafif kaçınan, görüşmeye istekli olan hastanın konuşması açık, amaca yönelikti. Görüşme sırasında ağrısını anlattığı sırada eli ile vücut bölgesine dokunduğu ve kaygılı hali dikkat çekiciydi. Konuşma miktarı ve hızı olağan, ses tonu normaldi. Duygudurumu depresif, duygulanımı duygudurumu ile uyumlu olarak gözlemlendi. Bilinci açık, yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdı. Algılamada patolojik bulgu saptanmadı. Bellek ve zekâ normal olarak değerlendirildi. Hastanın soyutlaması korunmuş, gerçeği değerlendirme yetisi olağandı. Düşünce içeriğinde iyileşemeyeceğine ve ciddi bir hastalığı olabileceğine dair aşırı değer verilmiş düşünceler mevcuttu. Benlik saygısı azalmıştı.

Klinik seyir: Psikiyatrik değerlendirme sonrası hastanın DSM-5'e göre BBB (ağrının baskın olması ile giden) ve major depresif bozukluk tanıları ile kullanmakta olduğu venlafaksin 75 mg/gün tedavisi 150 mg/gün'e yükseltildi, gabapentin tedavisine devam etmesi önerildi. Hastaya eş zamanlı olarak bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulandı. İlk görüşmelerde hasta ve ailesine hastalık hakkında psikoeğitim verildi. Yapılan psikometrik değerlendirmelerinde, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanı 72, alt ölçeklerde TAS-A (duygularını tanıma zorluğu): 25, TAS-B (duygularını ifade etme zorluğu): 18, TAS-C (dışavuruk düşünce): 29 puan olarak değerlendirildi. Hamilton Depresyon

Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): 22 puan, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES): 27 puan, Beck Aksiyete Ölçeği: 14 puan, Beck Depresyon Ölçeği: 30 puan olarak değerlendirildi. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'ne göre 'Bedensel yakınmaları ile çok fazla uğraşan, iş yapma istekleri azalmış, yakınmalarının bedensel kaynağını sürekli biçimde araştıran, ben merkezci, sürekli şikâyet eden, sızlanan, inatçı, kötümser, genel olarak yaşamda mutsuz bir bireye işaret eder.' olarak değerlendirildi. Hastanın tıbbi geçmişi, izni alınarak e-nabız kayıtlarından incelendi ve hastanın son beş yıl içinde farklı kurum ve tıbbi branşları içeren 230 civarı tıbbi başvurusunun olduğu ve hemen her ay radyolojik tetkik uygulandığı bilgisine ulaşıldı. Poliklinik ya da acil servis başvurusunda bulunmaması önerilen hasta sık aralıklarla takip edildi ve aile görüşmeleri yapıldı. Dört ayın sonunda hastanın hekim başvurularının durduğu ancak, halen ağrı yakınmasının kısmen de olsa devam etmekte olduğu gözlemlendi. Hastanın eşi ise, hastanın evde daha az zaman geçirdiğini, ev alışverişini yapabildiğini, arkadaşları ile etkinliklere katılmaya başladığı belirtti. Tekrarlanan psikometrik testlerinde; Toronto Aleksitimi ölçeği toplam puanı: 68, alt ölçeklerde TAS-A:24, TAS-B:14 TAS-C:30, HAM-D:20, Beck Depresyon Ölçeği: 20, Beck Anksiyete Ölçeği: 14 olarak değerlendirildi. Hastanın düzenli takip ve tedavisi hali hazırda devam etmektedir. Olgu sunumu olarak bilimsel amaçlı kimliği gizli olacak şekilde bilimsel bir dergide yayınlanmak üzere hastadan yazılı onamı alındı.

Tartışma

BBB'un genel toplumda oldukça yaygın görüldüğu ve sık olarak sağlık kurumlarını kullandıkları bilinmektedir. Özellikle genç kadın olguların tıbben açıklanamayan fiziksel belirtiler ile sağlık kuruluşlarına başvurdukları çok sayıdaki çalışmada bildirilmiştir [1, 6, 7, 10]. Çalışmamızda sunulan olgunun orta yaştaki bir erkek olması dikkat çekici bir durumdur. Çünkü BBB'nun erkek hastalardaki gerçek sıklığı ve klinik görünümu tam olarak bilinmemekte olup, belki de erkek hastalarda tanı gözden kaçabilmektedir. Yine epidemiyolojik çalışmalarda düşük eğitim seviyesi, yalnız yaşıyor olmak, düşük ekonomik gelir ile BBB arasında ilişki olduğu saptanmıştır [14]. Ancak eğitim düzeyi, ekonomik gelir ve medeni

durumun tanı sıklığına etkisi olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur [15]. Olgumuzun da evli ve yüksekokul mezunu olması bu sonuçlar ile uyumludur. Ancak, olgu sunumundaki hastanın işini yapamaması ve erken emekli olması nedeni ile gelir kaybına uğradığı da söylenebilir. BBB tanılı hastaların en sık başvuru nedeni ağrı olup; bunu bulantı, kusma, yutma güçlüğü, kol ve bacaklarda güçsüzlük, nefes darlığı ve menstrüel dönem yakınmaları izler [8]. Olgu sunumunda sağ alt kadranda sebat eden ağrının daha sonra vücudunda sırt, boyun ve ekstremiteler gibi farklı bölgelere yayıldığı izlenmiştir. BBB'nun tanısında fiziksel hastalıkların ayırt edilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle hastaya yapılan tıbbi tetkikler ile detaylı incelenmeli hastanın yakınmalarının tıbbi nedene bağlı olmadığı kanaatine varıldıktan sonra bu tanıya yönelmelidir. Ayırıcı tanıda panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, hastalık kaygısı bozukluğu, konversiyon bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk düşünölmeli, ayırıcı tanı doğru bir şekilde yapılmalıdır [1, 6, 7]. Çünkü depresyonu olan hastaların bedensel yakınmalar ile hekime başvurdukları hatta öncelikli olarak psikiyatri dışı hekimler tarafından muayene edildikleri bilinmektedir. Bu şekilde bedensel belirtilerin oluşmasında depresyon etiyolojisindeki fizyopatolojik süreçlerin sorumlu olduğu düşünölmüştür [10]. BBB tanılı hastaların hastalık ile ilgili öyküsü ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır. Çünkü alışmamızdaki olguda da olduğu gibi öncelikli olarak ağrı yakınmalarının başladığı daha sonra depresif yakınmalarının bu klinik görünüme eklenmesi dikkat çekicidir.

Anksiyete bozukluklarının seyri sırasında da olgularda bedensel belirtiler sıkça izlenir [16]. Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk tanılı hastalarda oldukça sık bedensel belirti klinik görünüme eşlik edebilir. Başka bir deyişle anksiyetenin BBB belirtilerinin oluşumundaki payı göz ardı edilmeyecek bir durumdur. Olgu sunumuzda ise belirgin anksiyete belirtilerine rastlanmamış olması hastanın ilk değerlendirildiği sırada venlafaksin ve gabapentin tedavisi kullanımı ile ilişkili olabilir.

Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtiler tüm dünya ve farklı kültürlerde psikososyal kriz ve sorunların en yaygın ifade biçimidir. Başka bir deyişle BBB, temelde ruhsal ve sosyal alanda

yaşanan sorunlara ilişkin bir yardım arama davranışı olarak da tanımlanabilir. Burada bireyler yaşadıkları duygusal sıkıntıları sözel dil yerine beden dili ile anlatım yolunu kullanırlar. Yaşanan duyguları anlama ve sözel olarak ifade etmede zorluk olarak tanımlanan aleksitimi ile bedensel belirtiler arasında bir ilişki söz konusudur [1, 10]. Çalışmamızdaki olgunun da psikiyatrik değerlendirme ve psikolojik testler sonucu aleksitimik özelliklerinin saptanmış olması bu bulgularla uyumludur. Ayrıca olgumuzun son yıllarda sık aralıklarla yaşadığı stresli yaşam olayları ile BBB yakınmalarının başlangıç tarihlerinin aynı olması dikkat çekicidir. Özellikle çok sevdiği ağabeyinin ani ölümü, ardından çok bağlı olduğu annesinin ölümüne tanıklık etmesi bu olayların başında gelmektedir. Çocuklukta maruz kalınan olumsuz yaşantılar ile erişkin dönemde ortaya çıkan tekrarlayan fiziksel belirtiler arasında ilişkiye işaret eden çalışmalar mevcuttur [9, 17]. Olgumuzun babası ile çocukluktan bu yana ilişkisi incelendiğinde mevcut durum olumsuz çocukluk yaşantısı olarak değerlendirilebilir.

BBB genel toplumda oldukça sık görülmesine rağmen, tanı ve ayırıcı tanıda birtakım güçlükler neden olabilmektedir [8, 13]. Bu nedenle psikiyatri dışı hekimlerin bu tür ruhsal bozukluklar konusunda duyarlı olmaları önem taşımaktadır. Çünkü zor hasta olarak tanımlanan bu hasta grubu tüm sağlık hizmeti basamaklarını sıkça kullanırlar [11]. BBB tanılı olgular kendilerine sağlık hizmeti sunan hekimlerde çaresizlik, öfke duygularına neden olabilir. Çünkü çok sayıda tıbbi değerlendirmeye ve tedavi yaklaşımlarına rağmen bir türlü giderilemeyen kalıcı bedensel belirtiler nedeni ile hekimler çaresizlik yaşayabilirler. Hekimler bu hastaların değerlendirilmesinde kimi zaman gerekli olmayan çok sayıda tetkik isteme ya da belirtileri önemsememe yolunu da tercih edebilir. Bu tür tıbbi değerlendirme ve uygulamalar hastalarda da hayal kırıklığı, aldıkları tıbbi bakımdan memnun olmamaya yol açar. Olgumuzun tıbbi kayıtlarının incelenmesi sonucunda hastanın çok farkı tıp branşı ve sağlık kurumuna çok sayıda tıbbi başvurusunun olduğu, çok sayıda tıbbi tetkik uygulandığı anlaşılmıştır. Hastanın 230'dan fazla hekim başvurusu ve çok sayıda radyolojik tetkik öyküsünün mevcut olması bu anlamda çarpıcı bir örnek oluşturmaktadır. Bu durum konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarını destekler

niteliktedir. BBB olan olguların erken tanı ve tedavisi çok sayıda tıbbi başvurunun önüne geçebilir. Bu şekilde sağlık sistemi üzerindeki yük azalabilir. Olgumuzda uzun süredir devam eden bedensel belirtileri nedeni ile il genelinde çalışan neredeyse tüm hekimlere başvurmuş olması dikkat çekici bir durumdur.

BBB'nun belirgin düzeyde yaşam kalitesini bozduğu ve yeti yitimine neden olabileceği bildirilmiştir [1, 5, 6]. Hastaların önemli bir kısmı fiziksel hastalığı olan bireylere göre daha fazla bedensel ve sosyal yeti yitimine uğramakta ve bir ayın önemli bir kısmını evlerinde, yataklarında geçirmektedir [5]. BBB, ilaç bağımlılığı, tekrarlayan invazif girişimler, iş yaşamında başarısızlıklar, boşanmalar ve intihar girişimleri gibi komplikasyonlara neden olabilen ciddi bir ruhsal bozukluktur [18, 19]. Ancak doğru tanı ve uygun tedavi yaklaşımları ile bu komplikasyonlar önlenmektedir. Olgu sunumumuzdaki hastanın da benzer şekilde bir yaşam sürdürdüğü anlaşılmıştır. Ayrıca hastanın erken emeklilik sonucu mesleki, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşaması da söz konusudur. Bu durumda eşlik eden diğer ruhsal bozuklukları da saptamak ve tedavisini düzenlemek hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Bizim olgumuzda yapılan psikiyatrik değerlendirme ve psikometrik ölçümlere göre orta düzey depresyon eşlik etmekteydi. Hastanın art arda yaşadığı mesleki ve kişisel kayıpları, yas süreçleri, aleksitimik yapısı nedeniyle bedensel belirti bozukluğu geliştirmiş ve bu süreçte işlevselliği ciddi ölçüde etkilenmiştir. Erken emeklilik ve sosyal izolasyonun da hastayı depresyona sürüklemiş olması muhtemeldir. Bütün bunların yanı sıra son iki yıl içinde tüm dünyada COVID-19 pandemisine bağlı değişen yaşam koşullarının da bu sosyal izolasyonda katkısı olasıdır. Çünkü ülkemizde pandemi ile mücadele kapsamında uzun süreli sokağa çıkma kısıtlamaları uygulanmıştır. Diğer yandan ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında pandemi nedeni ile çalışma programlarında değişikliklere gidilmiş, hasta yatışları ve randevuları ertelenmiştir. Yine çok sayıda kişi bulaş korkusu, hastalık kapma endişesi ile hastane başvurularını ve tedavilerini ertelenmişlerdir. Olgumuzda ise pandemi döneminde bile sürekli hastane başvurularının devam etmiş olması dikkat çekici bir durumdur. Olgunun hastalık öyküsündeki dikkat çeken bir diğer konu da hastanın evde günün önemli bir

kısmını internette sağlık sitelerini inceleyerek geçirmiş olmasındır. Tanı sınıflandırmalarında henüz özgül bir tanı olarak yer almasa da 'siberkondria' olarak tanımlanan bu durum son yıllarda araştırmalarda ilgi odağı haline gelmiştir [20]. Önemli derecede sağlık kaygısına yol açabilen siberkondria hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Bugün için BBB ile önlenabilir risk faktörlerini içeren ve özgül tedavilerin verilmesini sağlayacak güvenilir bir yöntem henüz mevcut değildir. Bu nedenle BBB tanılı hastalar konusunda hekimler belirsizlik yaşamaktadır. Empatik ve etik yaklaşım ile hastasını dinleyen klinisyenin gerçekçi, geçerli tutumu ile hastayı anlamaya yönelik yaklaşımı tanısai değerlendirmede önceliklidir. Hastanın ayrıntılı tıbbi öyküsünün alınması, bedensel belirtiler ile eş zamanlı yaşanan yaşam krizlerinin sorgulanması tanıda önemlidir. Hastalık belirtilerinin biyopsikososyal bir bütünlük içinde değerlendirilerek, hastanın gereksinimlerin gözetilmesi hasta-hekim arasında güvenli bir ilişkinin kurulmasına aracı olacaktır. BBB tedavi yöntemi belirlenirken psikolojik, sosyal ve kültürel etmenler göz önünde bulundurulmalıdır [1, 10]. Tedavi ilkeleri genel olarak tekrarlayan başvurulardan kaçınmak için düzenli ve sık aralıklı randevular vermek; hastanın muayenesini dikkatli yapmak ve dosyasını detaylı inceleyerek fiziksel hastalıkların dışlandığı konusunda güvence vermek; bedensel belirtilerle baş etmeye yönelik eğitim vermek; işlevsellikte iyileşme sağlamak şeklinde hedef belirlemek şeklinde olmalıdır [5, 8]. Psikoterapiler bu hastaların tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) en çok kanıt bulunan yöntemdir [21]. Hastalar arası değişiklikler olabilse de tedavi; psikoeğitim, sorun çözme eğitimi, iletişim becerileri, davranışsal aktivasyon, bilişsel yeniden yapılandırma ve gevşeme egzersizlerini içermektedir [1, 5] Farmakoterapide ilk seçenek, inen ağrı yolaklarındaki analjezik etkisi, depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi komorbid tablolarda iyileşme sağlaması gibi nedenlerle antidepresan grubu ilaçlardır [22-24]. Bu nedenle biz olgumuzda farmakolojik ajan olarak venlafaksin ve eş zamanlı olarak BDT uygulamasını tercih ettik. Ayrıca aile görüşmeleri, psikoeğitimler ve sık muayene randevuları ile hastayı takip ettik.

Sonuç olarak, BBB tanılı hastalar daha çok psikiyatri dışı branşlara başvurmakta, diğer branş hekimlerince kolay tanınmamaktadır. Ayrıca bu hastalardan istenen çok sayıda radyolojik ve cerrahi tetkik sadece iş gücü ve ekonomik yük oluşturmakla kalmamakta aynı zamanda malpraktise varabilecek boyutta komplikasyonlara da neden olmaktadır. Bu nedenle BBB etiyolojisi, tanı ve tedavi yaklaşımlarını inceleyen daha çok çalışmaya ve hekimlerin bu konuda eğitilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın konu ile ilgili olarak klinisyenler için bir farkındalık yaratacağı inancındayız.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Çetin Ş, Sözeri Varma G. Somatik belirti bozukluğu: tarihsel süreç ve biyopsikososyal yaklaşım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2021;13:790-804. <https://doi.org/10.18863/pgy.882929>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition (DSM-III). Washington DC, American Psychiatric Press, 1980.
3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition text revision (DSM-IV-TR). Washington DC, American Psychiatric Press Inc; 2000
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Press Inc; 2013;3:1-6.
5. Kırpınar İ. Somatizasyon ve bedensel belirti bozuklukları. In Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Cilt 1, (Ed. H.Elbi, C. Cimilli, Ö. Önen Sertöz, Ç.Karşıdağ, G. Sözeri-Varma). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği, 2019.
6. de Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004;184:470-476. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.470>
7. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic symptom disorder. Am Fam Physician 2016;93:49-54.
8. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. Dialogues Clin Neurosci 2018;20:23-31. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen>

9. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatry disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Ann Intern Med* 2001;134:917-925. https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-9_part_2-200105011-00017
10. Kandemir G, Ak İ. Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5:479-506. <https://doi.org/10.5455/cap.20130530>
11. Morabito G, Barbi E, Cozzi G. Somatic symptom disorder and the physician's role-reply. *JAMA Pediatr* 2020;174:1001-1002. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0171>
12. Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. *Int Rev Psychiatry* 2013;25:116-124. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.746649>
13. Dunphy L, Penna M, El Kafsi J. Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep* 2019;12:e231550. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-231550>
14. Cao J, Wei J, Fritzsche K, et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *Gen Hosp Psychiatry* 2020;62:63-71. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.11.010>
15. Jiang Y, Wei J, Fritzsche K, et al. Assessment of the structured clinical interview (SCID) for DSM-5 for somatic symptom disorder in general hospital outpatient clinics in China. *BMC Psychiatry* 2021;21:144. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03126-0>
16. Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med* 2007;69:860-863. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b0103>
17. Schmahl OC, Jeuring HW, Aprahamian I, et al. Impact of childhood trauma on multidimensional frailty in older patients with a unipolar depressive-, anxiety- or somatic symptom disorder. *Arch Gerontol Geriatr* 2021;96:104452. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104452>
18. Torres ME, Löwe B, Schmitz S, Pienta JN, Van Der Feltz Cornelis C, Fiedorowicz JG. Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: a systematic review. *J Psychosom Res* 2021;140:110290. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110290>
19. Kämpfer N, Staufienbiel S, Wegener I, et al. Suicidality in patients with somatoform disorder - the speechless expression of anger? *Psychiatry Res* 2016;246:485-491. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.022>
20. Erdogan A, Hocaoglu Ç. Siberkondria: bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2020;12:435-443. <https://doi.org/10.18863/pgy.654648>
21. Sarter L, Heider J, Kirchner L, et al. Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2021;146:110486. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110486>
22. Fava M. Somatic symptoms, depression, and antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63:305-307. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0406>
23. Hirakawa H, Terao T, Ishii N. A case of facial pain in somatic symptom disorder responding to duloxetine. *J Clin Psychopharmacol* 2020;40:512-513. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001247>
24. Jann MW, Slade JH. Antidepressant agents for the treatment of chronic pain and depression. *Pharmacotherapy* 2007;27:1571-1587. <https://doi.org/10.1592/phco.27.11.1571>

Hasta onamı: Hastadan yazılı onam alındı.

Yazarların makaleye olan katkıları

Ç.H. ve B.A.T. çalışmanın ana fikrini ve hipotezini kurgulamışlardır. Sonuçlar kısmındaki verilerin değerlendirmesini Ç.H. ve B.A.T. yapmışlardır. Makalenin tartışma bölümü B.A.T. tarafından yazılmış, Ç.H. gözden geçirip gerekli düzeltmeleri yapmış ve onaylamıştır. Ayrıca tüm yazarlar çalışmanın tamamını tartışmış ve son halini onaylamıştır.