



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞUNUN
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİSİ**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

SAMET TÜREDİ

İSTANBUL, 2022



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞUNUN BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİSİ**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

**SAMET TÜREDİ
(210134020)**

**Danışman
(Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

İSTANBUL, 2022

ETİK BİLDİRİM

Bu projenin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Samet Türedi

BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞUNUN BİLİŞSEL DAVRANIŐCI TERAPİSİ

Samet Türedi

ÖZET

Bu araştırmada bedende var olan bir hastalık Şeklinde bir imaj meydana getiren ve fiziksel belirtiler ya da sağlıkla iliği aşırı uėraŐ olarak tanımlanan bedensel belirti bozukluklarına odaklanmaktadır. Zaman içinde hastanın Şikayetçi olduğu ve biyolojik olarak açıklaması mümkün olmayan rahatsızlıklar olarak ele alınan bedensel belirti bozukluğu zamanla belirtilerin tıbbi olarak açıklanmaması kriterini kaldırmıŐtır. Bu noktada bedensel belirtiyeye dair aŐırıya kaçan düşünceler, duygular ve davranışları içeren bozuklukta kullanılan en etkin tedavi yöntemlerinden biri bilişsel davranıŐci terapidir. Literatür araştırması yöntemine dayalı bu çalışma bedensel belirti bozukluklarında bilişsel davranıŐci terapi ve bu terapinin üçüncü kuşak modellerinin etkili olduğu ilişkisine odaklanır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre bedensel belirti bozukluğu ile bilişsel davranıŐci terapide bedensel belirtilere yönelik biliŐleri değiştirmek, bu durumu tetikleyen duyguları belirlemek ve değiştirmek gibi yöntemler kullanılmakta, ve bu terapi modeli tedavide etkili olmaktadır. Ancak nc kuşak terapi modellerinin bedensel belirti bozukluğunun tedavisinde yeterli bir noktada yer almasını belirleyecek çalışmaların sayısı, sonuca ulaşmak için yeterli değildir.

Anahtar kelimeler: BDT, bedensel belirti, üçüncü kuşak terapi

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF SOMATIC SYMPTOM DISORDER

Samet Türedi

ABSTRACT

This research focuses on somatic symptom disorders that create an image of an existing disease in the body and are defined as physical symptoms or excessive preoccupation with health. Over time, somatic symptom disorder, which was considered as the disorders that the patient complained about and which could not be explained biologically, over time removed the criterion of not explaining the symptoms medically. At this point, cognitive behavioral therapy is one of the most effective treatment methods used in the disorder, which includes excessive thoughts, feelings and behaviors regarding somatic symptoms. Based on the literature review method, this study focuses on the relationship between cognitive behavioral therapy and third generation models of this therapy in somatic symptom disorders. According to the findings of the study, methods such as changing cognitions for somatic symptoms, identifying and changing the emotions that trigger this condition are used in cognitive behavioral therapy with somatic symptom disorder, and this therapy model is effective in treatment. However, the number of studies that will determine whether the third generation therapy models are at an adequate point in the treatment of somatic symptom disorder is not sufficient to reach a conclusion.

Keywords: CBT, somatic symptom, third generation therapy,

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı Bedensel Belirti Bozukluğunun tanımlanması, tarihsel süreci, etiyojisi, epidemiyolojisi, klinik görünümü ve bilişsel davranışçı terapi çerçevesindeki yaklaşımları açıklayıp bu alanda uygulanan bilişsel davranışçı terapinin işlevselliği üzerinde durmak amaçlanmaktadır.

Alanyazın taraması yapılırken bu konuda direkt olarak bilişsel davranışçı terapi yaklaşımına değinen Türkçe kaynağın az olduğu fark edilmiş olup bu konuda çalışma yapmanın faydalı olacağı düşünülmüştür.

Bu proje çalışmasının oluşturulma sürecinde, araştırılmasında, yazım aşamasında her türlü desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın Prof. Dr. Gaye SALTUKOĞLU'na ve sosyal hayatımda beni destekleyen değerli Asım TÜREDİ, SAİME TÜREDİ, Sema ÜÇÜNCÜ ve Oğuzhan ŞAHİNİ, Buğra GÜVENER ve Değerli eşi Damla TAŞAN GÜVENER'e teşekkürlerimi sunarım.

Ağustos,2022

Samet Türedi

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU.....	3
1.1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	3
1.1.1 Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozuklukların DSM-5 Tanı Kriterleri.....	5
1.2. BEDENSELLEŞTİRME.....	9
1.3. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU	9
1.3.1. Tarihsel Süreç.....	10
1.4. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİ	13
1.4.1 Biyolojik Sebepler	13
1.4.2. Psikodinamik Kuram.....	14
1.4.3. Öğrenme Kuramı	14
1.4.4. Aleksitimi	15
1.5. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU EPİDEMİYOLOJİSİ	15
1.6. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE KLİNİK TABLO.....	15
1.7. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE SAĞALTIM	17
İKİNCİ BÖLÜM	18
2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ.....	18
2.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ NEDİR?	18
2.1.1. Tarihsel Süreç.....	21
2.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE KURAMSAL YAKLAŞIM.....	23
2.2.1. Davranışçı Yaklaşım	23
2.2.2. Bilişsel Yaklaşım	24
2.3. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE KUŞAKLAR.....	26
2.3.1. Birinci Kuşak Terapi	26

2.3.2. İkinci Kuşak Terapi	28
2.3.3. Üçüncü Kuşak Terapi	29
2.3.3.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Terapi	30
2.3.3.2. Diyalektik Davranış Terapisi	30
2.3.3.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi.....	31
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	34
3. YÖNTEM	34
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	35
4. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ	35
4.1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN ROLÜ	35
4.1.1 Yapılan Çalışmalar	37
4.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ KUŞAKLARININ TEDAVİDEKİ ROLÜ	39
SONUÇ	41
KAYNAKÇA	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Kavramları	20
Şekil 2. Bilişsel Davranışçı Terapinin Tarihsel Seyri	22
Şekil 3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kuşaklar	29

GİRİŞ

Sağlık hizmetinin tüm seviyelerindeki hastalar sıklıkla vücudun farklı yerlerinde ağrı, yorgunluk veya kardiyovasküler, veya diğer organ işlevlerinde algılanan rahatsızlıklar gibi bedensel şikayetlerden muzdariptir. Bu şikayetler çarpıntı, baş dönmesi, ishal, uzuv zayıflığı vb. olarak görünebilir. Birçok hasta aynı anda ve zamanla birden fazla semptomdan şikayet eder, ancak bazıları sadece bir kalıcı semptomdan muzdariptir. Acı, bedensel şikayetlerin deneyimiyle sınırlı değildir; aynı zamanda yüksek sağlık kaygısı ve kontrol davranışı gibi psikolojik ve davranışsal yönleri de içerir (Henningesen vd., 2003).

Bedensel belirti bozukluğu bir kişi fiziksel semptomlar hakkında aşırı, abartılı kaygı hissettiğinde ortaya çıkar. Kişi semptomlarla ilgili o kadar yoğun düşünce, duygu ve davranışlara sahiptir ki, günlük yaşamın bazı aktivitelerini yapamayacağını hisseder. Rutin tıbbi problemlerin yaşamı tehdit ettiğine inanabilirler. Bu endişe, normal test sonuçlarına ve sağlık hizmeti sağlayıcısının güvencesine rağmen düzelmeyebilir (Carson vd., 2011).

Genel olarak bedensel sorunların erken (psikodinamik) modelleri genellikle yukarıdan aşağıya bir mekanizmayı, yani kalıcı bedensel semptomlar deneyiminin altında yatan ana mekanizma olarak periferik fizyolojinin psikojenik aktivasyonlarını ima etti. Son on yılların modelleri, ağırlıklı olarak, nosiseptif ve diğer sensörlerden gelen çevresel girdilerin merkezi veya psikososyal faktörler tarafından aşırı derecede büyütüldüğü düşünülen aşağıdan yukarıya mekanizmaları ima etmişlerdir (Bobevskil, 2016).

Son yıllarda, semptomların genel paterni için birkaç ulusal kılavuz incelemesi ve tek fonksiyonel somatik sendromlar için birçok sistematik inceleme de dahil olmak üzere, bedensel belirti bozukluğu olan hastaların yönetimi için kanıta dayalı önerileri toplamak için önemli çabalar görülmüştür. Sadece çeşitli tedavilerin (çoğunlukla orta düzeyde) etkilerini değil, aynı zamanda bu büyük hasta grubunun karşılanmamış ihtiyaçlarını ve daha iyi teşhis ve tedavinin önündeki engelleri de belirlediler (Stone vd., 2009; Tomenson, 2013). Ne yazık ki, tedavi denemeleri için, bedensel semptom

kalıpları ve psiko-davranışsal özellikler hakkındaki bu daha geniş bakış açısı nadiren uygulanmaktadır; bu nedenle, bu tedavi perspektifini kapsayan sadece birkaç çalışma ve sistematik inceleme var. Bu bakış açısı altında gerçekleştirilen denemelerde, birincil son noktalar genellikle, örneğin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinde işlevselliğe atıfta bulunmakta olup semptom yoğunluğuna değinmemektedir. (Eikelboom vd., 2010).

Bedensel belirti bozukluğuna sahip hastalar genellikle iyileştirilmesi zor olan semptomlara sahiptir. Bir çalışma, birinci basamak hastalarındaki fiziksel semptomların, hastalık olmadığında tedaviye, hastalık varken olduğundan daha az yanıt verdiğini bulgulamıştır (Harris ve Orav, 2009). Bu tedavilerin çoğu davranışsal sağlık bakım ortamlarında geliştirilmiş ve uygulanmıştır ve hastaların sağlıkla ilgili yanlış anlamalarına yönelik bilişsel-davranışçı yaklaşımlara odaklanmaktadır. Literatürde özellikle üzerinde durulan bilişsel davranışçı bir teknik, bilişsel yeniden yapılandırma. Bilişsel yeniden yapılandırma, olumsuz düşünme kalıplarını tanımlamaya ve yeniden yapılandırmaya yardımcı olur (Spitzer, 2008).

Bilişsel davranışçı terapi davranışçılıktan bilişsel terapiye, diğerlerinin yanı sıra farkındalık veya kabul ve taahhüt terapisi de dahil olmak üzere bir dizi bilişsel davranışçı terapiye evrilmiş bir psikoterapi akımıdır. Bilişsel davranışçı terapi, hastanın sorunlarının kaynağının, düşüncelere, duygulara, fiziksel semptomlara ve eylemlere yansıyan zor durumlara olumsuz ve haksız bir tepki olduğunu varsayar (Kay ve Tasman, 2006). Terapinin amacı, hastanın gerekli gördüğü ölçüde düşünce ve davranış biçimini değiştirmektir. Düşünceler üç düzeyde doğrulanır: otomatik düşünceler, varsayımlar ve temel inançlar. Psikoterapist ayrıca uygun şekilde seçilmiş araçları kullanarak hastayı organize etmeye, anlamaya ve zor duygulardan kurtarmaya yardımcı olur. Yapılan araştırmalar da bilişsel davranışçı terapi ile bedensel belirti bozukluğu tedavisi arasındaki ilişkilere odaklanır (Haller vd., 2015).

Çalışma bu noktada bir terapi tekniği olarak bilişsel davranışçı terapinin bedensel belirti bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu hipotezine dayanır ve bunun için alanda yer alan diğer çalışmalar ve bu çalışmaların sonuçlarından yararlanarak bir analiz çalışması hedeflenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU

1.1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Beden-bellek arasındaki etkileşim tüm davranışlarımıza etki ettiği gibi hastalık durumlarında da etkin olmaktadır. "Bedende var olan bir hastalık şeklinde" bir imaj oluşturup, köken olarak sosyal ve ruhsal alanlarda ortaya çıkan problemlerle alakalı destek isteme davranışına sebep olan bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar bu olayın en klasik örneklerindedir fakat bu durum olması gerektiği kadar açık şekilde gözlemlenemeyen bir durum oluşturmaktadır. Bu durumdan kaynaklı olan vakayla karşılaşan hekimler açısından karmaşık bir durum ortaya çıkmaktadır. Özel olarak hastalık ile hastanın hastalığı deneyimleme şeklinin hastalıkla uyuşmadığı durumlarda tedavi süreci ve hekim ile hastasının etkileşimi de olumsuz etkilenmektedir. Şahsın kişisel olarak deneyimlediği

bedensel semptomların, değerlendirme süreci içerisinde hekim tarafından tespit edilememesi, bu hissiyatın "fizyolojik değil, psikolojik kökenli olduğunu " aktarması ise hastalar için doyunluk oluşturmamaktadır (Lipowski, 1988).

Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar hastanın deneyimlediği psikolojik sorunların bedensel belirtiler şeklinde meydana gelmesi ve bu soruna fiziksel bir tedavi arayışı içerisine girmesi olarak da özetlenebilir (Lipowski, 1987).

Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların meydana getirmiş olduğu fizyolojik bulguların tekrar eden bir biçimde gözlemlenmesi ile birlikte tıbben müdahale edilebilecek bir durumunun olmaması, bu tarz sorunların tespitinin ana kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bu tarz belirtiler gösteren şahısların tıbbi müdahale amaçlı başvuruları değerlendirildiğinde hemen hemen aynı başvuru sebepleriyle

oldukça sık bir şekilde tıbbi desteğe başvurdukları ve bu tip durumları deneyimleyen şahısların başka fizyolojik problemleri var olsa bile şikayet ettikleri hastalık bulgularının ağırlık derecesi, zamanı, vücut parçası tarzındaki özellikler, söz konusu olan sorun ile denkleşmemektedir (Thursby, 2017). Tıbben Yapılmış olan değerlendirme görüşmelerinde var olan bulguların artış göstermekte olduğu süreçlerin çoğunlukla kaygı seviyesinin arttığı, huzursuzluk, stresöre maruz kalma durumunun artış gösterdiği vakitlerde deneyimlenmesi ile kişinin hayatsal deneyimleri de bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar açısından açıklayıcı olmasını sağlamaktadır. Konulan tanının tatmin etmemesi veya tanının konulmamış olmasından mütevellit sıkça hastane yahut hekim değiştirme durumları gözlemlenir. Bu belirtilere sahip kişilerin bazı zamanlarda gerek olmayan tedavi tekniklerini talep ettikleri de gözlemlenmektedir. Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların kökeninde, çoğu zaman şahısların dikkat ve ilgiyi üzerlerine çekme arzularının yattığı düşünülmektedir (Kartalpe, 2019).

DSM-V'e göre totalde 7 adet Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar vardır:

- Bedensel Belirti Bozukluğu
- Hastalık Kaygısı Bozukluğu
- Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlev Gören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu)
- Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler
- Yapay Bozukluk
- Tanımlanmamış Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Bir Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
(DSM-V, 2014: 91)

Bedensel belirti bozukluğu projenin temel konusu olduğu için daha detaylı şekilde ele alınmış olup Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında toplanan diğer tanıların DSM-V tanı kriterlerine ve genel bilgilere de aşağıda yer verilmiştir.

1.1.1 Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozuklukların DSM-5 Tanı Kriterleri

1. Hastalık Kaygısı Bozukluğu 300.7 (F45.21)

- A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.
- B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.
- C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.
- D. Kişinin sağlıklı ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).
- E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.
- F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz: Bakım arayan tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık taramaları ve girişimleri yaptırmayı kapsar. Bakımdan kaçan tür: Sağlık bakımına seyrek olarak başvurur

2. Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlevgören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu)

- A. Bir ya da birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşsal işlev değişikliği ile ilgili belirti.
- B. Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyumsuzluk olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.
- C. Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
- D. Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye

neden olur ya da sağlık açısından değerlendirilmeyi gerektirir. Kodlama notu: Dönüştürme bozukluğunun ICD-9-CM kodu, belirti türünden bağımsız olarak 300.11'dir. ICD-10-CM kodu belirtinin türüne bağlıdır (aşağı bakın).

Belirti türünü belirtiniz:

(F44.4) Güçsüzlük ya da inme (paraiizi) ile giden

(F44.4) Olağandışı devinim ile giden (örn. tremor, distoni devinimi, miyoklonus, yürüyüş bozukluğu)

(F44.4) Yutma belirtileri ile giden

(F44.4) Konuşma belirtisi ile giden (örn. disfoni, sözü geveleyerek konuşma)

(F44.5) Ataklarla ya da katılmalarla giden

(F44.6) Anestezi ya da duyu yitimi ile giden

(F44.6) Özel duyuusal belirti ile giden (örn. görme, koku alma ya da duyma bozukluğu)

(F44.7) Karma belirtilerle giden. Varsa belirtiniz:

Akut dönem: Belirtiler altı aydan daha kısa sürelidir.

Sürekli: Belirtiler altı ay ya da daha uzun sürelidir.

Varsa belirtiniz:

Tetikleyici ruhsal bir etken olan (tetikleyici etkeni belirtin)

Tetikleyici ruhsal bir etken olmadan

3. Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler 316 (F54)

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

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

1. Ruhsal etkenlerle sağlık durumunun gelişmesi, alevlenmesi ya da iyileşmenin gecikmesi arasında yakın zamansal bir birliktelik olması ile gösterildiği üzere, bu etkenler sağlık durumunun gidişini etkilemiştir.

2. Bu etkenler, sağlık durumunun İyileşmesini güçleştirmektedir (örn. tedaviye uyum göstermeme). 3. Bu etkenler, kişi için başka birtakım gerçek sağlık sorunları yaratmaktadır.

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

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Hastalık olasılığını artırır (örn. hipertansiyon tedavisine tam bir uyum göstermeme). Orta derecede: Altta yatan tıbbi durumu kötüleştirir (örn. astmayı kötüleştiren kaygı).

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

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

Yapay Bozukluk 300.19 (F68.10)

Kendine Yüklenen Yapay Bozukluk

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

B. Kişi, kendisini, başkalarına hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunar.

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

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

Belirtiniz:

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

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

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

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

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

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

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

Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk 300.89 (F45.8)

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. “Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak bellenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

1. Kısa bedensel belirti bozukluğu: Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
2. Kısa hastalık kaygısı bozukluğu: Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
3. Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar olmadan hastalık kaygısı bozukluğu: Hastalık kaygısı bozukluğu için D tanı ölçütü karşılanmamaktadır.
4. Psödosiyezis: Gebeliğin nesnel bulgularının olduğu ve gebelik belirtilerinin bildirildiği, gebe olduğu yanlış inancı.

Tanımlanmamış Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk 300.82 (F45.9)

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

1.2. BEDENSELLEŞTİRME

Psikolojik sorunların bedensel belirtiler aracılığıyla ifade edilmesi Şeklinde tanımlanabilir. Sözel iletişimin sağlanamadığı bebeklik dönemlerinde normal bir iletişim Őekli olarak kabul edilen bedenselleştirme, dilin gelişmesiyle beraber yerini sözel iletişime bırakmaktadır. Bedenselleştirme beden-zihin ilişkisinin net bir Şekilde fark edildiği bir olaydır. Meydana gelişinde ve devamlılığında biyolojik, bilişsel, psikodinamik, kültürel faktörler önem taşımaktadır. İnsanlığın ortaya çıkışından beri bedensel olarak deneyimlenen ve fizyolojik bir sorun ile ne olduğu ifade edilemeyen semptomların var olduğu gözlemlenmiştir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)'nın son baskısı (DSM-5) ile beraber bu bozukluk grubu “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” olarak yer almıştır. (Çetin ve Varma, 2021).

1.3. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU

Bedensel belirti bozukluğu (BBB), tıbben açıklaması olmayan ya da açıklanmış olsa bile olağan akışa göre orantısız Şekilde içsel güç harcanmasına sebep olan bedensel belirtilerle gözlemlenen, Şahsın sağlık ya da belirtiler ile alakalı olarak süreğen Şekilde kaygılı olduğu ve buna göre davranışlarda bulunduğu zihinsel bir bozukluktur (DSM-5, 2013).

“Bedensel Belirti Bozukluğu”nda, beden zihin ilişkisi bariz bir Şekilde hissedilirken aynı zamanda meydana gelişinde biyolojik, genetik, bilişsel, psikodinamik, kültürel faktörler de bu duruma katkı sağlamaktadır. Kişinin içinde bulunduğu toplumda hastalık belirtilerinin anlamı, sorunu açıklama Şekilleri, toplumsal değerler, ebeveynlerin çocuklara yaklaşım Şekilleri, sözel ifade yeteneği, vücut dilinden faydalanılıyor olması, psikolojik savunma mekanizmaları, hastalığın ve hastalığa sahip olan kişinin bulunduğu kültürdeki yeri, erken yaşam travmaları ve göç benzeri deneyimler bedenselleştirmenin ortaya çıkmasında ve bedensel belirti bozukluğunun meydana gelmesinde önem taşımaktadır. BBB'nin duygusal açıdan kendini gözlemlemesi zayıf olan bireylerde bir ifade Őekli olarak görülebildiği ve öğrenerek sonradan edinilmiş davranış paternlerinin önemine vurgu yapılmış olup aynı zamanda eski yaşantılardan aktarılan, nesiller arası travmatik yaşantılardan

bedenselleştirmeye yatkınlığın ortaya çıkması bakımından ehemmiyeti bilinmektedir (Kırpınar, 2019).

Geçmişteki durumlar değerlendirildiğinde somatik bozukluklarda pratik açıdan tanı koymak konusunda birçok zorluk söz konusuydu. Bu durumların birisi de her patolojide semptomların sürekli şekilde devam ediyor oluşuydu. Bir diğer sorun ise diğer psikiyatrik ve biyolojik kökenli sorunlarla peş peşe denk gelişin söz konusu olmasından kaynaklanmaktaydı. Örnek verecek olursak DSM IV baz alınarak yapılan ve 119 kişinin dahil olduğu bir çalışmanın sonucunda yalnızca 1 kişi tarafından somatizasyon bozukluğu kriterleri sağlanmışken, 94 katılımcıda farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı gözlemlenmiştir. Sonuç olarak tanısız olarak bir kategori açısından oldukça yoğunken, diğer kategori için öyle değildi. Aynı zamanda önemli olan iki ayrı bedensel belirtileri söz konusu olan kişilerin birçoğunda patolojileri genelden ayırmak adına fayda sağlayan bir araç olmaktan uzaktaydı (Ünal, 2002). Ayrıca DSM-IV, bedensel belirti sorunları ile alakalı klinik açıdan yeterli seviyede geçerli olan ve kullanılabilirlik açısından uygun olan bir anlayış sağlayamamıştı. 2009 senesinde hekimlere uygulanan bir anket uygulaması da somatoform bozuklukların ve alt gruplarının değerlendirilmesinde DSM IV tanı kriterlerinin hekimlerin birçoğu açısından belirsiz kriterler olduğu ortaya çıkmıştır. Klinisyenlerin sınıflandırmaları kullanmamış olduklarını ve oldukça yüksek bir prevalansı olduğu bilinen bu bozukluklar oldukça yetersiz biçimde tespit ve teşhis edilmişti. DSM-5 'te yapılan değişiklikleri bu eleştirileri de dikkate almış olup daha işlevsel hale getirmek adına çalışılmıştır (Hakiki vd., 2022).

DSM-5'in yayınlanması sonrasında Bedensel belirti bozukluğu tanısı ortaya çıkmıştır. DSM-5'e göre bedensel belirti bozukluğu, şahsın bedensel semptomlarının doğru yorumlanmamasından kaynaklı olarak, önemli bir hastalığın söz konusu olduğuna dair hezeyan olmayan korku veya düşüncelerin 6 ay veya daha fazla süreyle bulunması ile karakterizedir. Patolojinin etiolojisine yönelik biyolojik, psikolojik ve sosyal teoriler söz konusudur. (Kabadayı, 2017).

1.3.1. Tarihsel Süreç

Tarihi süreçteki yazılı kaynaklar, değerlendirmeye alındığında beden ile ruh arasında meydana gelen etkileşime dair olan en kadim tanımlamalarla alakalı kaynaklar arasında Antik Mısır'ın en kıymetli yazınlarından bir tanesi olduğu bilinen

“Kahun papirusuna”nın olduğunu söylemek mümkündür. Neredeyse 4000 sene önce yazılmış olan eserin içerisinde “Histeri(uterus)” ana başlığının içerisinde “Çoğul bedensel ve davranışsal işlev bozukluğu” adı yer almaktadır (North ve Yutzy, 2010).

Antik Yunan’ı da değerlendirmeye aldığımızda esas olarak bu dönemde söz konusu olan histeri ile alakalı olan bilgilerin temel anlamda Antik Mısır’ın tanımlamasında da var olan uterusun bedende gezmesi düşüncesiyle aynı minvalde olduğu görüş olarak farkı olmadığı; fakat ruh, soma vb. kavramsal açıklamaların detaylı şekilde ele alındığı gözlemlenmektedir (Isaac ve Chand, 2006). Bu görüş değerlendirilmeye alındığında insanlarda bulunduğu inanılan, genel anlamda “ruh” sözcüğünün yerine kullanılmakta olan ve kalbin içinde bulunduğu iddia edilen “psişe” duygular aracılığıyla kişilerin duyular yoluyla elde ettiği deneyimlerin algılanmasından sorumlu oluyorken farklı bir kavran olan “soma” ise beden manasında kullanılan bir kavramdır. Bu süreç içerisinde açıklanamayan bazı hastalıkların şeytani kökenlere sahip olduğu ve tedavi amacıyla büyüsel öğelerin kullanıldığı bilinmektedir (Jacob vd., 2015). Bu yaklaşımları reddetmek suretiyle modern tıbbı daha yakın bir çizgiye gelen ve döneminde bulunan hekimlerin çok daha ötesinde geçmiş olan kişi ise Hipokrat olmuştur (Alexander, 1992). Psikolojik tedavi yaklaşımlarına da ilgi gösteren Hipokrat, ruh ve somanın sağlıklı olmasının birbiriyle ilgili olduğunu ve bundan kaynaklı olarak da beraber tedavi uygulanmasının gerekli olduğunu eğer tedaviyi yapmak için çalışan hekimin bu ikisinden yalnızca bir tanesinin değerlendirilmeye alınarak tedavi etmeye çalışılması sonucunda başarılı olma ihtimalinin olmadığını iddia etmiştir (Durmaz, 2010).

Aynı zamanda Stoacılık akımının önemli isimlerinden bazılarının psikolojik kökenli tepkilerin özellikle öfkelenen insanın o an içinde meydana gelen duygularıyla birlikte gözlemlenen beden ısısı ile kalp ritmindeki hızlanma benzeri bedensel belirtilerden söz etmiş olup Hipokratın dile getirdiği bedenin bütün olduğu bakış açısını desteklemiş olup bu durumdan kaynaklı olarak da psikolojik kökenli bedensel belirtiler için oldukça önemli bir konuya değinmiştir. Bu görüşlerin sahibi olan Khryssippos’un psikolojik kökenli hastalıklar hakkındaki söylemleri günümüzdeki yer alan “farkındalık” anlayışına yakın bir konumda yer almaktadır. Kendisi yoğun deneyimlenen emosyonların deneyimlendikleri zamanda değil , bu deneyimden önce kişiyi bu olumsuz duyguları yoğun şekilde deneyimlemeye iten işlevsiz yargılarına ve

yaklaşımlarına karşın bir farkındalık geliştirmesine bağlı olduğunu dile getirmiştir (Yazıcı ve Yazıcı, 2018). Antik Çağlardan itibaren gündemde olan ve gözlemlenen bu sorunların sürekli olarak kendini geliştirerek devam ettiği , aynı zamanda bu köklü geçmiş sürece dayanan bilgilerin sonraki nesillerin gelişimi açısından oldukça faydalı olduğu ve gelişiminde olumlu destekler sağladığı söylenebilir. Günümüze daha çok yaklaştığımızda 17. yy içerisinde dini yaklaşımın yaşadığı önem kaybından sonra Antik Çağlarda var olan ve ana planda yer alan kavramlardan ruhun konumunu bellek, biliş gibi terimler almıştır (Pakyürek, 2013).

17. ile 18. yy'da zihin ve beden açısından, birbirleri arasındaki etkileşimlerine ait felsefe kökenli görüşler bu yüzyıllar içerisinde hekimler konusunda önemli bir etkisi söz konusu olmuş olup, somatik belirtilerin ve sorunların psikoloji açısından bir yaklaşımla değerlendirilebilmesi sıklıkla karşılaşılan bir konu halini almıştır (Lipowski, 1984). Psikosomatik kavramının kullanılmaya başlanmasıyla beraber 19.yy, daha önceki yüzyıllar kadar olmasa bile patolojiler üzerindeki psikolojik kökenli yaklaşım ile kavramsallaştırmalarının tercih edilmesinin sürdüğü bir süreçtir. Bir diğer açıdan 19. yy bedenselleştirmeyi ifade etmek adına da histerinin oldukça sık şekilde üzerinde durulduğu süreçlerdendir. Histeri bakımından bu dönemin özel olarak ilk döneminde, belirtilerin farklı türlerden olan yapısı ve emosyonel açıdan köklerine dair hipotezlerin var oluşundan kaynaklı olarak histerinin klinisyenlerin sıklıkla suni, kasten veya afaki olarak gözlemlemesiyle geride bırakılmıştır (Stewart, 2008).

1859 senesinde Paul Briquet isimli psikiyatr bedenselleştirmenin psikopatolojik tanımlamasına yönelik mihenk taşı olan bir yaklaşım meydana getirmiştir. “Briquet Sendromu” ismiyle anılan tanı için hekimlerin fiziki muayene ve laboratuvarında yapılan çalışmalarda sebepsiz bir sorunun varlığını tespit etmesini gerekli koşan 60 belirti içerisinde 25 belirtinin tespiti gerekmektedir. Paul Briquet 'in ortaya koyduğu bu bakış açısı histeri tanımlamasıyla yetinmeyerek tıbben açıklanmakta zorluk yaşanan bedenselleştirme semptomlarının APA kanadından 1980 senesinde yayımlanmış olan DSM-III ile ilk defa psikiyatrik tanı sistemine dahil edilmesinin ana sebeplerinden olmuştur. Keza bedenselleştirmeye dair bu kuvvetli tanımlama denemelerinin oldukça fazla değişime maruz kalmadan APA'nın 2013 senesi içerisinde yayımladığı DSM-5'e değin varlığını devam ettirmeyi başarmıştır (Nephew, 2009)

1.4. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİ

Bedensel belirtiler, belirli bedensel duyular yoluyla edinilen izlenimlerine dair farkındalığın artmasında fayda sağlayan ve bu izlenimlere tıbben açıklanamayan bir hastalık göstergesi olarak yorumlama eğiliminden kaynaklanıyor olabilir. Bedensel Belirti bozukluğunun etiyojisine yönelik teoriler söz konusu olsa dahi etiyojik olarak bir netlik yoktur. Bununla beraber, yapılan araştırmalar, *süreğen* ve şiddetli olan bedensel belirtiler açısından risk oluşturan etmenlerin çocukluk çağında ihmal, cinsel istismar, kargaşa içinde olan bir yaşam şekli ile madde ve alkol kötüye kullanımı yaşantısı olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda, bedensel belirti bozukluğunun kişilik bozuklukları ile ilgili olduğuna dair düşünceler de söz konusudur . Psikososyal stres oluşturan faktörler ve kültür, kişilerin hekimlerine durumu aktarım tarzını şekillendirir. Örnek verecek olursak, birinci aşama sağlık kurumlarında uygulanan araştırmalar, bedenselleştiren kişilerde, bedenselleştirme yapmayan kişilere göre önemli bir oranda daha fazla işsiz olma ve mesleki açıdan işlevselliğın bozulduğunu göstermiştir. (Kurlansik ve Maffei, 2016).

1.4.1 Biyolojik Sebepler

Bedenselleştirme ile ilgili semptomların otonom vücutla ilgili uyarılmışlık ile alakalı olma ihtimalinin söz konusu olduğu, bu durumun bedensel mesajlarının alınması ve doğru olmayan şekillerde değerlendirmesiyle sonuca bağlanmasından kaynaklanmasıyla açıklanmaktadır. Aynı zamanda nörotransmitter sistemleri değerlendirildiğinde serotoninin büyük bir rolü olduğu ve serotonin ile alakalı sorunlarda ağrının idrakında ve eşiğında farklılıkların oluştuğu söylenmektedir (Çetin ve Varma, 2021).

Bunlara ek olarak Somatizasyon hastalarında plazma triptofan düzeylerinin düşük, kinürenin/kinürenik asit ve kinürenin/triptofan oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bedenselleştirmenin sinirsel bağıntıları hakkında çok az şey bilinmektedir (Anderson vd., 2012). Bedensel belirtileri olan kişiler ile sağlıklı kontrol grubundan oluşan bir meta analiz uygulamasında bu iki grubun değerlendirmeye alınarak bu gruplar arasında farklılık gösteren nöronal bölgeleri belirlemeyi

hedefleyen bir çalışmanın sonucunda premotor ve tamamlayıcı motor korteksler, orta frontal girus, anterior singulat korteks, insula ve posterior singulat kortekste gözlemlenen farklılıklar bu alanların bedenselleştirmeyle bağlantılı olabileceğine dair bir sonuç elde edilmiştir. Bedensel belirti bozukluğunun etiolojisine dair çok fazla netlik olmamasından kaynaklı olarak bu tarz araştırmaların ilerleyen süreçteki etioloji çalışmalarına ışık tutması açısından önemi oldukça açıktır (.Boeckle vd., 2016).

1.4.2. Psikodinamik Kuram

Psikodinamik kuram çerçevesinde bedenselleştirme savunma mekanizmaları içinde bulunur. Freud'un temel savunma mekanizmalarından bir tanesi olduğu belirtilen dönüştürme kavramı, dürtülerin bastırıldığı ve bu dürtülerin yerini somatik belirtilerin aldığı, birikim gösteren ruhsal enerjinin fiziksel çıkış sağlayarak aktarıldığı görüşüne dayanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Küçük yaşlarda meydana gelen çocukluk travmalarının, duyguyu sembolize edebilme becerisini olumlu etkilemediği bilinen bir durumdur. Bu dönemde regresyon savunma mekanizmasının aktifleşmesi ile birlikte sözel ifade yerine duygular fiziksel olarak ifade edilmektedir. Travmatik yaşantılara sahip olan bireyler, çaresizlik, suçluluk gibi duyguları tetikleyen deneyimleri fiziki semptomlara aktarır. Buradan kaynaklı olarak duyguları deneyimlemekten kaçınan şahıs duygularının yerine somatik yakınmalarla reaksiyon vermektedir (Krystal, 1997).

1.4.3. Öğrenme Kuramı

Yapılmış olan çalışmalar öğrenme sürecinin bu konuda bir role sahip olduğunu öne sürmektedir, somatik semptom bozukluğu sosyal öğrenme modeli aracılığı ile de açıklanmaktadır. Ailenin değerleri ve sosyal, kültürel yaklaşımının hastalığı nasıl değerlendirildiği de önem arz etmektedir , fizyolojik ve ruhsal arayışların sözel şekilde ifade edilmeyen dışa aktarım şekilleri, emosyonları sözel şekilde ifade etmekten kaçınıyor olmak veya buna az başvurmak şahsın duygusal deneyimlerini bedenen ortaya çıkarmasını tetikleyebilmektedir. Şahıs bedenen ifade yöntemini kullanmak suretiyle etrafında bulunan kişilerin alakasını üzerine çekebilir bununla birlikte bu semptomların getirisi olarak keyif almadığı bazı etkinliklerden, sorumluluklardan kaçınabilir konuma gelebilir. Bu tarz sekonder kazanımlar şahsın yaşanan bu

problemin semptomlarının devamlılığını sağlamasına ve kişinin somatizasyonu bir korunma davranışı haline getirmesini sağlayabilir (Kabadayı, 2017)

1.4.4. Aleksitimi

Tıbbi açıdan açıklaması olmayan fizyolojik semptomlar dünya genelinde ve bazı kültürler içerisinde psikolojik ve sosyal problemlerin ifade edilmesinin en sık kullanılan şekillerinden biridir. Bir başka bakış açısıyla değerlendirirsek somatik semptom bozukluğu, köken olarak psikolojik ve sosyal açıdan deneyimlenen problemlere yönelik bir yardım çığılığı olarak değerlendirilmektedir. Bu durumlarda şahıslar deneyimledikleri emosyonel sorunları sözel şekilde ifade etmek yerine bedensel olarak ifade etmektedirler. deneyimlenen emosyonları anlamlandırmakta ve sözel şekilde aktarmakta zorluk yaşamak şeklinde açıklanan aleksitimi ve somatik belirtilerin ilişkili olduğu düşünülmektedir (Taslı ve Hocaoglu, 2015).

1.5. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmış olan “Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar” adlı araştırmada 14 farklı ülkeden alınan ortalamalarda, bedensel belirti bozuklukları ve alakalı bozukluklarda görülme sıklığının %2,7 olduğu tespit edilmiştir (Üstün vd., 1997).

Somatik semptom bozukluğunun yaygınlığının, genel dağılımının %4-6’sı arasında olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerde kadınlara göre daha az görüldüğü bilinmektedir. Bununla birlikte genel anlamda 20-30 yaş aralığında daha çok görülmekle birlikte ilk semptomların görülmesi daha genç yaşlara uzanmaktadır. Sosyal konum, eğitim düzeyi yahut kişinin evli olup olmasının tanı sıklığına herhangi etkisi söz konusu olmadığını bildiren bazı çalışmalar söz konusudur (Sadock vd., 2015)

1.6. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE KLİNİK TABLO

Bulgular ve belirtiler açısından değerlendirildiğinde bedensel belirti bozukluğu açısından iki önemli nokta vardır. Bunlar (Thamby vd., 2019).

- Uzunca bir zaman diliminde varlığını sürdürmekte olan ve araza veya psikolojik ve sosyal açıdan bozulmaya sebebiyet vermekte olan bir veya birden çok bulunan bedensel belirti. yaygın olarak belirti sayısı birden fazla olmaktadır fakat önem arz eden mesela ağrı gibi tek bir belirti tanı konulması açısından yeterli olmaktadır.
- Bedensel belirtiler veya sağlık ile alakalı sorunlarla alakalı olması gerekenin üstünde düşünmek, kaygılar ya da davranışların varlığı da önem arz etmektedir.

Bedensel belirti bozukluğundaki şiddet skalası hafif dereceli ile şiddetli şeklinde değerlendirilmektedir. Ağır hasta ile orta seviyeli sorun yaşayan hasta arasında, fizyolojik bulgular şahsın kişiliğinde temel bir özellik olarak gözlemlenebilir ve bireyler arası ilişkilere etki edebilir. Psikososyal ve fiziki açıdan var olan işlevsellikte azalma söz konusudur. Bu durumlarda kişinin bir engele sahip olması ailevi düzen açısından kritik bir ağırlık getirmektedir. İleri derecede olan hastalar malul duruma gelebilmektedir (Lynch vd., 2007).

Bedensel belirti bozukluğunda sıkça gözlemlenen bedensel belirtilerin bazıları aşağıda yer almaktadır (Eberhard vd., 2007):

- Ağrı belirtileri – Eklemlerde ağrı, bacak ve kol gibi *Ekstremitelerde meydana gelen ağrı*, sırt bölgesinde ağrı, baş, göğüs, karın gibi bölgelerin ağrıları da gözlemlenir, idrar çıkışında yanma ve yaygın ağrı
- Özel olmayan belirtiler – Yorgunluk, baş dönmesi vs.
- Gastrointestinal belirtiler – Mide bulanması, istifra etme, mide ağrısı, şişkinlik vs.
- Kalp ve akciğerlerle ilgili belirtiler – Göğüs bölgesinde ağrı, nefes almakta güçlük çekmek, taşikardi vs.
- Nörolojik kökenli belirtiler – Hareket sorunları, duyu kaybı yaşanması, vücutta güçsüzlük, inme
- Genital belirtiler – Ağrılı cinsel ilişki (Disparoni), sancılı adet görme ve sertleşme bozukluğu

28000'den fazla kişiye uygulanmış olan testlerden elde edilen bilgiler ve hastaların verileri üzerinden yapılmış olan analizin sonucunda, en çok rastlanan sorun yaratıcı belirtinin ağrı olduğu tespit edilmiştir (So, 2008).

Bedensel belirti bozukluğu, yaşanmaya devam eden problemlerle fiziki belirtilerin sayısı ile tanımlanmamaktadır; aynı zamanda, daha fazla bulgudan yakınmakta olan kişilerde var olan bu problemlerin kişiler tarafından deneyimleniyor olma ihtimali daha fazladır. Bununla beraber, daha çok miktarda bedensel belirti, fiziki açıdan işlevsellik şeklinde daha kötü sorunlarla alakalı olabilmektedir. Belirti sayısı, uygulayıcının sorguladığı belirti sayısı olarak değil, kişinin sorgulanmadan şikayetçi olduğu belirti sayısını açıklar. Örneğin, kalp kaslarında zayıflamasıyla alakalı bir sorunu olan veya kalp yetmezliği yaşayan bir hasta, yalnızca nefes darlığı gibi bir sorunun varlığıyla başvurabilir (Ring, 2005).

1.7. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE SAĞALTIM

Bedensel belirti bozukluğunun tedavisi açısından çok yönlü ve kişisel bakış açıları gerekmektedir. Uygulanacak olan doğru yolu seçerken, ruhsal, sosyokültürel etkenler değerlendirilmelidir. Etkinliği kanıtlanmış olan tedavi yöntemleri bilişsel davranışçı terapi, mindfulness temelli bilişsel terapi ve ilaç tedavisidir (Kurlansik ve Maffei, 2016). Uygulanan çok merkezli rastgele kontrollü çalışmalarda BDT'nin bedenselleştirmedeki etkinliği çok defa deneyimlenmiş ve kanıtlanmıştır. 21 farklı çalışmanın değerlendirmeye alındığı 2658 rastgele katılımcının yer aldığı bir çalışmada psikoterapilerin bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar üzerindeki etkinliğini değerlendirdi. Bu 21 çalışma içerisinde 14'ü bilişsel davranışçı terapisinin biçimlerini değerlendiren; geri kalanlar ise üçüncü dalga BDT akımlarını, davranış terapisini, psikodinamik terapisini ve bütünleştirici terapiyi değerlendirdi. Bu terapi yöntemlerinin değerlendirilmesinin ardından tüm çalışmalarda takip edilen hastaların tedavi süreçlerinin sonunda terapilerin belirtilerin şiddetlerini azalttığı gösterilmiştir (Van Dessel vd., 2014).

İKİNCİ BÖLÜM

2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

2.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ NEDİR?

Bilişsel davranışçı terapi, zihinsel bozukluklar ve psikolojik olarak meydana gelen durumların, bilişsel faktörler tarafından var olduğu ve sürdürüldüğü düşüncesine dayanan bir müdahale alanını ifade etmek için kullanılır. Literatürde yer alan araştırmalarda bilişsel davranışçı terapinin ne olduğu sorusuna büyük bir araştırma alanı, bilişsel davranışçı terapinin hangi bozuklukları tedavi ettiği sorusuyla yaklaşır. Örneğin bilişsel davranışçı terapinin anksiyete bozukluklarını tedavi ettiğini ifade eden araştırmacılar, alkol ve uyuşturucu gibi bağımlılıkları tedavi ettiğini ifade eden araştırmacılar ya da duygudurum bozukluklarını tedavi ettiğini ifade eden araştırmacılar bulunmaktadır (Hofmann, vd., 2012). Bu noktada yapılan çok sayıda araştırmaya göre bilişsel davranışçı terapi şu düşüncelere dayalı olarak var olan bir terapi şeklini ifade eder (Butler vd., 2006):

1. Psikolojik sorunlar kısmen hatalı veya yararsız düşünme biçimlerine dayanır.
2. Psikolojik problemler kısmen öğrenilmiş yararsız davranış kalıplarına dayanır.
3. Psikolojik problemlerden muzdarip insanlar daha iyi yollar öğrenebilirler.

Literatürde ele alınan tüm bu bilgilerin bir araya gelmesi ile bilişsel davranışçı terapi, olumsuz ve irrasyonel olarak tanımlanan düşüncelerin ve inançların sorgulanmasını ve var olan bu işlevsiz ancak olumsuzluk meydana getiren durumların, duyguların ve inançların değişimini sağlamayı hedefleyen bir terapi şeklini ifade eder (Tolin, 2010). (Wenzel, 2017)

Bir diğer araştırmada BDT, ocuk, ergen ve yetişkinler için kullanılan terapi Őekillerinin her birinde bilişsel davranışçı terapi, uzmanlar tarafından kullanılan bir terapi Őeklini ifade eder. BDT, dūřüncelerin, duyguların, yaptıklarıımızın ve bedenlerimizin nasıl hissettiğinin hepsinin birbirine bağlı olduğu fikrine dayanan bir konuşma terapisi olarak tanımlanır.

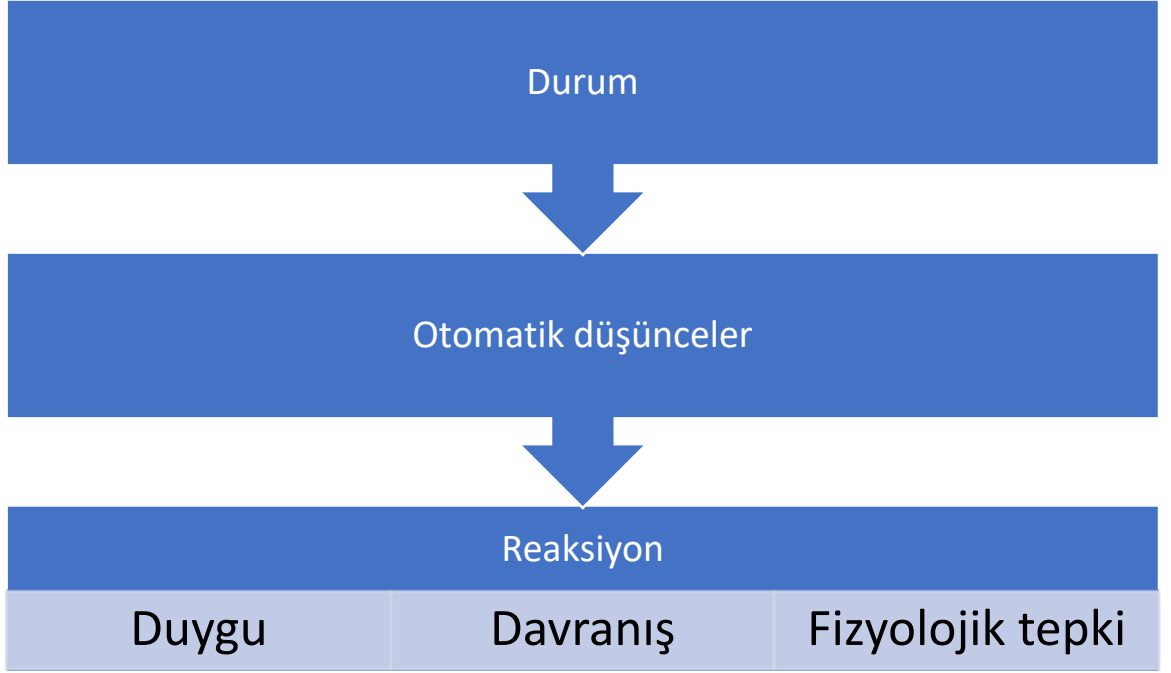
Beck Enstitüsü sayfasında yapılan tanımlamada BDT şu Şekilde tanımlanmaktadır (Beck, 2022):

“Bilişsel Davranış Terapisi (CBT), birçok farklı sağlık ve zihinsel sağlık durumunun tedavisi için bilimsel olarak test edilmiş ve 2.000'den fazla çalışmada etkili olduğu tespit edilmiş, zamana duyarlı, yapılandırılmış, şimdiki zamana yönelik bir psikoterapidir. Doğru uygulandığında, BDT bireylerin daha iyi olmasına ve daha iyi kalmasına yardımcı olur.”

BDT, bireylerin bir durumu algılama biçiminin, durumun kendisinden çok tepkileriyle daha yakından bağlantılı olduğu teorisine dayanmaktadır. Bireylerin algıları, özellikle sıkıntılı olduklarında genellikle çarpık ve yararsızdır. Biliřsel Davranış Terapisi, insanların rahatsız edici dūřüncelerini belirlemelerine ve dūřüncelerin ne kadar gerçekçi olduğunu değerlendirmelerine yardımcı olur. Sonra arpık dūřüncelerini değiştirmeyi renirler. Daha gerçekçi dūřündüklerinde kendilerini daha iyi hissederler. Vurgu aynı zamanda sürekli olarak sorunları çözme ve davranış değişikliklerini başlatma üzerindedir.

Şekil 1’de bilişsel davranışçı terapinin ne olduğunu ifade etmek amacıyla kullanılan temel kavramlar yer almaktadır.

Şekil 1. Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Kavramları



Kaynak: (Linehan, 2007)

Şekil 1' de Beck Enstitüsü tarafından bilişsel davranışçı terapinin hangi temel kavramlar üzerinde durduğunu ele alan bir şema yer almaktadır. Şekilde yer alan bilgilere göre bilişsel davranışçı terapi durum, otomatik düşünceler ve reaksiyonun duygu, davranış ve fizyolojik tepki ile meydana gelen bir bütün olarak ele alınır.

Bir diğer araştırmacıya göre BDT, tedavi planlarının sürekli gelişen bir kavramsallaşmaya dayandığı terapi şeklini ifade eder. BDT, güçlü bir terapötik ilişkinin var olduğu, işbirliği ve aktif katılım ilkelerine dayalı, eğitici ve zamana uyulanma özelliği aktif olan bir terapi şeklini ifade eder (Linehan, 2007). Bir diğer araştırmacı BDT'yi, rehberli keşif yapısının ön planda yer aldığı ve seansa gelenlerin işlevi olmayan bilişsel düşüncelere yönelmemeyi öğreten bir terapi olarak tanımlanır. Araştırmacı için BDT'nin en temel tanımı, ödev planları ilkesine dayalı olan bir terapi şeklini ifade etmesiyle ön plana çıkar (Zettle ve Hayes, 2016). Bir başka tanımda BDT, düşünceyi, ruh halini ve davranışı değiştirmek için çeşitli tekniklerin kullanıldığı bir tedavi şeklini ifade eder ve bu şekliyle tanımlanır (Bados ve Balaguer, 2007).

Bilişsel davranışçı terapinin ne olduğunu anlamak için tarihsel olarak meydana gelen gelişmeleri ve sürecin başından bu yana geldiği durumu anlamak gerekli olacaktır. Bunun için BDT'nin tarihsel sürecine odaklanılacaktır.

2.1.1. Tarihsel Süreç

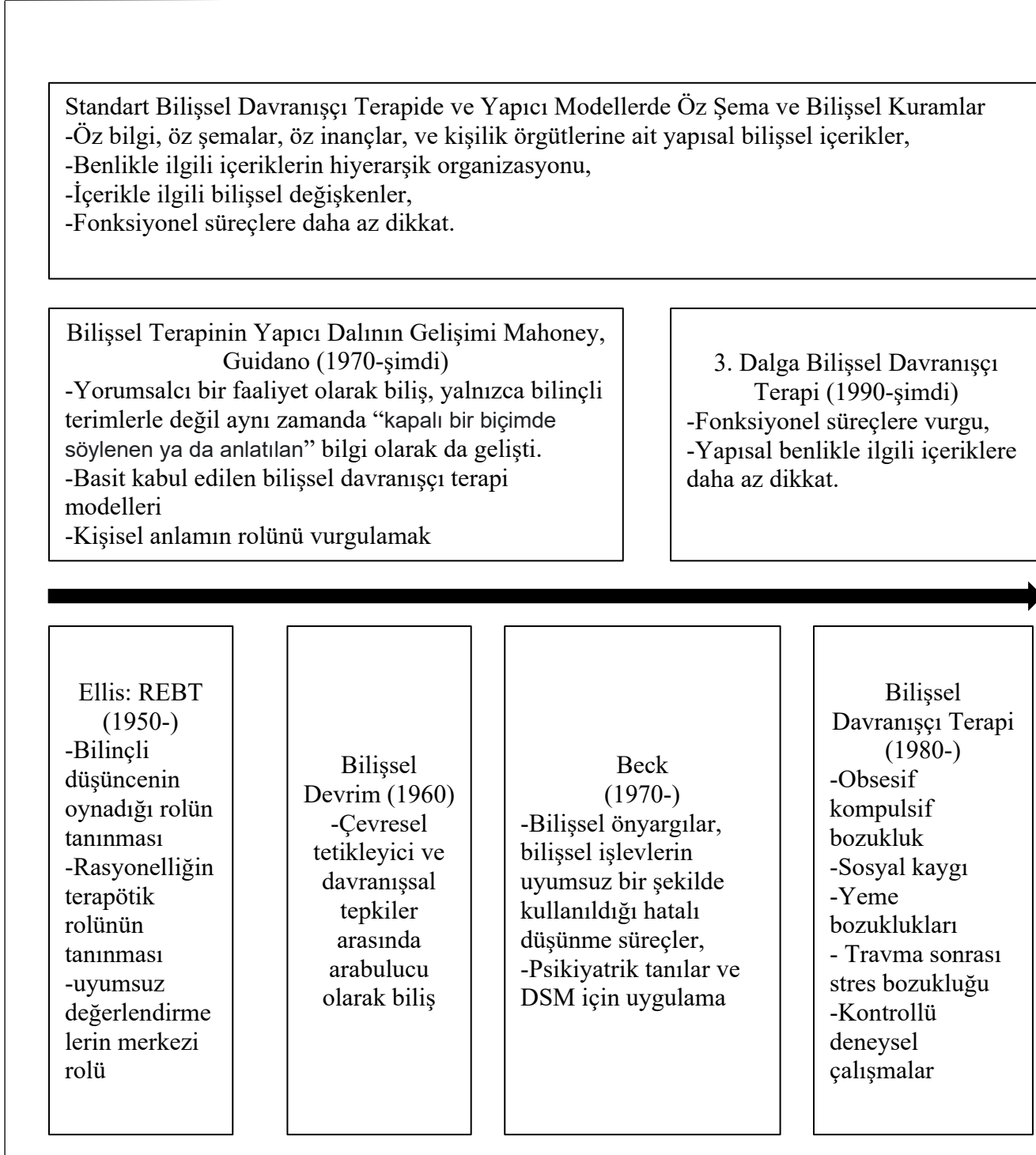
BDT'nin fikri en genel hali ile Aaron Beck'in depresyonlu hastalarının sıklıkla geçerliliği olmayan düşünceleri dile getirdiğini ve düşüncelerinde karakteristik "bilişsel çarpıtmalar" kaydettiğini fark etmeye başladığında kök saldı. Ampirik gözlemleri, depresyonu bir duygudurum bozukluğu olarak değil, bilişsel bir bozukluk olarak görmeye başlamasına neden oldu. Beck, klinik gözlemlerine ve ampirik bulgularına dayanarak yeni bir bilişsel depresyon teorisi ortaya koydu. *Depresyon için Bilişsel Terapi'yi* yayınladı (Cuijpers vd., 2019). Ayrıntılı bir tedavi protokolü el kitabının sonuç araştırması ile birleştirilmesi, psikoterapi uygulamasında daha önce davranış terapistleri tarafından farklı davranış problemlerinin tedavisinde denenmiş bir yenilikti. Aynı başarıyı bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri içeren daha karmaşık bir dizi klinik müdahaleyle gerçekleştiren Beck, psikologların yıllar sonra "ampirik olarak doğrulanmış psikolojik tedavi" olarak tanımladıkları bir modele öncülük etti (Locke, 2015).

Ancak bunun öncesinde davranışçı terapinin ve bilişsel terapinin tarihsel sürecini ele almak Beck'in fikirlerinin nelere dayandığını ve hangi süreçlerden geçtiğinin anlamak adına önemlidir.

Şekil 2'de Bilişsel davranışçı terapinin tarihsel seyir içindeki ele alınışını ifade eden bir çizelge bulunmaktadır. Buna göre Ellis tarafından 1950'li yıllarda bilinçli düşüncenin oynadığı rolün tanınması ile başlayan tarihsel süreç, 1960'lı yıllarda bilişsel devrimin yaşanması ve çevresel tetikleyiciler ile davranışsal tepkiler arasında bilişin arabulucu bir konumda yer alması ile ilerlemiştir. 1970'li yıllarda Beck ile beraber BDT, bilişsel önyargılar, bilişsel işlevlerin uyumsuz bir şekilde kullanıldığı hatalı düşünme süreçleri alanlarında bilgilerin elde edilmesi ve bu bilgilerin DSM'de kullanılması ile ilerlemiştir. Ardından günümüzde var olan bilişsel davranışçı terapinin bütünü meydana gelmiş ve 1980'ler ile beraber obsesif kompulsif bozukluk, sosyal kaygı, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi bozukluklar BDT'nin

temel konusu haline gelmiş, bunlar kontrollü deneysel çalışmalar ile araştırmacılar tarafından desteklenmiştir.

Şekil 2. Bilişsel Davranışçı Terapinin Tarihsel Seyri



Kaynak: (Ruggiero vd., 2018).

2.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE KURAMSAL YAKLAŞIM

Bilişsel davranışçı terapidde esas olarak iki kuramsal yaklaşım ele alınır. Bunlar davranışçı yaklaşım ve bilişsel yaklaşım olarak ayrı ayrı başlıklar altında ele alınacaktır.

2.2.1. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım, 1960'lı yıllarda ilk defa psikanaliz düşüncesine alternatif bir düşünce olarak var olmuş ve bireyin psikolojik yapısının açıklanması için alternatif bir modelin oluşmasını sağlamıştır. O güne kadar egemenliğini sürdüren psikanaliz, gündelik yaşam olaylarını kaynak almasına karşılık, davranışçılık davranış bilimleri araştırmaları, klinik deneyler, laboratuvar araştırmalarından gelerek oldukça önemli bir farkın oluşmasını sağlamıştır. Gözleme ve deneye dayalı bir sistematigi içinde barındırması sayesinde psikolojinin bilimsel verileri kullanması açısından önemli bir dayanak noktası olmuştur (Türkçapar, 2018).

Rus fizyolog Ivan Petroviç Pavlov'un 1890'lı yıllarda köpeklerin sindirim sistemi üzerinde çalışması ve bu çalışmalar sırasında klasik koşullanmayı keşfetmesi ile beraber davranışçılığın önemli bir diğer bileşeni olan öğrenme ve koşullanma ele alınmıştır. Pavlov, çalışması sırasında köpeklerin bazı durumlarda yiyecek olmadan da salya salgıladıklarını fark etmiştir. Özellikle zilin çalması ile beraber köpek, et olsun ya da olmasın et olduğundaki gibi salya salgılar. Normal koşullarda, köpek için herhangi bir uyaran olmayan zil sesi yani nötr uyaran, etten hemen önce verilmesi halinde köpek bir süre sonra zil çalınca ete verdiği tepkiyi verir hale gelir (Schultz ve Schultz, 2007). Bunun anlamı köpeğin zile karşı koşullanma gerçekleştirmesi ya da öğrenmenin meydana gelmesidir. Tüm bunlar basit bir davranış olarak ele alınsa da psikoloji bilimi için ilk defa bilimsel temelli bir çalışma olması ile önemlidir. Bu gelişmenin ardından davranışçılık, hızlı bir şekilde Amerika kıtasında yayılmaya

başlamıştır. 1903 yılında “davranışçı manifesto” olarak ifade edilen yazısıyla John Watson, psikolojinin içe bakış ya da zihinsel olaylardan ziyade gözlemlenebilir ve deneysel olarak kanıtlanabilir olaylara yönelmesi gerektiğini savunarak davranışçılığın temel çalışma prensibini ifade etmiştir (Prochaska ve Norcross, 2014).

Davranışçılığın geliştiği bu süreçte Amerikalı bir diğer önemli araştırmacı Edward Lee Thorndike olmuştur. Laboratuvarında kedilerle yaptığı çalışmasında etki yasası olarak ifade edilen bir durumu ortaya koymuştur. Etki yasası, canlı için pozitif ya da hazza neden olan bir durum söz konusu olduğunda tepki durum ile bağlantılı olarak görülür ve tekrarlanma eğilimi artar. Tam tersi durumda yani negatif ve rahatsızlık veren durumlarda tekrarlama eğilimi azalır. Thorndike’in çalışmalarını geliştiren ve davranışçılığın bir üst noktaya çıkmasını sağlayan bir diğer önemli araştırmacı ise B. Skinner olmuştur. Skinner, davranışçılığı hemen hemen insan davranışının her türlü durumunu açıklamak üzere geliştirmiştir. Skinner için davranışlar, olumlu ve olumsuz pekiştiricilerin kullanılması ile beraber belirlenmiş olan formlara sokulmaktadır. (Özodaşık, 1999).

Davranışçılık alanında giderek birçok gelişmenin meydana gelmesi ile beraber, süreç radikal düşüncelerin kendisini göstermesine evrilmiştir. Örneğin davranışçılara göre soyut düşünce dahi davranış boyutunda gözlemlenmesi mümkün bir durumu ifade etmektedir. Buna karşılık Skinner’ın geliştirmiş olduğu haliyle bu alan, öğrenmenin insanlar ve hayvanlar için uygulanması mümkün olan ilkeleri ortaya koyması ile önemli bir yer edinmiştir. Tüm bunların bir araya gelmesi ile davranışçılar hem deneysel verilere dayalı bir bakış açısı elde etmiş hem de birtakım çevresel uyaranlara karşı kişilerin göstermiş olduğu davranışsal tepkileri gözlemleyerek psikolojik yapıyı anladıklarını ifade etmişlerdir (Türkçapar, 2018).

2.2.2. Bilişsel Yaklaşım

1960’lı yıllar psikanaliz düşüncesine karşılık davranışçılık düşüncesinin aktif olduğu yılları ifade ederken, 1970’li yıllarla birlikte davranışçılık geri planda kalmaya başlamış ve bilişsel devrim kendisini hızla göstermiştir. Bilişsel kuramın ortaya çıkmasındaki temel itici güç var olan klinik araştırmalar ve laboratuvarlardan elde edilen bulgular olmasına rağmen, bilişsel terapi araştırma laboratuvarında doğmamıştır (Özcan ve Çelik, 2017). Bilişsel devrimin ortaya çıkmasını sağlayan

önemli araştırmacılarından biri Thomas Kuhn'dur. Kuhn, bilimsel devrimleri mevcut paradigmanın açıklayamayacağını gözlemlerin birikmesine bağlamıştır. Bu noktada davranışçı yaklaşım tarafından açıklamayan ilk durum bireylerin aynı ortamda aynı uyaranlara karşı verdikleri tepkilerin neden farklı olduğudur (Şenormancı vd., 2010).

Bilişsel yaklaşımın ilerlemesini sağlayan bir diğer faktör ise bilimsel alanda meydana gelen hızlı gelişmelerdir. Deneysel sisteme dayalı yapılarda bilişsel dinamiklerin etkisini göstermeye başlaması ve bilgisayarın gelişmesiyle zihnin de ele alınması gereken bir faktör olarak ortaya çıkması bilişsel yaklaşımın hızla gelişmesine zemin hazırlamıştır (Demiralp ve Oflaz, 2007).

Bilişsel kuramın var olan ilkelerinden en önemli olanı; çevreden gelen uyaranlar ile ortaya çıkan sonuçlar arasında bir ilişki olduğudur. Bu ilişki bireyin bilişsel sistemi ile ilişkilidir. İkinci önemli ilke; öğrenme, hayvanlarda olandan daha farklı bir sisteme sahiptir. İnsanlarda öğrenme çoğunlukla sosyal öğrenmeye bağlı olarak meydana gelir (Doğan, 2001).

Psikanalitik terapiler ile bilişsel terapiler arasında oldukça ayrı bir fark bulunmaktadır. Bu fark, insanın doğasına bakışla ilgili bir farktır. Psikanaliz, davranışın gerçek nedenin bilinçli olmayan dürtü ve istekler olduğunu ifade ederken bilişsel terapi buna karşı çıkması ile dikkat çeker. Bilişsel kurama göre, birey yaşamış olduğu iç ve dış olayları bilgi işleme sistemi yardımı ile değerlendirmektedir. Buna bağlı olarak da belli başlı varsayımlar kurar ve sonuçlar elde eder. Bilişsel terapi, değişimin gerçekleşmesinin bilişlerin değişimi ile mümkün olduğunu ifade eder. Bu yüzden de terapi esnasında ortaya çıkan duyusal uyarımlara önem verilmektedir, çünkü bunlar otomatik düşüncelere o anda ulaşmayı sağlar. Bireyin seans içinde ortaya çıkan bu tarz bilişlerinin ele alınması ve dönüştürülmesi daha etkili sonuçların ortaya çıkmasını sağlar (Özdel, 2015).

Beck, Ellis gibi bilişsel terapiye psikanalitik kökeniyle öncülük eden araştırmacılarından biridir. Psikanalizin ruh sağlığı hastalarına yönelik oldukça önemli iç görüleri kazandırdığını düşünen Beck, bu hipotezleri kanıtlamak amacıyla araştırmalar gerçekleştirmiştir. Buna karşılık rüyalar ve fikirsel kaynaklı konular üzerine yapılan deneysel çalışmalar, psikanalitik yaklaşımın geçersizliğini görmesine yardımcı olmuştur (Demir ve Gündoğan, 2018). Çalışmalarına devam ettikçe, negaitf düşünceler üzerine incelemelerde bulunup bunun hastaların bunalımlarına iyi geldiğini

ortaya koyan bulgular elde etmiştir. Geçen 40 senelik süre içinde Beck, en basit hali ile bilişsel terapi olarak ifade edilen terapi sisteminin var olmasını sağlamıştır. Araştırmalarının uygulamaya geçebilmesi amacıyla, birçok alanda kullanımı mümkün olan araçlar geliştirmiştir. Bunlar Beck Depresyon Ölçeği, Beck Kaygı Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği gibi ölçeklerdir. Başlangıç kısmında bilişsel terapi ile depresyon arasındaki ilişkiye odaklanan ve buna yönelik bir terapi süreci inşa eden Beck ve ekibi, zamanla kaygı bozuklukları, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi konulara yönelmiştir (Bengisoy vd., 2019).

2.3. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE KUŞAKLAR

Bilişsel davranışçı terapi tek bir model ya da bakış açısı ile ele almanın pek mümkün olmadığı bir terapi modelidir. Ortaya çıkışından itibaren zaman içinde birçok farklı değişim geçirmiş ve bu değişimler yöntem, bakış açısı ve terapi teknikleri olarak oldukça farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bu bağlamda 3 farklı bilişsel davranışçı terapi kuşağı olarak birinci kuşak, ikinci kuşak ve üçüncü kuşak ortaya çıkmıştır. Araştırmada her bir kuşak ayrı ayrı ele alınacaktır.

2.3.1. Birinci Kuşak Terapi

1900'lerin ilk yarısına kadar psikanaliz hem Avrupa hem de Amerika kıtası için son derece gözde ve terapistler tarafından kullanılan bir terapi şeklini ifade etmektedir.

Gerçekte, psikanalizin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra değişen toplumsal taleplere yanıt verme kapasitesi ve “tedavi etme” yeteneği açısından krizi, alternatif psikoterapötik modellerin doğuşuyla aynı zamana denk gelen 1950'lerde başlamıştı. Bunların arasında Davranışçı Terapi (BT) başrole sahip ekollerden biri olmuştur. Davranışçılık ilkesi üzerine kurulu olan birinci kuşak terapi, davranışın gözlemlenmesi, yordanması ve değişmesine odaklanmıştır (Aydın, 2007).

Tarihsel süreç ifade edilirken ele alınan ve Pavlov ile beraber koşullanmanın deneyler sırasında elde edilmesi ile ortaya çıkan davranışçılık ilkesi genel olarak klasik koşullanma ve edimsel koşullanmaya odaklanmaktadır. Koşullanmanın temel

prensipieri ilk kuşak BDT için temel çalışma kriterlerini meydana getirmiştir (Kantowitz vd., 2016). Bunlar:

- Bitişiklik; koşullu ve koşulsuz uyarıların verilme zamanlarının birbirine yakın olmasını içeren bir kuralı ifade eder. Yani her iki uyarının birbiri ardına verilmesi bitişikliği ifade eder (Göktepe, 2019).
- Habercilik; koşullu uyarının ardından koşulsuz uyarının geleceğine dair haber verici bir uyarının olması gerekmektedir. Bu sayede ileriye koşullama, olumlu habercilik, geriye koşullanma ve olumsuz habercilik meydana gelmektedir (Aydın, 2007).
- Pekiştirme; koşulsuz uyarı tarafından meydana gelen etki olarak ifade edilir. Ancak klasik koşullanmada pekiştireç tepkiye bağlı olacak şekilde verilmez.
- Sönme; koşullu uyarının artık koşullu tepkiye neden olmaması halinde gerçekleşen durumu ifade eder (Mead, 2017).
- Genelleme; koşullu tepkinin oluşmasını sağlayan koşullu uyarıya benzer uyarılara koşullu tepkinin verilme durumunu ifade eder (Göktepe, 2019).
- Ayırt etme; genelleme olarak ifade edilen durumun tersi olarak çalışır. Koşullu tepkinin tek bir uyarıcıya karşı meydana gelmesi durumunu ifade eder.

Davranışçılığın bir diğer önemli faktörü edimsel koşullanmadır. Edimsel koşullanmada iki tür koşullanma bulunmaktadır. Bunlar tepkisel davranış ve edimsel davranıştır (Bakırtaş, 2017).

1. Tepkisel davranış: bir uyarıcı sayesinde meydana gelen davranışı ifade eder. Tepkisel davranışlara örnek olarak her türlü refleks ele alınır (Senemoğlu, 2005).
2. Edimsel davranış: bilindik bir uyarıcı tarafından oluşturulmaz. Organizma tarafından ortaya konur. Kendi kendine ortaya çıkar ve sonuçlarınca kontrol edilir (Bakırtaş, 2017).

Davranışçılık olarak ifade edilen ve klasik koşullanma ile edimsel koşullanmayı bir araya getiren bileşenler birinci kuşak bilişsel davranış terapisinin

temellerini oluşturmuştur. Bu model uyarıcı ve tepki arasındaki nesnel ilişkiye fazla odaklanması nedeniyle zaman içinde eleştirilen neden haline gelmiştir (Senemoğlu, 2005).

2.3.2. İkinci Kuşak Terapi

Birinci kuşak terapinin davranışı açıklamada tek taraflı bir bakış açısına sahip kalması ve beraberinde birçok durumun ele alınmasında yetersiz kalışı ile beraber, bu alana karşı eleştiriler giderek artmıştır. Bu ise beraberinde ikinci kuşak yani bilişsel davranışçı terapinin en genel ve bilindik halinin meydana gelmesini sağlamıştır (Yorulmaz ve Dirik, 2021).

İkinci kuşak terapinin etkisini gösterdiği süreçte akıl sağlığında kanıta dayalı uygulamaya artan vurgu ile ampirik destek alan terapilerde klinisyen eğitimi ve aşinalık her geçen gün daha da önem kazanmaktaydı. Yoğun olarak çalışılan ve bir dizi danışan popülasyonunda etkili olduğu tespit edilen yaklaşımlardan biri bilişsel terapidir. Düşünceler, son yarım yüzyıl içinde Albert Ellis (1962) ve Aaron Beck gibi öncülerin çabalarıyla geliştirdi. Bilişsel terapi yoğun bir şekilde danışanın uyumsuz ya da işlevsel olmayan düşüncelerini tanımlamak: yardımcı, (örneğin, anksiyete ve depresyon) duygu ve (örneğin, içme algılanan strese yanıt olarak ilaç ya da alkol) davranışları bu düşüncelerini birbirine bağlayan ve işbirliği istemcisi için daha işlevsel ve adaptif olabilir alternatif düşünceler geliştirmeye dayanır (Rotgers, 2006).

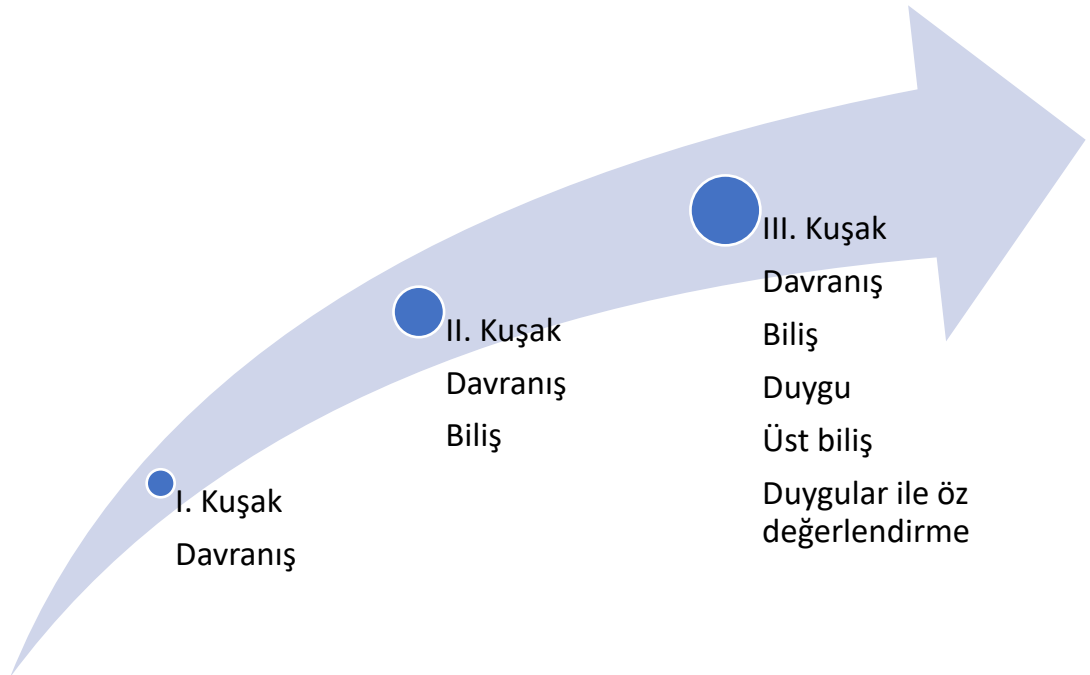
Bilişsel terapistler yıllar boyunca oldukça deneysel teknikleri geliştirdiler. Tekniklerin bir özeti, Bilişsel Terapi Teknikleri: Robert Leahy'nin (2003) Bir Uygulayıcı Kılavuzu, yaklaşık 100 farklı teknik ve formu listeler. Bu, bilişsel terapistleri eğitmekle meşgul olan kişiler için bir ikileme yol açmıştır: Öğrenciler genellikle tekniğe çok fazla odaklanırlar ve bu tekniklerin uygulandığı terapötik ilişkinin temel yönlerini kaçıırırlar. Bilişsel terapi, terapistin işbirlikçi, empatik, objektif ve danışanların istek ve ihtiyaçlarına özenli bir ilişki tarzı ile karakterize edilir. Bilişsel terapide, terapi seanslarına net bir yapı sağlamaya vurgu yapılır; bu, danışana ve terapistle, çoğu müşterinin her hafta terapide geçirdiği kısa sürenin en verimli ve etkili şekilde kullanılmasına yardımcı olabilir (Mega, 2016).

2.3.3. Üçüncü Kuşak Terapi

Üçüncü kuşak bilişsel davranışçı terapi, birinci ve ikinci dalgaları iyileştirme ve tamamlama ihtiyacından doğan yeni bir yaklaşımdır. Çok umut verici olmasına rağmen, hala yeni bir yaklaşımdır ve geleneksel tedavilere göre üstünlüğünü destekleyen veriler eksiktir (Carvalho vd., 2017).

Bilişsel davranışçı terapi için “üçüncü dalgasının” gelişi 20 yıl önce ilan edildi. İddia, BDT içinde varsayımları yönlendirmede bir değişikliğin meydana geldiği ve kişilerin içeriklerinden çok düşünce ve duygu ile ilişkilerine odaklanan bağlamsal kavramlara dayalı bir dizi yeni davranışsal ve bilişsel yaklaşımın ortaya çıktığıydı. Üçüncü dalga yöntemleri, farkındalık, duygular, kabul, ilişki, değerler, hedefler ve üst biliş gibi konuları vurguladı. Yeni modeller ve müdahale yaklaşımları arasında kabul ve taahhüt terapisi, diyalektik davranış terapisi, farkındalığa dayalı bilişsel terapi, işlevsel analitik psikoterapi, üst-bilişsel terapi ve diğerleri yer aldı (Hayes ve Hofmann, 2017).

Şekil 3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kuşaklar



Kaynak: (Insel vd., 2010).

Şekil 3'te bilişsel davranışçı terapinin kuşaklara göre üzerinde durduğu temel dinamikler biz özet halinde ele alınmıştır. Üçüncü kuşak kendi içinde alt alanlara ayrılır.

2.3.3.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Terapi

Farkındalık temelli bilişsel terapi bilişsel terapi, meditasyon ve "farkındalık" adı verilen şimdiki zamana yönelik, yargılayıcı olmayan bir tutumun geliştirilmesini içeren bir psikoterapi türüdür. Farkındalık temelli bilişsel terapi, insanlara herhangi bir yargıda bulunmadan bilinçli olarak düşüncelerine ve duygularına dikkat etmelerini öğretmek için farkındalık meditasyonu gibi teknikleri kullanarak bilişsel terapinin ilkelerini temel alır. Bilinçli farkındalık temelli terapinin bir parçası olarak kullanılan bir dizi dikkat tekniği ve alıştırmaları vardır (Sipe ve Eisendrath, 2012). Bunlardan bazıları şunlardır (King vd., 2013):

- Meditasyon: İnsanlar bedenleri, düşünceleri ve nefesleri hakkında daha büyük bir farkındalık kazanmalarına yardımcı olan rehberli veya kendi kendine yönlendirilen meditasyon yapabilirler.
- Vücut tarama egzersizi: Bu, uzanmayı ve bedeninin farklı bölgelerine farkındalık ve dikkat getirmeyi içerir. İnsanlar genellikle ayak parmaklarından başlar ve başın tepesine ulaşana kadar vücutta yukarı doğru hareket eder.
- Farkındalık uygulamaları: Farkındalık, şimdiki anın daha fazla farkında olmayı içerir. Meditasyon sırasında uygulanabilecek bir şey ama insanlar bu aktiviteleri her gün yaptıkları şeylere de dahil edebilirler.
- Farkındalık kazanma: Bu aktivite, hem bedene hem de zihne farkındalık getirmeye yardımcı olmak için dikkatli bir şekilde kazanmayı içerir.
- Yoga : Farkındalık temelli bilişsel terapi ayrıca insanları bedeninin dikkatli bir şekilde gerilmesini kolaylaştırmaya yardımcı olabilecek farklı yoga pozları uygulamaya teşvik eder.

2.3.3.2. Diyalektik Davranış Terapisi

Diyalektik davranış terapisi (DBT), değiştirilmiş bir bilişsel davranış terapisi türüdür. Temel hedefleri, insanlara anı yaşamayı öğretmek, stresle başa çıkmanın

sağlıklı yollarını geliştirmek, duygularını düzenlemek ve başkalarıyla ilişkilerini geliştirmektir Lynch vd., 2007).

DBT başlangıçta sınır kişilik bozukluğu tedavi etmek için tasarlanmıştır, ancak diğer zihinsel sağlık durumlarını tedavi etmek için uyarlanarak ilerlemiştir. Duygusal düzenlemede zorluk çeken veya kendine zarar veren davranışlar sergileyen; yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi, kişilere yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu tür terapi bazen travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB) tedavi etmek için de kullanılır (Linehan ve Wilks, 2015). DBT'nin önemli bir faydası, farkındalık becerilerini geliştirmesidir. Farkındalık, şimdiye odaklanmaya veya "anda yaşamaya" yardımcı olur. Bu, kişinin içinde olup bitenlere: düşünceleri, duyguları, duyumları ve dürtülerine dikkat etmesine ve çevrenizde olup bitenlere: gördüğü, duyduğu, kokladığı ve dokunduğuna yargısız bir şekilde uyum sağlamak için duyuların kullanılmasına yardımcı olur (Lynch vd., 2007).

DBT sayesinde bir diğer kazanç sıkıntıya tolerans becerisi elde etmektir. Sıkıntıya tolerans becerileri, kişinin kendisini ve mevcut durumunu kabul etmesine yardımcı olur. DBT, bir krizle başa çıkmak için aşağıdakiler de dahil olmak üzere çeşitli teknikler öğretir (Robins ve Chapman, 2004).

- Dikkati başka yöne çekme
- Anı geliştirmek
- Kendi kendine yatıştırıcı
- Sıkıntıya tahammül etmemenin artılarını ve eksilerini düşünmek

Sıkıntıya tolerans teknikleri, kişinin yoğun duygulara hazırlamaya yardımcı olur ve daha olumlu uzun vadeli bir bakış açısıyla bunlarla başa çıkmak için bireyi güçlendirir (Lynch ve Chapman, 2006).

2.3.3.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve kararlılık terapisi (ACT), kabul ve farkındalık stratejilerini taahhüt ve davranış değiştirme stratejileri ile birleştiren bir tür danışmanlık ve psikolojik müdahaledir. Daha önce kapsamlı uzaklaştırma olarak bilinen bu yöntem, 1982 yılında

Steven C. Hayes tarafından bilişsel ve davranışsal terapiyi birleştirmek için geliştirildi (Woods ve Wetterneck, 2006).

ACT, danışanların psikolojik esnekliklerini artırmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Psikolojik esneklik, genellikle, bir kişinin hoş olmayan düşünceler veya duygular yaşarken bile, şu an ile temas halinde kalma ve durumlarına ve değerlerine uygun davranışları seçme yeteneği olarak tanımlanır. Bu, dayanıklılık geliştirmenin önemli bir parçasıdır (Nephew, 2009).

ACT danışanlara, yaşamlarındaki ilerlemeyi engellemelerine izin vermeden, belirli durumlara uygun tepkiler olarak daha derin duygularını kabul etmeyi öğretebilir. Danışanlar, yaşamlarında ne oluyorsa veya nasıl hissediyorlarsa, zorluklarını kabul etmeyi ve gerekli davranış değişikliklerini yapmayı öğrenebilirler (Woods ve Wetterneck, 2006).

ACT'de yer alan 6 temel süreç vardır. Bunlar

- **Bilişsel Ayırışma:** Danışan, düşüncelerini ve duygularını, onlara kapılmadan veya kontrollerini yöneltmeden "sadece düşünceler" olarak tanımayı ve kabul etmeyi öğrenir.
- **Kabul:** Danışan, endişe veya acı gibi zor deneyimleri veya duyguları benimsemeyi ve onlardan kaçınmadan veya bunlarla mücadele etmeden geçmelerine izin vermeyi öğrenir.
- **Şimdiki an ile temas:** Farkındalık gibi uygulamalar aracılığıyla, danışan, şimdiye ve buraya karşı farkındalık, açıklık, ilgi ve alıcılık geliştirir.
- **Gözlemleyen Benlik:** Danışan, düşüncelerinin, duygularının, hatıralarının ve fiziksel bedeninin sürekli değiştiğini ve kim olduklarının özü olmadığını kabul ederek aşkın bir benlik duygusu geliştirir.
- **Değerler:** danışan, kendisi için neyin en önemli olduğunu ve kim olmak istediğini tanımlar ve netleştirir.
- **Kararlı eylem:** danışan, değerlerine dayalı olarak hedefler belirler ve bu hedeflere karşı sorumlu ve anlamlı bir şekilde çalışır.

ACT ile terapist, danışanla kendi konuşmaları üzerinde çalışır ve danışanın hangi sorunların acil eylem veya değişiklik gerektirdiğini ve neleri olduğu gibi kabul edilebileceğini belirlemesine yardımcı olur. Terapist, danışanı duygularıyla ve geçmiş deneyimleriyle savaşımayı bırakması ve bunun yerine kişisel hedeflere ulaşmak için daha yararlı davranışlar sergilemesi için yönlendirir (Woods ve Wetterneck, 2006).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Araştırmada bedensel belirti bozukluğunun bilişsel davranışçı terapi ile olan ilişkisine odaklanılmaktadır. Bunun için bir literatür çalışması yöntemi kullanılmıştır. Literatür taraması, verilen konu veya seçilen konu alanındaki mevcut literatürün araştırılması ve değerlendirilmesidir. Yazdığımız konu veya konu ile ilgili en son durumu belgelemektedir. Bir literatür taramasının dört ana amacı vardır: Seçtiğiniz çalışma alanındaki literatürü inceleme, literatürdeki bilgileri bir özet halinde sentezleme, mevcut bilgilerdeki boşlukları belirleyerek toplanan bilgileri teorilerin ve bakış açılarının sınırlarını göstermeyi amaçlar.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

4.1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN ROLÜ

Ruh ve beden arasındaki ilişki çok yönlüdür. Literatürde uzun zamandır psikosomatik bir ilişki olarak tanımlanmıştır. Biyolojik faktörlerle birlikte psikososyal faktörler de hem doğrudan hem de dolaylı olarak bozuklukların ve hastalıkların oluşumunu etkiler. Psikologlar genellikle hastanın ortaya koyduğu semptomların birincil nedenini bulma sorunuyla karşı karşıya kalır ve hasta somatik sorunların zihinsel olanlarla ilişkisinin zamanlamasını tanımlayamaz. Pek çok durumda, duygusal sıkıntının somatik belirtilere mi neden olduğunu yoksa bedensel sıkıntının mı duygusal belirtilere neden olduğunu veya bunların etkileşime girip girmediğini belirlemek zordur (Bransfield ve Friedman, 2019). Bir yandan teşhis edilmesi zor ve sağlık ekibinin fark etmesi zor durumlarda, fiziksel belirtileri yanlışlıkla psikiyatrik kökenli olarak açıklama eğilimi vardır. Sonuç olarak, durumları yeterince değerlendirilmeyen, karmaşık ve yeterince anlaşılmamış hastalıkları olan birçok hasta, gereksiz yere psikiyatristlere sevk edilmektedir. Öte yandan, genellikle bir hasta, sonunda bir psikiyatriste veya psikoloğa gitmeden önce, sorunların nedenini bulmak için bir dizi fizik muayene yapmak için uzun bir yol kat eder (Molendijk vd., 2017).

Hastalar tarafından bildirilen şikayetlerin somatik ve psikolojik nedenlerini ayırt etmede yaşanan tanısal güçlükler, aşırı test maliyetleri ve tedavi sürecini başlatmada gecikmeler gibi bir takım olumsuz etkiler yaratır ve bu da stres kaynağı olabilir. Kronik somatik hastalığı olan bir hastayla yapılan herhangi bir çalışmanın

temelini psikolojik faktörler oluşturur ve tedavinin etkinliği çok yüksek olabilir ve son zamanlarda daha geniş çapta takdir edilmiştir (McAndrew vd., 2017).

Bendensel belirti bozukluğu olan bir hastalığa paralel olarak, seyrine, prognozuna veya zihinsel strese bağlı olarak psikopatolojik sendromlar gelişebilir. Örneğin, miyokard enfarktüsü veya kanserden muzdarip bir hastada depresyon veya anksiyete bozuklukları gibi. Duygusal süreçler genellikle somatik bir hastalık tablosunun bir parçasını oluşturur veya hastalığın olumsuz sonuçlarına bir tepkidir (Duddu vd., 2006). Duygusal süreçlerin kronik somatik bozukluğu olan hastanın sağlık durumu üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle, birçok durumda çeşitli uzmanlık doktorları yeterince etkili tedavi sunamamaktadır. Sonuçları olan Bendensel belirti bozukluğu hastalıklardaki zihinsel bozukluklar, somatik hastalığın herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir. Bedensel tezahürler daha sonra hoş olmayan duygusal durumlar deneyimlenerek güçlendirilebilir ve ikincil olarak bunlara güçlü bir şekilde konsantre olarak, bu da hastalığın seyrini zorlaştırabilir. Fiziksel sorunları ve hastalık korkusunu sürdüren kısır döngü süreci başlatılır (Malyszczak, 2015).

Bendensel belirti bozukluğu olan hastanın yönlendirildiği psikoterapist, çözümü hastayla daha fazla terapötik çalışmaya yön verecek bir tanısal ikilem durumuna getirilir. Somatik bir hastalıktan kaynaklanan somatik semptomlar ile zihinsel bozukluklarla ilişkili fonksiyonel sendromların tezahürleri olan somatik semptomlar arasında ayırım yapmak zor veya bazen imkansızdır. Dahası, psikoterapiye yönlendirilen hasta tanı süreciyle ilgili belirsiz bir geçmişe sahip olduğunda ve bir psikoterapiste rapor verme kararı ve motivasyonu düşük olduğunda süreç oldukça zorlaşır. Psikoterapist ayrıca, psikoterapiye başlamadan önce somatik tanı ile ilgili bir görüşme yaparak anormal bir somatik durumun varlığını doğrulamaktan veya ekarte etmekten de tamamen sorumludur (Dembska, 2017).

Bedensel belirti bozukluğu ve bilişsel davranışçı terapi arasındaki ilişkiyi ele almak için literatürde yer alan araştırmalar incelenecektir. Araştırmada bu kısım bedensel belirti bozukluğunda bilişsel davranışçı terapinin rolü alt başlığı altında ele alınacaktır.

4.1.1 Yapılan Çalışmalar

Ruhsal bozukluğu olan insan popülasyonunda, somatik semptomlar ve somatik hastalıklara yakalanma riski daha yüksektir, bu da ek olarak uzun vadede bir kısır tanı ve tedavi döngüsü yaratır ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozar. Orzechowska ve Maruszevska (2021), çalışmalarında ruhsal bozuklukların bedensel belirti bozukluğu semptomları ile birlikte olmasının, hastanın daha yüksek nüks riskine, daha yüksek tezahür yoğunluğuna, tedavinin uzamasına ve terapi etkinliğinin azalmasına maruz kaldığından terapötik süreci zorlaştırdığını ifade eder. Başka bir zorluk, örneğin depresif bozukluklar veya anksiyete bozukluklarından muzdarip olan hasta yüksek yoğunlukta fiziksel semptomlar örneğin: yorgunluk, uykusuzluk, iştah bozuklukları teşhisini kabul etmeye odaklanacaktır. Bilişsel davranışçı psikoterapist, standart terapötik protokoller: aktivite planlaması, bilişsel çarpıklıkların değiştirilmesi, dikkatli bir şekilde değiştirmeli, bunları hastalarının bireysel vakalarına ve hastayı terapiye katılmaya motive eden baskın belirtilere uyarlamalıdır.

Bedensel belirti bozuklukları ile bilişsel davranışçı terapi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında Kroenke ve Swindle (2000), toplam 31 kontrollü çalışma (29 seçkisiz ve 2 seçkisiz olmayan) belirlemişlerdir. Yirmi beş çalışma spesifik bir sendromu örneğin kronik yorgunluk, iritabl bağırsak, ağrıyı hedef alırken, 6'sı daha genel somatizasyon veya hipokondriyazis üzerine odaklanmıştır. Birincil sonuç değerlendirmesi sırasıyla 28, 26 ve 19 çalışmada fiziksel semptomları, psikolojik sıkıntıyı ve fonksiyonel durumu ele almıştır. Fiziksel semptomlar bu durumlar arasında en duyarlı durumlar olarak tespit edilmiştir: BDT ile tedavi edilen hastalar, çalışmaların %71'inde kontrol deneklerinden daha fazla düzelme göstermiştir. Psikolojik sıkıntıyı azaltmak için BDT'nin kesin veya olası bir avantajı, çalışmaların sadece %38 ve %8'inde ve %47 ve %26'sında fonksiyonel durumu iyileştirmede gösterilmiştir. Grup terapisi ve 5 seans kadar kısa müdahalelerin etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Bir diğer çalışmada Lesley ve diğerleri (2006), bilişsel davranışçı terapi ve bedensel belirti bozukluğu arasındaki ilişkiyi ele almak amacıyla deneysel bir çalışma yapmışlardır. Bedensel belirti bozukluğu kriterlerini karşılayan seksen dört katılımcı, 2 koşuldan birine atanmıştır: (1) bir psikiyatrik konsültasyon müdahalesiyle desteklenen standart

tıbbi bakım veya (2) psikiyatri konsültasyonuna eklenen 10 seanslık, manuelleştirilmiş, bireysel olarak uygulanan bir BDT süreci yaşanmıştır. Değerlendirmeler başlangıçta ve başlangıçtan 3, 9 ve 15 ay sonra yapılmıştır. Birincil sonuç ölçüsü, bedensel belirti bozukluğu için Klinik Küresel İzlenim Ölçeği'nde yer alan şiddet ölçeğidir. İkincil sonuç ölçütleri, klinik derecelendirmeler tarafından belirlenen yanıt verenin durumu, fiziksel işlevsellik ve somatik semptomların kendi bildirdiği ölçümler ve tıbbi kayıtlar aracılığıyla değerlendirilen sağlık hizmeti kullanımınıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ise başlangıçtan on beş ay sonra, BDT ile tedavi edilen grupta semptomların anlamlı olarak daha az şiddetli olmasıdır.

Benzer şekilde ele alınan bir diğer çalışmada Newby ve diğerleri (2018), aktif bir psikoeğitim kontrol grubuna kıyasla sağlık kaygısı için İnternet üzerinden verilen bilişsel-davranışçı terapi (iCBT) programının etkinliğini incelemeyi hedeflemişlerdir. Bunun için yöntem olarak Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (5. baskı) bedensel belirti tanısı olan bireyler), hastalık anksiyetesi bozukluğu veya sağlık anksiyetesi ile birlikte somatik semptom bozukluğu tanısı olan kişilere 6 hafta süren sağlık anksiyetesi için ders klinisyen rehberliğinde iCBT programı veya 12 haftalık bir süre boyunca anksiyete psikoeğitim ile klinik destek ve izleme alan aktif bir kontrol grubu oluşturmuşlardır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ise şu şekildedir: Her iki grup da, sağlık kaygısı, depresyon, genel kaygı ve işlevsel bozulmanın öz bildirim ölçümlerinde başlangıç ve tedavi sonrası arasında önemli gelişmeler yaşamıştır. Tedavi amaçlı analizler, iCBT grubunun, kontrollere kıyasla Kısa Sağlık Kaygısı Envanterinde (SHAI) sağlık kaygısında daha büyük iyileşmeler yaşadığını göstermiştir. Buna göre sağlık kaygısı için iCBT psikoeğitim, klinik destek ve izlemeden daha etkilidir, ve sağlık kaygısı olan kişiler için etkili ve erişilebilir bir tedavi seçeneği sunar.

Bedensel belirti bozukluğu üzerinde birkaç farklı terapi yönteminin etkili olduğunu ancak bunlar arasında BDT'nin giderek önem kazandığını ifade eden Simon ve diğerleri, bu sonucu test etmek amacıyla tanı almış hastalar üzerinde bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada tanı alan hastaların bir kısmına BDT yöntemine dayalı bir tedavi programı uygulanırken bir gruba kontrol amaçlı bir yöntem

uygulanmıştır. Buna göre BDT ile tedavi gören hastaların %75'lik bir kısmı kontrol grubuna göre tedavinin sonunda daha işlevsel bir hale gelmiştir. Kalan %10'luk kısım iyileşme eğilimi göstermiş, %5'lik bir kısımda ise herhangi bir değişim meydana gelmemiştir.

Bedensel belirti bozukluğunda tarihsel süreç ve biyopsikososyal yaklaşımları ele aldığı çalışmalarında Çetin ve Varma (2021), BDT'nin bu bozukluk için en çok kanıt bulunan terapi yöntemi olduğunu ifade etmişlerdir. Tanı almış kişiler içinde belli başlı değişiklikler var olmasına karşılık, psikoeğitim, iletişim beceriler, davranışsal aktivasyon ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi yöntemlerin kullanılmasına bağlı olarak gelişim gösteren BDT, tedavinin önemli bir alanını oluşturmaktadır. Bir somatizasyon biçimi olarak ağrı: Psikiyatrik değerlendirme ve tedavisini ele aldıkları çalışmalarında Algül ve Tütüncü (2013), var olan tedavi yöntemleri arasında birçok farklı modelin olduğunu örneğin bunlardan birinin farmakolojik tedavi yöntemleri olduğunu ifade etmişlerdir. Buna karşılık araştırmacılar BDT ile ağrı arasındaki ilişkiyi incelediğinde etkili bir psikoterapi yöntemi olarak ele alınabileceğini ifade etmişlerdir.

Bedensel belirti bozukluğu bozuklukların psikoterapisiyle ilgili yapılan oldukça geniş bir derlemede 2658 bireyin yer aldığı 21 adet seçkisiz kontrollü çalışma değerlendirilmiştir. Çalışmaların 14 tanesi BDT'yi, geri kalanlar davranış terapisi, psikodinamik terapiler ve bütünleştirici terapiyi kapsamaktadır. Bu psikoterapi yöntemlerini standart bakım veya bekleme listesi ile karşılaştıran tüm çalışmalarda tedavinin sonunda psikoterapilerin belirti şiddetini azalttığı gösterilmiştir. Ancak danışanlar için en etkili sonuçların BDT yöntemi ile alındığı bulgulanmıştır (Çetin, 2018).

4.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ KUŞAKLARININ TEDAVİDEKİ ROLÜ

Alandaki bazı araştırmalar genel BDT yaklaşımından ziyade daha çok üçüncü kuşak modele odaklanmaktadır. Bu çalışmalardan birinde bilinçli farkındalık temelli terapi yöntemi ile bedensel belirti bozuklukları arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Farkındalığa dayalı tedavilerin kontrol gruplarına (bekleme listesi, her zamanki gibi tedavi veya destek grubu) kıyasla bedensel belirti bozuklukları üzerindeki etkisinin

anlamli olduğu bulundu. Tanı alan hastalar müdahaleleri aldıktan sonra semptomlarda ve şiddetinde bir azalma göstermişlerdir. Diğer değişkenler dikkate alındığında anksiyete, stres, depresyon ve yaşam kalitesi skorlarında düzele görülmüştür (Aktaş vd., 2019).

Farkındalık temelli müdahalelerin, ağrı ve depresyon üzerindeki küçük ila orta etki boyutları ile kronik ağrının tedavisinde etkili olduğu yakın zamanda gösterilmiştir. Farkındalık temelli terapilerin ve özellikle farkındalık temelli bilişsel terapinin de tekrarlayan depresyonda nüksetmeyi önlemede ve aktif depresyon tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Jong vd., 2016).

Kabul ve kararlılık terapisi ile bedensel belirti bozukluğu arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada kabul ve kararlılık terapisi uygulanan deney grubu ve bir kontrol grubu ile yarı deneysel bir tasarım oluşturulmuştur. Toplam 30 hasta uygun örnekleme yöntemi ile seçilerek deney ve bekleme grubuna seçkisiz atanmışlardır. Deney grubu aşağıdakiler için ACT oturumları almış; 7 hafta aralıksız (her seans 90 dakika sürmekte) ve kontrol grubu bekleme moduna alınmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre kabul ve bağlılığa dayalı grup terapisi yöntemi, bedensel belirti bozukluğuna sahip hastaların esnekliğini önemli ölçüde arttırmış ve semptomlarını azaltmıştır (Rostami ve Bozorgi, 2019).

SONUÇ

Psikolojik nedenlerden kaynaklanan bedensel rahatsızlıkları ile aile hekimine başvuran hastaların sayısı, tıbbi yardım alanların tamamının yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Bedensel belirti bozuklukları zihinsel alandaki anormalliklerin birçok biçiminden bazılarıdır ve zihinsel bozukluklara bedensel belirtiler eşlik edebilir. Bedensel belirti bozuklukları ve fonksiyonel bozukluklar, hem birinci hem de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde genel tıbbi uygulamada yaygın belirtilerdir. Belirsiz yapıları ve etkili tedavi eksikliği nedeniyle uygulayıcılar için klinik sorunlara neden olurlar. Öte yandan, kronik bir somatik hastalık da zihinsel bozukluklara yol açabilir veya eşlik edebilir

Somatik ve zihinsel alanlar arasındaki ilişkinin sonuçlarından biri, klinik tabloda çok yönlü bir arka plana sahip olan ve ağırlıklı olarak somatik belirtiler gösteren hastanın sonunda bir psikoterapistle sevk edilmesidir. Yapılan tanıya veya devam eden araştırma sürecine bağlı olarak, bu hastalar birkaç gruba ayrılabilir. Bu grupların çerçevesi geleneksel ve akıcıdır çünkü hangi semptomların daha önce ortaya çıktığını doğrulamak genellikle zordur.

Psikoterapötik yardım, klinik tablolarında bedensel belirti bozukluğu olan hastalar tarafından aranacaktır. Bu tür hastalık belirtileri (tanı kriterlerini oluşturan) fiziksel sorunları içeren depresyon ve anksiyete bozukluklarını içerir. Ön plana çıkan fiziksel sorunlar nedeniyle bu tür bir tanı alan hastalar sıklıkla psikiyatrist yerine aile hekimine sevk edilmektedir. Somatik semptomlar o kadar yoğundur ki, ruhsal bozuklukları maskeleyerek somatik bir hastalığın varlığını düşündürür. Ayrıca, akıl hastalıklarında somatizasyona, yani duyguları somatik bozukluklar olarak deneyimlemeye daha fazla eğilim vardır. Kaygı durumları da fiziksel sağlıksızlık kaynağı olabilir

Süreç boyunca psikoterapinin tıptaki önemi ve yeri göz önüne alındığında, bu bilgi alanına ilgi ve öneminde açık bir artış olduğu kadar somatik hastalarla çalışan psikoterapistlerin sayısında da bir artış olmuştur. Somatik semptomların birincil nedeni ne olursa olsun, bu rahatsızlıklardan muzdarip insanlar, diğerlerinin yanı sıra bilişsel davranışçı psikoterapiden yararlanan insalara yöneliktir.

Meta-analizler, somatoform bozukluklardan muzdarip hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşımdaki psikoterapinin, bedensel şikayetlerin yoğunluğunu ve anksiyete ve depresyon belirtilerini önemli ölçüde azalttığını ve fiziksel işlevlerini iyileştirdiğini göstermektedir

Bilişsel davranışçı terapi davranışçılıktan bilişsel terapiye, diğerlerinin yanı sıra farkındalık veya kabul ve taahhüt terapisi de dahil olmak üzere bir dizi bilişsel davranışçı terapiye evrilmiş bir psikoterapi akımıdır. Kavram, bir insanın belirli bir duruma tepkisinin, belirli bir olay hakkında ne düşündüğü, yani ona ne anlam vereceği tarafından belirlendiği varsayımına dayanmaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalar bilişsel davranışçı terapinin bedensel belirti bozuklukları üzerinde etkisinin oldukça başarılı olduğunu ortaya koyar. Son zamanlarda giderek birçok ruhsal rahatsızlıkta kullanılan üçüncü kuşak terapiler bu alanda da kullanılmaya başlamıştır. Bununla birlikte araştırmacılar bu yöntemlerin etkili bir sonuç elde edip etmediğini incelemek amacıyla çalışmalar gerçekleştirmiştir. Yapılan çalışmalar Bilinçli Farkındalık Temelli Terapi bedensel belirti bozuklukları üzerinde etkisi olduğunu ortaya koymuş olmasına rağmen, bu alanda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu ise sonuçların henüz belli noktada geçerli ve güvenilir olduğunu anlamına gelir. Bunun için bu alanda daha fazla deneysel çalışmanın yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Aktaş, S., Gülen, M., & Sevi, O.** (2019). Mindfulness therapies for medically unexplained somatic symptoms: A systematic review . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 271-283.
- Alexander, F.** (1992). The Development of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24(1), 13-24.
- Algül, A., & Tütüncü, R.** (2013). Bir somatizasyon biçimi olarak ağrı: Psikiyatrik değerlendirme ve tedavisi. . *Psikiyatride Güncel*, 3, 52-59.
- Anderson, G., Maes, M., & Berk, M.** (2012). Biological underpinnings of the commonalities in depression, somatization, and chronic fatigue syndrome. *Medical hypotheses*, 78(6), 752-756.
- Aydın, A.** (2007). *Eğitim Psikolojisi*. Tek Ağaç Eylül Yayıncılık.
- Bados, A., & Balaguer, G.** (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of clinical psychology*, 63(6), 585-592.
- Bakırtaş, T.** (2017). Modern psikoloji tarihi. *Düzce Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4(1), 88-92.
- Beck, J.** (2022). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Beck Institute: <https://beckinstitute.org/about/intro-to-cbt/> adresinden alındı
- Bengisoy, A., Özdemir, M., Erkivanç, F., & Şahin, S.** (2019). Bilişsel davranışçı tedavi araştırmalarının içeriğinin incelenmesi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* , 9 (54), 745-793.
- Bobevskil, C.** (2016). Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. *Psychosom Med*, 78(43), 3454-3467.

- Boeckle, M., Schrimpf, M., Liegl, G., & Pieh, C.** (2016). Neural correlates of somatoform disorders from a meta-analytic perspective on neuroimaging studies. *NeuroImage: Clinical, 11*, 606-613.
- Bransfield, R., & Friedman, K.** (2019). Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illness and Medical Uncertainty. *Healthcare 7(34)*, 114.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A.** (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review, 26(1)*, 17-31.
- Carson, A., Stone, J., & Hibberd, C.** (2011). Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 82(7)*, 810-813.
- Carvalho, S., Martins, C., & Almeida, H.** (2017). The Evolution of Cognitive Behavioural Therapy – The Third Generation and Its Effectiveness. *European Psychiatr, 41(21)*, 773-774.
- Cuijpers, P., Noman, H., & Karyotaki, E.** (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 76(1)*, 700-707.
- Çetin, Ş.** (2018). *Bedenssel belirti bozukluğu olan hastalarda epigenetik değişiklikler, duygu tanıma ve ifade becerisi ile travmatik yaşantıların ilişkisi*, (Uzmanlık Tezi), Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli.
- Çetin, Ş., & Varma, G.** (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13(4)*, 790-804.
- Dembska, O.** (2017). Cognitive behavioral therapy in the treatment of symptoms unexplained medically. *Psychotherapy, 1*, 49-58.
- Demir, V., & Gündoğan, N.** (2018). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının üniversite öğrencilerinin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmadaki etkisi. *ge Eğitim Dergisi, 19(1)*, 46-66.

- Demiralp, M., & Oflaz, F.** (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-139.
- Doğan, M.** (2001). *Depresyonda bilişsel terapi yaklaşımı temel boyutlar ve açıklamalar*, (Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- DSM-5.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC London, England: American Psychiatric Association.
- Duddu, V., Issac, M., & Chaturvedi, S.** (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *Int. Rev. Psychiatry*, 18, 24-33.
- Durmaz, M.** (2010). *Bergamalı Lokman Hekim Galenos*. İzmir: Bergama Kültür ve Sanat Vakfı Yayınları.
- Eberhard, M., Schei, B., & Eskild, A.** (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. . *Journal of general internal medicine*, 22(12), 1678-1785.
- Eikelboom, E., Roest, A., & M Rosmanlenj, G.** (2010). A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *J Psychosom Res*, 43(3), 132-145.
- Göktepe, E.** (2019). Öğrenme dinamikleri. *Eğitimde Sistem Düşüncesi Yıllığı*, (6), 322-344.
- Hakiki, Y., Coşkun, C., Ediboğlu, G., & Namlı, Z.** (2022). Bedensel (somatik) belirti bozukluklarına geçmişten günümüze genel bir bakış. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 1(2), 60-60.
- Haller, H., Cramer, H., & Lauche, R.** (2005). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch. Arztebl. Int.*, 112, 279-287.
- Harris, A., & Orav, E.** (2009). Somatization increases disability independent of comorbidity. . *J Gen Intern Med*, 24(2), 155-161.
- Hayes, A., & Hofmann, S.** (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-249.

- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H.** (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 528-533.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A.** (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., & Quiin, K.** (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Isaac, M., & Chand, P.** (2006). Dissociative and Conversion Disorders: Defining Boundaries. *Current Opinion in Psychiatry*, 19/1, 61-66.
- Jacob, R., Hugo, J., & Dunbar, J.** (2015). History of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatr. *Psychosomatic Medicine*, 9(2), 100-110.
- Jong, M., Lazar, S., & Hug, K.** (2016). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Awareness in Patients with Chronic Pain and Comorbid Depression. *Front Psychol*, 7, 967.
- Kırpınar, İ.** (2019). Somatizasyon ve bedensel belirti bozuklukları. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, 1(3), 259-312.
- Kabadayı, E.** (2017). *Bedensel Belirti Bozukluğu ve Oksidatif Stres*, (Uzmanlık Tezi), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Kantowitz, B., Roediger, H., & Elmes, D.** (2016). *DeneySEL psikoloji*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kartalpe, S.** (2019). *Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin nörotizm ve affedicilik düzeyleri arasındaki ilişki*, (Yüksek Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.
- Kay, J., & Tasman, A.** (2006). Psychological factors affecting medical condition. *Essential Psychiatry*, 811-822.
- King, A., Erickson, T., & Giardino, N.** (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depress Anxiety*, 30(7), 638-645.

- Koenke, K., & Swindle, R.** (2000). Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization and Symptom Syndromes: A Critical Review of Controlled Clinical Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*(4), 205-215.
- Krystal, H.** (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanal Inq.* *12*, 126–150.
- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S.** (2016). Somatic symptom disorder. *American family physician*, *93*(1), 49-54.
- Lesley, A., Robert, L., Woolfolk, L., & Escobar, J.** (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization Disorder. *Arch Intern Med.*, *166*(14), 1512-1518.
- Linehan, M. ..., & Wilks, C.** (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, *69*(2)2015, 97-110.
- Linehan, M.** (2007). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders*, *1*(4), 328-33.
- Lipowski, Z.** (1984). What Does The Word “Psychosomatic” Really Mean? A Historical and Semantic Inquiry. *Psychosomatic Medicine*, *46*(2), 153-171.
- Lipowski, Z.** (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom*, *47*(3-4), 160-167.
- Lipowski, Z.** (1988). Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, *145*(11), 1358-1368.
- Locke, A., Kirst, N., & Shultz, C.** (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*, *91*(9), 617-624.
- Lynch, T., & Chapman, A.** (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 459-480.
- Lynch, T., Trost, W., & Salsman, N.** (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*, 181-205.
- Malyszczak, K.** (2015). When to suspect somatic disorders resulting from mood disorders? *Psychiatry After Diploma* ,*12*(6), 14-20.

- McAndrew, L., Philips, L., Helmer, D., & Maestro, K.** (2017). High healthcare utilization near the onset of medically unexplained symptoms. *J. Psychosom. Res.* 98(32), 98-105.
- Mead, G.** (2017). *Zihin, benlik ve toplum*. Ankara: Heretik Yayınları.
- Mega, F.** (2016). Alternatives for Families: Cognitive Behavioral Therapy for Children of High-Conflict Relationships. *Bosphorus Medical Journal*, 6(2), 67-73.
- Molendijk, M., Hoek, H., & Brewerton, T.** (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol. Med*, 47(7), 1402-1416.
- Nephew, K.** (2009). Methyl group acceptance assay for the determination of global DNA methylation levels. *Humana Press.*, 35-41.
- Newby, J., Smith, J., Uppal, M., & Mahoney, A.** (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy versus psychoeducation control for illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: A randomized controlled trial. *. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(1), 89-98.
- North, C., & Yutzy, S.** (2010). Somatization Disorder. *Oxford University Press.*, 207-225.
- Orzechowska, A., & Maruszewska, P.** (2021). Cognitive Behavioral Therapy of Patients with Somatic Symptoms—Diagnostic and Therapeutic Difficulties. *J. Clin. Med*, 10(14), 3159.
- Pakyürek, C.** (2013). Bilişsel Bilimlerde Disiplinlerarası Yaklaşımın Tarihsel ve Felsefi Kökenleri. *Hacet Univ J Fac Lett*, 30(2), 161-172.
- Prochaska, J., & Norcross, J.** (2014). *Psikoterapi sistemleri*. (T. Özakkaş, Dü.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Ring, A.** (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., 1505-1515.
- Robins, C., & Chapman, A.** (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders*, 18(1), 73-89.

- Rostami, R., & Bozorgi, Z.** (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Alexithymia of Somatic Symptoms. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 87-94.
- Rotgers, F.** (2006). Cognitive Therapy's Second Generation: A Demonstration by Judith Beck. *American Psychological Association Psychotherapy Video Series I*, 51(46), 1212-1232.
- Ruggiero, G., Spada, M., Sassarol, S., & Caselli, G.** (2018). A Historical and Theoretical Review of Cognitive Behavioral Therapies: From Structural Self-Knowledge to Functional Processes. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(4), 378-403.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P.** (2015). Synopsis Of Psychiatry: Behavioral Sciences. *Clinical Psychiatry. Eleventh E.* , 8-17.
- Schultz, D., & Schultz, S.** (2007). *Modern psikoloji tarihi.* (Y. Aslay, Çev.) İstanbul: Kaknüs.
- Senemoğlu, N.** (2005). *Gelişim öğrenme ve öğretim, kuramdan uygulamaya.* Ankara: Gazi Kitapevi.
- Simon, G., Gater, R., & Kisely, S.** (2006). Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *Psychosom Med*, 58, 481-488.
- Sipe, W., & Eisendrath, S.** (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: Theory and practice. *Can J Psychiatry*, 57(2), 63-69.
- So, J.** (2008). Somatization As Cultural Idiom of Distress: Rethinking Mind and Body in A Multicultural Society. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(2), 167-174.
- Spitzer, R.** (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry.*, 30(3), 191-199.
- Stewart, S.** (2008). Psychometric Evaluation of The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: Factor Structure and Relationship to Anxiety Sensitivity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 97-108.
- Stone, J., Carson, A., Dunca, R., Coleman, R., & Roberts, R.** (2009). Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients:

- how often does the diagnosis change at follow-up. *Brain*, 132(10), 2878-2888,.
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., & Sungur, M.** (2010). İnternet bağımlılığı ve bilişsel davranışçı terapisi. *Psychiatry*, 11, 261-268.
- Türkçapar, M.** (2018). *Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama*. İstanbul: Epsilon.
- Taşlı, B., & Hocaoğlu, C.** (2015). Sağlık sisteminde ihmal edilen bir konu'Bedensel Belirti Bozukluğu . *Pamukkale Tıp Dergisi*, 15(4),, 1-11.
- Thamby, A., Desai, G., & Mehta, U.** (2019). Deficits in Theory of Mind and Emotional Awareness in Somatoform Disorders. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(4), 368-377.
- Thursby, R.** (2017). Introduction to the human gut microbiota. *The Biochemical journal*, 474(11),, 1823-1836.
- Tolin, D.** (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(6), 710-720.
- Tomenson, B.** (2013). Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 373-380.
- Özcan, Ö., & Çelik, G.** (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.
- Özdel, K.** (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2),, 10-20.
- Özodaşık, M.** (1999). Thorndike: Çağrışımcılık tarihi kökeni. *Selçuk İletişim*, 1(1), 99-107.
- Öztürk, M., & Uluşahin, N.** (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Ünal, S.** (2002). Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 52-55.
- Üstün, T., Sağduyu, A., & Rezaki, M.** (1997). Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar,. *Uluslararası DSÖ Çalışması*. Ankara: HÜ Tıp Fak Psikiyatri B1-DSÖ İşbirliği, 1212-1234.

- Van Dessel, N., Den Boeft, M., van der Wouden, JC, Kleinstaeuber, M., Leone, SS, Terluin, B., & Van Marwijk, H.** (2014). Yetişkinlerde somatoform bozukluklar ve tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomlar (MUPS) için farmakolojik olmayan müdahaleler. (11).
- Wenzel, A.** (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics, 40(4),*, 597-609.
- Woods, D., & Wetterneck, C.** (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour research and therapy, 44(5),*, 639-656.
- Yazıcı, A., & Yazıcı, S.** (2018). Stoacı Duygu Kuramının Ontolojik ve Epistemik Temelleri. *Posseible Düşünme Dergisi, 14,* 7-17.
- Yorulmaz, E., & Dirik, G.** (2021). Dementia Caregivers and Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 13(2),* 23-45.
- Zettle, R., & Hayes, S.** (2016). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 20(2),* 1332-1345.