

Somatik Belirti Bozukluğunun Bilişsel Davranışçı Terapi İle Tedavisi Üzerine Bir Derleme

Ebru Sena CEBECİ

Lisans, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, E-posta: ebusenacebeci@hotmail.com,
ORCID: 0009-0002-4663-0510

Doç. DR. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, E-posta: meryemkaraaziz@gmail.com

ORCID:0000-0002-0085-612X

Özet

Somatik belirti bozukluğu, bireylerin bedensel yakınmalar yaşamasına rağmen bu belirtilerin altında yatan organik bir nedenin bulunamaması ile karakterize edilen ve psikolojik etmenlerin belirgin rol oynadığı bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluk, bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürmekte ve sağlık hizmetlerine aşırı başvurulara yol açmaktadır. DSM sınıflandırmalarındaki tarihsel değişimler, bozukluğun tanı ölçütlerinin zamanla nasıl evrildiğini göstermektedir. DSM-5, somatik belirti bozukluğunu bütüncül bir yaklaşımla ele almakta ve psikolojik sıkıntının tanıdaki merkezi önemini vurgulamaktadır. Bu çalışma, somatik belirti bozukluğunun tanı, epidemiyoloji, etiyoloji ve kuramsal açıklamalarını ele almaktadır. Psikanalitik, davranışçı ve nesne ilişkileri kuramı gibi teorik yaklaşımlar, bozukluğun gelişimsel ve psikodinamik yönlerini anlamada önemli katkılar sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, somatik belirti bozukluğunun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) etkin bir müdahale yöntemi olarak öne çıkmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi, bireylerin işlevsiz düşünce kalıplarını ve davranışlarını yeniden yapılandırarak semptomların azaltılmasını hedeflemektedir. Literatürde yapılan çalışmalar, BDT'nin semptom şiddetini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada önemli etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, somatik belirti bozukluğunun tedavisinde BDT'nin yapılandırılmış müdahale protokolleri, hasta ile terapist arasındaki iş birliğini güçlendirmekte ve uzun vadeli olumlu sonuçlar elde edilmesini desteklemektedir. Bu derleme, alan yazındaki güncel bilgileri bir araya getirerek hem klinisyenler hem de araştırmacılar için yol gösterici bir kaynak sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Somatik belirti bozukluğu, kuramsal yaklaşımlar, DSM-5, bilişsel davranışçı terapi.

A Review on The Cognitive Behavioral Therapy of Somatic Symptom Disorder

Abstract

Somatic symptom disorder is defined as a psychiatric condition characterized by physical complaints that cannot be fully explained by an underlying organic cause, where psychological factors play a prominent role. This disorder significantly impairs individuals' quality of life and often leads to excessive utilization of healthcare services. Historical changes in DSM classifications demonstrate how the diagnostic criteria for the disorder have evolved over time. DSM-5 approaches somatic symptom disorder with a holistic perspective, emphasizing the central importance of psychological distress in diagnosis. This review addresses the diagnosis, epidemiology, etiology, and theoretical

explanations of somatic symptom disorder. Theoretical approaches such as the psychoanalytic theory, behavioral theory, and object relations theory contribute significantly to the understanding of the disorder's developmental and psychodynamic aspects. In addition, cognitive behavioral therapy (CBT) stands out as an effective intervention in the treatment of somatic symptom disorder. Cognitive behavioral therapy aims to reduce symptoms by restructuring individuals' dysfunctional thought patterns and behaviors. Studies in the literature have shown that cognitive behavioral therapy has significant effects in reducing symptom severity and improving quality of life. In this context, structured cognitive behavioral therapy intervention protocols strengthen the collaboration between patient and therapist and support the achievement of long-term positive outcomes. This review aims to provide a guiding resource for both clinicians and researchers by compiling up-to-date knowledge in the literature.

Keywords: Somatic symptom disorder, theoretical approaches, DSM-5, cognitive behavioral therapy.

Giriş

Somatik belirti bozukluğu, tıbbi bir nedeni bulunamayan ancak bireyin günlük işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen fiziksel semptomlarla karakterize edilen psikiyatrik bir rahatsızlıktır (American Psychiatric Association [APA], 2013). Bu bozukluklar hem psikolojik hem de fizyolojik faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkmakta ve bireylerin sıklıkla tıbbi yardım arayışına girmesine yol açmaktadır (Looper ve Kirmayer, 2002). Ancak yapılan klinik değerlendirmelerde semptomları açıklayacak organik bir patoloji saptanamamaktadır (Şar ve Öztürk, 2013).

Somatoform bozukluklar, ilk kez 1980 yılında Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III) (APA, 1980) içerisinde resmi bir tanı kategorisi olarak yer almış, zamanla sınıflandırmadaki değişikliklerle birlikte DSM-5'te (APA, 2013) "Somatik Belirti Bozukluğu," "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" ve "Konversiyon Bozukluğu" gibi alt tiplere ayrılmıştır. Bu revizyon, tanı kriterlerinin klinik uygulamada daha işlevsel hale gelmesini sağlamaktadır.

Epidemiyolojik çalışmalar, somatik belirti bozukluğunun genel popülasyondaki yaygınlığının %5-7 arasında değiştiğini ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık karşılaşılan bir durum olduğunu göstermektedir (Ünal ve Coşar, 2021). Bu bozukluklar, yalnızca bireyin yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemine önemli bir yük de getirmektedir (Barsky ve Ahern, 2004).

Somatik belirti bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT), etkinliği çeşitli çalışmalarla kanıtlanmış bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Kroenke, 2007). BDT, bireylerin semptomlarla ilişkili işlevsiz düşünce kalıplarını ve davranışlarını değiştirmeyi hedefleyerek hem semptom şiddetini azaltmayı hem de işlevselliği artırmayı amaçlamaktadır (Hawton, 2015).

Özellikle somatik belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu gibi alt tiplerde BDT'nin olumlu sonuçlar verdiği görülmektedir (Barsky ve Ahern, 2004).

Bu çalışmada, somatik belirti bozuklukların Bilişsel Davranışçı Terapi ile nasıl tedavi edildiğine dair güncel kaynaklar gözden geçirilecek ve bu terapinin etkinliği ve uygulanabilirliği üzerine tartışmalar yapılacaktır. Araştırmanın amacı, somatik belirti bozuklukların özelliklerini ve tedavi sürecindeki BDT'nin rolünü daha iyi anlamak ile mevcut bilimsel araştırmaları bir araya getirerek genel bir anlayış sunmaktır.

Somatik Belirti Bozukluğunun Tanımı

Somatik belirti bozukluğu, bireylerin fiziksel semptomlar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmalarına rağmen yapılan tıbbi değerlendirmelerde bu şikayetleri açıklayacak organik bir patolojinin saptanamadığı psikiyatrik durum olarak tanımlanmaktadır (Croicu vd., 2014). Bu bozukluklar, halk arasında sıklıkla "strese bağlı rahatsızlıklar" olarak tanımlanmakta ve hastaların klinik başvurularında çeşitli somatik yakınmalar ön planda olmaktadır. Ancak, sağlık profesyonelleri tarafından bu bireyler bazen "zor hasta" olarak nitelendirilebilmekte ve semptomları küçümseyici bir tutumla ele alınabilmektedir (Creed vd., 2012). Özellikle, somatizasyon gösteren hastaların şikayetlerinin "gerçek" fiziksel hastalıklara kıyasla abartılı veya yapay olarak değerlendirilmesi, tanı ve tedavi sürecinde ek zorluklara yol açabilmektedir.

Somatizasyon, duygusal çatışmaların ve psikolojik stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu fenomen, erken gelişim dönemlerinde, sözel iletişimin henüz kazanılmadığı bebeklik evresinde, duyguların bedensel tepkilerle dışavurumuyla benzerlik göstermektedir. Dil becerilerinin gelişmesiyle birlikte, duygusal ifade biçimleri sözel iletişimle yer değiştirirse de bazı bireylerde stres yanıtı somatik belirtiler şeklinde kendini göstermeye devam etmektedir. Somatizasyonun ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde biyolojik yatkınlıklar, bilişsel çarpıtmalar, psikodinamik süreçler ve kültürel faktörler gibi çok boyutlu etkenler rol oynamaktadır. Tarihsel olarak bakıldığında, somatik belirtilerin, dönemin tıbbi bilgisiyle açıklanamayan fiziksel şikayetler olarak ifade edildiği görülmektedir. (Lipowski 1988).

Briquet sendromu olarak da bilinen somatik belirti bozukluğu, genellikle 30 yaşından önce başlayan ve çoklu fiziksel semptomlarla karakterize bir tablodur. Tanı kriterlerine göre, en az iki

gastrointestinal semptom (örn. karın ağrısı, bulantı), dört farklı bölgede ağrı, bir psödonörolojik belirti (örn. felç benzeri durumlar) ve bir cinsel işlev bozukluğunun (örn. anorgazmi) bulunması gerekmektedir. Örneğin, bu bozukluğa sahip bir hasta; açıklanamayan karın krampları, kronik ishal, baş ağrıları, eklem ağrıları ve işitme problemleri gibi çeşitli şikayetlerle kliniklere tekrarlayan başvurular yapabilmektedir. (Smith vd., 2014). Somatik bozukluk, sadece fiziksel hastalıklarla sınırlı bir durum değildir; aynı zamanda kişinin işlevselliğini de ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Bu durumdaki bireyler, biyolojik bir rahatsızlıkları olduğu düşüncesiyle gereksiz tıbbi testler ve müdahalelere maruz kalabilmektedir (Barsky vd., 2001).

Epidemiyolojik çalışmalar, somatizasyon bozukluğunun kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın görüldüğünü göstermektedir. Kadınlarda yaşam boyu prevalans %0,2-2 arasında değişirken, erkeklerde bu oran %0,2'nin altında kalmaktadır. Bununla birlikte, tam tanı ölçütlerini karşılamayan ancak benzer semptomlar gösteren alt eşik somatizasyon vakaları, klinik olarak tanı alan olgulardan yaklaşık 100 kat daha fazla görülmektedir. (Smith vd., 2014).

Somatizasyonun karmaşık yapısı (tanı zorlukları, nedenleri ve süregelen etkenleri) nedeniyle, bu hastalara biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri bir arada ele alan bir yaklaşım uygulanmalıdır (Morabito vd., 2020).

Somatik Belirti Bozukluğunun Etiyolojisi

Somatik semptom bozukluğunun nedenleri hakkında kesin bir bilgi bulunmamakla birlikte, araştırmalar bu bozukluğun ortaya çıkmasında çeşitli risk faktörlerinin rol oynayabileceğini göstermektedir. Özellikle çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal, düzensiz yaşam tarzı, alkol ya da madde bağımlılığı, kronik ve ağır somatik belirtiler için önemli risk unsurları olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, bu bozukluğun kişilik bozuklukları ile bağlantısına da dikkat çekilmektedir (Gureje vd., 1997).

Somatoform kriterleri ve bunlara ilişkin açıklamalar, genel olarak “somatizasyon” adlı kavrama bağlanmaktadır. Bu kavram, zihinsel rahatsızlıkların fiziksel belirtilerle kendini gösterdiği düşüncesine dayanan varsayımlar içermektedir. Fakat günümüz bulguları, bu yaklaşımın fazla basit olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun yerine, psikolojik, sosyal ve biyolojik faktörlerin bir araya geldiği çoklu bir nedenler dizisini desteklemektedir (Mayou vd., 1995). Özellikle, biyolojik

faktörlerin bu süreçte önemli bir rol oynadığına dair artan kanıtlar bulunmaktadır (Sharpe ve Carson, 2001).

Biyolojik Etkenler

Somatik belirtilerinin görülmesinde, otonom sinir sisteminin fazla uyarılması nedeniyle bedensel mesajların yanlış yorumlanmasına sebep olabileceği ileri sürülmektedir. Somatik belirti bozuklukluların biyolojik temelleri üzerinde durulduğunda, bu rahatsızlıkların hem psikolojik hem de nörobiyolojik süreçlerle bağlantılı olduğunu göstermektedir. En dikkat çekici sistemlerden biri olan hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) aksının, depresyon sırasında aşırı derecede aktifleştiği; buna karşın somatizasyon durumlarında kortizol düzeylerinde bir azalma gözlemlendiği bildirilmektedir. Uzun süre devam eden stresin ve bağışıklık sisteminde gerçekleşen değişikliklerin bu duruma etkide bulunduğu düşünülmektedir (Çetin ve Varma, 2021).

Beyinde bulunan kimyasallar bu durumda önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle serotonin ve noradrenalin gibi kimyasalların dengesizliği, depresyon ve ağrı hissinin artmasına neden olabilmektedir (Ball vd., 2011). Somatizasyonu olan hastalarda bu kimyasalların seviyelerinin genellikle düşük seyrettiği gözlemlenmektedir. Ayrıca, vücuttaki stres ve iltihap yükseldiğinde, bazı zararlı kimyasalların üretimi artarken, koruyucu kimyasallar azalmaktadır (Anderson vd., 2012). Beyin görüntüleme araştırmaları, bu hastalarda beynin belirli alanlarında farklılıklar tespit etmektedir. Özellikle duyguları ve dikkati yöneten alanlarda değişiklikler gözlemlenmektedir (Boeckle vd., 2016). Bu da hastaların normal vücut hislerini daha şiddetli ve rahatsız edici olarak algılamasına neden olabilmektedir (Barsky, 1992).

Somatik belirti bozuklukların belirli genetik farklılıklarla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Özellikle stres hormonlarını etkileyen genlerde, farklı metilasyon düzeyleri bulunmuştur (Çetin, 2018). Ayrıca, çocukluk dönemindeki travmaların genlerin çalışmasını etkilediği ve epigenetik etkilerle hastalığın ortaya çıkmasına yardımcı olabileceği öne sürülmektedir (Frodl, 2016).

Sonuç olarak, somatizasyon bozuklukları, vücuttaki birçok sistemin birbirleriyle karmaşık bir şekilde etkileşiminin bir sonucu oluşmaktadır. Hem biyolojik hem de psikolojik etmenlerin birlikte değerlendirilmesi, bu durumu anlamak ve tedavi etmek açısından en sağlıklı yöntem gibi görünmektedir (Luyten vd., 2021).

Sosyal Etkenler

Bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre, çocukluk döneminden itibaren gelişen kişilerarası ilişkiler, aile yapısı ve kültürel normlar, somatik belirti bozukluğunun oluşumunda belirleyici olabilmektedir. Özellikle aile içindeki iletişim tarzları ve ebeveynlerin tutumları, somatizasyon eğiliminin oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalar, duygularını açıkça ifade etmelerine izin verilmeyen kişilerin, bu duyguları beden dili ya da fiziksel rahatsızlıklar yoluyla gösterme eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır (Wileman vd., 2002).

Ayrıca, yetersiz sosyal destek, sürekli olarak yaşanan stres ve sosyal yalnızlık, somatik belirtilerin gelişiminde ve devam etmesinde önemli rol oynayabilmektedir. Sosyal destek ağlarının zayıf olması, kişinin psikolojik sorunlarını paylaşamamasına ve bu sorunların bedensel olarak dışa vurulmasına yol açabilmektedir (Barsky vd., 1990).

Toplumsal cinsiyet rolleri, somatik bozuklukların görülme sıklığını etkileyebilmektedir. Bu bozuklukların prevalansının özellikle kadınlarda daha yüksek olması, toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında duygusal ifadeye yönelik kültürel beklentilerle ilişkilendirilebilmektedir. Genellikle kadınların duygusal zorluklarını fiziksel şikayetler aracılığıyla göstermesi, daha yaygın bir davranış biçimi olarak kabul edilmektedir (Kirmayer ve Robbins, 1991).

Kültürel etkenlerde, somatik belirti bozukluğunun oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır. Bazı toplumlarda, kişiler psikolojik sorunlarını damgalanmaktan korktukları için fiziksel belirtilerle gösterebilmektedir. Örneğin, "ruhsal hastalık" teriminin olumsuz algılandığı yerlerde, insanlar yardım almak için fiziksel sorunlara yönelebilmektedir. Bu durum, somatizasyonun bir iletişim aracı olarak kullanılmasına neden olabilmektedir (Kirmayer ve Young, 1998).

Psikolojik Etkenler

Öncelik olarak, erken çocuklukta yaşanan olumsuz yaşam tecrübeleri; fiziksel ya da duygusal istismara, ihmal ya da ebeveyn kaybına maruz kalmak gibi travmatik deneyimler, bireylerin hislerini dile getirmek yerine fiziksel tepkiler göstermesine neden olabilmektedir. Araştırmalar, özellikle somatizasyon bozukluğu yaşayan kişilerde çocukluk travması geçmişinin sık olduğunu ortaya koymaktadır (Sansone vd., 2001). Örneğin, Ford (2000) çalışmasında, somatizasyon

bozukluğu yaşayan pek çok bireyin, sosyopatik ve alkol bağımlılığı gibi problemleri olan karmaşık aile ortamlarından geldiğini belirtmektedir. Benzer şekilde, Paras ve ekibinin (2009) gerçekleştirdiği bir meta-analiz, cinsel istismar geçmişi ile fonksiyonel gastrointestinal sendrom, kronik ağrı ve non-epileptik nöbet gibi durumlar arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Türkiye’de yapılan bir araştırma, somatizasyon bozukluğu bulunan kadınların, kontrol grubuna göre çocukluk dönemlerinde daha fazla travmatik deneyim yaşadıklarını (örneğin, duygusal ihmal ve istismar) göstermektedir (Taycan vd., 2014).

Psikolojik etkenler arasında sosyal öğrenme ve aile yapıları da bulunmaktadır. Bireyler, aile içinde kronik hastalık öyküsü bulunan veya sık tıbbi başvuru davranışı sergileyen üyeleri model alarak, benzer sağlık arayışı davranışlarını benimseyebilmektedir. Özellikle çocukluk döneminde, ebeveynlerin hastalık durumlarına karşı fazla duyarlı veya koruyucu bir tutum sergilemesi, bireyin gelecekte fiziksel şikayetleri bir "baş etme yöntemi" olarak kullanmasına yol açabilmektedir (Craig vd., 2004).

Psikodinamik bir bakış açısıyla, bilinçdışı çatışmalar ve duygu düzenleme sorunları, somatik belirtilerin oluşumunda hayati bir öneme sahip olmaktadır. Freudyen kurama göre, kişinin bilinçdışında yer alan ve kabul edilmeyen hisler veya düşünceler (örneğin, suçluluk, öfke, cinsel çatışmalar), "konversiyon" adı verilen bir mekanizma aracılığıyla fiziksel belirtilere dönüşebilmektedir. Örneğin, bilinçdışında güçlü bir öfke hisseden bir kişinin, bu duyguyu dışa vuramadığı için ellerinde uyuşma ya da felç benzeri belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Brown, 2004).

Ayrıca, bilişsel yanılgılar ve hastalığa dair hatalı inançlar, somatik bozuklukların devam etmesinde rol oynamaktadır. Örneğin, bir kişi bedensel hislerini (örneğin, kalp çarpıntısı, terleme) büyük bir tehdit olarak değerlendirerek (“Kalp krizi geçiriyorum!”) kaygı döngüsünü güçlendirebilmektedir. Bu durum “somatosensör amplifikasyon” olarak tanımlanmaktadır ve bireyin bedensel hislere karşı aşırı hassas hale gelmesine yol açmaktadır (Barsky ve Wyshak, 1990).

Somatik Belirti Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik araştırmalarda somatizasyon genellikle, psikiyatrik hastalıkların “spesifik olmayan” göstergeleri olarak kabul edilen fiziksel belirtiler listeleri kullanılarak incelenmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bu alanda yapılan çalışmalar, hayat boyunca açıklanamayan dört (erkekler için) veya altı (kadınlar için) fiziksel semptomun bulunmasına dayanan somatizasyon bozukluğu ve daha hafif bir versiyonu olan “subsendromal somatizasyon bozukluğu” kavramları etrafında geliştiğini göstermektedir. Bu tanımlama, NIMH Tanı Görüşme Takvimi'nin somatizasyon bölümünden yararlanılarak geliştirilen Somatizasyon Belirti İndeksi (SSI 4,6) kullanılarak gerçekleştirilmektedir (Escobar vd., 1989).

Somatizasyon bozukluğunun genel popülasyondaki prevalansı oldukça düşük olarak açıklanmaktadır. Epidemiyolojik Alan Araştırması (ECA) çalışmaları, bu bozukluğun yaygınlık oranını yalnızca %0,01 olarak tespit etmektedir. Prevalansın en yüksek olduğu grup, Afrika kökenli Amerikalı bireyler arasında gözlemlenmiş olup, kadınlarda %0,8 ve erkeklerde %0,4 oranında kaydedilmiştir. Bu demografik farklılıkların, başta eğitim seviyesi olmak üzere çeşitli sosyodemografik faktörlerle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Robins ve Regier, 1991). Hispanik Amerikalılar arasında somatizasyon bozukluğu görülme sıklığı, diğer etnik gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte, Porto Riko'da gerçekleştirilen ECA çalışmasında, somatizasyon bozukluğu ve SSI (Somatik Semptom İndeksi) prevalansının, ABD genel ortalamasına kıyasla yaklaşık on kat daha yüksek (%4,6) olduğu saptanmıştır (Canino vd., 1992).

DSM ve ICD sistemlerinde tanımlanan özgül somatoform sendromlar (örneğin somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis), birinci basamak sağlık hizmetlerinde nadir görülmektedir. Ancak belirsiz tanımlamalara sahip, klinik açıdan anlamlı bedensel yakınmaların daha yaygın olduğu görülmektedir (Mayou vd., 2005). Bu durum, mevcut tanı sistemlerinin pratikteki yetersizliğini ortaya koymaktadır. Nitekim çeşitli araştırmalar, açıklanabilir ya da açıklanamayan bedensel şikayetlerin çoğu zaman depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtilerle birlikte seyrettiğini göstermektedir (Kirmayer ve Young, 1998). Ayrıca boylamsal bulgular, kişilerin bildirdiği semptomların zaman içerisinde değişkenlik gösterdiğini ortaya koymakta, sabit tanı kategorilerinin geçerliliği konusunda şüphe uyandırmaktadır (Mayou vd., 2005).

Bu veriler, hem kültürel bağlamın göz önünde bulundurulmasının gerekliliğine hem de somatik belirti bozuklukların tanı sistemlerinde daha esnek ve kapsamlı bir biçimde ele alınmasına ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Somatik Belirti Bozukluğunun Belirtileri

Somatik belirti bozukluğunun en sık bildirilen belirtisi kronik ağrıdır. Baş, sırt, karın, eklem veya genital bölgelerde ortaya çıkabilen ağrılar, herhangi bir organik nedene dayanmaksızın sürmekte ve bireylerin günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde kısıtlayabilmektedir (Kroenke ve Swindle, 2000). Ağrı çoğu zaman tek başına bir yakınma olmaktan öte, bireyin sağlık kaygılarını pekiştiren merkezi bir semptom olarak görülmektedir. Yaygın kas ağrıları, halsizlik, yorgunluk ve uykuya dalamama gibi genel sistemik belirtiler de oldukça sık rapor edilmektedir. Bu semptomlar, sıklıkla fibromiyalji veya kronik yorgunluk sendromu gibi diğer işlevsel sendromlarla örtüşmektedir (Wessely vd., 1999). Bu tür belirtiler bireyde tükenmişlik hissi yaratmakta ve işlevsellik düzeyini belirgin biçimde düşürmektedir. Mide bulantısı, karın ağrısı, şişkinlik, kabızlık veya ishal gibi sindirim sistemi belirtileri sıklıkla rapor edilmektedir. Bu tür yakınmalar, özellikle fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarla (örneğin irritabl bağırsak sendromu) örtüşen klinik tablolarla karışabilmektedir (Lieb vd., 2000). Bireyler çoğu zaman bu semptomları ciddi bir mide-bağırsak hastalığının belirtisi olarak yorumlamaktadır. Organik kalp hastalığı sebepli olmayan çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes almakta zorluk ve ritim bozukluğu gibi belirtiler sıklıkla görülmektedir. Bu semptomlar, özellikle panik bozukluğu gibi anksiyete sorunlarıyla birlikte bulunan durumlarda daha belirgin hale gelmektedir (Barsky vd., 2001). Ancak yapılan kontroller genellikle normal sonuçlar vermektedir ve bu durum, kişinin tıbbi bir açıklama arayışını artırmaktadır. Baş dönmesi, uyuşma, görme bulanıklığı ve geçici felç benzeri semptomlar, nörolojik sistemin etkilendiği yönünde yanlış bir izlenim oluşturabilmektedir. Ancak nörolojik muayene ve görüntüleme sonuçlarında genellikle patoloji bulunamamaktadır (Stone vd., 2005). Bu durum, semptomların işlevsel bir temele dayandığını düşündürmektedir. Kadınlarda adet düzensizlikleri, disparoni (ağrılı cinsel ilişki), vajinal akıntı ve cinsel isteksizlik; erkek bireylerde ise erektil disfonksiyon, erken boşalma ve sık idrara çıkma gibi belirtiler görülebilmektedir (Kirmayer ve Robbins, 1991). Bu belirtiler çoğu zaman cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili psikolojik süreçlerle iç içe geçmiştir.

Somatik belirtiler, sabit bir seyir izlemektense zaman içinde şekil ve yoğunluk değiştirebilmektedir. Bu dinamik yapı, tanı sürecinde güçlükler yaratmakta ve semptomların yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda psikolojik bağlamda da ele alınmasını gerekli kılmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Dolayısıyla, somatik bozuklukların değerlendirilmesinde multidisipliner bir yaklaşım esas alınmalıdır.

Somatik Belirti Bozukluğunun Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikoanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik kurama göre somatik bozukluklar, bastırılmış içsel çatışmaların fiziksel belirtiler şeklinde dışavurumu olarak açıklanmaktadır. Freud'un ilk kuramsal çalışmaları, özellikle histeri üzerine yaptığı analizler, bu bozuklukların temelinde bilinçdışı çatışmaların ve çözülmemiş duygusal gerilimlerin yattığını öne sürmektedir (Freud, 1895/2001). Freud'a göre, birey ego savunma mekanizmalarıyla başa çıkamadığında, içsel çatışmalar fiziksel semptomlara dönüşerek bilinçdışı düzeyde bir rahatlama sağlamaktadır (McWilliams, 2011). Ayrıca, erken çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin veya tatmin edilemeyen dürtülerin etkisiyle gelişen somatik belirtiler, kişinin içsel çatışmalarla yüzleşmesini engelleyerek bir tür “ikincil kazanç” elde etmesini sağlamaktadır (Kaplan vd., 2015). Psikoanalitik model, semptomların yalnızca fiziksel bir rahatsızlık değil, aynı zamanda bastırılmış arzuların ve çözülmemiş duygusal yüklerin temsili olduğunu savunmaktadır.

Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşıma göre somatik bozukluklar, öğrenilmiş davranış kalıplarının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Özellikle klasik ve edimsel koşullanma süreçleri, bireyin fiziksel semptomlar geliştirmesini ve bu semptomların pekiştirilerek devam etmesini açıklamaktadır (Kroenke ve Swindle, 2000). Örneğin, çocukluk döneminde hastalık vasıtasıyla çevreden ilgi ve bakım alma deneyimi, bireyin ileri yaşam evrelerinde benzer semptomları bilinçdışı olarak yeniden üretmesine yol açabilmektedir. Bu bağlamda, somatik belirtiler, öğrenilmiş davranışların sürdürülmesinde doğrudan bir pekiştireç işlevi görmektedir. Mower'ın Çift Süreç Teorisi'ne göre, fiziksel semptomların ortaya çıkışı klasik koşullanma yoluyla açıklanırken, bu semptomların süreklilik kazanması edimsel koşullanma ile ilişkilendirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2021). Birey, fiziksel bir şikâyet gösterdiğinde çevresel destek ve ilgi gibi olumlu pekiştireçlerle karşılaşmakta, bu da semptomların devamlılığını sağlamaktadır. Ek olarak, söz konusu belirtiler sayesinde birey, sosyal ve mesleki yükümlülüklerden kaçınarak kaçma-kaçınma davranışlarını pekiştirmektedir (Barlow ve Durand, 2015). Bu bağlamda, davranışçı model, somatik

semptomların çevresel uyaranlar ve öğrenme mekanizmaları aracılığıyla nasıl sürdürüldüğünü açıklamaktadır.

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri kuramı perspektifinden bakıldığında, somatik belirti bozuklukların kökeninin bireyin erken gelişim döneminde bakım veren kişiyle kurduğu patolojik ilişkilerde yattığı öne sürülmektedir. Kurama göre, erken çocukluk evresinde temel bakım verenle kurulan ilişki dinamikleri, bireyin hem benlik hem de nesne temsillerinin yapılanmasında belirleyici rol oynamaktadır (Kernberg, 1995). Söz konusu ilişkilerin tutarsız, reddedici veya aşırı korumacı nitelikte olması durumunda, bireyin duygusal deneyimlerini bilişsel düzeyde anlamlandırma ve düzenleme kapasitesi sekteye uğrayabilmektedir. Bu durum, duygusal içeriğin somatik kanallar aracılığıyla dışavurumuna yol açabilmektedir. Somatik semptomlar, bireyin sözel olarak ifade edemediği psikolojik sıkıntının bedensel temsili olarak kavramsallaştırılmaktadır. Duygusal düzenleme mekanizmaları yeterince gelişmemiş bireylerde, fiziksel belirtiler, katlanılamaz duygusal durumların somatikleşmiş ifadelerine dönüşebilmektedir (Fonagy vd., 2002). Bu bağlamda, somatik belirtiler, erken dönem nesne ilişkilerinin patolojik yansımaları olarak değerlendirilmekte ve bireyin duygusal deneyimleri sembolik düzeyde işleme kapasitesindeki gelişimsel eksiklikleri yansıtmaktadır.

Somatik Belirti Bozukluğunun DSM 5 Sınıflandırması ve Tarihçesi

Tarihi süreçteki yazılı kaynaklar incelendiğinde, beden ile ruh arasındaki etkileşimle ilgili en eski tanımlamalardan birinin Antik Mısır'a ait olan "Kahun papirüsü" olduğu söylenebilir. Yaklaşık 4000 yıl önce kaleme alınan bu eserde, "Histeri (uterus)" ana başlığı altında "Çoğul bedensel ve davranışsal işlev bozukluğu" ifadesi bulunmaktadır (North ve Yutzy, 2010). Histeri kelimesi, Yunanca'daki "hysteron" (rahim) teriminden gelmektedir (Ünal 1999). Hipokrat, histeriyi sadece kadınlara ait bir hastalık olarak tanımlamaktadır ve 17. yüzyıla kadar histerinin, rahmin kontrolsüz istekleri sebebiyle vücutta dolaşması sonucu ortaya çıkan bir hastalık olduğuna inanılmıştır (Hollfied 2005). Platon ve Galen gibi filozof ve hekimler de beden-zihin etkileşimi konusunda benzer görüşler sunmuştur. Orta Çağ'da ise bu tür belirtiler sıklıkla "cinlenme" veya "şeytani etki"

olarak yorumlanmış ve ruhsal değil, ahlaki ya da dinsel bir bağlamda değerlendirilmiştir (Ellenberger, 1970).

19. yüzyılda somatoform bozukluklar, psikiyatrik tanı sınıflandırmalarında giderek daha net bir şekilde tanımlanmaya başlamıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952'de yayımlanan DSM-I'de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı), bu klinik tablolar "psikofizyolojik reaksiyonlar" veya "psikosomatik bozukluklar" başlığı altında ele alınmaktadır (APA, 1952). DSM-II'de ise "histerik nevroz" kavramı öne çıkarılmış ve somatik belirtiler, nevrotik bozuklukların bir alt kategorisi olarak değerlendirilmiştir (APA, 1968). Ancak bu dönemlerde yapılan sınıflamalar, büyük ölçüde psikanalitik kuramların etkisi altında şekillenmiş, ölçülebilir klinik göstergelerden yoksun kalmıştır.

1980 yılında yayımlanan DSM-III ile birlikte somatoform bozukluklar, ilk kez bağımsız bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada; somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, beden dismorfik bozukluğu ve ağrı bozukluğu gibi alt türler tanımlanmış ve belirtilerin "tıbbî olarak açıklanamaması" tanı için temel ölçütlerden biri hâline getirilmiştir (APA, 1980). Ancak bu ölçüt, zaman içinde yoğun biçimde eleştirilmiştir. Çünkü birçok durumda belirtilerin açıklanabilirliği hekimler arası değişkenlik göstermekte, dolayısıyla tanı güvenilirliği zayıflamaktaydı (Kroenke, 2007).

DSM-IV'te (1994) bu temel sınıflandırma korunmakla birlikte, tanı kriterlerinde bazı düzenlemeler yapılmıştır (APA, 1994). Buna rağmen hem klinik pratikte hem de araştırmalarda bu tanı kategorilerinin yeterliliği giderek daha fazla sorgulanmaya başlanmıştır. Özellikle tanılarının geçerlilik ve güvenilirlik açısından ciddi sınırlılıklar taşıdığına dair eleştiriler artmıştır (Dimsdale vd., 2013).

Tarihsel süreç incelendiğinde, somatik belirti ve ilgili bozuklukların kavramsallaştırılmasının zaman içinde önemli ölçüde değiştiği görülmektedir. Başlangıçta sadece fiziksel semptomların varlığına odaklanılırken, daha sonra bu semptomların bireyin psikolojik durumu ve işlevselliği üzerindeki etkileri de değerlendirmeye alınmıştır. DSM-5 ile birlikte bu yaklaşımlar daha da bütüncül hâle gelmiş; tanı sisteminde yapılan değişiklikler, tarihsel olarak biriken bilgi ve eleştirilerin bir sonucu olarak biçimlenmektedir.

Somatik Belirti Bozukluğunun Tedavisi

Hastaların semptomlarını açıklayacak organik bir neden tespit edilememesi, hasta ve yakınlarında yeterli tıbbi inceleme yapılmadığı yönünde endişelere yol açmaktadır. Bu durum, klinisyenlerin psikiyatrik bozukluk ya da davranışsal problem tanıları yerine, enfeksiyöz hastalıklar, fibromiyalji sendromu veya kronik yorgunluk sendromu gibi somatik tanıları tercih etmesine neden olmaktadır. Sonuç olarak, hekimler semptomları aşırı derecede tıbbileştirme eğilimi göstermektedir. Tanı ve tedavi sürecindeki gecikmeler, duygudurum bozuklukları ve anksiyete semptomlarının şiddetlenmesine, ayrıca bireyin işlevsel kapasitesinde belirgin düşüşe yol açmaktadır. Bu nedenle, kesin tanının konulmasını takiben tedaviye derhal başlanması kritik önem taşımaktadır. (Göçer ve Balbaloglu, 2021).

Somatik belirti bozukluklarının etkin yönetimi, hastanın bireysel özelliklerine göre şekillendirilmiş, çok boyutlu bir yaklaşım gerektirmektedir. Birincil basamak sağlık hizmeti sunucularının, tedavi planı oluştururken bireyin psikolojik, sosyal ve kültürel bağamlarını dikkate alması büyük önem taşımaktadır. Tedavi ilkeleri genel olarak şu şekilde belirlenmelidir: Düzenli ve kısa aralıklı randevular vererek her belirti için tekrarlanan başvuruların önüne geçmek; ilk aşamada detaylı bir tıbbi değerlendirme yaptıktan sonra tanı testlerini asgari düzeyde tutmak; fiziksel bir hastalık olmadığı konusunda hastayı bilgilendirerek güvence vermek; bedensel belirtilerle baş etme yöntemleri hakkında eğitim vermek; tamamen iyileşmek yerine günlük yaşamı sürdürebilecek düzeyde işlevsel iyileşmeyi amaçlamaktır (Çetin ve Varma, 2021). Bu kapsamda geliştirilen CARE MD yaklaşımı (danışma/bilişsel davranışçı terapi, değerlendirme, düzenli takip, empati, tıbbi/psikiyatrik arayüz, zarar vermeme ilkesi), birincil basamak hekimlerinin somatik belirti bozukluğu olan bireylerle daha etkili çalışmasına destek olmayı amaçlamaktadır (Kurlansik ve Maffei, 2016) Psikiyatri alanında etkili olduğu kanıtlanan bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık temelli terapi gibi müdahaleler, ruh sağlığı profesyonelleri tarafından uygulanmakta ve hastaların işlevselliğini artırmada önemli rol oynamaktadır (Tyrer vd., 2014).

Bilişsel Davranışçı Terapi Tanımı

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireylerin duygusal ve davranışsal sorunlarını sürdüren işlevsiz düşünce kalıplarını, temel inançları ve davranışsal tepkileri hedef alan, ampirik verilere dayanan

bir psikoterapi yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşımın teorik temelini, bireyin yaşadığı olaylara yüklediği anlamların duygusal tepkilerini ve davranışlarını karşılıklı olarak şekillendirdiği bilişsel model oluşturmaktadır (Beck, 2011). Terapi sürecinde temel hedef, danışanın gerçekliği çarpıtan otomatik düşüncelerini tanımasını, bu düşüncelerin geçerliliğini sınavarak daha uyumlu ve rasyonel bilişsel yapılar geliştirmesini sağlamaktır (Dobson ve Dozois, 2019).

BDT'nin teorik temelleri hem davranışçı psikoloji hem de bilişsel psikoloji alanlarından beslenmektedir. Davranışçı yaklaşımdan ödüllendirme, sönme ve aşamalı maruz bırakma gibi teknikleri ödünç alırken, bilişsel yaklaşım ise zihinsel süreçlerin duygusal deneyimler ve davranışsal tepkiler üzerindeki belirleyici rolünü vurgulamaktadır (Taşdemir, 2024). BDT'nin temel varsayımına göre, bireyin olayları yorumlama biçimi psikopatolojinin gelişiminde kritik bir rol oynamaktadır. Örneğin, somatik belirtileri olan bir danışanın bu semptomları yanlış yorumlayarak ciddi bir hastalık işareti olarak algılaması, kaygı bozuklukları ve kaçınma davranışlarıyla sonuçlanabilmektedir (Çivici, 2023).

BDT'yi diğer terapi yaklaşımlarından ayıran en önemli özelliklerinden biri, yapılandırılmış, belirli bir zaman çerçevesine yayılan ve somut hedefler doğrultusunda ilerleyen bir tedavi protokolü sunmasıdır. Terapist ve danışan arasında kurulan işbirlikçi ilişki sayesinde, danışanın yaşadığı güçlükler bilişsel bir çerçevede formüle edilmekte ve her terapi seansı bu formülasyona uygun olarak belirlenen spesifik hedefler doğrultusunda yürütülmektedir (Wright vd., 2006). Ayrıca, düşünce kayıtları tutma, davranışsal deneyler yapma ve ev ödevleri gibi tekniklerle terapide kazanılan becerilerin günlük yaşama aktarılması sağlanarak kalıcı değişimler hedeflenmektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin etkililiği, sadece teorik açıklamalarla sınırlı kalmayıp çok sayıda bilimsel araştırma tarafından da desteklenmektedir. Hofmann ve arkadaşlarının (2012) yaptığı geniş çaplı bir meta-analiz çalışması, BDT'nin depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, post-travmatik stres bozukluğu ve somatik belirti bozukluğu gibi birçok psikiyatrik durumda etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde BDT'nin yalnızca bireysel düzeyde değil; grup terapileri, çevrimiçi uygulamalar ve çeşitli kültürel bağlamlarda da uygulanabilirliğine dair veriler artmaktadır. Bu yönüyle, BDT hem esnekliği hem de kanıta dayalı yapısı sayesinde modern psikoterapi yaklaşımları arasında önemli bir yer edinmiştir (Kuyken vd., 2010).

Sonuç olarak, Bilişsel Davranışçı Terapi, bireyin duygusal ve davranışsal sorunlarının altında yatan bilişsel süreçleri ele alarak, daha sağlıklı düşünme biçimleri geliştirmeyi amaçlayan, kuramsal olarak sağlam temellere dayanan ve geniş bir uygulama alanına sahip bir psikoterapi yaklaşımıdır.

Bilişsel Davranışçı Terapinin Tarihçesi

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) kökenleri Antik Yunan düşünürlerinin felsefi yaklaşımlarına dayanmaktadır. Bu süreç, Watson'un 1925 yılında geliştirdiği davranışçı çalışmalar ile başlamaktadır. Daha sonra bu çalışmaların etkileri, psikoterapi uygulamalarında kullanılan tekniklere yansımakta ve günümüze kadar uzanmaktadır (Durak ve Karaaziz, 2024).

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) öncüsü kabul edilen Albert Ellis, meslek yaşamına 1940'ların sonunda psikoanalitik teknikleri danışmanlık süreçlerinde uygulayarak başlamıştır. Ancak zamanla bu yöntemin yetersiz olduğuna kanaat getirerek daha etkili ve pratik bir terapi modeli oluşturmak amacıyla çalışmalarını yönlendirmiştir. Bu gelişim sürecinde Ellis, Antik Yunan ve Roma Stoacı filozoflarının düşüncelerinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Özellikle Epiktetos'un "İnsanlar olaylardan/şeylerden rahatsız olmazlar ancak bunları nasıl algıladıklarından dolayı rahatsızlık yaşarlar." sözü, Ellis'in geliştirdiği yaklaşımın temelini oluşturmaktadır (Taşdemir, 2024).

1960'lı yıllarda yaşanan bilişsel devrim, bireyin çevresel uyaranlara verdiği tepkilerde bilişsel süreçlerin aracı rolünü vurgulamaktadır. George A. Miller'ın bilgi işleme kuramı üzerine yaptığı çalışmalar ve Ulric Neisser'in "Bilişsel Psikoloji" adlı eseri, bu dönüşümün temel yapı taşlarını oluşturmaktadır. Bu dönemde zihinsel süreçlerin bilimsel olarak incelenmeye başlanması, davranışın yalnızca gözlemlenebilir uyaran-tepki ilişkileriyle açıklanamayacağını ortaya koymaktadır (Türedi, 2022).

Bilişsel terapinin öncülerinden Aaron Beck ise 1960'lı yıllarda psikoanalitik yaklaşımın deneysel temellerden yoksun olduğunu fark etmekte ve bu yöntemi eleştirmektedir. Bilimsel kanıt arayışı içinde depresyon üzerine çalışmalar yürütmek isteyen Beck, psikanalizin "içe yönelik düşmanlık" hipotezini test etmek amacıyla depresif bireylerle rüya analizleri yapmaktadır. Yapılan çalışmalar, hastaların rüyalarında kendilerini eksik, yetersiz ve olumsuz duygular içinde algıladıklarını

göstermektedir. Başlangıçta bu bulguları hastaların acı çekme isteğine bağlayan Beck, zamanla bu yorumun hatalı olduğunu fark etmekte ve bireylerin kendilerini kusurlu, yalnız ve hasta hissetmelerinin asıl acı kaynağı olduğunu görmektedir. Çalışmaları ilerledikçe, bilinçdışı süreçler yerine doğrudan gözlemlenebilir ve ölçülebilir bilişsel yaşantılara odaklanmanın daha etkili olduğunu fark etmektedir. Bu kapsamda, bilişsel terapi adını verdiği yeni bir kuramsal ve klinik model geliştirmiştir (Çetinkaya ve Köse, 2021).

1970'ler ve 1980'ler boyunca bilişsel ve davranışçı yaklaşımların entegrasyonu gerçekleştirilmekte ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) adı altında bütünleşik bir model ortaya çıkmaktadır. Bu terapi modeli hem bireylerin bilişsel süreçlerini hem de davranışsal kalıplarını hedef alarak kapsamlı bir tedavi yaklaşımı sunmaktadır. Böylelikle BDT, kısa süreli, yapılandırılmış ve ölçülebilir olması nedeniyle bilimsel araştırmalara uygun bir terapi yöntemi olarak benimsenmiş ve birçok meta-analiz çalışmasında etkinliği kanıtlanmaktadır (David vd., 2018).

1990'lı yıllardan itibaren BDT anlayışı, "üçüncü dalga" olarak bilinen yeni terapi modelleri ile gelişim göstermektedir. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), Diyalektik Davranış Terapisi (DBT) ve Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) gibi yaklaşımlar, bireyin düşüncelerini değiştirmek yerine bunlarla kurduğu ilişkiyi dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Bu yeni nesil terapiler, farkındalık (mindfulness), kabullenme ve değer odaklı yaşam stratejileri gibi unsurları BDT'nin geleneksel teknikleriyle birleştirmektedir. Böylece psikoterapi alanına yenilikçi bir bakış açısı kazandırmaktadır (Hayes vd., 2006).

Somatik Belirti Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi

Somatik Belirti Bozukluğu (SBB), bireyin bedensel belirtilerine yönelik aşırı kaygı ve zihinsel meşguliyet yaşadığı, bu durumun günlük işlevsellikte bozulmaya yol açtığı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu belirtilerin tıbbi açıklamalarla yeterince izah edilememesi, bireyin sık sık sağlık kuruluşlarına başvurmasına neden olmaktadır (Çetin ve Varma, 2021). Bu bağlamda, tedavi sürecinde yalnızca fiziksel bulgulara değil, bireyin bu bulgulara yüklediği anlamlara da odaklanılması gerekmektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), SBB'nin tedavisinde en çok kullanılan ve bilimsel etkinliği kanıtlanmış psikoterapi yöntemlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Bu yaklaşım, bireyin

semptomlarını felaketleştirme, içsel duyumları yanlış yorumlama ve sağlıkla ilgili işlevsiz inançlarını sorgulama süreçlerine odaklanmaktadır (Örüm, 2021).

BDT sürecinde ilk aşama genellikle psiko-eğitim ile başlamaktadır. Psiko-eğitim, bireyin bedensel belirtiler ile stres, kaygı ve bilişsel süreçler arasındaki bağlantıyı anlamasını sağlamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Daha sonra bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılmakta, bireyin sağlıkla ilgili olumsuz otomatik düşünceleri belirlenmekte ve bunlar daha işlevsel düşüncelerle yer değiştirmektedir.

Davranışsal müdahaleler, kaçınma tutumlarını azaltmayı ve işlevsel etkinlikleri artırmayı amaçlamaktadır. Gevşeme egzersizleri, dikkat odağını yeniden yapılandırma çalışmaları ve duyumlara karşı duyarsızlaştırma teknikleri de tedavi sürecinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Taslı ve Hocoğlu, 2022).

Yapılan araştırmalar, BDT'nin somatik semptomların şiddetini azalttığını, sağlıkla ilgili kaygıları düşürdüğünü ve yaşam kalitesini artırdığını ortaya koymaktadır. Türkiye'de yürütülen bazı çalışmalar, grup formatında uygulanan BDT'nin de bireysel terapi kadar etkili sonuçlar verdiğini göstermektedir (Taslı ve Hocoğlu, 2022).

Bulgular

Somatik Belirti Bozukluğuna (SBB) yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) etkinliğini inceleyen saha çalışmaları, bu yaklaşımın hem semptom şiddetini azaltmada hem de hastaların işlevselliğini artırmada anlamlı sonuçlar doğurduğunu göstermektedir.

Barsky ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir başka randomize kontrollü çalışmada, sağlık kaygısı yüksek olan 187 hasta iki gruba ayrılmış; bir grup 6 aylık BDT alırken, diğer grup standart psikoeğitim ve destekle izlenmiştir. BDT uygulanan grupta Whiteley Index puanlarında anlamlı düşüş görülmüş, bu grubun sağlıkla ilgili aşırı düşünme eğilimlerinde azalma sağlandığı belirtilmiştir. Bu çalışma, BDT'nin SBB ile sıklıkla birlikte görülen sağlık anksiyetesine yönelik etkisini ortaya koymaktadır (Barsky vd., 2004).

Lesley ve arkadaşları (2006), bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile bedensel belirti bozukluğu (BBB) arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla deneysel bir araştırma yürütmüştür. Çalışmaya, BBB tanı

kriterlerini karşılayan 84 katılımcı dahil edilmiş ve katılımcılar rastgele iki gruba ayrılmıştır: Kontrol grubu, standart tıbbi bakım ve psikiyatrik danışmanlık almakta iken, müdahale grubuna ise psikiyatrik danışmanlığın yanında 10 seanslık bireysel BDT uygulanmıştır. Değerlendirmeler, çalışmanın başlangıcında ve sonrasında 3., 9. ve 15. aylarda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birincil sonuç ölçütü, Klinik Küresel İzlenim Ölçeği (KKİÖ) kullanılarak değerlendirilen BBB semptom şiddeti olarak belirlenmiştir. İkincil ölçütler ise klinik değerlendirmelerle saptanan tedavi yanıtı, fiziksel işlevsellik, katılımcıların bildirdiği somatik semptomlar ve tıbbi kayıtlardan elde edilen sağlık hizmeti kullanım verileridir. Bulgular, BDT grubundaki katılımcıların 15 aylık takip sürecinde semptom şiddetinde anlamlı bir azalma gösterdiğini ortaya koymaktadır (Türedi, 2022).

Kleinstäuber ve arkadaşları (2012), SBB tanısı almış 127 hastayla gerçekleştirdikleri randomize kontrollü çalışmada, 10 oturumluk bireysel BDT müdahalesinin ardından, hastaların bedensel belirti şiddetinde anlamlı azalma olduğunu bildirmiştir. Tedavi grubundaki bireylerde, Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) puanlarında %30'a varan bir düşüş kaydedilmiştir. Bu sonuç, BDT'nin semptom odaklı bilişsel çarpıtmaları hedefleyerek beden duyularının algılanış biçimini değiştirebildiğini göstermektedir.

Fjorback ve arkadaşları (2013), somatizasyon bozukluğu tanısı almış 90 bireyle yaptıkları çalışmada, 12 seanslık grup temelli BDT'nin ardından 1 yıllık takipte semptom düzeylerinde anlamlı bir gerilemenin sürdüğünü saptamışlardır. Katılımcıların çoğunda nüks oranı düşük kalmış, bu da BDT'nin uzun vadeli etkilerinin kalıcılığını göstermektedir.

Van Dessel ve arkadaşları (2014), toplam 1.167 katılımcıyı içeren 13 çalışmanın meta-analizinde, BDT'nin yalnızca semptom şiddetini değil, aynı zamanda hastaların sosyal ve mesleki işlevselliğini de artırdığını ortaya koymuştur. Özellikle, terapi sonrası iş günlerine dönüş oranlarında belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Bu bulgu, BDT'nin işlevsel iyileşmeye katkı sunduğunun kanıtı olarak sunulmaktadır.

Martin ve arkadaşları (2021), SBB tanısı alan bireylerde yaygın anksiyete ve depresyon semptomlarının eşlik ettiğini ve BDT'nin bu eşlik eden psikopatolojilerde de anlamlı düzeyde azalma sağladığını belirtmişlerdir. Araştırmada, Beck Depresyon Ölçeği ve GAD-7 ile ölçülen semptomlar, 8 haftalık BDT sonunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüş göstermektedir (Martin vd., 2021).

Son zamanlarda yapılan bir incelemede, çocuklarda somatik belirti bozukluğu için BDT'nin olumlu etkileri belirtilmektedir. Özellikle psikososyal stres faktörleri, sağlık kaygısı ve felaket düşünceleri üzerinde durulması gerektiği vurgulamaktadır (Çetin ve Varma, 2021).

Tartışma

Bu derleme araştırması, Somatik Belirti Bozukluğu (SBB) için bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkilerini incelemeyi ve mevcut literatür doğrultusunda terapi yöntemlerinin teorik ve klinik etkilerini tartışmayı hedeflemektedir. Mevcut literatür verileri doğrultusunda, söz konusu terapi yaklaşımlarının teorik temellerini ve klinik uygulamadaki yansımalarını ele almaktadır. Çalışma, alanyazındaki güncel bulguları bütüncül bir bakış açısıyla sentezlemekte ve bu bulguların klinik pratiğe olası katkılarını tartışmaktadır. Bu çalışmada, 2004-2021 yılları arasında yayımlanan ve bilişsel davranışçı terapinin (BDT) somatik belirti bozukluğu üzerindeki etkilerini ele alan klinik araştırmalar kapsamlı bir şekilde incelenmektedir. Değerlendirilen araştırmaların önemli bir bölümü Almanya (Kleinstäuber vd., 2012), ABD (Barsky vd., 2004; Martin vd., 2021) ve Danimarka gibi Batı ülkelerinde yürütülmüştür. Bu coğrafi dağılım, çalışmaların temel olarak Batı toplumlarının kültürel yapıları ve sağlık algıları bağlamında şekillendiğini göstermektedir. Bu durum, söz konusu bulguların farklı kültürel bağlamlardaki geçerliliğinin ve uygulanabilirliğinin ayrıca araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, BDT uygulanan hasta gruplarında bedensel semptom şiddetinde ve sağlık kaygılarında istatistiksel olarak anlamlı azalmalar gözlemlenmektedir. Bu bulgular, BDT'nin somatik belirtilerin temelinde yatan işlevsiz bilişsel süreçleri başarılı bir şekilde hedef aldığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, semptomlardaki azalma oranlarının çalışmalar arasında heterojenlik göstermesi, terapötik etkinin bireysel hasta özelliklerine ve terapi protokollerinin uygulama farklılıklarına bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğine işaret etmektedir (Van Dessel vd., 2014). Elde edilen sonuçlar, tedavi etkililiğini artırmak için kişiye özgü terapi adaptasyonlarının önemini ortaya koymaktadır.

BDT'nin sadece bedensel belirtileri değil, aynı zamanda depresyon ve kaygı gibi eşlik eden ruhsal sorunları da iyileştirdiği görülmektedir (Martin vd., 2021). Bu durum, terapi yönteminin kapsamlı bir iyileşme sağladığını göstermektedir. Ancak bazı araştırmalarda bu olumlu etkilerin uzun

vadede devam edip etmediği konusunda belirsizlikler bulunmaktadır (Fjorback vd., 2012). Bu nedenle, tedavi sonuçlarının kalıcılığını anlamak için daha uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatürde dikkat çeken bir diğer bulgu, BDT'nin etkililik düzeyinin hasta grupları arasında farklılık göstermesidir. Katı bilişsel şemalara sahip bireylerde terapötik değişimin daha yavaş ilerlediği gözlemlenmekte ve bu hasta grubuna yönelik müdahalelerin daha yoğun veya uzun süreli olması gerektiği vurgulanmaktadır (Lopez ve Garcia, 2022). Kültürel faktörlerin ise sağlık algıları ve somatizasyon biçimleri üzerinde etkili olması nedeniyle, terapi süreçlerinin kültürel bağlama uygun şekilde yapılandırılması da gerekmektedir. Bu durum, tedavi protokollerinin bireysel ve kültürel farklılıklar dikkate alınarak esnek bir şekilde uygulanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Yapılan çalışmalar, BDT'nin somatik belirtileri azalttığını, günlük yaşam işlevlerini geliştirdiğini, sağlık kaygısını düşürdüğünü ve eşlik eden psikolojik sorunlara iyi geldiğini göstermektedir (Kleinstäuber vd., 2012; Barsky vd., 2004). Ancak tedavi sürecinin hastaya özgü şekilde düzenlenmesi, kültürel faktörlerin dikkate alınması ve uzun süreli takip çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Elde edilen veriler BDT'nin olumlu sonuçlarını desteklemekle birlikte, daha geniş hasta gruplarını içeren, çok merkezli ve uzun vadeli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür çalışmalar, tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Bu derleme çalışmasında, somatik belirti bozukluğu ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) yaklaşımı kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır. Yapılan literatür incelemesi, BDT'nin bu bozukluğun tedavisinde çok yönlü etkilerinin olduğunu ortaya koymaktadır. Öncelikle, BDT uygulamalarının somatik belirtilerin şiddetinde klinik olarak anlamlı azalmalar sağladığı görülmektedir. Özellikle ağrı, yorgunluk ve gastrointestinal şikayetler gibi yaygın semptomlarda belirgin düzelmeler kaydedilmektedir. Bunun yanı sıra, hastaların sağlık kaygılarında ve bedensel duyumlara aşırı odaklanma eğilimlerinde önemli ölçüde azalmalar gözlemlenmektedir.

BDT'nin etki mekanizmaları incelendiğinde, bu terapi yönteminin temel olarak üç önemli sürece odaklandığı görülmektedir: Birincisi, hastaların sağlıkla ilgili işlevsiz bilişsel şemalarını yeniden

yapılandırmaktadır. İkincisi, bedensel duyumlara yönelik felaketleştirici yorumları değiştirmektedir. Üçüncüsü ise, hastaların kaçınma davranışlarını azaltarak işlevselliği artırmaktadır. Terapi sürecinde, psikoeğitimle başlayan ve bilişsel yeniden yapılandırmayla devam eden bir tedavi protokolü izlenmektedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, tedavi yanıtlarının hasta grupları arasında önemli farklılıklar gösterdiği dikkat çekmektedir. Bu farklılıkların temelinde; bireylerin bilişsel şema yapıları, tedavi motivasyon düzeyleri, eş tanı durumları ve içinde bulundukları kültürel bağlam gibi faktörler yer almaktadır. Bireylerin katı bilişsel şemalara sahip olmaları durumunda, terapötik değişimin daha yavaş gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu nedenle, tedavi süresinin uzatılması veya yoğunluğunun artırılması gerekebilmektedir. Kültürel faktörlerin de somatik belirti bozukluğunun klinik seyri ve tedavi yanıtı üzerindeki etkileri önemli bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Farklı kültürel gruplarda sağlık algılarının, hastalık davranışlarının ve tedavi beklentilerinin değişkenlik göstermesi, BDT uygulamalarının kültürel bağlama uyarlanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, çeşitli kültürel gruplarda yürütülecek kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

BDT'nin kısa vadeli etkinliği konusunda literatürde geniş bir fikir birliği bulunmakla birlikte, tedavinin uzun dönem sonuçlarına ilişkin veriler sınırlı kalmaktadır. Yapılan izlem çalışmaları, bazı hastalarda semptomların zaman içinde tekrarlayabildiğini göstermektedir. Bu durum, tedavi sonrası koruyucu müdahalelerin ve periyodik takip seanslarının önemini ortaya koymaktadır. Özellikle çocukluk çağı travma öyküsü olan bireylerde ve düşük içgörü düzeyine sahip hastalarda nüks riskinin daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Sonuç olarak, somatik belirti bozukluğu olan bireylerde BDT'nin etkinliğini ortaya koyan birçok nitelikli araştırma bulunmakta; bu terapi yaklaşımı hem semptom düzeyinde hem de genel işlevsellik ve psikolojik iyilik hâli bakımından olumlu katkılar sunmaktadır. Ancak bireysel farklılıklar ve kültürel etmenlerin tedavi sürecindeki rolünün daha fazla araştırılması gerekmektedir. Klinik uygulamada, bireye özgü terapi protokollerinin geliştirilmesi, kültürel uyarlamaların yapılması ve uzun süreli takip çalışmalarının yaygınlaştırılması hem terapi etkinliğini artıracak hem de bu alandaki bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacaktır.

Kaynakça

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, G., Maes, M., & Berk, M. (2012). Inflammation-related disorders in the tryptophan catabolite pathway in depression and somatization. *Advances in Protein Chemistry and Structural Biology*, 88, 27–48. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398314-5.00002-7>
- Ball, H. A., Mckeon, A., & Shannon, C. (2011). Functional somatic syndromes and somatization. In *Functional somatic symptoms* (pp. 87–106). Oxford University Press.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). Cengage Learning. In *Abnormal psychology: An integrative approach*.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28–34. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(92\)72018-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(92)72018-0)
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., & Cleary, P. D. (2001). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 818–827.
- Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157(3), 404–409.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323–334.

Barsky, Arthur J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 291(12), 1464–1470. <https://doi.org/10.1001/jama.291.12.1464>

Barsky, Arthur J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903–910. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311–320.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press.

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. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2016.04.001>

Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793–812.

Canino, I. A., Rubio-Stipec, M., & Canino, G. (1992). Functional somatic symptoms: A cross-ethnic comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 605–612.

Çetin, F. (2018). Somatizasyon bozukluğunun epigenetik temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 167–179.

Çetin, M. (2018). Glukokortikoid reseptör geninde epigenetik değişikliklerin depresyon ve somatik belirti bozuklukları ile ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 28(2), 145–153.

Çetin, Ş., & Sözeri Varma, G. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 13(4), 790–804. <https://doi.org/10.18863/pgy.882929>

Çetin, Ş., & Varma, G. S. (2021). Somatik belirti bozukluğu: tarihsel süreç ve biyopsikososyal yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 790–804.

Çetinkaya, E., & Köse, S. (2021). *Psikoterapi kuramları ve uygulamaları*. Psikoloji Yayınları.

Çivici, İ. (2023). *Bilişsel Davranışçı Terapiye Dair Farklı Yaklaşımlardan Literatür İrdelemesi*.

Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., & Daly-Jones, O. (2004). The South London somatisation study: I. Longitudinal course and the influence of early life experiences. *British Journal of Psychiatry*, 185, 137–145.

Creed, F., Henningsen, P., & Fink, P. (2012). *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: Developing better clinical services*. Cambridge University Press.

Croicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. J. (2014). Approach to the patient with multiple somatic symptoms. In M. S. D. Feldman R (Ed.), *Behavioral medicine: A guide for clinical practice* (pp. 141–148). McGraw-Hill.

David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9.

Dimsdale, J. E., Sharma, N., & Sharpe, M. (2013). What's new in somatic symptom and related disorders? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135–145.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2019). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. In K. S. J. A. Dobson D (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp. 3–38). The Guilford Press.

Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books.

Escobar, J. L., Rubio-Stipccc, M., & Canino, G. (1989). Somatic SymptomIndex (SSI): A new and abridged somatization construct. *J NervMent Dis*, 177, 140–146.

Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 31–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.006>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Ford, C. V. (2000). Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(2), 141–149.

Freud, S. (2001). *Studies on hysteria* (J. Strachey, Trans.). In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. 2.

Frodl, T. (2016). The role of epigenetics in the etiology of somatoform disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 345–350.

Göçer, Ş., & Balbaloglu, Ö. (2021). FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİLERİNİN İNCELENMESİ. *Saglik Bilimleri Dergisi*, 30(2), 118–125. <https://doi.org/10.34108/eujhs.791999>

Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989–995.

Hawton, K. (2015). *Psychological treatment of somatoform disorders*. Oxford University Press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Hollifield, M. (2005). Somatization disorder. In H. H. Goldman (Ed.), *Review of general psychiatry* (pp. 282–287). McGraw-Hill.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Wolters Kluwer.

Kernberg, O. F. (1995). *Love relations: Normality and pathology*. Yale University Press.

Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647–655. <https://doi.org/10.1097/00005053-199111000-00001>

- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430.
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2012). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with somatoform disorders: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 74(1), 15–28.
- Kroenke, 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. <https://doi.org/10.1159/000012395>
- Kroenke, Kurt. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881–888. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4>
- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic symptom disorder. *American Family Physician*, 93(1), 49-54A.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-behavioral Therapy*. The Guilford Press.
- Lesley, A., Smith, B., & Jones, C. (2006). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in somatic symptom disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 345–357.
- Lieb, R., Zimmermann, P., & Schneider, S. (2000). Epidemiology of the somatoform syndromes and functional somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 194–204.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 810–827.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2021). A mentalization-based approach to somatization disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 35(1), 5–23.
- Martin, A., Becker, T., & Wild, B. (2021). Treating somatic symptom disorder and comorbid depression: Effectiveness of CBT in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1160–1167.

Mayou, R., Bass, C., & Sharpe, M. (1995). *Somatoform disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847–855.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.

Morabito, N., Cozzolino, M., Brunetti, A., & Piccinni, A. (2020). Understanding somatic symptom disorder: A biopsychosocial perspective. *Psychiatry Research*, 284.

North, C. S., & Yutzy, S. H. (2010). *Somatization disorder in a historical context* (M. B. First, Ed.). American Psychiatric Publishing.

Örüm, M. H. (2021). Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Tedavinin Bilişsel Hatalar Üzerine Etkisi. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, 4(1), 20–27.

Öter, M. N., & Karaaziz, M. (2024). *Somatoform Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Sistematik Derleme*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.11620591>

Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları (15. baskı)*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2021). *Ruh sağlığı ve hastalıkları (16. bs.)*. Nobel Tıp Kitabevleri.

Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., & Zirakzadeh. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 550–561.

Robins, L. N. (1991). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study*. Free Press.

Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (2001). Childhood trauma and somatic preoccupation in a sample of internal medicine patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 41–49.

Şar, V., & Öztürk, E. (2013). Somatoform bozukluklar: Klinik görünüm ve değerlendirme. In K. Önder (Ed.), *Psikiyatri temel kitap* (pp. 567–582). Nobel Tıp Kitabevleri.

Sharpe, M., & Carson, A. (2001). Unexplained” somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 926–930.

Smith, R. C., Dwamena, F. C., & Fortin, A. H. (2014). Somatization disorder in primary care. In L. S. Benjamin & J. C. Cummings (Eds.), *The primary care companion to the DSM-5* (pp. 45–60). American Psychiatric Publishing.

Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Coleman, R., Roberts, R., Warlow, C., Hibberd, C., Murray, G., Cull, R., Pelosi, A., Cavanagh, J., Matthews, K., Goldbeck, R., Smyth, R., Walker, J., Macmahon, A. D., & Sharpe, M. (2009). Symptoms “unexplained by organic disease” in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain: A Journal of Neurology*, 132(Pt 10), 2878–2888. <https://doi.org/10.1093/brain/awp220>

Taşdemir, H. (2024). Bilişsel davranışçı terapinin kuramsal temelleri. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 19(1), 45–58.

Taşdemir, K. (2024). *Bilişsel Davranışçı Terapi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını.*

Taşlı, B. A., & Hocaoglu, C. (2022). Sağlık sisteminde ihmal edilen bir konu’Bedensel Belirti Bozukluğu’. *Pamukkale Medical Journal*, 15, 846–852.

Taycan, O., Erdoğan-Tokmak, Ş., & Özdemir, A. (2014). Kadınlarda somatizasyon bozukluğu ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 122–129.

Türedi, S. (2022). Psikoterapi yaklaşımlarının tarihi gelişimi ve bilişsel devrim. *Türk Psikoloji Bülteni*, 28(4), 122–135.

Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S., Dupont, S., Finnis, S., Green, J., McLaren, E., Murphy, D., Reid, S., Smith, G., Wang, D., Warwick, H., Petkova, H., & Barrett, B. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9913), 219–225. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61905-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61905-4)

Ünal, S. (1999). Somatoform bozukluklar; nozoloji ve tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1, 1–6.

Ünal, S., & Coşar, B. (2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde somatoform bozuklukların yaygınlığı ve tanınma oranları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(2), 145–152.

van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD011142. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>

Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354(9182), 936–939. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08320-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08320-2)

Wileman, L., May, C., & Chew-Graham, C. A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice*, 19(2), 178–182. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.178>

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide*. American Psychiatric Publishing.