

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU RİSKİNİN
KLİNİK SAĞLIK PSİKOLOJİSİ
PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİNE
YÖNELİK BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI**

**Burak DURUK
2502130261**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK**

İSTANBUL – 2020

ÖZ

BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU RİSKİNİN KLİNİK SAĞLIK PSİKOLOJİSİ PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

BURAK DURUK

Bedensel Belirti Bozukluğu'nun (BBB) da içinde olduğu klinik somatizasyon durumlarına ilişkin bakış açısı son yıllarda önemli bir dönüşüm içerisinde. Bu dönüşüm sürecinde yaşanan köşe taşlarının başında da APA tarafından 2013 yılında yayımlanan DSM-5 ile alana kazandırılan yenilikler yer almaktadır. Bu yenilikçi bakış açısıyla DSM-5'in yayınlanmasından önceki yaklaşık 30 yıla hâkim olan Somatoform Bozukluk (SMB) ve Somatizasyon Bozukluğunun (SB) semptomların tıbben açıklanamamaları üzerinden yürüttüğü “*düalist*” ve “*etiyojik*” anlayıştan ve bu anlayışın hastaları değerlendirme yöntemlerinden vazgeçilmiş, onun yerine gerek klinik pratikte gerekse akademik anlamda bu vakaların görece daha “*biyopsikososyal*” bir anlayışla ele alınmasını sağlayacak BBB anlayışı getirilmiştir. Bu doğrultuda uluslararası literatürde dahi ortaya konulan klinik somatizasyon çalışmalarına bakıldığında bu çalışmaların DSM-5'in alana getirdiği yeni yaklaşıma ayak uyduramadığı ve söz konusu hastaların özellikle psikolojik boyutunu temsil eden BBB tanısının “bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışların” varlığını sorgulayan B kriterinin değerlendirilmesini ve ele alınmasını kolaylaştıracak ölçme araçları ve yöntemleri konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu bilgiler ışığında söz konusu çalışmada klinik somatizasyon alanının hali hazırdaki en önemli sorunlarının başında gelen BBB tanılı hastaların psikolojik açıdan tespit edilmesi problemine (Henningesen ve ark., 2007) katkı sunacak, Türk kültürüne özgü bir klinik somatizasyon ölçeği olarak “Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” (BBBDÖ) isimli bir ölçüm aracının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada BBBDÖ'nün yapı geçerliği kapsamında açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, ölçüt bağımlı geçerliği ve ayırt edici geçerliği; güvenilirliği

kapsamında ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile test-tekrar test güvenilirliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, ölçüt bağımlı geçerliği ve Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenilirliği beş farklı sağlık kuruluşunun yedi farklı birimine ayaktan başvuran 314 BBB hastasından elde edilen veriler üzerinden yürütülmüştür. Ek olarak BBBDÖ'nün ayırt edici geçerliği BBB grubundaki 40 BBB hastasıyla yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen 40 sağlıklı katılımcının oluşturduğu toplamda 80 kişilik, BBBDÖ'nün test-tekrar test güvenilirliği ise üniversite öğrencilerinden oluşan 73 kişilik örneklemeler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Her üç örnekleme katılımcılara da Bilgilendirilmiş Onam Formu, Psikososyodemografik Soru Formu, Genel Sağlık Tarama Formu, Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtileri Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Semptom Yorumlama Anketi, Whiteley İndeksi, Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu ve Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular BBBDÖ'nün DSM-5 BBB tanısının psikolojik özelliklerinin tanımlandığı B kriterinde olduğu gibi üç faktörlü bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile yürütülen Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonuçlarıyla da doğrulanan bu faktörlerin "Bilişsel Faktörler", "Duygusal Faktörler" ve Davranışsal Faktörler" olarak isimlendirilmesine karar verilmiştir. BBBDÖ'nün bağlantılı olarak görülen diğer ölçeklerle ilişkisi incelendiğinde yeterli ölçüt bağımlı geçerlik kriterlerini sağladığı görülmüştür. BBB'li ve sağlıklı katılımcıları ayırt edebildiği de gözlenen BBBDÖ'nün güvenilirlik çalışmasında ise faktörlerinin iç tutarlılık ve test-tekrar test katsayılarının sırasıyla "Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği" için .93 ve .83, "Duygusal Faktörler Alt Ölçeği" için .90 ve .77 ve "Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği" için .89 ve .76 olduğu ortaya konmuştur.

Sonuçlar BBBDÖ'nün BBB hastalarının psikolojik özelliklerinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek Türk kültürüne özgü geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğuna işaret etmektedir. Bu bağlamda ölçeğin BBB hastalarının klinik ve akademik anlamda tespit edilmesine katkı sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bedensel Belirti Bozukluğu, DSM-5, Geçerlik ve Güvenirlik, Klinik Somatizasyon, Somatizasyon Bozukluğu



ABSTRACT

A SCALE DEVELOPMENT STUDY ON THE INVESTIGATION OF THE RISK OF SOMATIC SYMPTOM DISORDER FROM A CLINICAL HEALTH PSYCHOLOGY PERSPECTIVE

BURAK DURUK

Perspectives on clinical somatization situations, including Somatic Symptom Disorder (SSD), have been in an important transformation in recent years. One of the cornerstones of this transformation process is the innovations brought to the field with the DSM-5 published by APA in 2013. With this innovative point of view, Somatoform Disorder (SMD) and Somatization Disorder (SD), which dominated nearly 30 years prior to the publication of DSM-5, are based on the medical inability to explain "*dualist*" and "*etiological*" understanding and methods of evaluating patients of this understanding have been abandoned, instead, SSD understanding has been introduced, which will ensure that these cases are handled with an understanding relatively more "*biopsychosocial*" in both clinical practice and academic sense. Accordingly, when we look at the clinical somatization studies presented even in the international literature, it is observed that these studies have not been able to keep up with the new approach introduced by the DSM-5, and the diagnosis of SSD, which especially represents the psychological dimension of the patients in question, has been inadequate in terms of measurement tools and methods to facilitate the evaluation process of B criterion questioning the existence of "excessive thoughts, feelings and behaviours related to the physical symptoms or accompanying health concerns." In the light of this information, it was aimed to develop a measurement tool named "Scale for Assessment of Somatic Symptom Disorder" (SASS), as a clinical somatization scale specific to Turkish culture that will contribute to the problem of psychologically identifying patients with SSD (Henningsen et al., 2007), which is one of the most important problems in the field of clinical somatization.

In this study, exploratory and confirmatory factor analyzes, criterion-dependent validity and discriminant validity within the scope of the construct validity

of SASS; Cronbach Alpha internal consistency coefficient and test-retest reliability were evaluated within the scope of reliability. Exploratory and confirmatory factor analyzes, criterion validity and Cronbach's alpha internal consistency reliability of the scale were conducted on the data obtained from 314 SSD patients who presented to seven different units of five different health institutions. Moreover, the discriminant validity of the SASS was performed on a total of 80 participants, who were matched with 40 SSD patients in the SSD group and 40 healthy participants in terms of age, education, and gender, and the test-retest reliability of the SASS was performed on a sample of 73 university students. Informed Consent Form, Psychosiodemographic Question Form, General Health Screening Form, Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms Scales, Somatosensory Amplification Scale, Symptom Interpretation Questionnaire, Whiteley Index, Scale for the Assessment of Illness Behaviour, Eysenck Personality Questionnaire-Revised Abbreviated Form and SASS were administered to all participants.

The data showed that the SASS has a three-factor structure, as in the B criterion in which the psychological characteristics of the DSM-5 SSD diagnosis are defined. These factors, which were confirmed by the results of the Confirmatory Factor Analysis (CFA) conducted with the Structural Equation Model (SEM), were decided to be named "Cognitive Factors," "Emotional Factors," and Behavioral Factors. When the relationship of the SASS with other scales seen in connection was analyzed, it was noticed that it met the criteria for sufficient criterion dependent validity. In the reliability study of the SASS, which was observed to be able to distinguish between SSD and healthy participants, the internal consistency of its factors and the test-retest coefficients were respectively revealed to be for the "Cognitive Factors Subscale" .93 and .83, for "Emotional Factors Subscale" .90 and .77, and for the "Behavioral Factors Subscale" .89 and .76.

The results indicate that the SASS is a valid and reliable scale specific to Turkish culture that can be used in the assessment of the psychological characteristics of SSD patients. Within this context, it is thought that the scale will contribute to the clinical and academic determination of SSD patients.

Key Words: Somatic Symptom Disorder, DSM-5, Validity and Reliability,
Clinical Somatization, Somatization Disorder



ÖNSÖZ

Lisans eğitimime adımımı attığım ilk yıldan itibaren benimle kurduğu insancıl, şefkatli, motive edici ve yol gösterici iletişimle Psikoloji yolundaki beceri ve potansiyellerimi keşfetmemi sağlayan, birlikte geride bıraktığımız 15 yılın gerek akademik gerekse insani açıdan önemli “anlarının” tamamında yanımda olduğunu hissettiğim, yuvam olarak gördüğüm İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nde ilk asistanı olarak birlikte çalışma fırsatını yakalamaktan son derece gurur duyduğum değerli akademisyen, güzel insan ve çok kıymetli hocam Doç. Dr. H. Özlem SERTEL BERK’e;

Yüksek lisans eğitim sürecimde İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda gerçekleştirdiğimiz klinik ve akademik eğitimlerle kendisinden çok şey öğrendiğim, doktora sürecinde yaptığımız her görüşmede de ortaya koyduğu yapıcı ve öğretici tavır ile farklı açıları görmemi sağlayarak bu tez çalışmasına önemli katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Güler BAHADIR’a;

Tez sürecindeki izleme görüşmelerinde sergilediği iyi niyetli, güven verici ve destekleyici yaklaşımıyla her zaman motive edici olan tez komite üyem Prof. Dr. Aylin REZVANİ’ye;

Tez savunma jürimde olmayı kabul eden Doç. Dr. Nuran AYDEMİR’e, Dr. Öğr. Üyesi Sena TOLU’ya, Prof. Dr. Sevim CESUR’a ve Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE’ye;

Veri toplama aşamasında bana desteklerini esirgemeyen başta Uzm. Dr. Mehmet Kürşat BİLGİN ve onun kıymetli eşi Uzm. Dr. Bilge BİLGİN olmak üzere Doç. Dr. Suat EKİNCİ, Dr. Emrah ERGİN, Uzm. Dt. Şükriye TÜRKOĞLU, Dt. Ümran ÇAĞILCI ERGÜN, Dt. Merve BEYCAN, Doç. Dr. Nilgün ÜSTÜN, Uzm. Fzt. Nurcan TUNÇ ve Fzt. Ganime SAĞIR’a;

Psikoloji lisans eğitimimin ilk gününden bu yana gerek akademik gerekse özel hayatımda karşılaştığım bütün zorluklarda yanımda olan, gelecekte de iyi-kötü her

anımda yanımda olacağını bildiğim ve her türlü sıkıntıyı kafa kafaya vererek
çözdüğümüz değerli yol arkadaşım, dostum Öğr. Gör. Cihan ASAROĞLU'na;

Lisans ve lisansüstü eğitimimin tamamında varlığıyla ve verdiği maddi
destekle gücünü her zaman arkamda hissettiren TÜBİTAK'a;

Çalışmanın tüm katılımcılarına;

Bana özgür düşünmeyi, hayatı sevmeyi ve bir ebeveyn olarak önce sevgi ile
yaklaşıp sonra başarı beklemeyi öğreten sevgili annem Sevim ÖZKUL'a ve hayatın
kurallarının değerini ve güven duygusunu öğreten babam Basri Ufuk DURUK'a;

Son olarak bu süreçte sevgisiyle, inancıyla ve emeğiyle sonsuz destekte
bulunan, en zor günlerimde dahi yüzümü güldürmeyi başaran ve daima “iyi ki varsın”
dediğim sevgilim, kıymetli eşim Kübra Hüsne DURUK'a; henüz iki aylıkken
başladığım doktora sürecimin tamamını onun hassas, derinden ve duygulu yanını
hissederek yaşamaktan dolayı son derece şanslı hissettiğim, ilk göz ağrım, cennetim
ve canım kızım Ela Zeynep DURUK'a ve doktora sürecimin sonlarında hayatıma
sürpriz yaparak girmesiyle paha biçilmez duyguları yaşamamı sağlayan, güneşim,
altınım, canım oğlum Murat Emre DURUK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Burak DURUK

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

ÖZ	ii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	viii
TABLolar LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xviii
KISALTMALAR LİSTESİ	xix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Bedensel Belirti Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi	6
1.1.1. Antik Çağlar	6
1.1.2. 17-19. Yüzyıllar	11
1.1.3. 19. Yüzyıl	18
1.1.4. 20. Yüzyılın İlk Yarısı	23
1.1.5. 20. Yüzyılın İkinci Yarısı	28
1.1.6. 21. Yüzyıl ve DSM-5’te Bedensel Belirti Bozukluğu	35
1.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Çalışmaları	41
1.2.1. Tanının Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar	41
1.2.1.1. Geçerliğe İlişkin Çalışmalar	41
1.2.1.2. Güvenirliğe İlişkin Çalışmalar	57
1.2.2. Tanısal Ölçüm Araçları ve Bu Araçların Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar	59
1.2.3. Somatizasyon ile Psikososyodemografik ve Klinik Faktörlerin İlişkilerine Dair Çalışmalar	65
1.2.4. Somatizasyon ve Kültür	69

1.2.5. Amaç ve Hipotezler	76
1.2.5.1.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Geçerliğine İlişkin Hipotezler	77
1.2.5.2.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güvenirliğine İlişkin Hipotezler	81

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar.....	82
2.1.1. Bedensel Belirti Bozukluğu (BBB) Grubu.....	82
2.1.2. Eşlenik Örneklem Grubu	87
2.1.3. Tekrar Test Grubu	87
2.2. Veri Toplama Araçları	87
2.2.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (BBBDÖ).....	88
2.2.1.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Kavramsal Temelleri	90
2.2.1.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Maddelerinin Geliştirilmesi Süreci.....	95
2.2.2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	97
2.2.3. Psikososyodemografik Bilgiler Soru Formu	97
2.2.4. Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF)	98
2.2.5. Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler Ölçeği (HSA-SADBÖ).....	98
2.2.6. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)	99
2.2.7. Semptom Yorumlama Anketi (SYA)	99
2.2.8. Whiteley İndeksi (WI-7).....	100
2.2.9. Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (HADDÖ)	100
2.2.10. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGKF).....	101

2.3. Uygulama.....	101
2.4. İstatistiksel Analiz.....	102

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları	104
3.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Geçerliğine İlişkin Bulgular	117
3.2.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular	117
3.2.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Faktör Yapısının Model Uyumuna İlişkin Bulgular	124
3.2.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Alt Ölçeklerinin Toplam Puanla ve Birbirleriyle İlişkisi	129
3.2.4. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ölçüt Bağımlı Geçerlik Analizleri	131
3.2.5. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ayırt Edici Geçerlik Analizi	137
3.2.6. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Psikososyodemografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi.....	139
3.2.6.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Yaş İle İlişkisi	139
3.2.6.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Cinsiyet İle İlişkisi.....	140
3.2.6.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Eğitim İle İlişkisi	141
3.2.6.4. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Medeni Durum İle İlişkisi	143
3.2.6.5. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Çalışma Durumu İle İlişkisi.....	144
3.2.6.6. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Kronik Hastalık, Psikopatoloji ve Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişi İle İlişkisi	145

3.2.6.7.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Psikolojik ve Fiziksel Sağlık İle İlişkisi	148
3.2.6.8.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Sağlık Sistemi Kullanımı İle İlişkisi.....	150
3.2.6.9.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güncel Hastalık ve Şikâyet Sayısı İle İlişkisi.....	151
3.2.6.10.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Nörotisizm İle İlişkisi	152
3.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güvenirliğine İlişkin Bulgular	154
3.3.1.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) İç Tutarlılık Güvenirliğine İlişkin Bulgular.....	154
3.3.2.Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Test-Tekrar Test Güvenirliğine İlişkin Bulgular	155

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Maddelerinin Geliştirilmesi Sürecinin Tartışılması	157
4.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Geçerliğinin Tartışılması.....	161
4.2.1. Yapı Geçerliğinin Tartışılması.....	161
4.2.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Faktör Yapısının Model Uyumunun Tartışılması	167
4.2.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Kültüre Özgü Oluşunun Tartışılması.....	171
4.2.4. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Alt Ölçeklerinin Toplam Puanla ve Birbiriyle İlişkisinin Tartışılması	177
4.2.5. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ölçüt Bağımlı Geçerliğinin Tartışılması	179
4.2.6. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ayırt Edici Geçerliğinin Tartışılması.....	190

4.2.7. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Psikososyodemografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması	193
4.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güvenirliğinin Tartışılması.....	206
4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları	207
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	211
KAYNAKÇA	219
EKLER.....	286
ÖZGEÇMİŞ.....	316

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSM-IV Somatizasyon Bozukluğu Tanı Kriterleri	33
Tablo 2. DSM-IV-TR SMB ve DSM-5 BBBİB Ana Tanı Grupları Karşılaştırması	39
Tablo 3. DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Tanı Kriterleri	40
Tablo 4. Somatizasyon Açısından DSM-5 İle ICD-11 Karşılaştırması	43
Tablo 5. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun En Sık Aldıkları Tanıların Başvurulan Branş ve Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımları	83
Tablo 6. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Demografik Değişkenlere Göre Sıklık Yüzde Dağılımları	86
Tablo 7. SSD-12'nin Maddelerinin Alt Boyutlarına Göre Dağılımı	93
Tablo 8. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Kronik Hastalık, Psikopatoloji ve Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişine Göre Sıklık Yüzde Dağılımları	105
Tablo 9. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Son Altı Aydaki Sağlık Sistemi Kullanımı ile Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Değişkenlerine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	107
Tablo 10. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Güncel Şikâyet Sayısı ile Son Bir Ay İçerisindeki Sağlık Sistemi Kullanımı, Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Değişkenlerine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	110
Tablo 11. BBB Grubunun Yaş Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları	111
Tablo 12. BBB Grubunun Psikososyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Sıklık Dağılımları	112
Tablo 13. BBB Grubunun Son Altı ve Bir Ay İçerisindeki Psikolojik Sağlığa Göre Sıklık Dağılımları	114

Tablo 14. BBB Grubunun Son Altı ve Son Bir Ay İçerisindeki Sağlık Sistemi Kullanımına ve Nörotisizm Puanlarına Göre Sıklık Dağılımları	116
Tablo 15. BBBDÖ'nün Maddelerinin Faktör Yüğü, Ortak Varyans ve Madde Toplam Puan Korelasyonu Değerleri	121
Tablo 16. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Katsayıları	123
Tablo 17. YEM Araştırmalarında Kullanılan Uyum İstatistiklerine İlişkin Bazı İyi ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri.....	124
Tablo 18. BBBDÖ'nün Düzeltme Öncesi ve Sonrası Uyum İyiliği İstatistikleri ...	128
Tablo 19. BBBDÖ Alt Ölçeklerinin Toplam Puanla ve Birbirleriyle İlişkisi	130
Tablo 20. BBBDÖ'nün Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının HSA'nın SBAÖ, ABAÖ, PBAÖ, DBAÖ ve BDAÖ İle İlişkisi	132
Tablo 21. BBBDÖ'nün Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının SYA'nın PAÖ, SAÖ, NAÖ, BSAÖ ve WI-7'nin BDUAÖ ve HKAÖ İle İlişkisi.....	134
Tablo 22. BBBDÖ'nün Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının HADDÖ'nün TDAÖ, TAÖ, ŞİAÖ ve TUAÖ İle İlişkisi	136
Tablo 23. BBB ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının BBBDÖ Açısından Karşılaştırılması	138
Tablo 24. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Yaş İle İlişkisi.....	140
Tablo 25. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	141
Tablo 26. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	142

Tablo 27. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	143
Tablo 28. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	144
Tablo 29. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Soygeçmişine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	145
Tablo 30. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Psikopatoloji Soygeçmişine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	146
Tablo 31. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	147
Tablo 32. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Son Bir Ay ve Altı Aydaki Psikolojik Sağlık İle İlişkisi.....	148
Tablo 33. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Son Bir Ay ve Altı Aydaki Fiziksel Sağlık İle İlişkisi.....	149
Tablo 34. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Son Bir Ay ve Altı Aydaki Sağlık Sistemi Kullanımı İle İlişkisi	150
Tablo 35. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Güncel Hastalık ve Şikâyet Sayısı İle İlişkisi	151
Tablo 36. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Nörotisizm ile İlişkisi	152
Tablo 37. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı Değeri ve Madde-Toplam Puan Korelasyonu Ranjı	155
Tablo 38. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Test-Tekrar Test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları.....	156

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. BBBDÖ'ye İlişkin Madde Geliştirme Süreci	89
Şekil 2. Altıncı Aşamadaki AFA'da Elde Edilen Öz Değerler ve Faktör Sayısını Gösteren Saçılım Grafiği	120
Şekil 3. Düzeltme Sonrası Faktör Yüklerini Gösteren Yol Grafiği	126
Şekil 4. Düzeltme Sonrası t Değerlerini Gösteren Yol Grafiği	127



KISALTMALAR LİSTESİ

AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BBB	: Bedensel Belirti Bozuklukları
BBBDÖ	: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
BBBDÖ-BFAÖ	: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği
BBBDÖ-DFAÖ	: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçeği
BBBDÖ-DVFAÖ	: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği
BBBDÖ-TOP	: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı
BBBİB	: Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar
BBÖ-8	: 8 Maddelik Bedensel Belirti Ölçeği
BDAÖ	: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
DFA	: Doğrulamalı Faktör Analizi
DSDERE	: Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Beşinci Baskısı

DSM-III	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Üçüncü Baskısı
DSM-III-R	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Dördüncü Baskısı
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı
EKA-GGKF	: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu
EKA-GGKF-NAÖ	: Eysenck Kişilik Envanteri-Gözden Geçirilmiş Kısa Form-Nörotisizm Alt Ölçeği
GSTF	: Genel Sağlık Tarama Formu
HADDÖ	: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği
HADDÖ-ŞİAÖ	: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği-Şikayetlerin İfadesi Alt Ölçeği
HADDÖ-TDAÖ	: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği-Tanının Doğrulanması Alt Ölçeği
HADDÖ-TUAÖ	: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği-Tedavi Uğraşı Alt Ölçeği
HBS	: Huzursuz Barsak Sendromu
HKB	: Hastalık Kaygısı Bozukluğu
HPDI	: Sağlık Meşguliyeti Tanı Görüşmesi
HSA	: Hasta Sağlık Anketi

HSA-12	: 12 Maddelik Hasta Sağlık Anketi Bedensel Belirti Ölçeği
HSA-ABAÖ	: Hasta Sağlık Anketi-Anksiyete Belirtileri Alt Ölçeği
HSA-DBAÖ	: Hasta Sağlık Anketi-Depresif Belirtileri Alt Ölçeği
HSA-PBAÖ	: Hasta Sağlık Anketi-Panik Belirtileri Alt Ölçeği
HSA-SADBÖ	: Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler Ölçeği
HSA-SBAÖ	: Hasta Sağlık Anketi-Somatik Belirtiler Alt Ölçeği
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10. Versiyon
ICD-11	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11. Versiyon
SB	: Somatizasyon Bozukluğu
SMB	: Somatoform Bozukluklar
SSD-12	: 12 Maddelik Bedensel Belirti Bozukluğu B Kriteri Ölçeği
SSEQ	: Bedensel Belirti Deneyimleri Ölçeği
SYA	: Semptom Yorumlama Anketi
SYA-BSAÖ	: Semptom Yorumlama Anketi-Belirti Sayısı Alt Ölçeği
SYA-NAÖ	: Semptom Yorumlama Anketi-Normalize Alt Ölçeği
SYA-PAÖ	: Semptom Yorumlama Anketi-Psikolojize Alt Ölçeği
SYA-SAÖ	: Semptom Yorumlama Anketi-Somatize Alt Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WI-7	: Whiteley İndeksi

WI-7-BDUAÖ	: Whiteley İndeksi-Bedensel Düşünce Uğraşı Alt Ölçeği
WI-7-HKAÖ	: Whiteley İndeksi-Hastalık Kaygısı Alt Ölçeği
WI-7-TOP	: Whiteley İndeksi Toplam Puanı
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi



GİRİŞ

Eldeki tıbbi kanıtların açıklamaya yetmediği bedensel belirtilere sağlık sisteminde sıklıkla rastlanmaktadır. Öyle ki birinci basamak sağlık sistemine başvuranların ortalama üçte birlik kısmında herhangi bir organik patoloji tespit edilememekte yaklaşık yarısında ise eldeki organik patoloji klinik tabloyu açıklamakta yetersiz kalmaktadır (Kroenke, 2003; Nimnuan ve ark., 2001). Bu türden durumlarda hastalar hafif ve/veya geçici ya da şiddetli ve/veya inatçı belirtilerden şikâyet ederek belirtilerin seyri açısından birbirinden farklılaşmakta; ancak gerek ortaya koydukları semptom türleri gerekse standart tıbbi tedavilere zor/gecikmiş yanıt verme ve sağlık sistemini aşırı/uygunsuz kullanma gibi özellikler açısından birbirleri ile oldukça benzeşmektedirler (Robbins ve ark., 1997). Esasen tıp sistemi aşırı sağlık kaygılarının eşlik ettiği ve tıbbın açıklamakta zorlandığı belirtilere oldukça uzun zamandır aşınadır. Nitekim Antik Mısır’da yoğun huzursuzluk duygusu ile katı ve inatçı ağrıların sebebinin bedende gezen rahim (uterus) olduğuna inanılmış ve Antik Yunan’da benzer durumlar için “Histeri” kelimesi kullanılarak bu türden bedensel belirtilere ilişkin ilk açıklama ve tanımlama çabaları ortaya konmuştur (Allen ve Woolfolk, 2013). Erken dönem açıklama ve tanımlama çabalarının hükmünün sürdüğü uzun yılların ardından söz konusu belirtilere yönelik daha sistemli bir tanımlama yapılabilmesi 1859 yılında Fransız psikiyatrist Paul Briquet’in klinik somatizasyon durumlarında görülebilecek semptomları sıralaması ile olmuştur. Daha sonraları “Briquet Sendromu” olarak tanımlanacak bu tanı için doktorların hem fiziksel muayene hem de laboratuvar çalışmalarıyla “nedensiz” olduğunu ispat etmesi gereken 25 semptom (olası 60 semptomdan 25’i) gerekmektedir (Akt. Woolfolk ve Allen, 2007). Paul Briquet tarafından ortaya konan bu çerçevede tıbbın açıklamakta zorlandığı bedensel belirtilerin APA (American Psychiatric Association) tarafından 1980 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Üçüncü Baskısı (DSM-III) ile ilk kez psikiyatrik tanılamaya dahil edilmesinin temelini atmıştır. Bu türden klinik görüngüleri kapsaması amacıyla DSM-III’te kendine yer bulan Somatoform Bozukluklar (SMB) ana tanı grubundaki Somatizasyon Bozukluğu (SB) tanısı 37 somatoform semptomun erkeklerde 12’sinin kadınlarda ise 14’ünün görülüyor ve söz konusu semptomların tıbben açıklanamıyor olması durumlarının karşılanmasını

gerektirmektedir. SB açısından majör bir değişikliğin sunulmadığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskısı'nın (DSM-III-R) ardından 1994 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Dördüncü Baskısı'nda (DSM-IV) SB'de "tıbben açıklanamayan semptom" anlayışının sürdüğü; ancak ilgili tanıda yer alan semptomların tarif edildiği B tanı kriterinin dört ağrı, iki gastrointestinal, bir cinsel ve bir psödonörolojik semptomun mevcudiyeti ile güncellendiği görülmektedir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı'na (DSM-IV-TR) da aynı şekilde yansıyan bu kriterlerin temel noktaları aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

1. Zihin ve beden birbirinden bağımsız olarak işlediğinden herhangi bir semptomun salt psikolojik ya da salt fizyolojik mekanizmalarla açıklanmasında herhangi bir sorun yoktur.
2. Hastalıklara yönelik fizyolojik açıklama ve tedaviler psikolojik olanlara kıyasla daha doğru ve geçerli olmalıdır (Kirmayer ve Taillefer, 1997; akt. Duruk ve Sertel-Berk, 2019).

Bu doğrultuda klinik görüngülerin ele alınmasına ilişkin temel bakış açısının zihin-beden düalizmi olmasının psikoloji ve psikiyatrinin tıbbın dışında kalmasına neden olduğu ve bu nedenle de multidisipliner bir bakış açısıyla yaklaşılması gereken somatizasyonun gerek akademik gerekse klinik olarak çalışılmasının zorlaştığı ifade edilmelidir (Bunge, 2010). Nitekim bu anlayış doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmalarda klinik somatizasyon örneklerinin, doktorlar tarafından yürütülen fiziksel muayene ve tam teşekküllü bir tıbbi inceleme sonucunda saptanabilir organik bir patolojinin olmaması koşuluyla oluşturulması yegâne yöntem olarak dikkati çekmektedir (Bkz. Güleç ve ark., 2007; Sayar ve ark., 2004).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Beşinci Baskısı'nın (DSM-5) klinik somatizasyon durumlarına ilişkin ortaya koyduğu pek çok önemli revizyon son yıllarda sorgulanmaya başlanan klasik somatizasyon anlayışının ve onun örnekleme yönteminin geçerliliğine ilişkin kaygıların daha net argümanlarla

tartışılmasını sağlamıştır (APA, 2013; Wollburg ve ark., 2013). Bu revizyonların temel itibariyle; tanı kriterlerindeki terminolojik muğlaklığı, bozukluklar arası zayıf ayırt ediciliği ve vakanın “hastalık yaşantısından” ziyade semptomların “tıbben açıklanabilir/açıklanamaz” oluşuna odaklanma problemlerini ortadan kaldırmaya odaklandığından bahsedilebilir (Dimsdale ve ark., 2013). Bu bağlamda söz konusu klinik görüngüler için kullanılan SMB’nin “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” (BBBİB) ve SB’nin “Bedensel Belirti Bozuklukları” (BBB) olarak revize edildiği ve BBB tanısı A kriteri bedensel semptomların etiyolojisine ilişkin tıbben açıklanabilirliği/açıklanamazlığı bertaraf edecek bir formda “sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti” (Köroğlu, 2013) şeklinde tanımlanmıştır. Dolayısıyla APA’nın BBB kriterlerini açıklarken tıbben açıklanabilirliğe/açıklanamazlığa vurgu yapan düalistik yaklaşım yerine hastaların semptomlarına ilişkin düşünsel, duygusal ve davranışsal yaşantılarını merkeze koyan bir anlayışı tercih etmesi ifade edilmek istenilenin klasik somatizasyonun ötesinde olduğunu düşündürmektedir (Guidi ve ark., 2013). Sözelimi, klasik ifade edişle SB gibi net psikolojik semptom ve mekanizmalarla tanımlanan psikiyatrik bozukluklar ve fibromiyalji sendromu gibi semptomlarına ilişkin ortaya konan tıbbi açıklamalara rağmen bu açıklamaların tablonun tamamını açıklayamadığı ve etiyolojisi ile prognozunda psikolojik faktörlerin önemli rollerinin olduğu Psikosomatik Hastalıklarla (Van Houdenhove, 2003) birlikte koroner kalp hastalığı gibi semptomlarının tıbbi açıklaması çok daha net olan bir hastalığın semptomlarına yönelik olarak gelişen aşırı düzeydeki duygu, düşünce ve davranış paternleri de BBB tanısı altında değerlendirilebilmektedir (Köroğlu, 2013; akt. Duruk ve Sertel-Berk, 2019). Dolayısıyla klinik somatizasyona bu anlayışla yaklaşmanın elde edilen tıbbi kanıtlarla tümüyle açıklanamamasına rağmen duygu, düşünce ve davranışta aşırılığın görülmediği sözelimi her fibromiyalji sendromunun da BBB olarak ele alınamayacağına kabulünü yanında getirdiği vurgulanmalıdır (Wolfe ve ark., 2014).

Öte yandan BBB tanısı alabilecek hasta gruplarının paylaştığı önemli özelliklerden bir diğeri de yardım arama tarzlarındaki benzerlikle kendini göstermektedir. İlk etapta psikiyatri kliniklerinden ziyade birinci basamakta hizmet

veren kliniklere başvuru şeklinde seyreden bu yardım arayışının hastalık yaşantısına etkisini belirleyen önemli faktörlerden biri de hasta-doktor iletişimidir (Mayou ve ark., 2005). Hasta ve doktorun kişilik özellikleri, hastada klinik somatizasyonun yanında diğer psikopatolojik bozukluğun ya da tıbbi hastalığın varlığı ve tedavi ortamı gibi özelliklerden de etkilenen hasta-doktor iletişimi hasta ile doktorun hastalığın kaynağına ve seyrine ilişkin bakış açısı farklılıklarından da oldukça etkilenmektedir (Lee ve ark., 2015). Her ne kadar zihin-beden düalizmini ortadan kaldırmak adına DSM-5 ile söz konusu vaka gruplarına yönelik revizyonlar yapılmış olsa da toplumsal düzeyde bu türden köklü değişimlerin gerçekleşmesi için uzun yıllara ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde bu durumun gerek hastaların “hastalıklarını” gerekse doktorların “hastalarını” ele alışına henüz yansımaması beklendik bir sonuçtur. Süregiden “fiziksel belirtinin fiziksel bir sebebi olmalı” yönündeki bakış açısının klinik pratikte en sık görülen sonuçları doktorların ya bu hastalar için çok sayıda ve gereksiz tetkik istemesi ya da çözümsüz geçen bir sürenin ardından hastayı belirtilerinin “hayali” olduğuna yönelik örtük bir mesajla psikiyatriste yönlendirmesi şeklinde kendini göstermektedir (Ünal, 2002; akt. Duruk, 2013). Diğer taraftan belirtilerinin fizyolojik olduğuna yönelik yüksek düzey inançlarından dolayı hastalar da problemin belirtilerine “fizyolojik” bir açıklama getirmekte zorlanan doktor kaynaklı olduğunu düşünürler ve kendilerine ihtiyaç duydukları “tıbbi” açıklamayı sunabilecek farklı bir doktor aramaya koyulurlar (Mayou ve Farmer, 2002; akt. Duruk, 2013). Bu bağlamda klinik somatizasyona ilişkin tıp pratiğinin belirtileri için tıbbi çözümler arayan vakalar ile onları bir an önce psikiyatri servisine yönlendirme arzusunda olan doktorlar arasında sıkıştığı söylenebilir (Duruk ve Sertel-Berk, 2019). Bu durum ise ilgili vaka gruplarıyla yürütülen çalışmalarda hasta-doktor iletişiminin söz konusu boyutunu da işin içine katmanın önemini ortaya koymaktadır.

Özetle, klinik somatizasyona ilişkin güncel gelişmeler Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar (BBBİB) ana tanı grubunda yer alan BBB vakalarının uzman doktorların ne sadece “tıbbi” hastalıklarda fiziksel muayene ya da tıbbi araştırmaları sonucunda elde ettikleri “tıbben açıklanabilir” ne de sadece klasik tanımlamayla SB ile birlikte çeşitli Psikosomatik Hastalıklarda elde edebildikleri “tıbben açıklanamayan” bulgularla ele alınabileceğini göstermektedir. Bu durum ise

daha önce ifade edildiği üzere klasik somatizasyon anlayışına ait örnekleme yöntemlerini geçersiz kılmakta ve bu vakaların nasıl ele alınabileceğine ilişkin önemli bir problemin doğmasına neden olmaktadır (Toussaint ve ark., 2016). Nitekim uluslararası literatürde dahi ortaya konulan klinik somatizasyon çalışmalarına bakıldığında bu çalışmaların DSM-5'in alana getirdiği yeni yaklaşıma ayak uyduramadığı ve söz konusu vakaların özellikle psikolojik boyutunu temsil eden BBB tanısının B kriterinin değerlendirilmesini ve ele alınmasını kolaylaştıracak ölçme araçları ve yöntemleri konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Buna paralel Türkiye'de de DSM-5 BBB tanısının B kriterinin ele alınmasını kolaylaştıracak herhangi bir ölçüm aracına rastlanmadığı vurgulanmalıdır. Bu bilgiler ışığında söz konusu çalışmada klinik somatizasyon alanının hali hazırdaki en önemli sorunlarının başında gelen BBB tanıli vakaların özellikle psikolojik açıdan tespit edilmesine (Henningsen ve ark., 2007) katkı sunacak, Türk kültürüne uygun bir klinik somatizasyon ölçeği olarak “Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” (BBBDÖ) isimli bir ölçüm aracının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

Yeni somatizasyon anlayışının doğuşu her ne kadar son 15-20 yıldaki çalışmaların ürünü olarak görünse de bu klinik görüngünün doğru bir şekilde ele alınabilmesi tarihsel gelişimi içerisinde hangi bakış açıları ve önermelerden geçerek bugünkü halini aldığına anlaşılmaması gerektirir. Bu bölümde, BBB'nin iki önemli köküne işaret eden somatizasyon ve psikosomatik anlayışının tarihsel yolculuğunun M.Ö. hüküm sürmüş Antik Mısır, Yunan ve Roma dönemlerinden günümüze değin yüzyıllar boyunca uğradığı değişimlerle nasıl şekil aldığı aktarılacaktır. Ardından var olan problemler ve revizyonlar ışığında BBB'nin DSM-5'te kendine yer bulmuş güncel haline ilişkin literatürdeki bulgular ve alandaki önemli görüşler ilgili klinik görüngüye ilişkin eleştiriler ve gelecek bağlamında tartışılacaktır.

1.1. Bedensel Belirti Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

1.1.1. Antik Çağlar

BBB'nin önemli kökleri olarak somatizasyon ve psikosomatik anlayışlarının özünün önceleri “ruh” daha sonraları ise “zihin” olarak tanımlanan “psişe” ile “beden” olarak tanımlanan “soma” kavramlarının birleşimini ve etkileşimini yansıtmaları ilgili klinik görüngünün insanlığın kendiliğiyle ve dünyayla iletişimini şekillendiren antik uygarlıklar boyunca nasıl şekillendiğini de anlamamızı gerekli kılar. Bu bölümde ruh ve beden etkileşimi M.Ö. çağlardaki sırasıyla Antik Mısır, Yunan ve Roma kaynaklarında geçen histeri, disosiyasyon, psişe ve soma kavramsallaştırmaları üzerinden aktarılacaktır.

İnsanlık tarihinin yazılı kayıtları dikkate alındığında ruh ve beden etkileşimine dair en eski tanımlamalara ilişkin bilgilerimizin Antik Mısır'ın en önemli eserlerinden biri olarak kabul edilen “Kahun papirusuna” dayandığı söylenebilir. Yaklaşık 4000 yıl önce kaleme alınan eserde histeri “uterus (rahim) hastalıkları” başlığı altında “çoklu fiziksel ve davranışsal fonksiyon bozukluğu” olarak ifade edilmektedir (North ve

Yutzy, 2010). Buna ek olarak ilgili el yazması eserde bugünkü anlayışımıza göre histeri olarak tanımlayabileceğimiz kadın vakalara ilişkin şu açıklamalar mevcuttur (Okasha, 1999): (a) “uyumayı seven bir kadın, ayağa kalkmaz ve sallanmaz”; (b) “o boynundaki ağrı ile görüntüde hasta”, (c) “dişleri ve çenesi ağrılı, ağzını nasıl açacağını bilmiyor”, (d) “göz çukurlarındaki ağrı ile tüm uzuvlarında ağrı çekiyor.” Kahun papirusunda tanımlanan bu ve benzeri hastalıkların o dönem itibariyle uterusun “açlığı” sebebiyle bedendeki yer değiştirmesi sonucunda ortaya çıktığına inanılmaktaydı. Dolayısıyla bu durumun ortadan kaldırılması adına da genital organın değerli ve güzel kokulu özlerle tütsülenmesi yoluyla uterusun cezbedilerek aşağı çekilmeye çalışılması bunun sonucunda da bedende gezmesinin engellenmesi sık uygulanan bir yöntemdi (Okasha, 1999).

Antik Mısır’ın ardından ruh/zihin ve bedenin birbirine etkilerine yönelik milattan önceki bilgilerimizin önemli bir başka bölümü de Antik Yunan felsefesinden gelmektedir. Aslına bakılırsa bu dönemdeki histeri bilgilerinin genel itibariyle Antik Mısır’da tanımlanan “soma’da (bedende) gezen uterus” anlayışından farklı olmadığı; ancak psişe ve soma gibi kavramsallaştırmaların detaylandırıldığı dikkati çekmektedir (Isaac ve Chand, 2006). Buna göre insan ve hayvanlarda bulunan, genellikle “ruh” kelimesi yerine kullanılan ve kalpte yer aldığı düşünülen “psişe” duygu ve duyuların algılanmasından sorumlu iken yine kökü bu döneme dayanan bir başka kelime olarak “soma” ise “beden” anlamına gelmektedir (Jacob ve ark., 2015). Kavramsallaştırma manasında Antik Yunan döneminde ortaya çıkması itibariyle dikkat çekici olan yeniliklerden bir diğeri de o dönemde “akıl” ve “us” anlamında kullanılan “zihin” (mind) kelimesidir. Her ne kadar “insan aklına” dair bir kavram bulma gayreti ruh/zihin ve beden bağlantısı açısından oldukça önemli olsa da bu dönemde kullanılan “akıl” (mind) kelimesinin “ruh” ve “tanrısallık” bağlamından uzaklaşmasının hızlıca gerçekleştiğini söylemek mümkün değildir. Bu denli büyük gelişmelere sahne olan bu dönemin azımsanmayacak bir zaman dilimi boyunca epilepsi gibi bazı hastalıkların kaynağının şeytani olduğu düşünülüyor ve tedavisinde de sıklıkla büyüsel öğeler kullanılıyordu (Jacob ve ark., 2015).

Bu noktada ortaya koyduğu “tıbbi” müdahale ve girişim yöntemleriyle hastalıklardaki büyüsel, şeytani ve tanrısal öğelerin tamamını reddederek zamanla önemli bir eşiğin aşılmasını sağlayan yegâne kişi olarak Hipokrat bu devrin dönüşümünde oldukça önemli bir görev üstlenmiştir (Alexander ve Selesnick, 1966). Tıp sistemini dogmalardan kurtararak akıl, gözlem ve deneyim üzerine oturtan kişi olarak Hipokrat, kendinden önce de ileri sürülen ve hastalıkların bedendeki kan, sümük, sarı safra ve kara safra olarak ifade edilen dört sıvıdaki dengesizlikten kaynaklandığı fikrini kabul etmiştir (King, 2002). Hipokrat hastalıklara ilişkin kendinden önceki bazı fikirleri kabul etmesine rağmen iyileşme sürecine dair organizmanın hastalıklara bölgesel değil bedenin bütününe içine alan bir reaksiyonla cevap verdiği ve hastalığın gelişimi ve gidişatının (prognozunun) önemli olduğu yönündeki fikirleriyle seleflerinden daha çağdaş bir noktaya ulaşmayı başarmıştır (Uğurlu, 1997). Ek olarak Hipokratik hekimliğin hastalığın ne olduğundan çok hastanın kim olduğuna vurgu yapan görüşleri de dönemi itibarıyla psişe ile somanın etkileşimine dair oldukça değerli öngörüler olarak dikkati çekmektedir. Hipokrat’a göre bireylerin yaşam biçimleri, uyku düzenleri, rüyaları, mizaç özellikleri, beslenme şekilleri vb. özellikler hastalıkların gidişatının öngörülmesinde kullanılabilecek değerli araçlardır (Ersoy, 1999; Uğurlu, 1997). Psikolojik tedavi ile de ilgilenen Hipokrat, ruh ve beden sağlığının birbirine bağlı olduğunu bu sebeple birlikte tedavi edilmesi gerektiğini ve bunlardan sadece birine odaklanan hekimin bireyi iyileştirmesinin mümkün olmayacağını öne sürmektedir (Durmaz, 2010).

Öte yandan Antik Yunan döneminde başlamasına rağmen Antik Roma’da da kendine güçlü bir yer edinmiş bir başka akım olarak Stoacılık öne sürdüğü kavramsallaştırma ve açıklamalarıyla insan ruhu, duyguları ve bedeni arasındaki etkileşime dair öne sürdükleriyle bahsedilmeye değerdir. Bu felsefe okuluna göre insan yaşamının amacı içinde bulunduğu doğaya ve akla uygun yaşaması ile tamamlanmaktadır. Ancak bunun mümkün olması insanın ruhunu aşırı duygulanımın (arzunun) yıkıcı ve bozucu etkilerinden kendini arındırmasına bağlıdır. Bu bağlamda aşırı arzular insanın doğasına uygun davranmasının önüne geçerek iç huzurun ve mutluluğun kaybolmasına neden olan “ruhun hastalıklarıdır” ve hastalıkların önlenmesi için kontrol altında tutulmalıdır (Yazıcı ve Yazıcı, 2018). Stoacıların

psikosomatik belirti ve hastalıklar konusundaki önemli katkılarından bir tanesi de ruh anlayışlarından ileri gelmektedir. Maddeci doğaları sebebiyle Stoacılar bugünkü anlamlarımıza yakın bir şekilde ruhu beden ile birlikte bir bütün olarak görmüşlerdir (Yazıcı ve Yazıcı, 2018). Bu türden bir bakış açısına sahip olmaları da ruhun ürünü olarak gördükleri duyguların beden üzerindeki etkilerine yönelmelerini sağlamıştır.

Ekolün kurucusu olarak kabul edilen Zenon aklın ve duyguların kaynağının kalp olduğunu belirtmiştir (Yazıcı ve Yazıcı, 2018). Yine Stoacılığın önemli isimleri arasında yer alan Khrysippos özellikle kızgınlık anında duygulara eşlik eden vücut sıcaklığının ve kalp atım hızının artması gibi fiziksel belirtilerden bahsederek bedenin bütünlüğü anlayışını desteklemiş dolayısıyla psikosomatik belirtiler açısından önemli bir noktaya temas etmiştir (De Lacy, 2005). Öte yandan Khrysippos aşırı duyguların insan hayatında yaratabileceği psikolojik, fiziksel, ahlaki ve sosyal problemlerin hangi yollarla önlenebileceğine yönelik kapsamlı açıklamalar konusunda da oldukça önemli katkılarda bulunmuştur. Duyguların tedavisine yönelik ilk teorik çalışmaların sahibi olarak Khrysippos aşırı duyguların yaşandıkları anda tedavi edilemeyeceğini ve tedavi noktasında yapılabilecek tek hamlenin bu duyguların yaşanmasından önce kişiyi aşırılığa sevk eden yanlış yargılarına ilişkin farkındalık geliştirmesi olduğunu belirtmiştir (Yazıcı ve Yazıcı, 2018). Bu bağlamda Khrysippos'un yüzyıllar önce günümüz üçüncü kuşak Bilişsel-Davranışçı Terapi alanının temel önermelerinden biri olan "farkındalık" anlayışından (Vatan, 2016) bahsediyor olmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu noktada Khrysippos'tan yıllar sonra yaşayarak aynı ekolün temel üyelerinden biri olmayı başarmış Epiktetos bahsedilmeye değer bir başka filozof olarak dikkati çekmektedir. Bireyin özgür iradesi yoluyla bağımsızlığının önemine vurgu yapan Epiktetos, insanları hastalığa ya da mutsuzluğa iten şeyin iç ve dış dünyadaki nesne ya da kurallar değil onları algılayış ve yorumlayış tarzlarının olduğunu öne sürmektedir (Dobson, 2010). Epiktetos'un bu görüşleri düşüncelerin duygulara sebep olduğu ve psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde yegâne müdahale edilebilir alanın düşünceler olduğu yönündeki temel önermesi, Bilişsel Psikoterapinin kurucularından biri olarak görülen Albert Ellis'e ilham olmuştur (Ellis, 1997). Bu anlamda kaynaklarına ve ortaya çıkışlarına ilişkin bilgileri bugünkü anlayışımızdan hayli uzak olsa da duygu ve düşüncelerin insan davranışı ve bedeni üzerindeki etkisini

açıklayan ilk teorik yaklaşımların sahipleri olarak Khryssippos ve Epiktetos'un çağdaş psikolojinin “Bilişsel-Davranışçı”, “Bilişsel” ve “Psikosomatik” kuramlarının kökenlerine büyük katkılar sundukları söylenebilir (Stephens, 2014; Türkçapar ve Sargın, 2012).

Stoacılık okulunun psikosomatik alanına sunduğu öncü fikirlerin daha doğru anlaşılması noktasında özellikle anatomi, psikoloji ve eczacılık alanlarına yaptığı katkılarla pek çok açıdan bu ekolün önermelerini bir adım daha ileri taşıyan Bergamalı Galen'in fikirleri önemlidir. Galen Stoacılık'tan da etkilenerek sıcaklık ve soğukluk gibi bedensel özelliklerin zekâ ve mizacı şekillendirdiğini kabul etmektedir (Durmaz, 2010). Ancak tıbbın felsefe, mantık ve deney yöntemleriyle içi içe olması gerektiğini önererek “bütün hekimler filozof, bütün filozoflar da hekim olmalıdır” anlayışıyla insan doğasını anlayabilmenin ruhunu anlamaktan geçtiğine dair daha “bütüncül” bir anlayış ortaya koymuştur (Kâhya, 2013). Beyni duyguların, mantığın ve ruhun merkezi olarak gören Galen ruh ile bedenin karşılıklı etkileşimi sonucu oluşan sıcak kanlı, uyuşuk, melankolik ve çabuk tepki veren olarak belirttiği dört mizaç türü olduğunu öne sürmektedir (Sivik ve Schoenfeld, 2006). Bunlarla birlikte Galen'in psikosomatik literatürü açısından önemli olan “hipokondriyak melankoli” ve “histeri” gibi kavramlara ilişkin o zamana kadarki en kapsamlı açıklamaları yapması da oldukça değerli bir başka noktadır (Namal, 2013). Bugünkü bilgilerimizle uyumlu olacak şekilde melankolik kadınların meme kanserine yakalanma risklerinin mutlu kadınlara göre daha fazla olduğuna ilişkin görüşleri çağının ne denli ilerisinde olduğunu gösterir niteliktedir (Özkan, 1993). Öte yandan histerik belirtilerin kaynağına ilişkin Antik Mısır döneminden bu yana süre gelen “bedende gezen uterus” anlayışını yıkan ilk hekim de Galen'dir. O dönem itibarıyla histeriye ilişkin kadınlık ve uterus kavramlarıyla yürütülen açıklamalar Galen'in histerinin sebebinin çeşitli psikolojik/ruhsal durumlar olduğu yönündeki görüşleriyle başka bir noktaya gelmiştir (Durmaz, 2010).

Özetle; Antik Çağlar yaklaşık 2000 yıllık mazisi ile pek çok açıdan psikosomatik ve somatizasyon anlayışının bugün geldiği noktaya dair değerli katkılara sahip görünmektedir. Antik Çağlar'da ilgili alanlarda öne sürülen tartışmalar her bir

hekim ya da filozofun selefinin düşüncelerini bir adım daha ileriye götürmesini sağlamıştır (Korkman, 2016). Bu anlamda zincirin son halkası olarak görülebilecek Bergamalı Galen'in görüşlerinden yola çıkan bütüncül tıp sisteminin etkinliğini 1400 yıl boyunca sürdürmesi önemlidir (Özmkas, 1993). Galen'in fikirleri çağının çok ilerisinde olmasına rağmen onun gözlemlerinin bilimin yeniden doğuşu olarak tanımlanabilecek Rönesans dönemine kadar geçerliliğini korumasının tarihin 4-15. yüzyılları boyunca devam eden Orta Çağ'ın "karanlık" yüzüne maruz kalmasıyla da ilgili olduğu düşünülmektedir (Nutton, 1983).

1.1.2. 17-19. Yüzyıllar

Bilimin batıda Avrupa'da kilisenin baskısı altında olduğu Orta Çağ boyunca girdiği duraksama evresinin ardından Aydınlanma Çağı ile yeni bir anlayış geliştirmesi süreci 15. yüzyıldaki "Rönesans Hareketine", 16. yüzyıldaki "Reform Anlayışına", 17. Yüzyıldaki Rene Descartes'ın "Düalistik Felsefesine" ve Newton'un "Bilimsel Devrimine" dayanmaktadır (Aslan Yaşar, 2011). Aydınlanma Çağını hazırlayan yüzyıllara ve bu yüzyıllara yön veren fikirlerin sahiplerine psikosomatik yaklaşımı açısından bakıldığında diğer katkılarının yanında Descartes'ın hem bilginin kaynağına hem de elde edilme yöntemine Newton'un ise özellikle bilginin elde edilme yöntemine ilişkin katkılarının önemli olduğu söylenebilir (Aslan Yaşar, 2011). Birbirlerini tamamlayan nitelikte olan bu görüşler çağdaşlarını ve kendilerinden sonra gelenleri derinden etkileyerek günümüz bilim ve tıp dünyasında halen hâkim olan "pozitivizm" akımının doğmasının temellerini oluşturmuştur (Aslan Yaşar, 2011). Bu anlamda bu bölümde öncelikle Rene Descartes'ın insan zihni ile bedenine ve dolayısıyla psikosomatik alanına etkilerini ve ardından da onun fikirlerini destekleyen ve desteklemeyen kuramcılarının görüşleri mantıksal bir sırayla aktarılacaktır.

Aslına bakılırsa özellikle Galen'in bütüncül tıp sisteminin de etkisiyle Descartes'tan önce insanlar zihnin ya da ruhun bedensel hastalıkların ortaya çıkışında, gidişatında ve tedavisindeki etkilerine dair herhangi bir şüpheye sahip değillerdi (Brown, 2018). Bu durum Descartes'tan sonra 17. yüzyılın sonları ile 18. yüzyılın tamamındaki hangi gelişmelerle insanların bu bakış açılarından vazgeçtikleri sorusunu akla getirmektedir. Zihni bedenden ayıran Descartes'ın görüşleri bütüncül anlayıştaki

bir devir yerine radikal ve düalistik bir devrin başlamasına nasıl neden olmuştu? Gerçekten Descartes bu radikal dönüşümü mü kastetmişti? Bu soruların cevapları için Descartes ve sonrasındaki tıbbi çalışmaların psikosomatik bağlantılar açısından incelenmesi gereklidir.

17. yüzyılda teolojik bakış açısının önemini yitirmesinin ardından Antik Yunan döneminde ön planda olan ruh kavramının yerini zihin ve biliş gibi kavramlar almaya başlamıştır. Bu dönemde zihin üzerine ileri sürdüğü kapsamlı açıklama çabalarıyla modern bilimin dönüşümünde en önemli pay sahibi ise Descartes olmuştur (Pakyürek, 2013). Diğer bilimlere tesirlerinin yanında modern psikoloji ve fizyolojik psikoloji alanlarının yaratıcısı olarak görülen Descartes, ilgili alanlara en büyük etkisini zihin-beden problemine getirdiği yenilikçi bakış açısı ile yapmıştır (Karakaş ve Bekçi, 2003). Daha önce bahsedildiği üzere her ne kadar Antik Yunan'dan Descartes öncesi çağlara kadar ruh ve beden ilişkisine yönelik bütüncül anlayış hâkim olsa da söz konusu çağlar boyunca ruhun konumlandırılışı ve varoluşuna ilişkin konularda önemli problemler göze çarpmıştır. Öyle ki ruhun bedenine kalp, kan ve cinsel organlar gibi çeşitli bölümleriyle ilişkilendirilmesi Antik Çağlar boyunca sıklıkla karşılaşılan bir durum olmuştur (Karakaş ve Bekçi, 2003).

Öte yandan aldığı eğitimler sonrasında Descartes 16. yüzyıldaki bilimsel bakış açısının merkezinde yer alan “kuşkuculuk” anlayışından öylesine etkilenmiştir ki, bilginin sadece kuşku ile elde edilebileceğini düşünmüştür (Bruno, 1996). Kendi varlığına dair bilgiye bile kuşkulanma yöntemi ile ulaşabileceğini öne süren Descartes belki de bilim tarihinin en çok kullanılan özdeyişine imzasını atmıştır: “*Cogito Ergo Sum-Düşünüyorum öyleyse varım*” (Descartes, 1983). Varoluş ve düşünmeyi birbirinden ayıran bu özdeyiş onun felsefesinde zihnin ve bedeninin birbirinden ayrı yapılar olarak görüldüğünün en net kanıtı niteliğindedir (Furst, 2012). Descartes'ın düalist anlayışına göre insan makina gibi işleyen bir “bedene” ve nesnel dünyada yeri olmayan bir “akla” sahiptir. Dolayısıyla Antik Çağın önemli düşünürlerinden Platon'un görüşlerini paylaşmakta; ancak Platon'un “ruh/psişe” olarak ele aldığı kavramı “akıl” olarak ele almaktadır (Furst, 2012). Bu görüş bizi psikosomatik literatürü açısından öneminin yanında Descartes'ın en çok eleştiri aldığı noktaların

başında gelen mekanik beden ile doğaüstü aklın nasıl bir ilişkiyle birbirinden haberdar olduğu yönündeki soruya götürmektedir. Bu durumu “etkileşim” kavramı ile açıklamaya çalışan Descartes söz konusu etkileşim noktasının kafatasının ortasında yer alan pineal bez olduğunu öne sürmektedir (Şahin ve ark., 2009). Günümüz itibariyle tıp sistemi akıl (zihin) ile bedenin etkileşim noktasının pineal bez olduğunu kabul etmese de bu görüş Descartes’ın nesnelliğe verdiği önemi göstermesi açısından ayrıca dikkate değer görünmektedir (Bruno, 1996; Leigh, 2007). İnsanın mekanik bir bedene sahip olduğu anlayışı davranışların da “neden-sonuç” ilişkisi içerisinde açıklanmasını gerekli kılmaktadır (Bruno, 1996). Nedenselliğin ve determinizmin merkezde olduğu bu türden bir beden anlayışı ise “özgür iradenin” ne olduğuna yönelik önemli bir sorgulamayı doğurmaktadır. Descartes’a göre “akıl” özgürdür ve bu manada özgür iradeyle verilen kararlar öncesindeki nedenlerle ilişkilendirilemezler (Bruno, 1996). Bilimsel bilginin elde edilmesinde “mutlak” olgulardan başlamakla birlikte tümevarımsal bir mantıkla yürütülen deney ve hipotezi ana araçlar olarak kullanmayı öneren Descartes, dünyaya ve dolayısıyla insana ilişkin matematiksel ve güvenilir bilgiye sadece bu yolla ulaşılabileceğini savunmaktadır (Descartes, 1983). İçerdiği fikirler ile doğanın ve yasalarının mistik ve doğaüstü güçlerle açıklanmasının sona erdiğini ilan eden bu “doğa bilimi” anlayışı pozitif bilimlerin atası olarak kabul edilmektedir (Korkman, 2015). Doğanın ve insan bedeninin mekanistik ilkelere göre işlediğine dair önemli vurgularıyla Descartes ve düalistik anlayışı, kendinden sonra gelenlerin insan zihni ve davranışlarını determinizm çerçevesinde açıklamalarını sağlamıştır (Aslan Yaşar, 2011). Dolayısıyla bu düalistik anlayışın psikolojinin kendini bilim olarak ilan etmesindeki yadsınamaz katkısına rağmen insan zihni ve davranışlarının genelde tıpta özelde ise psikolojide neredeyse 21. yüzyıla kadar zihin-beden bütünlüğü içerisinde ele alınamayışının da en önemli sebeplerinden biri olarak görülmektedir (Korkman, 2015; Schultz ve Schultz, 2007).

Bilimin moderniteye geçişinin başlangıcı Descartes’ın düalistik anlayışı ile olmuşsa da bugünkü “modernlik” paradigmasının hazırlayıcılarından olmakla kalmayıp sorgulayıcısı olarak da ön plana çıkan felsefecilerin başında Benedictus de Spinoza (1632-1677) gelmektedir (Bumin, 2003). Düalistik anlayışın karşıtı olarak monist (tekçi) bir anlayışla “çift yön kuramını” (double aspect theory) öne süren

Spinoza, zihin ve bedenin aynı özün iki farklı yönü olduğunu savunmaktadır (Leigh, 2007). Öyle ki Spinoza, “Etika” kitabının “Duyguların Özü ve Doğası” isimli bölümünde psikosomatik bir bakışla duyguların hem bedene hem de zihne ait olduğuna ilişkin görüşlerine yer vermektedir (Spinoza, 1883). Doğru bilgiye zihin yoluyla ulaşılabileceğini ve bu bilginin yok olmayacağını savunan Spinoza, bu görüşleriyle literatürde sıklıkla monizmin panpsişist (tüm ruhçuluk) kanadının öncülerinden biri olarak kabul edilmektedir (Korkman, 2015). Zihnin ve zihinsel aktivitenin doğada her yerde ve her şeyde olduğunu ileri süren ve hümanist psikoloji ve varoluşçuluk gibi felsefi akımlara da ilham olan kaynaklardan biri olarak monizmin panpsişizm kanadında Spinoza ile birlikte Platon ve Berkeley yer almaktadır (Scruton, 2007). Önceki bölümde bahsedilen Platon, insanın henüz bedendeki varlığının gerçekleşmediği ve sadece ruhtan ibaret olduğu bir evrede dünyayı algılamamızı sağlayacak ideaları bildiğini ve öğrenme sürecinin de bu ideaların hatırlanması şeklinde olduğunu öne sürmektedir (Cevizci, 2010). Bu mantığıyla bilimsel bakış açısına tümdengelim yöntemini de kazandıran Platon’un görüşleri George Berkeley (1685-1753) ile en uç noktaya ulaşmıştır (Tarlacı, 2009). Maddeleri var olmayan dünyanın sadece ruhlar ile bu ruhların idelerinden oluştuğunu öne süren İngiliz filozof Berkeley görüşleriyle tam manasıyla panpsişist bir tutumu yansıtmaktadır (Korkman, 2015). Bilgilerimize duyumlarla değil de algılar aracılığıyla ulaşıldığını düşünen Berkeley’e göre dünya algılandığı müddetçe ve algılandığı kişiye öznel bir şekilde var olmaktadır (Politzer, 2003). Söz konusu fikirlere psikosomatik açıdan bakıldığında Berkeley’in görüşlerinin bedeni öncülleyen düalistik anlayışın ruhu öncülleyen kontrastı olduğunu söylememiz mümkündür (Leigh, 2007).

Öte yandan monizmin tek gerçek özün madde olduğunu öne süren kanadı materyalizm olarak adlandırılmaktadır (Korkman, 2016). Onlara göre gerçek bilgiye ulaşmanın tek yolu duyumlarımızdır. Burada gerek duyumcu (sensüalist) gerekse ampirist olmaları sebebiyle psikoloji biliminin doğuşunu derinden etkileyen Thomas Hobbes, John Locke ve David Hume gibi İngiliz filozoflar bulunmaktadır (Tuğcu, 2003). İngiliz ampiristleri arasında John Locke ve David Hume gibi psikoloji alanını derinden etkilemiş isimlere ilham olması açısından Thomas Hobbes (1588-1679) ayrı bir yere sahiptir. Bir duyumcu olarak Hobbes öne sürdüğü “çağrışım” anlayışıyla

literatürde ilk çağrışımıcı olarak da anılmaktadır (Korkman, 2016). Onun doğa felsefesi ampirist bir bakış açısıyla olguların “neden-sonuç” ilişkisi ile değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Hobbes, 2013). Hobbes nesneleri hareket halinde oldukları sürece bilebileceğimizi; hareketin olgu, olay ve duyumları oluşturduğunu savunmaktadır. Nesnelerin hareketlerinin duyumlar vasıtasıyla algılanması öznel bir hayalden ibarettir ve bu durum algılanan nesnenin kendisinden tümüyle farklıdır (Hobbes, 2013). Hobbes’un görüşleri zihin-beden bütünlüğü açısından “hastalık yaşantısının” öznelliğine yönelik önemli bir vurguya sahip görünse de takip ettiği materyalist ve ampirist bakış açısı dolayısıyla ele alınabilecek yegâne kaynağın beden olduğunu ortaya koyması sebebiyle eksik kalıyor görünmektedir.

Hobbes’un fikirlerinden etkilenen; ancak onun fikirlerini bir adım ileri taşımayı başarmış John Locke (1632-1704) da özünde bir duyumcudur. Mutlak bilgiye duyum yoluyla ulaşılabileceğini öne süren Locke, zihnin yaşamın başlangıcında “boş bir levha (tabula rasa)” olduğunu belirtmektedir (Locke, 1992). Ona göre bu boş levha insanın duygu ve deneyimleri ile dolmaktadır. Bu noktada izinden gittiği Hobbes gibi ampirist bir tutum sergileyen Locke, araştırma odağının duyumların elde edilişi üzerine olması gerektiğini savunmaktadır. Zihin elde ettiği deneyimler ile gerek iç dünya gerekse dış dünyaya yönelik algılarımızı şekillendiren ideler oluşturmaktadır. Locke ideleri dış dünyadan beş duyu organımız ile elde ettiklerimiz ile iç dünyadan elde ettiklerimiz olmak üzere ikiye ayırmakta ve insanın sadece iç duyumunda aktif rolü olduğunu düşünmektedir (Locke, 1992). Literatüre göre bu görüşler 19. yüzyılda Wundt’un kurduğu ilk psikoloji laboratuvarının ana araştırma yöntemi olarak görülen “içebakış yönteminin” kökenlerini oluşturmaktadır (Schultz ve Schultz, 2007).

David Hume (1711-1776) ise, tıpkı diğer duyumcular gibi bilgilerin kaynağının duyum olduğunu düşünmekle birlikte bu konuda John Locke’un “tabula rasa” fikrini kendine temel olarak almaktadır (Bruno, 1996). Ona göre, zihinsel anlamda doğuştan boş bir şekilde dünyaya gelen insan, zihinsel boşluklarının doldurulmasını sağlayacak “çağrışım” yeteneğine sahiptir (Bruno, 1996). İç ve dış dünyamıza dair bilgileri elde etmemizi sağlayan çağrışım; benzeme, zamansal-mekânsal birliktelik ve neden-sonuç gibi bütün zihinlerde ortak olarak var olan ilkelerden oluşmaktadır (Hume, 1997).

Hume, rasyonalist akımlarla birlikte dönemin ve bilim tarihinin en önemli bilim adamları arasında gösterilen Newton'un bilgide "kanıtlanabilir olguları" merkeze koyan anlayışından etkilenmiş, insan zihnine ilişkin kanıtlanabilir hipotezler ortaya koymaya çalışmıştır (Öktem, 2004). Kanıtlanabilir olgular arasında neden-sonuç ilişkisi olması gerektiğini savunan Hume, bu ilişkinin deneyimlerimiz neticesinde olaylar ve nesneler arasındaki bağların öğrenilmesiyle gerçekleştiğini öne sürmektedir (Korkman, 2015). Ancak bu neden-sonuç ilişkisi nesnelerin gerçekte ne olduğuna yönelik bir bilgi barındırmaz. Dolayısıyla iki nesne ya da davranış arasında neden-sonuç ilişkisinden bahsettiğimizde bunların kişinin zihninde bir bağlantıya sahip olduklarını kastederiz. Yani iki olgunun birbirine bağlanmasını sağlayan şey mantıksal değil psikolojiktir (Hume, 1975). Bu anlamda bir materyalist olmasına ve "kanıtlanabilir olguları" tespit etmeye çalışmasına rağmen Hume'un görüşlerinin deney ve gözlemle elde edilen bilginin nesnelliğine yönelik önemli çelişkileri barındırdığı söylenebilir.

Bu bilgiler ışığında İngiliz duyumcularının ortak özelliğinin yaşantıya verdikleri büyük önemde saklı olduğunu söylemek mümkündür. Duygu ve düşüncelerin çağrışım ilkesiyle bağlantılandırılması ise en temel ilke niteliğindedir. Onlara göre doğuştan fikirlere dayanmayan bilgi, her ne kadar gerçeğin ne olduğuna yönelik mutlak ve nesnel bir fikir vermese de sadece dış dünyaya yönelik gözlem ve deneyler sonucunda elde edilebilir (Öktem, 2004). Özetle, bu fikirler bedeni esas alarak zihinden bedene doğru tek yönlü bir iletişim ve bağlantıyı ön plana çıkarıyor görünse de tam manasıyla ortaya çıkışı 21. yüzyılı bulacak zihin-beden bütünlüğü anlayışına yönelik panpsişist anlayışın karşıtı olma rolünü üstlendiğinden dolayı önemli bir işleve sahip görünmektedir.

Bunlarla birlikte çağın en etkili filozoflarından biri olarak Emmanuel Kant (1724-1804) bilginin yaşantıyla başlayacağını; ancak yaşantıdan kaynaklanmayacağını savunarak Descartes'ın anlayışı ile İngiliz ampirist ve duyumcuların fikirlerini birleştirmeye çalışmaktadır (Pakyürek, 2013). Kant'ın anlayışındaki temel ögeler "apriori" bilgi ve Newton'un fizik anlayışına uygun zihinsel mekanizmalardır (Karakaş ve Bekçi, 2003). Zihin kullandığı işlemlerle

yaşantının bağlantılarını genişleterek onun bilgi olmasını sağlamaktadır. Zihni yaşantılarımıza katkısı olan “aktif” bir yapı olarak değerlendiren Kant, zihnin yaşantıları düzenleme, algılama ve dönüştürme gibi muhakemeye yönelik özelliklerinin doğuştan geldiğini düşünmektedir (Bruno, 1996; Karakaş ve Bekçi, 2003). Kant, beynin ve bedenin fiziksel olduğunu düşünse de zihnin fiziksel olmadığını düşünmektedir. Dolayısıyla ona göre zihinsel özellikler üzerine deneyler yürütülmesi anlamsızdır. Bireylerin davranışları arasındaki farkların anlaşılması için onları harekete geçiren uyarıcının nesnel özelliklerinin değil, bireyler için o uyarıcının anlamının bilinmesi gerekir (Karakaş ve Bekçi, 2003). İnsan zihninin ürünü olan yargılama ve yorumlama nesne ve bağlamın oluşmasını sağlamaktadır. Buna göre, nesne ve bağlam muhakeme yeteneği olduğu sürece vardır ve muhakemenin içeriğine bağlıdır (Önal, 2014). Muhakeme ve sorgulama insanın kapasitesini genişleterek olgunlaşmasının önünü açmaktadır (Evrensel ve Ceylan, 2016). Ona göre depresyon ve somatizasyon zihinsel ve olgunlaşma kapasitesindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda, zihinsel kapasitesini geliştiren bireyler somatizasyon belirtileri göstermeyecektir (Evrensel ve Ceylan, 2016). Kant’ın gerek insan zihinsel yapılanmasına ve onun nasıl incelenebileceğine gerekse psikosomatik alanına ilişkin görüşleri kendinden sonra gelen filozofların psikoloji hakkındaki fikirlerini derinden etkilemiştir (Karakaş ve Bekçi, 2003).

Sonuç olarak, 17. ve 18. yüzyıllardaki kuramları özetlemek gerekirse, Descartes’ın Aristoteles’ten bu yana filozofların ilgilendiği öz kavramını zihin-beden ayrımı ile başka bir noktaya taşıdığından bahsedilmelidir (Tuğcu, 2003). Ruhu ve bedeni ayırsa da bunları ayrı ayrı kabul eden Descartes, psikofiziksel bir anlayış ortaya koyarken, Spinoza ve Berkeley, maddeyi ve bedeni tamamen yok sayarak panpsişist bir anlayış ortaya koymaktadır (Berkeley, 1996; Karakaş ve ark., 2001). Hobbes, Locke ve Hume gibi İngiliz ampiristleri ise, materyalizm anlayışlarına uygun olarak ruhu ve zihni görmezden gelen bir yaklaşım sergilemektedir. Öyle ki, Hume zihnin incelenmesiyle birlikte zihnin ne olduğunu açıklayacak nesnel bir bilgidен çok, bireyin kişisel bağlantılarını yansıtan öznel bir bilginin elde edileceğini iddia etmektedir (Hume, 1975). Son olarak, görüşleriyle Descartes geleneği ile İngiliz duyumcularını ortak bir noktada buluşturmayı hedefleyen Kant, zihni ve bedeni kabul edip bunların

arasındaki ilişkiyi yok sayarak “psikofiziksel paralelci” bir anlayış ortaya koymaktadır (Karakaş, 2003).

1.1.3. 19. Yüzyıl

17. ve 18. yüzyıllarda zihin ve bedenin konumu, birbirleri üzerindeki etkilerine yönelik felsefi tartışmalar aynı yüzyıllarda doktorlar üzerinde önemli bir tesir bırakmış, bedensel belirti ve hastalıkların psikolojik bir bakış açısıyla ele alınabilmesi sıklıkla karşılaşılan bir durum olmuştu (Lipowski, 1984). Tıp profesyonelleri felsefi bakış açılarının düalist, monist, materyalist ya da idealist olmasından bağımsız bir şekilde tıbbi hastalık ve belirtileri açıklarken psikojenik (psikolojik kökenli) kavramsallaştırmaları kullanmak konusunda herhangi bir engel görmüyorlardı (Lipowski, 1984). Ancak bu trendin, tıbbın 19. yüzyılda yaşanan teknolojik gelişmelerle geçirdiği değişim neticesinde zihinden daha çok bedene odaklanmayı kendine hedef haline getirmesiyle sekteye uğradığı söylenebilir. Virchow’un hücresel patoloji teorisi, ardından da Pasteur ve Koch’un bakteriyoloji alanındaki keşifleri tıbbi her hastalığın altında o hastalığa özel tek bir nedenin olduğu yönündeki “lokalizasyoncu” bir doktrine doğru iterek tıp sisteminde ana akım olarak tekrardan kartezyen mekanik bir anlayışın doğmasına neden olmuştur. Bu eğilim ise aynı yüzyılda “psikosomatik tıp” olarak adlandırılan protest bir reformun yükselişini sağlamıştır (Freyman, 1981). Bu reformun amacı; nesne olarak bedeni ve onun fizyolojik yapılanması ile yöntem olarak deneyi meşru ve yegâne öğeler olarak kabul eden 19. yüzyıl tıbbındaki hâkim görüşe duygu, düşünce ve davranış gibi psikolojik faktörleri de dahil ederek hastalıkların etyopatogenezi hakkında daha bütüncül bir açıklamaya kavuşmaktır (Smadja, 2011). Yukarıdaki bilgiler ışığında bu bölümde tıptaki düalizme tepki olarak doğan psikosomatik tıp anlayışına önemli katkılarda bulunan kuramcılara ve onların görüşlerine yer verilecektir.

Bu anlamda 19. yüzyılda zihin-beden bütünlüğü anlayışına en önemli katkılardan birini dönemin en meşhur hekimi olan ve Amerikan Psikiyatrisinin de babası olarak görülen Benjamin Rush’ın (1745-1813) yaptığı söylenebilir (Namal, 2013). Rush’ın Pensilvanya Üniversitesi’nde tıp profesörü olduğu dönemde öğrencilerine hastayı psikosomatik bağlantılar açısından da inceleyerek bütüncül bir

bakış açısıyla ele almanın öneminden bahsettiği bilinmektedir (Shryock, 1966). Öte yandan Rush (1811) Amerika’da yayınlanan ilk psikiyatri kitabında, klinisyenlerin zihnin beden üzerindeki etkisine yönelik bilgilenmeleri gerektiğinden bahsederek bu görüşü bilim dünyasının hizmetine sunmayı da başarmıştır. Ona göre zihnin beden üzerindeki tesirinin dikkate alınması hastanın daha doğru bir şekilde ele alınmasını sağlayarak pek çok yararlı tedavinin de önünü açacaktır. Bu özellikleriyle Rush pek çokları tarafından Amerikan psikosomatik tıbbının da öncülerinden biri olarak kabul edilmektedir (Binger, 1966).

Rush’ın zihin-beden bütünlüğü anlayışının önemini ortaya koyduğu görüşlerine rağmen psikosomatik teriminin kullanılması için 1818 yılının beklenilmesi gerekecekti. Hastalıklar konusunda bütüncül bir anlayışa sahip Alman psikiyatrist Christian August Heinroth, 1818 yılında yayınladığı “Zihinsel Yaşamın Rahatsızlıkları” (Disturbances of Mental Life) isimli kitabında “*Genel bir kural olarak, insomnia (uyuyamama hastalığı) psiko-somatik bir rahatsızlıktır...*” diyerek terminolojik olarak psikosomatik kelimesinin ilk kez kullanılmasını sağlamıştır (Steinberg ve ark., 2013). Ancak pek çoklarına göre Heinroth’un gerek bu kelimeyi bir cümle içerisinde örtük bir şekilde kullanması gerekse bir daha hiç kullanmaması sebebiyle psikosomatik alanının gelişimi noktasında büyük övgüleri hak etmediğini düşünmektedir. Öyle ki, psikosomatik alanın kökenlerine yönelik önemli araştırmalarıyla tanınan Margetts (1954), Heinroth’un hastalıklara zihin ve bedeni bir gören bir anlayışla yaklaşmasına rağmen kullandığı “psiko-somatik” kelimesinin çağdaş psikosomatik anlayışa dair herhangi bir işaret barındırmadığını iddia etmektedir. Ona göre Heinroth’un bu kelimeyi kullanmasını sağlayan şey psikosomatik anlayışı ilan etmek değil, 19. yüzyıl Alman literatüründe “psiko-fiziksel” ya da somato-psişik” gibi kelimelerin kullanılmasına yönelik “bilimsel bir modadan” etkilenmiş olmasıdır.

Psikosomatik teriminin kullanımının yanında 19. yüzyıl, her ne kadar önceki yüzyıllar kadar olmasa da hastalıklar üzerindeki psikojenik bakış açısı ve kavramsallaştırmalarının kullanılmaya devam ettiği bir dönemdir (Stainbrook, 1952). Bu anlamda Beaumont’ın 1833 yılında gastrit mukozası açıkta olan bir adam

üzerinden gerçekleştirdiği çalışma özel bir yere sahiptir (Beaumont ve Osler, 1996). Duygusal durumun iç organların fonksiyonlarına etkisini tespit etmeye yönelik olarak gerçekleştirilen ilk sistematik ve boylamsal çalışma olması açısından dönüm noktası niteliğindedir (Osler, 1902; akt. Lipowski, 1984).

Öte yandan 19. yüzyıl somatizasyon anlamında histerinin yoğun olarak çalışıldığı dönemlerden biridir. Histeri açısından bu çağın özellikle ilk yarısı, semptomların heterojen doğası ve duygusal kökenlerine ilişkin hipotezlerin varlığı sebebiyle histerinin klinisyenler tarafından sıklıkla yapay, kasıtlı ya da hayali olarak görülmesiyle geride kalmıştır (Woolfolk ve Allen, 2007). Bu noktada Fransız psikiyatrist Paul Briquet 1859 yılında yayımladığı “Histerinin Klinik ve Terapötik Tedavisi” (Traité Clinique et Thérapeutique de L’hystérie) isimli monografisi ile somatizasyonun psikopatolojik tanımlamasına ilişkin köşe taşı niteliğinde bir bakış açısı ortaya koymuştur (Akt. Woolfolk ve Allen, 2007). Daha sonraları “Briquet Sendromu” olarak tanımlanacak bu tanı için doktorların hem fiziksel muayene hem de laboratuvar çalışmalarıyla “nedensiz” olduğunu ispat etmesi gereken 25 semptom (olası 60 semptomdan 25’i) gerekmektedir. Paul Briquet tarafından ortaya konan bu çerçeve histeri tanımlamasıyla kalmayarak tıbbın özellikle açıklamakta zorlandığı somatizasyon belirtilerinin APA tarafından 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile ilk kez psikiyatrik tanılamaya dahil edilmesinin temelini atmıştır. Nitekim somatizasyona yönelik bu güçlü tanımlama çabası çok büyük revizyonlara uğramadan APA’nın 2013 yılında yayımladığı DSM-5’e kadar varlığını sürdürmeyi başarmıştır (Dimsdale ve ark., 2013; Dimsdale ve Levenson, 2013).

Bunlarla birlikte, nörolojinin sinirsel dediği pek çok hastalık ve bozukluğa ilişkin tatmin edici fizyolojik bulgular ortaya koyamamasının da etkisiyle 19. yüzyılın sonlarına doğru tıp sistemi tekrardan “zihnin ve hayal gücünün etkisine” doğru kaymaya başlamıştır (Goldstein, 2001). Nörolojinin histeri gibi rahatsızlıklar açısından laboratuvarlardaki başarısını kliniklere taşıyamaması bu rahatsızlıkların tedavisine yönelik yeni yolların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Furst, 2012). Bunlar arasında Fransız nörolog Jean-Martin Charcot (1825-1893) kendi ifadesiyle histeri olarak adlandırdığı hastaların tedavisine yönelik ilk klinik çalışmaların sahibi

olmasıyla bir adım öne çıkmaktadır (Furst, 2012). Tanı ve tedavide gözlem ile sınıflamanın altını çizen Charcot, Paris'teki Salpetriere hastanesindeki histerik kadınların felç, geçici körlük, geçici konuşamama, konvülsiyon vb. nörolojik hasara benzeyen semptomlarıyla çalışmıştır (Drinka, 1984). Onun esas hedefi dönemin trendi “serebral lokalizasyona” uygun olarak belirli semptomların beynin hangi bölümünün işlevi sonucunda oluştuğuna dair bir öngörü geliştirebilmektir. Ancak hastanenin mikroskopik laboratuvarının söz konusu bulguların biyolojik kökenlerine yönelik çoğu zaman herhangi bir işaret bulamaması onun bu hastaların belirtilerinin altındaki örtük sebebi bulmak için yeni yöntemlere başvurmasını sağlamıştır (Drinka, 1984). Hipnotize edilebilmenin histerik bireylerin beyinlerindeki dejenerasyonun işareti olduğunu düşünen Charcot, histerik hastaların semptomlarını iyileştirmek için de aynı “radikal” yöntemden faydalanmaktaydı (Bell ve ark., 2011; Leigh, 2007). Bu anlamda Salpetriere hastanesindeki hastaların şiddet, tecavüz ve işkence gibi travmatik olaylar sonrası sıklıkla sığınmak niyetiyle genelde Paris'in kenar mahallelerinden başvuran kadınlardan oluşmasının Charcot'un kimilerine göre “radikal” olarak değerlendirilen hipnoz çalışmalarını gerçekleştirebilmesi adına işini kolaylaştırdığı söylenebilir (Özen, 2017). Öte yandan güçlü etkileme yeteneği ile Charcot, bir süre sonra Avrupa'dan pek çok bilim adamının da izleyici olarak katıldığı “Salı derslerinde”, histerik hastalara yönelik hipnoz seanslarını izleyenleri şaşırtan bir gösteri şeklinde sunmaktan kaçınmıyordu (Kokurcan ve Özsan, 2012). Ortaya koyduğu farklı tarzı ve elde ettiği ün Charcot'un, psikoloji alanını etkileyen pek çok kuramcıya da hocalık yapmasının yolunu açmıştır. Bunlar arasında en önemlisi hiç kuşku yok ki ortaya koyduğu fikirleriyle psikolojinin tanı ve tedavide başka bir seviyeye çıkmasını sağlayan Sigmund Freud'tur (North, 2015).

Psikanalizin kurucusu Freud, Charcot'ın nöroloji alanında ses getiren çalışmalarından etkilenerek eğitiminin bir kısmını tamamlamak üzere 1885 sonbaharında Fransa'ya Charcot'ın yanına gitmiştir. Öyle ki Freud, genelde psikopatolojiye özelde ise histeri ve diğer nevrozlara ilişkin ilgisinin ve bu bozuklukların kökeninde “cinselliğin” yattığına dair fikirlerinin gelişmesinde Charcot'ın yanında kaldığı bir yılın etkisinin büyük olduğunu belirtmektedir (Freud, 1916b). Freud Charcot ile yaptığı fikir alışverişlerinin özellikle histerinin

“etyopatogenezine” yönelik kısmından çok etkilenmiştir (Freud, 1989). Nitekim çok geçmeden, travmaların oluşturduğu bozulmuş duygusal durumun bilinci etkileyerek histerik semptomların ortaya çıktığını savunmaya başlamıştır (Ellenberger, 1970). 1896’da yayımladığı “The Aetiology of Hysteria” isimli makalesinde, histerik hastalarının travmalarının erken dönem cinsel deneyime dayandığını ve bu deneyimin duygusal ve zihinsel izleriyle baş etmekte zorlanan vakalarda ise histerik semptomların geliştiğini iddia etmiştir (Freud, 1962; Green, 1994). Ancak daha sonraları, o dönem itibarıyla histerinin kadınlar arasında çok yaygın olması ve görüşlerinin Paris’teki Salpetriere hastanesine sığınan hastalara yönelik olmak yerine Viyana aristokratlarını da içine alan bir kitleye yönelik olması gibi faktörler, histerik semptomların kökeninde erken dönem travmatik cinsel deneyiminin olduğu yönündeki fikirlerin toplumsal anlamda ciddi bir tepki ile karşılanmasına neden olmuştur (Freud ve Bonaparte, 1954). Zamanla bu baskı Freud’un konuyla ilgili ilk hipotezinin doğru olmadığını ve histerik hastaların bahsettiği travmaların gerçeğe değil zihinlerindeki fantezilere dayandığını ifade etmesi ile sonuçlanmıştır (Freud ve ark., 1956). Böylelikle histeriyi tıbbi açıdan değerlendirme serüveni, Freud’un 19. yüzyılın sonlarında yayımladığı makalesi sonrasında duraksama evresine girmiştir (Doksat ve Önen, 2004; Kokurcan ve Özsan, 2012; Özen, 2017).

Özetle, bu yüzyılda tıp sistemine ana akım olarak hâkim olan düalistik bakış açısı ve uygulamalar protest bir tavırla zihin-beden bütünlüğüne ve zihnin beden üzerindeki tesirine vurgu yapan psikosomatik tıp anlayışının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu anlamda da hastaların bütüncül olarak ele alınması gerektiğine dair fikirlerini öğrencilerine aktarma yönündeki çabalarıyla Benjamin Rush, psikosomatik teriminin bilimsel literatüre ilk kez girmesini sağlayan Johann Christian August Heinroth, duygu durumunun iç organların fonksiyonlarına etkisini ortaya koyan William Beaumont, histeriye ve tıbbın açıklamakta zorlandığı bedensel belirtilere yönelik ilk sistematik tanılama ve tanımlama çabasıyla Paul Briquet, histerik semptomlar üzerindeki zihin ve hayal gücü etkisini dönemi itibarıyla radikal sayılan hipnoz yöntemiyle ortaya koymaya çalışan Jean Martin Charcot ve her ne kadar 19. yüzyıl itibarıyla histeriye yönelik çılgır açabilecek hipotezlerini bir süre daha ötelemeyi tercih etse de daha sonraları genel anlamda psikolojiye özel anlamda ise zihinsel

mekanizmaların zihinsel ve bedensel rahatsızlıklar üzerindeki etkisine yönelik önemli fikirlerin sahibi olarak Sigmund Freud özel bir yere sahiptir.

1.1.4. 20. Yüzyılın İlk Yarısı

Psikoloji biliminin her açıdan önemli gelişmeler kat ettiği 20. yüzyılın ilk yarısı psikosomatik literatürü açısından da verimli geçmiştir. Davranışı ve onun etkisini test etmeye ve anlamaya yönelik geliştirilen kuram ve yöntemler sayesinde zihinsel mekanizmalara yönelik daha kapsamlı bir bilgi elde edilmeye başlanması bu gelişimin ana tetikleyicisi olmuştur (Ackerman ve DiMartini, 2015). Bu bağlamda davranışçı kanatta; Ivan Pavlov'un (1849-1936) klasik koşullanmaya ilişkin çalışmaları, Walter Bradford Cannon'ın (1871-1945) sempatik sinir sistemi aracılığıyla ortaya koyduğu "Kaç-Savaş Reaksiyonu" tanımlaması; psikogenez kanadında ise Sigmund Freud'un serbest çağırışım tekniğini kullanarak inşa ettiği psikanaliz yöntemi ve klasik psikanalizin psikosomatiğe ilişkin görüşlerini zenginleştiren Sandor Ferenczi (1873-1933) ile Franz Alexander (1891-1964) gibi kuramcılar bu yüzyılın ilk yarısında zihnin davranış üzerindeki etkisine dair anlamlarımızı şekillendiren temel kaynaklar olarak öne çıkmaktadır (Lipowski, 1984). Dolayısıyla bu bölümde, bu yüzyılın ilk yarısına hâkim olan davranışçılık ve psikogenez anlayışlarını savunan kuram ve fikirlerin psikosomatik alanına katkıları birbirleriyle bağlantılı bir şekilde sunulacaktır.

Her ne kadar histeriye ilişkin görüşlerinin bir kısmını 19. Yüzyılın sonlarında ifade etse de Sigmund Freud'un somatizasyon ve psikosomatik alanlarına esas katkısı psikanalizi tam anlamıyla inşa ettiği 20. Yüzyılın ilk yarısına denk gelmektedir. Bu noktada Freud'un psikanalizin merkezine koyduğu bilinçdışının keşfi çok önemli bir yer tutmaktadır (Furst, 2012). Onun insanın yaşantısının bilinçdışının kontrol edilemeyen gücünün tesiri altında olduğuna yönelik inancı o dönem itibarıyla "psikofiziksel" hastalık ve bozuklukların tedavisine yönelik mekanizmalar önermesinin yolunu açmıştır (Groddeck, 1960).

Bu yöndeki ilk gelişmelerin histerik hastalardan geldiği çalışmalarında Freud, bu klinik görüngüde psikolojik kökenleri vurgulayarak bilinçli farkındalık için hoşagitmeyen anı ve hatıraların bilinçdışına bastırıldığını ve hastaların burada gerçekleşen

dayanılmaz psikolojik çatışmaları çözmek için sıkıntıyı fiziksel semptomlara dönüştürdüğünü vurgulamıştır (Isaac ve Chand, 2006; Nicholson ve ark., 2011). Freud’a göre anksiyete ile birlikte görünümü bir zorunluluk olmayan histeri için ödipal çatışma sonrası süperegonun gelişmesi, sembolizasyon becerisi gelişmiş bir bilinçdışı ve kuvvetli bir bastırma mekanizması gereklidir (Tunaboğlu-İkiz, 2005). Freud’un psikanalitik bakış açısı hasta şikayetleri yönünden benzerlik gösterebilen hipokondri ve histeri açısından net bir ayrım yapmaktadır. Histeride gerçek fiziksel bir tepki söz konusu iken hipokondride ise bedenin hastanın öyle olduğuna inanması üzerinden ortaya koyduğu semptomlar söz konusudur. Her iki durumda da şikâyetin açıklanmasını sağlayacak organik bir hasar bulunmamakla birlikte histeride semptomlar hasta tarafından gerçekten yaşanmaktadır (Freud, 1957). İki klinik görüngü arasında bedenin nasıl etkilendiğinin dışında metapsikolojik farklılıklar da göze çarpmaktadır. Freud ve Breuer histeriyi bilinçdışı çatışmanın kronik somatik semptomlara dönüştürülmesi olarak tanımlarken hipokondri ise, Freud’a göre narsistik libidonun doyumdan uzak kalması sonucunda beden yoluyla doyum aramasıdır (Freud, 1916a).

Ek olarak Freud’un zihin-beden bağlantısına yönelik fikirleri dönemi itibariyle öylesine ileridir ki bugün bile oldukça zorlanılan bir durum olarak somatizasyon ve psikosomatik kaynaklı bozuklukları ayırmaya yönelik de çabaları içermektedir (Freud ve ark., 1956). Nevrozlara ilişkin sınıflandırmasında bedenin organik donanımlarının esasen zarar görmediği histerik durumlar gibi “psikonevrozlar” ile sinir sistemi ve vejetatif organlara yönelik gerçek zararlar sebebiyle bedensel işlev bozukluklarına yol açabilen “aktüel nevrozları” birbirinden ayırmış ve bunların ele alınmasında farklı değerlendirme ve terapötik tekniklere ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir (Bronstein, 2012). Nevrasteniye ve kaygı nevrozunu aktüel nevrozların içinde değerlendiren Freud, bu bozukluklarda kökeni geçmişe ya da erken çocukluğa dayanmayan fiziksel gerilimin ruhsal aygıtı ulaşamaması sonucunda kaygıya dönüştürüldüğünü ve bu kaygının da bedensel işlevlerde problemlere yol açtığını öne sürmüştür (Bronstein, 2012). Ona göre; ishal, kabızlık, kronik baş dönmesi, farklı uzuvlarda kronik ağrı, çabuk sinirlenme, uyku bozuklukları ve kronik yorgunluk gibi semptomlarla kendini gösteren nevrastenin kökeni “şu anda” var olan birikmiş cinsel gerilimdir (Kırpınar,

2013). Yani histeride somatik alana kaymak suretiyle yanlış yola sapan ruhsal çatışma söz konusu iken nevrastenide ise ruhsal alana girememesi sebebiyle fizikselde kalarak özellikle vejetatif işlev ve organlarda yaşanan fiziksel bir gerginlik söz konusudur (Bronstein, 2012). Özetle, gerek somatizasyon ve psikosomatik alanlarında çığır açan fikirleriyle gerekse kendinden sonra gelenler üzerindeki etkisi ile Freud'un, 19. yüzyıl tıbbının hastalıkları parçalara bölerek belirli organ ve işlevlere indirgemeye çalışan lokalizasyoncu ve düalistik bakış açısının 20. yüzyılda "yeniden" bütüncül bir anlayışa evrilmesi noktasında önemli bir öncülük ettiği söylenebilir (Furst, 2012).

Öte yandan Thorndike'in davranışçılığa yönelik ilk katkıları sunmasının ardından Nobel ödüllü araştırmacı Ivan Petrovitch Pavlov'un davranışı kontrol altına almanın ve şekillendirmenin tekniğini öne sürmesi psikolojinin önemli bir dönüşüm sürecinin kapısına dayanmasını sağlamıştır. Öğrenme psikolojisi alanındaki klasik koşullanma çalışmalarıyla Pavlov odak noktasının nesnel ve nicelik olarak tespit edilebilen saldı bezlerine ve kaslara doğru kaymasını sağlayarak "sinir bilim" çalışmalarının önünü açmıştır (Er, 2004). Pavlov, klasik koşullanma deneyinde belirli bir sayıda tekrar ile köpeklerin koşulsuz uyarıcı et ile koşullu uyarıcı zil arasındaki bağlantıları öğrenmesinin ardından onlara sunduğu birden fazla uyarıcı arasındaki benzerliği arttırarak ayırt etme davranışı göstermelerini zorlamıştır. Bu durumda köpeklerde meydana gelen huzursuz ve saldırgan davranışları nevroz olarak değerlendiren Pavlov, öğrenmenin tersine çevrilmesi yoluyla bu nevroitik tepkilerin sistematik bir şekilde yok edilebildiğini de göstermiştir. Daha sonra insanlar üzerinden yürütülen deneylerle test edilmiş olan bu olgu, sindirim sistemi ile duygular arasındaki bağlantılara dair açıklamalar sunması sebebiyle de zihin-beden anlayışı açısından da önemli bir noktada yer almaktadır (Girdano ve ark., 2005). Pavlov'un davranışın şekillendirilmesine ilişkin bu bakış açısı, John Braodus Watson'ın (1878-1958) davranış incelemenin nesnel bir yolunu öğrenmesini ardından da köklü bir ekolün başlangıcı olarak davranışçılığı ilan etmesini sağlamıştır (Er, 2004). Ancak, zihinsel mekanizmaların davranışlar üzerinden ölçümlemesi ve gözlemlenmesine ilişkin bu türden bir nesnellik vurgusunun pek çok açıdan psikolojideki kartezyen düalistik anlayışın gücünü arttırmasına neden olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte davranışçılıkla birlikte gözlemlenebilir ve ölçümlenebilir ögelere ilişkin vurgunun Walter Bradford Cannon'nın 1920'lerde sempatik sinir sistemi aracılığıyla ortaya koyduğu "kaç-savaş reaksiyonu" tanımlaması ile devam ettiği görülmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2000). Ona göre stres, organizmanın yaşamsal uyumu olarak görülen "homeostazinin" bozulmasına dair bir tehlike algıladığında ortaya çıkan bir kaç-savaş reaksiyonudur (Greenberg, 2017). Ancak zihin-beden etkileşimi açısından bu kuramın daha da önemli olması duyguların fizyolojik süreçler üzerindeki etkisini ortaya koyan Cannon-Bard duygu teorisi ile olmuştur (Cannon, 1927). Bu teori duygusal uyarının öncelikle talamusta işlendiğini ardından da serebral kortekse ve hipotalamusa gönderildiğini öne sürmektedir. Bu bağlamda hipotalamusa gelen duygusal uyarın otonom sinir sistemi aracılığıyla bedensel reaksiyonlara kortekse gelen duygusal uyarın burada uyarının anlamına ilişkin üretilen mesajların da tesiriyle bilinçli duygu deneyimine dönüşmektedir (Kandel ve ark., 2000).

20. yüzyılın ilk yarısında zihin-beden bütünlüğüne yönelik gelişmelerin psikogenez kanadına tekrar dönüldüğünde ise karşımıza klasik psikanalizin konuya ilişkin bakışını bazı açılardan zenginleştirmeyi başarmış Sandor Ferenczi ile onun öğrencisi Alexander gibi kuramcılar çıkmaktadır. Bu anlamda organik hastalıkların psikanalizi konusunda çalışmalara sahip Sandor Ferenczi'nin 1926 yılında yayımladığı "Organ Nevrozu ve Tedavileri" isimli makalesi oldukça önemlidir. Organ nevrozları arasında en bilinenin nevrasteni olduğunu düşünen Ferenczi, bu klinik görüngüde problemin kaynağının organların normal fonksiyonlarındaki fizyolojik bozulmalara dayandığını öne sürmektedir (Bronstein, 2012). Etiyolojik açıdan nevrastenin histeriden farklı olduğunu düşünse de her durumda bu ikisini birbirinden ayırmanın çok mümkün olmadığını ifade ederek aslında birlikte görülebilecek durumlarına ve aralarındaki ilişkiye de ışık tutar görünmektedir (Ferenczi, 2019).

Bu anlamda bahsedilmeyi hak eden bir başka araştırmacı ise psikosomatik tıbbın ve Chicago okulunun kurucusu Franz Alexander'dır. Tıpta psikolojik ve somatik faktörlerin bir arada ve eş zamanlı incelenmesi gerektiğine dair fikirleriyle ön plana çıkan Alexander bütün hastalıkların özünde psikosomatik olduğunu iddia etmektedir (Alexander, 1939). Ona göre her duygulanımın kendine ait fizyopatolojik

bir yolu bulunmaktadır. Literatürde özgüllük olarak tanımlanan bu bakış açısı; ağlama, kızarma, gülme gibi duygunun bedensel ifadeleri ile yeme, uyuma gibi vejetatif fonksiyonların, bilinçdışı çatışma türü ile somatik reaksiyon ve davranışların birbiriyle ilişkili olduğu fikrine dayanmaktadır (Bronstein, 2012). Alexander'ın zihin-beden bütünlüğüne vurgu yapan bu fikirleri onun çalışmalarının belirli kişilik yapılanmalarının belirli hastalıklara daha meyilli olup olmadığını test etmeye doğru kaymasını sağlamıştır (Tunaboğlu-İkiz, 2005). Daha sonraları daha spesifik olarak astım, hipertansiyon, ülser, kolit ve romatoid artrit gibi hastalıkların psikosomatik yönleri üzerine çalışan Alexander'ın bu hastalıkları çalışırken bir psikanaliz takipçisi olarak bilinçdışı argümanlara başvurduğu; ancak bilinçdışı malzemenin temelini Freud gibi cinsellik olarak görmek yerine duygular olarak gördüğü dikkati çekmektedir (Alexander, 1962). Alexander'ın bilinçdışı malzemenin temelinde duygusal çatışmaların yattığı fikri pek çok psikanalist tarafından psikanalize değil de psikolojiye bağlı bir kuram yarattığı gerekçesiyle eleştiriliyor olsa da bu durumun Alexander'ın psikosomatik anlayışının çok daha geniş kitlelerce kabul edilip tıp sistemini derinden etkilemesinin önünü açtığı da söylenebilir (Smadja, 2011).

Sonuç olarak bu yüzyılın ilk yarısının; Freud'un tam anlamıyla inşa ettiği psikanaliz ile gerek histeriye gerekse organları etkileyen hastalıklara yönelik ortaya attığı “psikonevroz” ve “aktüel nevroz” ayrımını yapmasıyla; Pavlov'un hayvanlar üzerinden yürüttüğü deneylerle ortaya koyduğu nevroz olgularının davranışçı yöntemlerle tedavi edilebileceğine ilişkin bakış açısı ile; Cannon'ın psikolojide gözlemlenebilir olgulara dair vurgusuyla ve sempatik sinir sistemi aracılığıyla ortaya koyduğu stres anlayışı ile; Ferenczi'nin organik hastalıkların psikanalizi ile ön plana çıkardığı “organ nevrozu” tanımlamasıyla; ve son olarak Alexander'ın psikolojik ve somatik faktörlerin bir arada değerlendirilmesi fikrinden hareketle belirli kişilik yapılanmalarının belirli Psikosomatik Hastalıklara dair bir “yatkınlık” yarattığına dair fikirleriyle psikosomatik alanının daha sonra geçireceği önemli dönüşüm sürecinin ilk durağı olduğundan söz edilebilir.

1.1.5. 20. Yüzyılın İkinci Yarısı

20. yüzyılın ikinci yarısı özellikle akademik ve tıbbi ilginin duyguların beden üzerindeki etkisinden hastalıklar üzerindeki etkisine yönelmesi eğiliminin daha net hissedilmeye başlandığı bir periyod olarak dikkati çekmektedir (Lipowski, 1984). Bu dönemde, organik (biyolojik) tıbbın, insan bedeni üzerindeki psikolojik etkilere dair fizyolojik mekanizmaları ortaya koyma çabaları psikosomatik/somatizasyon çalışmaları için çok önemli bir dönüm noktası olarak görülen psikofizyoloji alanının doğmasını sağlamıştır (Jacob ve ark., 2015). Buna Hans Selye'nin (1907-1982) endokrinoloji mantığıyla öne sürdüğü “Genel Adaptasyon Sendromu” ve daha yakın dönem olarak da merkezi sinir sistemi ile immün (bağışıklık) sistem arasındaki bağlantı ve ilişkilerin sağlık üzerindeki etkilerini ortaya koyan yeni bir alan olarak “psikonöroimmünoloji” çalışmaları önemli örnekler olarak gösterilebilir (Ackerman ve DiMartini, 2015). Ayrıca bu 50 yıllık periyotta zihin-beden bütünlüğü anlayışının iyiden iyiye kendini hissettirmesi akademi ve klinik anlamda George Libman Engel'in (1913-1999) hasta ve hastalığın bütüncül yönüne vurgu yaparak tıbbi bakış açısını derinden etkilediği “biyopsikososyal modelini” ortaya koymasının önünü açmıştır (Furst, 2012; Kaçmaz, 2006). Öte yandan bu dönemin APA'nın “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının” (DSM) altı farklı versiyonunun neredeyse 50 yıla yayılan bir süreçte ortaya çıkışını barındırmasıyla psikosomatik alanının dönüşümünün ivmelenmesini sağladığından da bahsedilebilir (Desai ve ark., 2018). Bu bağlamda bu bölümde yukarıda sayılan önemli gelişmelerin psikosomatik literatürünü nasıl şekillendirdiğinin mantıksal bir dizge içerisinde aktarılmasına odaklanılacaktır.

20. yüzyılın ikinci yarısında psikosomatik alanının yaşadığı dönüşümü doğru bir şekilde aktarabilmek adına bahsedilmesi gereken ilk nokta APA'nın DSM versiyonlarına dayanmaktadır. Psikosomatik alanında gerçekleşen önemli gelişmelere rağmen bu periyotta yayımlanan altı farklı DSM versiyonunun tamamına bakıldığında bunların tanı isimlerinin hiçbirinde “psikosomatik” terminolojisinin kullanılmadığı dikkati çekmektedir. Bunda ise APA'nın ayırıcı tanıyı keskin bir şekilde gerçekleştirebilmek adına kullandığı mantığın etkili olduğu söylenebilir (Furst, 2012).

Dolayısıyla klinik pratik için çeşitli zihinsel ve duygusal bozuklukların karakteristik özelliklerini ve ayırım noktalarını net bir şekilde belirlemeye çalışan APA'nın bu periyotta ortaya koyduğu tanısal sistemlerde psikolojik kökenlerin ve sebeplerin merkezde olmadığı görülmektedir.

Bu anlamda APA'nın yayımladığı ilk iki DSM versiyonunun (APA, 1952; APA, 1968) gerek kısa oluşları (sırasıyla 130 ve 134 sayfa) gerekse terminolojilerini şekillendiren felsefeleri açısından birbirine oldukça benzediği dikkati çekmektedir (Furst, 2012). Psikosomatik bozukluklar DSM-I'de "Net Olarak Tanımlanabilen Fiziksel Bir Sebebin Ya Da Beyinde Yapısal Bir Değişimin Yokluğunda Psikojenik Kökenli Bozukluklar" ana başlığı altındaki iki farklı tanı ile kendine yer bulmaktadır: "Psikofizyolojik Otonom ve Viseral (İç Organlarla İlgili) Bozukluklar" ve "Psikonörotik Bozukluklar". Bu noktada APA "Psikofizyolojik Otonom ve Viseral Bozukluklar" tanı grubundaki terminolojiyi şu şekilde açıklamaktadır: "Viseral Bozukluklar terimi, belirli bir durumdan ziyade tıp disiplinin genel bakış açısına işaret ettiğinden 'Psikosomatik Bozukluklar' tercihiyle kullanılmaktadır" (APA, 1952). Bu tanıda bahsedilen "psikofizyolojik" reaksiyonlar "bilince çıkması engellenmiş duygunun viseral ifadeleri" olarak görülmektedir (Drinka, 1984). Psikofizyolojik görünümlerin bilinçdışı duygular için alternatif bir çıkış yolu olarak değerlendirildiği bu ifadelere yakından bakıldığında net bir Freudyen etkiden bahsetmek zor olmasa da DSM-I'in semptomların sembolik değil fizyolojik yanlarına vurgu yaparak kendi içinde önemli bir çelişkiyi barındırdığı düşünülmektedir (Furst, 2012). DSM'nin bu versiyonunda Psikosomatik Bozukluğun tanımlandığı ikinci tanı Freud tarafından önemli bir psikosomatik görüngü olarak tanımlanan "konversiyon reaksiyonlarını" içeren "Psikonörotik Bozukluklar"dır (APA, 1952). Anksiyete temelli olarak ele alınan bu bozukluk DSM-I'de "genellikle istemli kontrol altındaki beden bölümlerini ya da organları etkileyerek fonksiyonel semptomlara dönüştürülür" ifadesi ile tanımlanmaktadır (APA, 1952). Bu noktada cümledeki "dönüştürülür" ifadesinin Freudyen bakış açısının tanısal sisteme taşınmasında kritik bir rolü olduğu vurgulanmaktadır (Furst, 2012).

Öte yandan 1968 yılında yayımlanan DSM-II’de, tanımlamalarda kullanılan “reaksiyon” teriminden vazgeçmek dışında psikosomatik anlamında selefinden önemli bir farklılığı barındırmamaktadır (APA, 1968). Psikosomatik semptomatolojiye DSM-I’den daha kısa bir bölüm ayrılan bu versiyonda “Psikofizyolojik Bozukluklar” tanısı “büyük oranda psikojenik kökenli fiziksel bozukluklar” olarak tanımlanmaktadır (APA, 1968). Nevrozlara ilişkin tanımlamaların ön plana çıktığı DSM-II’de, “Konversiyon Tipi Histerik Nevrozun” “otonom sinir sisteminin aracılığıyla ortaya çıkan Psikofizyolojik Bozukluklardan ayrılması gerektiği” ifade edilmektedir (APA, 1968). Bu bölümde nevrasteninin “nevrastenik nevroz” olarak tanımlandığı dikkati çekse de bu durum DSM-II’nin selefi ile benzerliğinin farkından çok daha büyük olduğu gerçeğini değiştirmemektedir (Furst, 2012).

Yukarıdakilere ek olarak 20. yüzyılın ikinci yarısı özellikle 1970’lerden başlayarak tıp bilimi ve hastalık patolojisi anlayışımızda devrim yaratan immünolojideki gelişmelere de şahit olmuştur (Coats ve Feldman, 1996). Bu evrede immün yanıtın karmaşık, genetik ve büyük ölçüde özerk olduğu bulunmasına rağmen, hipotalamik bozuklukların da immün reaksiyonları değiştirebileceği ortaya konmuştur (Altınbilek, 2015). Bu bakışa göre stres reaksiyonları ve onunla ilişkili duygular bağışıklık fonksiyonunu değiştirebilen ve potansiyel olarak hastalığa katkıda bulunabilen önemli faktörlerin başında gelmektedir (Ackerman ve DiMartini, 2015). Bununla birlikte bu süreçte hastalık üzerindeki anlamlarımızı şekillendiren bir başka gelişme ise Ader ve Cohen’in sonuçlarını 1975 yılında yayımladıkları ve klasik koşullanma ilkelerine göre gerçekleştirdiği deneye dayanmaktadır. Bu deneyde araştırmacılar farelere bağışıklık sistemini baskılayıcı bir ilacı şekerli suyla karıştırarak vermişler ve bu karışımı içen farelerin bağışıklık sisteminde anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. İlk aşamadan bir süre sonra deneyde kullanılan farelerin bağışıklık düzeylerinin normale dönmesinin ardından aynı farelere bu kez sadece şekerli su içeren karışım verilmiş ve bağışıklık fonksiyonlarında yine anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Bu sonuç araştırmacılar tarafından farelerin bağışıklık sistemlerinin şekerli suya tepki vermeyi “öğrendikleri” şeklinde yorumlanmıştır. Dolayısıyla bu bulgu beyin ile bağışıklık sisteminin birbirine etki edebilen yapılar olduğunu kanıtlar niteliktedir (Ader, 1981). Bu bağlamda yukarıda ifade edilen gelişmelerle

“psikonöroimmünoloji” olarak ifade edilen yeni bir alanın doğmasının önü açılmıştır (Pariante, 2015).

Diğer yandan “psikonöroimmünoloji” gibi zihin ve bedeni çoklu sistemler üzerinden değerlendiren bir anlayışa dair ilk doğurguların George Engel’in (1913-1999) “biyopsikososyal” modelini 1977 yılında ortaya atmasına elverişli bir zemin sağladığından bahsedilebilir (Engel, 1977; Lutgendorf ve Costanzo, 2003). Bu model Engel’in dogmatik, indirgemeci ve düalistik” olarak adlandırdığı; ancak tıp sistemindeki yerini sağlamlaştırmış “biyomedikal” anlayışın karşısında yer almaktadır (Leigh, 2007). Biyopsikososyal model hastalığın birbirini etkileyen üç farklı yönüne vurgu yapar; “biyo” hastalığın biyolojisine ve sağlıkla ilişkili yönlerine göndermede bulunurken, “psiko” hastalığa etki eden kendine değer verme, hastalıkla baş etmeye ilişkin öz etkinlik inancı ve duygular gibi faktörlere; “sosyal” ise hastalığın oluştuğu ve yaşandığı sosyal bağlama göndermede bulunmaktadır (Beder, 2013; Zengin, 2011). Her ne kadar tıp pratiğine yansımaları için uzun yıllar gerekecek olsa da Engel’in hastalıklara ilişkin bu bütüncül modelinin klinisyenler arasında yaygın bir kabul görerek psikosomatik alanının gelişimine en önemli katkılardan birini sunduğu düşünülmektedir (Novack ve ark., 2007).

Ek olarak bu önemli gelişmelerle paralel zamanlara denk gelmesine rağmen içerik açısından gerek psikonöroimmünoloji gerekse de biyopsikososyal modelin bütüncül anlayışının gerisinde kalan APA’nın 1980 yılında DSM-III’ü yayımlaması dikkate değer bir başka noktadır (APA, 1980). DSM-III’te somatizasyona yönelik tanımlar “Somatoform Bozukluklar” (SMB) ana tanı grubunun altındaki “Somatizasyon Bozukluğu” (SB), “Psikojenik Ağrı Bozukluğu”, “Hipokondriyazis” ve “Atipik Somatoform Bozukluk” olmak üzere dört tanı ile ele alınmaktadır (APA, 1980). Bu DSM versiyonunda SMB ana tanı grubunun en yaygın görülen formu olarak önerilen SB tanısı aslında DSM öncesi dönemlerde histeri olarak ifade edilen klinik görüngüyü de kapsamakta; ancak bu tanı kriterlerinin ortaya konmasında Paul Briquet’in kriterleri temel alınmaktadır (Desai ve ark., 2018). Bu kriterlere göre DSM-III’te SB tanısı 37 somatoform semptomun erkeklerde 12’sinin kadınlarda ise 14’ünün görülüyor ve söz konusu semptomların tıbben açıklanamıyor olması durumlarının karşılanması

gerektirmektedir. Freudyen terminolojiden yavaş yavaş vazgeçildiği görülen DSM-III'te DSM-II'deki histerik nevrozun ve hipokondriyak nevrozun SMB ana tanı grubuna dahil edilen sırasıyla Konversiyon Bozukluğu ve Hipokondriyazis gibi yeni tanıların içerisine dahil edildiği dikkati çekmektedir. Ek olarak SMB ana tanı grubunun oluşturulmasıyla Psikofizyolojik Bozukluklar terminolojisinden tamamen uzaklaşılan DSM-III'te sadece bir sayfalık açıklamayla “Fiziksel Durumu Etkileyen Psikolojik Faktörler” isimli yeni bir tanının ortaya konduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu durum psikosomatik anlayışın APA'nın tanısai sistemine ilk kez girmesi şeklinde de yorumlanabilir gözükmektedir (Oken, 2007). Psikosomatik ve somatizasyona bakış açısından majör bir değişikliğin sunulmadığı DSM-III-R'nin (APA, 1987) ardından 1994 yılında yayımlanan DSM-IV'teki (APA, 1994) SB tanısında “tıbben açıklanamayan semptom” anlayışının sürdüğü; ancak ilgili tanıda yer alan semptomların tarif edildiği B tanı kriterinin dört ağrı, iki gastrointestinal, bir cinsel ve bir psödonörolojik semptomun mevcudiyeti ile güncellendiği dikkati çekmektedir (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1. DSM-IV Somatizasyon Bozukluğu Tanı Kriterleri¹

- A.** Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması.
- B.** Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir semptom bu hastalığın gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.
- 1-Dört ağrı semptomu:** En az dört ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması (örneğin baş, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstruasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında).
- 2-İki gastrointestinal (mide-bağırsak) semptom:** Ağrı dışında en az iki gastrointestinal semptom öyküsünün bulunması (örneğin bulantı, şişkinlik, gebelik dışında kusma, diyare ya da birçok yiyeceğin dokunması).
- 3- Bir cinsel semptom:** Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili semptom öyküsünün olması (örneğin cinsel ilgisizlik, erektile ya da ejakulatuvar işlev bozukluğu, menstruasyonların düzensiz olması, aşırı menstrüel kanama, gebelik boyunca kusma).
- 4- Bir psödonörolojik semptom:** Ağrıyla sınırlı olamayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunması (örneğin koordinasyon ya da denge gibi konversiyon semptomları, paralizisi ya da belirli bir bölgede güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, varsanılar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırılık, katılmalar, amnezi gibi disosiyatif semptomlar; bayılma dışında bilinç yitimi).
- C.** Aşağıdakilerden ya (1) ya da (2) vardır:
- 1.** Yeterli bir incelemeden sonra B ölçütündeki semptomların hiçbirisi bilinen genel bir tıbbi durum ya da bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz.
- 2.** İlişkili genel bir tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bir bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.
- D.** Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkarılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.

¹KÖROĞLU, E.: 1995 Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

DSM-IV’te; DSM-III ve DSM-III-R’de yer alan “Fiziksel Durumu Etkileyen Psikolojik Faktörler” (Psychological Factors Affecting Physical Condition) tanısının isminin “Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Faktörler” (Psychological Factors Affecting Medical Condition) şeklinde revize edilerek söz konusu tanının “Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar” (Other Conditions That May Be A Focus of Clinical Attention) ana tanı grubuna alınması haricinde klinik somatizasyona ve psikosomatiğe dair başka herhangi bir revizyon yer almamaktadır (APA, 1994). DSM-IV’ten önemli farklılıklar barındırmayan DSM-IV-TR’de (APA, 2000) de klinik somatizasyonun büyük oranda “SMB” ana tanı kategorisindeki yedi tanı ile ortaya konduğu dikkati çekmektedir. Bu tanılar SB, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriyazis, Beden Dismorfik Bozukluk, Ağrı Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk’tur. Daha önce ifade edildiği üzere bu DSM versiyonunda “SMB” ana tanı kategorisindeki ölçütlerde semptomların “tıbben açıklanamıyor” oluşu bir ön koşul olarak yer almaktadır. Böyle bir bakış açısının temel noktaları aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

1. Zihin ve beden birbirinden bağımsız olarak işlediğinden herhangi bir semptomun salt psikolojik ya da salt fizyolojik mekanizmalarla açıklanmasında herhangi bir sorun yoktur.
2. Hastalıklara yönelik fizyolojik açıklama ve tedaviler psikolojik olanlara kıyasla daha doğru ve geçerli olmalıdır (Kirmayer ve Taillefer, 1997; akt. Duruk ve Sertel-Berk, 2019).

Özetle, psikosomatik ve somatizasyon anlayışında 20. yüzyılın ikinci yarısı itibariyle gerek bu klinik görüngülere yaklaşım gerekse tanısal anlamda geline noktanın bütüncül anlayıştan uzak olduğu söylenebilir. Dolayısıyla bu yüzyılın sonunun tıbbi yaklaşım açısından 17. yüzyılda Rene Descartes tarafından ortaya konan ve zihin-beden düalizmine dayanan anlayışın izlerinden kurtulamadığı ve bu durum sebebiyle doğası gereği çok disiplinli (multidisipliner) bir şekilde ele alınması gerekli ilgili klinik görüngülerin anlaşılmasının ve ele alınmasının zorlaştığı söylenebilir (Bunge, 2010).

1.1.6. 21. Yüzyıl ve DSM-5'te Bedensel Belirti Bozukluğu

Bu bölümde 21. Yüzyılın başından bu çalışmanın gerçekleştiği yıl olan 2020'ye kadarki süreçte psikosomatik ve somatizasyon alanlarında gerçekleşen değişimler özellikle 2013 yılında yayımlanan DSM-5 (APA, 2013) ile somatizasyon alanında yapılan önemli revizyonları içeren “Bedensel Belirti Bozukluğu” (BBB) kapsamında ele alınacaktır. Bu yüzyılda psikiyatrik ve tıbbi hastalık ve bozukluklara bakış açısı özellikle teknolojik gelişmeler sebebiyle gerek terminolojik gerekse klinik görüngülerin ele alınması açısından şimdiye kadar olmadığı kadar hızlı bir değişime maruz kalıyor gözükmemektedir. Dolayısıyla bu bağlam somatizasyona bakışta 21. Yüzyılın ilk çeyreğinin ilk 7-8 yılı ile son 10 yılının birbirinden dramatik bir şekilde ayrılmasının sebeplerini de ortaya koyar niteliktedir.

DSM-5 BBB tanısı ve anlayışını daha doğru ortaya koyabilmek 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ortaya çıkmaya başlayan biyokimya ve patofizyoloji gibi temel bilimlerin alana sunduğu katkılar kadar, soru işaretlerinin de anlaşılmasını gerekli kılmaktadır. Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren önemli gelişmeler kaydeden biyomedikal tıp teknolojisi ile zihinden bedene doğru kaymaya başlayan tıp anlayışı biyokimyasal faktörlerin incelenmeye başlanmasına neden olmuş ve bu durum biyokimyasal mekanizmaların baskın anlayış olarak ruh sağlığı alanında da kullanılmasının önünü açmıştır (Furst, 2012). Nitekim biyomedikal tıp anlayışı uzun süre ayın evrelerinden de etkilenen psikolojik bir hastalık olarak görülen epilepsi tablosunda bunu başarmış ve epilepsinin bir beyin hastalığı olarak görülmesini sağlamıştır (Hirose, 2013). Ancak zihin ile beden etkileşimiyle ortaya çıkan çoğu bozukluk ve hastalık için tablo daha az belirgin kalmıştır. Zira pek çok durumda duygusal faktörlerin hastalığın etiolojisinde rol oynadığı öne sürülen patolojik mekanizmaları doğrudan etkileyebildiği bulgulanmıştır. Örneğin uzunca bir süre psikosomatik bir görüngü olarak kabul edilen peptik ülserle ilişkin biyomedikal tıbbın bulduğu *Helikobakter pilori* bağlantısı bu hastalığın sadece bir enfeksiyon sebebiyle oluştuğu fikrini doğurmuştur. Ancak biyopsikososyal bakışla gerçekleştirilen güncel çalışmalar peptik ülserin açıklanmasında bu patofizyolojik mekanizmanın tek başına

yeterli olmadığını ve bu tanıya sahip hastaların %17 ila %50 arasındaki bir bölümünün yaşadıkları stresten doğrudan etkilendiğini ortaya koymuştur (Levenstein, 2000).

Bunlarla birlikte bilimsel olarak ikna edici hipotezlerden yararlanarak zihin ve beden arasındaki bağlantıyı yeniden tanımlama çabaları şu ana kadar başka kesin sonuçlar vermiştir. Örneğin stres hormonları organizmanın özellikle yaşamsal tehdit hissettiği kısa vadede bedenin “savaşa” topyekûn hazır olmasını sağlayarak son derece önemli bir reaksiyon zinciri meydana getirirken uzun vadede sağladığı “kanın yapışkanlığına” yaptığı etkilerden bağışıklık sisteminin bozulmasına, tümörlerin daha hızlı büyümesine, beyin hasarına ve demansa; “kanın pıhtılaşmasına” yaptığı etkiler ile de kalp krizine ya da felce yol açabilmektedir (Sapolsky, 2008). Öte yandan zihin ve beden arasındaki bağlantıya yönelik diğer bazı çalışmalarda ise sempatik sinir sisteminin aşırı uyarılmasının kanıtı olarak tükürük ve idrarda ortaya çıkan norepinefrin konsantrasyon seviyelerinin düşük bağışıklık yanıtlarına neden olduğu bulgulanmıştır (Furst, 2012). Ayrıca somatizasyon/psikosomatik konusunda henüz tam olarak nasıl çalıştığına dair kesin bulgular olmasa da serotonin çalışmaları da oldukça popülerdir. Ancak duyguların oluşumunun sadece nöroendokrin sistem temelli haritalandırılmasının tam olarak yapılamadığı da açıktır (Asaad, 2013). Her ne kadar Obsesif-Kompulsif Bozukluk ile Depresyon ve Anksiyete dahil olmak üzere bazı bozuklukların oluşumunu açıklamak üzere bilimsel kanıtlar doğrultusunda serotonin ve dopamin gibi biyokimyasal tetikleyiciler öne sürülse de Psikosomatik/Somatizasyon Bozuklukları için durum bundan oldukça uzaktır (Karlıoğlu ve Yüksel, 2007; Uzbay, 2004). Bu sebeple biyokimya ve patofizyoloji alanları açısından Psikosomatik Hastalıkların ve Somatizasyon Bozukluklarının halen zihinden bedene hala anlaşılmayan bir sıçramayı temsil ettiği söylenebilir (Furst, 2012).

Psikosomatik Hastalıklar ve Somatizasyon Bozuklukları için salt biyokimya ve patofizyoloji gibi temel bilimlere odaklı gerçekleştirilen çalışmalardan istenilen sonuçların alınamaması, psikiyatri ve tıbbi başka bir açıklama çabasına yönlendirmiştir. Duruma psikiyatrik tanılama anlamında yaklaşıldığında ise 21. Yüzyılın başından itibaren DSM-IV-TR’den (APA, 2000) gelen somatizasyon

anlayışına yönelik şiddetli tartışmalarla sürdürülen anlayış farklılıklarına rağmen bu bozukluğa ilişkin yeni bir formülasyona ihtiyaç duyulduğu noktasında literatürün güçlü bir mutabakat sağladığı söylenebilir (Kroenke, 2006). Bu beklenti ise kendine APA'nın 2013 yılında yayımladığı DSM-5 BBB tanısı ile karşılık bulmuştur (Kroenke ve ark., 2007). Ancak DSM-5 BBB tanısını doğru anlayabilmek genel anlamda DSM-5'in kurulum sürecinin ardındaki bağlam ve amaçların doğru anlaşılmasından geçmektedir. Genel itibariyle DSM-IV-TR'deki eksiklikleri güncel bilimsel ve klinik kanıtlar çerçevesinde gidermeye odaklanan DSM-5'in en önemli önceliğinin hasta, klinisyenler ve araştırmacılar için daha kullanılabilir ve kabul edilebilir bir sistem sunabilmek olduğu söylenebilir (Regier ve ark., 2013).

Bununla birlikte DSM-5'in geliştirilmesi aşamasında 13 ülkeden psikiyatri, psikoloji, nöroloji, pediatri, aile hekimliği, epidemiyoloji, araştırma metodolojisi ve istatistik alanlarında 400 uzmanın ve "Dünya Sağlık Örgütü" (World Health Organization-WHO) "Zihinsel Sağlık ve Madde Kötüye Kullanımı Bölümü" (Division of Mental Health and Substance Abuse), "Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü" (American National Institutes of Health) ve "Araştırma ve Eğitim için Amerikan Psikiyatri Enstitüsü" (American Psychiatric Institute for Research and Education) gibi alanda önemli kurumların katkısıyla 2003 ile 2008 yılları arasında 13 uluslararası konferans gerçekleştirilmiştir (Regier, 2008). Bunların sonucunda nozoloji ve tanı kriterlerindeki belirsizlikleri giderebilmek adına farklı ana tanılar için elde edilen monografiler "DSM-5 Görev Birimi ve Çalışma Gruplarının" (DSM-5 Task Force and Work Groups) kendi önerilerini oluşturmaları için ana taslak oluşturmuştur (Regier ve ark., 2013). APA ve WHO tarafından ortaklaşa üretilen bu monografilerden biri psikiyatrik tanı ve sınıflandırmada uluslararası halk sağlığı konularına odaklanırken, neredeyse diğer bütün monografilerde nozoloji ve değerlendirmede kültürel etmenlere ayrılmış bir bölüm bulunmaktadır. Bunlar arasında en detaylı olanların başında da 2009 yılında Joel E. Dimsdale başkanlığındaki "DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Çalışma Grubu" (DSM-5 Somatic Symptom Disorders Work Group) tarafından oluşturulan ve somatik sendromlarda sosyokültürel faktörlere net bir vurguda bulunan bölüm gelmektedir (Dimsdale ve ark., 2009).

Bu bağlamda DSM-5 BBB özelini detaylandırarak olursak, salt olarak temel bilimlerden beklenen katkının alınamaması sonrası BBB tanısı ile etiyolojiler üstü bir bakışla sunulan yeniliklerin; stigmatizasyonu önlemeye (Rief ve Martin, 2014), terminolojideki belirsizlikleri ve tanımlar arasındaki net olmayan sınırları netleştirmeye, hastalık yaşantılarından çok “tıbben açıklanabilir/açıklanamaz” anlayışını ortadan kaldırmaya, tanının klinik pratikte kullanımını yaygınlaştırmaya ve yüksek komorbidite problemlerine çözümler sunmaya odaklandığından bahsedilebilir (Dimsdale ve Levenson, 2013).

Bu anlamda DSM-5 BBB tanısı ile önce DSM-IV-TR SMB ana tanı grubunda ortaya konan revizyonları kısaca özetlemek gerekmektedir. Buna göre SMB ana tanı grubuna ait SB, Hipokondriyazis, Ağrı Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan SB tanımlarının uğradıkları tanısal revizyonlarla ortadan kalktığı; Beden Algısı Bozukluğu tanısının Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar ana tanı grubuna dahil edildiği ve BBB, Hastalık Kaygısı Bozukluğu, Konversiyon (İşlevgören Nöroloji Belirtisi) Bozukluğu, Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler, Yapay Bozukluk ve Tanımlanmış ve Tanımlanmamış olarak iki farklı versiyonu bulunan Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk tanımlarının dahil edilerek “Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar” (BBBİB) ana tanı kategorisinin oluşturulduğu dikkati çekmektedir. SMB ve BBBİB ana tanı grupları altında yer alan tanımlar karşılaştırmalı bir şekilde Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. DSM-IV-TR SMB ve DSM-5 BBBİB Ana Tanı Grupları Karşılaştırması^{2,3}

DSM-IV-TR SMB	DSM-5 BBBİB
Somatizasyon Bozukluğu	Bedensel Belirti Bozukluğu
Konversiyon Bozukluğu	Konversiyon Bozukluğu
Hipokondriyazis	Hastalık Kaygısı bozukluğu
Beden Dismorfik Bozukluk	Yapay Bozukluk
Ağrı Bozukluğu	Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler
Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk	Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk	Tanımlanmamış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

²KÖROĞLU, E.: 2002 Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

³KÖROĞLU, E.: 2014 Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

BBBİB ana tanı grubundaki tanılar stres kaynaklı bedensel belirtilerin ve yaşam işlevselliğindeki bozulmanın görülmesi itibariyle önemli bir ortaklığa sahiptir (APA, 2013). Ayrıca semptomatolojiye kategorik olarak değil de sürekli bir yapı olarak yaklaşan DSM-5 BBB anlayışı bozukluğun şiddetini hafif, orta veya şiddetli olarak derecelendirme konusunda da rehberlik sunmaktadır (Dimsdale ve ark., 2013). Özetle BBBİB ana tanı grubundaki başat tanı olarak BBB’de bedensel belirtiler tıbben açıklanabilirliklerine/açıklanamazlıklarına bakılmaksızın bireylerin ilgili belirtilerle

yaşantıladıkları düşünce, duygu ve davranış temelli ilişkilerinden hareketle değerlendirilmektedir (Jacob ve ark., 2015). DSM-5 BBB tanı kriterleri Tablo 3’de gösterilmektedir (APA, 2013).

Tablo 3. DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Tanı Kriterleri³

-
- A.** Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.
- B.** Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar.
1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
 2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
 3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.
- C.** Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak)
- Varsa belirtiniz:
- Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı Ağrı Bozukluğu):** Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.
- Varsa belirtiniz:
- Süregiden:** Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.
- O sıradaki ağırlığını belirtiniz:
- Ağır olmayan:** B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.
- Orta derecede:** B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.
- Ağır:** B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır.
-

³KÖROĞLU, E.: 2014 Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Sonuç olarak, tıp ve psikiyatrinin 21. yüzyılın geride bıraktığımız ilk 20 yılında somatizasyon/psikosomatik alanlarına bakışının önce genel tıp sisteminin düalistik anlayışı dolayısıyla salt patofizyolojik ve biyokimyasal açıklamaları temel alarak DSM-IV-TR SB tanısına “tıbben açıklanabilir/açıklanamaz” gibi etiyolojik bir ayrımla yaklaşılmasına sebep olduğunu; ancak daha sonra 20. yüzyılın sonlarından itibaren özellikle somatizasyonda/psikosomatikte düalistik anlayışa yönelik yüksek sesle dile getirilmeye başlanan eleştirilerin sonucu olarak “etiyolojiler üstü bir bakışla” DSM-5 BBB anlayışını ortaya koyması ile yönünü tekrardan zihin-beden bütünlüğü anlayışına çevirdiği söylenebilir (Regier ve ark., 2013).

1.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Çalışmaları

Bu alt bölümde öncelikle BBB tanısına ve BBB'ye yönelik tanısal ölçüm araçlarına dair geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ardından BBB tanısının kültürel kodlarla etkileşimine ve son olarak da bu çalışmanın amaç ve hipotezlerine yer verilecektir.

1.2.1. Tanının Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar

1.2.1.1. Geçerliğe İlişkin Çalışmalar

Bu bölümde somatizasyon alanında ortaya koyduğu yenilikçi bakış açıları ve revizyonlarıyla BBB tanısının geçerliğine ilişkin çalışmalar ve görüşler özetlenecektir. Bu amaçla önce DSM-5 ve DSM-IV'ün genelini kapsayan geçerlik görüşlerine, ardından DSM-5 BBB tanısının geçerliğinin DSM-IV SMB ve SB tanılarıyla kıyaslanmasına, son olarak da spesifik bir şekilde DSM-5 BBB tanısal kriterlerinin geçerliğine ilişkin görüşlere değinilecektir.

DSM-5 BBB tanısının geçerliğine ilişkin değerlerin doğru anlaşılabilmesi öncelikle DSM-5'in geneline yayılan geçerlik anlayışından bahsetmekten geçmektedir. Bu bağlamda yapılan bir değerlendirmede karşımıza çıkan ilk gelişme DSM-5'in oluşturulması aşamasında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) ile APA'nın sağladığı mutabakattır (Regier ve ark., 2013). WHO'nun 1992 yılında yayımladığı Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10.

Versiyon (ICD-10) katı bir bakışla sunduğu kriterler ile araştırmayı daha ön planda tutan bir anlayışa sahipken aynı kurum tarafından 2018 yılında yayımlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11. Versiyon (ICD-11) ise ayrı araştırma kriterleri sunmadan daha genel klinik tanımlamalar ve kılavuzlar sunan bir kodlama dizgesi olmasıyla dikkat çekmektedir (Regier ve ark., 2013). APA ile WHO arasında gerçekleştirilen iş birliği ise Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health) destekli konferanslar ve bir dizi “uyum toplantıları” ile DSM-5 ve ICD-11’in revizyonlarını birbirine paralel gerçekleştirerek ortak bir araştırma ve kavrayış zemini geliştirme çabasına dayanmaktadır. Her ne kadar bu iki tanılama ve kodlama sisteminin çıkış tarihleri farklı olsa da DSM-5 geliştiricileri ortaya koydukları tanı ve kriterlerin ICD-11 ile uyumluluğu noktasına büyük önem vermişlerdir. Bu bilgiler ışığında söz konusu çabaların DSM-5’in geneline ilişkin geçerliğini arttırmaya yönelik hamleler olarak yorumlanması mümkündür (Mayou, 2014). BBB tanısına ilişkin DSM-5 ile ICD-11 tanısal sistemlerinin içerikleri karşılaştırmalı bir şekilde Tablo 4’te sunulmaktadır.

Tablo 4. Somatizasyon Açısından DSM-5 İle ICD-11 Karşılaştırması⁴

	DSM-5	ICD-11
İsim	Bedensel Belirti Bozukluğu (Somatic Symptom Disorder)	Bedensel Endişe Bozuklukları (Bodily Distress Disorders)
Tanı Kriteri	Sıkıntı veren bir ya da birden çok bedensel belirti Sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar Sağlık arayışı	Sıkıntı veren bir ya da birden çok bedensel belirti Semptomlara ilişkin artmış dikkat Klinik değerlendirme sonrası yapılan açıklamalarla rahatlayamama
Niteleyici	Ağrı Süreçlilik	Yok
Somatoform Bozukluk Alt Kategorileri	Kaldırıldı	Kaldırıldı
Hipokondriyazis	İsmi “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” olarak değiştirildi	“Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” ana tanı grubuna dahil edildi
Şiddet	B tanı kriterinde yer alan semptomların sayısına dayanan ağır olmayan, orta derecede ve ağır şeklinde	Yaşamsal işlevsellik üzerinde etkili meşguliyet ve süreçlilik odaklı

⁴DESAI, G., SAGAR, R., CHATURVEDI, S.K.: 2018 “Nosological Journey of Somatoform Disorders: From Briquet's Syndrome to Bodily Distress Disorder”, Indian Journal of Social Psychiatry, 34/5, 29.

Tablo 4’te görüldüğü üzere DSM-5’ten birkaç yıl sonra yayımlanan ICD-11’in ilgili tanıyı isimlendirmesi farklı olsa da ana tanının A kriteri olan “Sıkıntı veren bir ya da birden çok bedensel belirti” noktasında bire bir uyum içerisinde olduğu dikkati çekmektedir. İlgili tanının ICD-10 versiyonunun tıpkı DSM-IV’teki bir anlayışla vücudun farklı bölgelerine yayılan belirtilerle karakterize olduğu dikkate alındığında ICD-11’deki bu değişimin DSM-5 odaklılığı daha net görülmektedir (Janca ve ark., 1995). Tabloya bakıldığında her iki sistemin yine hastaların semptomlarıyla ilişkileri ve sağlık anksiyeteleri ile birlikte DSM-IV’te yer alan “Hipokondriyazis tanısı” üzerinde de birbirlerine yakın çizgide yer aldıkları söylenebilir. Bu sistemlerin birbirlerine yakınlığının değerlendirilmesine WHO’nun ICD-11’i özellikle belirti sorgulaması noktasında DSM-5’ten bilinçli bir şekilde ayrıştırarak tanımlamalara ve tanı kılavuzlarına dayanan yapısını korumaya çalışması üzerinden bakıldığında ilgili tanı grubuna ilişkin benzerliğin önemi daha net ortaya çıkmaktadır (Sampogna, 2017).

Öte yandan DSM-5’in genelinin geçerliğine ilişkin önemli bulgulardan birini Mościcki ve arkadaşları (2013) ortaya koymuştur. Araştırmanın örneklemi 154 psikiyatrist, 77 doktoralı klinik psikolog, 111 klinik sosyal araştırmacı, 33 psikiyatri hemşiresi, 126 psikolojik danışman, 113 lisanslı evlilik ve aile terapisti ve yedi yüksek lisanslı klinik psikolog olmak üzere toplamda 621 klinisyen ile onların değerlendirdiği 1269 hastadan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan klinisyenlerin tamamının çalışmanın nasıl gerçekleştirileceğine dair aşamalı bir eğitimden geçtiği çalışmada hastalara DSM-5 odaklı klinik görüşme ve “DSM-5 İle İlgili Değerlendirmeler-Klinik Fayda Ölçeği” (DSM-5 and Related Assessments and Clinical Utility Questionnaire) uygulanmıştır. Sonuçlar klinisyenlerin %46’sının DSM-5’in yetişkin hastalara uygulamasını “fazlasıyla kolaylaştırıcı” bulunduğunu ve yetişkin hastaların %52’sinin ise DSM-5 kriterlerinin klinisyenlerin onları anlamasına “oldukça fazla” katkı sağladığını düşündüklerini ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmadaki önemli bir başka bulgu da klinisyenlerin %57’si ve %18’inin DSM-5’in hastalara uygulamasının DSM-IV’e göre sırasıyla “iyi” ve “çok daha iyi” şeklinde değerlendirilmesidir (Mościcki ve ark., 2013).

İki tanısal sistem olarak DSM-IV ve DSM-5 kıyaslarını somatizasyona doğru daha özelleştirecek olmak DSM-IV SB, Farklılaşmamış SMB ve Ağrı Bozukluğu tanılarını bir arada ya da tek tek ve bunların DSM-5 karşılığı olarak BBB tanısını ele almayı gerektirmektedir. Her ne kadar bu türden bir bakış tek bir olgunun birden çok olguyla kıyaslanması gibi görünse de DSM-5 BBB tanısının kapsayıcılık ve yüksek geçerlik özelliklerine yönelik iddiası düşünüldüğünde doğal bir durum olmaktadır (Dimsdale ve ark., 2013). Bu anlamda “tıbben açıklanamayan belirtili” hastalarla yürütülen çalışmaların ilgili tanıların geçerliklerinin karşılaştırılması noktasında önemli sonuçlar ortaya koyduğu söylenebilir. Buna yönelik önemli örneklerden birini Claassen-van Dessel ve arkadaşları tarafından 2016 yılında 325 tıbben açıklanamayan belirtili hasta üzerinden yürüttükleri çalışma oluşturmaktadır. DSM-IV somatoform grubunu oluşturan SB, Farklılaşmamış SMB ve Ağrı Bozukluğu ile DSM-5 BBB tanılarını karşılayan hastaların frekans dağılımı ve semptom şiddeti açısından karşılaştırıldığı çalışmada katılımcılara semptom şiddeti, fiziksel işlevsellik, anksiyete, depresyon, sağlık kaygısı ve hastalık algılarına ilişkin ölçekler uygulanmıştır (Claassen-van Dessel ve ark., 2016). Elde edilen bulgular hastaların %92.9’unun DSM-IV somatoform grubundan en az bir tanıya ait, %45.5’inin ise DSM-5 BBB tanısına ait özellikleri karşıladığını ortaya koymuştur. Ek olarak bu çalışmada DSM-5 BBB tanısı alabilecek hastaların DSM-IV somatoform gruptan herhangi bir tanıyı alabilecek olan hastalara göre semptom şiddetlerinin daha yüksek olduğu sonucu da elde edilmiştir. Buradan hareketle DSM-5 BBB tanısının DSM-IV SMB tanılarına göre dağılım ve şiddet açısından daha net bir seçicilik gösterdiği söylenebilir.

Somatizasyon açısından DSM-5 ile DSM-IV’ün karşılaştırıldığı bir başka geçerlik çalışması da çoklu bedensel şikâyetle sahip 321 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir (Rief ve ark., 2011). DSM-5’in resmi yayınlanma tarihinden önce gerçekleşmesi sebebiyle APA tarafından yayınlanan DSM-5 taslaklarına göre tasarlanan araştırmada katılımcıların somatizasyon skorları Hasta Sağlık Anketi-Somatik Belirtiler Alt Ölçeği (HSA-SBAÖ, Patient Health Questionnaire 15-item Somatic Symptom Subscale) ile psikolojik özellikleri ve sağlık sistemi kullanımları ise klinisyenler tarafından yapılan görüşmelerle ele alınmıştır. Yürütülen analizler

neticesinde DSM-5 BBB tanısının yaşamı etkileyecek düzeyde disabilite (engellilik) ve tıbbi yardım arayışı gösteren hastaların tespitinde yeterli düzeyde geçerlik gösterdiği bulgulanmıştır. Çalışmada ayrıca DSM-5 BBB tanısına göre katılımcıların %29'unun kronikleşebilecek tıbben açıklanamayan belirtileri ve artmış sağlık sistemi kullanımları ile yüksek risk grubunda yer aldığı; ancak bu katılımcılardan hiçbirinin DSM-IV SB tanı kriterlerini karşılamadığı ortaya konmuştur. Bu sonuçlar araştırmacılar tarafından DSM-5 BBB tanısının DSM-IV SB tanısına göre klinik pratikteki hastaların değerlendirilmesi noktasında daha uygun ve faydalı bir tanı olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Yine DSM-5 taslakları üzerinden oluşturulan bir başka araştırmada Voigt ve arkadaşları (2012) psikosomatik kliniğinde yatan 456 hastayı DSM-IV SMB ve DSM-5 BBB tanıları açısından incelemişlerdir. Buna göre araştırmaya dahil edilen hastaların %56.8'inin SMB ana tanısı altındaki tanılardan en az birini %51.8'inin ise tek başına DSM-5 BBB tanısını karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca DSM-5 BBB tanısını karşılamasına rağmen DSM-IV SMB ana tanı grubundan herhangi bir tanıyı karşılamayan hastaların daha yüksek düzeyde psikolojik bozukluk gösterdiği de çalışmada elde edilen bir başka dikkat çekici bulgu olmuştur. Bir başka ifadeyle özellikle psikolojik bozukluğun şiddeti açısından DSM-5 BBB tanısı DSM-IV SMB tanılarına göre daha doğru bir kapsayıcılık göstermektedir. Ek olarak elde edilen sonuçlara aynı ekibin bir yıllık izlem sonucunda aynı sonucu elde etmesi (Voigt ve ark., 2013) noktasından bakıldığında bu bulgunun DSM-5 BBB tanısının klinik geçerliği hakkında önemli bir bilgi sunduğu ortaya çıkmaktadır. Öte yandan yukarıdaki çalışmalarla ortaya konan DSM-IV SMB tanısının bu zayıf geçerlik durumunun WHO tarafından ICD-10'a (1992) göre 1997 yılında geliştirilen Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1'e (Composite International Diagnostic Interview 2.1-CIDI 2.1) de DSM-IV SMB tanılarının dahil edilmemesi olarak yansdığı da görülmektedir (Kessler ve Üstün, 2004).

Özetle DSM-5'in oluşturulması aşamasında APA ile WHO'nun iş birliğine yönelik çabalarıyla birlikte yukarıdaki türden araştırma sonuçları DSM-5'in klinik pratikteki uygulanışına ilişkin DSM-IV'e göre üstün gelen geçerliğine ve selefinin

yerini almasının sebeplerine işaret eder görünmektedir. Bu bağlamda aşağıdaki bölümlerde DSM-5 BBB'nin tanısal kriterlerinin kendi içinde geçerliğine ilişkin görüş ve çalışmalara yer verilecektir.

A Tanı Kriteri

APA tarafından DSM-5'te "Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti" şeklinde tanımlanan BBB'nin A tanı kriteri tek bir bedensel semptom mevcut olduğunda dahi ortaya çıkan tablonun göz önüne alınmasını sağlamaktadır. Bu kriterin gerekçesi bazı kişilerin sadece tek bir semptomdan yüksek derecede şikayetçi olabileceği gerçeğine karşın bazı kişilerin de çoklu semptomlarla oldukça iyi başa çıkabilmesi durumunun yarattığı çelişkiye dayanmaktadır (Rief ve Martin, 2014). Öznel hastalık yaşantısını merkeze koyan yeni DSM-5 BBB anlayışı bu tavrını A tanı kriterinde DSM-IV'te yer alan tıbben açıklanabilir/açıklanamaz ayrımını ortadan kaldırarak sağlamlaştırmıştır (Tomenson ve ark., 2013). Bu revizyonun ana nedeni ise, klinisyenlerin bedensel semptomların tıbbi olarak açıklanıp açıklanmadığına ilişkin fikirlerinin düşük güvenilirlik ve geçerliğidir (Fink ve ark., 2005). Ek olarak pek çok semptom zaman içerisinde tıbben açıklanabilirlik ile açıklanamazlık arasında gidip gelmekte olduğundan güvenilir bir kriter değildir (Klaus ve ark., 2013). Bu bilgiler ışığında DSM-5 BBB tanısının A kriterinde sunulan yeni anlayışın yerinde bir değişiklik olduğu söylenebilir.

B Tanı Kriteri

DSM-5 BBB'nin B tanı kriterine psikolojik ve davranışsal özelliklerin eklenmesi APA'nın BBBİB ana tanı grubunun yeniden dizayn edilmesinde "semptomun türü, etiyolojisi ve bedendeki yaygınlığından çok hastanın semptomla kurduğu duygusal, düşünsel ve davranışsal ilişkiyi" merkeze koymasının net sonuçlarından biridir (Rief ve Martin, 2014). Literatürde pek çok çalışma bireylerin semptomlarını ele alışlarının hastalık gidişatları üzerinde kritik öneme sahip olduğunu doğrulamaktadır (Noyes ve ark., 2008; Rief ve ark., 2010; Van den Bergh ve ark., 2017; Weck ve ark., 2015). Bu bağlamda aşağıdaki bölümlerde DSM-5 BBB B tanı

kriterinin üç maddesine ait geçerliğine kanıt olabilecek görüş ve çalışmalarından bahsedilecektir (Köroğlu, 2013):

1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanması.

1. *Kişinin Belirtilerinin Önemiyle Orantısız, Süreklilik Gösteren Düşünceler*

B tanı kriterinin ilk maddesi olarak “Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler” aynı tanı kriterinin “sağlık kaygısına” yönelik ikinci maddesiyle tam olarak ayırtmadığı gerekçesiyle zayıf geçerlik noktasında zaman zaman eleştirilmektedir (Rief ve Martin, 2014). Ek olarak bu kriter klinik pratikteki klinisyenlerin pek çoğu tarafından uygun bulunsa da bilimsel veriler tarafından istikrarlı bir şekilde desteklenebilmiş de değildir (Rief ve Martin, 2014). Yine de bu maddenin geçerliğine ilişkin kanıt oluşturabilecek verilerin özellikle “semptom yorumlama” ve “bedensel duyumları abartma” hipotezlerini çalışan araştırmalardan geldiği düşünülmektedir (Rief ve ark., 2004; Robbins ve Kirmayer, 1991). Bu anlamda hastalık atıfları ve bedensel duyumları abartma, artmış disabilite (engellilik) gösteren ve şiddetli bedensel belirtilerden şikâyet eden bireylerin bedensel semptomları üzerinde doğrudan etkide bulunan faktörler olarak ön plana çıkmaktadır (Duddu ve ark., 2006; Kurlansik ve Maffei, 2016).

Bu bağlamda gerçekleştirilen çalışmalardan birinde Rief ve arkadaşları (2010) yüksek düzeyde bedensel semptom gösteren 154 katılımcı ile ortalama düzeyde bedensel semptom gösteren 167 katılımcıyı belirtilerine yönelik atıflar açısından karşılaştırmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre yüksek düzeyde bedensel semptom gösteren grubun ortalama bedensel semptom gösteren katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bedensel atıfta bulunduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada yüksek düzeyde bedensel semptom gösteren bireylerin belirtilerine yönelik bedensel atıflarının disabilite (engellilik) düzeyleri üzerinde doğrudan etkide bulunduğu da bulgulanmıştır. Atıf tarzlarının bedensel semptomları üzerindeki etkisini ortaya koyan bir başka çalışmada araştırmacılar hastaların psikolojik atıfları ve

duygusal farkındalıklarını geliştirmeye odaklanan dört seanslık bir grup psikoterapisi süreci planlamışlardır (Burger ve ark., 2016). Çalışmada en az üç aydır kronik kas-iskelet ağrısı çeken 72 hastanın şikayetleri grup terapisi öncesi, sonrası ve terapi sürecinin bitiminin ardından geçen altı aylık periyot sonrası ölçülmüştür. Sonuçlar uygulanan grup psikoterapisi sonrası ağrılara yönelik psikolojik atıfları ve duygusal farkındalıkları geliştirilen hastaların üçte ikilik kısmının ağrılarının %30 oranında, kalan üçte birlik kısmının ise %70 oranında iyileştiğini göstermiştir. Ek olarak araştırmada söz konusu iyileşmenin 6 aylık izlem sürecinin sonunda da önemli oranda değişmediğinin de gösterilmesinin çalışmanın sonuçlarının önemini arttıran bir faktör olarak dikkati çektiği söylenebilir. Dolayısıyla bu bilgilerin DSM-5 BBB tanısının B tanı kriterinin “Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler” şeklindeki ilk maddesinin semptom şiddetini yordayan değişkenlerden biri olarak hastalık atıflarının önemini ortaya koyduğu görülmektedir.

Bedensel belirtilerden şikâyet eden bireylerin “belirtilerin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler” göstermesi noktasında önemli bir diğer faktör olarak “bedensel duyuları abartma” ön plana çıkmaktadır (Duddu ve ark., 2006; Witthöft ve Hiller, 2010). Son dönemlerde bu değişkene yönelik ilgi öylesine artmıştır ki literatürde bedensel duyuları abartmanın biyolojik/fiziksel alt yapısını ortaya koymaya çalışan nöropsikolojik, nörofizyolojik ve nörobiyolojik çalışmalara da sıklıkla rastlanmaya başlanmıştır (Boeckle ve ark., 2016; Nakao ve ark., 2007). Bu bağlamda gerçekleştirilen araştırmalar bedensel duyuları abartmanın altında yattığı düşünülen bilişsel-duygusal mekanizmaların özellikle anterior singulat korteks, insula, amigdala, hipokampus ve orta temporal lobun işin içinde olduğu nöral devre aracılığıyla ortaya konduğuna işaret etmektedir (Perez ve ark., 2015).

Öte yandan literatürde “bedensel duyuları abartmanın” bedensel belirtiler üzerindeki etkisinin betimsel olarak çalışıldığı çalışmalar daha ağırlıklıdır. Bunlar arasında önemlilerden biri Nakao ve Takeuchi (2018) tarafından Japonya’da psikosomatik kliniğine başvuran 604 hastanın semptomlarının bedensel duyuları abartmayı da kapsayan psikolojik özellikler açısından incelendiği çalışmadır. Yürütülen çoklu regresyon analizi sonuçları bedensel duyuları abartmanın bedensel

belirti sayısı üzerinde etkili önemli bir değişken olduğunu ortaya koymakla birlikte bu değişkenin psikolojik stres ile bedensel belirti sayısı arasındaki ilişkide aracı bir rolü olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte literatürde bedensel duyumları abartma durumuna ışık tutan bilgilerin bir kısmı da bilişsel bir çarpıtma olarak görülen “felaketleştirmenin” (catastrophizing) çalışıldığı araştırmalardan gelmektedir (Bailey ve Wells, 2013; Kröner-Herwig ve Maas, 2013). Buna örnek olabilecek çalışmalardan birinde nöroloji, gastroenteroloji ve psikosomatik kliniklerinden toplanan 404 hastanın verileri incelenmiştir (Zhang ve ark., 2014). Katılımcıların bilişsel, duygusal ve davranışsal özelliklerine ilişkin bilginin yapılandırılmış görüşmelerle elde edildiği araştırmada bağımlı değişken olarak görülen bedensel belirti şiddeti ise Hasta Sağlık Anketi (HSA) ile ölçülmüştür. Buna göre felaketleştirici bilişsel tarza sahip olmanın yüksek düzey bedensel belirti göstermenin doğrudan yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır. Bunlara ek olarak bedensel duyumları abartmanın bedensel belirtiler üzerindeki etkisine yönelik gerçekleştirilen karşılaştırmalı bir başka çalışma da önemli sonuçlar ortaya koymuştur (Duruk ve ark., 2015). Araştırmada 35 fibromiyalji ve 12 başarısız bel cerrahisi sendromlu toplam 47 hasta ile oluşturulan fonksiyonel somatik sendrom grubunun dataları diyabet, hipertansiyon ve astım gibi kronik hastalığa sahip 56 katılımcıdan oluşturulan kronik tıbbi hastalıklı ve 47 sağlıklı bireyden oluşan kontrol gruplarıyla karşılaştırılmıştır. DSM-5 BBB olarak değerlendirilebilecek olan fonksiyonel somatik sendromlu hastaların tespit edilmesinde araştırmadaki klinisyenler tarafından yürütülen psikolojik değerlendirme sürecinin kullanıldığı çalışmada fonksiyonel somatik sendromlu hasta grubunun Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile elde edilen bedensel duyumları abartma puanlarının kronik tıbbi hastalıklı kontrol grubundan farklılaşmadığı; ancak bu iki grubun ilgili değişken açısından puanlarının sağlıklı kontrol grubundan yüksek düzeyde anlamlı olarak farklılaştığı bulgulanmıştır. Bu bağlamda bedensel duyumları abartmanın semptomun organik kökenlerinin varlığından bağımsız olarak ilgili tanı grubunda yer alan hastaların “süreklilik gösteren düşüncelerine” etkisine yönelik önemli nörofizyolojik ve bilişsel kanıtları barındırdığı söylenebilir.

Özetle bu sonuçlar DSM-5 BBB tanısının B kriterinin “Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler” şeklinde tanımlanan ilk

maddesinin özellikle kronik hastalıklı bireylerin bedensel belirtilerine ilişkin şikayetleri üzerinde önemli bir faktör olduğuna işaret etmektedir. Ancak bu yorum dikkate alınırken söz konusu maddenin etkilerine ve nedenlerine ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu da göz ardı edilmemelidir (Rief ve Martin, 2014). Bu bağlamda söz konusu B kriterinin ilk maddesinin kronik hastalıklı bireylerin bedensel belirtileri üzerindeki önemini özellikle “semptom yorumlama” ve “bedensel duyumları abartma” gibi değişkenler ile sağladığı görülmektedir. B kriterinin ilk maddesine bu yönüyle bakıldığında eleştirilerin aksine B kriterinin “Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde kaygı” şeklindeki ikinci maddesinin kronik hastalıklı bireyler üzerindeki etkisinden ayrılmayı başarabileceği de düşünülmektedir.

2. *Sağlıkla ya da Belirtilerle İlgili, Sürekli Yüksek Düzeyde Bir Kaygı*

B tanı kriterinin “sağlık kaygısına” yönelik ikinci maddesi özellikle DSM-IV tabiriyle Hipokondriyazis hastalarının BBB olarak değerlendirilebilecek kısmını kapsamı açısından oldukça önemlidir (Rief ve Martin, 2014). Nitekim DSM-5’te yer alan BBB tanısına yönelik açıklamalarda tıbben açıklanabilir olup olmamasından bağımsız bir şekilde herhangi bir bedensel belirtiyeye sahip ve hastalık kaygısı yaşayan bireylerin ortalama %80’lik kısmının BBB tanısı altında toplanmasının hedeflendiğinden bahsedilmektedir (APA, 2013). Dolayısıyla bu maddenin dışında kalacak vaka grubu bedensel belirtilerin yokluğunda ya da geçirme, gaz sancısı vb. önemsiz bedensel belirtilerin varlığında kaygı yaşayan “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” tanısı alması muhtemel bireylerden oluşmaktadır (Dimsdale ve ark., 2013). Bu noktada B tanı kriterinin “sağlık kaygısına” yönelik ikinci maddesinin hem DSM-5 Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile BBB’nin kendi içinde hem de bu tanıların ayrı ayrı DSM-IV Hipokondriyazis tanısı ile ayırt edici geçerliğine ilişkin bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yönde gerçekleştirilen bir çalışmada tıbbi yardım arayışındaki 118 hastaya DSM-IV Hipokondriyazis, DSM-5 BBB ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanılarını tespit etmeye yönelik yapılandırılmış klinik görüşmelerle birlikte sağlık anksiyetelerini, tıbbi yardım arayışlarını ve hastalık davranışlarını tespit etmeye yönelik ölçekler uygulanmıştır (Newby ve ark., 2017). Yürütülen analizler BBB tanısı alan hastaların sadece %8’inin, Hipokondriyazis tanısı alan hastaların ise %36’sının

komorbid bir şekilde Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı aldığını göstermiştir. Ek olarak çalışmada BBB tanısının Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Hipokondriyazis tanılarına göre daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi, bedensel belirti, depresyon ve tıbbi yardım arayışı ile kendini gösterdiği sonucuna da ulaşılmıştır. Elde edilen bu tablo ise araştırmacılar tarafından DSM-5 BBB tanısının özellikle DSM-IV Hipokondriyazis tanısına göre daha yüksek ayırt edici geçerlik gösterdiği şeklinde değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bu bulgu DSM-5 BBB tanısında gerçekleştirilen bedensel belirtilerin varlığında hastalık kaygısı yaşayan bireylerin kapsanmasına yönelik revizyonların önemini ortaya koyar niteliktedir.

Ek olarak pek çok somatizasyon durumunda sağlık kaygısının kritik bir rolü olduğu (Rief ve ark., 2011) ve somatizasyon belirtilerinin sürekliliğini anlamlı düzeyde yordadığı belirtilmektedir (McKenzie ve ark., 2010). Söz konusu faktörün sağlık kaygısı olması odağın psikiyatri dışı tıp sistemine de kaymasını sağlamaktadır. Buna yönelik çalışmalardan birinde Tyrer ve arkadaşları (2011) kardiyoloji, nöroloji, endokrinoloji ve gastroenteroloji kliniklerine başvuran hastaları sağlık kaygısı açısından 21 aylık bir dönemde incelemişler ve 28.991 hastaya ulaşmayı başarmışlardır. Sonuçlar araştırmacıların tanımlamasına göre anormal sağlık kaygısı oranlarının söz konusu klinikler için sırasıyla %19.1, %24.7, %17.5 ve %19.5 olduğunu tespit etmiş ve sağlık kaygısının psikiyatri dışı tıp sisteminde de azımsanmayacak oranda görüldüğünü göstermiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde yürütülen yine bir başka çalışmada araştırmacılar birinci basamak sağlık hizmetine başvuran 1992 hastanın tıbbi verilerini sağlık kaygısı, bedensel duyumları abartma, disosiyatif deneyimler ve semptom sayıları açısından incelemişler ve çalışmaya dahil edilmesinin uygun görüldüğü 609 hastanın verileri ile çalışmayı gerçekleştirmişlerdir (Tomenson ve ark., 2012). Sağlık kaygısı ve semptom sayısının hastaların tıbbi başvuru düzeyleri üzerinde ayrı ayrı anlamlı katkısının olduğu ortaya konan çalışmada semptom sayısının kontrol edilmesi durumunda da tek başına sağlık kaygısının anlamlı yordayıcı olma özelliğini sürdürmesi esas dikkat çekici bulgu olarak göze çarpmıştır. Nitekim bu bulgu araştırmacılar tarafından DSM-5 BBB tanısında selefi SB tanısında yer alan semptom sayısı ve türü odaklı bir anlayıştan uzaklaşılarak sağlık kaygısı gibi “psikolojik” bir kriterin eklenmesinin önemini gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır.

Öte yandan sağlık kaygısı ve bedensel belirti sayısı arasındaki ilişkiye dair patofizyolojik çalışmalardan elde edilen sonuçlar da bu bulguya paralel seyrediyor görünmektedir. Bu yönde gerçekleştirilen çalışmalardan birinde Rodic ve arkadaşları (2016) sağlık kaygısı ile bedensel belirti sayısının bedensel belirtilerin sürekliliği noktasında önemli bir faktör olarak görülen “duyusal hassasiyet” üzerindeki etkisiyle birlikte bu iki değişkenin aynı patofizyolojik mekanizma tarafından ortaya konup konmadığını araştırmışlardır. Gönüllüler ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların duyusal hassasiyetlerinin test edilmesinde sağ el orta parmaklarına bağlanan elektrot aracılığıyla verilen minimal elektriksel akım (2 Newton Metre-Nm) kullanılmış ve katılımcılardan sol elleriyle verilen elektriksel akım şiddetini eş zamanlı puanlamaları istenmiştir. Araştırmada katılımcılara titreşimsel uyarım eşliğini tespit edebilmek için uygulanan bu prosedürün yanında sağlık anksiyetelerini ve bedensel belirti sayılarını tespit etmeye yönelik öz-bildirim ölçekleri uygulanmıştır. Elde edilen bulgular ise araştırmacıların duyusal hassasiyet üzerinde sağlık kaygısının daha kuvvetli bir etkiye bulunduğu ve bu iki değişkenin farklı patofizyolojik mekanizma ile belirlendiğine yönelik bir değerlendirme yapmalarını sağlamıştır (Rodic ve ark., 2016). Bu değerlendirmeden de hareketle BBB hastalarının tespit edilmesinde sağlık kaygısına yönelik bir kriterin belirti sayısına yönelik bir kriterle göre daha üst düzey bir geçerlik sunduğu belirtilmelidir.

Özetle yukarıda ortaya konan bu sonuçların bedensel belirtilerin sayısı üzerine bir bakışı merkeze koyan DSM-IV SB tanısının aksine kriterlerinde sağlık kaygısı gibi “psikolojik” bir kriterle yer veren DSM-5 BBB tanısının daha yüksek düzeydeki geçerliğine (Voigt ve ark., 2013) işaret ettiği söylenebilir. Ancak bu kriterin sonraki tanısal sistemlerde daha yüksek düzey bir geçerlik sunması için sağlık kaygısının kökeninde yer alan belirtilerin önemliliği/önemsizliği noktasında daha net bir çerçeveye ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

3. *Bu Belirtilere ya da Sağlık Kaygılarına Aşırı Zaman ve İçsel Güç Harcanır*

Son olarak B tanı kriterinin “Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır” şeklinde belirtilen üçüncü maddesi ilk iki madde kadar net geçerlik kanıtlarına sahip olmamasıyla eleştirilmektedir (Claassen-van Dessel ve ark.,

2016). Dolayısıyla konuyla ilgili literatüre bakıldığında bu kriterin tespit edilebilmesi noktasında önemli bir kafa karışıklığının varlığı göze çarpmaktadır (Rief ve Martin, 2014).

Bu anlamda gerçekleştirilen ve tıbbi ortamlarda bedensel belirtilerin sınıflandırılması için gerekli psikolojik özellikleri inceleyen bir çalışmada ilgili madde için görünüş geçerliğine (face validity) dair bulgulara ulaşılmıştır (Rief ve ark., 2010). Ek olarak bu araştırmada “bedensel şikayetler üzerinde ruminasyonun” bedensel belirtilere ve sağlık kaygılarına harcanan zaman ve içsel gücün en önemli yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır. Öte yandan çoklu bedensel belirtilerin epidemiyolojisine yönelik gerçekleştirilen bir başka çalışma da “bedensel belirtilere harcanan aşırı zaman ve içsel gücün tespiti” için farklı bir yol sunmaktadır. Fonksiyonel somatik sendromlu, kronik tıbbi hastalıklı ve sağlıklı bireylerden elde edilen dataların incelendiği çalışmada B tanı kriterinin üçüncü maddesini ölçebilmek amacıyla “Ciddi bir hastalığınız olduğuna yönelik sıklıkla kaygılanır mısınız?” sorusunun sorulduğu dikkati çekmektedir (Creed ve ark., 2012). Bununla birlikte DSM-5 BBB tanısında yer alan kriterler ışığında romatoid artrit ve fibromiyalji hastalarının bedensel belirtilerinin incelendiği bir başka çalışmada da bedensel belirtilerle ilişkili aşırı zaman ve içsel gücün 14 maddelik Whiteley İndeksi (Speckens ve ark., 1996) ile ölçümlenmeye çalışıldığı görülmektedir (Wolfe ve ark., 2014). Bu bilgiler bizi DSM-5 BBB tanısında kullanılan “aşırı zaman ve içsel güç” tarifinde kullanılan “aşırılık” vurgusunun sübjektifliği sebebiyle doğan muğlaklığın yarattığı belirsizliği konuşmaya yönlendirmektedir. Zira DSM-5 BBB tanısının konabileceği pek çok tıbbi durumda belirtilerle ilgili yoğun içsel ve zamansal uğraş dikkati çeker ve bu hastaların uğraşlarının ne kadarının biyolojik/tıbbi faktörler tarafından tayin edilebildiği belirsizdir. Üstelik DSM-5, BBB tanısında “tıbben açıklanabilir/açıklanamazlık” kriterinin ortadan kalkması sebebiyle net tıbbi hastalıklara sahip bireylerin de harcadıkları içsel güç ve zamanı da değerlendirme dışı tutmaya izin vermemektedir (Rief ve Martin, 2014).

Özetle yukarıdaki görüş ve çalışmaları da içeren konuyla ilgili literatüre yakından bakıldığında DSM-5 BBB tanısının B kriterinin “Bu belirtilere ya da sağlık

kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır” şeklinde belirtilen üçüncü maddesine yönelik ne operasyonel bir tarife ne de objektif bir kritere rastlandığı söylenebilir. Bu anlamda ise BBB tanısının B kriterinin üçüncü maddesi sebebiyle oluşan bu muğlaklığın özellikle sonraki DSM versiyonlarında çözülmeyi bekleyen önemli bir problem alanı olduğu düşünülmektedir.

Bedensel Belirti Bozukluğu Tanısının Niteleyicileri

DSM-5 BBB tanısı hastanın baskın klinik semptomatolojik örüntüsüne göre belirlenmiş üç farklı niteleyici sunmaktadır: “ağrının baskın olması ile giden”, “ağrılık” ve “süregidenlik”. Bunlardan ilki “ağrının baskın olması ile giden” şeklinde tanımlanır (APA, 2013). Bu alt bölümde literatürde DSM-5 BBB’nin niteleyicilerine ilişkin geçerlik çalışmalarının az olması sebebiyle ağırlıklı olarak bu niteleyicilerin özelliklerinden ve bu özelliklere ilişkin görüşlerden bahsedilecektir. Bu görüşlere yakından bakıldığında BBB tanısı için DSM-5’te sunulan niteleyicilerin gerekliliği noktasında farklı görüşler olduğu dikkat çekmektedir.

Bu anlamda DSM-5 taslaklarının oluşturulması aşamasında hastalık kaygısına ve DSM-IV’teki SB’ye yönelik niteleyicilerin BBB tanısına dahil edilip edilmeyeceği uzun uzadıya tartışılmış olsa da son tahlilde bu niteleyicilere gerek olmadığına karar verilmiştir (Rief ve Martin, 2014). Ancak DSM-5 BBB çalışma grubunun literatürden BBB’nin bedensel belirtilerin yokluğunda sağlık kaygısı yaşayan hastaları kapsamaması gerektiğine dair istikrarlı bir bilgi elde etmesi buna yönelik kararı etkilemiştir. Bu bilgi hem Hipokondriyazis hastalarının en fazla şikâyetinde bulunduğu semptom olarak “ağrının” bir niteleyici olarak BBB tanısına eklenmesi hem de bedensel belirtilerin yokluğunda sağlık kaygısı yaşayan hastaların kapsanması amacıyla ilgili ana tanı grubuna “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” tanısının yerleştirilmesini sağlamıştır (Rief ve Martin, 2014).

Buna rağmen literatürdeki bazı araştırmacılar DSM-IV Ağrı Bozukluğu tanısının yerine DSM-5 BBB tanısına eklenen “ağrının baskın olması ile giden” niteleyicisinin BBB tanısının içeriğini organik hastalığa sahip pek çok bireyde görülebilecek duygusal rahatsızlıkları da kapsayacak şekilde genişleteceğini ve tanının

geçerliliğini zedeleyeceğini belirtmektedir (Katz ve ark., 2015). DSM-IV SMB anlayışını hatırlatan bu bakışa göre bedensel belirtilerle ilgili şikayetlerin net tıbbi kökenli hastalıklar tarafından oluşup oluşmadığının bilinmesi önemlidir. Ancak bu türden bir bakış açısının konuyla ilgili tartışmaları bir önceki bölüm boyunca bahsedilen “zihin-beden düalizmi” çizgisine geriletliği vurgulanmalıdır (Duruk ve Sertel- Berk, 2019). Ek olarak eleştiri safının diğer ucunda yer alan Young (2013) gibi araştırmacılar da DSM-5 BBB tanısına eklenen “ağrının baskın olması ile giden” niteleyicisini “gerçek” psikojenik ağrılı hastaların yakalanması açısından zayıf bulmakta ve konuyu yine DSM-IV çizgisine getiren bir anlayışla BBBİB ana tanı grubuna BBB’den farklı bir şekilde tanımlanan “Kronik Ağrı Komplikasyonları Bozukluğunun” (Chronic Pain Complications Disorder) eklenmesini önermektedir.

Öte yandan geçerliliğine yönelik eleştirilerin dikkati çektiği bir başka DSM-5 BBB niteleyicisi beden belirtilerin “ağır olmayan”, “orta derecede” ve “ağır” şeklinde gruplandığı “ağırlık” kriterine dayanmaktadır. DSM-5 BBB tanısının B tanı kriterinden kaçının karşılandığına göre karar verilen ağırlık niteleyicisi özellikle ortaya konmasının bir başka kriterin ne kadar karşılandığına bağlanması açısından eleştirilmektedir (Rief ve Martin, 2014). Nitekim önemli ölçüde sağlık anksiyeteli ve sağlıklı katılımcılardan oluşan 52’şer kişilik gruplar ile gerçekleştirilen bir çalışmada DSM-5 BBB tanısının “ağırlık” niteleyicisinin zayıf ayırt ediciliğe sahip olduğu ortaya konmuştur (Axelsson ve ark., 2016).

Bunlarla birlikte DSM-5 BBB tanısının “süregidenlik” olarak tanımlanan zamansal niteleyicisine yönelik eleştiriler de mevcuttur (Toussaint ve ark., 2016). İlgili niteleyicinin ortaya çıkması için BBB tanısının zamanla ilgili C kriterinin ne ölçüde karşılandığına bağlı olması eleştiri noktalarından birini oluştururken “süregidenlik” için ölçüt olarak belirtilen zamanın (6 ay) herhangi bir ayırt edicilik sağlamaması ise ilgili eleştiri noktalarından diğerini oluşturmaktadır (Katz ve ark., 2015).

Sonuç olarak DSM-5 BBB tanısının daha doğru ve kapsamlı olarak ele alınabilmesine imkân vermesi için ortaya konan niteleyicilerin işlevlerini yerine getirebildiklerini söylemek güçtür. Bu noktada niteleyicilerin BBB tanısına katkısı, yeni bir tanı olarak BBB mantığına uygunluğu ve sunduğu kriterlerin geçerliği gibi üç

temel noktaya odaklanan eleştirilerin söz konusu niteleyicilerin sonraki DSM versiyonlarındaki geleceği açısından büyük şüpheler uyandırdığı söylenebilir.

1.2.1.2. Güvenirliğe İlişkin Çalışmalar

Bu bölümde klinik somatizasyona yönelik ortaya koyduğu revizyonlarla yenilikçi olma çizgisini yakalamayı başarmış BBB tanısının güvenilirliğine ilişkin bilgiler özetlenecektir. Bu amaç doğrultusunda sırasıyla DSM-5 BBB tanısının güvenilirliğini destekleyen ve desteklemeyen görüş ve çalışmalara yer verilecektir.

DSM-5 BBB tanısının güvenilirliğine ilişkin değerleri doğru ortaya koyabilmek için önce APA'nın 2009 yılında Joel E. Dimsdale başkanlığında oluşturduğu “DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Çalışma Grubu” (DSM-5 Somatic Symptom Disorders Work Group) tarafından yürütülen alan çalışmalarının sonuçlarından bahsetmek gereklidir. Bedensel belirtilerin Hasta Sağlık Anketi'nin Somatik Belirtiler Alt Ölçeği'nin (HSA-SBAÖ, Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Subscale) sekiz soruluk kısa formu ile tarandığı ilgili alan çalışmalarında BBB tanısının B tanı kriterinde yer alan maddelerin değerlendirilmesi klinisyen görüşü ile sağlanmıştır (Dimsdale ve ark., 2013; Regier ve ark., 2013). Spesifik olarak bakıldığında ise bu çalışmada iki ya da daha fazla klinisyenin aynı hastayı ve aynı hastadan elde edilen veriyi inceleyerek verdikleri tanısız kararın uyumluluğunu ortaya koyan “değerlendiriciler arası güvenirliliği” (inter-rater reliability) yüksek düzeyde uyumluluk gösterdiği bulgulanmıştır ($\kappa=0.61$). Ayrıca klinisyenlerin hastaların BBB tanısının B kriterinde yer alan ve kabaca bilişsel, duygusal ve davranışsal öğeler olarak sınıflandırılan özelliklerine ilişkin değerlendirmelerin yüksek düzeyde test-tekrar test güvenirliliği ortaya koyduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sınıf içi korelasyon katsayısı-Intraclass Correlation Coefficient-ICC=0.68). Bu bağlamda elde edilen sonuçların BBB tanısının yüksek düzeyde güvenilirliğine işaret ettiği söylenebilir (Kraemer ve ark., 2012).

Öte yandan DSM-5 BBB tanısının güvenirliliğinin literatürün tamamı tarafından doğrulandığını söylemek güçtür. Konuya BBB'nin güvenirliliğinin eleştirilmesi noktasından bakıldığında bahsedilmesi gereken çalışmaların diğer ucunda BBB'nin

güvenilir olmadığını ortaya koyan çalışmaların yer aldığı görülür. BBB'nin kısmi bir güvenilirliğe sahip olduğunu ortaya koyan çalışmalardan birini Laferton ve arkadaşları (2017) gerçekleştirmiştir. Genel popülasyondan elde edilen 250 katılımcının başlangıçta ve 12 ay sonrasında değerlendirildiği araştırmada Alıcı İşletim Karakteristiği (Receiver Operating Characteristic-ROC) analizi ile “Eğri Altında Kalan Bölge” (Area Under The Curve, AUC) puanı hesaplanmıştır. Sonuçlar DSM-5 BBB tanısının güvenilirliğinin artırılmasının ilgili hastaların değerlendirildiği bataryalara Kroenke ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen Hasta Sağlık Anketi (HSA), Rief ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (HADDÖ) ve Fink ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen Whiteley İndeksi'nin (WI-7) eklenmesiyle mümkün olacağını ortaya koymuştur (Laferton ve ark., 2017).

Buna ek olarak BBB tanısının tıp pratiğindeki güvenilirliğini çalışan Häuser ve Wolfe (2013) de DSM-5 Çalışma Grubunun yürüttüğü alan çalışmasından elde edilen “değerlendiriciler arası güvenilirlik” değerinin ($\kappa=.61$) klinik pratik açısından yeterince yüksek olmadığını belirterek tartışmayı başka noktaya taşımışlardır. Nitekim konuyla ilgili olarak daha sonraları Häuser ve arkadaşları (2015) BBB tanısının klinik pratikte sıkça karşılaşılan fibromiyalji sendromu gibi psikolojik ve tıbbi göstergelerin birlikte var olduğu ya da kanser gibi tıbbi göstergeleri çok daha net olan durumlarda yeterince güvenilirlik ortaya koymadığını belirtmişlerdir. Öyle ki onlara göre BBB tanısının güvenilirliği temeli tıbben açıklanabilir/açıklanamaz ayrımına dayanan DSM-IV SB tanısının güvenilirliğine göre daha düşüktür. Ek olarak başka bir grup araştırmacı da BBB tanısına yönelik alan çalışmalarının verilerini semptomatolojisi çok net bir psikiyatrik gruptan elde edilmesi üzerinden eleştirmektedir. Bu araştırmacılara göre BBB tanısının güvenilirliği ilgili tanının birinci basamakta en sık görüldüğü formlardan olan romatoid artrit ve fibromiyalji sendromu gibi kronik kas iskelet sistemi hastalıklarını kapsayamayacak nitelikte olması sebebiyle yetersizdir (Wolfe ve ark., 2014).

Özetle sayısı geçerlik çalışmalarına göre daha az olan BBB'nin güvenilirliğine ilişkin çalışma ve görüşlerin konuyla ilgili baskın bir fikir ve yönelim elde etmemizi

sağlayacak nitelikten uzak olduğu söylenebilir. Her ne kadar DSM-5 Çalışma Grubu yıllarca süren araştırmalar neticesinde bir takım güvenilirlik değerleri ortaya koyuyor olsa da ilgili çalışmaların gerek ortaya koyduğu verilerin yorumlanması gerekse örneklem seçimleri sebebiyle eleştirilere oldukça açık olduğu görülmektedir. Söz konusu eleştirilerin kabul edilebilir noktalara çekilebilmesi noktasında özellikle farklı hasta gruplarından oluşan örneklemlemler ve farklı yöntemler kullanılarak gerçekleştirilecek ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

1.2.2. Tanısal Ölçüm Araçları ve Bu Araçların Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar

Klinik somatizasyon alanına getirilen köklü değişimlerin varlığı gerek literatürde gerekse bu hasta gruplarıyla çalışan doktorlarda ilgili psikolojik özelliklerin nasıl değerlendirileceğine yönelik önemli bir kaygının doğmasına yol açmıştır (Wollburg ve ark., 2013). Bu noktada DSM-5 BBB tanısının DSM-IV SB tanısına göre en önemli farklılık alanının içerdiği “bilişsel, duygusal ve davranışsal psikolojik özellikler” ile B tanı kriteri olduğu dikkati çekmektedir (Dimsdale ve Levenson, 2013). Ancak literatürde BBB tanısına yönelik ölçeklerin çok daha az bir kısmının tanının B kriterine büyük çoğunluğunun ise BBB tanısının tespiti görece kolay “*sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti*” şeklindeki A kriterine odaklandığı görülmektedir (Klaus ve Mewes, 2013). Dolayısıyla bu bölümde BBB tanısının A kriteri için görece fazla sayıda çalışma arasından anlayışı ve istatistiki değerleri itibarıyla bahsedilmeye değer görülen ölçüm araçlarının seçildiği; ancak BBB tanısının B kriteri için tespit edebildiğimiz kadarıyla elimizdeki üç ölçüm aracının herhangi bir seçime tabii olmadan hepsinin birden aktarıldığı unutulmamalıdır.

Bu bağlamda DSM-5 BBB tanısının “bedensel belirtiye” yönelik A kriterini test etmek için kullanılan ölçeklere bakıldığında karşımıza güncelliği, geniş kapsamı, kullanım sıklığı ve istatistiki değerlerinin yeterliliği ile Hasta Sağlık Anketi (HSA) çıkmaktadır (Kroenke ve ark., 2002). Birinci basamak sağlık hizmetinde en sık görülen mental bozuklukları tespit edebilmek amacıyla Spitzer ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen Prime MD’nin (Primary Care Evaluation of Mental Disorders-

Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu) öz-bildirim formu olarak tasarlanan HSA klinik pratikte bedensel belirti şiddetinin değerlendirilmesini sağlamaktadır (Han ve ark., 2009). Literatürde pek çok farklı dile çevrilerek sıkça kullanılan bu ölçeğin Türkçe'ye kazandırılmasına yönelik çalışmada ayaktan takip edilen 200 hastadan elde edilen bulgular HSA için orta düzey test-tekrar test güvenilirliğine ($r=.54$), orta düzeyde iç tutarlılığa ($\alpha=.72$) ve kriter geçerliliği olarak Türkçe'ye Dağ (1991) tarafından kazandırılan Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-90-R) somatizasyon alt ölçeği ile orta güçte; ancak yüksek düzeyde anlamlı ($r=.38$, $p<.001$) bir ilişkiye sahip olduğunu göstermiştir (Yazıcı Güleç ve ark., 2012).

Ek olarak DSM-5 BBB tanısının A kriterinde DSM-IV SB'de olduğu gibi semptomun etiyolojisinin, türünün ve sayısının merkeze konmaması farklı klinik popülasyonlardaki bedensel belirti şiddetinin tespitini daha da önemli hale getirmiştir. Bu amaçla kullanılan ölçüm araçlarından biri de Spiller ve arkadaşlarının 2010 yılında Huzursuz Barsak Sendromu (HBS) hastalarında semptom şiddetini tespit edebilmek amacıyla HSA'yı revize ederek geliştirdikleri 12 Maddelik Hasta Sağlık Anketi-Somatik Belirtiler Ölçeği'dir (HSA-12, Patient Health Questionnaire-Somatic Symptom Scale). Türkçeye uyarlaması bulunmayan HSA-12'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasındaki örnekleme 151 sağlıklı gönüllü, 319 HBS'li ve 296 Divertiküler Hastalıklı katılımcıdan oluşmaktadır. Bulgular her bir maddede yer alan bedensel belirtinin 0 ile 2 puan arasında değerlendirildiği ve HBS açısından kesme puanının 6 olarak belirlendiği sistemde PHQ-12 SS'in bu hastaların bedensel belirti şiddetleri için %66.4 duyarlılık ve %94.7 özgüllük gibi önemli değerlere sahip olduğunu göstermiştir (Spiller ve ark., 2010).

Her ne kadar BBB tanısının selefi SB tanısına göre A kriteri açısından görece daha az değişmesi DSM-5'in yayımlanmasından önce geliştirilen HSA'nın ve HSA-12 gibi ondan türetilen versiyonlarının bedensel belirti ve şiddetinin tespiti noktasında yaygın olarak kullanılmasını sağlasa da konuyla ilgili bir grup araştırmacı bedensel belirtilerin DSM-5 odaklı bir bakışla test edilmesinin önemli olduğunu düşünmüştür (Gierk ve ark., 2015). Bu amaçla Gierk ve arkadaşları (2015) HSA'nın bazı maddelerini gözden geçirerek HSA'ya göre çok daha kısa ve BBB'ye özel olmasıyla

dikkati çeken sekiz Maddelik Bedensel Belirti Ölçeğini (BBÖ-8, The Somatic Symptom Scale-8) geliştirmişlerdir. Henüz Türkçe'ye kazandırılmamış olan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik örneklemini 13 yaşından büyük 2510 genel popülasyon katılımcısı oluşturmuştur. Elde edilen sonuçlar BBÖ-8'in yüksek düzeyde iç tutarlılık güvenirliğine ($\alpha=.81$) sahip olduğunu, üst düzey sıralı (higher order) genel faktöriyel model ile elde edilen uyum indekslerinin iyi düzeyde olduğunu (CFI= .97, TLI= .95, RMSEA=.08, %90 güven aralığı=.08-.09) ve bu özellikleriyle genel popülasyondaki bedensel belirti şiddetini ölçmeye uygun olduğunu göstermiştir.

Öte yandan duruma BBB tanısının bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörlerini içeren B kriteri açısından bakılması ise daha önce bahsedildiği üzere görece çok daha az çalışmadan bahsedilebilmesine neden olur. Literatürde DSM-5'in ortaya çıkışından önce geliştirilmelerine rağmen BBB'nin B kriterinin farklı boyutlarının değerlendirilmesi için kullanılan örneğin Rief ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (HADDÖ, Scale for the Assessment of Illness Behaviour) ve Fink ve arkadaşları (1999) tarafından sağlık anksiyetesi şiddetini değerlendirmek üzere geliştirilen Whiteley İndeksi (WI-7, Whiteley Index) gibi ölçeklere rastlamak mümkünse de bunların hiç birinin BBB'nin B kriterine ait bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörleri bir arada ele almadığı dikkati çekmektedir (Zijlema ve ark., 2013). Bu bağlamda BBB'nin B kriterinin tüm alt boyutlarını bir arada ve DSM-5 ile gelen yeni formülasyona uygun bir şekilde ele alınabilmesi amacıyla geliştirilen 12 Maddelik Bedensel Belirti Bozukluğu B Kriteri Ölçeği (SSD-12: The Somatic Symptom Disorder B Criteria Scale-12) literatürde önemli bir yer tutmaktadır (Toussaint ve ark., 2016). Psikosomatik kliniğinde ayaktan takip edilen 698 hasta üzerinden elde edilen bulgular SSD-12'nin yüksek düzeyde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısına ($\alpha=.95$) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörlere ayrıldığı belirlenen modelin iyi düzeyde uyum iyiliği değerlerine sahip olduğunu göstermiştir (CFI> 0.99, TLI> 0.99, RMSEA = 0.06, %90 güven aralığı=.01-.08). Ayrıca araştırmacılar SSD-12'den elde edilen toplam puanın bedensel belirti şikâyet düzeyi ile orta güçte ve yüksek anlamlılık düzeyinde ($r=.47$, $p<.001$) sağlık anksiyetesi ile yüksek güçte ve yüksek anlamlılık

düzeyinde ($r=.71$, $p<.001$) korelasyon göstermesini ölçeğin psikosomatik popülasyondaki yapı geçerliğine yönelik önemli kanıtlar olarak yorumlamışlardır.

Bununla birlikte bu araştırma ekibinin kendi çalışmalarını sadece psikosomatik hastalar üzerinde yürütülmesi açısından eleştirmeleri başka bir grup araştırmacının yaklaşık bir sene sonra SSD-12'yi genel popülasyon üzerinde test etmelerinin önünü açmıştır (Toussaint ve ark., 2017). Bu bağlamda genel popülasyona ait 2362 katılımcıdan elde edilen veriler SSD-12'nin psikosomatik hasta örnekleminde olduğu gibi genel popülasyonda da yüksek düzey iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğunu ($\alpha=.95$) ve Doğrulamalı Faktör Analiziyle modele örtük değişkenler olarak tanımlanan bilişsel, duygusal ve davranışsal şeklindeki üç alt boyutunun birbiriyle yüksek düzey korelasyonlarının (bilişsel ve duygusal alt boyutlar için $r=.98$; bilişsel ve davranışsal alt boyutlar için $r=.96$; duygusal ve davranışsal alt boyutlar için $r=.98$) elde edilmesi ilgili alt boyutların çakışıklarını gösteriyor olsa da modelin genelinin iyi düzeyde uyum ölçütlerini yerine getirdiğini ve bu özellikleriyle genel popülasyondaki kullanımının uygun olduğunu göstermiştir ($CFI>.99$, $TLI>.99$, $RMSEA=.09$, %90 güven aralığı=.08-.09). Bu noktada gerek psikometrik analizlerinin hem psikosomatik hastalar hem de genel popülasyon üzerinden gerçekleştirilmesi ve bu sonuçların istatistiki olarak güçlü olması gerekse hedefleri ve içeriği itibarıyla DSM-5 BBB anlayışına yakın bir çizgide yer alması gibi özellikleriyle ön plana çıkan SSD-12'nin söz konusu örneklem gruplarında BBB'nin B kriterinin değerlendirilmesi için geçerli ve güvenilir özelliklere sahip olduğu düşünülmektedir.

Diğer taraftan DSM-5 BBB tanısının B kriterine yönelik geliştirilen ölçeklerden bir başkasında ise SSD-12'de olduğu gibi direkt olarak BBB'nin bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak tanımlanan alt boyutlarının değerlendirmesi değil de bu alt boyutlarla ilişkili başka bir takım psikolojik özelliklerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla geliştirilen Bedensel Belirti Deneyimleri Ölçeği'nin (SSEQ: The Somatic Symptoms Experiences Questionnaire) geçerlik ve güvenirlik çalışması ayaktan takip edilen 453 psikosomatik hastadan elde edilen veriler üzerinden yürütülmüştür. Bu bağlamda Temel Bileşen Analizi (Principal Component Analysis) ve promax rotasyon yöntemi ile gerçekleştirilen Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

sonuçları SSEQ'in sağlık kaygısı, hastalık yaşantısı, doktorlarla iletişim ve hastalığın sonuçlarına dair boyutlarının BBB tanısının B kriterini en iyi açıklayan faktörler olduğunu göstermiştir. Ek olarak aynı çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının da yüksek düzeyde güvenilirliğe işaret ettiği bulgulanmıştır ($\alpha=.90$). Araştırmacılara göre BBB hastalarının özellikle fiziksel disabilite (engellilik) düzeylerinin yordanmasında etkili olan SSEQ psikosomatik hastaların BBB düzeylerinin tespit edilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Herzog ve ark., 2014).

Bununla birlikte aynı araştırma ekibi SSEQ'e ilişkin sonuçları ilk çalışmadan bir yıl sonra bu kez 262 psikosomatik hasta üzerinde tekrar test etmişlerdir (Herzog ve ark., 2015). Bu doğrultuda araştırmacılar bu kez Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) gerçekleştirmiş ve SSEQ'nin dört faktörlü yapısına işaret eden modelin iyi düzeyde uyum ölçütlerini karşıladığını ortaya koymuşlardır ($\chi^2(59)=104.77, p=.036, CFI=.971, RMSEA=.055$). Aynı çalışmada SSEQ'nün yapı geçerliği için ölçeğin BBB tanısı B kriterine ait psikolojik özellikleri yordama açısından referans olabilecek ölçeklerle korelasyonuna bakılmıştır. Buna göre hesaplanan Pearson korelasyon katsayıları SSEQ'nün toplam puanı ile sağlık anksiyetesini ölçen WI-7'nin toplam puanı arasında yüksek güçte ve orta anlamlılık düzeyinde ($r=.77, p<.01$) hastalık davranışlarını ölçen HADDÖ'nün hastalığın sonuçları alt boyut puanları arasında orta güçte ve orta anlamlılık düzeyinde ($r=.67, p<.01$) korelasyonların varlığını göstermiştir. Bu bağlamda SSEQ'ye yönelik aynı ekibin gerçekleştirdiği iki çalışmadan elde edilen sonuçların bu ölçeğin özellikle psikosomatik olarak değerlendirilebilecek hasta grubunda BBB'nin B kriterine ait boyutları yordama gücüne sahip temel psikolojik özelliklerin değerlendirilmesinde güvenle kullanılabilecek bir ölçek olduğuna önemli kanıtlar sunduğu söylenebilir.

BBB'nin B kriterine yönelik yukarıda bahsedilen iki öz-bildirim ölçeğiyle birlikte bahsedilmeye değer bir başka ölçüm aracı yapılandırılmış görüşme şeklinde oluşturulan Sağlık Meşguliyeti Tanı Görüşmesi'dir (HPDI: The Health Preoccupation Diagnostic Interview). HPDI görüşmenin yapıldığı katılımcının değerlendireceği 18 ve katılımcıyla görüşen klinisyenin değerlendireceği 24 olmak üzere toplamda 42

sorudan oluşmaktadır. Araştırmacıların özellikle DSM-5 BBB ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu (HKB) tanılarını alan hastaların birbirinden ayırt edilebilmesi için geliştirdiği bu ölçeğin puanlayıcılar arası güvenilirlik değerleri sağlık anksiyeteli ve sağlıklı olarak isimlendirilen 52'şerli iki gruptan oluşan toplam 104 katılımcıdan elde edilen verilerden gelmektedir (Axelsson ve ark., 2016). Çalışmada önce bütün katılımcılarla BBB ve HKB tanılarında uzman bir klinik psikolog tarafından telefonda klinik tanısız görüşme gerçekleştirilmiş ve buna göre ilgili hastanın BBB ve HKB'ye ait olma düzeyleri puanlandırılmıştır. Ardından bu görüşmelere ilişkin ses kayıtlarını dinleyen bağımsız başka bir klinik psikolog tarafından HPDI kullanarak aynı görüşmenin hastanın BBB ve HKB'ye ait olma düzeyi açısından değerlendirilmesi ve puanlanması istenmiştir. Sonuçlar iki görüşmecinin iki farklı yöntemle elde ettikleri BBB ve HKB tanılarına ilişkin puanlar arasındaki uyuşmanın (Cohen'in kappa katsayısı) .85 olduğunu ve bu değer mükemmel uyuma işaret ettiğini göstermiştir (Axelsson ve ark., 2016). Bu bulgu araştırmacılar tarafından HPDI'nın BBB ve HKB tanılarının özellikle ayrıştırılması noktasında güvenilir nitelikte bir ölçüm aracı olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Sonuç olarak literatürde DSM-5 BBB tanısının klinik pratikte ve araştırma amacıyla doğru bir şekilde tespit edilmesine yardım edecek farklı nitelik ve amaçtaki ölçüm araçlarına rastlanmaktadır. Bunlar arasında BBB'nin A kriterine odaklananların sayısı görece daha fazla sayıdadır. Bunun en önemli sebebinin ise DSM-5'in yayımlanmasından önce ortaya konan bazı ölçüm araçlarının BBB'nin A kriteri için kullanılmasının yolunu açacak şekilde ilgili kriterin DSM-IV SB'den DSM-5 BBB'ye geçişte nispeten daha az değişmesi olduğu düşünülmektedir. Ek olarak literatürde bizim tespit edebildiğimiz kadarıyla sadece üç çalışmanın BBB'nin B kriterinin değerlendirilmesine odaklandığı dikkati çekmektedir. Bunlar arasında da yalnızca SSD-12'nin direkt olarak BBB'nin B kriterine odaklandığı diğer iki ölçüm aracının ise B kriterine ait özellikleri daha dolaylı olarak ölçümlendiği görülmektedir. Bu değerlendirmeler ışığında da özellikle BBB'nin B kriterini ölçmeye yönelik farklı kültür, örneklem, yöntem ve amaçlarla ortaya konacak ölçüm araçlarına ve bununla ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğu ifade edilebilir.

1.2.3. Somatizasyon ile Psikososyodemografik ve Klinik Faktörlerin İlişkilerine Dair Çalışmalar

Bu bölümde klinik somatizasyonun yaş ve cinsiyet gibi temel demografik faktörlerle birlikte kronik hastalık, psikopatoloji ve kronik bedensel belirti soygeçmiş gibi psikososyodemografik ve psikolojik ile fiziksel sağlık, güncel şikâyet sayısı, sağlık sistemi kullanımı ve nörotisizm gibi klinik faktörlerle ilişkisine dair çalışmalara yer verilecektir.

Klinik somatizasyon ile yaş ilişkisi bağlamında literatüre bakıldığında hâkim görüş yaş ile somatizasyonun arttığıdır. Örneğin, somatizasyonun tıbben açıklanamayan belirtiler ekseninde ele alındığı bir çalışmada 606 somatizasyon hastasıyla 265 somatizasyon göstermeyen hastadan elde edilen veriler karşılaştırılmış ve somatizasyon grubunun yaş ortalamalarının diğer gruba oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Nakamura ve ark., 2017). Ek olarak somatizasyon ile yaşın psikosomatik bir hastalık olarak tanımlanan yanan ağız sendromunda (burning mouth syndrome) (Carlson ve ark., 2000), hipokondriyak kaygılara eşlik eden somatizasyon belirtilerinde (Taylor ve Asmundson, 2004) ve somatoform Ağrı Bozukluğunda (Chatterjee ve ark., 2015) da pozitif korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır. Ayrıca ilgili bulgular yaşın pek çok çalışmada ele alınan çok temel bir demografik değişken olmasından kaynaklı olarak çoğaltılabilir görünmektedir. Sonuçlar yaş ile birlikte somatizasyon belirtilerinin de arttığına işaret etmektedir.

Öte yandan temel demografik değişkenlerden bir diğeri olan cinsiyetin somatizasyon ile ilişkisi literatürde yine sıklıkla ele alınıyor olsa da konuyla ilgili somatizasyon ile yaş ilişkisinde olduğu gibi bir fikir birliği bulunmadığı görülmektedir. Bu doğrultuda literatürde görece daha fazla kabul gören kadınların erkeklere oranla daha fazla somatizasyon gösterdiğine ilişkin görüşün hem genel hem de klinik popülasyonları baz alan çalışmalarla desteklendiğine rastlamak mümkündür (Choung ve ark., 2017; Kroenke ve Spitzer, 1998; Morawa ve ark., 2017). Ancak diğer bazı araştırmacılar da cinsiyet ve somatizasyon ilişkisine yönelik literatürde sunulan bu çalışmaların etiyolojik keskinlikten uzak oluşları sebebiyle sorgulanması

gerektiğini düşünmektedir (Rief ve ark., 2001; Wool ve Barsky, 1994). Nitekim gerek hasta gerekse genel popülasyon üzerinden yürütülen diğer bazı çalışmalar da somatizasyonun cinsiyete göre değişmediğine işaret etmektedir (Lilienfeld ve Hess, 2001; Malfliet ve ark., 2015; Nakamura ve ark., 2017). Dolayısıyla bu bilgiler ışığında cinsiyetin somatizasyonla ilişkisine dair daha net bir görüş ortaya koyabilmek için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Somatizasyonun kronik hastalık, psikopatoloji ve kronik bedensel belirti soygeçmişi gibi psikososyodemografik faktörlerle ilişkisine bakıldığında bu faktörlerin özellikle sosyal öğrenme yoluyla bireylerin somatizasyon yaşantılarını etkilediğine yönelik görüş karşımıza çıkmaktadır. Bu görüşe göre aile üyelerinde bedensel belirtiler ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan hastalık davranışlarının bulunması somatizasyon açısından önemli bir yatkınlaştırıcıdır (Kesebir, 2004). Burada önce literatürde sıklıkla bir arada ele alınan değişkenler olması sebebiyle kronik hastalık ve psikopatoloji soygeçmişlerinin ardından da kronik bedensel belirti soygeçmişinin somatizasyon üzerindeki etkisine dair görüş ve çalışmalara yer verilecektir. Bu bağlamda konuyla ilgili çalışmalardan birinde fonksiyonel somatik sendrom grubunda 47, sağlıklı kontrol grubunda 47 ve kronik hastalık grubunda 56 katılımcı psikososyodemografik değişkenler açısından incelenmiş ve fonksiyonel somatik sendrom grubu katılımcılarında hem sağlıklı hem de kronik hastalıklı kontrol gruplarına göre daha fazla kronik hastalık ve psikopatoloji soygeçmişi olduğu bulgulanmıştır (Duruk ve ark., 2015). Yine bir başka çalışmada kronik yorgunluk sendromu yaşayan bireylerin birinci derece yakınlarında aynı sendromun görülme oranının sağlıklı kontrol grubunun birinci derecede yakınlarına göre çok daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Walsh ve ark., 2001). Her ne kadar literatürde bu türden bulgular ortaya koyan başka çalışmalara rastlamak mümkünse de bu faktörlerin soygeçmiş gibi çalışılması zor bir içeriğe sahip olması (Falyova ve Vysotckaya, 2016) araştırmacıları somatizasyon belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerini incelemeye de yönlendirmiştir. Bu yöntemle gerçekleştirilen pek çok çalışma somatizasyon düzeyi yüksek çocukların ebeveynlerinde somatizasyon düzeyi düşük çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek düzeyde ve daha çok sayıda kronik hastalık ve psikopatoloji görüldüğünü ortaya koymuştur (Campo ve ark., 2007; Noyes ve ark.,

2002; Robinson ve ark., 1990; Schulte ve Petermann, 2011). Bunlarla birlikte kronik bedensel belirti soygeçmişi ise DSM-5 BBB anlayışının işaret ettiği tıbben açıklanabilir ve açıklanamaz ayrımını ortadan kaldıracak şekilde hem kronik hastalık hem de somatizasyon soygeçmişlerini kapsamaktadır. Bu gerekçeyle literatürün hem kronik hastalık (Craig ve ark., 2002; Noyes ve ark., 2002) hem de somatizasyon soygeçmişinin (Ramchandani ve ark., 2007; Walker ve ark., 1991) bireylerin somatizasyon yaşantıları üzerindeki etkisini ortaya koyan çalışmalarına bakıldığında kronik bedensel belirti soygeçmişinin de konuyla ilgili önemi ortaya çıkmaktadır.

Ek olarak somatizasyonun klinik faktörlerle ilişkisi de bahsedilmesi gereken bir diğer noktayı oluşturmaktadır. Psikolojik sağlığın somatizasyon üzerindeki etkisine dair çalışmalardan birinde 1290 bel ağrılı ve 890 bel ağrısı bulunmayan hastadan elde edilen veriler incelenmiş ve bel ağrılı grubun somatizasyon ile birlikte psikolojik sağlığın önemli göstergelerinden anksiyete ve depresyon puanlarıyla birlikte psikiyatrik bozukluk sayılarının diğer gruba oranla daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Bener ve ark., 2013). Somatizasyonu etkileyen klinik faktörlerden fiziksel sağlığın etkilerini ortaya koyan bir başka çalışmaya göre de somatizasyonlu grubun Hasta Sağlık Anketi (HSA) ile elde edilen fiziksel sağlık puanlarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Howard ve ark., 2017). Diğer bazı araştırmacılar da fiziksel sağlığın somatizasyon üzerindeki etkisine dair çalışmalarda fiziksel sağlığa ilişkin objektif ölçümlerin yanında fiziksel sağlık algısının da çalışılması gerektiğini ifade ederek önemli bir noktaya işaret etmişlerdir. Onlara göre somatizasyon hastaları özellikle fiziksel sağlıklarına ve stresli yaşam olaylarına ilişkin zayıflık algıları açısından sağlıklı bireylerden ayrılmaktadır (Rief ve ark., 1998). Tüm bu bilgilerin psikolojik ve fiziksel sağlığın somatizasyon üzerindeki etkisini ortaya koyması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Öte yandan somatizasyon üzerinde etkili klinik faktörlerden diğerleri güncel hastalık ve tıbbi yardım arayışı sayısı gibi bu hastaların sağlık sistemi maliyetlerine doğrudan etkisi olan değişkenlerdir. Bu doğrultuda yürütülen çalışmalardan birinde güncel hastalık sayısının bedensel belirti sayısı ve sıklığı ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güç ve anlamlılık düzeyinde olduğu görülmektedir (Keyes ve Ryff, 2003).

Yine bir başka çalışmada psikosomatik kliniğinden elde edilen 698 hastanın sağlık sistemi kullanımlarının, somatizasyon düzeyleri ile pozitif korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır (Toussaint ve ark., 2016). Ek olarak Barsky ve arkadaşlarının (2005) somatizasyon hastalarının sağlık sistemi kullanımlarının sağlıklı katılımcılara ve psikiyatrik tanıli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaları da konuyla ilgili önemli sonuç olarak dikkati çekmektedir.

Somatizasyon üzerindeki etkisine dair görüşlerin paylaşılacağı son klinik faktör ise bir kişilik özelliği olarak nörotisizm'dir. Sosyal ve psikolojik stresörlere olumsuz tepki verme eğilimi şeklinde tanımlanabilecek nörotisizm'in (Kiffin-Petersen ve ark., 2011; Yılmaz ve ark., 2019) özellikle anksiyete ve ruminasyon yoluyla hastaların semptomlarını algılayışlarını etkilediği düşünülmektedir (Denovan ve ark., 2019). Nitekim literatürdeki çalışmalar klinik somatizasyonun kararlı değişkenlerinden biri olarak görülen nörotisizmin (De Gucht, 2003) bedensel belirti sayısı (Abdolmohamadi ve ark., 2017), sağlık anksiyetesi (Anagnostopoulos ve Botse, 2016; Noyes ve ark., 2003) ve somatizasyon belirtileriyle baş etme (Lahey, 2009) ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir.

Özetle bu bölümde aktarılan çalışma ve görüşler somatizasyonun temel demografik faktörlerden yaş ve cinsiyet, psikososyodemografik faktörlerden psikopatoloji soygeçmişi ile birlikte kronik hastalık ve bedensel belirti soygeçmişi ve klinik faktörlerden psikolojik ve fiziksel sağlık, güncel hastalık sayısı, sağlık sistemi kullanımı ve bir kişilik özelliği olarak nörotisizm ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak burada aktarılan bilgilerin değerlendirilmesinde bunlardan çok azının Türk kültüründe yürütülen çalışmalardan elde edildiği de akılda tutulmalıdır. Somatizasyonun kültüre özgü doğasının burada yer alan bilgilere de temkinli yaklaşılmasına neden olduğu söylenebilir. Bu bağlamda bir sonraki bölümde klinik somatizasyonun histeriden bedensel belirti bozukluğu kavramsallaştırmasına giden evriminde kültürün rolünün ele alınması amaçlanmıştır.

1.2.4. Somatizasyon ve Kültür

Lipowski'nin klinik somatizasyonun psikolojik çatışma ve gerginliğin bedensel belirtilerle ifade edilmesi olduğu şeklindeki kültürel ögelere dair özel bir vurgu belirtmeyen tanımlaması literatürde halen konuya ilişkin ana  er eve olarak kabul edilmektedir (Lipowski, 1988). Ayrıca somatizasyonun doğu toplumlarında görece daha yaygın olduğuna yönelik inanış da halen ağırlıklı olarak kabul gören ana açıklama olarak dikkati çekmektedir (Ryder ve ark., 2008). Öte yandan güncel etnokültürel çalışmalar kökenleri ve sebepleri farklı olmak kaydıyla somatizasyonun her toplumda her daim ortaya çıkabileceğini; ancak kültürel ögelerle birlikte değerlendirilerek anlaşılabileceğini ortaya koymaktadır (Baksak ve  evik, 2007). Bu bölümde kültür-somatizasyon bağlantısına ilişkin önce batılı toplumların biyomedikal anlayışının ve psikolojize etme mekanizmasının, ardından batılı olmayan toplumların hastalık algılarının ve bununla ilişkili bir değişken olarak tıbbi yardım arama ihtiyaçlarıyla birlikte içinde bulunan ana dilin özelliklerinin ve bu dile hakimiyetin bu toplumlardaki somatizasyon yaşantısına etkilerine dair görüşlere yer verilecektir. Ancak literatürün kültürel ögelerin spesifik olarak BBB yaşantısı üzerindeki etkilerine yönelik yeterince bilgi barındırmaması nedeniyle bu bölümde ifade edilecek görüş ve çalışmaların BBB yerine, literatürde çok daha kapsamlı çalışılan somatizasyon anlayışına dayandığı belirtilmelidir.

Duygusal ve bedensel huzursuzluğun en sık görülen ifadesi klinik bedensel belirtilerdir (şahin ve ark., 2009). Her ne kadar günümüzde somatizasyonun tüm dünyada karşımıza çıkabilen bir durum olduğu kabul edilse de pek çok bilim insanı bunun günümüzde ortaya çıkışını batı tıbbında psikiyatrik hastalığın karşısında konumlandırılan tıbbi hastalık anlayışının klinik pratikte hakimiyetini ilan etmesine bağlamaktadır (şahin ve ark., 2009). Klasik somatizasyon kavramsallaştırmasının dayattığı özellikle batı tıbbına has tıbbi ve psikolojik hastalık ayrılığının tarihsel dönüm noktası ise Rene Descartes'ın önderliğinde önce hayatımıza sonra klinik pratiğe girmeyi başaran zihin-beden d alizmidir (Armstrong, 2018). Bugün gerek tıp sisteminde gerekse literatürde çokça tartışılsa da bu anlayıştan gücünü alan biyomedikal modelin halen neyin "hastalık" ya da "hastalıklı" olduğuna dair sınırları

çizme hakkına sahip olduğunu söylemek güç değildir. Bu anlayış bir yandan bedensel belirtilerin varlığından bağımsız bir şekilde psikiyatrik hastalık ve problemlerin salt zihinsel diğer yandan psikiyatrik şikâyet ve hastalıkların varlığından bağımsız bir şekilde bedensel belirtilerin/hastalıkların salt tıbbi olduğunu öne sürmektedir. Oysa ki pek çok bedensel belirti ve durum bunların ortasına yakın bir çizgide yer almaktadır (Fabrega, 1990).

Zihnin ve bedeninin birlikte şekillendirdiği somatizasyonun her formuna ilişkin batı tıbbının ihmali en net dile getiren araştırmacılardan Creed (2006) Dünya Psikiyatri (World Psychiatry) dergisindeki makalesinde “Psikiyatri somatizasyon ve Hipokondriyazisi ihmal mi etmelidir?” diyerek tartışmaya başka bir soluk kazandırmayı başarmıştır. Ona göre birincil basamak sağlık hizmetinde görülen çok sayıda vakaya rağmen, psikiyatristler ve sağlık hizmeti planlayıcıları somatizasyon konusundaki referansları o dönem itibariyle DSM-IV olduğu için bu bozuklukları ihmal etme eğilimindedirler. Bu ihmalin en net yansımalarından birini somatizasyona yönelik kriterlerin ve bu kriterlerle elde edilen sonuçların birbirlerinden dramatik bir şekilde farklılaştığında görmek mümkündür. Nitekim son yıllarda gittikçe daha fazla araştırmacı batı tıbbının klinik pratiğindeki somatizasyon oranlarının, DSM-IV’ün katı kriterleri baz alındığında %1-5 olmasına (Levenson, 2011) rağmen nispeten daha kapsayıcı ve esnek kriterler baz alındığında ise bu oranın yaklaşık %50’lilerde olmasını (Barsky ve ark., 2006) batı tıbbının yapay ve güvenilmez olan somatizasyon anlayışının en net örneği olduğunu düşünmektedir (So, 2008).

Bu bağlamda karşımıza batılı ve batılı olmayan tıp sisteminde görülen Lipowski’nin (1988) deyiimiyle “somatizörlerin” farklı toplumlarda ne derece yaygın oldukları ve hangi mekanizmaları kullandıkları soruları çıkmaktadır. Genel itibariyle kişilerarası ilişkilerin çok daha derinlemesine olduğu batılı olmayan toplumlarda somatizasyonun çevreyle uyumu ve sosyal destek alınmasını sağladığı için bir tür ifade şekli batılı toplumlarda duygusal çatışmanın somatize edilmesi ise ilkel ve gelişmemiş bir baş etme olarak görülme eğilimindedir (Fabrega, 1990). Ek olarak batılı toplumlarda duygusal çatışmaların ilkel ve gelişmemiş bir baş etme tarzı olarak görüldüğüne dair bazı çalışmalar da bunu sağlayan mekanizma olarak psikolojize

etmeyi (psychologization) merkeze koymaktadır (Baksak ve Çevik, 2007). Onlara göre yukarıda bahsedilen sebeplerden ötürü batılı toplumlarda somatizasyon depresyon ve anksiyete bozukluklarına göre daha az tercih edilen bir durumdur ve bu durum batılı toplumların somatizasyon yaşantılarına da yansımaktadır. Buna kanıt olacak çalışmalardan birinde 304 Avrupa kökenli Amerikan, 420 Vietnam kökenli Amerikan ve 717 Vietnamlı ergenin anksiyete, depresyon ve somatizasyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Sonuçlar Avrupa kökenli Amerikanlarda anksiyete düzeylerinin depresif semptomları Vietnam kökenli Amerikanlarda ve Vietnamlılarda ise somatizasyon semptomlarını yordadığını göstermiştir (Kim ve ark., 2019). Ayrıca bir başka çalışmada da depresyonun Kolombiyalı katılımcılarda bedensel belirtilerle Amerikalı katılımcılarda ise hayattan zevk alamamayla kendini gösterdiği bulgulanmıştır (Escobar ve ark., 1983). Dolayısıyla bu sonuçlar batılı toplumlarda özellikle psikolojize etmenin bedensel belirtilerin görülmesi için önemli bir mekanizma olarak dikkati çektiği şeklinde yorumlanabilir (Baksak ve Çevik, 2007; Kirmayer ve ark., 1994; Kirmayer ve ark., 2004).

Öte yandan literatürde batılı olmayan toplumlardaki somatizasyon oranının batılı toplumlara göre çok daha yüksek olduğuna yönelik fazla sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. Örneğin Avrupa ve Amerika kıtalarındaki Latin ve Anglosakson kökenlilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada Latin kökenlilerin tıbben açıklanamayan bedensel belirtileri sebebiyle yaşadıkları somatizasyon düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Kirmayer ve Young, 1998). Ek olarak Porto Riko Epidemiyolojik Alan Tarama Çalışmaları (Epidemiologic Catchment Area Studies-ECAS) da Porto Rikoluların genel popülasyonunda görülen somatizasyon oranının ABD’li genel popülasyona göre 10 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Simon ve VonKorff, 1991). Bununla birlikte batılı olmayan toplumlarda görülen yüksek orandaki bedenselleştirmenin sebebini bu toplumlarda psikiyatrik sağlık hizmetlerinin gelişmemiş olmasına değil de batılı olmayan toplumların bunları kullanma şeklini belirleyen hastalık algılarına bağlayanlar da bulunmaktadır. Onlara göre batılı olmayan toplumların hastalıklarına ilişkin bu türden bir algıya sahip olmaları ilk andan itibaren klinik somatizasyonun ele alınmasını ve yönetilmesini zorlaştırarak var olan problemlerin büyümesine neden olmaktadır. Bu

noktada gerek içinde bulundukları batılı kültürel adaptasyonlarında yaşadıkları zorluklar gerekse sağlık sistemi kullanımına ilişkin algıları sebebiyle göçmenlerin değerli bir çalışma sahası sunduğundan bahsedilebilir. Konuyla ilgili önemli örneklerden birinde farklı etnik grupların bir arada yaşadığı Kanada’da birinci basamak sağlık sistemindeki Kanada doğumlu anglofon (İngilizce konuşan) ve frankofon (Fransızca konuşan) bireylerle birlikte Karayip, Vietnam ve Filipinler’de doğarak göçmen statüsünde Kanada’da yaşayan bireyler karşılaştırılmıştır (Kirmayer ve Young, 1998). Konuştukları dilden bağımsız şekilde Kanada’da doğan ve göçmen statüsünde Kanada’da yaşayan bireylerin birinci basamak sağlık sistemi kullanım oranlarının farklılık göstermediği; ancak Kanada’da göçmen olarak yaşayan etnik grupların psikiyatri servislerine başvurma oranlarının Kanada doğumlulara göre düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Görüldüğü üzere gelişmiş batılı bir şehirde göçmen olarak yaşayan bireylerin yaşadıkları bedensel belirtilere dair algıları ve buna yönelik yardım arayışları daha çok hastalığın “tıbbi” yanına dair cevaplar bulabilecekleri birinci basamak sağlık hizmetine yöneliktir.

Ek olarak göçmenlerin batılı toplumlara göre daha düşük seviyede seyreden psikiyatrik yardım arama davranışının tıbbi yardım arama ihtiyacıyla ters orantılı olmasının yukarıdaki sonuçları daha da netleştireceği düşünülebilir. Bu noktada 2000-2017 yılları arasında göçmen somatizasyonuna yönelik araştırmalar üzerinde Lanzara ve arkadaşları (2019) tarafından gerçekleştirilen meta analiz çalışması oldukça önemli bulgular sunmaktadır. İlgili tarihler arasında göçmen somatizasyonuna yönelik gerçekleştirilen 338 araştırmanın kriterleri sağlayan 42’si üzerinden yürütülen çalışmada somatizasyon kriterlerini karşılayan göçmenlerin karşılamayan göçmenlere göre daha yüksek oranda psikolojik stres ve tıbbi yardım arama ihtiyacı gösterdikleri ortaya konmuştur. Bu sonuçlar göçmenlerin bedensel belirtilerine ilişkin yüksek düzey yardım arama ihtiyaçlarına rağmen psikiyatrik yardım arayışlarının düşüklüğünün sebebinin bu topluluğun “tıbbi” bir açıklamayı arama ve tercih etme yönündeki algıları olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla ortaya çıkan bu durum da somatizasyon konusunda kültürler arasındaki farkın belirlenebilmesi için belirtilerin şiddet ve sıklıklarıyla birlikte tıbbi yardım algısının da hesaba katılmasının önemini vurgular niteliktedir. Ayrıca bu vurgunun Lipowski’nin (1988) somatizasyonun varlığına dair

bir ön şart olarak belirlediği tıbbi yardım arama davranışının nasıl çalışılması gerektiğine dair bir yön belirttiği de söylenebilir.

Somatizasyonun kültürel bağlamda ele alınmasında bahsetmeye değer öğelerden bir diğerini de stigmatizasyon (damgalanma) oluşturmaktadır. Bu bağlamda duygusal çatışmaların bedenselleştirilmesinin psikiyatrik sağlık hizmetlerinin gelişmemiş olduğu batılı olmayan toplumlarda doğal bir sonuç psikiyatrik bozukluklara ilişkin stigmatizasyonun (damgalanmanın) olduğu batılı toplumlarda ise bir tercih olduğu dikkati çekmektedir (Kirmayer, 2001). Farklı kültürel topluluklarda psikiyatrik bozuklukların stigmatize etme güçleri somatizasyona ilişkin hastalık davranışlarının ve şikayetlerinin ifade ediliş tarzını belirlemektedir (Şahin ve ark., 2009). Nitekim batı tıbbında “stigmatizasyondan” kaçınmak isteyen pek çok hasta örneğin depresyon ve anksiyete gibi toplum gözünde psikiyatrik/psikolojik olduğu bariz bozukluklar için değil bu bozukluklara eşlik eden bedensel belirtiler için yardım arayışında bulunmaktadır. Bu noktada batılı toplumlarda duygusal çatışmaların ifadesi için bedensel belirtilerin ortaya konmasının bir tercih olmasının somatizasyonun bu toplumlardaki görülme oranlarına şüpheyle yaklaşılmasını zorunlu kıldığı da çokça tartışılmıştır (Raguram ve ark., 1996). Ek olarak batılı toplumlardaki kadar yönlendirici bir değişken olmasa da stigmatizasyonun somatizasyon üzerindeki etkisinin batılı olmayan toplumlarda çalışıldığı da dikkati çekmektedir. Bu çalışmalardan biri Raguram ve arkadaşları (1996) tarafından Hindistan’daki hastalarla gerçekleştirilmiş ve bu hastalar için depresyona oranla somatizasyonun daha düşük düzey stigmatizasyon ve sosyal dezavantaj anlamına geldiği bulgulanmıştır. Stigmatizasyon ve somatizasyon bağlantısının batılı olmayan toplumlarda da geçerli olduğuna yönelik bu bulgular özellikle normal popülasyondaki somatizasyon durumlarının da bir kısmını açıklar görünmektedir. Ancak dikkatli bakılırsa batılı toplumlardaki stigmatizasyonun etkisini tıp sisteminin kendi dinamikleri üzerinden batılı olmayan toplumlardaki stigmatizasyonun etkini ise sosyal ilişkiler üzerinden sağladığı görülür. Stigmatizasyon mekanizmasının batılı ve batılı olmayan toplumlarda kültürel öğeler sebebiyle nasıl farklı bir işlevle kullanılabileceğine yönelik bu durumun kültürün somatizasyon üzerindeki gücüne dair önemli bir dayanak noktası oluşturduğu düşünülmektedir.

Öte yandan araştırmacıların bir kısmına göre de kültürün somatizasyonu etkileyen öğelerinin başında o kültürde kullanılan dile ilişkin hakimiyet ve özellikler gelmektedir (Chan, 2001; Kito ve Lee, 2004). Bu anlamda gerçekleştirilen çalışmalardan birinde düşük düzeyde Almanca bilen 110 Vietnamlı göçmen ile yeterli düzeyde Almanca bilen 109 Alman'dan elde edilen veriler karşılaştırılmıştır. Sonuçlar her iki grubun depresyon düzeyleri açısından bir farklılık görülmediğini; ancak düşük düzeyde Almanca bilen Vietnamlı göçmenlerin daha yüksek düzey somatik semptom ortaya koyduklarını göstermiştir (Dreher ve ark., 2017). Almanya'da gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise farklı düzeylerde Almanca hakimiyeti olan 335 Türk asıllı göçmenin somatizasyon düzeyi incelenmiştir. Çalışmada yürütülen çoklu regresyon analizi ile yüksek düzey Almanca hakimiyetinin düşük düzey somatizasyonun en önemli yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır (Morawa ve ark., 2017). Ek olarak İtalya'da yaşayan; ancak bölgenin ana dili İtalyanca'ya yeterince hâkim olmayan 143 göçmen ile 186 İtalya vatandaşının verilerinin somatizasyon açısından karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da cinsiyet ve yaşın kontrol edildiği durumda dahi göçmen grubundaki katılımcıların somatizasyon düzeyinin İtalyan vatandaşlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bragazzi ve ark., 2014). Bu sonuçların içinde bulunan kültüre ait ana dile hakimiyetin bireylerin somatizasyon paternlerindeki rolüne dair önemli bir kanıt niteliğinde olduğu söylenebilir. Bununla birlikte somatizasyona ilişkin kültürel modellerin bedensel, duygusal ve sosyal anlamlar taşıyarak semptomlara özgü kendi kelime dağarcığını ve ifade ediş şeklini oluşturduğunu düşünenler de bulunmaktadır (Kesebir, 2004; Kirmayer ve Young, 1998). Onlara göre batılı olmayan toplumlarda psikolojik durumları tarif etmeye yönelik kelime ve kavramsallaştırmaların yetersizliği daha fazla somatik semptom yaşanmasına batılı toplumlarda ise psikolojik durumları tarif etmeye yönelik gelişmiş dil özellikleri de daha az somatizasyon yaşanmasına neden olmaktadır (Escobar ve ark., 1987; Kito ve Lee, 2004; Tseng, 2001). Nitekim psikolojik durumların tarifi açısından farklı kültürlerde kullanılan dilin farklı düzeylerde kapsayıcılığa ve ifade ediciliğe sahip olduğu çeşitli çalışmalarla da gösterilmiştir. Buna yönelik gerçekleştirilen çalışmalardan birinde Kaviani ve arkadaşları (2015) İran'da en çok kullanılan üç Farsça sözlükteki kelimeleri “duygu ve düşünce odaklı” olmaları ve bu kelimelerin somatizasyonu çağrıştırmaları açısından incelemişlerdir. Yapılan

incelemeler neticesinde ilgili sözlüklerdeki kelimelerin duygu odaklı (örn. öfke) olma oranlarının düşünce odaklı kelimelere (örn. araştırmak) göre daha fazla olduğu ve duygu odaklı kelimelerin ortalama %45 oranındaki kısmının somatizasyonu çağrıştıran “beden odaklı” kelimelerden (örn. kalp kırmak) oluştuğu tespit edilmiştir. Araştırmacılar bu sonuçları batılı olmayan toplumlardaki somatizasyonun anlaşılmasının o toplumda kullanılan dilin özelliklerini anlamaktan geçtiğine dair kanıt olarak yorumlamışlardır (Kaviani, 2018).

Özetle kültürün ve onunla bağlantılı öğelerin psikiyatri/psikoloji alanlarını etkilediği gibi somatizasyonun her formunu da etkilemeyi başardığı söylenebilir. Farklı kültürel yapılanmaların kendi içerisinde çeşitli sosyal ve psikolojik durumları bedensel belirtilerle ve hastalık algısıyla entegre ederek kendi somatizasyon yaşantısını oluşturduğunun altı çizilmelidir (Lanzara ve ark., 2019). Ancak bu somatizasyon yaşantısını günümüz batı tıbbına halen hâkim bir anlayış olarak neyin hastalık ya da hastalıklı olduğuna dair sınırları çizme hakkına sahip biyomedikal modelin düalist anlayışına sıkıştırmanın alanda var olan problemleri başka bir noktaya çektiği açıktır. Yukarıda da bahsedildiği üzere batılı toplumlara hâkim bu somatizasyon anlayışının en net sonuçlarının gerek klinik pratikte gerekse güncel yaşamda sıkça karşılaşılan ve çoğu zaman somatizasyonun baskılanmasına ya da şekil değiştirmesine neden olan değişkenlerin dış dünya kaynaklı stigmatizasyon ile iç dünya odaklı psikolojize etme mekanizmaları olduğu görülmektedir. Ek olarak pek çok çalışma batılı olmayan toplumlardaki somatizasyon oranının batılı toplumlara göre çok daha yüksek olduğunu belirtmekte ve bu toplumlardaki somatizasyonu etkileyen temel değişkenlerin hastalık algısı ve onunla ilişkili tıbbi yardım arama ihtiyacı ile birlikte içinde bulunulan kültüre ait ana dilin özellikleri ve bu dile hakimiyet etrafında şekillendiğinin altını çizmektedir. Ancak her ne kadar bu çalışmalar batılı ve batılı olmayan toplumlardaki somatizasyon sıklığı ve yaşantısının farklılaştığını ortaya koysalar da konuyla ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğunun da batı kaynaklı bir anlayışla “batılılar” tarafından yürütüldüğünün de hesaba katılması sonuçların genellenebilirliğinin tespiti için oldukça önemli görünmektedir. Dolayısıyla kültür-somatizasyon bağlantısının doğru çalışabilmesi için somatizasyonun o

kültürün kendi kodlarının en iyi yansıması olan ana diline has metodolojilerle ve ölçüm araçları ile değerlendirilmesinin çok önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2.5. Amaç ve Hipotezler

Daha önce bahsedildiği üzere DSM-5 BBBİB ana tanı grubunda yer alan BBB vakalarının ne sadece uzman doktorların fiziksel muayene ya da tıbbi araştırmaları sonucunda elde ettikleri “tıbben açıklanamayan” ne de sadece çeşitli Psikosomatik Hastalıklarda elde edebildikleri “tıbben açıklanabilir” bulgularla ele alınabileceğini göstermektedir. Bu durum ise klasik somatizasyon anlayışına ait örnekleme yöntemlerini geçersiz kılmakta ve bu vakaların nasıl ele alınabileceğine ilişkin önemli bir problemin doğmasına neden olmaktadır (Toussaint ve ark., 2016). Nitekim uluslararası literatürde dahi ortaya konulan klinik somatizasyon çalışmalarına bakıldığında bu çalışmaların DSM-5’in alana getirdiği yeni yaklaşıma ayak uyduramadığı ve söz konusu vakaların özellikle psikolojik boyutunu temsil eden BBB tanısının B kriterinin değerlendirilmesini ve ele alınmasını kolaylaştıracak ölçme araçları ve yöntemleri konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Buna paralel olarak Türkiye’de de DSM-5 BBB tanısının B kriterinin ele alınmasını kolaylaştıracak herhangi bir ölçüm aracına rastlanmadığı vurgulanmalıdır. Bu bilgiler ışığında söz konusu çalışmada klinik somatizasyon alanının hali hazırdaki en önemli sorunlarının başında gelen BBB tanılı vakaların özellikle psikolojik açıdan tespit edilmesi problemine (Henningesen ve ark., 2007) katkı sunacak, Türk kültürüne uygun bir klinik somatizasyon ölçeği olarak “Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” (BBBDÖ) isimli bir ölçüm aracının geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç çerçevesinde ilk olarak BBBDÖ’nün geçerlik ve güvenirlik sınamalarının yapılması planlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Genel Hipotez

“BBBDÖ Türk toplumunda 15-84 yaş aralığındaki bireylerde DSM-5 BBB tanısının B kriterinde yer alan psikolojik özellikleri değerlendirmek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçektir.”

İşlemsel Hipotezler

1.2.5.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Geçerliğine İlişkin Hipotezler

Yapı Geçerliği

Faktör Analizi

Literatür bölümünde ifade edildiği üzere DSM-5 ile klinik somatizasyon alanına getirilen yeni yaklaşım BBB'nin B kriterini kabaca bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörler olarak ifade edilen üç faktörde değerlendirmektedir. Buna göre BBB'nin B kriterini değerlendirmeye yönelik olarak geliştirilen BBBDÖ'ye ilişkin hipotezler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Hipotez 1a. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) sonuçları BBBDÖ'nün maddelerinin, DSM-5 BBB tanısının B kriterinde belirtildiği gibi; sağlıkla ilgili kaygılara yönelik aşırı düzeyde bilişleri temsil eden “Bilişsel Faktörler”, duyguları temsil eden “Duygusal Faktörler” ve davranışları/içsel güç harcamayı temsil eden “Davranışsal Faktörler” şeklindeki üç faktörde toplandığını gösterecektir.

Hipotez 1b. BBBDÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile elde edilen faktör yapısı veri seti ile uyum gösterecektir.

Alt Ölçeklerin Toplam Puanla ve Birbiriyle İlişkisi

Mevcut çalışmanın “Bedensel Belirti Bozukluğu Çalışmaları” isimli bölümünde ifade edildiği üzere APA'nın DSM-5 ile 2013 yılında yenilediği klinik somatizasyon anlayışı BBB tanısının B kriterinde tanımlanan ve kabaca bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak isimlendirilen psikolojik özellikleri BBB'li bireylerin hastalık yaşantıları açısından merkeze koymaktadır. Bu bağlamda aynı yapının farklı

boyutlarını temsil eden psikolojik özellikleri değerlendirmek üzere oluşturulan BBBDÖ'nün alt faktörlerinin toplam puanla ve birbiriyle ilişkisine dair hipotezler şu şekildedir:

Hipotez 2a. BBBDÖ'nün alt ölçek puanları toplam puanla pozitif yönlü anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 2b. BBBDÖ'nün alt ölçek puanları birbiriyle pozitif yönlü anlamlı korelasyon gösterecektir.

Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Bu çalışmanın “Tanısal Ölçüm Araçları ve Bu Araçların Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar” başlığı altında bahsedildiği üzere literatürde doğrudan BBB'yi ölçen ve Türkçe'ye çevrilmiş herhangi bir ölçüm aracı olmasa da BBB'nin farklı klinik göstergelerini değerlendirmeye yönelik somatizasyon ölçekleri bulunmaktadır. Bu bağlamda BBBDÖ'nün somatizasyonun farklı göstergelerini değerlendiren ölçme araçlarıyla ilişkisine dair hipotezler aşağıdaki gibidir:

Hipotez 3a. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Hasta Sağlık Anketi'nin (HSA) Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler alt ölçek puanları pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 3b. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) puanı pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 3c. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Semptom Yorumlama Anketi'nin (SYA) Psikolojize, Somatize ve Belirti Sayısı alt ölçek puanları pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 3d. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Semptom Yorumlama Anketi'nin (SYA) Normalize alt ölçek puanı negatif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 3e. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Whiteley İndeksi'nin (WI-7) Toplam puanı ile birlikte Bedensel Düşünce Uğraşı ve Hastalık Kaygısı alt ölçek puanları pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 3f. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinin (HADDÖ) Tanının Doğrulanması, Tarama, Şikayetlerin İfadesi ve Tedavi Uğraşı alt ölçeklerinin puanları negatif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Ayırt Edici Geçerlik

Bu çalışma ile DSM-5 BBB tanısının psikolojik özelliklerinin tanımlandığı B kriterini ölçümlemek amacıyla geliştirilen BBBDÖ'nün BBB'li olan ve olmayan grupları ayırt edebilmesinin önemli bir geçerlik kriteri olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda BBBDÖ'nün ayırt ediciliğine dair hipotez şu şekilde oluşmuştur:

Hipotez 4. BBB hastalarıyla yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen sağlıklı katılımcıların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları birbirinden farklılaşacaktır.

Psikososyodemografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkiler

Daha önce belirtildiği üzere klinik somatizasyon literatüründen elde ettiğimiz bilgiler BBB'nin temel demografik değişkenlerden yaş ve cinsiyet, psikososyodemografik değişkenlerden psikopatoloji ile birlikte kronik hastalık ve bedensel belirti soygeçmişi ve klinik değişkenlerden psikolojik ve fiziksel sağlık, güncel hastalık sayısı, sağlık sistemi kullanımı ve bir kişilik özelliği olarak nörotisizm değişkenleriyle ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Bu doğrultuda BBBDÖ'nün söz konusu psikososyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisine dair hipotezler aşağıdaki gibi şekillenmiştir:

Hipotez 5a. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları yaş ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 5b. Kadınların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 5c. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları eğitim durumu kategorilerine (İlkokul-Ortaokul, Lise ve Lisans-Lisansüstü) göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.

- Eğitim durumu ilkokul-ortaokul olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları eğitim durumu lise olanlardan; eğitim durumu lise olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları eğitim durumu lisans-lisansüstü olanlardan anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 5d. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları medeni durum kategorilerine (Evli, Bekar ve Diğer) göre anlamlı olarak farklılaşmayacaktır.

Hipotez 5e. Çalışmayanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 5f. Kronik hastalık soygeçmişi olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları kronik hastalık soygeçmişi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 5g. Psikopatoloji soygeçmişi olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları psikopatoloji soygeçmişi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 5h. Kronik bedensel belirti soygeçmişi olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları kronik bedensel belirti soygeçmişi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 5i. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF) ile elde edilen son bir ve altı ay içerisindeki psikolojik ve fiziksel sağlık puanları ile negatif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 5j. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF) ile elde edilen güncel hastalık ve şikâyet sayısı ile birlikte sağlık sistemi kullanımı puanları ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

Hipotez 5k. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu'nun (EKA-GGKF) Nörotisizm alt boyut puanı pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterecektir.

1.2.5.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güvenirliğine İlişkin Hipotezler

Literatür bölümünde değinildiği üzere DSM-5 ile klinik somatizasyon alanına getirilen yeni yaklaşımın en önemli temsili olan BBB tanısının B kriterinin hem hatadan arınıklık düzeyini ifade eden iç tutarlılığına hem de zaman karşı değişmezlik düzeyini ifade eden test-tekrar test güvenirliğine ilişkin değerler açısından sınanması oldukça önemlidir. Bu amaçla bu çalışma ile geliştirilen BBBDÖ'nün iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliğine ilişkin hipotezleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

İç Tutarlılık Güvenirliği

Hipotez 6. BBBDÖ'nün ortaya koyduğu yapıların iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı yüksek olacaktır ($>.70$).

Test-Tekrar Test Güvenirliği

Hipotez 7. BBBDÖ'nün ve alt ölçeklerinin iki hafta arayla elde edilen puanları arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı yüksek olacaktır ($>.70$).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

2.1.1. Bedensel Belirti Bozukluğu (BBB) Grubu

BBBDÖ'nün yapı, ölçüt bağımlı ve ayırt edici geçerliği ile birlikte iç tutarlılık güvenirliğine ilişkin verilerin elde edildiği bu gruba, Şubat 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarıyla birlikte VM Medical Park Mersin Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümüne, Dental Park ve Anadolu Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniklerine ve İde Terapi Merkezine ayaktan tedavi görmek üzere başvuranlardan aşağıdaki işleme ve dışlama kriterlerine uygun peşi sıra yönlendirilen toplamda 314 hasta dahil edilmiştir:

İşleme Kriterleri:

- ☐ Sıkıntı verecek ya da yaşamı önemli oranda kesintiye uğratacak düzeyde bir ya da daha fazla bedensel belirti sebebiyle yukarıda belirtilen sağlık kuruluşlarına ayaktan tedavi için başvurmak,
- ☐ 15-84 yaş arası olmak,
- ☐ Çalışmada yöneltilen soruları okuyup anlama ve algılama problemi olmayacak seviyede zihinsel kapasiteye sahip olmak,
- ☐ En az ilkokul mezunu olmak,

Dışlama Kriterleri:

- ☐ İşleme kriterlerini karşılamamak,

Çalışmadaki işleme kriterleri doğrultusunda 77'si (%24.5) İç ve Göğüs Hastalıkları, 92'si (%29.3) Psikiyatri, 79'u (%25.2) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve

66'sı (%21) Diş Hekimliği branşlarına başvuran toplamda dört alt grup ve 314 katılımcının oluşturduğu BBB grubunda en fazla görülen hastalıkların başvuru branş ve sağlık kuruluşlarına göre dağılımları Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun En Sık Aldıkları Tanıların Başvurulan Branş ve Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımları

Branş	En Sık Alınan Tanı	Hastane ve Birim
İç ve Göğüs Hastalıkları (N=77)	*Hipertansiyon	*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
	*Diyabet	*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
	*Tiroid Hastalıkları	
Psikiyatri (N=92)	*Anksiyete Bozuklukları	*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	*Duygudurum Bozuklukları	
	*Kronik Ağrı, Huzursuz Bağırsak ve Fibromiyalji Sendromları	*İde Terapi Merkezi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (N=79)	*Felçler (Hemiparezi, Paraparezi ve Spastik Parapezi)	
	*İntervertebral Disk Bozuklukları (Lomber Disk Hernisi, Lomber Diskopati ve Radikülopati)	*VM Medical Park Mersin Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü
	*Fibromiyalji ve Operasyon Sonrası Kronik Ağrı Sendromları	
Diş Hekimliği (N=66)	*Diş Eksikliği	*Dental Park Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği
	*Diş Sıkma (Bruksizm)	
	*Çürük Diş ve Diş Eti İltihabı (Pulpitis ve Gingivitis)	*Anadolu Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği

BBB grubunu oluşturan dört alt grubun yaş ortalaması İç ve Göğüs Hastalıkları için 46.92 ± 14.49 , Psikiyatri için 34.63 ± 11.36 , Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon için 42.71 ± 13.31 ve Diş Hekimliği için 29.85 ± 9.87 olarak bulunmuştur. Bu dört alt grubun yaş ortalamaları Tek Yönlü Varyans Analizi ile karşılaştırıldığında yaş ortalamaları arasında yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu bulgulanmıştır ($F_{(3,310)}=28.44$, $p<.001$). Söz konusu farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın, birbirlerinden farklılaşmayan İç ve Göğüs Hastalıkları ile Fiziksel Tıp gruplarının yaş ortalamasının yine birbirlerinden farklılaşmayan Psikiyatri ve Diş Hekimliği gruplarına göre daha yüksek oluşundan kaynaklandığı görülmüştür (Bkz. Tablo 6).

Yine dört alt grubun cinsiyet değişkeni açısından dağılımı ki kare bağımsızlık testi ile analiz edilmiş ve katılımcıların cinsiyet dağılımlarının bu dört gruba göre farklılaştığı ortaya konmuştur ($\chi^2_{(3)}=10.25$, $p<.05$). Ancak cinsiyetin dört alt gruba göre değiştiğini ortaya koyan analiz sonuçlarına rağmen dört grupta da kadın katılımcıların oranının erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 6).

Ek olarak BBB grubunu oluşturan alt gruplarda en fazla görülen eğitim seviyesinin İç ve Göğüs Hastalıkları grubunda %40.3 (N=31) ile ilkökul-ortaokul, Psikiyatri ve Diş Hekimliği grubunda sırasıyla %47.8 (N=44) ve %51.5 (N=34) ile lise ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubunda ise %43 (N=34) ile lisans-lisansüstü olduğu görülmektedir. Nitekim yürütülen ki kare bağımsızlık testi sonuçları da katılımcıların eğitim durumlarının bu dört gruba göre farklılaştığına işaret etmiştir ($\chi^2_{(6)}=27.56$, $p<.001$) (Bkz. Tablo 6).

Ayrıca, bu çalışmada yer alan katılımcıların gelir seviyelerinin gruplara göre değişimi ki kare bağımsızlık testi ile incelenmiş ve her dört gruba ait gelir düzeyi dağılımlarının anlamlı derecede farklılaştığı tespit edilmiştir ($\chi^2_{(9)}=20.16$, $p<.05$). Ancak gelir düzeyinin gruplara göre değiştiğini ortaya koyan bu analize rağmen dört alt grubun gelir düzeylerinin benzer bir patern izlediği ve en fazla orta düzeyde en az

ise iyi-çok iyi gelir durumuna sahip katılımcılardan oluştuğu görülmektedir (Bkz. Tablo 6).

Öte yandan çalışmada katılımcıların medeni durumlarının dört alt gruba göre dağılımına da bakılmıştır. Buna göre katılımcılarda en yüksek oranda görülen medeni durumun İç ve Göğüs Hastalıkları ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gruplarındaki katılımcılar için evli (sırasıyla %72.7 ve %72.2), Psikiyatri ve Diş Hekimliği gruplarındaki katılımcılar için ise bekar (sırasıyla %46.7 ve %56.3) olduğu görülmüştür. Ayrıca her dört alt gruptaki katılımcılar için en düşük orandaki medeni durumun evli ve bekar olma durumu dışındaki medeni durumları temsil eden diğer kategorisi olduğu bulunmuştur. Medeni durumun dört alt gruba göre dağılımının farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek üzere yapılan ki kare bağımsızlık testi analizi bu dağılımın farklılaştığına işaret etmiştir ($\chi^2_{(9)}=46.60, p<.001$) (Bkz. Tablo 6).

Demografik değişkenlerin dört alt grup için dağılımlarını incelemeye yönelik olarak yapılan son değerlendirme katılımcıların çalışma durumları üzerinedir. Buna göre dört alt gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğunun İç ve Göğüs Hastalıkları, Psikiyatri, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Diş Hekimliği grupları için sırasıyla %71.7 (N=43), %62.8 (N=54), %55.7 (N=39) ve %57.6'lık (N=38) oranlarla aktif olarak çalıştığı ortaya konmuştur. Her dört alt grubun çalışma durumlarına ilişkin yürütülen ki kare bağımsızlık testi sonuçları da çalışma durumunun dört alt gruba göre değişmediğini göstermiştir ($\chi^2_{(3)}=4.10, p>.05$) (Bkz. Tablo 6).

Tablo 6. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Demografik Değişkenlere Göre Sıklık Yüzde Dağılımları

	İç ve Göğüs Hastalıkları (N=77)	Psikiyatri (N=92)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (N=79)	Diş Hekimliği (N=66)	Test
Yaş					
X	46.92	34.63	42.71	29.85	F=28.44***
SS	14.49	11.36	13.31	9.87	
Cinsiyet					
Kadın	41 (%53.2)	68 (%73.9)	54 (%68.4)	49 (%74.2)	$\chi^2=10.25^*$
Erkek	36 (%46.8)	24 (%26.1)	25 (%31.6)	17 (%25.8)	
Eğitim					
İlkokul-Ortaokul	31 (%40.3)	18 (%19.6)	21 (%26.6)	5 (%7.6)	$\chi^2=27.56***$
Lise	28 (%36.4)	44 (%47.8)	24 (%30.4)	34 (%51.5)	
Lisans-Lisansüstü	18 (%23.4)	30 (%32.6)	34 (%43)	27 (%40.9)	
Gelir					
Düşük	19 (%25)	9 (%10.1)	5 (%6.3)	6 (%9.2)	$\chi^2=16.83^*$
Orta	39 (%51.3)	54 (%60.7)	43 (%54.4)	36 (%55.4)	
İyi-Çok İyi	18 (%23.7)	26 (%29.2)	31 (%39.2)	23 (%35.4)	
Medeni Durum					
Evli	56 (%72.7)	36 (%39.1)	57 (%72.2)	26 (%40.6)	$\chi^2=46.60***$
Bekar	14 (%18.2)	43 (%46.7)	16 (%20.3)	36 (%56.3)	
Diğer	6 (%7.8)	13 (%14.1)	6 (%7.6)	2 (%3.1)	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	43 (%71.7)	54 (%62.8)	39 (%55.7)	38 (%57.6)	$\chi^2=4.10$
Çalışmıyor	17 (%28.3)	32 (%37.2)	31 (%44.3)	28 (%42.4)	

* $p<.05$, *** $p<.001$

2.1.2. Eşlenik Örneklem Grubu

Bu gruba, BBB grubundaki 40 hasta ile yaş, eğitim ve cinsiyet gibi temel demografik değişkenler açısından bire bir eşleştirilen 40 sağlıklı katılımcı dahil edilmiştir. Toplamda 80 kişiden oluşan “Eşlenik Örneklem Grubu” BBBDÖ’nün ayırt edici geçerlik analizlerinin yürütülebilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Bu gruptaki eşlenik katılımcı çiftlerinin 32’si (%80) kadın, 8’i (%20) erkek iken 6’sı (%15) evli, 34’ü (%85) ise bekaardır. Yaş aralığı 18-46 (ortalama=23, ss=6) olan katılımcıların tamamı lise ve üstü bir eğitim durumuna sahiptir.

2.1.3. Tekrar Test Grubu

Bu gruptaki katılımcılar 2017-2018 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Psikoloji ile Türk Dili ve Edebiyatı bölümlerinde okuyan öğrencilerden çalışmaya katılmaya istekli 73 kişiden oluşmaktadır. Bu çalışma ile geliştirilen BBBDÖ’nün test-tekrar test güvenilirliğinin sınanması amacıyla oluşturulan “Tekrar Test Grubuna” BBBDÖ iki hafta arayla iki kez uygulanmıştır. Cinsiyet dağılımı 63 kadın (%86.3) 10 (%13.7) erkek şeklinde olan katılımcıların yaş aralığının 18-25 (ortalama=20, ss=1.3) olduğu görülmüştür.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmanın veri toplanması aşamasında katılımcılara Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgiler Soru Formu, Genel Sağlık Tarama Formu, Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Semptom Yorumlama Anketi, Whiteley İndeksi, Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği ve Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu uygulanmıştır.

2.2.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme leği (BBBD)

Bu bölümde önce mevcut çalışmanın temel amacı doğrultusunda geliştirilen BBBD'nn arkasındaki rasyonele ve bu rasyoneli ortaya çıkaran görüşlere ardından da maddelerinin oluşturulması basamaklarına değinilecektir. BBBD'ye ilişkin madde geliştirme süreci şekil 1'de özetlenmiştir.





Şekil 1. BBBDÖ'ye İlişkin Madde Geliştirme Süreci

2.2.1.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Kavramsal Temelleri

Bu çalışma kapsamında geliştirilen BBBDÖ sağlık hizmetlerinin çeşitli basamaklarında sıklıkla görülen (Newby ve ark., 2017) Bedensel Belirti Bozukluğu (BBB) vakalarının ele alınmasında kritik öneme sahip psikolojik bileşenlerin (Toussaint ve ark., 2017) doğru değerlendirilmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Bkz. Ek 1). Bu amaçla DSM-5 BBB tanısının psikolojik bileşeninin tanımlandığı B kriterine dayanan ölçeğin geliştirilmesi aşamasındaki ilk basamak kapsamlı literatür taramasıdır. Bu tarama aynı zamanda BBB'ye yönelik neden Türk kültürüne uygun bir ölçek geliştirme çabasına girildiğinin de cevaplarını barındırmaktadır.

Daha önce ifade edildiği üzere BBB'nin de içinde olduğu klinik somatizasyon durumlarına ilişkin bakış açısı son yıllarda önemli bir dönüşüm içerisinde. Bu dönüşüm sürecinde yaşanan en önemli basamakların başında da 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile alana kazandırılan yenilikler yer almaktadır. Bu yenilikçi bakış açısıyla DSM-5'in yayınlanmasından önceki yaklaşık 30 yıla hâkim olan Somatoform Bozukluk (SMB) ve Somatizasyon Bozukluğunun (SB) semptomların tıbben açıklanamamaları üzerinden yürüttüğü “*düalist*” ve “*etiyojik*” anlayıştan ve bu anlayışın vakaları değerlendirme yöntemlerinden vazgeçilmiş onun yerine gerek klinik pratikte gerekse akademik anlamda bu vakaların görece daha “*biyopsikososyal*” bir anlayışla ele alınmasını sağlayacak kriterler getirilmiştir. Söz konusu kriterler içerisinde de klinik somatizasyon vakalarının net psikolojik göstergelerle ele alınmasını sağlayan B tanı kriterleri önemli bir yer tutarak bu vakaların daha doğru bir tanımlamasını yansıtmaktadır (Rief ve Martin, 2014). DSM-5 BBB'nin B tanı kriterine psikolojik özelliklerin eklenmesi APA'nın klinik somatizasyonun yeniden dizayn edilmesinde “semptomun türü, etiyojisi ve bedendeki yaygınlığından çok hastanın semptomla kurduğu duygusal, düşünsel ve davranışsal ilişkiyi” merkeze koymasının net sonuçlarından biridir (Rief ve Martin, 2014). Nitekim literatürde de pek çok çalışma bireylerin semptomlarını ele alışlarının hastalık gidişatları üzerinde kritik öneme sahip olduğunu doğrulamaktadır (Noyes ve ark., 2008; Rief ve ark., 2010; Van den Bergh ve ark., 2017; Weck ve ark., 2015). Bu bağlamda bu çalışma ile geliştirilen

BBBDÖ DSM-5 BBB B tanı kriterinin sağlıkla ilgili kaygılara yönelik aşırı düzeyde bilişler, duygular ve davranışlar/içsel güç harcama şeklindeki üç faktörünü kapsayacak şekilde oluşturulmuştur.

Öte yandan DSM-5 BBB ile klinik somatizasyon alanına getirilen bu yeni yaklaşım klasik somatizasyon anlayışına ait örnekleme yöntemlerini geçersiz kılmakta ve bu vakaların nasıl ele alınabileceğine ilişkin önemli bir problemin doğmasına neden olmaktadır (Toussaint ve ark., 2016). Nitekim uluslararası literatürde dahi ortaya konulan klinik somatizasyon çalışmalarına bakıldığında bu çalışmaların DSM-5'in alana getirdiği yeni yaklaşıma ayak uyduramadığı ve söz konusu vakaların özellikle psikolojik boyutunu temsil eden BBB tanısının B kriterinin değerlendirilmesini ve ele alınmasını kolaylaştıracak ölçme araçları ve yöntemleri konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Tespit edebildiğimiz kadarıyla ulusal ve uluslararası literatürde sadece üç çalışmanın BBB'nin B kriterinin değerlendirilmesine odaklandığı dikkati çekmektedir. Bunlar arasında da yalnızca Toussaint ve arkadaşlarının (2016) geliştirdiği 12 Maddelik Bedensel Belirti Bozukluğu B Kriteri Ölçeği'nin (SSD-12: The Somatic Symptom Disorder B Criteria Scale-12) direkt olarak B kriterine odaklandığı diğer iki ölçüm aracının ise B kriterine ait özellikleri daha dolaylı olarak ölçümlendiği görülmektedir. Bu noktada çalışmanın tartışma bölümünde daha detaylıca ele alınan SSD-12'ye yönelik eleştirilerin genel çerçevesi üzerinden BBBDÖ'nün kavramsal temellerine dair bilgilerin verilmesinin hedeflendiği belirtilmelidir.

Uluslararası literatürde BBB'nin B kriterini ölçmeye yönelik olarak geliştirilen tek ölçek olan SSD-12'ye baktığımızda ölçeğin DSM-5 BBB B kriterinde olduğu gibi bilişsel, duygusal ve davranışsal alt boyutlarından oluştuğu dikkati çekmektedir (Toussaint ve ark., 2016). SSD-12'nin alt boyutlara göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının DSM-5 BBB B tanı kriterindeki gibi dağılması APA ile önemli bir uyuma gösteriyor olsa da geçerlik ve güvenirlik örnekleminin sadece tek bir klinikteki psikosomatik hastalardan oluşması önemli bir eleştiri noktası olarak değerlendirilebilir. Daha önce ifade edildiği üzere yenilenen DSM-5 BBB anlayışına göre somatik semptomlar tıbben açıklanabilir/açıklanamaz gibi keskin bir etiyolojik ve düalistik bir anlayışla ele alınmamakta bunun yerine

hastaların semptomlarıyla kurdukları düşünsel, duygusal ve davranışsal ilişkiler merkeze konmaktadır. (Guidi ve ark., 2013). Bu doğrultuda artık BBB tanıılı hastaların tıbbın çeşitli dallarında da aranabiliyor olması önemli bir değişken olmakta ve örneğin fibromiyalji sendromu gibi klinik pratikte sıklıkla görülen, ortaya koyduğu psikolojik özellikleri nedeniyle tıbbın tam olarak açıklayamadığı klinik durumlarla (Van Houdenhove, 2003) birlikte kalp damar hastalıkları gibi tıbbi bileşenleri nispeten daha açık olan hastalık belirtilerine yönelik aşırı düzeyde düşünce, duygu ve davranış paternleri de BBB tanısı altında ele alınabilmektedir (Köroğlu, 2013; akt. Duruk ve Sertel-Berk, 2019). Öte yandan BBB hastaları da belirtileri için yoğun bir şekilde organik neden arayışında bulunarak ilk etapta psikiyatri kliniklerinden ziyade diğer tıp birimlerine başvurmaya tercih etmektedirler (Wolfe ve ark., 2014). Bu bilgiler ışığında SSD-12'nin örneklemine sadece psikosomatik hastalardan oluşmasının önemli bir dezavantaj yaratabileceği düşünülmüş ve BBBDÖ'nün geçerlik ve güvenirlik örneklemine beş farklı sağlık kuruluşunun yedi farklı biriminden elde edilmesi uygun görülmüştür.

Öte yandan SSD-12'nin “aşırı düzeyde davranışlar/işsel güç harcama” şeklindeki davranışsal faktörler alt boyutuna ilişkin maddeler incelendiğinde bunların ağırlıklı olarak (dört maddeden üçünün) işsel güç harcamaya yönelik olduğu ve hiçbir maddenin “anormal hastalık davranışlarını” yansıtamadığı görülmektedir. Oysa Kirmayer ve Looper'ın (2006) da ifade ettiği üzere BBB'nin temsil ettiği klinik somatizasyon hastalarında algı ve sosyal davranış açısından bozulmuş işleme pek çok “anormal hastalık davranışının” da ortaya çıkmasına neden olmakta ve bu durum da somatizasyon hastalarının sağlık hizmetlerini aşırı ve uygunsuz kullanmalarının önünü açmaktadır. Bu bağlamda Pilowsky'nin (1990) bedensel belirtilere verilen tepkilerin aşırı bir hal almasını ifade etmek üzere ortaya attığı anormal hastalık davranışı” kavramının DSM-5 BBB tanısının psikolojik özelliklerinin tanımlandığı B kriterindeki durumlar gibi “aşırılık” vurgusu taşıdığı söylenebilir. Bu açılarından bakıldığında SSD-12'nin davranışsal faktörler alt boyutunun önemli bir eksikliğinin bulunduğu ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda da maddeleri bulgular bölümünde verilecek olan BBBDÖ'nün Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği'nde (DFAÖ) hem

oransal hem de sayı olarak daha fazla maddenin “anormal hastalık davranışlarına” ayrılmasına dikkat edilmiştir.

Tablo 7. SSD-12’nin Maddelerinin Alt Boyutlarına Göre Dağılımı⁵

Bilişsel Faktörler
1. Vücudumda fark ettiğim belirtilerimin ciddi bir hastalığın işareti olduğunu düşünürüm.
2. Vücudumda fark ettiğim belirtilerimin ciddi olduğuna eminim.
3. Etrafımdakiler fiziksel şikayetlerimin ciddi olmadığını söylerler.
4. Bana göre doktorlar fiziksel şikayetlerimi yeterince ciddiye almıyorlar.
Duygusal Faktörler
5. Sağlığım hakkında endişelenirim.
6. Fiziksel belirtilerim beni korkutur.
7. Bedensel belirtilerimin hiç geçmeyeceğinden kaygı duyarım.
8. Bedensel belirtilerimin gelecekte de devam etmesinden kaygı duyarım.
Davranışsal Faktörler
9. Sağlığım ile ilgili endişelerim beni gündelik hayatta yapmam gerekenler konusunda engeller.
10. Bedensel şikayetlerim günün önemli bir kısmında beni meşgul eder.
11. Sağlığım ile ilgili endişelerim enerjimi tüketir.
12. Fiziksel şikayetlerim başka şeylere konsantre olmamı engeller.

⁵Toussaint ve arkadaşlarından (2016) elde edilen maddeler yazar tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir.

SSD-12’ye yönelik temel eleştirilerden bir diğeri de ölçeğin genelinde “hasta-doktor iletişimine” dair barındırdığı vurgunun yetersizliğine yöneliktir. Ölçeğin

maddelerine bakıldığında bunlardan sadece birinin somatizasyon hastalarının doktorlarına yönelik algılarını değerlendirmeye ilişkin olduğu; ancak onun da net bir hasta-doktor iletişimi testi sunmaktan uzak olduğu görülmektedir. Bu duruma da sosyokültürel bir öge olarak değerlendirilen hasta-doktor iletişiminin gerek bu hastaların semptomlarını algılayışlarında gerekse doktorların onları ele alışlarında önemli olduğu (Henningsen, 2018; Kornelsen ve ark., 2016) noktasından yaklaşıldığında SSD-12'nin gerekli yeterliği sağlamaktan uzak olduğu ortaya çıkmaktadır. Mevcut çalışmanın bulgular bölümünde görüleceği üzere BBBDÖ'de istatistiksel değerleri yeterli olan sekiz madde net olarak "hasta-doktor iletişimini" değerlendirmeye ayrılmıştır. Bu durum ise söz konusu dezavantajın BBBDÖ'de yer almasını engellemek adına önemli görünmektedir.

Bunlara ek olarak literatürde kültürün ve onunla bağlantılı öğelerin psikiyatri/psikoloji alanlarını etkilediği gibi genelde klinik somatizasyona özelde ise BBB'ye ait hastalık yaşantısını etkilemesinin öneminden de bahsedilmektedir (Baksak ve Çevik, 2007). Bu görüşü savunanlara göre farklı kültürel yapılanmalar kendi içerisinde çeşitli sosyal ve psikolojik durumları bedensel belirtilerle ve hastalık algısıyla entegre ederek kendi somatizasyon yaşantısını oluşturmakta ve dolayısıyla somatizasyon yaşantısını anlamak kültürden geçmektedir (Lanzara ve ark., 2019). Bu doğrultuda mevcut çalışma yazarı uluslararası literatürde BBB'nin B kriterini değerlendirmeye yönelik tek ölçek SSD-12'yi Türkçe'ye kazandırmak yerine bu ülkenin kendi kültürel kodlarını yansıtan yeni bir ölçek geliştirme yoluna gitmiştir.

Özetle ortaya konan bu bilgiler ışığında bu çalışmada klinik somatizasyon alanının hali hazırdaki en önemli sorunlarının başında gelen BBB tanılı vakaların özellikle psikolojik açıdan tespit edilmesi problemine (Henningsen ve ark., 2007) katkı sunacak Türk kültürüne uygun bir klinik somatizasyon ölçeği olarak BBBDÖ'nün geliştirilmesine karar verilmiştir.

2.2.1.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Maddelerinin Geliştirilmesi Süreci

BBB'ye yönelik sıfırdan bir ölçek geliştirme kararının ardından hem DSM-5 BBB'nin özellikle B tanı kriteriyle ilgili yayınlar hem de daha önce uluslararası literatürde direk B tanı kriterine odaklanarak geliştirilen tek ölçek olan SSD-12 (Toussaint ve ark., 2016) incelenmiş ve ölçeğin ilk taslağı oluşturulmuştur. DSM-5 BBB B kriterinde olduğu gibi üç faktöre ayrılan BBBDÖ'nün ilk taslağı sağlıkla ilgili kaygılara yönelik aşırı düzeyde bilişleri kapsayan ve “Bilişsel” olarak kısaltılan faktör için 26 madde, sağlıkla ilgili kaygılara yönelik aşırı düzeyde duyguları kapsayan ve “Duygusal” olarak kısaltılan faktör için 25 madde ve sağlıkla ilgili kaygılara yönelik aşırı düzeyde davranışlar ile içsel güç harcamayı kapsayan ve “Davranışsal” olarak kısaltılan faktör için 29 madde olmak üzere toplamda 80 maddeden oluşmuştur. BBBDÖ'nün madde havuzunun oluşturulması ve değerlendirilmesi aşamasında çalışmanın yazarı ve tez danışmanının klinik somatizasyon ve psikosomatik konusundaki tecrübeleri baz alınmış ve olabildiğince Türk toplumunun kültürel kodlarının hastalık yaşantılarındaki karşılıklarının yansıtılmasına gayret gösterilmiştir. Dolayısıyla söz konusu ilk taslaktaki 80 madde her ikisi de uzman akademisyen olan araştırmacı ve tez danışmanı tarafından detaylı bir incelemeye tâbi tutularak madde sayısı bilişsel faktör için 19'a, duygusal faktör için 20'ye ve davranışsal faktör için ise 27'ye düşürülerek toplamda 66 maddeden oluşan ikinci taslak oluşturulmuştur.

Elde edilen ikinci taslaktaki 66 madde bir üst incelemeye tâbi tutularak kapsam ve görünüş geçerliğinin sağlanması amacıyla üç Uzman Klinik Sağlık Psikoloğundan oluşan başka bir uzman ekibine sunulmuştur. İkinci taslaktaki maddelerin uzman ekibine sunulması için oluşturulan Kapsam Geçerlik Formu'nda (KGF) öncelikle uygulamanın nasıl yapılacağına dair genel bir yönergeye ardından da DSM-5 BBB B tanı kriterleri verilerek araştırmacıların ilgili maddelerle ölçmeye çalıştıkları noktanın fiziksel bir patoloji ya da hastalık olmadığını onun yerine hedeflenenin bireylerin öznel hastalık yaşantıları olduğuna dair bir açıklamaya yer verilmiştir (Bkz. Ek 2). KGF'de yer alan bu ek açıklama özellikle uzmanların araştırmacılardan farklı kriterlere göre değerlendirmede bulunmalarının önüne geçebilmek adına oldukça önemlidir (Karakoç

ve Dönmez, 2014). BBBDÖ'nün her faktörü için ayrı ayrı oluşturulan KGF'de uzmanlardan kendilerine sunulan her maddeyi 1-Hiç uygun değil ile 5-Çok uygun arasında değerlendirmeleri istenmiştir. Ek olarak uzmanların gerekli gördükleri maddeler için eleştiri, görüş ve önerilerini ifade etmelerine imkân sağlamak için her bir maddenin altında “Varsa açıklamalar” isimli bir bölüm oluşturulmuş ve “maddeler üzerinde de düzeltmeler yapabilecekleri” belirtilmiştir. Her bir madde için uzmanların verdikleri puanların ortalamasının minimum 3-Ne uygun ne değil olması beklenmiş ve uzmanların hepsinin 5-Çok uygun vermediği maddelerin tamamı uzmanların önerileri doğrultusunda çalışmanın yazarı ve danışmanı tarafından yeniden incelenmiştir. Bu aşamada da 7 maddenin daha ölçekten çıkartılmasına karar verilmiş ve ölçekte toplam 59 madde kalmıştır.

Toplam madde sayısının 59'a inmesinin ardından ölçek dil ve anlatım yönünden incelenmesi amacıyla üniversitede akademisyen olan iki Türk Dili ve Edebiyatı uzmanına yollanmıştır. Çalışmaya destek veren Türk Dili ve Edebiyatı uzmanlarına DSM-5 BBB tanısının ve kendilerinden beklenen desteğin kısaca anlatıldığı bir yönergeye sahip olan Türkçe Dilbilgisi Uygunluğu Formu (TDUF) Ek 3'te sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddenin 5'li bir skala üzerinden değerlendirilmesinin istendiği formda uzmanlara yine KGF ile benzer şekilde “Varsa Önerileriniz” isimli bir bölüm sunulmuştur. Ölçek maddelerinin Türkçe uygunluğu için Türk Dili ve Edebiyatı uzmanlarının puan ortalamalarının minimum 3-Ne uygun ne değil ve üzerinde olması beklenmiştir. Formdan alınan geri bildirimler neticesinde 59 madde için gerekli düzeltmelerin yapılması ile ölçeğin Türkçe dilbilgisi açısından uygunluğu da sağlanmıştır (Bkz. Ek 3).

Öte yandan ölçeğin ölçme biçiminin belirlenmesi için maddelerin kapsam geçerliğini değerlendiren uzman ekibinde yer almayan ve psikometri konusunda uzman olan bir başka akademisyen görüşü daha alınmıştır. Bu görüş neticesinde ölçek maddelerinin 0-Beni hiç tanımlamıyor, 25-Beni biraz tanımlıyor, 50-Beni orta düzeyde tanımlıyor, 75-Beni oldukça tanımlıyor ve 100-Beni kesinlikle tanımlıyor şeklinde puanlanan 5'li likert tipi bir derecelendirme ile ölçülmesine karar verilmiştir. Tüm bu aşamaların ardından son tahlilde 59 madde üzerinden katılımcılar için en son

haline getirilen ölçek İstanbul'daki özel bir ağız ve diş sağlığı merkezine başvuran 15 kadın (%75) ve 5 erkekten (%25) oluşan toplamda 20 kişilik bir örneklem ile pilot uygulamaya tabi tutulmuştur. Yaş ortalaması 41 olan bu örneklemdeki katılımcıların 2'sinin (%10) ilkokul-ortaokul, 10'unun (%50) lise ve 8'inin (%40) üniversite ve üstü eğitime sahip olduğu görülmüştür. Mevcut çalışma yazarının bizzat gözlem yaptığı pilot uygulama sırasında katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu ile birlikte BBBDÖ'nün 59 maddelik hali sunulmuştur. Ölçeğin anlaşılmasında ve katılımcıların ölçeği doldurmasında herhangi bir sorunla karşılaşmadıklarının tespitinin ardından esas çalışma için katılımcılara ulaşılmaya başlanmıştır.

2.2.2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmada yer alan katılımcıların tamamından bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmanın tanıtımı, amacı, uygulama süreci, riskleri-yaratabileceği rahatsızlıklar, yararları ve gizliliği ile ilgili detaylı açıklamaların yer aldığı Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek 4'de yer almaktadır.

2.2.3. Psikososyodemografik Bilgiler Soru Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni hal, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kardeş sayısı ve psikopatoloji ile birlikte kronik hastalık ve bedensel belirti soygeçmişi ilgili bilgilerine ulaşmak amacıyla hazırlanan psikososyodemografik bilgiler soru formu 14 maddeden oluşmaktadır (Bkz. Ek 5). Yaş, doğum tarihi/yeri ve meslek bilgilerinin açık uçlu; cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi, şu an yaşanılan yer, kardeş sayısı ve medeni durumun çoktan seçmeli bir şekilde sorulduğu formda ailede psikopatoloji, kronik hastalık ve kronik bedensel belirti öyküsü ise 1-Yok 2-Var şeklinde sorgulanmıştır. Ayrıca formda psikopatoloji, kronik hastalık ve bedensel belirti soygeçmişi bildirenlerin bu hastalıkların hangi aile üyelerinde ve kaç yıldır olduğu ile birlikte tanı ve tedavi öykülerine dair bilgileri de aktarmaları istenmiştir.

2.2.4. Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF)

Bu çalışmada, genel sağlığa ilişkin bilgilere Demirsoy'un (1999) geliştirdiği "Genel Sağlık Tarama Formuna" eklenen sorular neticesinde elde edilen form üzerinden ulaşılmıştır (Bkz. Ek 6).

Bu formda genel sağlık aşağıda belirtilen dört klinik değişkenle değerlendirilmiştir:

1. Güncel Hastalık Sayısı: Formda yer alan hastalıklardan doktor tarafından tanı konulmuş olanların sayısının bildirimi.
2. Sağlık Sistemi Kullanımı: Son bir ve altı ay içerisinde doktora, sağlık ocağına ya da acil servise başvuruyu kapsayan sağlık sistemi kullanımı sayısının bildirimi.
3. Güncel Şikâyet Sayısı: Formda yer alan şikâyetlerden son bir ay içerisinde olanların sayısının bildirimi.
4. Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Puanı: Son bir ay ve altı ay içerisinde katılımcının algıladığı psikolojik ve fiziksel sağlık düzeyinin bildirimi.
1-Çok kötüdür ile 5-Çok iyidir arasında puanlanan değişkenler için artan puanlar daha iyi bir psikolojik ve fiziksel sağlığa işaret etmektedir.

2.2.5. Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler Ölçeği (HSA-SADBÖ)

Sağlık merkezlerine başvuran hastaların depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeylerini değerlendirebilmek amacıyla Kroenke ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Bu çalışmada ölçüt bağımlı geçerliğin sınanması noktasında kullanılacak olan ölçeğin Türkçe adaptasyonu Güleç ve arkadaşları (2012) tarafından Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine başvuran 200 ayaktan hasta ile 240 üniversite öğrencisi örneklemeleri ile gerçekleştirilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik makalesinde alt boyutlarına ait test- tekrar test tutarlılığının .54 ile .76; Cronbach alfa

değerlerinin ise .86 ile .93 arasında değiştiği ifade edilen ölçeğin mevcut çalışmadaki Cronbach alfa değerlerinin ise .79 ile .87 arasında değiştiği tespit edilmiştir. (Bkz. Ek 7).

2.2.6. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Barsky ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin bedenselleştirme sürecinde kullandıkları abartma mekanizmasını (amplification) ölçmek üzere geliştirilmiştir. Bu çalışmada ölçüt bağımlı geçerliğin sınanması için kullanılan ölçekte katılımcılardan büyük kısmı normal şartlar altında herhangi bir hastalığa ya da probleme işaret etmeyen 10 farklı bedensel duyum ifadesini; “1-Tamamen bana uymaz” ile “5-Tamamen bana uyar” arasında değerlendirmeleri istenmektedir. Maddelerden alınan puanların toplanmasıyla elde edilen abartma puanı bireylerin bedenselleştirmeye yatkınlıklarına ilişkin bilgi vermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Güleç ve arkadaşları (2007) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin orijinal halinin test-tekrar test güvenirliği .73 hasta grubundaki Cronbach alfa değeri ise .76 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada BDAÖ’nün Cronbach alfa iç tutarlılık değeri .74 olarak bulgulanmıştır (Bkz. Ek 8).

2.2.7. Semptom Yorumlama Anketi (SYA)

Robins ve Kirmayer (1991) tarafından kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilen SYA, bireylerin semptomlarına dair yönelik atıflarını değerlendirmeye yönelik maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte, sık rastlanan bedensel belirtileri içeren 13 durum ve her bir durum için katılımcılara yöneltilen dörder ifade ile birlikte toplamda 42 madde yer almaktadır. Katılımcılardan ölçekte yer alan durumların sebebine ilişkin psikolojize, somatize ve normalize atıflarını içeren cümleleri dördü bir skala ve bu durumların kendilerinde yer alıp almadığını Evet-Hayır şeklindeki ikili bir skala üzerinden puanlamaları istenmektedir. Ölçeğin Güleç ve Sayar (2005) tarafından orijinaline sadık kalınarak gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışması Cronbach alfa ve madde toplam puan korelasyonu değerlerinin sırasıyla psikolojize alt ölçeği için .82 ve .28-.57 somatize alt ölçeği için .76 ve .17-.50 ve normalize alt ölçeği için .82 ve .27-.61 olduğunu göstermiştir. Ölçüt bağımlı geçerliğinin değerlendirilmesi

amacıyla kullanılan ölçeğin mevcut çalışmadaki Cronbach alfa değerlerinin .80 ile .90 arasında değiştiği bulgulanmıştır (Bkz. Ek 9).

2.2.8. Whiteley İndeksi (WI-7)

Sağlık anksiyetesinin ölçülmesi amacıyla Pilowsky (1967) tarafından geliştirilen ölçeğin Fink ve arkadaşları (1999) tarafından yeniden gözden geçirilmesiyle son hali oluşturulan Whiteley İndeksi yedi maddelik dikotomik (Evet/Hayır) bir ölçektir. Türkçe adaptasyonu Güleç ve arkadaşları (2013) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri geçerlik ve güvenirlik çalışmasında .78 mevcut çalışmada .69 olarak tespit edilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında hasta ile kontrol grubu ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşması önemli bir geçerlik işareti olarak görülmüş ve faktör analizleri sonrasında bedensel düşünce uğraşı ile hastalık kaygısı/fobisi olmak üzere iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Klinik somatizasyonun en önemli parçalarından biri olan (Pilowsky, 1990) hastalık kaygısının değerlendirilebilmesine imkân tanıyan WI-7 bu çalışmada ölçüt bağımlı geçerliğin sınanması amacıyla kullanılacaktır (Bkz. Ek 10).

2.2.9. Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (HADDÖ)

Rief ve arkadaşları (2003) tarafından tıbben açıklanamayan belirtili hastalar üzerinde yürütülen analizler sonucunda geliştirilen ölçek 25 maddeden oluşmakta ve orijinali beş Türkçesi ise dört faktör içermektedir. Türkçe'ye Güleç (2012) tarafından kazandırılan ve tanının doğrulanması, tarama, şikayetlerin ifadesi ve tedavi uğraşı faktörlerini içeren ölçeğin Türkçe formu da 0-3 arası puanlanmakta ve azalan puanlar hastalık davranışının arttığını göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ölçeğin geneli için test-tekrar test güvenirliğinin .68 ve iç tutarlılık güvenirliğinin .81 olduğunu göstermiştir. Mevcut çalışmada ölçüt bağımlı geçerliğin sınanması amacıyla kullanılan HADDÖ'nün geneli için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .85 olarak bulgulanmıştır (Bkz. Ek 11).

2.2.10. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGKF)

Eysenck Kişilik Envanterinin (Eysenck ve Eysenck, 1975) 48 maddelik formunun (Eysenck ve ark., 1985) Francis ve arkadaşları (1992) tarafından gözden geçirilmesiyle EKA-GGKF oluşmuştur. Yirmi dört maddelik ölçek karakteri üç temel boyut üzerinden ele almaktadır: dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm. Bunlara ek olarak ölçek içerdiği yalan söyleme boyutu ile ölçeğin cevaplanması esnasındaki geçerliliği de kontrol etmektedir. Maddelerin Evet-Hayır şeklinde cevaplandığı ölçekte her bir faktör altı maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada bedensel belirtiler için önemli bir yatkinlaştırıcı olarak görülen (Vandvik ve ark., 2004) ve klinik faktörlerden biri olarak ele alınan “nörotisizmin” değerlendirilebilmesi amacıyla kullanılan EKA-GGKF nörotisizm alt ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında .65 mevcut çalışmada ise .73 olarak tespit edilmiştir (Bkz. Ek 12).

2.3. Uygulama

Bu çalışmanın uygulama aşamasına İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan 29.01.2018 tarihinde alınan etik onay sonrası geçilmiştir (Bkz. Ek 13). Çalışmadaki veriler araştırmacının kişisel ilişkileriyle bağlantılı olduğu ve çalışmanın uygulaması noktasında destek vermeyi kabul etmiş beş farklı sağlık kuruluşundaki yedi farklı birimde çalışan biri uzman olmak üzere üç diğ hekimi, biri uzman olmak üzere iki fizyoterapist, bir iç hastalığı uzmanı, bir göğüs hastalıkları uzmanı, bir pratisyen hekim, bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı ve bir psikiyatri uzmanı olmak üzere toplamda sekiz doktor ile iki fizyoterapistten oluşan sağlık ekibinin yönlendirdiği hastalar üzerinden elde edilmiştir. Bu sağlık ekibi çalışma öncesi araştırmanın içeriği ve uygulaması hakkında araştırmacı tarafından detaylıca bilgilendirilmiş ve bu vesileyle doğru bir hasta profiline ulaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların önce bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Ardından katılımcıların ölçekleri rastgele sıralanmış yaklaşık bir saat süren araştırma bataryasını uygulama için iş birliği

içerisinde olunan sağlık ekibinden en az bir kişinin gözetiminde sessiz bir ortamda doldurmaları sağlanmıştır. Toplamda 350 hastaya ulaşılan çalışmada analizler 36 katılımcının araştırma bataryasını eksik ya da yanlış doldurması sebebiyle 314 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

2.4. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmadaki analizler “IBM SPSS Statistics 25.00 for Mac” ve “Lisrel 8.51 for Windows” paket programları ile yürütülmüştür. Bu bağlamda, öncelikle araştırma bataryasından elde edilen verilerin tamamı madde bazında hücrelere girilmiş ardından boş hücrelerin doldurulması için *missing value* yöntemi uygulanmıştır.

Çalışmadaki katılımcıların demografik değişkenlerine dair yüzde sıklık dağılımları Ki Kare Bağımsızlık Testi ile, ortalamaları ise tek Yönlü Varyans Analizi ile karşılaştırılmıştır. BBBDÖ’nün test-tekrar test güvenilirliği ve ölçüt bağımlı geçerliği Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı iç tutarlığı ise Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ile hesaplanmıştır. BBB grubunun katılımcılarıyla yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen 40 sağlıklı katılımcının BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanlarının birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığı Eşleştirilmiş Örneklem t-testi ile analiz edilmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliğinin ilk aşamasında madde analizi için kullanılan madde-toplam puan korelasyonlarının ölçekteki maddelerin tamamı için en az .30 olması kriter alınmıştır. Bu değerin altında kalan maddelerin ölçekten çıkartılmasının ardından yapı geçerliğinin Açıklayıcı Faktör Analizinden (AFA) oluşan ikinci aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada ölçeğin faktör analizleri temel eksen boyutlandırılması (principal axis analysis) ve eğik döndürme (oblique rotation) yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ek olarak örneklem sayısının yeterliliği Keiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısının en az .70 olması ile verilerin faktör analizine uygunluğu ise Bartlett’in küresellik testinin yüksek düzey anlamlılığı ($p < .001$) ile sınanmıştır. Bunun akabinde faktör analizinde bütün maddelerin hem ortak varyans hem de ilk faktöre yüklenme değerlerinin .30 olması kriter olarak belirlenmiştir. Ayrıca her bir maddenin en yüksek faktör yükü ile ona en yakın ikinci faktör yükü

arasındaki farkın .10'u aşması çift yüklenme kriteri olarak kabul edilmiştir. Son adımda ise elde edilen faktör yapısı Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) tekniğiyle Doğrulayıcı Faktör Analizine (DFA) tabi tutulmuştur.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak tanımlayıcı istatistik bulguları sunulacaktır. Ardından BBBDÖ'nün geçerlik analizleri kapsamında yapı geçerliğine, faktör yapısının model uyumuna, ölçüt bağımlı geçerliğine, ayırt edici geçerliğine ve psikososyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisine; güvenirlik analizleri kapsamında ise iç tutarlılık güvenirliğine ve test-tekrar test güvenirliğine ilişkin bulgulara yer verilecektir.

3.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

BBB grubunu oluşturan dört alt grubun kronik hastalık soygeçmiş dağılımlarına bakıldığında katılımcıların soygeçmişlerinde herhangi bir kronik hastalık bildirenlerin oranının İç ve Göğüs Hastalıkları grubu için %46.8 (N=36), Psikiyatri grubu için %39.1 (N=36), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubu için %34.2 (N=27) ve Diş Hekimliği grubu için %16.7 (N=11) olduğu bulunmuştur. Dikkatle incelenirse Diş Hekimliği grubu dışındaki grupların kronik hastalık soygeçmiş oranlarının benzer bir patern izlediği; ancak Diş Hekimliği grubunun diğer üç gruba göre nispeten daha farklı bir orana sahip olduğu görülmektedir. Ki kare bağımsızlık testi bu farkın orta düzeyde anlamlı olduğunu göstermiştir ($\chi^2_{(3)}=15.13, p<.01$) (Bkz. Tablo 8).

Soygeçmişlerinde psikopatoloji bildirenlerin oranı İç ve Göğüs Hastalıkları grubu için %14.7 (N=11), Psikiyatri grubu için %39.1 (N=36), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubu için %21.8 (N=17) ve Diş Hekimliği grubu için %4.5'dir (N=3). Psikopatoloji soygeçmişi açısından yine dört alt grubun anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=30.21, p<.001$) (Bkz. Tablo 8).

Öte yandan dört alt gruptaki katılımcıların kronik bedensel belirti soygeçmişi açısından herhangi bir farklılaşma göstermedikleri bulgulanmıştır ($\chi^2_{(3)}=3.95, p>.05$). Alt grupların tamamında kronik bedensel belirti soygeçmişinin benzer bir patern izlediği ve her dört grupta da kronik bedensel belirti soygeçmişi olmayanların oranının

olanlara oranla düşük seyrettiği görülmektedir (sırasıyla %9.5, N=7; %14.1, N=13; %10.4, N=8; %4.5, N=3) (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Kronik Hastalık, Psikopatoloji ve Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişine Göre Sıklık Yüzde Dağılımları

	İç ve Göğüs Hastalıkları (N=77)	Psikiyatri (N=92)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (N=79)	Diş Hekimliği (N=66)	Test
Kronik Hastalık Soygeçmişi					
Var	36 (%46.8)	36 (%39.1)	27 (%34.2)	11 (%16.7)	$\chi^2=15.13^{**}$
Yok	41 (%53.2)	56 (%60.9)	52 (%65.8)	55 (%83.3)	
Psikopatoloji Soygeçmişi					
Var	11 (%14.7)	36 (%39.1)	17 (%21.8)	3 (%4.5)	$\chi^2=30.2^{***}$
Yok	64 (%85.3)	56 (%60.9)	61 (%78.2)	63 (%95.5)	
Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişi					
Var	7 (%9.5)	13 (%14.1)	8 (%10.4)	3 (%4.5)	$\chi^2=3.95$
Yok	67 (%90.5)	79 (%85.9)	69 (%89.6)	63 (%95.5)	

$^{**}p<.01$, $^{***}p<.001$

Tablo 9’da her dört alt gruptaki katılımcıların son altı aydaki sağlık sistemi kullanımları ile psikolojik ve fiziksel sağlık puanlarına dair ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Son altı aydaki sağlık sistemi kullanımının katılımcıların bildirdiği sağlık sistemi kullanımı sayısı ile, son altı aydaki psikolojik ve fiziksel sağlığın ise katılımcıların ilgili değişkenler için 0 (çok kötüdür) ile 4 (çok iyidir)

arasından verdikleri puanlarla ölçüldüğü verilere ilişkin analizler Tek Yönlü Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir (Bkz. Tablo 9).

Buna göre katılımcıların son altı aydaki sağlık sistemi kullanımı ortalaması İç ve Göğüs Hastalıkları grubu için 3.63 ± 1.29 , Psikiyatri grubu için 3.54 ± 1.48 , Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubu için 3.87 ± 1.58 ve Diş Hekimliği grubu için 2.71 ± 1.71 olarak hesaplanmıştır. Yürütülen Tek Yönlü Varyans Analizi gruplar arasındaki farkın yüksek düzeyde anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır ($F_{(3,310)}=7.66, p<.001$). Gruplar arasındaki farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu tespit edebilmek amacıyla yapılan post hoc testi sonuçları da son altı aydaki sağlık sistemi kullanım ortalamaları açısından Diş Hekimliği grubu dışındaki üç grubun birbirinden farklılaşmadığını; ancak bu üç grubun söz konusu değişkene ilişkin puan ortalamalarının Diş Hekimliği grubunun puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo 9).

Ek olarak dört alt grup düşen puanların daha kötü bir psikolojik sağlığa işaret ettiği katılımcıların son altı aydaki psikolojik sağlık puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleriyle birlikte bu değerlerin gruplara göre değişip değişmediği açısından da incelenmiştir. Bu bağlamda gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi dört alt grubun son altı aydaki psikolojik sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($F_{(3,310)}=18.38, p<.001$). Yürütülen post hoc analizi dört alt grup arasında son altı aydaki psikolojik sağlık puanları en düşük olan grubun Psikiyatri en yüksek olan grubun ise Diş Hekimliği olduğunu ve bu iki grubun Psikiyatri grubunun puanlarından yüksek Diş Hekimliği grubundan düşük seyreden; ancak birbirlerinden farklılaşmayan İç ve Göğüs Hastalıkları ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gruplarından anlamlı olarak farklılaştığını ortaya koymuştur.

Tablo 9’da gösterilen son değerlendirme yine düşen puanların daha kötü bir fiziksel sağlığa işaret ettiği katılımcıların son altı aydaki fiziksel sağlık puanlarına ilişkindir. Bu noktada yine dört alt grubun son altı aydaki fiziksel sağlık puan ortalamaları arasında da yüksek düzeyde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3,310)}=12.45, p<.001$). Post hoc testi sonuçları, Diş Hekimliği grubunun son altı aydaki fiziksel sağlık puan ortalamalarının diğer üç gruba göre anlamlı derecede daha

yüksek olduğunu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubunun son altı aydaki fiziksel sağlık puan ortalamalarının Psikiyatri grubunun puan ortalamalarından daha düşük olduğunu; ancak İç ve Göğüs Hastalıkları grubunun son altı aydaki fiziksel sağlık puan ortalamalarının hem Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hem de Psikiyatri gruplarının son altı aydaki fiziksel sağlık puan ortalamalarından farklılaşmadığını göstermiştir (Bkz. Tablo 9).

Tablo 9. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Son Altı Aydaki Sağlık Sistemi Kullanımı ile Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Değişkenlerine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

	I İç ve Göğüs Hastalıkları (N=77)	II Psikiyatri (N=92)	III Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (N=79)	IV Diş Hekimliği (N=66)	Test
Son Altı Aydaki Sağlık Sistemi Kullanımı					
X	3.63	3.54	3.87	2.71	F=7.66***
SS	1.29	1.48	1.58	1.71	(I=II=III>IV)
Son Altı Aydaki Psikolojik Sağlık					
X	2.11	1.48	2.13	2.59	F=18.38***
SS	0.87	0.95	1.07	0.84	(IV>I=III>II)
Son Altı Aydaki Fiziksel Sağlık					
X	2.07	2.22	1.82	2.71	F=12.45***
SS	0.92	0.89	0.99	0.69	(IV>I=II>III=I)

*** $p<.001$

Tablo 10 BBB grubunu oluşturan dört alt gruptaki katılımcıların güncel şikâyet sayısı ile birlikte bu kez son bir aydaki sağlık sistemi kullanımı sayısı, psikolojik ve fiziksel sağlık puanlarına dair ortalama ve standart sapma değerlerini göstermektedir. Bu dört grubun söz konusu değişkenlere ilişkin karşılaştırmaları da yine Tek Yönlü Varyans Analizi ile elde edilmiştir (Bkz. Tablo 10).

Bu bağlamda söz konusu dört alt gruptaki katılımcıların güncel hastalık sayısı ortalamalarının birbirlerinden farklılaşıp farklılaşmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmiş ve BBB grubunu oluşturan dört alt grubun güncel hastalık sayısı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3,310)}=14.09$, $p<.001$). Alt gruplar arasındaki farklılığın hangi ortalamalar arasında olduğunun belirlenebilmesi amacıyla yürütülen post hoc analizi birbirinden farklılaşmayan İç ve Göğüs ile Psikiyatri gruplarının güncel hastalık sayısı ortalamalarının yine birbirinden farklılaşmayan Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Dış Hekimliği gruplarına göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Bkz. Tablo 10).

BBB Grubunun katılımcılarının güncel şikâyet sayısı ortalaması; İç ve Göğüs Hastalıkları grubunda 1.74 ± 1.22 , Psikiyatri grubunda 2.44 ± 1.73 , Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubunda 2.22 ± 2.00 ve Dış Hekimliği grubunda ise 0.77 ± 1.16 olarak hesaplanmıştır. Yürütülen Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda son bir aydaki şikâyet sayısının dört alt gruba göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur ($F_{(3,310)}=15.87$, $p<.001$). Post hoc analizi puan ortalamaları birbirinden farklılaşmayan İç ve Göğüs Hastalıkları ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gruplarının her ikisinin son bir aydaki şikâyet sayısı ortalamalarının Dış hekimliği grubunun güncel şikâyet sayısı ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek; Psikiyatri grubunun güncel şikâyet sayısı ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo 10).

Ek olarak dört alt grup katılımcıların son bir aydaki sağlık sistemi kullanımlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleriyle birlikte bu değerlerin alt gruplara göre değişip değişmediği açısından da incelenmiştir. Bu bağlamda

gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi dört alt grubun son bir aydaki sağlık sistemi kullanımına ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($F_{(3,310)}=7.19, p<.001$). Yürütülen post hoc analizleri birbirlerinden farklılaşmayan İç ve Göğüs Hastalıkları, Psikiyatri ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gruplarının son bir aydaki sağlık sistemi kullanımı puan ortalamalarının Diş Hekimliği grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo 10).

Bununla birlikte söz konusu dört alt grup düşen puanların daha kötü bir psikolojik sağlığa işaret ettiği katılımcıların son bir aydaki psikolojik sağlık puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleriyle birlikte bu değerlerin alt gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığının tespiti açısından da incelenmiştir. Bu amaçla gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları katılımcıların son bir aydaki psikolojik sağlık puan ortalamalarının dört alt gruba göre farklılaştığını ortaya koymuştur ($F_{(3,310)}=12.59, p<.001$). Post hoc testi sonuçları, Diş Hekimliği grubunun son bir aydaki psikolojik sağlık puan ortalamalarının diğer üç gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu, İç ve Göğüs Hastalıkları grubunun son bir aydaki psikolojik sağlık puan ortalamalarının Psikiyatri grubunun puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu; ancak Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubunun son bir aydaki psikolojik sağlık puan ortalamalarının hem İç ve Göğüs Hastalıkları hem de Psikiyatri gruplarının son bir aydaki psikolojik sağlık puan ortalamalarından farklılaşmadığını göstermiştir (Bkz. Tablo 10).

Tablo 10'da gösterilen verilere ilişkin son değerlendirme ise yine düşen puanların daha kötü bir fiziksel sağlığa işaret ettiği katılımcıların son bir aydaki fiziksel sağlık puan ortalamalarına yöneliktir. Bu bağlamda BBB grubunun katılımcılarının son bir aydaki fiziksel sağlık puan ortalaması İç ve Göğüs Hastalıkları grubunda 2.05 ± 1.02 , Psikiyatri grubunda 2.34 ± 0.88 , Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon grubunda 1.67 ± 0.99 ve Diş Hekimliği grubunda 2.63 ± 0.79 olarak bulunmuştur. Bu noktada yine dört alt grubun son bir aydaki fiziksel sağlık puan ortalamaları arasında da yüksek düzeyde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3,310)}=14.58, p<.001$). Bu farkın hangi ortalamalar arasında olduğunun tespiti için yürütülen post hoc testi sonuçlarıyla Diş hekimliği grubunun son bir aydaki fiziksel sağlık puan

ortalamalarının puan ortalamaları birbirinden farklılaşmayan İç ve Göğüs Hastalıkları ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gruplarının son bir aydaki fiziksel sağlık puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve Psikiyatri grubunun son bir aydaki fiziksel sağlık puan ortalamalarına göre farklılaşmadığı ortaya konmuştur (Bkz. Tablo 10).

Tablo 10. BBB Grubunu Oluşturan Dört Alt Grubun Güncel Şikâyet Sayısı ile Son Bir Ay İçerisindeki Sağlık Sistemi Kullanımı, Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Değişkenlerine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

	I	II	III	IV	
	İç ve Göğüs Hastalıkları (N=77)	Psikiyatri (N=92)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (N=79)	Diş Hekimliği (N=66)	Test
Güncel Hastalık Sayısı					
X	1.33	1.13	0.65	0.47	F=14.09***
SS	0.98	0.99	0.83	0.90	(I=II>III=IV)
Güncel Şikâyet Sayısı					
X	1.74	2.44	2.22	0.77	F=15.87***
SS	1.22	1.73	2.00	1.16	(II>I=III>IV)
Son Bir Ay İçerisindeki Sağlık Sistemi Kullanımı					
X	1.48	1.38	1.57	0.97	F=7.19***
SS	0.70	0.82	0.89	0.87	(I=II=III>IV)
Son Bir Ay İçerisindeki Psikolojik Sağlık					
X	2.11	1.61	2.02	2.59	F=12.59***

SS	0.99	0.95	1.09	0.85	(IV>III=I>II=III)
Son Bir Ay					
İçerisindeki					
Fiziksel					
Sağlık					
X	2.05	2.34	1.67	2.63	F=14.58***
SS	1.02	0.88	0.99	0.70	(IV=II>I=III)

***p<.001

Yukarıda da görüldüğü üzere BBB grubunun tanıtıldığı bu başlık altında öncelikle bu grubu oluşturan dört farklı alt grubun özelliklerinin birbirleriyle kıyaslanarak aktarılmasına çalışılmış söz konusu grubun detaylarına ilişkin bilgilerin verilmesi hedeflenmiştir. Dolayısıyla aşağıdaki bölümde bu dört alt grubun oluşturduğu BBB grubunun geneline ilişkin bilgiler verilecektir. Bu bağlamda yürütülen analizler neticesinde yaş aralığı 15-84 olan BBB grubunu oluşturan 314 katılımcının yaş ortalamasının 38.67 ± 13.96 olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 11).

Tablo 11. BBB Grubunun Yaş Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

	X	SS	Min.	Maks.
Yaş	38.67	13.96	15	84

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında ise 212'sinin (%67.5) kadın, 102'sinin (%32.5) erkek olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 12). Öte yandan katılımcıların büyük çoğunluğunun orta gelir seviyesinde (%54.8), çalışan (%55.4), lise mezunu (%41.4) ve evli (%55.7) olduğu dikkati çekmektedir (Bkz. Tablo 12). Ek olarak bu gruptaki katılımcıların kronik hastalık, psikopatoloji ve kronik bedensel

belirti soygeçmişine de bakılmıştır. Buna göre BBB grubundaki katılımcılardan soygeçmişlerinde kronik hastalık bildirenlerin oranı %35 (N=110), psikopatoloji bildirenlerin oranı %21.5 (N=67) ve kronik bedensel belirti bildirenlerin oranı %10.3'dür (N=31) (Bkz. Tablo 12).

Tablo 12. BBB Grubunun Psikososyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Sıklık Dağılımları

	Grup	Frekans	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	212	67.5
	Erkek	102	32.5
	Toplam	314	100
Eğitim	İlkokul-Ortaokul	75	23.9
	Lise	130	41.4
	Lisans-Lisansüstü	109	34.7
	Toplam	314	100
Gelir Düzeyi	Düşük	39	12.6
	Orta	172	55.7
	İyi-Çok İyi	98	31.7
	Toplam	309	100
Medeni Durum	Evli	175	56.2
	Bekar	109	35.1
	Diğer	27	8.7
	Toplam	311	100
Çalışma Durumu	Çalışıyor	174	61.7
	Çalışmıyor	108	38.3
	Toplam	282	100

Kronik Hastalık Soygeçmişi	Var	110	35
	Yok	204	65
	Toplam	314	100
Psikopatoloji Soygeçmişi	Var	67	21.5
	Yok	244	78.5
	Toplam	311	100
Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişi	Var	31	10.3
	Yok	278	89.7
	Toplam	309	100

BBB grubu katılımcılarının psikolojik sağlık dağılımlarına bakıldığında son altı ay içerisinde psikolojik sağlığının çok kötü olduğunu bildirenlerin %7.3 (N=23), kötü olduğunu bildirenlerin %22.3 (N=70), ne iyi ne kötü olduğunu bildirenlerin %35.4 (N=111), iyi olduğunu bildirenlerin %29.3 (N=92) ve çok iyi olduğunu bildirenlerin %5.7 (N=18); son bir ay içerisinde psikolojik sağlığının çok kötü olduğunu bildirenlerin %6.4 (N=20), kötü olduğunu bildirenlerin %26.8 (N=84), ne iyi ne kötü olduğunu bildirenlerin %28.3 (N=89), iyi olduğunu bildirenlerin %32.8 (N=103) ve çok iyi olduğunu bildirenlerin %5.7 (N=18) olduğu görülmektedir. Son altı ay ve bir ay içerisinde psikolojik sağlığını çok kötü, kötü ve ne iyi ne kötü olarak bildirenlerin toplamının sırasıyla %65 (N=204) ve %61.5 (N=193) olduğu dikkati çekmektedir (Bkz. Tablo 13).

Öte yandan bu gruba ait katılımcıların fiziksel sağlık dağılımlarına bakıldığında son altı ay içerisinde fiziksel sağlığının çok kötü olduğunu bildirenlerin %4.1 (N=13), kötü olduğunu bildirenlerin %18.2 (N=57), ne iyi ne kötü olduğunu bildirenlerin %37.9 (N=119), iyi olduğunu bildirenlerin %34.1 (N=107) ve çok iyi

olduğunu bildirenlerin %5.7 (N=18); son bir ay içerisinde fiziksel sağlığının çok kötü olduğunu bildirenlerin %5.4 (N=17), kötü olduğunu bildirenlerin %19.7 (N=62), ne iyi ne kötü olduğunu bildirenlerin %33.8 (N=106), iyi olduğunu bildirenlerin %35 (N=110) ve çok iyi olduğunu bildirenlerin %6.1 (N=19) olduğu görülmektedir. Bu bağlamda son altı ay ve bir ay içerisinde fiziksel sağlığını çok kötü, kötü ve ne iyi ne kötü olarak bildirenlerin toplamının sırasıyla %60.2 (N=189) ve %58.9 (N=185) olduğu dikkati çekmektedir (Bkz. Tablo 13).

Tablo 13. BBB Grubunun Son Altı ve Bir Ay İçerisindeki Psikolojik Sağlığa Göre Sıklık Dağılımları

	Grup	Frekans	Yüzde %
Son Altı Ay İçerisindeki Psikolojik Sağlık	Çok Kötü	23	7.3
	Kötü	70	22.3
	Ne İyi Ne Kötü	111	35.4
	İyi	92	29.3
	Çok İyi	18	5.7
	Toplam	314	100
Son Bir Ay İçerisindeki Psikolojik Sağlık	Çok Kötü	20	6.4
	Kötü	84	26.8
	Ne İyi Ne Kötü	89	28.3
	İyi	103	32.8
	Çok İyi	18	5.7
	Toplam	314	100
Son Altı Ay İçerisindeki Fiziksel Sağlık	Çok Kötü	13	4.1
	Kötü	57	18.2
	Ne İyi Ne Kötü	119	37.9
	İyi	107	34.1
	Çok İyi	18	5.7

	Toplam	314	100
Son Bir Ay İçerisindeki Fiziksel Sağlık	Çok Kötü	17	5.4
	Kötü	62	19.7
	Ne İyi Ne Kötü	106	33.8
	İyi	110	35
	Çok İyi	19	6.1
	Toplam	314	100

Dört alt grubun birleştirildiği BBB grubunun katılımcılarına güncel hastalık sayısı dağılımları açısından bakıldığında herhangi bir hastalık bildirmeyenlerin %40.1 (N=126), bir hastalığı olduğunu bildirenlerin %38.5 (N=121) ve iki ve üzeri hastalığı olduğunu bildirenlerin %21.3 (N=67) olduğu dikkati çekmektedir. Bu doğrultuda BBB grubu katılımcılarının büyük çoğunluğunun en fazla bir hastalığa sahip olduğunu bildirdiği ifade edilebilir (Bkz. Tablo 14).

Tablo 14 katılımcıların verileri güncel şikâyet sayısı dağılımları açısından incelendiğinde ise herhangi bir şikâyet bildirmeyenlerin %22.6 (N=71), bir şikâyeti olduğunu bildirenlerin %25.2 (N=79) ve iki ve üzeri şikâyeti olduğunu bildirenlerin %52.2 (N=164) şeklinde dağıldığı görülmektedir. Bu veriler ekseninde BBB grubu katılımcılarının yaklaşık %75'inin bir ve üzeri şikâyete sahip olduğu belirtilebilir.

Katılımcıların sağlık sistemi kullanımına ilişkin dağılımlarına bakıldığında son altı ay içerisinde sağlık sistemini hiç kullanmadığını bildirenlerin %2.5 (N=8), bir kez kullandığını bildirenlerin %26.2 (N=82), iki kez kullandığını bildirenlerin %29.1 (N=91) ve üç ve daha fazla kez kullandığını bildirenlerin %42.2 (N=132); son bir ay içerisinde sağlık sistemini hiç kullanmadığını bildirenlerin %12.8 (N=40), bir kez kullandığını bildirenlerin %48.9 (N=153), iki kez kullandığını bildirenlerin %27.2 (N=85) ve üç ve daha fazla kez kullandığını bildirenlerin %11.1 (N=35) olduğu görülmektedir. Bu bilgiler ışığında son altı ay ve bir ay içerisindeki sağlık sistemi

kullanımlarını iki ve daha fazla kez olarak bildirenlerin toplamının sırasıyla %71.3 (N=223) ve %38.3 (N=120) olduğu ifade edilebilir (Bkz. Tablo 14).

Son olarak Tablo 14'teki BBB grubu katılımcılarının nörotisizm puanlarına ilişkin frekans-yüzde dağılımlarına bakıldığında nörotisizm puanları düşük düzey olanların %34.1 (N=107), orta düzey olanların %32.5 (N=102) ve yüksek düzey olanların %33.4 (N=105) şeklinde birbirlerine hemen hemen eşit bir şekilde dağıldığı görülmektedir.

Tablo 14. BBB Grubunun Son Altı ve Son Bir Ay İçerisindeki Sağlık Sistemi Kullanımına ve Nörotisizm Puanlarına Göre Sıklık Dağılımları

	Grup	Frekans	Yüzde %
Güncel Hastalık Sayısı	0	126	40.1
	1	121	38.5
	2 ve Üzeri	67	21.3
	Toplam	314	100
Güncel Şikâyet Sayısı	0	71	22.6
	1	79	25.2
	2 ve Üzeri	164	52.2
	Toplam	314	100
Son Altı Ay İçerisindeki Sağlık Sistemi Kullanımı	0	8	2.5
	1	82	26.2
	2	91	29.1
	3 ve Üzeri	132	42.2
	Toplam	313	100

Son Bir Ay İçerisindeki	0	40	12.8
Sağlık Sistemi Kullanımı	1	153	48.9
	2	85	27.2
	3 ve Üzeri	35	11.1
	Toplam	313	100
Nörotisizm	Düşük	107	34.1
	Orta	102	32.5
	Yüksek	105	33.4
	Toplam	314	100

3.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Geçerliğine İlişkin Bulgular

3.2.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

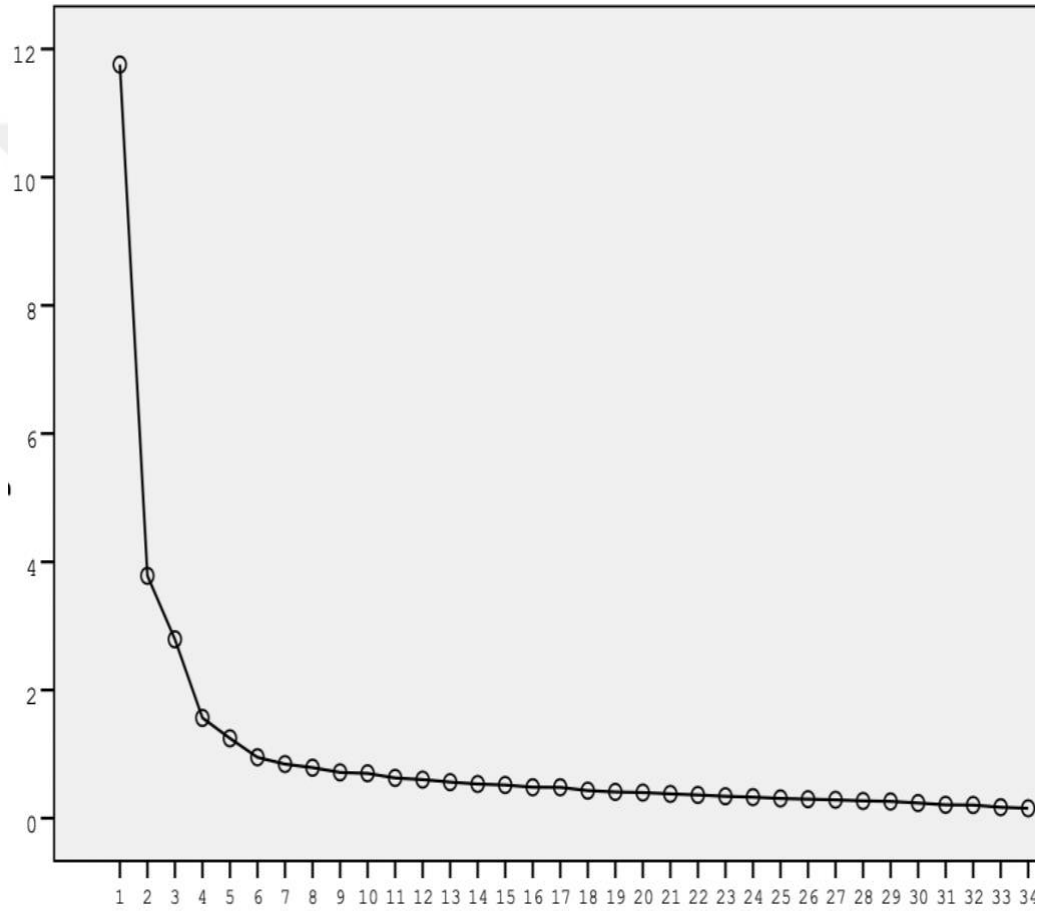
BBBDÖ'nün yapı geçerliği pilot uygulama sonrası elde edilen Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği için 26 madde, Duygusal Faktörler Alt Ölçeği için 25 madde ve Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği için 20 madde olmak üzere toplamda 59 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için ilk aşamada madde analizi gerçekleştirilmiş ve bütün alt ölçeklerinin dahil olduğu Cronbach Alfa katsayısının .96 olduğu görülmüştür. Ölçeğin geneli için yürütülen güvenirlik analizinde 32. maddenin ("Bedensel şikâyetlerimi başlatma/arttırma ihtimaline rağmen gündelik/haftalık ev işlerini yapmaktan vazgeçmem") madde-toplam puan korelasyonunun .30'un altında kaldığı tespit edilmiş ve bu madde analizden çıkarılmıştır. Ölçekten 32. Maddenin çıkarılmasının ardından kalan 58 madde için madde-toplam puan korelasyonlarının .31 (12. madde) ve .68 (13. madde) arasında değiştiği bulgulanmıştır. Madde analizi sonrası 58 maddeye düşen ölçeğin Cronbach alfa değerinin .97 olduğu görülmüştür.

Birinci aşamadaki madde analizi sonrası faktör analizine ilişkin değerlere geçilmeden önce faktör analizinin yapılabilmesi için karşılanması gereken Keiser-Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett'in küresellik testlerine ait değerlere bakılmıştır. Yürütülen analiz sırasıyla örneklemdaki vaka sayısının ve verilerin dağılımının faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir (KMO=.94; Barlett $\chi^2_{(1653)}=1277.28$, $p<.001$). Bu değerlerde yeterli şartların sağlanmasından sonra ikinci aşamadan itibaren ölçeğin yapı geçerliliği için gerçekleştirilen beş farklı açımlayıcı ve takiben üç faktöre zorlayıcı faktör analizinin tamamı eğik döndürme (oblique rotation) ve temel eksen boyutlandırması (principal axis analysis) yöntemleriyle yapılmıştır. Bu bağlamda ikinci aşamada yürütülen Açımlayıcı Faktör Analizinde (AFA) ölçekteki hiçbir maddenin ortak varyans ve rotasyon öncesi faktör matrisi değerinin .30'un altında olmadığı görüldüğü için bu kriterlere göre herhangi bir madde elemesine gidilmemiştir. Ancak yine aynı aşamada 22. madde ("Bundan sonraki hayatımı şu anki bedensel şikayetlerimle sürdürme fikri beni fazlasıyla endişelendirir"), 25. madde ("Etrafımdakilerin fiziksel şikayetlerimi küçümsemesini fazlasıyla önemserim"), 47. madde ("Çoğu zaman doktorların şikayetlerimi dinlemeye ayırdıkları vaktin yetersiz olduğunu düşünürüm"), 55. madde ("Şikayetlerimle ilgili ileri tetkik ve inceleme istemeyen bir doktoru pek önemsemem"), 48. madde ("Bedensel şikayetlerim için gittiğim bir doktor yeterince tetkik etmez ya da beni başka birimlere sevk etmezse bu, belirtilerimi/hastalığımı yeterince ciddiye almadığı anlamına gelir"), 45. madde ("Doktorların, bedensel şikayetlerimi yeterince anlatmama izin vermemeleri beni daha da kaygılandırır"), 41. madde ("Şikayetlerimle ilgili ileri tetkik ve incelemeye başvurmayan bir doktora tekrar gitmem"), 54. madde ("Doktorumun bana yeterince vakit ayırmadığını hissedersen endişelerim daha da artar") ve 59. madde ("Yakınlarımı fiziksel durumumun hayatımı ne kadar etkilediğine ikna etmeye çalışırım") aynı anda iki faktöre yüklendikleri için; 21. madde ("Şikayetlerimi dile getirmemin doktorlarım için çok da önemli olmadığı düşüncesi beni üzer") ve 28. madde ("Doktorların belirtilerimi yeterince anlayamamasından korkarım") ise hiçbir faktöre yüklenmedikleri için analizden çıkarılmıştır. Yine sadece faktör yüklerine göre maddelerin elendiği üçüncü aşamada 4. madde ("Sağlığım ile ilgili endişelerim enerjimi tüketir"), 14. madde ("Hastalığı sebebiyle başkasının bakımına muhtaç kalmış ya da hayatı bir şekilde kısıtlanmış insanları gördüğümde hemen kendi durumum aklıma

gelir”), 43. madde (“Şikayetlerimi doktorlara tam olarak anlatamamak beni dehşete düşürür”), 17. madde (“Bana göre yakınlarım bedensel şikayetlerimin gerçekliğine inanmazlar”) ve 53. madde (“Fiziksel belirtilerimi kontrol etme çabalarım, örneğin sık sık tansiyon ve kan şekeri ölçme ya da cilt rengini kontrol etme vb., sebebiyle gündelik aktivitelerim kısıtlanır”) çift faktöre yüklendikleri için; 13. madde (“Doktorum belirtilerimin ciddi olmadığını söylese de kaygım dinmez”) ise herhangi bir faktöre yüklenmediği için analizden çıkarılmıştır. Dördüncü aşamada da maddelerin sadece faktör yüklerine göre eleme yapılmıştır. Buna göre bu adımda 3. madde (“Bedensel şikayetlerim ile benim istediğim gibi ilgilenmeyen bir doktor, kaygımı dindirmez”), 52. madde (“Bedensel şikayetlerim sebebiyle dikkatimi toplamakta zorlanırım”), 12. madde (“Bedensel şikayetlerimi unutmak için kendimi ev işlerine veririm”) ve 37. madde (“Bedensel şikayetlerimi nasıl dindirebileceğimi düşünmek beni daha da kaygılandırır”) iki faktöre yüklendiği için analizden çıkarılmıştır. Yine maddelerin sadece faktör yüklerine göre elendiği beşinci aşamada 58. madde (“Şikayetlerimi nasıl ortadan kaldıracabileceğime dair düşünceler beni fazlasıyla meşgul eder”), 24. madde (“Hastalığı sebebiyle başkasının bakımına muhtaç kalmış ya da hayatı önemli ölçüde kısıtlanmış insanları gördüğümde, “Ben de bir gün o duruma düşebilirim.” fikrine kapılarak endişelenirim”) ve 36. madde (“Doktorumun bedensel şikayetlerimin sebebinin psikolojik olduğunu söylemesi ya da ima etmesi kaygımı artırır”) çift faktöre yüklendiği için analizden çıkarılmıştır. Altıncı aşamada ise sadece 57. madde (“Doktorumun beni psikiyatriste/psikoloğa yönlendirmesi canımı sıkır”) çift faktöre yüklendiği için analizden çıkarılmıştır.

Madde analiziyle tek maddenin çıkarıldığı ilk aşamanın ardından ikinci ile altıncı aşama arasında gerçekleştirilen beş farklı AFA ile toplamda 25 maddenin daha ölçekten çıkarılmasıyla elde kalan 33 madde yedinci aşamada Saçılım Grafiğine (Scree Plot) göre üç faktöre zorlanmıştır. Ölçeğin kaç faktör çıkarmaya zorlanacağı kararının verilmesinde altıncı aşamadaki AFA ile elde edilen Saçılım Grafiği etkili olmuştur. Literatür öz değeri (eigenvalue) bir ya da birin üzerinde olmasının faktörün kararlılığına işaret ettiğini; ancak Saçılım Grafiğinin faktör sayısını bu kritere göre daha başarılı bir şekilde belirlediğine işaret etmektedir (Thompson, 2004). Şekil 2’ye bakıldığında Y eksenindeki öz değerlerin X eksenine doğru yaptığı inişle oluşan

platonun başlangıç noktasının dördüncü faktör olduğu görülmektedir. Toplam açıklanan varyansa yapılan en önemli katkının kesme noktası olarak görülebilecek dördüncü faktör ve sonrasındaki faktörlerin varyansa yaptıkları katkıların nispeten küçük ve birbirlerine çok yakın olması (Çokluk ve ark., 2018) bu ölçeğin üç faktörlü bir yapı göstermesinin daha doğru olacağını düşündürmüştür (Bkz. Şekil 2).



Şekil 2. Altıncı Aşamadaki AFA’da Elde Edilen Öz Değerler ve Faktör Sayısını Gösteren Saçılım Grafiği

Ölçeğin DSM-5 BBB tanısının B kriterinin üç boyuttan oluşmasından kaynaklanan ve *Hipotez 1a*’da da ifade edilen beklentilere uygun şekilde üç faktör çıkarmaya zorlanması kararının ardından yedinci aşamada gerçekleştirilen üç faktöre

zorlayıcı faktör analizinde toplam varyansın %54.66'sını açıklayan ve öz değerleri 11.49, 3.77 ve 2.78 olan üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Son durumda ortaya çıkan faktörler içerdikleri maddelere göre “Bilişsel Faktörler”, “Duygusal Faktörler” ve “Davranışsal Faktörler” olarak isimlendirilmiştir. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayıları da hesaplanmıştır. Buna göre analize ölçekte son durumda kalan 33 maddenin tamamının dahil edildiği durumda Cronbach alfa değeri .94 ve açıklanan varyans değeri %54.66, Bilişsel Faktörler alt ölçeğine ait 13 maddenin dahil edildiği durumda Cronbach alfa değeri .93 ve açıklanan varyans değeri %34.8, Duygusal Faktörler alt ölçeğine ait 9 maddenin dahil edildiği durumda Cronbach alfa değeri .90 ve açıklanan varyans değeri %11.4, Davranışsal Faktörler alt ölçeğine ait 11 maddenin dahil edildiği durumda ise Cronbach alfa değeri .89 ve açıklanan varyans değeri %8.4 olarak saptanmıştır. Bu faktörlere ilişkin öz değer, açıklanan varyans, ortak varyans, faktör yükü ve madde-toplam puan korelasyonu değerlerini gösteren analiz sonuçları Tablo 15’de gösterilmektedir.

Tablo 15. BBBDÖ’nün Maddelerinin Faktör Yükü, Ortak Varyans ve Madde Toplam Puan Korelasyonu Değerleri

Faktör isimleri ve maddeler		FY ¹	OV ²	MTPK ³
<i>Bilişsel Faktörler. 13 madde. Öz Değer=11.49, Açıklanan varyans=%34.8</i>				
1.	Vücudumda fark ettiğim belirtilerin ciddi bir hastalığın işareti olduğunu düşünürüm.	.71	.58	.71
2.	Bana göre doktorlar bedensel şikayetlerimi yeterince ciddiye almazlar.	.68	.55	.67
7.	Belirtilerim sebebiyle gelecekte sağlığımın çok daha kötüleşebileceğini düşünürüm.	.76	.74	.73
8.	Doktorumun beni psikiyatriste/psikoloğa yönlendirmesi, bana onun belirtilerimi yeterince anlamadığını düşündürür.	.74	.57	.67
9.	Yakınlarım fiziksel şikayetlerimin hayatımı fazlasıyla etkilediğine inanır.	.56	.52	.66
15.	Vücudumda fark ettiğim belirtilerin ciddi olduğuna eminim.	.70	.57	.70
16.	Doktorum bedensel şikayetlerimin ciddi olmadığını söylese de buna inanmam.	.82	.67	.77

18. Doktorumun, bedenimde yanlış giden bazı şeyleri gözden kaçırdığı ya da kaçıracağı fikrini zihnimden atmakta zorlanırım.	.77	.64	.75
19. En yakınımıdakiler bile şikayetlerimin ciddiyeti konusunda benimle aynı fikirde değildirlir.	.70	.66	.69
27. Etrafımdakiler bedensel şikayetlerimi ciddiye almazlar.	.49	.57	.61
31. Doktorumun hastalığının ciddiyetini anlayamamasının geri dönülmez sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	.55	.60	.68
42. Yaşadığım bedensel şikayetlerimin sebebinin ciddi bir fiziksel bozukluk olduğunu düşünürüm.	.71	.61	.69
56. Hastalığının ciddiyeti konusunda doktorlarımın benden bir şeyler sakladığını düşünürüm.	.75	.62	.71

Duygusal Faktörler. 9 madde. Öz Değer=3.77, Açıklanan varyans=%11.4

10. Belirtilerimin gelecekte daha da kötüleşmesi fikri beni dehşete düşürür.	.59	.63	.68
11. Şikayetlerimi dile getirmemin yakınlarım için çok da önemli olmadığı düşüncesi beni üzer.	.62	.48	.59
20. Sağlığım hakkında endişelenirim.	.57	.52	.61
23. Bedensel belirtilerimin hiç geçmeyeceğinden kaygı duyarım.	.61	.66	.68
29. Yakınlarımin şikayetlerimi ciddiye almaması beni üzer.	.77	.73	.67
33. Yakınlarımin fiziksel şikayetlerimin hayatımı etkilediğine inanmaması beni üzer.	.73	.66	.66
34. Etrafımdakilerin fiziksel şikayetlerimi küçümsemesi üzülmeme neden olur.	.78	.70	.69
35. Fiziksel belirtilerim beni korkutur.	.66	.65	.69
46. Bedensel belirtilerimin gelecekte de devam etmesinden kaygı duyarım.	.61	.65	.64

Davranışsal Faktörler. 11 madde. Öz Değer=2.78, Açıklanan varyans=%8.4

5. Doktora gitmeden önce şikayetlerimi doktora nasıl anlatacağım konusunda uzun uzun hazırlık yaparım.	.61	.58	.63
6. Günün önemli bir kısmında bedensel şikayetlerimi nasıl dindirebileceğimi düşünürüm.	.72	.69	.68
26. Günlük hayattaki bazı sorumluluklarımı şikayetlerimin artmaması için yerine getirmiyorum.	.75	.59	.64
30. Sağlığım ile ilgili endişelerim günlük hayatta yapmam gerekenleri yapmamama neden olur.	.80	.69	.74

38. Bedensel şikayetlerim sebebiyle gündelik işlerimi yerine getiremem.	.68	.57	.64
39. Bedensel şikayetlerim günün önemli bir kısmında beni meşgul eder.	.68	.64	.65
40. Gündelik hayatta fiziksel durumumu sık sık kontrol etmeye (sık sık tansiyon ve kan şekeri ölçme ya da cildin rengini kontrol etme vb.) çalışırım.	.65	.56	.60
44. Hastalığımın ciddiyeti konusunda bir şeyler öğrendiğimde/duyduğumda bunu vakit kaybetmeden etrafımdakilerle paylaşıyorum.	.55	.47	.52
49. Gittiğim doktor şikayetlerimle istediğim gibi ilgilenmezse vakit kaybetmeden başka bir doktor ararım.	.49	.51	.52
50. Etrafımda fiziksel şikayetlerimi küçümseyen biri varsa yaşadığım durumu ona doğru bir şekilde anlatabilmek için uğraşırım.	.67	.58	.64
51. Hastalığı sebebiyle başkasının bakımına muhtaç kalmış ya da hayatı önemli ölçüde kısıtlanmış insanları gördüğümde kendimin de bir gün o duruma düşebileceği fikrini zihnimden atamam.	.52	.66	.53

¹FY: Faktör Yüğü; ²OV: Ortak Varyans; ³MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu.

Ek olarak Tablo 16’da BBBDÖ’nün üç faktörlü son haline ve 33 maddeden oluşan bütününe ait ortalama, standart sapma ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı (α) değerleri sunulmuştur.

Tablo 16. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Katsayıları

	X	SS	α
BBBDÖ-TOP¹	47.83	1.49	.94
BBBDÖ-BFAÖ²	17.01	.76	.93
BBBDÖ-DFAÖ³	15.89	.54	.90
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	14.85	.57	.89

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Faktör Yapısının Model Uyumuna İlişkin Bulgular

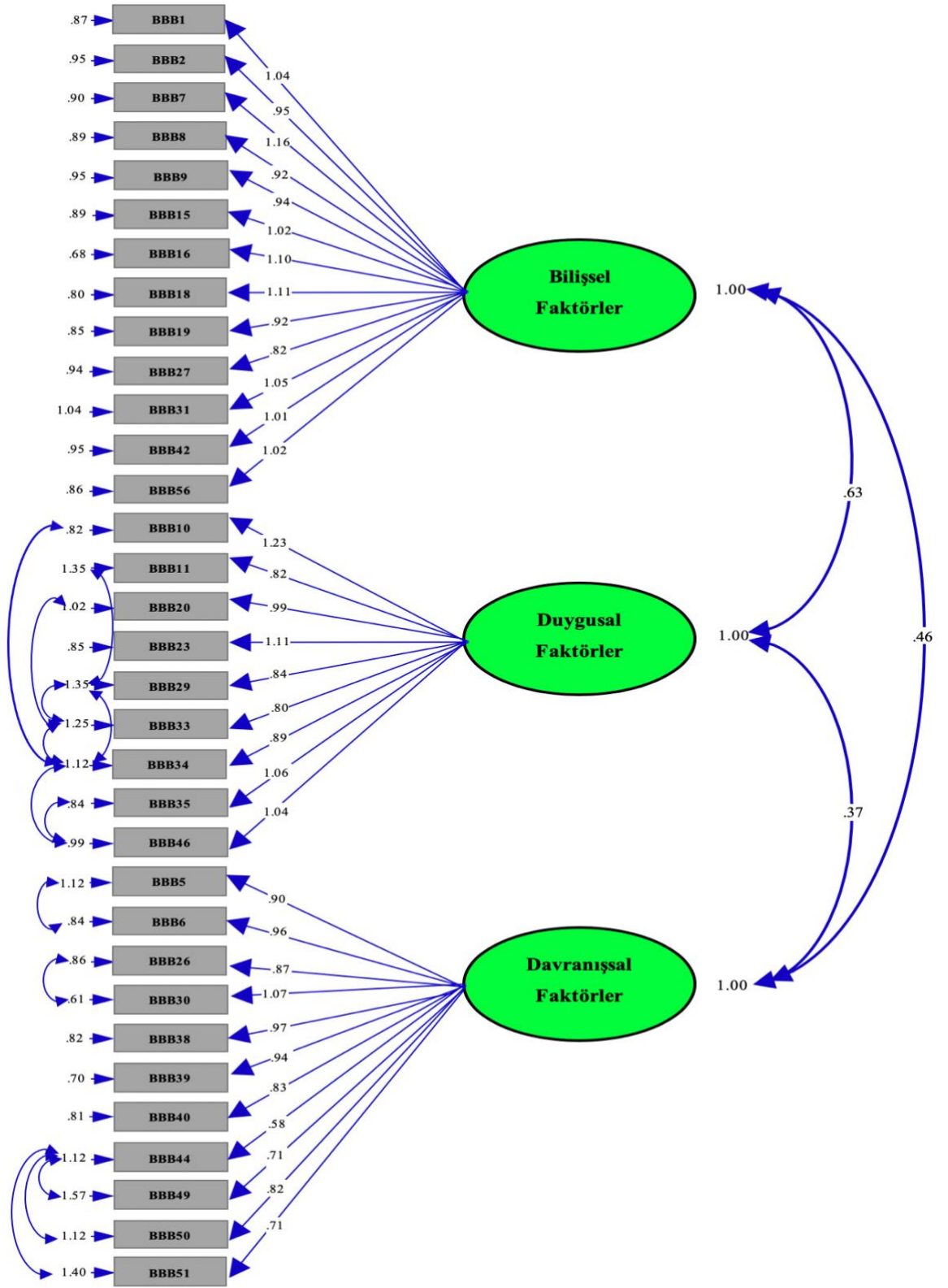
Yapı geçerliğinin yedinci aşamasında elde edilen BBBDÖ'nün üç faktörlü ve 33 maddeli son hali sekizinci aşamada Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Bu aşamada doğrulayıcı faktör analizi sonucunda oluşturulan modelin yeterliliğini belirlemek için karşılanması gereken uyum istatistiklerine ilişkin ölçütler Tablo 17'de yer almaktadır. Buna göre modelin iyi uyum ölçütlerinin tamamını karşılaması iyi uyum gösterdiğini, kabul edilebilir uyum ölçütlerinin tamamını karşılaması ise kabul edilebilir ölçüde uyumlu olduğunu göstermektedir. Ek olarak uyum istatistiklerinin yorumlanması RMSEA'ye ait %90 güven aralığı değerleri arasındaki farkın en fazla .10 olması koşuluna bağlanmıştır. Düzeltme sonrası modelden elde edilen uyum istatistiklerinin düzeltme öncesi modele kıyasla anlamlı derecede iyileşip iyileşmediği de χ^2 fark testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde maksimum olabilirlik tekniği kullanılmış olup $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 17. YEM Araştırmalarında Kullanılan Uyum İstatistiklerine İlişkin Bazı İyi ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri

Uyum İstatistikleri	İyi Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 5$
RMSEA	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$
sRMR	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .08$
GFI	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq .95$
AGFI	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$.85 \leq AGFI \leq .90$
CFI	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI \leq .95$

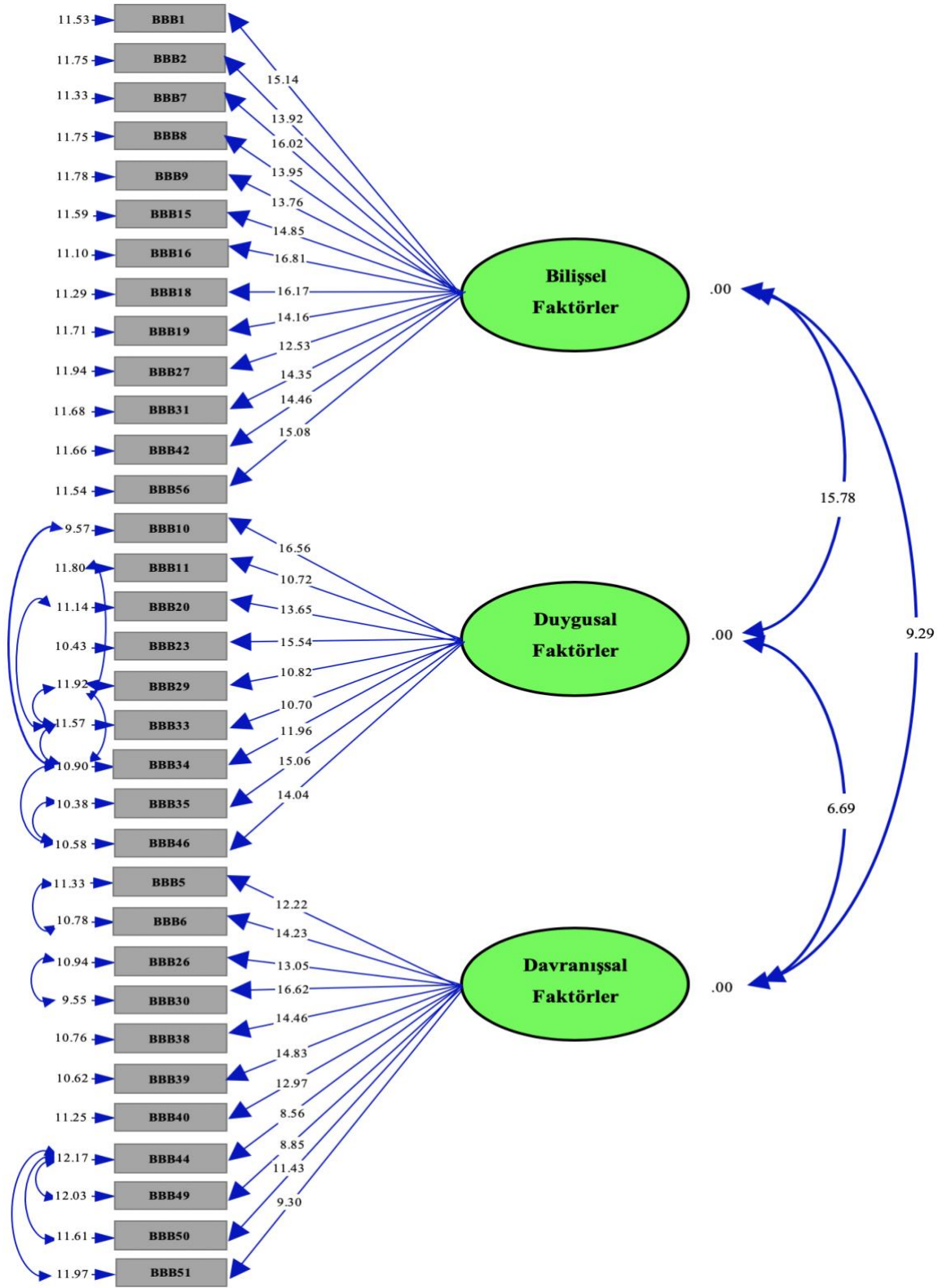
Bu bağlamda YEM ile gerçekleştirilen DFA’da örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkilerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Buna göre gözlenen değişkenler üzerindeki yordayıcılık gücünün Bilişsel Faktörler için %42-64, Duygusal Faktörler için %39-56 ve Davranışsal Faktörler için %26-67 arasında değiştiği anlaşılmıştır. Yürütülen analizde Bilişsel Faktörler örtük değişkeninin, Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenleri ile pozitif (sırasıyla $r=.61$, $r=.45$, $p<.05$); Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenlerinin ise yine pozitif yönlü korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır ($r=.38$, $p<.05$).

Öte yandan düzeltme öncesi ölçüm modeli için elde edilen değerler $\chi^2/df=3.7$, GFI=.74, CFI=.83, AGFI=.71, RMSEA=.092 (%90 güven aralığı=.088-.097) ve SRMR=.065 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre χ^2/df ve SRMR’nin kabul edilebilir uyum ölçütlerini yerine getirdiği, diğer değerlerin ise kabul edilebilir uyum ölçütlerini yerine getiremediği görülmüştür. %90 CI RMSEA değerlerinin .10’dan küçük olması ise uyum istatistiklerinin güvenle yorumlanabileceğine işaret etmiştir. Bu sebeple modele ilişkin düzeltme önerileri aşamasına geçilmiş ve gerekli koşulları sağlayan düzeltme önerileri uygulanmıştır. Söz konusu koşulları sağlayan toplam 13 düzeltme önerisi doğrultusunda hatalar yol grafiği üzerinde ilişkilendirilmiştir (sırasıyla 5. ve 6., 29. ve 11., 30. ve 26., 33. ve 20., 33. ve 29., 34. ve 10., 34. ve 29., 34. ve 33., 46. ve 34., 46. ve 35., 49. ve 44., 50. ve 44., 51. ve 44. maddeler arasındaki hata ilişkileri). Düzeltmelerin ardından örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki tüm yordayıcılık ilişkileri ve t testleri halen anlamlılığını korumuştur (Bkz. Şekil 3 ve Şekil 4).



Chi-Square= 1070.99, df=479, P-value=.00000, RMSEA=.063

Şekil 3. Düzeltme Sonrası Faktör Yüklerini Gösteren Yol Grafiği



Chi-Square= 1070.99, df=479, P-value=.00000, RMSEA=.063

Şekil 4. Düzeltme Sonrası t Değerlerini Gösteren Yol Grafiği

Düzeltilme sonrasında elde edilen ölçüm modeli istatistiklerine göre gözlenen değişkenler üzerindeki yordayıcılık gücünün Bilişsel Faktörler için %42-64, Duygusal Faktörler için %34-65 ve Davranışsal Faktörler için %23-65 arasında değiştiği anlaşılmıştır. Yürütülen analizde Bilişsel Faktörler örtük değişkeninin, Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenleri ile pozitif (sırasıyla $r=.63$, $r=.46$, $p<.05$); Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenlerinin ise birbiriyle yine pozitif yönlü korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır ($r=.37$, $p<.05$). Düzeltmelerin tamamlanmasının ardından elde edilen uyum istatistiği değerleri ise $\chi^2/df=2.2$, $GFI=.83$, $CFI=.90$, $AGFI=.80$, $RMSEA=.063$ (%90 güven aralığı=.058-.068) ve $SRMR=.059$ olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 18).

Tablo 18. BBBDO'nün Düzeltme Öncesi ve Sonrası Uyum İyiliği İstatistikleri

	Düzeltilme Öncesi	Düzeltilme Sonrası
χ^2/df	3.7	2.2
RMSEA	.092	.063
%90 CI RMSEA	.088-.097	.058-.068
SRMR	.065	.059
GFI	.74	.83
AGFI	.71	.80
CFI	.83	.90

Bu sonuçlar hataların ilişkilendirilmesi yoluyla gerçekleştirilen düzeltmelerin madde çıkarılmaya gerek kalmadan modeli iyileştirdiğini ve neredeyse kabul edilebilir uyum sınırlarında kalan GFI ve AGFI dışındaki değerlerin tamamının kabul edilebilir uyum ölçütlerini karşıladığını göstermiştir. χ^2 fark testi de modelin düzeltilmiş halinin düzeltilmemiş haline kıyasla uyum iyiliğinin daha iyi olduğunu göstermiştir ($\chi^2_{(479)}=$

727.68, $p<.01$). Özetle, BBBDÖ'nün DFA'dan elde edilen son faktör yapısının YEM'de DFA ile de doğrulanarak kabul edilebilir uyum gösterdiği bulgulanmıştır.

Bu çalışmada BBBDÖ'nün faktör yapısının ortaya çıkarılması ve model uyumunun değerlendirilmesine yönelik elde edilen bulgular ilk hipotezler açısından ele alındığında genel itibariyle şu şekilde özetlenebilir:

Hipotez 1a. AFA sonuçları BBBDÖ maddelerinin bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörler olarak ifade edilebilecek üç faktöre ayrıldığını gösterdiği için tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 1b. BBBDÖ'ye ilişkin DFA ile elde edilen faktör yapısı veri seti ile kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiği için bu hipotez de tamamen karşılanmıştır.

3.2.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Alt Ölçeklerinin Toplam Puanla ve Birbirleriyle İlişkisi

BBBDÖ'nün yapı geçerliği kapsamında yürütülen analizlerden bir diğeri de ölçeğin alt testlerinin toplam puanla ve birbirleriyle ilişkisine yöneliktir (Bkz. Tablo 19). Buna göre tamamı yüksek düzeyde anlamlı söz konusu ilişkiler arasında en yüksek güçteki korelasyonun BBBDÖ Toplam (BBBDÖ-TOP) ile BBBDÖ Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-BFAÖ) arasında ($r=.87$, $p<.001$) en düşük güçteki korelasyonun ise BBBDÖ Duygusal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DFAÖ) ile BBBDÖ Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DVFAÖ) arasında ($r=.36$, $p<.001$) olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak BBBDÖ-TOP'un BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ ile korelasyonlarının tamamının pozitif yönde ve çok yüksek güçte (sırasıyla $r=.87$, $p<.001$; $r=.78$, $p<.001$; $r=.72$, $p<.001$) olduğu görülürken BBBDÖ-BFAÖ ile BBBDÖ-DFAÖ arasındaki korelasyonun pozitif yönde ve yüksek güçte BBBDÖ-DVFAÖ ile BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DFAÖ arasındaki korelasyonun ise yine pozitif yönde; ancak bu kez orta güçte (sırasıyla $r=.42$, $p<.001$; $r=.36$, $p<.001$) olduğu görülmüştür.

Tablo 19. BBBDÖ Alt Ölçeklerinin Toplam Puanla ve Birbirleriyle İlişkisi

	BBBDÖ TOP	BBBDÖ BFAÖ	BBBDÖ DFAÖ	BBBDÖ DVFAÖ
BBBDÖ-TOP ¹	1	.87***	.78***	.72***
BBBDÖ-BFAÖ ²		1	.56***	.42***
BBBDÖ-DFAÖ ³			1	.36***
BBBDÖ-DVFAÖ ⁴				1

*** $p < .001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

BBBDÖ'nün yapı geçerliği bağlamında değerlendirilen BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin toplam puanla ve birbiriyle korelasyonuna yönelik bulgular ikinci hipotezler bağlamında ele alındığında genel itibarıyla şu şekilde özetlenebilir:

Hipotez 2a. BBBDÖ'nün alt ölçek puanları toplam puanla pozitif yönlü anlamlı korelasyon gösterdiği için tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 2b. BBBDÖ'nün alt ölçek puanları birbiriyle pozitif yönlü anlamlı korelasyon gösterdiği için bu hipotez de tamamen karşılanmıştır.

3.2.4. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ölçüt Bağımlı Geçerlik Analizleri

BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliğini sınamak amacıyla, çalışmada kullanılan diğer ölçekler olan; Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler Ölçeği (HSA-SADBÖ), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Semptom Yorumlama Anketi (SYA), Whiteley İndeksi (WI-7) ve Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (HADDÖ) ile bağıntılarını belirlemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Bu bağlamda öncelikle BBBDÖ'nün toplam ve alt ölçek puanları ile HSA-SADBÖ'nün alt ölçekleri ve BDAÖ arasındaki korelasyonlara bakılmıştır (Bkz. Tablo 20). Buna göre BBBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının HSA'nın Somatizasyon Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-SBAÖ), Anksiyete Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-ABAÖ), Panik Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-PBAÖ), Depresyon Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-DBAÖ) ve BDAÖ ile korelasyonlarının tamamının yüksek düzeyde anlamlı olduğu bulgulanmıştır. BBBDÖ Toplam (BBBDÖ-TOP) puanın en yüksek korelasyonunun BDAÖ ile ve yüksek güçte ($r=.55$, $p<.001$) en düşük korelasyonunun HSA-PBAÖ ve HSA-DBAÖ ile ve orta güçte ($r=.36$, $p<.001$); BBBDÖ Bilişsel Faktörler Alt Ölçeğinin (BBBDÖ-BFAÖ) en yüksek korelasyonunun BDAÖ ile ve orta güçte ($r=.44$, $p<.001$) en düşük korelasyonunun HSA-PBAÖ ile ve düşük güçte ($r=.24$, $p<.001$); BBBDÖ Duygusal Faktörler Alt Ölçeğinin (BBBDÖ-DFAÖ) en yüksek korelasyonunun BDAÖ ($r=.48$, $p<.001$) ile ve orta güçte en düşük korelasyonunun HSA-SBAÖ ($r=.38$, $p<.001$) ile orta güçte ve son olarak BBBDÖ Davranışsal Faktörler Alt Ölçeğinin (BBBDÖ-DVFAÖ) en yüksek korelasyonunun BDAÖ ile ve orta güçte ($r=.41$, $p<.001$) en düşük korelasyonunun ise HSA-SBAÖ ve HSA-DBAÖ ile ve düşük güçte ($r=.23$, $p<.001$) olduğu gözlenmiştir (Bkz. Tablo 20).

Tablo 20. BBBDÖ'nün Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının HSA'nın SBAÖ, ABAÖ, PBAÖ, DBAÖ ve BDAÖ İle İlişkisi

	BBBDÖ	BBBDÖ	BBBDÖ	BBBDÖ
	TOP¹	BFAÖ²	DFAÖ³	DVFAÖ⁴
HSA-SBAÖ⁵	.39***	.32***	.38***	.23***
HSA-ABAÖ⁶	.44***	.37***	.43***	.25***
HSA-PBAÖ⁷	.36***	.24***	.40***	.25***
HSA-DBAÖ⁸	.36***	.27***	.39***	.23***
BDAÖ⁹	.55***	.44***	.48***	.41***

*** $p < .001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁵HSA-SBAÖ: Hasta Sağlık Anketi-Somatik Belirtiler Alt Ölçek puanı; ⁶HSA-ABAÖ: Hasta Sağlık Anketi-Anksiyete Belirtileri Alt Ölçek puanı; ⁷HSA-PBAÖ: Hasta Sağlık Anketi-Panik Belirtiler Alt Ölçeği puanı; ⁸HSA-DBAÖ: Hasta Sağlık Anketi-Depresif Belirtiler Alt Ölçek puanı; ⁹BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği puanı.

BBBDÖ'nün genelinin ve alt ölçeklerinin ölçüt bağımlı geçerliğini ortaya koymak üzere yürütülen analizlerin ikinci aşamasında BBBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının SYA ve WI-7 alt ölçekleriyle korelasyonlarına bakılmıştır (Bkz. Tablo 21). Buna göre BBBDÖ-TOP'un SYA'nın Psikolojize Alt Ölçeği (SYA-PAÖ), WI-7'nin Toplam Puanı (WI-7-TOP) ve WI-7'nin Bedensel Düşünce Uğraşı Alt Ölçeği

(WI-7-BDUAÖ) ile korelasyonlarının pozitif yönde yüksek güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.50, p<.001$; $r=.58, p<.001$; $r=.55, p<.001$); SYA'nın Somatize Alt Ölçeği (SYA-SAÖ), SYA'nın Belirti Sayısı Alt Ölçeği (SYA-BSAÖ) ve WI-7'nin Hastalık Kaygısı Alt Ölçeği (WI-7-HKAÖ) ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.49, p<.001$; $r=.35, p<.001$; $r=.38, p<.001$) ve SYA'nın Normalize Alt Ölçeği (SYA-NAÖ) ile korelasyonunun negatif yönde düşük güçte orta anlamlılık düzeyinde ($r=-.20, p<.01$) olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak Tablo 21'e bakıldığında BBBDÖ-BFAÖ'nün SYA-PAÖ, SYA-SAÖ, WI-7-TOP, WI-7-BDUAÖ ve WI-7-HKAÖ ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.45, p<.001$; $r=.42, p<.001$; $r=.49, p<.001$; $r=.45, p<.001$; $r=.36, p<.001$); SYA-BSAÖ ile korelasyonunun pozitif yönde düşük güçte yüksek anlamlılık düzeyinde ($r=.25, p<.001$) ve SYA-NAÖ ile korelasyonunun negatif yönde düşük güçte orta anlamlılık düzeyinde ($r=-.18, p<.001$) olduğu görülmektedir. Bu aşamadaki değişkenlerden sadece SYA-NAÖ ile anlamlı bir korelasyon göstermediği görülen BBBDÖ-DFAÖ'nün WI-7-TOP ve WI-7-BDUAÖ ile korelasyonlarının pozitif yönde yüksek güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.56, p<.001$; $r=.54, p<.001$); SYA-PAÖ, SYA-SAÖ, SYA-BSAÖ ve WI-7-HKAÖ ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.47, p<.001$; $r=.41, p<.001$; $r=.35, p<.001$; $r=.32, p<.001$) olduğu bulgulanmıştır. Bu aşamadaki değişkenler ile ilişkisi verilecek son alt ölçeğimiz BBBDÖ-DVFAÖ'dür. Buna göre BBBDÖ-DVFAÖ'nün SYA-SAÖ, WI-7-TOP ve WI-7-BDUAÖ ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.34, p<.001$; $r=.34, p<.001$; $r=.32, p<.001$); SYA-PAÖ, SYA-BSAÖ, WI-7-HKAÖ ile korelasyonlarının pozitif yönde düşük güçte (sırasıyla $r=.26, p<.001$; $r=.25, p<.001$; $r=.22, p<.001$) ve SYA-NAÖ ile korelasyonunun negatif yönde düşük güçte yüksek anlamlılık düzeyinde ($r=-.22, p<.001$) olduğu ortaya konmuştur.

Tablo 21. BBBDÖ'nün Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının SYA'nın PAÖ, SAÖ, NAÖ, BSAÖ ve WI-7'nin BDUAÖ ve HKAÖ İle İlişkisi

	BBBDÖ TOP ¹	BBBDÖ BFAÖ ²	BBBDÖ DFAÖ ³	BBBDÖ DVFAÖ ⁴
SYA-PAÖ⁵	.50***	.45***	.47***	.26***
SYA-SAÖ⁶	.49***	.42***	.41***	.34***
SYA-NAÖ⁷	-.20***	-.18***	-.06***	-.22***
SYA-BSAÖ⁸	.35***	.25***	.35***	.25***
WI-7-TOP⁹	.58***	.49***	.56***	.34***
WI-7-BDUAÖ¹⁰	.55***	.45***	.54***	.32***
WI-7-HKAÖ¹¹	.38***	.36***	.32***	.22***

*** $p < .001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁵SYA-PAÖ: Semptom Yorumlama Anketi-Psikolojize Alt Ölçek puanı; ⁶SYA-SAÖ: Semptom Yorumlama Anketi-Somatize Alt Ölçek puanı; ⁷SYA-NAÖ: Semptom Yorumlama Anketi-Normalize Alt Ölçek puanı; ⁸SYA-BSAÖ: Semptom Yorumlama Anketi-Belirti Sayısı Alt Ölçek puanı; ⁹WI-7-TOP: Whiteley İndeksi-Toplam puanı; ¹⁰WI-7-BDUAÖ: Whiteley İndeksi-Bedensel Düşünce Uğraşı Alt Ölçek puanı; ¹¹WI-7-HKAÖ: Whiteley İndeksi-Hastalık Kaygısı Alt Ölçek puanı.

BBBDÖ ve alt ölçeklerinin ölçüt bağımlı geçerliğinin sınanması amacıyla ortaya konan analizlerin üçüncü aşamasında BBBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının HADDÖ'nün alt ölçekleri ile korelasyonlarına bakılmıştır (Bkz. Tablo 22). Bu doğrultuda gerçekleştirilen analizlerde BBBDÖ-TOP'un HADDÖ'nün Tanının Doğrulanması Alt Ölçeği (HADDÖ-TDAÖ) ile korelasyonunun negatif yönde düşük güçte yüksek anlamlılık düzeyinde ($r=-.28, p<.001$); HADDÖ'nün Tarama Alt Ölçeği (HADDÖ-TAÖ), Şikayetlerin İfadesi Alt Ölçeği (HADDÖ-ŞİAÖ) ve Tedavi Uğraşı Alt Ölçeği (HADDÖ-TUAÖ) ile korelasyonlarının negatif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=-.43, p<.001$; $r=-.41, p<.001$; $r=-.49, p<.001$) olduğu bulgulanmıştır. BBBDÖ-BFAÖ'nün bu aşamada düşük güçte korelasyon gösterdiği tek değişken olan HADDÖ-TDAÖ ile korelasyonunun negatif yönde yüksek anlamlılık düzeyinde ($r=-.28, p<.001$); HADDÖ-TAÖ, HADDÖ-ŞİAÖ ve HADDÖ-TUAÖ ile korelasyonlarının negatif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=-.43, p<.001$; $r=-.41, p<.001$; $r=-.49, p<.001$) olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak Tablo 22'de görüldüğü üzere BBBDÖ-DFAÖ'nün HADDÖ-TDAÖ ile korelasyonunun negatif yönde düşük güçte yüksek anlamlılık düzeyinde ($r=-.24, p<.001$); HADDÖ-TAÖ, HADDÖ-ŞİAÖ ve HADDÖ-TUAÖ ile korelasyonlarının negatif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=-.33, p<.001$; $r=-.35, p<.001$; $r=-.33, p<.001$) olduğu ortaya konmuştur. BBBDÖ'nün genelinin ve alt ölçeklerinin ölçüt bağımlı geçerliğini sınamak için gerçekleştirilen analizlerin üçüncü aşamasında diğer ölçeklerle ilişkisine bakılacak son alt ölçek BBBDÖ-DVFAÖ'dür. Buna göre BBBDÖ-DVFAÖ'nün HADDÖ-TDAÖ ile korelasyonunun negatif yönde düşük güçte yüksek anlamlılık düzeyinde ($r=-.19, p<.001$); HADDÖ-TAÖ, HADDÖ-ŞİAÖ ve HADDÖ-TUAÖ ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güçte yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=-.32, p<.001$; $r=-.30, p<.001$; $r=-.36, p<.001$) olduğu görülmüştür.

Tablo 22. BBBDÖ'nün Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının HADDÖ'nün TDAÖ, TAÖ, ŞİAÖ ve TUAÖ İle İlişkisi

	BBBDÖ	BBBDÖ	BBBDÖ	BBBDÖ
	TOP¹	BFAÖ²	DFAÖ³	DVFAÖ⁴
HADDÖ-TDAÖ⁵	-.28***	-.22***	-.24***	-.19***
HADDÖ-TAÖ⁶	-.43***	-.37***	-.33***	-.32***
HADDÖ-ŞİAÖ⁷	-.41***	-.34***	-.35***	-.30***
HADDÖ-TUAÖ⁸	-.49***	-.45***	-.33***	-.36***

*** $p < .001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁵HADDÖ-TDAÖ: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği-Tanının Doğrulanması Alt Ölçek puanı; ⁶HADDÖ-TAÖ: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği-Tarama Alt Ölçek puanı; ⁷HADDÖ-ŞİAÖ: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği-Şikayetlerin İfadesi Alt Ölçek puanı; ⁸HADDÖ-TUAÖ: Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği-Tedavi Uğraşı Alt Ölçek puanı.

BBBDÖ'nün geneli ve alt ölçeklerinin ölçüt bağımlı geçerliğini sınamak amacıyla üç aşamada BBBDÖ ile ilişkileri literatürce önemli görülen 16 farklı değişken üzerinden gerçekleştirilen analizler gerek BBBDÖ'nün gerekse üç alt ölçeğinin ilgili değişkenlerin büyük kısmında önemli korelasyonlar gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum BBBDÖ ve alt ölçeklerinin ölçüt bağımlı geçerliğine dair önemli bir kanıt olarak kabul edilebilir.

Çalışmanın sonuçları üçüncü hipotezler ile birlikte ele alındığında şu şekilde özetlenebilir:

Hipotez 3a. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile HSA'nın Somatizasyon, Anksiyete, Panik ve Depresyon Belirtileri Alt Ölçek puanları pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğinden bu hipotez tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 3b. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile BDAÖ puanı pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğinden tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 3c. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile SYA'nın Psikolojize, Somatize ve Belirti Sayısı Alt Ölçek puanları pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğinden bu hipotez de tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 3d. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile SYA'nın Normalize Alt Ölçek puanları negatif yönde anlamlı korelasyonlar gösterdiğinden tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 3e. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile WI-7'nin Toplam ile birlikte Bedensel Düşünce Uğraşı ve Hastalık Kaygısı Alt Ölçek puanları pozitif yönde anlamlı korelasyonlar gösterdiğinden hipotez tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 3f. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile HADDÖ'nün Tanının Doğrulanması, Tarama, Şikayetlerin İfadesi ve Tedavi Uğraşı Alt Ölçek puanları pozitif yönde anlamlı korelasyonlar gösterdiğinden tamamen karşılanmıştır.

3.2.5. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ayırt Edici Geçerlik Analizi

Bu çalışmada geliştirilen BBBDÖ'nün ayırt edici geçerliğinin (discriminant validity) sınanması bağlamında; ölçeğin BBB hastalarıyla sağlıklı katılımcıları ayırt edip etmediğinin anlaşılması için BBB grubundan 40 katılımcı ile yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen sağlıklı kontrol grubundaki 40 katılımcının

BBBDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin verileri birbiriyle karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 23). Bu amaçla yürütülen Eşleştirilmiş Örneklem t-testi her iki grubun BBBDÖ toplam puan ile birlikte BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ'ye ilişkin puan ortalamalarının birbirlerinden yüksek düzeyde anlamlı olarak farklılaştığını göstermiştir (sırasıyla $t_{(39)}=-8.84, p<.001$; $t_{(39)}=-6.93, p<.001$; $t_{(39)}=-8.26, p<.001$; $t_{(39)}=-6.79, p<.001$). İki grubun ortalamaları arasında görülen farklılığın hangi yönde gerçekleştiğini anlayabilmek için iki grubun ortalamalarına bakıldığında bu farkın BBB grubunun BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümde de sağlıklı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olmasıyla sağlandığı görülmektedir. Sonuç olarak BBBDÖ ve alt ölçeklerinin BBB olan ve olmayan iki gruba dair ortalamaları anlamlı olarak ayırt ettiğine yönelik söz konusu bulgular bu çalışma ile geliştirilen BBBDÖ'nün ayırt edici geçerliğine güçlü bir kanıt olarak kabul edilebilir.

Tablo 23. BBB ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının BBBDÖ Açısından Karşılaştırılması

	BBB Grubu (N=40)		Sağlıklı Kontrol Grubu (N=40)		Test İstatistiği	
	X	SS	X	SS	t	p
BBBDÖ-TOP¹	48.45	26.42	10.79	9.25	-8.84	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	17.33	13.12	2.53	3.54	-6.93	.000***
BBBDÖ-DFAÖ³	16.88	8.09	4.41	4.35	-8.26	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	14.25	9.95	3.85	3.26	-6.79	.000***

*** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

Konuyla ilgili yukarıda yer alan bulgu dördüncü hipotez ile birlikte ele alındığında şöyle özetlenebilir:

Hipotez 4. BBB hastalarıyla yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen sağlıklı katılımcıların BBBDÖ ve alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar birbirinden anlamlı olarak farklılaştığından hipotez tamamen karşılanmıştır.

3.2.6. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Psikososyodemografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi

3.2.6.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Yaş İle İlişkisi

BBBDÖ ve alt ölçeklerinin yaş ile ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Bu doğrultuda yürütülen analizde BBBDÖ'ye ait dört ölçüm olan BBBD-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının yaş ile pozitif yönde düşük güçte anlamlı korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır (sırasıyla $r=.22$, $p<.001$; $r=.15$, $p<.01$; $r=.13$, $p<.05$; $r=.27$, $p<.001$). Buna göre katılımcıların yaşları arttıkça BBBDÖ ve alt ölçek puanları da artmaktadır. İlgili bulgular Tablo 24'te özetlenmiştir.

Tablo 24. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Yaş İle İlişkisi

	Yaş (N=314)	
	r	p
BBBDÖ-TOP¹	.22	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	.15	.010*
BBBDÖ-DFAÖ³	.13	.024*
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	.27	.000***

* $p < .05$, *** $p < .001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Cinsiyet İle İlişkisi

Çalışmada yer alan katılımcıların BBBDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit edebilmek amacıyla Bağımsız Örneklem t-testi yapılmıştır. Bu bağlamda 212 kadın 102 erkek katılımcı üzerinden yürütülen analizler BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ'ye ilişkin puan ortalamalarının cinsiyete göre değişmediğini göstermiştir (sırasıyla $t_{(312)} = -.47$, $p > .05$; $t_{(312)} = -.45$, $p > .05$; $t_{(312)} = .47$, $p > .05$; $t_{(312)} = -1.08$, $p > .05$) (Bkz. Tablo 25).

Tablo 25. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Kadın (N=212)		Erkek (N=102)		Test İstatistiği	
	X	SS	X	SS	t	p
BBBDÖ-TOP¹	47.34	26.23	48.85	26.97	-.47	.636
BBBDÖ-BFAÖ²	16.86	13.93	17.59	12.41	-.45	.654
BBBDÖ-DFAÖ³	16.06	9.76	15.52	9.06	.47	.638
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	14.42	10.13	15.74	10.08	-1.08	.279

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Eğitim İle İlişkisi

BBBDÖ ve alt ölçeklerinin eğitim durumu ile ilişkisi Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmiştir. Bu doğrultuda yürütülen analiz neticesinde BBBDÖ'ye ait dört ölçüm olan BBBD-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının eğitim durumuna göre farklılaştığı tespit edilmiştir (sırasıyla $F_{(2,311)}=23.15$, $p<.001$; $F_{(2,311)}=18.19$, $p<.001$; $F_{(2,311)}=5.52$, $p<.01$; $F_{(2,311)}=20.63$, $p<.001$). Farklılığın hangi ortalamalar arasında olduğunun belirlenebilmesi için yürütülen post hoc analizi eğitim durumu lise olanların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puan ortalamalarının lisans-lisansüstü olanlardan, eğitim durumu ilkokul-ortaokul olanların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-

DVFAÖ puan ortalamalarının ise lise olanlardan ayrıca BBBDÖ-DFAÖ puan ortalamaları birbirinden farklılaşmayan eğitim durumu ilkokul-ortaokul ile lise olanların BBBDÖ-DFAÖ puan ortalamalarının yine BBBDÖ-DFAÖ puan ortalamaları birbirinden farklılaşmayan lise ile lisans-lisansüstü gruplarının BBBDÖ-DFAÖ puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermiştir. İlgili bulgular Tablo 26’da özetlenmiştir.

Tablo 26. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	I İlkokul-Ortaokul (N=75)		II Lise (N=130)		III Lisans- Lisansüstü (N=109)		Test İstatistiği
	X	SS	X	SS	X	SS	F
BBBDÖ-TOP¹	62.10	23.22	48.79	25.46	36.89	24.88	23.15*** (I>II>III)
BBBDÖ-BFAÖ²	23.88	15.24	17.17	12.39	12.34	11.23	18.19*** (I>II>III)
BBBDÖ-DFAÖ³	18.10	11.01	16.53	8.62	13.61	9.10	5.52** (I=II>III)
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	20.11	11.40	15.09	9.26	10.94	8.38	20.63*** (I>II>III)

** $p < .01$, *** $p < .001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.4. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Medeni Durum İle İlişkisi

Çalışmada araştırma grubu olarak yer alan BBB grubu katılımcılarının BBBDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının medeni duruma göre değişip değişmediğinin incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Yürütülen analiz sonucunda katılımcıların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puan ortalamalarının evli, bekar ve diğer şeklinde tanımlanan medeni duruma göre değişmediği görülmüştür (sırasıyla $F_{(2,309)}=1.24$, $p>.05$; $F_{(2,309)}=.48$, $p>.05$; $F_{(2,309)}=.27$, $p>.05$; $F_{(2,309)}=2.30$, $p>.05$). İlgili analiz sonuçları Tablo 27'de özetlenmiştir.

Tablo 27. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Evli (N=176)		Bekar (N=109)		Diğer (N=27)		Test İstatistiği
	X	SS	X	SS	X	SS	F
BBBDÖ-TOP¹	49.58	25.60	44.56	27.08	48.78	28.46	1.24
BBBDÖ-BFAÖ²	17.70	13.52	16.09	13.12	17.00	14.33	.48
BBBDÖ-DFAÖ³	16.14	9.65	15.33	9.30	16.30	9.87	.27
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	15.73	10.46	13.14	9.70	15.48	8.93	2.30

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.5. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Çalışma Durumu İle İlişkisi

Çalışmada yer alan katılımcıların BBBDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koyabilmek amacıyla Bağımsız Örneklemeler t-testi yapılmıştır. Yürütülen analiz sonucunda katılımcıların BBBDÖ-DFAÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre değişmediği ($t_{(280)}=1.71, p>.05$); ancak BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre değiştiği bulgulanmıştır (sırasıyla $t_{(280)}=2.81, p<.01$; $t_{(280)}=2.26, p<.05$; $t_{(280)}=2.92, p<.01$). Buna göre çalışmadığını bildiren katılımcıların BBBDÖ-DFAÖ dışındaki üç BBBDÖ ölçümündeki puan ortalamalarının çalıştığını bildiren katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 28).

Tablo 28. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Çalışıyor (N=174)		Çalışmıyor (N=108)		Test İstatistiği	
	X	SS	X	SS	t	p
BBBDÖ-TOP¹	42.39	26.18	51.24	24.97	2.81	.005**
BBBDÖ-BFAÖ²	14.91	12.45	18.49	13.64	2.26	.025*
BBBDÖ-DFAÖ³	14.79	9.11	16.71	9.41	1.71	.089
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	12.69	8.90	16.03	10.02	2.92	.004**

* $p<.05$, ** $p<.01$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.6. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Kronik Hastalık, Psikopatoloji ve Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişi İle İlişkisi

Çalışmada araştırma grubu olarak yer alan BBB grubu katılımcılarının BBBDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının kronik hastalık soygeçmişi varlığına göre değişip değişmediğinin incelenmesi için Bağımsız Örneklem t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları kronik hastalık soygeçmişi olan katılımcıların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puan ortalamalarının kronik hastalık soygeçmişi olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermiştir (sırasıyla $t_{(312)}=-3.77$, $p<.001$; $t_{(312)}=-2.94$, $p<.01$; $t_{(312)}=-2.08$, $p<.05$; $t_{(312)}=-3.77$, $p<.001$). İlgili bulgular Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Soygeçmişine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Kronik Hastalık Soygeçmişi				Test İstatistiği	
	Var		Yok			
	(N=110)		(N=204)			
	X	SS	X	SS	t	p
BBBDÖ-TOP ¹	55.34	25.34	43.78	26.19	-3.77	.000***
BBBDÖ-BFAÖ ²	20.09	13.98	15.48	12.88	-2.94	.004**
BBBDÖ-DFAÖ ³	17.40	10.14	15.07	9.10	-2.08	.038*
BBBDÖ-DVFAÖ ⁴	17.85	10.73	13.23	9.40	-3.95	.000***

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

Öte yandan BBB grubu katılımcılarının dört BBBDÖ ölçümündeki puan ortalamalarının psikopatoloji soygeçmişine varlığına göre değişip değişmediği de incelenmiştir. Yürütülen Bağımsız Örneklem t-testi BBBDÖ-DVFAÖ puan ortalamalarının psikopatoloji soygeçmişine göre değişmediğini ($t_{(309)}=-1.33, p>.05$); ancak BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DFAÖ puan ortalamalarının psikopatoloji soygeçmişine göre değiştiğini göstermiştir (sırasıyla $t_{(309)}=-5.04, p<.001$; $t_{(309)}=-4.96, p<.001$; $t_{(309)}=-5.58, p<.001$) (Bkz. Tablo 30).

Tablo 30. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Psikopatoloji Soygeçmişine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Psikopatoloji Soygeçmişi				Test İstatistiği	
	Var		Yok			
	(N=67)		(N=244)			
	X	SS	X	SS	t	p
BBBDÖ-TOP ¹	61.53	27.37	43.84	24.89	-5.04	.000***
BBBDÖ-BFAÖ ²	24.01	15.28	15.17	12.21	-4.96	.000***
BBBDÖ-DFAÖ ³	21.40	9.54	14.39	8.99	-5.58	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ ⁴	16.11	11.07	14.28	9.65	-1.33	.184

*** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

Son olarak katılımcıların dört BBBDÖ ölçümüne ilişkin puan ortalamalarının kronik bedensel belirti soygeçmişine göre değişip değişmediğine de bakılmıştır. Bu

amaçla yürütülen Bağımsız Örneklemeler t-testi BBBDÖ-DVFAÖ puan ortalamalarının kronik bedensel belirti soygeçmişine göre değişmediğini ($t_{(307)}=-.19$, $p>.05$); ancak BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DFAÖ puan ortalamalarının kronik bedensel belirti soygeçmişine göre değiştiğini göstermiştir (sırasıyla $t_{(307)}=-2.27$, $p<.05$; $t_{(307)}=-2.64$, $p<.01$; $t_{(307)}=-2.42$, $p<.05$). İlgili bulgular Tablo 31’de özetlenmiştir.

Tablo 31. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamalarının Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Kronik Bedensel Belirti Soygeçmişi				Test İstatistiği	
	Var		Yok			
	(N=31)		(N=278)			
	X	SS	X	SS	t	p
BBBDÖ-TOP ¹	57.71	20.50	46.44	26.83	-2.27	.024*
BBBDÖ-BFAÖ ²	22.84	13.87	16.27	13.06	-2.64	.009**
BBBDÖ-DFAÖ ³	19.84	9.63	15.50	9.46	-2.42	.016*
BBBDÖ-DVFAÖ ⁴	15.03	10.70	14.67	9.99	-.19	.848

* $p<.05$, ** $p<.01$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.7. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Psikolojik ve Fiziksel Sağlık İle İlişkisi

BBBDÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanların Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF) ile elde edilen son bir ay ve altı aydaki psikolojik sağlık puanları ile ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Bu doğrultuda yürütülen analiz sonucunda katılımcıların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının tamamının son bir aydaki psikolojik sağlık puanları (sırasıyla $r=-.43$, $p<.001$; $r=-.37$, $p<.001$; $r=-.44$, $p<.001$; $r=-.23$, $p<.001$) ve son altı aydaki psikolojik sağlık puanları (sırasıyla $r=-.44$, $p<.001$; $r=-.39$, $p<.001$; $r=-.42$, $p<.001$; $r=-.22$, $p<.001$) ile negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyona sahip olduğu ortaya konmuştur. İlgili bulgular Tablo 32'de sunulmuştur.

Tablo 32. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Son Bir Ay ve Altı Aydaki Psikolojik Sağlık İle İlişkisi

	Son Bir Aydaki Psikolojik Sağlık (N=314)		Son Altı Aydaki Psikolojik Sağlık (N=314)	
	r	p	r	p
BBBDÖ-TOP¹	-.43	.000***	-.44	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	-.37	.000***	-.39	.000***
BBBDÖ-DFAÖ³	-.44	.000***	-.42	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	-.23	.000***	-.22	.000***

*** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

Ek olarak BBBDÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanların son bir ay ve altı aydaki fiziksel sağlık puanları ile ilişkisi de Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Bu doğrultuda yürütülen analiz sonucunda katılımcıların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının tamamının son bir aydaki fiziksel sağlık puanları (sırasıyla $r=-.34, p<.001$; $r=-.27, p<.001$; $r=-.30, p<.001$; $r=-.24, p<.001$) ve son altı aydaki fiziksel sağlık puanları (sırasıyla $r=-.35, p<.001$; $r=-.28, p<.001$; $r=-.34, p<.001$; $r=-.23, p<.001$) ile negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyona sahip olduğu ortaya konmuştur. İlgili bulgular Tablo 33’de sunulmuştur.

Tablo 33. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Son Bir Ay ve Altı Aydaki Fiziksel Sağlık İle İlişkisi

	Son Bir Aydaki Fiziksel Sağlık (N=314)		Son Altı Aydaki Fiziksel Sağlık (N=314)	
	r	p	r	p
BBBDÖ-TOP¹	-.34	.000***	-.35	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	-.27	.000***	-.28	.000***
BBBDÖ-DFAÖ³	-.30	.000***	-.34	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	-.24	.000***	-.23	.000***

*** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.8. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Sağlık Sistemi Kullanımı İle İlişkisi

Bu çalışmada araştırma grubu olarak yer alan BBB grubuna ait katılımcıların BBBDÖ ve alt ölçek puanlarının Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF) ile elde edilen son bir ay ve altı aydaki sağlık sistemi kullanımı puanlarıyla ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Bu doğrultuda yürütülen analiz sonucunda katılımcıların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının tamamının son bir aydaki sağlık sistemi kullanım puanları (sırasıyla $r=.32, p<.001$; $r=.28, p<.001$; $r=.30, p<.001$; $r=.18, p<.001$) ve son altı aydaki sağlık sistemi kullanım puanları (sırasıyla $r=.38, p<.001$; $r=.29, p<.001$; $r=.37, p<.001$; $r=.27, p<.001$) ile pozitif yönde anlamlı korelasyona sahip olduğu bulgulanmıştır (Bkz. Tablo 34).

Tablo 34. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Son Bir Ay ve Altı Aydaki Sağlık Sistemi Kullanımı İle İlişkisi

	Son Bir Aydaki Sağlık Sistemi Kullanımı (N=313)		Son Altı Aydaki Sağlık Sistemi Kullanımı (N=313)	
	r	p	r	p
BBBDÖ-TOP¹	.32	.000***	.38	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	.28	.000***	.29	.000***
BBBDÖ-DFAÖ³	.30	.000***	.37	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	.18	.001**	.27	.000***

** $p<.01$, *** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.9. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güncel Hastalık ve Şikâyet Sayısı İle İlişkisi

BBBDÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanların Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF) ile elde edilen güncel hastalık sayısı ve şikâyet sayısı ile ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Bu doğrultuda yürütülen analiz sonucunda katılımcıların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının tamamının güncel hastalık sayısı (sırasıyla $r=.36$, $p<.001$; $r=.33$, $p<.001$; $r=.24$, $p<.001$; $r=.26$, $p<.001$) ve güncel şikâyet sayısı (sırasıyla $r=.42$, $p<.001$; $r=.37$, $p<.001$; $r=.35$, $p<.001$; $r=.26$, $p<.001$) ile pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyona sahip olduğu ortaya konmuştur. İlgili bulgular Tablo 35'de sunulmuştur.

Tablo 35. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Güncel Hastalık ve Şikâyet Sayısı İle İlişkisi

	Güncel Hastalık Sayısı (N=314)		Güncel Şikâyet Sayısı (N=314)	
	r	p	r	p
BBBDÖ-TOP¹	.36	.000***	.42	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	.33	.000***	.37	.000***
BBBDÖ-DFAÖ³	.24	.000***	.35	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	.26	.001**	.26	.000***

** $p<.01$, *** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

3.2.6.10. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Nörotisizm İle İlişkisi

Son olarak bu çalışmada BBBDÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanların klinik faktörlerden biri olarak tanımlanan nörotisizm ile ilişkisine bakılmıştır. Bu doğrultuda yürütülen korelasyon analizi BBB grubu katılımcılarının BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının tamamının Eysenck Kişilik Envanteri-Gözden Geçirilmiş Kısa Form (EKA-GGKF) aracılığıyla ölçülen nörotisizm puanları ile pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı (sırasıyla $r=.45, p<.001$; $r=.39, p<.001$; $r=.37, p<.001$; $r=.30, p<.001$) korelasyona sahip olduğu ortaya konmuştur. İlgili bulgular Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Nörotisizm ile İlişkisi

	EKA-GGKF NAÖ ⁵ (N=314)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
BBBDÖ-TOP¹	.45	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	.39	.000***
BBBDÖ-DFAÖ³	.37	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	.30	.000***

*** $p<.001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı, ⁵EKA-GGKF-NAÖ: Eysenck Kişilik Envanteri-Gözden Geçirilmiş Kısa Form-Nörotisizm Alt Ölçek puanı.

Araştırmanın bulguları beşinci hipotezler bağlamında ele alındığında şu şekilde özetlenebilir:

Hipotez 5a. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları yaş ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğinden tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5b. Kadınların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olmadığından bu hipotez karşılanamamıştır.

Hipotez 5c. Eğitim durumu ilkokul-ortaokul olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları eğitim durumu lise olanlardan; eğitim durumu lise olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları eğitim durumu lisans-lisansüstü olanlardan anlamlı derecede yüksek olduğundan bu hipotez de tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5d. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları medeni durum kategorilerine (Evli, Bekar ve Diğer) göre anlamlı olarak farklılaşmadığından tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5e. Çalışmayanların BBBDÖ'nün Davranışsal alt ölçeği dışındaki alt ölçek puanlarının çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunduğundan bu hipotez büyük ölçüde karşılanmıştır.

Hipotez 5f. Kronik hastalık soygeçmişi olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları kronik hastalık soygeçmişi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğundan tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5g. Psikopatoloji soygeçmişi olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları psikopatoloji soygeçmişi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğundan tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5h. Kronik bedensel belirti soygeçmişi olanların BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları kronik bedensel belirti soygeçmişi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğundan tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5i. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF) ile elde edilen son bir ve altı ay içerisindeki psikolojik ve fiziksel sağlık puanları ile negatif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğinden tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5j. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları Genel Sağlık Tarama Formu (GSTF) ile elde edilen güncel hastalık ve şikâyet sayısı ile birlikte sağlık sistemi kullanımı puanları ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğinden tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 5k. BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puanları ile Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu'nun (EKA-GGKF) Nörotisizm alt ölçek puanı pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiğinden bu hipotez de tamamen karşılanmıştır.

3.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güvenirliğine İlişkin Bulgular

3.3.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) İç Tutarlılık Güvenirliğine İlişkin Bulgular

BBBDÖ'nün bu çalışma ile elde edilen son faktör yapısına bakıldığında ölçeğin genelinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .94 ve madde-toplam puan korelasyonlarının ranjının .52-.77; BFAÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .93 ve madde-toplam puan korelasyonlarının ranjının .61-.77; DFAÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .90 ve madde-toplam puan korelasyonlarının ranjının .59-.69 ve DVFAÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .89 ve madde-toplam puan korelasyonlarının ranjının .52-.74 olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 37). Bu sonuçlar BBBDÖ ve alt ölçeklerinin yüksek düzeyde güvenilir bir iç tutarlılığa sahip olduğuna işaret eder niteliktedir.

Tablo 37. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı Değeri ve Madde-Toplam Puan Korelasyonu Ranjı

	α	MTPK ⁵ Ranjı
BBBDÖ-TOP¹	.94	.52-.77
BBBDÖ-BFAÖ²	.93	.61-.77
BBBDÖ-DFAÖ³	.90	.59-.69
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	.89	.52-.74

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁵MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu.

3.3.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Test-Tekrar Test Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Bu çalışma ile geliştirilen BBBDÖ'nün test-tekrar test güvenirliliğini sınamak için ölçek 73 katılımcıya iki hafta arayla uygulanmış ve elde edilen sonuçların ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Buna göre Pearson korelasyon katsayısı BBBDÖ'nün geneli için $r=.83$ ($p<.001$), BBBDÖ-BFAÖ için $r=.83$ ($p<.001$), BBBDÖ-DFAÖ için $r=.77$ ($p<.001$) ve BBBDÖ-DVFAÖ için $r=.76$ ($p<.001$) olarak bulgulanmıştır (Bkz. Tablo 38).

Tablo 38. BBBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Test-Tekrar Test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları

	r	p
BBBDÖ-TOP¹	.83	.000***
BBBDÖ-BFAÖ²	.83	.000***
BBBDÖ-DFAÖ³	.77	.000***
BBBDÖ-DVFAÖ⁴	.76	.000***

*** $p < .001$

¹BBBDÖ-TOP: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı; ²BBBDÖ-BFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Bilişsel Faktörler Alt Ölçek puanı; ³BBBDÖ-DFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Duygusal Faktörler Alt Ölçek puanı; ⁴BBBDÖ-DVFAÖ: Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Davranışsal Faktörler Alt Ölçek puanı.

BBBDÖ'nün güvenirliğine ilişkin bulgular hipotezler ile birlikte değerlendirildiğinde şu şekilde özetlenebilir:

Hipotez 6. BBBDÖ'nün ortaya koyduğu yapıların Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .70'in üzerinde olduğundan bu hipotez tamamen karşılanmıştır.

Hipotez 7. BBBDÖ'nün toplam ve alt ölçeklerinin iki hafta arayla elde edilen puanları arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı .70'in üzerinde olduğundan bu hipotez de tamamen karşılanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada klinik somatizasyon alanının hali hazırdaki en önemli sorunlarının başında gelen BBB tanılı vakaların özellikle psikolojik açıdan tespit edilmesi problemine (Henningsen ve ark., 2007) katkı sunacak, Türk kültürüne uygun bir klinik somatizasyon ölçeği olarak BBBDÖ isimli bir ölçüm aracının geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç çerçevesinde BBBDÖ'nün BBB grubu üzerinde geçerlik ve güvenirlik sınamaları ortaya konmuştur.

Bu bölümde çalışmanın sonuçlarına dair tartışmalar bütünlük sağlamak amacıyla bulgulara verildiği sırayla gerçekleştirilecektir. Bu bağlamda öncelikle BBBDÖ'nün madde geliştirme süreci değerlendirilecektir. Ardından ölçeğin sırasıyla yapı geçerliği, model uyumu, kültüre özgüllüğü, alt ölçeklerinin toplam puanla ve birbiriyle ilişkisi, ölçüt bağımlı geçerliği ve ayırt edici geçerliği ele alınacaktır. Son olarak BBBDÖ'nün iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliğine dair bulgular tartışılacaktır. Bu doğrultuda BBBDÖ'nün gerek madde geliştirme aşamalarının ve kültüre özgüllüğünün gerekse geçerlik ve güvenirlik bulgularının tartışılmasında daha önceki bölümlerde bahsedildiği üzere uluslararası literatürde çalışmamızla aynı mahiyette yalnızca bir çalışma olması (Toussaint ve ark., 2016) sebebiyle yürütülecek karşılaştırmaların öncelikle söz konusu tek çalışma ile yapılması yoluna gidildiği belirtilmelidir. Çalışmamızda ortaya konan bulguların benzerinin söz konusu Toussaint ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında olmaması durumunda ise BBBDÖ'ye ilişkin bulgular mümkün olduğunca literatürde çalışmamızla benzer doğrultuda ve içeriklerle gerçekleştirilen çalışmalarınkiyle kıyaslanarak tartışılacaktır.

4.1. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Maddelerinin Geliştirilmesi Sürecinin Tartışılması

BBBDÖ'nün madde geliştirme sürecinde kapsamlı literatür taraması sonrası DSM-5'in BBB tanısının B kriterinde olduğu gibi “Bilişsel”, “Duygusal” ve “Davranışsal” alt faktörlerde sırasıyla 26, 25 ve 29 madde olmak üzere toplamda 80

maddelik taslak madde havuzu oluşturulmuştur. Ardından söz konusu ilk taslaktaki 80 madde her ikisi de uzman akademisyen olan araştırmacı ve tez danışmanı tarafından detaylı bir incelemeye tâbi tutularak madde sayısı bilişsel faktör için 19’a, duygusal faktör için 20’ye ve davranışsal faktör için ise 27’ye düşürülerek toplamda 66 maddeden oluşan ikinci taslak oluşturulmuştur. Her ne kadar madde havuzu oluşturma aşamasında araştırmacıların BBBDÖ’nün alt faktörlerinin kaçar maddeden oluşacağına dair herhangi bir beklentisi bulunmasa da ölçeğin son halinin 33 maddeden oluştuğu düşünüldüğünde bunun literatürün uygun gördüğü hedeflenen madde sayısının 2-3 katı kriterini karşıladığı görülmektedir (Şeker ve Gençdoğan, 2006). Toussaint ve arkadaşlarının (2016) çalışmamızla aynı hedeflerle geliştirdiği 12 Maddelik Bedensel Belirti Bozukluğu B Kriteri Ölçeği’nde (SSD-12: The Somatic Symptom Disorder B Criteria Scale-12) de madde havuzunun ilk etapta üç araştırmacı tarafından hazırlanan 98 maddeden oluştuğu; ancak bunun çalışmada yer alan dokuz araştırmacının gözden geçirmesiyle henüz uzman görüşüne sunulmadan 40’a indirildiği görülmektedir.

Bunlara ek olarak çalışmamızda ikinci taslaktaki 66 madde kapsam ve görünüş geçerliğinin sağlanması amacıyla üç Uzman Klinik Sağlık Psikologtan oluşan başka bir uzman ekibinin görüşüne daha sunulmuştur. Maddelerin uygunluğunun uzmanların görüşlerine sunulması için bu aşamada oluşturulan kapsam geçerlik formunda öncelikle uygulamanın nasıl yapılacağına dair genel bir yönergeye ardından da DSM-5 BBB B tanı kriterleri verilerek araştırmacıların ilgili maddelerle ölçmeye çalıştıkları noktanın fiziksel bir patoloji ya da hastalık olmadığını onun yerine hedeflenen bireylerin öznel hastalık yaşantıları olduğuna dair bir açıklamaya yer verilmiştir. Kapsam geçerlik formunda yer alan bu ek açıklama özellikle uzmanların araştırmacılardan farklı kriterlere göre değerlendirmede bulunmalarının önüne geçebilmek adına oldukça önemlidir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu bağlamda BBBDÖ’nün her faktörü için ayrı ayrı oluşturulan kapsam geçerlik formunda uzmanlardan kendilerine sunulan her maddeyi 1-Hiç uygun değil ile 5-Çok uygun arasında değerlendirmeleri istenmiştir. Ek olarak uzmanların gerekli gördükleri maddeler için eleştiri, görüş ve önerilerini ifade etmelerine imkân sağlamak için her bir maddenin altında “Varsa açıklamalar” isimli bir bölüm oluşturulmuş ve maddeler

üzerinde de düzeltmeler yapabilecekleri belirtilmiştir. Her bir madde için uzmanların hepsinin 5-Çok uygun verdiği maddeler dışındaki maddeler uzmanların da önerileri doğrultusunda tekrardan incelenmiş ve bu aşamada da yedi madde daha ölçekten çıkartılarak ölçeğin madde havuzunun en son halinde toplam 59 madde kalmıştır. Öte yandan BBBDÖ ile aynı amaç doğrultusunda geliştirilen SSD-12'nin maddeleri için uzman görüşlerinin alınmasında çalışmamızdaki yöntemden farklı olarak maddelerin uzmanlara ilgili maddenin hangi boyutta yer alması gerektiğine dair bir değerlendirmede bulunmaları talebiyle sunulduğu dikkati çekmektedir (Toussaint ve ark., 2016). Hangi yöntemle yapılırsa yapılsın her ikisi de mantıki yoldan kapsam geçerliğini araştırmanın doğru yolu olsa da (Ercan ve İsmet, 2004), çalışmamızda maddelerin uzmanlara hedeflenen bireylerin öznel hastalık yaşantıları olduğuna yönelik bir vurguyla alt faktörlere ayrıştırılmış bir şekilde sunulmasının önemli bir mantığı bulunmaktadır.

Daha önce bahsedildiği üzere BBBDÖ, APA'nın 2013 yılında yayımladığı DSM-5 BBB tanısının psikolojik boyutunu temsil eden B kriterindeki bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörleri değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Bu bağlamda DSM-5'in psikopatolojilere ilişkin detaylı açıklamaları barındıran versiyonunun ülkemizde yayımlanmasının 2014 BBBDÖ ölçeğinin kapsam geçerlik çalışmasının ise 2017 yılında gerçekleştiği dikkate alınarak arada geçen sürenin uzmanların DSM-5 kriterlerinin bütün detaylarına hakim olmalarına yetmeyebileceği (Duruk ve Sertel-Berk, 2019; Rief ve Martin, 2014) düşünülmüş ve bu doğrultuda oluşabilecek kafa karışıklıklarının en aza indirilmesi için BBBDÖ'nün maddeleri uzmanlara bu çalışmayla hedeflenen bireylerin öznel hastalık yaşantıları olduğuna yönelik bir hatırlatma ile alt faktörlere ayrılmış şekilde sunulmuştur. Ek olarak BBBDÖ ve SSD-12'ye ilişkin kapsam geçerlilik çalışmalarında farklı sayıda maddenin elendiği de dikkate değer bir başka noktadır. Bu doğrultuda kapsam geçerlik çalışması ile çalışmamızda yedi, SSD-12 çalışmasında ise 14 maddenin elendiği görülmektedir. Bu farklılığın önemli sebeplerinden biri SSD-12 çalışmasında maddelerin uzmanlara alt faktörlere ayrıştırılmamış şekilde sunulmasından kaynaklı olarak uzmanların daha fazla değişkeni hesaba katması olabilir. Ancak bu farklılığın diğer bir önemli sebebi de mevcut çalışma yazarının daha fazla madde ile BBBDÖ'nün

geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin analiz aşamasına geçilmesi yönündeki düşüncesi sebebiyle, uzmanlardan alınan geri bildirim ortalaması 5 üzerinden 3 olan maddeleri elememeyi tercih etmesi de olabilir. Çünkü araştırmacı ülkemiz kültürü açısından ilk kez ortaya konacak böyle bir ölçek geliştirme sürecinde daha fazla madde ile analiz sürecine girilmesini ve hastalardan elde edilen veriler ve istatistiki sonuçlara göre maddelerin elenmesini daha doğru bir yol olarak görmüştür.

Bununla birlikte toplam madde sayısının 59'a inmesinin ardından ölçek dil ve anlatım yönünden incelenmesi amacıyla üniversitede akademisyen iki Türk Dili ve Edebiyatı uzmanına yollanmıştır. Türk Dili ve Edebiyatı uzmanlarından alınan geri bildirimler neticesinde 59 madde için gerekli düzeltmelerin yapılması ile ölçeğin Türkçe dilbilgisi açısından uygunluğu da sağlanmıştır. Ancak İngilizce ve Almanca olarak oluşturulan SSD-12 için bu türden bir dil uygunluğuna bakılıp bakılmadığına dair herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Buna ek olarak SSD-12'nin dokuz kişilik araştırma ekibi ölçeklerinin 0-Asla, 1-Nadiren, 2-Bazen, 3-Sık sık ve 4-Çok sık şeklinde 5'li likert tipte bir derecelendirme ile ölçülmesine karar vermiştir. BBBDÖ'nün ölçüm skalasının belirlenmesinde ise SSD-12'de yer alan "sık sık" ve "çok sık" niteleyicilerinin Türkçe açısından ayırt ediciliğinin zayıf olması (Erkuş, 2016) da hesaba katılarak bu derecelendirmenin uygun olmayacağı düşünülmüştür. Bu doğrultuda maddelerin kapsam geçerliğini değerlendiren uzman ekibinde yer almayan ve psikometri konusunda uzman olan bir başka akademisyen görüş alınması yoluna gidilmiştir. Bu görüş neticesinde ölçek maddelerinin 0-Beni hiç tanımlamıyor, 25-Beni biraz tanımlıyor, 50-Beni orta düzeyde tanımlıyor, 75-Beni oldukça tanımlıyor ve 100-Beni kesinlikle tanımlıyor şeklinde puanlanan 5'li likert tipi bir derecelendirme ile ölçülmesine karar verilmiştir. Bu türden bir derecelendirme ile katılımcıların hastalık yaşantılarının bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarının değerlendirilmesi için sunulacak ifadelerle verilecek cevapların kalitesinin artabileceği öngörülmüştür (Weijters ve ark., 2010).

Son olarak ölçüm skalasına da karar verilen 59 maddelik BBBDÖ 15 kadın beş erkek toplamda 20 hastadan oluşan bir örneklem ile pilot uygulamaya tabi tutulmuştur. Bu aşamanın SSD-12'de pilot uygulama sonrası elde edilen datanın istatistiksel açıdan

değerlendirilmesiyle her bir alt faktör için değerleri en yüksek dört maddenin seçilmesinin ardından esas uygulamaya geçilmesi şeklinde olduğu dikkati çekmektedir. Ancak çalışmamızda esas çalışma örnekleminin büyüklüğünün istatistiksel gücünden doğru bir şekilde faydalanabilmek adına (Güngör, 2016; Kline, 2013) bu türden bir yöntem tercih edilmemiş ve ölçeğin pilot çalışmada hastalar tarafından uygulanışında herhangi bir problem olmadığının tespitinin ardından esas çalışma için katılımcılara ulaşmaya başlanmıştır.

Özetle birbirine emsal olan BBBDÖ ve SSD-12'nin madde geliştirme aşamaları ve bu aşamalarda kullanılan yöntemlerin benzerlikler taşıdığı görülmektedir. Buna rağmen bu çalışmada geliştirilen BBBDÖ'nün madde geliştirme sürecinin dil açısından uygunluğunun değerlendirmesi, ölçüm skalasının daha doğru bir ifade ve aralıkla belirlenmesi ve pilot çalışma sonrası sorun çıkarmadığı görülen maddelerin esas örnekleme test edilerek elenmesi yoluna gidilmesi gibi özellikler sebebiyle SSD-12'nin madde geliştirme sürecine göre birtakım üstünlüklere sahip olduğu düşünülmektedir.

4.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Geçerliğinin Tartışılması

4.2.1. Yapı Geçerliğinin Tartışılması

Bu çalışmada BBBDÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması beş farklı sağlık kuruluşunun yedi farklı birimine ayaktan başvuran 314 BBB hastasının oluşturduğu araştırma grubundan elde edilen veriler üzerinden yürütülmüştür. Bu örneklem büyüklüğü faktör analizi yapmak için literatürce kabul edilen örneklem sayısının 100'ün üstünde olması ve analize sokulacak madde sayısının beş katını aşması kriterleri açısından yeterli görünmektedir (Ho, 2006). Öte yandan daha önce bahsedildiği üzere uluslararası literatürdeki çalışmalar arasından yöntemleri ve hedefleri açısından aynı mahiyette olduğu düşünülen Toussaint ve arkadaşlarının (2016) çalışmasıyla geliştirilen SSD-12'nin araştırma grubunun ise tek bir sağlık kuruluşunun sadece psikosomatik tıp kliniğine ayaktan başvuran 698 hastadan elde edildiği dikkati çekmektedir. Bu anlamda her ne kadar SSD-12'nin geçerlik ve

güvenirlik çalışmasındaki örneklem büyüklüğü faktör analizi yürütebilme adına yeterli olsa da bu örneklem sadece psikosomatik hastalardan elde edilmesinin APA'nın tamamıyla yenilediği klinik somatizasyon anlayışını temsil eden BBB tanısını yansıtmaktan uzak olduğu düşünülmektedir. Çünkü bilindiği üzere APA'nın DSM-5 ile klinik somatizasyona getirdiği revizyonlar DSM-5'in yayınlanmasından önceki yaklaşık 30 yıla hâkim olan Somatizasyon Bozukluğunun (SB) anlayışını ve onun örnekleme yöntemlerini geçersiz kılmakta ve bu vakaların görece daha “*biyopsikososyal*” bir anlayışla ele alınmasını sağlayacak kriterleri barındırmaktadır (Wollburg ve ark., 2013). Dolayısıyla bu yeni BBB yaklaşımına göre semptomlar tıbben açıklanabilir/açıklanamaz gibi keskin bir etiyolojik ve düalistik bir anlayışla ele alınmamalı bunun yerine hastaların semptomlarla kurdukları düşünsel, duygusal ve davranışsal ilişki anlaşılmalı çalışılmalıdır (Guidi ve ark., 2013). Bu doğrultuda artık BBB tanılı hastaların tıbbın çeşitli dallarında da aranabiliyor olması önemli bir değişken olmakta ve örneğin fibromiyalji sendromu gibi klinik pratikte sıklıkla görülen, ortaya koyduğu psikolojik özellikleri nedeniyle tıbbın tam olarak açıklayamadığı klinik durumlarla (Van Houdenhove, 2003) birlikte kalp damar hastalıkları gibi tıbbi bileşenleri nispeten daha açık olan hastalık belirtilerine yönelik aşırı düzeyde düşünce, duygu ve davranış paternleri de BBB tanısı altında ele alınabilmektedir (Köroğlu, 2013; akt. Duruk ve Sertel-Berk, 2019). Öte yandan BBB hastaları da belirtileri için yoğun bir şekilde organik neden arayışında bulunarak ilk etapta psikiyatri kliniklerinden ziyade diğer tıp birimlerine başvurmayı tercih etmekte ve sağlık sistemi için ciddi bir sorun ve maliyet yaratmaktadırlar (Wolfe ve ark., 2014). Bu bilgiler ışığında SSD-12 çalışmasının aksine çalışmamızın güvenilirlik ve geçerlik örnekleminin yedi farklı klinik birimden elde edilmesinin BBB'yi daha doğru ve bütüncül ele almayı sağlayarak elde edilen sonuçların genellenebilirliğini arttıracığı düşünülmektedir.

Bunlara ek olarak BBBDÖ'nün yapı geçerliği için yürütülen analizlere bakıldığında pilot çalışma sonrası kalan 59 maddenin ilk olarak madde analizine tabi tutulduğu ve ölçeğin genelinin güvenilirlik katsayısının .96 olarak bulunduğu görülmektedir. Ayrıca bu aşamada madde analizi ile Davranışsal Faktörleri ölçmesi amacıyla oluşturulan 32. maddenin (“Bedensel şikâyetlerimi başlatma/arttırma

ihtimaline rağmen gündelik/haftalık ev işlerini yapmaktan vazgeçmem”) madde-toplam puan korelasyonunun .30’un altında olduğu belirlenmiş ve bu madde analizin dışında bırakılmıştır. Ardından ölçeğin 58 maddelik halinin Cronbach alfa değeri .97 olarak tespit edilmiştir. Yürütülen madde analizinde hiçbir maddeye ait madde-toplam puan korelasyonunun .30’un altında olmadığı görülen SSD-12’ye bakıldığında ölçeğin DFA’ya geçmeden önceki 18 maddelik halinin güvenirlik katsayısının ise çalışmamızdakiyle benzer şekilde .95 olduğu dikkati çekmektedir (Toussaint ve ark., 2016).

Mevcut çalışmada madde analiziyle tek maddenin çıkarıldığı ilk aşamanın ardından ikinci ile altıncı aşama arasında gerçekleştirilen beş farklı Açıklayıcı Faktör Analizi’nin (AFA) tamamı temel eksen boyutlandırılması (principal axis analysis) ve eğik döndürme (oblique rotation) ile yapılmıştır. Bu noktada faktörlerin yorumlanmasını kolaylaştırmak amacıyla faktörlerin daha belirgin bir biçimde ortaya çıkması için uygulanan “döndürme” işlemi önemlidir (Can, 2018). Bu anlamda literatür araştırmacının faktörlerin birbiriyle ilişkili olduğuna dair kuramsal bir bilgisinin bulunduğu durumda çalışmamızda olduğu gibi eğik döndürme yapılmasını daha uygun bulmaktadır. Üstelik faktör analizinde eğik döndürme işleminin yapılmasıyla BBBDÖ’den toplam puan alınabilmesi de mümkün olmuştur (Can, 2018). Bu bilgiler doğrultusunda AFA’nın farklı aşamalarında çift faktöre yüklenmeleri sebebiyle Bilişsel Faktörleri ölçmesi amacıyla oluşturulan 25. madde (“Etrafımdakilerin fiziksel şikayetlerimi küçümsemesini fazlasıyla önemserim”), 47. madde (“Çoğu zaman doktorların şikayetlerimi dinlemeye ayırdıkları vaktin yetersiz olduğunu düşünürüm”), 55. madde (“Şikayetlerimle ilgili ileri tetkik ve inceleme istemeyen bir doktoru pek önemsemem”), 48. madde (“Bedensel şikayetlerim için gittiğim bir doktor yeterince tetkik etmez ya da beni başka birimlere sevk etmezse bu, belirtilerimi/hastalığımı yeterince ciddiye almadığı anlamına gelir”), 14. madde (“Hastalığı sebebiyle başkasının bakımına muhtaç kalmış ya da hayatı bir şekilde kısıtlanmış insanları gördüğümde hemen kendi durumum aklıma gelir”) ve 17. madde (“Bana göre yakınlarım bedensel şikayetlerimin gerçekliğine inanmazlar”) ile altı madde; Duygusal Faktörleri ölçmesi amacıyla oluşturulan 22. madde (“Bundan sonraki hayatımı şu anki bedensel şikayetlerimle sürdürme fikri beni fazlasıyla

endişelendirir”), 45. madde (“Doktorların, bedensel şikayetlerimi yeterince anlatmama izin vermemeleri beni daha da kaygılandırır”), 54. madde (“Doktorumun bana yeterince vakit ayırmadığını hissedersen endişelerim daha da artar”), 43. madde (“Şikayetlerimi doktorlara tam olarak anlatamamak beni dehşete düşürür”), 3. madde (“Bedensel şikayetlerim ile benim istediğim gibi ilgilenmeyen bir doktor, kaygımı dindirmez”), 37. madde (“Bedensel şikayetlerimi nasıl dindirebileceğimi düşünmek beni daha da kaygılandırır”), 24. madde (“Hastalığı sebebiyle başkasının bakımına muhtaç kalmış ya da hayatı önemli ölçüde kısıtlanmış insanları gördüğümde, “Ben de bir gün o duruma düşebilirim.” fikrine kapılarak endişelenirim”), 36. madde (“Doktorumun bedensel şikayetlerimin sebebinin psikolojik olduğunu söylemesi ya da ima etmesi kaygımı artırır”) ve 57. madde (“Doktorumun beni psikiyatriste/psikoloğa yönlendirmesi canımı sıkır”) ile dokuz madde; Davranışsal Faktörleri ölçmesi amacıyla oluşturulan 41. madde (“Şikayetlerimle ilgili ileri tetkik ve incelemeye başvurmayan bir doktora tekrar gitmem”), 59. madde (“Yakınlarımı fiziksel durumumun hayatımı ne kadar etkilediğine ikna etmeye çalışırım”), 4. madde (“Sağlığım ile ilgili endişelerim enerjimi tüketir”), 53. madde (“Fiziksel belirtilerimi kontrol etme çabalarım, örneğin sık sık tansiyon ve kan şekerini ölçme ya da cilt rengini kontrol etme vb., sebebiyle gündelik aktivitelerim kısıtlanır”), 52. madde (“Bedensel şikayetlerim sebebiyle dikkatimi toplamakta zorlanırım”), 12. madde (“Bedensel şikayetlerimi unutmak için kendimi ev işlerine veririm”) ve 58. madde (“Şikayetlerimi nasıl ortadan kaldırayabileceğime dair düşünceler beni fazlasıyla meşgul eder”) ile yedi madde olmak üzere tüm alt faktörler için toplamda 22 madde analizin dışında bırakılmıştır. Buna ek olarak beş aşamada gerçekleşen AFA sürecinin farklı aşamalarında Davranışsal Faktörleri ölçmesi amacıyla oluşturulan 21. madde (“Şikayetlerimi dile getirmemin doktorlarım için çok da önemli olmadığı düşüncesi beni üzer”), 28. madde (“Doktorların belirtilerimi yeterince anlayamamasından korkarım”) ve 13. madde (“Doktorum belirtilerimin ciddi olmadığını söylese de kaygım dinmez”) olmak üzere toplamda üç madde de .30’un üstü bir faktör yükü ile hiçbir faktöre yüklenmediği için analizden çıkarılmıştır. Bu bağlamda madde analiziyle tek maddenin çıkarıldığı ilk aşamanın ardından ikinci ile altıncı aşama arasında gerçekleştirilen beş farklı AFA ile çift faktöre yüklendiği için çıkarılan 22 ve hiçbir faktöre yüklenmediği için çıkarılan üç madde ile birlikte son durumda Bilişsel

Faktörlerden altı, Duygusal Faktörlerden 12 ve Davranışsal Faktörlerden sekiz madde olmak üzere toplamda 26 madde analizden çıkarılmıştır.

Araştırma grubundan elde edilen verilerle yürütülen analizler neticesinde analizden çıkarılan maddelerin alt faktörlere göre dağılımına bakıldığında diğer iki alt faktöre kıyasla 12 madde ile en çok maddenin Duygusal Faktörlerden çıkarıldığı görülmektedir. Bu durum BBB hastalarının duyguların düzenlenmesi ve yaşanması noktasındaki problemleri sebebiyle, duygularını yansıtan maddeleri bulmakta yaşayabilecekleri zorluk açısından yaklaşıldığında beklendiği olmaktadır (van Dijke, 2018). Ancak söz konusu 12 maddenin dokuzunun BBB hastalarının doktorlarıyla iletişimlerinde ve ilişkilerinde yaşadıkları duygulara yönelik olması da dikkate değerdir (Lee ve ark., 2015; Wu ve ark., 2015). Ayrıca bu maddelerin çıkarılmasıyla ölçeğin nihai halinde de Duygusal Faktörler Alt Ölçeğinde hasta-doktor iletişimine dair herhangi bir maddenin de kalmadığı görülmektedir. Üstelik hasta-doktor iletişimine dair maddelerin ölçeğin nihai halindeki diğer alt faktörlerden Bilişsel Faktörlerde altı Davranışsal Faktörlerde iki madde olmak üzere toplamda sekiz madde ile varlığını sürdürdüğü de görülmektedir. Yani bu hastalar hasta-doktor iletişiminin bilişsel ve davranışsal boyutlarını yaşadıklarına dair seçici davranarak istikrarlı yanıtlar verirken duygusal boyutuna dair seçici davranmayarak istikrarsız yanıtlar vermişlerdir. Ancak BBB'li hastaların hasta-doktor iletişiminin bilişsel ve davranışsal boyutlarına duyarlı davranıp duygusal boyutuna duyarlı davranmamaları bilişin duygunun öncülü olarak görüldüğü çağdaş Bilişsel Psikoterapi kuramları açısından pek mümkün görünmemektedir (Ellis, 1997). Bu bakış açısıyla BBBDÖ'nün bilişsel ve duygusal faktörlerine ilişkin alt ölçeklerinde hasta-doktor iletişimiyle ilgili birbirine yakın sayılarda maddenin olmaması önemli bir çelişkidir. Ortaya çıkan bu çelişkiye somatizasyon literatürü açısından yaklaşıldığında ise karşımıza bu hastalarda sıklıkla görüldüğü belirtilen aleksitimi kavramı çıkmaktadır (Huber ve ark., 2009). En genel haliyle duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü olarak tanımlanan aleksitiminin somatizasyon hastalarının özellikle duyguları değil de onun bilişler gibi öncüllerini ya da davranışlar gibi sonuçlarını tanıma ve tanımlama şeklindeki eğilimlerinde yatkınlaştırıcı bir role sahip olduğu ileri sürülmektedir (van Middendorp ve ark., 2008; Villani ve ark., 2010). Ayrıca Dökmen'in (2000) aleksitimiye yönelik

ortaya koyduğu “düşünce köleliği” ifadesi de neden bu hastaların hasta-doktor iletişiminin en fazla bilişsel boyutuna hassas olduklarına dair ışık tutabilir görünmektedir. Öte yandan SSD-12’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında gerek herhangi bir AFA yapılmaması gerekse de maddelerin elenmesinin veriler analize sokulmadan önce yapılmasının tercih edilmesi sebebiyle çalışmamızla kıyaslanabilecek herhangi bir bulgu barındırmadığı da vurgulanmalıdır (Toussaint ve ark., 2016).

Madde analiziyle tek maddenin çıkarıldığı ilk aşamanın ardından ikinci ile altıncı aşama arasında gerçekleştirilen beş farklı AFA ile çift faktöre yüklendiği için çıkarılan 22 ve hiçbir faktöre yüklenmediği için çıkarılan üç madde ile birlikte toplamda 26 maddenin daha ölçekten çıkarılmasıyla elde kalan 33 maddeye yedinci aşamada üç faktöre zorlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu aşamada araştırmacı DSM-5 BBB B kriterinin üç faktörden oluşmasından kaynaklı beklentilerine uygun şekilde altıncı aşamadaki AFA’da gerek toplam varyansın açıklanmasına kritik değer olan %5’in üzerinde katkı sunan üç faktörün olması gerekse Saçılım Grafiğinin üç faktöre işaret etmesi sebebiyle ölçeği üç faktöre zorlama kararını vermiştir (Can, 2018). Çalışmamızla emsal nitelikteki Toussaint ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise bu kararın 14 kişilik uzman ekibinin görüşleriyle şekillendiği görülmektedir. Buna ek olarak çalışmamızda ortaya çıkan bu faktörler SSD-12’de (Toussaint ve ark., 2016) de olduğu gibi ve DSM-5 BBB tanısının B kriteriyle uyumlu olacak şekilde Bilişsel Faktörler, Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler şeklinde kısaltarak isimlendirilmiştir. Elde edilen istatistiki değerlere göre herhangi bir maddenin çıkarılmasına gerek olmadığı görülen bu aşamadaki faktör analizinde toplam varyansın %54.66’sını açıklayan ve öz değerleri 11.49, 3.77 ve 2.78 olan üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ek olarak yürütülen iç tutarlılık analizine ölçekte son durumda kalan 33 maddenin tamamının dahil edildiği durumda Cronbach alfa değeri .94 ve açıklanan varyans değeri %54.66, Bilişsel Faktörler alt ölçeğine ait 13 maddenin dahil edildiği durumda Cronbach alfa değeri .93 ve açıklanan varyans değeri %34.8, Duygusal Faktörler alt ölçeğine ait 9 maddenin dahil edildiği durumda Cronbach alfa değeri .90 ve açıklanan varyans değeri %11.4, Davranışsal Faktörler alt ölçeğine ait

11 maddenin dahil edildiği durumda ise Cronbach alfa değeri .89 ve açıklanan varyans değeri %8.4 olarak saptanmıştır.

Özetle BBBDÖ'nün yapı geçerliği için yedi aşamalı olarak yürütülen analizler ölçeğin 33 madde üzerinden elde edilen faktör yapısının *hipotez 1a*'da beklenildiği ve DSM-5 BBB tanısının B kriterinde tarif edildiği gibi bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak isimlendirilebilecek şekilde ve BBB'li hastaların psikolojik özelliklerinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek nitelikte olduğunu göstermektedir. Bu noktada Bilişsel ve Duygusal Faktörlerin sağlıkla ilgili kaygılara yönelik aşırı düzeyde bilişleri ve duyguları kapsadığı Davranışsal Faktörlerin ise diğer iki alt boyuttan farklı olarak sağlıkla ilgili kaygılara yönelik sadece aşırı düzeydeki davranışları değil aynı zamanda içsel güç harcamayı da kapsadığı vurgulanmalıdır. Dolayısıyla bu alt faktör diğer iki alt faktörün aksine sadece isimlendirildiği gibi davranışsal öğeleri değil aynı zamanda bu davranışsal öğelerin zihinsel uğraş kısmını da içine alarak diğerlerinden farklılaşmış görünmektedir (Duruk ve Sertel Berk, 2019). Bu bağlamda elde edilen sonuçlara ilişkin modelin Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile doğrulanıp doğrulanmayacağına yönelik uyum istatistiklerine de bakılmış olup bu sonuçlar aşağıdaki bölümde tartışılacaktır.

4.2.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Faktör Yapısının Model Uyumunun Tartışılması

Yapı geçerliğinin yedinci aşamasında elde edilen BBBDÖ'nün üç faktörlü ve 33 maddeli son hali sekizinci aşamada YEM ile DFA'ya tabi tutulmuştur. Bu noktada YEM ile yürütülen DFA'nın yapı geçerliğine dair kanıtların ortaya konmasında klasik yöntemlerle gerçekleştirilen AFA'ya göre daha güçlü bir yöntem olduğunun belirtilmesi önemlidir (Floyd ve Widaman, 1995; Stapleton, 1997). Araştırmacının zihninde bir teori olmasını gerekli kılan YEM ile yürütülen DFA'nın (Brown, 2015) çalışmamızda olduğu gibi elde edilen madde ve faktörlerin doğrulanması için kullanılmasının sıklıkla başvurulan doğru bir yöntem olduğu ifade edilmektedir (Çapık, 2014). Bu bağlamda bir ölçeğin faktör yapısının araştırmacının zihnindeki kuramsal bilgilere uygun olmasının geçerlik ve güvenirlik noktasında önemli bir kriter olduğunun altı çizilmelidir (Şencan, 2005; Şimşek, 2007).

YEM ile gerçekleştirilen düzeltme öncesi DFA’da örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkilerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Buna göre gözlenen değişkenler üzerindeki yordayıcılık gücünün Bilişsel Faktörler için %42-64, Duygusal Faktörler için %39-56 ve Davranışsal Faktörler için %26-67 arasında değiştiği anlaşılmıştır. Ayrıca BBBDO’nün YEM ile yürütülen düzeltme öncesi DFA’sında Bilişsel Faktörler örtük değişkeninin, Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenleri ile pozitif (sırasıyla $r=.61$, $r=.45$, $p<.05$); Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenlerinin ise yine pozitif yönlü korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır ($r=.38$, $p<.05$). Ek olarak aynı analizde ölçüm modeli için elde edilen değerlerin $\chi^2/df=3.7$, GFI=.74, CFI=.83, AGFI=.71, RMSEA=.092 (%90 güven aralığı=.088-.097) ve SRMR=.065 olduğu görülmüştür. Sonuçlar χ^2/df ve SRMR’nin kabul edilebilir uyum ölçütlerini yerine getirdiğine, diğer değerlerin ise kabul edilebilir uyum ölçütlerini yerine getiremediğine işaret etmiştir. Ancak %90 CI RMSEA değerlerinin .10’dan küçük olması ise uyum istatistiklerinin güvenle yorumlanmasında sorun olmadığını göstermiş ve bu sebeple modele ilişkin düzeltme önerileri aşamasına geçilerek düzeltme önerileri uygulanmıştır. Söz konusu koşulları sağlayan toplam 13 düzeltme önerisi doğrultusunda hatalar yol grafiği üzerinde ilişkilendirilmiştir (sırasıyla 5. ve 6., 29. ve 11., 30. ve 26., 33. ve 20., 33. ve 29., 34. ve 10., 34. ve 29., 34. ve 33., 46. ve 34., 46. ve 35., 49. ve 44., 50. ve 44., 51. ve 44. maddeler arasındaki hata ilişkileri).

Bu aşamadaki düzeltme önerilerine yakından bakıldığında en çok düzeltme önerisi alan maddelerin dört düzeltme önerisi alan 34. madde (“Etrafimdakilerin fiziksel şikayetlerimi küçümsemesi üzülmeme neden olur”), üç düzeltme önerisi alan 33. madde (“Yakınlarımla fiziksel şikayetlerimin hayatımı etkilediğine inanmaması beni üzer”) ve yine üç düzeltme önerisi alan 44. madde (“Hastalığımla ilgili konusunu bir şeyler öğrendiğimde/duyduğumda bunu vakit kaybetmeden etrafimdakilerle paylaşırım”) olduğu görülmektedir. Bu noktada en çok düzeltme önerisi alan üç maddenin ikisinin (33. ve 34. maddeler) Duygusal Faktörlere ait olduğu dikkati çekmektedir. Bu yönde bir tespit de bizi yeniden BBB grubu hastalarının duyguların düzenlenmesi ve yaşanmasında yaşadıkları problemler sebebiyle duyguları yansıtan maddeleri ayırtırmakta yaşayabilecekleri muhtemel zorluklara

götürmektedir (van Dijke, 2018). Öyle ki literatürde bedensel belirtileri olan hastaların aleksitimik olmaları sebebiyle duyguların bedendeki yansımalarını yanlış bir şekilde bedensel belirti olarak yorumladıkları sıklıkla vurgulanmaktadır (Lumley ve ark., 2007; Porcelli ve Taylor, 2018). Bu doğrultuda BBB'li hastaların aleksitimik olmalarının onların duygusal durumları yaşamalarında önemli bir karıştırıcı etki yaratarak kendi duygularını en doğru yansıtan ifadeleri bulmakta zorlandıkları ifade edilmektedir (Porcelli ve Taylor, 2018). Öte yandan 33. ve 34. maddelerdeki ifadeler incelendiğinde her ikisinin de içeriğinin katılımcıların etrafındakilerin/yakınlarının bedensel belirtilerine inanmaması ve küçümsemesi gibi ilgili cümlelerdeki “üzülme” duygusundan daha çok öfke ya da sinirlenme gibi daha yoğun duygular ortaya çıkarabilecek durumlara yönelik olduğu görülmektedir. Bu bağlamda ilgili durumların çağrıştırdığının öfke ya da sinir gibi daha yoğun duygular olduğu görülmesine rağmen ifade edilenin üzülme gibi görece daha yumuşak bir duygu olmasının yarattığı karıştırıcı etkinin söz konusu maddelerin daha çok madde ile düzeltme önerisi almasının nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir. Öte yandan BBBDÖ ile emsal nitelikte olan SSD-12'nin DFA'sında modelin önerileri doğrultusunda düzeltme yapıldığına dair bilgi verilmemesi sebebiyle bu açıdan çalışmamızla karşılaştırılacak herhangi bir bulgudan da bahsedilememektedir (Toussaint ve ark., 2016).

YEM ile DFA'daki düzeltme önerilerinin uygulanmasının ardından gözlenen değişkenler üzerindeki yordayıcılık gücünün Bilişsel Faktörler için %42-64, Duygusal Faktörler için %34-65 ve Davranışsal Faktörler için %23-65 arasında değiştiği görülmüştür. Ayrıca ölçekteki maddelerin standardize faktör yüklerinin Bilişsel Faktörlerde yer alan maddeler için .82 ile 1.16, Duygusal Faktörlerde yer alan maddeler için .80 ile 1.23 ve Davranışsal Faktörlerde yer alan maddeler için .58 ile 1.07 arasında değiştiği de tespit edilmiştir. Bu açılardan SSD-12'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasındaki DFA'ya bakıldığında üç örtük değişkenin gözlenen değişkenleri üzerindeki yordayıcılık gücüne dair herhangi bir bilgi verilmediği; ancak maddelerin standardize faktör yüklerinin Bilişsel Faktörlerde yer alan maddeler için .50 ile .82, Duygusal Faktörlerde yer alan maddeler için .88 ile .92 ve Davranışsal Faktörlerde yer alan maddeler için .90 ile .92 arasında değiştiğinin belirtildiği görülmektedir (Toussaint ve ark., 2016). Bu bağlamda BBBDÖ'nün alt ölçeklerinde

yer alan maddelerin faktör yüklerinin üst sınırlarının SSD-12'ye göre daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir.

Bunlara ek olarak mevcut çalışmada yine düzeltme sonrası aşamada Bilişsel Faktörler örtük değişkeninin, Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenleri ile pozitif (sırasıyla $r=.63$, $r=.46$, $p<.05$); Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenlerinin ise yine pozitif yönlü korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır ($r=.37$, $p<.05$). Örtük değişkenlerin birbirleri arasındaki korelasyon değerleri açısından SSD-12'ye bakıldığında Bilişsel Faktörler örtük değişkeninin, Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenleri ile pozitif (sırasıyla $r=.66$, $r=.61$, $p<.05$); Duygusal Faktörler ve Davranışsal Faktörler örtük değişkenini ise yine pozitif yönlü korelasyon gösterdiği görülmektedir ($r=.74$, $p<.05$) (Toussaint ve ark., 2016). Bu noktada örtük değişkenlerin korelasyonları açısından SSD-12'nin BBBDÖ'ye göre daha yüksek değerlere sahip olduğu ve bu durumun SSD-12'nin makale yazarları tarafından Rief ve Martin'in (2014) öngörülerini doğrultusunda örtük değişkenlerin yeteri kadar geçerli ve duyarlı olmayabileceğine dair önemli bir sınırlılık olarak kabul edildiği dikkati çekmektedir (Toussaint ve ark., 2016). Buna rağmen diğer bazı araştırmacılar da her iki ölçeğin ilgili korelasyon değerlerinin .85'ten büyük olmamasını ölçeklerin örtük değişkenlerinin yeterli ayırt ediciliğe sahip olduğuna yönelik önemli bir kanıt olarak görmektedir (Kline, 2005). Bu bağlamda örtük değişkenlerin birbirleriyle korelasyonlarına yönelik hangi bilgi açısından bakılırsa bakılsın BBBDÖ'nün alt faktörlerinin SSD-12'nin alt faktörlerine göre daha yüksek düzeyde geçerlik sergilediği söylenebilir.

Son olarak düzeltmelerin tamamlanmasının ardından elde edilen uyum istatistiği değerleri $\chi^2/df=2.2$, GFI=.83, CFI=.90, AGFI=.80, RMSEA=.063 (%90 güven aralığı=.058-.068) ve SRMR=.059 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar düzeltmelerin uygulanmasının ardından herhangi bir madde çıkarmaya gerek olmadan modelin iyileştiğine işaret etmektedir. Bu doğrultuda uyum iyiliği istatistiklerine bakıldığında neredeyse kabul edilebilir uyum sınırlarında olan GFI ve AGFI dışındaki değerlerin tamamının kabul edilebilir uyum ölçütlerini karşıladığı görülmektedir. χ^2 fark testi de düzeltme sonrası elde edilen uyum iyiliğindeki değişimin anlamlı

olduğunu göstermiştir ($\chi^2_{(479)} = 727.68, p < .01$). Öte yandan model uyumuna yönelik analizlerin “Lisrel Paket Programı” ile yürütüldüğü çalışmamızdaki aksine SSD-12’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında DFA “R Programı” ile yapılmıştır. Ek olarak literatürün her iki paket programı ile elde edilen uyum iyiliği istatistiklerinin büyük ölçüde eş değer olduğunu vurguladığı da belirtilmelidir (İlhan ve Çetin, 2014). Bu bağlamda SSD-12 için yürütülen analizlerde uyum iyiliği istatistikleri CFI>.99, Tucker-Lewis Index-TLI>.99 ve RMSEA=.06 (%90 güven aralığı=.010-.080) olarak ortaya konmuştur (Toussaint ve ark., 2016). Çalışmamızda BBBDÖ’nün uyum iyiliği istatistikleri olarak verilen χ^2/df , sRMR, GFI, AGFI’ye yönelik herhangi bir bilginin verilmediği Toussaint ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü SSD-12 çalışmasında elde edilen CFI değerinin iyi ve RMSEA değerinin kabul edilebilir uyum ölçütlerini karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Özetle birbirine benzer mahiyette geliştirilen BBBDÖ ve SSD-12’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında verilen uyum iyiliği istatistiklerinin genel itibarıyla kabul edilebilir uyum ölçütlerini karşıladığı söylenebilir. Ancak çalışmamızın gerek YEM ile elde edilen düzeltme önerilerinin uygulanması gerekse uyum iyiliği ölçütlerini karşılayan daha fazla uyum istatistiği değerinin ortaya konması gibi özellikleri dolayısıyla SSD-12’nin uyum iyiliği değerlerinin ortaya konduğu çalışmaya göre birtakım üstünlüklere sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçların da BBBDÖ’nün üç faktöre zorlayıcı faktör analizinden elde edilen son faktör yapısının *hipotez 1b*’de öngörüldüğü gibi YEM’de DFA ile de doğrulanarak kabul edilebilir uyum gösterdiğine yönelik bulgunun değerini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

4.2.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin (BBBDÖ) Kültüre Özgü Oluşunun Tartışılması

BBBDÖ’nün üç faktörlü yapısının geçerliğinin ve model uyumunun tartışılmasının ardından BBBDÖ’nün son halinin kültüre özgü olarak değerlendirilebilecek yanlarından da bahsetmek gerekmektedir. Nitekim APA (2013) DSM-5 BBB bölümündeki açıklamalarında belirtilerin farklı kültürlerde ortaya çıkışında görülen farklılıkların pek çok kültürel kavram ve durumun etkileşiminin bir sonucu olan hastalık algısı kaynaklı olduğunu ifade etmektedir. Literatür etkili bir

linik değerlendirme ve müdahale için doğru anlaşılması gereken hastalık algısının kültürel bağlamının özellikle “diğerleriyle ilişkileri” belirleyen bireycilik ve toplulukçuluk düzleminde ele alınmasının önemine işaret etmektedir (Baltaş, 2012). Dolayısıyla bu bölümde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları toplulukçuluğun daha baskın olduğu Türk kültüründe gerçekleştirilen BBBD’nn “diğerleri” odaklı madde oranları literatürde onunla aynı mahiyette; ancak bireyciliğin hâkim olduğu Alman kültüründe geliştirilen SSD-12’nin (Toussaint ve ark., 2016) “diğerleri” odaklı madde oranları ile kıyaslanacaktır (Hofstede, 1984; Surgut, 1994). Bu doğrultuda her iki ölçeğin “diğerleri” odaklı madde oranlarına ilişkin kıyaslamanın BBB hastalarının hastalık yaşantılarında önemli rolü olduğu bilinen hasta-doktor iletişimi ve yakınlarla-etraftakilerle ilişkiler bağlamında yapılacağı belirtilmelidir (Lee ve ark., 2015). Her ne kadar her ikisi de “diğerleri odaklılık” üst başlığı altında değerlendiriliyor olsa da hasta-doktor iletişimi ve yakınlarla-etraftakilerle ilişkilerin BBB hastalarının hastalık yaşantı ve algılarında farklı mekanizmalarla etkili oldukları ortaya konuğuundan ilgili değişkenlere dair bilgilerin bu bölümde ayrı ayrı verilmesi tercih edilmiştir.

Diğerleri odaklı maddeler açısından kıyaslamanın yapılacağı ilk alan hasta-doktor iletişimidir. Çağdaş tıbbın insan odaklı yaklaşımı bireyi *biyopsikososyal* açıdan ele alarak bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını da merkeze koyduğuundan hasta-doktor iletişimi son yıllarda gittikçe artan bir şekilde incelenir hale gelmiştir (Baltaş, 2012). Muhtelif zamanlarda tedaviyi doğrudan etkilediği ortaya konan hasta-doktor iletişimi özellikle hastaların tedavi memnuniyetlerinin önemli bir sonucu olarak “tedavi uyumu” üzerinde kritik bir role sahiptir (Kaya ve ark., 2014). Nitekim bu yöndeki çalışmalardan birinde doktoruyla ilişkisinden memnun olanların tedaviye uyumlarının %53 doktoruyla ilişkisinden memnun olmayanların tedavi uyumlarının ise %17 olduğu bulgulanmıştır (Korsch ve Negrete, 1972). Hayati meselelerde karar vericiler olarak doktorların dünya üzerinde gördükleri saygının kökeni güçtür. Bunun neticesinde her ne kadar dünyanın her yerinde hasta-doktor iletişimindeki güç dengesinin doktorlardan yana olması temel bir eğilim olarak dikkati çekse de modern zamanlarda batılı-bireyci ve batılı olmayan-toplulukçu kültürler arasında görülen bağımsız benlik ihtiyacı farklılıkları bu duruma kültürel ögelerin dahil olmasını sağlamıştır (Baltaş, 2012). Davranış ve tutumlar açısından benliği varoluşundan

hareketle oluşturan ve kontrolünü yine kendi kaynaklarıyla yapan bireyciliğin aksine toplulukçulukta “diğerlerinin ilgi ve ihtiyaçlarıyla özdeşleşmek” (bkz. Crandall, 1980) en temel mekanizmaların başında yer almaktadır (Göregenli, 1995). Dolayısıyla toplulukçu kültürlerde hasta-doktor iletişiminin bir ayağı olarak hastalar içinde yaşadıkları toplumun otorite odaklı “doktor” beklentileriyle özdeşim kurarak daha edilgen bir rol üstlenirken aynı iletişimin diğer ayağı olarak doktorlar da “karışmana gerek yok, biz sana en uygun tedaviyi uygulayacağız” şeklinde otorite olarak görölmelerinin onlara sağladığı etken rolü üstlenmektedir (Baltaş, 2012; Oskay, 1993). Toplulukçu kültürlerde hasta-doktor iletişiminin doğru kurulamamasının tedavi uyumu üzerindeki olumsuz etkisine vurgu yapan çalışmalar ise konsültasyon sırasında hastaların doktorlarının otoritelerine duydukları “aşırı saygı” nedeniyle tedavilerine dair elde ettikleri yanlış bilgileri düzeltememelerini ve kendilerini yeterince ifade edememelerini merkeze koymaktadır (Waitzkin, 1984). Duruma bu açılardan bakıldığında toplulukçuluğun daha baskın olduğu Türk kültüründe (Hofstede, 1984; Surgut, 1994) karşımıza çıkması daha muhtemel hasta-doktor iletişiminin batılı olmayan kültürlerde karşılaşılan tedavinin hastaya yapıldığı doktor merkezli yaklaşıma daha yakın olduğu görölmektedir. Bu bağlamda literatürdeki hâkim görüşün doktor odaklı yaklaşımın özellikle BBB’de olduğu gibi tedavisinde hayat tarzı değişikliğinin önemli olduğu durumlarda hastaların tedavilerinden duydukları memnuniyetsizliği arttırarak tedavi uyumunu ve etkinliğini düşürdüğü yönünde olduğundan bahsedilmelidir (Miller, 1995; Ring ve ark., 2005).

Bu bilgiler ışığında mevcut çalışma ile klinik pratiğini doktor odaklı yaklaşım olarak tanımlayabileceğimiz Türk kültüründeki BBB hastaları ile geliştirilen BBBDÖ’nün hasta-doktor iletişimine yönelik madde oranının klinik pratiğini hasta odaklı olarak tanımlayabileceğimiz Alman kültüründeki BBB hastaları ile geliştirilen SSD-12’nin hasta-doktor iletişimine yönelik madde oranına göre daha fazla olması beklendik olmaktadır. Bu beklentinin merkezinde ise yukarıda ifade edildiği üzere hasta-doktor iletişimi açısından görece daha fazla problem yaşaması beklenen Türk kültüründeki BBB hastalarının ilgili maddelere yönelik seçici dikkatleri yer almaktadır. Nitekim BBBDÖ’nün 33 maddeden oluşan nihai halinin Bilişsel Faktöründe yer alan 2. maddesi (“Bana göre doktorlar bedensel şikayetlerimi yeterince

ciddiye almazlar”), 8. maddesi (“Doktorumun beni psikiyatriste/psikoloğa yönlendirmesi, bana onun belirtilerimi yeterince anlamadığını düşündürür”), 16. maddesi (“Doktorum bedensel şikayetlerimin ciddi olmadığını söylese de buna inanmam”), 18. maddesi (“Doktorumun, bedenimde yanlış giden bazı şeyleri gözden kaçırdığı ya da kaçıracağı fikrini zihnimden atmakta zorlanırım”), 31. maddesi (“Doktorumun hastalığımın ciddiyetini anlayamamasının geri dönülmez sonuçlar doğuracağını düşünürüm”) ve 56. maddesi (“Hastalığımın ciddiyeti konusunda doktorlarımın benden bir şeyler sakladığını düşünürüm”) ile Davranışsal Faktöründe yer alan 5. maddesi (“Doktora gitmeden önce şikayetlerimi doktora nasıl anlatacağım konusunda uzun uzun hazırlık yaparım”) ve 49. maddesi (“Gittiğim doktor şikayetlerimle istediğim gibi ilgilenmezse vakit kaybetmeden başka bir doktor ararım”) olmak üzere toplamda sekiz maddesinin yani yaklaşık %25’inin hasta-doktor iletişime yönelik olduğu görülmektedir. Buna karşın toplamda 12 maddeden oluşan SSD-12’nin nihai halinin Bilişsel Faktöründe yer alan yalnızca 4. maddesinin (“I think that doctors do not take my physical complaints seriously-Bana göre doktorlar fiziksel şikayetlerimi yeterince ciddiye almıyorlar”) yani toplam madde sayısına göre yaklaşık %8’inin hasta-doktor iletişimine yönelik olduğu dikkati çekmektedir. İlgili oranlar klinik pratiğini doktor odaklı yaklaşım olarak tanımlayabileceğimiz Türk kültüründe geliştirilen BBBDÖ’nün hasta-doktor iletişimine yönelik madde oranının klinik pratiğini hasta odaklı olarak tanımlayabileceğimiz Alman kültüründe geliştirilen SSD-12’nin hasta-doktor iletişimine yönelik madde oranına göre (sırasıyla ~%25, ~%8) yaklaşık üç kat fazla olduğunu ortaya koyarak konuyla ilgili önemli bir kültürel farklılığın varlığına işaret etmektedir. Her ne kadar SSD-12 için istatistiksel analize sokulan 18 maddenin kaçının hasta-doktor iletişimine yönelik olduğu bilgisinden mahrum olsak da BBBDÖ için istatistiksel analize sokulan 59 maddenin 21’inin yani yaklaşık %36’sının hasta-doktor iletişimine yönelik olduğunu ve bu maddelerin ölçeğin nihai halinde yine %25 gibi yüksek oranda tutunduğunu bilmemiz önemlidir. Bu bağlamda toplulukçuluğun daha baskın olduğu Türk kültürünün oluşturduğu doktor odaklı klinik pratiğin hastaya kısıtlı zaman ayırma, hastanın duygularına kulak verme konusunda bariz bir isteksizlik ve hasta ile yakınlık sağlayacak türden bir ilişki kurmaktan kaçınmak gibi özelliklerinin (Waitzkin, 1984) BBB hastalarına yaşattığı problemlerin bu katılımcılarının hasta-doktor iletişimine yönelik maddelere seçici

dikkatlerini yöneltmelerine neden olarak ilgili maddelerin ölçeğin nihai halinde tutunma eğilimlerini arttırdığı söylenebilir. Ek olarak BBBDÖ'nin 80 maddelik madde havuzunda hasta-doktor iletişimine yönelik 28 maddenin (~%35) bulunduğu bilgisine sahip olmamız Türk kültüründeki BBB hastalarının hastalık yaşantılarında doktorlarıyla kurdukları iletişiminin önemine dair vurgunun mevcut çalışmada madde geliştirme aşamalarından itibaren taşındığını göstermesi açısından da dikkate değerdir.

Öte yandan kültürümüzdeki hasta-doktor iletişiminin doktor odaklı olmasına neden olan temel mekanizmalardan “diğerlerinin ilgi ve ihtiyaçlarıyla özdeşleşmenin” (bkz. Crandall, 1980) önemli sonuçlarından bir diğerinin BBBDÖ ve SSD-12’de BBB’li hastalar için oluşturulan “yakınlar/etraftakiler odaklı” maddelerinin oransal farklılıklarında da yattığı düşünülmektedir. Buna göre BBBDÖ’nün 33 maddeden oluşan nihai halinin Bilişsel Faktöründe yer alan 9. madde (“Yakınlarım fiziksel şikayetlerimin hayatımı fazlasıyla etkilediğine inanır”), 19. madde (“En yakınlarımdakiler bile şikayetlerimin ciddiyeti konusunda benimle aynı fikirde değiller”) ve 27. madde (“Etrafımdakiler bedensel şikayetlerimi ciddiye almazlar”); Duygusal Faktöründe yer alan 11. madde (“Şikayetlerimi dile getirmemin yakınlarım için çok da önemli olmadığı düşüncesi beni üzer”), 29. madde (“Yakınlarımda şikayetlerimi ciddiye almaması beni üzer”), 33. madde (“Yakınlarımda fiziksel şikayetlerimin hayatımı etkilediğine inanmaması beni üzer”) ve 34. madde (“Etrafımdakilerin fiziksel şikayetlerimi küçümsemesi üzülmeme neden olur”); Davranışsal Faktöründe yer alan 44. madde (“Hastalığımın ciddiyeti konusunda bir şeyler öğrendiğimde/duyduğumda bunu vakit kaybetmeden etraftakilerle paylaşırım”), 50. madde (“Etrafımda fiziksel şikayetlerimi küçümseyen biri varsa yaşadığım durumu ona doğru bir şekilde anlatabilmek için uğraşırım”) ve 51. madde (“Hastalığı sebebiyle başkasının bakımına muhtaç kalmış ya da hayatı önemli ölçüde kısıtlanmış insanları gördüğümde kendimin de bir gün o duruma düşebileceği fikrini zihnimden atamam”) olmak üzere toplamda 10 maddesinin yani yaklaşık %30’unun “yakınlarım” ve “etraftakiler” anahtar kelimelerini içeren “diğerleri odaklı” maddelerden oluştuğu görülmektedir. Buna karşın toplamda 12 maddeden oluşan SSD-12’nin nihai halinin Bilişsel Faktöründe yer alan yalnızca 3. maddesinin (“Others tell me that my physical problems are not serious-Etrafımdakiler fiziksel şikayetlerimin ciddi olmadığını söylerler”) yani toplam

madde sayısına göre yaklaşık %8'inin “yakınlar” ve “etraftakiler” anahtar kelimelerini içeren “diğerleri odaklı” maddelerden oluştuğu ve ilgili oran açısından BBBDÖ'nün çok gerisinde kaldığı dikkati çekmektedir. Sonuçlar tıpkı hasta-doktor iletişimindeki kıyaslamada olduğu gibi BBBDÖ ve SSD-12'nin “diğerleri odaklı” madde oranlarının (sırasıyla %30, %8) açık bir şekilde farklılaştığına dolayısıyla kültürel çeşitliliğin iki ucu olarak görülen bireyci ve toplulukçu kültürlerde geliştirilen söz konusu ölçeklerin farklı kültürel kodları yansıtmayı başardıklarına işaret eder niteliktedir. Ayrıca “diğerleri odaklı” maddelere sahip olma açısından BBBDÖ'nün madde havuzu incelendiğinde burada yer alan 80 maddenin 17 maddesinin bir başka deyişle yaklaşık %21 gibi önemli bir oranının “diğerleri odaklı” maddelere ayrıldığı görülmektedir. Bu durumun da toplulukçu anlayışın baskın olduğu Türk kültüründe geliştirilen BBBDÖ'nün “yakınlarla-etraftakilerle ilişkileri” içine alan kültürel ifadeleri yansıtabilmek adına ortaya koyduğu hassasiyeti desteklediği söylenebilir. Ayrıca BBBDÖ'nün nihai halindeki “yakınlarla-etraftakilerle ilişkilere” yönelik madde içeriklerine bakıldığında toplulukçuluğun ayırt ediciliğine dair Hui ve Triandis'in (1986) ortaya koyduğu “sosyal etkiye açıklık”, “sonuçların paylaşılması” ve “diğerlerinin hayatlarında kapsanıyor olma duygusu” ve Kağıtçıbaşı'nın (2005) “yoğun sosyal destek ihtiyacı” ve “karşılıklı ilişkililiğin önemi” gibi özelliklerle örtüşüklerinin görülmesinin konuyla ilgili önemli bir literatür desteği sağladığı da düşünülmektedir.

Özetle bu sonuçlar Türk kültüründeki BBB hastaları ile geliştirilen BBBDÖ'nün bu hastaların doğru ele alınabilmesi için önemli olan “diğerleriyle ilişkilerini” değerlendirme konusunda hasta-doktor iletişimi ve yakınlarla-etraftakilerle ilişkiler gibi kültürel öğeleri batılı-bireyci bir örneklem üzerinden geliştirilen SSD-12'ye göre çok daha farklı boyut ve oranlarda ele alabildiğine işaret etmektedir. Üstelik BBBDÖ'nün kültüre özgülüğüne işaret ettiği düşünülen bu sonucun kıyaslanan iki ölçeğin de geliştirilmesi noktasındaki kılavuzun batı kaynaklı bir tanılama sistemi olan DSM-5 olmasına rağmen elde ediliyor olmasının BBBDÖ'nün DSM-5'in (APA, 2013) “Kültürel Formülasyon” bölümünde (bkz. sayfa 1041) önerdiği “Kültürel Bileşimleme Görüşmesinin” ülkemizdeki BBB hastaları için yürütülebilecek standardizasyon çalışmalarına da katkı sunmasını sağlayabileceği

düşünülmektedir. Ayrıca ortaya konan bilgi ve görüşlerin değerlendirilmesinde esasen literatürdeki bazı araştırmacıların (İmamoğlu ve Gültekin, 1993; Kağıtçıbaşı, 1994) Türk kültürünün tümüyle toplulukçu olarak ele alınmaması gerektiğine yönelik uyarılarının da hesaba katılması gerekse de BBBDÖ ile kıyaslanan SSD-12'nin geliştirildiği ülkenin Almanya gibi Türk kültürüne göre net bir şekilde daha bireyci bir kültüre sahip olmasının (Hofstede, 1980) bu uyarıların mevcut çalışma için geçerliğini azalttığı söylenebilir. Bu bölümde ifade edilen bilgiler ışığında gelecek çalışmalarda bu toplumdaki BBB hastalarının hastalık algılarının kültürel bağlamının anlaşılması için kritik role sahip “diğerleri ile ilişkilerini” tayin eden hasta-doktor iletişimi ve yakınlarla ve etraftakiler ilişkiler değişkenlerinin türünü ve yoğunluğunu tayin eden faktörlerin incelenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

4.2.4. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Alt Ölçeklerinin Toplam Puanla ve Birbiriyle İlişkisinin Tartışılması

BBBDÖ'nün yapı geçerliği bağlamında tartışılacak bulgulardan biri de BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin toplam puanla ve birbiriyle ilişkisine yöneliktir. Söz konusu bu bulgu temel mantığı ölçeğe verilen yanıtların birbiriyle ilişkisinin analiz edilmesine dayanan yapı geçerliği açısından oldukça önemlidir (Tekin, 2000). Bir nevi bilimsel kuram geliştirme süreci olan yapı geçerliği ilgili alanda kuramsal hakimiyet gerektirmektedir. Dolayısıyla yapı geçerliği analizlerinde geliştirilen ölçeğin yanında ölçeğe ilişkin hipotezler kaynaklı ilişkiler de değerlendirilmektedir (Şencan, 2005).

Bu noktada öncelikle mevcut çalışmada geliştirilen BBBDÖ'nün alt ölçeklerinden elde edilen puanların toplanmasının BBB hastalarının psikolojik özelliklerinin değerlendirilmesi noktasında anlamlı bir değişken yaratacağının öngörüldüğünden bahsedilmelidir. Bu türden bir öngöründe bulunulması ise istatistiksel olarak BBBDÖ'nün alt faktörlerinin birbiriyle ilişkili olması gerekliliğini de doğrulamaktadır (Can, 2018). Nitekim bu istatistiksel gereklilik APA'nın DSM-5 BBB tanısının B tanı kriterinde yer alan psikolojik özelliklerin kuramsal alt yapısıyla da uygun bulunduğundan bu çalışmada BBBDÖ'nün hem toplam hem de alt ölçeklerin

puanları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bu doğrultuda BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin toplam puanla ve birbiriyle ilişkilerine baktığımızda tamamı pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı olan korelasyonların en düşüğünün .36'lık değerle orta güçte en yüksek düzeyde .87'lik bir değerle çok yüksek güçte olduğu görülmüştür. Bulguları daha spesifik olarak ele aldığımızda ise BBBDÖ Toplam (BBBDÖ-TOP) puanın BBBDÖ'nün Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-BFAÖ), Duygusal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DFAÖ) ve Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DVFAÖ) puanlarıyla korelasyonlarının (sırasıyla $r=.87$, $r=.78$, $r=.72$) tamamının çok yüksek güçte olduğu dikkati çekmiştir. Duruma BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin ikili korelasyonları açısından yaklaşıldığında ise BBBDÖ-BFAÖ ile BBBDÖ-DFAÖ'nün yüksek güçte ($r=.56$), BBBDÖ-BFAÖ ile BBBDÖ-DVFAÖ'nün orta güçte ($r=.42$) ve BBBDÖ-DFAÖ ile BBBDÖ-DVFAÖ'nün orta güçte ($r=.36$) ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmacının beklentileriyle uygun olan bu sonuçların elde edilmesi alt ölçeklerin birbiri arasında ayırt edicilik problemi olup olmadığının da sorgulanmasını gerektirmektedir. Buna göre bir yapının farklı faktörlerine ilişkin puanlar “*ıraksaklık ilkesi*” gereği kendi aralarında çok yüksek güçte bir korelasyon katsayısına sahip olmamalıdır (Cronbach, 1990). Bu bağlamda BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin birbiriyle korelasyonu incelendiğinde ilgili korelasyonların orta ve yüksek güç arasında değişen değerlere sahip olarak “*ıraksaklık ilkesine*” ilişkin kriteri sağladığı anlaşılmaktadır.

Öte yandan konuya ilişkin BBBDÖ'ye emsal nitelikte olan SSD-12'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilen sonuçlara bakıldığında SSD-12'nin toplam puanı ile bilişsel, duygusal ve davranışsal alt ölçekleri arasındaki pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı korelasyonların (sırasıyla $r=.86$, $r=.96$, $r=.94$) tamamının tıpkı BBBDÖ'de olduğu gibi çok yüksek güçte olduğu görülmektedir. Ek olarak aynı çalışmada SSD-12'nin bilişsel ile duygusal ve davranışsal alt ölçeklerinin yüksek güçte (sırasıyla $r=.66$, $r=.61$), duygusal ile davranışsal alt ölçeklerin ise çok yüksek güçte ($r=.74$) ilişkili olduğu ortaya konmaktadır (Toussaint ve ark., 2016). Elde edilen bulgular SSD-12'nin alt ölçeklerinin birbiriyle korelasyonunun BBBDÖ'ye ilişkin korelasyon değerleriyle benzer şekilde pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı olduğunu; ancak SSD-12'nin duygusal ve davranışsal alt ölçekleri arasındaki

korelasyonun çok yüksek güçte olmasının BBBDÖ'nün aksine “*ırsaklık ilkesini*” karşılayamadığını göstermektedir. Dolayısıyla bu açılardan BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin birbiriyle ilişkisinin SSD-12'nin alt ölçeklerine göre daha duyarlı ve geçerli olduğu ifade edilmelidir (Rief ve Martin, 2014).

Özetle bu sonuçlar BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin toplam puanla ve birbiriyle korelasyonunun *hipotez 2a ve 2b*'de ifade edildiği üzere pozitif yönlü ve anlamlı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte konuyla ilgili bu çalışmada elde edilen korelasyon değerlerinin alt ölçeklerin ayırt ediciliği noktasında önemli bir kriter olarak görülen “*ırsaklık ilkesini*” (Cronbach, 1990) karşılıyor olmasının da BBBDÖ'nün literatürde onunla emsal nitelikteki tek ölçek olan SSD-12'ye göre önemli bir üstünlüğü olduğu düşünülmektedir.

4.2.5. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ölçüt Bağımlı Geçerliğinin Tartışılması

BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliğine ilişkin bulguların literatür ile karşılaştırılmasında daha önce ifade edildiği üzere SSD-12'de yer alan bulgulara öncelik verildiği için bu bölümde BBBDÖ'nün ilk olarak her iki çalışmada da kullanılan ölçeklerle ardından diğer ölçüt bağımlı geçerlik ölçekleriyle ilişkisinden bahsedilecektir. Bu doğrultuda her iki çalışmada da ölçeklerin ölçüt bağımlı geçerlikleri için Whiteley İndeksi (WI-7) ve Hasta Sağlık Anketi (HSA) ile korelasyonlarının verildiği görülmektedir.

Süreklilik gösterdiği düşünülen “Sağlık Anksiyetesi” kavramı bireylerin bedenlerine aşırı odaklanmaları sebebiyle bedenlerinde fark ettikleri bir takım belirti ve duyumları yanlış yorumlayarak hastalık belirtisi olarak düşünmelerini açıklamak amacıyla ortaya atılmıştır (Sadock ve Sadock, 2008; Stewart ve ark., 2008). Özellikle sağlık anksiyetesinin kişilerarası modeli bireylerin doktorlarından aldıkları geri bildirimlerinin de etkisiyle hastalıklarını yaşam biçimine dönüştürmelerini açıklamaktadır (Noyes ve ark., 2003). Klinik somatizasyon alanındaki çalışmalarda da sıklıkla kullanılan bir değişken olarak (Creed ve Barsky, 2004) sağlık anksiyetesinin BBB'li bireylerin hastalık yaşantılarının psikolojik boyutunu değerlendirebilmek

amacıyla bu çalışmada geliştirilen BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerlik analizleri için önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliği için "Sağlık Anksiyetesinin" bedensel aşırı uğraş ve hastalığa bağlı kaygı/korku şeklindeki çekirdek yapılarının değerlendirilmesini sağlayan Whiteley İndeksi (WI-7) kullanılmıştır (Fink ve ark., 1999; Güleç ve ark., 2013).

Buna göre çalışmamızda BBBDÖ Toplam (BBBDÖ-TOP) puanının WI-7'nin Toplam (WI-7-TOP) ve WI-7'nin Bedensel Düşünce Uğraşı Alt Ölçeği (WI-7-BDUAÖ) puanları ile tamamı pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlarının yüksek güçte (sırasıyla $r=.58$, $r=.55$) ve WI-7'nin Hastalık Kaygısı Alt Ölçeği (WI-7-HKAÖ) puanı ile yine pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı korelasyonunun orta güçte ($r=.38$) olduğu tespit edilmiştir. BBBDÖ'nün Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-BFAÖ) puanının WI-7-TOP, WI-7-BDUAÖ ve WI-7-HKAÖ puanları ile tamamı yine pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlarının orta güçte (sırasıyla $r=.49$, $r=.45$, $r=.36$) olduğu görülmektedir. BBBDÖ'nün Duygusal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DFAÖ) puanının WI-7-TOP ve WI-7-BDUAÖ puanları ile yine pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlarının yüksek güçte (sırasıyla $r=.56$, $r=.54$) ve WI-7-HKAÖ puanı ile korelasyonunun orta güçte ($r=.32$) olduğu saptanmıştır. BBBDÖ'nün Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DVFAÖ) puanının WI-7-TOP ve WI-7-BDUAÖ puanları ile pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlarının orta güçte (sırasıyla $r=.34$, $r=.32$) ve WI-7-HKAÖ puanı ile korelasyonunun düşük güçte ($r=.22$) olduğu görülmektedir.

BBBDÖ'nün genelinin ve alt ölçeklerinin WI-7'nin toplam ve alt ölçek puanlarıyla ilişkisine bakıldığında BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün tamamının WI-7-TOP ve WI-7-BDUAÖ ile korelasyonlarının WI-7-HKAÖ ile korelasyonlarına daha yüksek güçte oldukları karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuca APA'nın DSM-5 BBB tanısını oluştururken hedeflerinden birinin herhangi bir belirtisi olmadığı halde hastalık kaygısı yaşayan bireyleri BBB tanısının dışında bırakmak olduğu gerçeğinden bakıldığında BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün sağlık anksiyetesinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen WI-7'nin toplam puanı ve bedensel düşünce uğraşına yönelik alt ölçeği (WI-7-TOP ve WI-7-BDUAÖ) puanlarının WI-7'nin hastalık kaygısına yönelik

alt ölçeği (WI-7-HKAÖ) puanlarına göre daha yüksek güçte korelasyon göstermesi daha anlaşılır olmaktadır (Dimsdale ve ark., 2013). Öyle ki APA DSM-5'te bedensel belirtilerin yokluğunda hastalık kaygısı yaşayan eski DSM-IV Hipokondriyazis tanısının %80'lik kısmına yönelik yeni bir tanı olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğunu oluşturmuş; ancak bedensel belirtilerin varlığında hastalık kaygısı yaşayan eski DSM-IV Hipokondriyazis tanısının %20'lik kısmını da BBB tanısı altında toplamıştır (APA, 2013). Dolayısıyla APA'nın eski Hipokondriyazis tanısını oluşturan bireylerin %20'sini BBB tanısına dahil etmesinin BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümle WI-7-HKAÖ ile düşük güçte olmasına rağmen korelasyon görülmesini de olağan karşılamamızı sağladığı söylenebilir. Ayrıca katılımcıların sağlık anksiyetelerinin genel olarak ölçüldüğü WI-7-TOP'un en yüksek güçteki korelasyonunun APA'nın DSM-5 BBB tanısının B kriterinde *“sağlıkla ya da belirtilerle ilişkili, sürekli yüksek düzeyde kaygı”* şeklinde doğrudan sağlık anksiyetesini tanımladığı duygusal alt boyutun ölçeğimizdeki karşılığı olan BBBDÖ-DFAÖ ile olmasının kuramsal yapıyla uyumlu olduğu da görülmektedir (APA, 2013). Bunlara ek olarak söz konusu değişkenler açısından SSD-12'ye bakıldığında ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında WI-7'nin alt ölçeklerine yönelik herhangi bir bilgi verilmediği; ancak SSD-12'nin toplam puanıyla birlikte bilişsel, duygusal ve davranışsal alt boyutlarının WI-7-TOP ile korelasyonlarının BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümde de olduğu gibi pozitif yönde yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.71, p<.001$; $r=.66, p<.001$; $r=.71, p<.001$; $r=.62, p<.001$) olduğunun bulgulandığı görülmektedir (Toussaint ve ark., 2016).

Öte yandan BBB'li bireylerin hastalık yaşantılarını şekillendiren önemli psikolojik özellikler olarak somatizasyon, anksiyete ve depresyon da karşımıza çıkmaktadır (Kroenke ve ark., 2010). Çalışmamızda ilgili değişkenlerin BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliği için kullanılması Yazıcı Güleç ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler Ölçeği (HSA-SADBÖ) ile mümkün olmuştur. Bu doğrultuda BBBDÖ'nün toplam ve alt ölçek puanlarının HSA ile korelasyonlarına bakıldığında BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümde sadece BBBDÖ-DVFAÖ'nün HSA'nın alt ölçekleriyle zayıf güçte korelasyonlara sahip olduğu; ancak diğer BBBDÖ ölçümlerinde bu ilişkinin orta güçteki korelasyonlara işaret ettiği dikkati çekmektedir. BBBDÖ-DVFAÖ'nün HSA

gibi BBB'lerin hastalık yaşantıları ve klinik gidişatları açısından kritik bir ölçekle (Kroenke, 2007) ilişkisinin BBBDÖ'ye ilişkin diğer alt ölçeklerin HSA ile ilişkisine göre daha düşük güçte olmasına DSM-5 BBB'ye yönelik kuramsal bir tartışmayla yaklaşmak mümkündür. Her ne kadar bedensel belirtilerin oluşması için bazı davranışsal paternler önemli yatkınlaştırıcılar olarak görülse de (Rief ve Broadbent, 2007) literatürdeki bazı araştırmacılar bunların bedensel belirtilerin oluşmasındaki rollerinin henüz yeterince net olmadığını ve bu konuda APA'nın DSM-5 BBB tanısında da yeterli açıklamayı yapamadığını belirtmektedir (Prior ve Bond, 2013). Bu türden bir bilgi BBBDÖ-DVFAÖ'nün HSA gibi BBB'li bireylerin hastalık yaşantılarının önemli boyutlarını değerlendiren bir ölçekle ilişkisinin zayıf güçte olmasını iki nedenle açıklayabilir. Birincisi bedensel belirtilerin davranışsal boyutunun BBB tanısına katkısının zayıf olması (Prior ve Bond, 2013) BBB hastaları üzerinden elde edilen verilerde BBBDÖ-DVFAÖ ile HSA alt ölçeklerinin ilişkisinin doğal olarak zayıf güçte olmasına neden olmuş olabilir. İkincisi bedensel belirtilerin davranışsal boyutunun BBB tanısına katkısının DSM-5'te tam olarak anlatılamaması (Prior ve Bond, 2013) BBBDÖ'nün geliştiricilerinin ilgili boyutu ölçecek maddeleri geliştirmeleri konusunda diğer alt ölçeklere göre daha yetersiz kalmalarına dolayısıyla BBB'li bireylerin hastalık yaşantılarının davranışsal boyutunun tam olarak ölçülememesine neden olmuş olabilir. Nitekim APA'nın DSM-5 BBB tanısının B kriterinde yer alan psikolojik özelliklerden bilişsel ve duygusal faktörlere ilişkin olanlarını sırasıyla "süreklilik gösteren düşünceler" ve "sürekli yüksek düzeyde kaygı" gibi görece daha net ifadelerle belirttiği; ancak davranışsal faktörlere ilişkin ifadelerin "bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır" gibi ilgili faktörün net bir şekilde "davranışsal" olarak değerlendirilmesinin daha zor olduğu ifadelerle belirtildiği görülmektedir (APA, 2013). Bu yönde bir tespit de BBBDÖ-DVFAÖ'nün HSA'nın alt ölçekleriyle zayıf güçte gösterdiği korelasyonun olası nedenlerinden ikincisinin daha ciddiyetle ele alınması gerektiğini ortaya koyar niteliktedir.

Bunlara ek olarak ilgili sonuçlar açısından SSD-12'nin toplam puanıyla birlikte bilişsel, duygusal ve davranışsal alt boyutlarının HSA-SBAÖ, HSA-ABAÖ ve HSA-DBAÖ ile korelasyonlarının BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümde de olduğu gibi pozitif

yönde yüksek anlamlılık düzeyinde (SSD-12'nin toplam puanı için sırasıyla $r=.47$, $p<.001$; $r=.35$, $p<.001$; $r=.22$, $p<.001$; SSD-12'nin bilişsel alt boyut puanı için sırasıyla $r=.39$, $p<.001$; $r=.26$, $p<.001$; $r=.14$, $p<.001$; SSD-12'nin duygusal alt boyut puanı için sırasıyla $r=.44$, $p<.001$; $r=.32$, $p<.001$; $r=.20$, $p<.001$; SSD-12'nin davranışsal alt boyut puanı için sırasıyla $r=.46$, $p<.001$; $r=.38$, $p<.001$; $r=.26$, $p<.001$) olduğu bulgulanmıştır (Toussaint ve ark., 2016). SSD-12'ye ait bu sonuçlara dikkatli bakılırsa yukarıdaki paragrafta detaylıca tartışılan hem BBBDÖ hem de SSD-12'nin bilişsel ve duygusal alt boyutlarına ilişkin bulgularının oldukça benzer olduğu görülmektedir. Bu konuda iki çalışma arasındaki temel farklılığın davranışsal boyutlardaki korelasyon güçlerinin diğer alt boyutlara göre farklılaşıp farklılaşmadığında yattığı söylenebilir. Buna göre HSA'ya ait değişkenlerle korelasyon açısından SSD-12'nin davranışsal boyutunun korelasyon güçlerinin diğer alt boyutlarıyla benzer seyrederken BBBDÖ'nün davranışsal boyutunun korelasyon güçlerinin diğer alt boyutlara göre daha düşük seyrettiği görülmektedir. Bu bağlamda SSD-12'nin davranışsal alt ölçeğinde yer alan maddelere baktığımızda ilgili alt boyuta ait dört maddenin hiçbirinde doğrudan davranış değerlendirilmeye yönelik herhangi bir ifadeye yer verilmediği bunun yerine bu maddelerin tamamının davranışsal boyutun içsel/zihinsel güç harcamaya yönelik kısmını değerlendirmeye odaklandığı görülmektedir (Bkz. Tablo 7). Ancak ilgili inceleme bu çalışmada açısından yürütüldüğünde BBBDÖ'nün davranışsal alt boyutundaki 11 maddenin yaklaşık yarısına tekabül eden kısmının (beş tanesinin) içsel/zihinsel güç harcamaya odaklanırken geri kalan kısmının ise doğrudan davranışsal öğeleri değerlendirmeye odaklandığı dikkati çekmektedir. Dolayısıyla bu türden bir bakışın her iki ölçeğin HSA'nın alt boyutlarıyla ilişkisine dair sonuçlarının birbirinden farklılaşan yanlarını açıklamaya yardımcı olacağı düşünülmektedir. Tüm bunlarla birlikte BBBDÖ'nün davranışsal alt ölçeğinde yer alan maddelerinin davranış ve içsel/zihinsel güce aynı oranda odaklanmasının APA'nın DSM-5 BBB tanısının B kriterinde tanımladığı “sağlıkla ilgili kaygılara yönelik aşırı düzeyde davranış ve içsel güç” mantığına daha uygun ve dengeli bir yaklaşım sergilediği de söylenebilir.

Öte yandan SSD-12'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında araştırmacılar DSM-5 BBB tanısının davranışsal boyutunu tamamen kapsayabilecek herhangi bir

ölçek olmaması sebebiyle ölçeklerinin ölçüt bağımlı geçerliğini test etmek üzere bu yönde bir ölçek kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Toussaint ve ark., 2016). Ancak konuyla ilgili olarak literatürdeki diğer bazı araştırmacılar da klinik somatizasyon hastalarının hastalık davranışlarının çok boyutlu olarak değerlendirilmesini sağlayan bir ölçek olarak Rief ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'ni (HADDÖ) ön plana koymaktadır (Güleç, 2012; Weiss ve ark., 2016). Hastalık davranışlarının klinik somatizasyon durumlarında önemli bir değişken olduğuna dair görüşlerin çıkış noktası Pilowsky'nin bedensel belirtilere verilen tepkilerin aşırı bir hal almasını ifade etmek üzere ortaya attığı “anormal hastalık davranışı” kavramıdır (Pilowsky, 1990). Bu bağlamda Kirmayer ve Looper (2006), anormal hastalık davranışı gösteren hastaları incelemişler ve bu hastaların bilişsel değerlendirme, algı ve sosyal davranış açısından bozulmuş işlemleri sebebiyle sağlık hizmetlerini aşırı ve uygunsuz kullandıklarını ve belirtilerinin kronikleştiğini tespit etmişlerdir. Literatürdeki görüşlere dikkatli bakıldığında “anormal hastalık davranışı” hipotezinin DSM-5 BBB tanısının psikolojik özelliklerinin tanımlandığı B kriterindeki durumlar gibi “aşırılık” vurgusu taşıdığı görülmektedir. Bu görüşlerde bizi APA'nın klinik somatizasyonu yeniden dizayn ederken oluşturduğu DSM-5 BBB tanısında “semptomun türü, etiolojisi ve bedendeki yaygınlığından çok hastanın semptomla kurduğu duygusal, düşünsel ve davranışsal ilişkiyi” merkeze koymasına götürmekte ve bu hastalarda hastalık davranışlarını çalışmanın önemini ortaya koymaktadır (Duruk ve Sertel-Berk, 2019).

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda yer alan BBB'li hastaların BBBDÖ puanlarının düşük puanların artmış hastalık davranışına işaret ettiği HADDÖ'nün alt boyutlarıyla ilişkisi de incelenmiştir. Buna göre BBBDÖ'nün dört ölçümüne ilişkin puanlarının HADDÖ'nün Tarama Alt Ölçeği (HADDÖ-TAÖ), Şikayetlerin İfadesi Alt Ölçeği (HADDÖ-ŞİAÖ) ve Tedavi Uğraşı Alt Ölçeği (HADDÖ-TUAÖ) ile tamamı negatif yönde anlamlı olan korelasyonlarının orta güçte ve HADDÖ'nün Tanının Doğrulanması Alt Ölçeği (HADDÖ-TDAÖ) puanı ile tamamı yine negatif yönde anlamlı olan korelasyonlarının düşük güçte olduğu bulgulanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün de HADDÖ'ye ilişkin ölçümlerden sadece HADDÖ-TDAÖ ile korelasyonunun düşük güçte olduğu onun dışındaki

HADDÖ ölçümleriyle orta güçte bir korelasyona sahip olduğu dikkati çekmektedir. Bu bağlamda literatür HADDÖ-TAÖ'nün somatik semptom sayısı ve HADDÖ-ŞİAÖ'nün Semptom Tarama Anketi 90 Maddelik Gözden Geçirilmiş Hali'nin (SCL-90R) anksiyete alt ölçek puanı ile negatif yönde düşük güçte düşük düzeyde anlamlı (sırasıyla $r=-.13$, $p<.05$; $r=-.15$, $p<.05$) korelasyon gösterdiğine işaret etmektedir (Güleç, 2012). Bu bulgulara çalışmamızda BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün de Semptom Yorumlama Anketi'nin Belirti Sayısı Alt Ölçeği (SYA-BSAÖ) puanı ile pozitif yönde düşük ve orta güçte değişen korelasyonlar (en düşük .25 ve en yüksek .35) ve HSA-ABAÖ'nün puanı ile yine pozitif yönde düşük ve orta güçte değişen korelasyonlar (en düşük .25 ve en yüksek .44) gösterdiğinden hareketle bakıldığında BBBDÖ'nün alt ölçeklerinin HADDÖ'nün alt ölçekleri ile korelasyonlarının dolaylı olarak literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Öte yandan “Semptom Yorumlama” (Symptom Attribution) da klinik somatizasyonun ortaya çıkışında ve seyrinde önemli görülen değişkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Robins ve Kirmayer, 1991). Semptom Yorumlama Hipotezine göre bedensel bir belirti yaşayan bireyler bunları ya yorgunluk ve beslenme gibi çevresel etmenlere atfederek normal görmekte (normalize atfı) ya da psikolojik durumlara (psikolojize atfı) veya bedensel işleyişe (somatize atfı) atfederek anormal görmektedir (Robins ve Kirmayer, 1991; akt. Duruk, 2013). Bu noktada literatür somatizörlerin bedensel duyularını neye atfettiklerinin öznel hastalık yaşantılarının şekillenmesinde kritik bir role sahip olduğunu vurgulamaktadır (Koh, 2018). Bu doğrultuda çalışmamızda BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliği için BBB'li hastaların semptomlarına ilişkin yorumlarını değerlendirebilmek amacıyla Semptom Yorumlama Anketi (SYA) kullanılmıştır.

Yürütülen analizler neticesinde BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının SYA'nın Psikolojize Alt Ölçeği (SYA-PAÖ), Somatize Alt Ölçeği (SYA-SAÖ) ve Belirti Sayısı Alt Ölçeği (SYA-BSAÖ) puanları ile korelasyonlarının pozitif yönde .25 ile .50 arasında değiştiği ve yüksek anlamlılık düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Konuyla ilgili literatüre bakıldığında semptomlara ilişkin anormal atıfları kapsayan psikolojize ve somatize atıflarının klinik

somatizasyon hastalarının psikolojik stres düzeyi ve belirtilerine ilişkin iç görü kapasiteleri (Kirmayer ve Robbins, 1996) ile bedensel belirti sayısı ve tıbbi yardım arayışı (Bower ve ark., 2000; Wise ve Mann, 1995) üzerinde etkili değişkenler olduğunun pek çok kez bulgulandığı görülmektedir. Ayrıca Tomenson ve arkadaşları (2013) yürüttükleri meta analiz çalışması ile yaklaşık 30 bin somatizasyon hastasından elde edilen verileri incelemişler ve belirti sayısının bu hastaların sağlık durumlarına, sağlık sistemi kullanımlarına, sağlık kaygılarına ve tıbben açıklanamayan belirti sayılarına olumsuz etkisini ortaya koymuşlardır. Literatürden elde edilen bu bilgilerin çalışmamızda elde edilen BBB'li hastaların DSM-5 BBB tanısının B kriterinde tanımlanan bilişsel, duygusal ve davranışsal hastalık yaşantılarına katkısını belirleyebilmek adına geliştirilen BBBDÖ'ye ilişkin ölçümlerin SYA alt ölçekleri ile yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlar göstermesini destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Ayrıca konuyla ilgili çalışmamızdaki bulgulara BBBDÖ-DVFAÖ özelinden bakıldığında da farklı yönlere vurgu yapmak mümkündür. Yukarıdaki paragrafta bahsedildiği üzere BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DFAÖ ile SYA-PAÖ, SYA-SAÖ ve SYA-BSAÖ arasında tamamı yüksek düzeyde anlamlı pozitif yönlü korelasyonların olduğu görülürken bu durumun BBBDÖ-DVFAÖ için SYA-SAÖ ile tıpkı diğer iki ölçekte olduğu gibi orta güçte; ancak SYA-PAÖ ve SYA-BSAÖ ile düşük güçte korelasyonlar göstermek şeklinde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda ölçüt bağımlı geçerlik için kullanılan diğer ölçeklerin genelinin de BBBDÖ'nün diğer alt ölçekleriyle olan korelasyonlarına göre BBBDÖ-DVFAÖ ile görece daha düşük güçte korelasyonlar göstermesi sebebiyle BBBDÖ-DVFAÖ'nün SYA-PAÖ ve SYA-BSAÖ ile gösterdiği düşük güçteki korelasyonlar beklendik iken BBBDÖ-DVFAÖ'nün SYA-SAÖ ile gösterdiği korelasyonun orta güçte olması beklenmediktir. Daha önce bahsedildiği üzere bu gözlemin BBBDÖ-DVFAÖ için beklendik noktasının kaynağını davranışsal faktörlerin bedensel belirtilerin oluşmasındaki rollerinin henüz yeterince net olmadığına ve bu durumu APA'nın DSM-5 BBB tanısında yeterince açıklayamadığına dair görüşler oluşturmaktadır (Prior ve Bond, 2013). Dolayısıyla BBBDÖ-DVFAÖ'nün ortaya koyduğu genel eğilimin aksine SYA-SAÖ ile gösterdiği korelasyon bahsedilmeye değer gözükmemektedir. Bu bağlamda

literatürün somatize atfının klinik somatizasyon vakalarının hastalık yaşantılarının özellikle davranışsal boyutunun önemli bir yordayıcısı olduğunu vurgulaması önemlidir (Duddu ve ark., 2006). Bu doğrultuda yürütülen çalışmalar daha yoğun somatize atfında bulunan somatizörlerin doktorlarına daha az bağlılık geliştirdiklerini ve daha fazla tıbbi yardım arayışında bulunduklarını (Verhaak ve Tijhuis, 1994) ve daha fazla olumsuz hastalık davranışı gösterdiklerini (Craig ve ark., 1993; Craig ve ark., 1994) ortaya koymaktadır. Sonuç olarak literatürden elde edilen bu bulgular BBBDÖ-DVFAÖ'nün BBBDÖ'nün diğer alt ölçekleriyle olan aksine SYA-SAÖ ile korelasyonlarının neden orta güçte olduğunu açıklar görünmektedir.

Mevcut çalışmada BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ puanlarının SYA-NAÖ ile korelasyonlarının negatif yönde düşük güçte anlamlı olduğu; ancak BBBDÖ-DFAÖ'nün SYA-NAÖ ile korelasyonunun anlamsız olduğu bulgulanmıştır. Literatürde her ne kadar normalize atfının bir semptomun gelip geçici ya da kronik olması üzerinde önemli bir değişken olduğunun altı çizilse de (Güleç ve Sayar, 2005) BBB'nin duygusal boyutu ile SYA'nın normalize atıfları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların azlığı bu bulgunun tartışılması noktasında önemli bir dezavantaj yaratmaktadır. Buna karşın Robins ve Kirmayer'in (1991) aile hekimliğine başvuran 230 klinik hasta üzerinden yürüttükleri SYA'nın geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında SYA-NAÖ'nün zihinsel ve bedensel farkındalık ölçekleriyle olan aksine hastalık yaşantısının duygusal boyutunu temsil eden hastalık kaygısı ile korelasyonunun anlamsız olduğunun bulgulanması çalışmamızda elde ettiğimiz bulguyu destekler niteliktedir. Ek olarak Güleç'in 2008 yılında 38 yardım arayışında bulunmayan fibromiyalji hastasından elde ettiği verileri 37 yardım arayışında bulunan fibromiyalji hastasından ve 34 sağlıklı kontrolden elde ettiği verilerle karşılaştırdığı çalışmasında yardım arayışında bulunmayan fibromiyalji hastası grubunun normalize atıflarının diğer iki gruba göre daha fazla olduğu ve bu grubun normalize atıflarının yine hastalık yaşantısının duygusal boyutlarından depresyon ve anksiyete puanlarıyla korelasyonunun anlamsız olduğunun bulgulanması da mevcut çalışmada elde edilen bulgularla oldukça benzer görünmektedir. Özetle bu çalışmada BBBDÖ-DFAÖ ile SYA-NAÖ korelasyonlarının anlamsız olduğuna yönelik olarak elde edilen bulgunun literatür bulgularıyla desteklendiği; ancak literatürden elde edilen çalışmaların iki

değişken arasındaki söz konusu anlamsız ilişkiyi açıklama konusunda yetersiz kaldıkları ve dolayısıyla konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu kanaatine varılmıştır.

Bunlara ek olarak BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliği için kullanılan ölçeklerden bir diğeri de Barsky ve arkadaşlarının (1988) Bedensel Duyumları Abartma (Somatosensory Amplification) hipotezine dayanmaktadır. İlk etapta hipokondriyak bireylerin hastalık yaşantılarının doğru açıklanabilmesi adına ortaya atılan (Barsky ve Wyshak, 1990) bu hipotez daha sonraları pek çok klinik somatizasyon durumlarının açıklanabilmesinde kullanılmıştır (Barsky ve ark., 1992). Bu hipotez somatizasyon sürecinde bireylerin bedenlerinin normal işleyişi sebebiyle görülen bedensel duyumlarını zararlı, yoğun ve rahatsızlık verici olarak algılama eğilimleri olduğunu ve bunun da somatizasyon sürecinde önemli bir yatkınlaştırıcılık görevi üstlendiğini savunmaktadır (Barsky ve ark., 1990; akt. Duruk, 2013). Bu bilgiler ışığında Barsky ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) çalışmamızda BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerlik analizleri için kullanılmıştır.

Bu doğrultuda yürütülen analizler tamamı pozitif yönde ve yüksek anlamlılık düzeyinde olan BBBDÖ-TOP'un BDAÖ ile korelasyonunun yüksek güçte; BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ'nün BDAÖ ile korelasyonlarının orta güçte olduğunu ortaya koymuştur. Özetle APA'nın DSM-5 BBB tanısına sahip bireylerin hastalık yaşantılarının şekillenmesinde etkili psikolojik özellikleri tanımlamasına uygun şekilde geliştirilen BBBDÖ ve alt ölçeklerinin BDAÖ ile yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlar gösterdiği bulgulanmıştır. Bu bağlamda literatüre bakıldığında BDAÖ puanlarının somatizasyon düzeyiyle (Duddu ve ark., 2003; Güleç ve ark., 2007), bedensel belirti sayısı (Aronson ve ark., 2001), bedensel belirti şiddetiyle (Köteles ve Simor, 2013) sağlık anksiyetesiyle (Bailey ve Wells, 2013) ve bedensel belirtilere ilişkin sıkıntı düzeyiyle (Witthöft ve ark., 2016) ilişkili olduğuna yönelik çok sayıda bulguya rastlamak mümkündür. Dolayısıyla çalışmamızda BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümle BDAÖ arasında elde edilen orta ile yüksek güç

arasında değişen yüksek düzeyde anlamlı korelasyonların literatür bulgularıyla uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

Yukarıdaki bulgu, bilgi ve görüşler ışığında BBBDÖ'nün ölçüt-bağımlı geçerliliği için genel bir çerçeve çizmek gerekirse BBBDÖ ölçümleriyle bu bölümde bahsedilen 16 ölçüm arasındaki korelasyona bakıldığında BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün de WI-7-TOP, WI-7-BDUAÖ, HSA-SBAÖ, HSA-ABAÖ, HSA-DBAÖ, HADDÖ-TAÖ, HADDÖ-ŞİAÖ, HADDÖ-TUAÖ, SYA-SAÖ ve BDAÖ olmak üzere toplamda 10 ölçüm ile orta veya yüksek güçte korelasyon gösterdiği görülmektedir. Ek olarak bahsi geçen 16 ölçümden BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün tamamının düşük güçte korelasyon gösterdiği yalnızca iki ölçümün (HADDÖ-TDAÖ ve SYA-NAÖ) bulunması da BBBDÖ ölçümlerinin olumlu yanını pekiştirir niteliktedir. Ancak BBBDÖ-DVFAÖ'nün WI-7-HKAÖ, HSA-SBAÖ, HSA-ABAÖ, HSA-DBAÖ ve SYA-PAÖ ile korelasyonlarının diğer BBBDÖ ölçümlerinin aksine düşük güçte olduğunun bulgulanması da olumsuz anlamda vurgulanması gereken diğer bir noktadır. Konuyla ilgili her ne kadar kaynağını davranışsal öğelerin bedensel belirtilerin oluşmasındaki rollerinin henüz net olmamasından ve bu konuda APA'nın DSM-5 BBB tanısında da yeterli açıklamayı yapamadığından alan görüşler (Prior ve Bond, 2013) bulunsa da söz konusu durumun tartışmaya açık bir nokta olarak dikkati çektiği ve daha ileri araştırmaları hak ettiği düşünülmektedir.

Özetle BBBDÖ'nün genelinin ve alt ölçeklerinin ölçüt bağımlı geçerliği için WI-7, HSA, HADDÖ, SYA ve BDAÖ ölçeklerinden elde edilen ölçümlerin dahil olduğu toplam 16 ölçüm kullanılmış ve bu ölçümlerden elde edilen bilgilerin hem mevcut çalışmanın üçüncü hipotezleriyle hem de literatürden elde edilen bulgu ve kuramlarla uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Bu bilgilerin elde edilmesinde her ne kadar APA'nın DSM-5 BBB tanısının B kriterinde yer alan psikolojik özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla uluslararası literatürde geliştirilmiş sadece bir ölçek olması ve karşılaştırmaların genel itibarıyla söz konusu tek ölçek ile yapılması bir dezavantaj olarak görülse de mevcut çalışmada BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliği için fazla sayıda ölçek kullanılmasının önemli bir avantaj sağladığı ve elde edilen sonuçların gücünü arttırdığı düşünülmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında BBBDÖ'nün ölçüt

bağımlı geçerliğine yönelik olarak bu çalışmada ortaya konan hipotezlerin büyük oranda karşılandığı ifade edilebilir.

4.2.6. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Ayırt Edici Geçerliğinin Tartışılması

BBBDÖ'nün ayırt edici geçerliği (discriminant validity) kapsamında 40 BBB hastası ile yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen 40 sağlıklı katılımcıdan elde edilen veriler karşılaştırılmıştır. Bu amaçla yürütülen Eşleştirilmiş Örneklemeler t-testi her iki grubun BBBDÖ toplam puan ile birlikte BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ'ye ilişkin puan ortalamalarının birbirlerinden yüksek düzeyde anlamlı olarak farklılaştığını göstermiştir (sırasıyla $t_{(39)}=-8.84, p<.001$; $t_{(39)}=-6.93, p<.001$; $t_{(39)}=-8.26, p<.001$; $t_{(39)}=-6.79, p<.001$). Gruplar arasında görülen yüksek düzeydeki farkın BBB'li hastaların BBBDÖ puanlarının bire bir eşleştirilen sağlıklı katılımcılardan yüksek olmasıyla sağlandığı tespit edilmiş ve bu durum BBBDÖ ve alt ölçeklerinin BBB'li olan ve olmayan iki grubu ayırt ettiğine dolayısıyla yüksek düzey ayırt ediciliğe sahip olduğuna kanıt olarak kabul edilmiştir. BBBDÖ'nün ayırt ediciliğinin tartışılması noktasında ise BBBDÖ ile emsal olan SSD-12'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında herhangi bir ayırt edici geçerlik bulgusuna yer verilmemesi sebebiyle çalışmamızdaki bulguların literatürle karşılaştırılmasında BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliği için kullanılan; ancak doğrudan DSM-5 BBB tanısının B tanı kriterine yönelik olmayan ölçeklerden elde edilen bulgulardan yararlanılacaktır.

BBBDÖ'nün ayırt edici geçerliğinin kıyaslanmasında kullanılacak ilk ölçek "Sağlık Anksiyetesini" değerlendiren ve çalışmamızda bütün ölçümlerinin BBBDÖ ve alt ölçekleriyle yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlar gösterdiği bulgularan Whiteley İndeksi'dir (WI-7) (Fink ve ark., 1999; Güleç ve ark., 2013). Bu doğrultuda Tu ve arkadaşlarının (2016) DSM-IV Somatoform Bozukluklar (SMB) ve DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar'dan (BBBİB) oluşan klinik somatizasyon katılımcılarıyla sağlıklı kontrol katılımcılarını WI-7'nin toplam puanları açısından karşılaştırdığı çalışma bahsetmeye değerdir. Çalışmada iki ayrı grup şeklinde tanımlanan klinik somatizasyon katılımcıları hem DSM-IV SMB'ye hem de DSM-5 BBBİB'ye göre yürütülen klinik görüşmelerle belirlenmiştir. Buna göre hem 151 SMB

katılımcısının 179 sağlıklı katılımcıya göre hem de 200 BBBİB katılımcısının 271 sağlıklı katılımcıya göre WI-7'nin toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. BBBDÖ ve alt ölçekleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulgularan WI-7'nin toplam puan ortalamalarının klinik somatizasyon ve sağlıklı katılımcılara göre değiştiğini gösteren bu sonuçlar BBBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının BBB'li ve sağlıklı katılımcılara göre değiştiğini gösteren çalışmamız bulgularını desteklediği söylenebilir.

Yine çalışmamızda BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliği için kullanılan bir diğer ölçek olan Hasta Sağlık Anketi'nin (HSA) (Kroenke ve ark., 2010; Güleç ve ark., 2012) puanlarının, hasta ve sağlıklı katılımcı gruplarıyla karşılaştırılmasına yönelik bulguların önemli örneklerden birinden bahsetmek yerinde olacaktır. Bu yönde gerçekleştirilen çalışmalardan birinde psikiyatri servisinde ayaktan takip edilen ve ICD-10'a göre SMB tanısını karşıladığı tespit edilen 20 hasta ile bu hastalarla bire bir eşleştirilen 20 sağlıklı katılımcının HSA'nın Somatizasyon Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-SBAÖ), Anksiyete Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-ABAÖ) ve Depresyon Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-DBAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılmıştır (Thamby ve ark., 2019). Sonuçlar SMB grubunun HSA'nın alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının tamamının sağlıklı katılımcıların puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Yöntemsel açıdan BBBDÖ'nün ayırt ediciliğinin tespit edilmesinde kullanıldığı gibi hasta ve sağlıklı gruplarının bire bir eşleştirilmesinin kullanılması açısından da önemli olan bu bulguların HSA ile BBBDÖ'nün yüksek düzeyde ilişkili olduğu göz önüne alındığında BBBDÖ'nün BBB'li hastalar ile sağlıklı katılımcılara yönelik ayırt ediciliğini destekleyici nitelikte olduğu ifade edilebilir.

Öte yandan BBBDÖ'nün ayırt edici geçerliğinin literatür bulgularıyla kıyaslanması noktasında bulguları kullanılacak çalışmaların bir kısmı da klinik somatizasyonlu bireylerin hastalık yaşantılarında önemli bir değişken olduğu ortaya konan "Semptom Yorumlamaya" dayanmaktadır (Robins ve Kirmayer, 1991). Bu doğrultuda bulgular ortaya koyan çalışmalardan biri de Semptom Yorumlama Anketi'nin (SYA) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasıdır (Güleç ve Sayar, 2005).

SYA'nın Psikolojize Alt Ölçeği (SYA-PAÖ) puanlarının 32 depresif hastadan, Somatize Alt Ölçeği (SYA-SAÖ) puanlarının tedavi arayışı olan 37 fibromiyalji hastasından, Normalize Alt Ölçeği (SYA-NAÖ) puanlarının tedavi arayışı olmayan 38 fibromiyalji hastasından ve sağlıklı kontrol grubu puanlarının 86 üniversite öğrencisinden alındığı araştırmada hasta gruplarından elde edilen SYA-PAÖ, SYA-SAÖ ve SYA-NAÖ puan ortalamalarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Güleç ve Sayar, 2005). Bu sonuca SYA'nın alt ölçeklerinin BBBDÖ ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkili olduğundan hareketle bakıldığında SYA puan ortalamalarının hasta ve sağlıklı gruplara göre değiştiğini ortaya koyan bu bulgunun BBBDÖ'nün hasta ve sağlıklı gruplarını ayırt ediciliğine yönelik bir kanıt olarak kullanılabileceği görülmektedir.

Ek olarak BBBDÖ'nün ayırt edici geçerliğinin kıyaslanması noktasında kullanılacak bir diğer ölçek Hastalık Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'dir (HADDÖ) (Güleç, 2012; Rief ve ark., 2003). Bu bağlamda özellikle klinik somatizasyondaki "Anormal Hastalık Davranışının" (Pilowsky, 1990) daha çok "Sağlık Anksiyetesi" odaklı bir bakışla çalışıldığı hatırlatılmalıdır (Kirmayer ve Looper, 2006; Salkovskis ve ark., 2003). Bu doğrultuda yürütülen çalışmalardan birinde yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşayan 72 hasta ve yüksek düzeyde anksiyete yaşayan 80 hasta ile birlikte 76 sağlıklı kontrol katılımcısından elde edilen veriler HADDÖ toplam puanı açısından karşılaştırılmıştır (Höfling ve Weck, 2013). Elde edilen sonuçlar yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşayan katılımcıların HADDÖ toplam puan ortalamasının diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuca BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliğinde HADDÖ'nün alt ölçekleriyle korelasyonlarını tamamının yüksek düzeyde anlamlı olduğundan hareketle bakıldığında Höfling ve Weck (2013) tarafından sunulan bulgunun dolaylı olarak BBBDÖ'nün ayırt ediciliğine işaret ettiği söylenebilir.

Bunlarla birlikte BBBDÖ'nün ayırt edici geçerlik bulgularının karşılaştırılmasında kullanılacak son çalışmada ise Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) (Barksy ve ark., 1990; Güleç ve ark., 2007) kullanılmıştır. Nöroloji kliniğine başvuran 55 migrenli hasta ile sağlıklı kontrol grubu olarak tanımlanan 28

katılımcının verilerinin karşılaştırıldığı çalışmada migren hastalarının BDAÖ puan ortalamalarının sağlıklı kontrol grubu puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Yavuz ve ark., 2013). Çalışmamızda BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün BDAÖ ile korelasyonlarının yüksek düzeyde anlamlı olduğu düşünüldüğünde bu sonuçların da BBBDÖ'nün geneli ve alt ölçeklerinin ayırt edici geçerliği için kanıt niteliğinde olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, BBBDÖ'nün yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen BBB'li ve sağlıklı katılımcıları ayırt ettiğine yönelik elde edilen bulgunun bu çalışmadaki dördüncü hipoteze uygun olduğu ve literatür bulgularıyla da dolaylı olarak desteklendiği görülmektedir. Ayrıca bu çalışmada kullanılan ve istatistiksel açıdan zaten çok güçlü bir analiz olan Eşleştirilmiş Örneklem t-testinde iki grubun birbiriyle eşleştirilmesiyle oluşan veri çiftleri sayısının 30'dan fazla olmasının bu testten elde edilen bulguların gücünü olumlu yönde arttırmasının (Hansen, 2005) da bulguların genellenebilirliği noktasında önemli bir avantaj sağladığı düşünülmektedir.

4.2.7. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Psikososyodemografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması

DSM-5 BBB tanısının B kriterindeki psikolojik özellikleri ölçen BBBDÖ'nün literatür bulgularıyla kıyaslanmasında daha önce ifade edildiği üzere bu yönde geliştirilen sadece tek bir ölçek olması nedeniyle literatürde psikososyodemografik ve klinik değişkenlerle somatizasyon düzeyi, semptom sayısı ve sıklığı gibi değişkenleri inceleyen çalışmalardan da faydalanılacaktır. Nitekim gerek bu çalışmada gerekse literatürde DSM-5 BBB tanısının B kriterinin somatizasyon düzeyine işaret eden değişkenlerle ilişkisi gösterilmiş (Toussaint ve ark., 2016) ve bu konuda önemli bir fikir birliği sağlanmıştır (Rief ve Martin, 2014).

Bu bağlamda BBBDÖ puanları ile yaş ilişkisi incelendiğinde, bu ilişkinin anlamlı olduğu ve yaş arttıkça BBBDÖ puanlarının da arttığı görülmektedir. Konuyla ilgili literatüre bakıldığında somatizasyon durumlarının tıbben açıklanamayan belirtiler ekseninde ele alındığı Nakamura ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında

psikosomatik kliniğine başvuran 871 hastadan elde edilen veriler incelenmiş ve 606 somatizasyon hastasının yaşlarının 265 somatizasyon göstermeyen hastaya göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak somatoform Ağrı Bozukluğunun Huzursuz Bacak Sendromu hastaları üzerinden çalışıldığı bir başka çalışmada da somatoform Ağrı Bozukluğu grubunun yaş ortalamasının somatoform Ağrı Bozukluğunun görülmediği gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Chatterjee ve ark., 2015). Ayrıca söz konusu çalışmada somatoform Ağrı Bozukluğu grubunun yaş ortalamasının (36.23) çalışmamızdaki BBB grubunun yaş ortalamasına (38.67) oldukça yakın olduğu da tespit edilmiştir. Bu bağlamda literatürden elde edilen veriler ışığında çalışmamızda gerek BBB grubunda görülen yaş ile BBBDÖ puanları arasındaki pozitif korelasyonun gerekse BBB grubunun yaş ortalamasının literatür bulgularıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcıların BBBDÖ puanlarının cinsiyete göre değişip değişmediğine de bakılmıştır. Sonuçlar *hipotez 5b*'deki öngörünün karşılanmadığını ve BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün de cinsiyete göre değişmediğini göstermiştir. Kocalevent ve arkadaşlarının (2013) çalışmamızda BBBDÖ puanları ile anlamlı korelasyonlar gösterdiği bulgularan Hasta Sağlık Anketi'nin (HSA) genel popülasyondaki standardizasyon çalışmasında toplamda 5,031 kişiden elde ettikleri verileri incelemişler ve çalışmamızdaki sonuçların aksine kadınların HSA'nın Somatizasyon Belirtileri Alt Ölçeği (HSA-SBAÖ) puan ortalamalarının erkeklerle göre daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca genel popülasyonda kadınların daha fazla somatizasyon gösterdiğine ilişkin bu bulgunun güncel çalışmalarla ergenlerde (Yavuz ve ark., 2019), yetişkinlerde (Choung ve ark., 2017; Yardımcı ve Çağlayan, 2019) ve göç eden yetişkinlerde (Morawa ve ark., 2017) de geçerli olduğu gösterilmiştir. Öte yandan kadınların erkeklerle göre daha fazla somatizasyon gösterdiğine ilişkin bulguların klinik ortamlarda yürütülen çalışmalarla da doğrulandığı dikkati çekmektedir. Bu yönde yürütülen çalışmalar arasında birincil sağlık merkezine başvuran 1000 hasta ile yürütülen Kroenke ve Spitzer'in (1998) çalışması önemlidir. Buna göre söz konusu çalışmada kadınların hem klinik somatizasyonda en sık görülen 13 bedensel belirtiden 10'unda hem de tıbben

açıklanamayan belirtiler etrafında şekillenen somatoform belirtilerde erkeklere göre daha yüksek düzey somatizasyon gösterdikleri bulgulanmıştır.

Görüldüğü üzere somatizasyonun cinsiyet ile ilişkisinde literatürde görece daha hâkim olan görüş çalışmamızda hipotize edilenle uyumlu; ancak bulgulananın tersi olacak şekilde kadınların somatizasyon düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu şeklindedir (Hiller ve ark., 2006). Buna rağmen literatürde diğer bazı araştırmacılar da cinsiyet ve somatizasyon arasındaki ilişkinin literatürün genelinde kabul edildiği gibi olup olmadığının sorgulanmaya açık olduğunu ifade etmektedir (Wool ve Barsky, 1994). Nitekim konuyla ilgili Nakamura ve arkadaşlarının (2017) 871 somatizasyon hastasını inceledikleri çalışmasında çalışmamızdakiyle benzer bir şekilde somatizasyonun cinsiyete göre değişmediği bulgulanmıştır. Ek olarak Malfliet ve arkadaşlarının (2015) trafik kazası ile yaşadıkları omurga incinmesi sonrası kronik ağrı yaşayan yetişkin 93 kadın ve 24 erkeğin somatizasyon düzeylerinin cinsiyete göre değişimini inceledikleri çalışmadan da bahsedilmelidir. Buna göre katılımcıların fiziksel işlevsellik ve zihinsel sağlık ile birlikte depresyon ve somatizasyon düzeylerinin mevcut çalışmada bulgulananla uyumlu olacak şekilde cinsiyete göre farklılaşmadığı ortaya konmuştur. Omurga incinmesi gibi görece “tıbbi” kaynaklı bir sağlık problemine sahip olan hastalar üzerinden elde edilen bu sonuca APA’nın DSM-5 ile klinik somatizasyon anlayışında gittiği yenilik doğrultusunda somatizasyon için artık tıbben açıklanamayan belirtilere ihtiyaç olmadığı ve tıbbi hastalıklara eşlik eden bedensel belirtilerin de somatizasyon sayılabileceği noktasından yaklaşıldığında konuyla ilgili BBBDÖ’ye ilişkin bulgularla kıyaslanabilirliği daha net ortaya çıkmaktadır. Çünkü daha önce ifade edildiği üzere çalışmamızda BBB grubunu oluşturan katılımcılar sağlık kuruluşlarının sadece Psikiyatri birimine değil klasik anlayışa göre nispeten daha “tıbbi” kaynaklı problemlere sahip olması muhtemel İç ve Göğüs Hastalıkları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Diş Hekimliği birimlerine de ayaktan başvuran hastalardan seçilmiş ve bu yönüyle APA’nın klinik somatizasyona yönelik görüşlerini güncellediği DSM-5 BBB tanısına uygun olması hedeflenmiştir.

Öte yandan somatizasyon düzeyinin cinsiyete göre değişmediğine ilişkin bu bulgunun üniversite öğrencilerinden oluşan genel popülasyonda da doğrulandığı

görülmektedir (Lilienfeld ve Hess, 2001). Bu bağlamda somatizasyonun cinsiyete göre değişip değişmediğine dair bu bölümde sunulan çalışma ve görüşlere bakıldığında her ne kadar kadınların daha fazla somatizasyon gösterdiklerine yönelik daha yüksek düzey bir fikir birliği olsa da aksi yönde görüş ve çalışmalara yer veren araştırmacılara da rastlamak mümkündür. Kadınların somatizasyon düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu şeklindeki hâkim görüşü eleştiren araştırmacılar söz konusu genel algıya dayanak olan çalışmaların etiyolojik bir mekanizma sunmaktan uzak oluşları sebebiyle tutarlı bir bilgi birikimi sunamamalarının genellenebilirliklerini düşürdüğünü vurgulamaktadır (Rief ve ark., 2001; Wool ve Barsky, 1994). Dolayısıyla bu bilgiler ışığında çalışmamızda hipoteze edilenin aksi yönünde ortaya konan BBBDÖ puanlarının cinsiyete göre değişmediğine dair bulgunun literatürün kendi içerisindeki fikir ayrılıkları sebebiyle kısmen desteklendiği söylenebilir. Ek olarak konuyla ilgili literatürde görülen bu durumun söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin özellikle etiyolojik mekanizmalarına odaklanarak yürütülen sonraki çalışmalarla daha fazla test edilmesi gerektiğine işaret ettiğinin de altı çizilmelidir.

Literatür bu çalışmada BBBDÖ puanları üzerindeki etkisine bakılan eğitim düzeyi değişkeninin de bir başka önemli konu olduğuna işaret etmektedir. Literatürde eğitim düzeyinin somatizasyonla ilişkili olmadığını bulgulayan çalışmalara (örn. Escobar ve ark., 1998; Kılıç ve Uzunçakmak, 2016) rastlamak mümkün olsa da konuyla ilgili genel kanı eğitim düzeyi ile somatizasyonun ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğudur. Bu bağlamda bulgular bölümünde sunulduğu üzere bu çalışmada BBBDÖ'nün her dört ölçümüne ilişkin puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre değiştiği tespit edilmiştir. Buna göre literatürdeki genel kanıyla uyumlu olacak şekilde BBB'li katılımcıların eğitim düzeyleri düştükçe BBBDÖ puanları artmaktadır. Nitekim Karvonen ve arkadaşları (2007) da verilerini tıbbi kayıtlar üzerinden elde ettikleri 1598 somatizasyon hastasını incelemişler ve yaklaşık yarısı somatizasyon ile komorbid en az bir psikiyatrik bozukluğa da sahip olan bu hastaların somatizasyon düzeylerinin düşük eğitim seviyesiyle ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Buna ek olarak genel popülasyondan 1747 katılımcının somatizasyon yaşantılarının analiz edildiği bir başka geniş çaplı araştırmada da psikososyal stresörlere verilen yanıtla ilişkili olduğu sonucuna varılan somatizasyonun eğitim düzeyinden etkilendiği ortaya

konmuştur. Söz konusu araştırmada lise mezunlarının somatizasyon odaklı semptom sayılarının, üniversite mezunlarına göre daha yüksek olmasıyla birlikte katılımcıların eğitim düzeyleri düştükçe somatizasyon görülme oranının da arttığı sonucuna varılmıştır (Mak ve Zane, 2004). Ayrıca Türk toplumunda gerçekleştirilen bir başka güncel çalışmada aile hekimliğine ayaktan başvuran 18-65 yaş aralığındaki 414 katılımcı somatizasyon açısından değerlendirilmiştir (Tan ve Şahin, 2020). Katılımcıların %47.3'ünün lisans ve üstü bir eğitim seviyesine sahip olduğu ifade edilen araştırmada eğitim seviyesi düştükçe somatik belirtilerin arttığı bulgulanmıştır. Araştırmacılar somatizasyonun eğitim seviyesi ile ters orantılı oluşunu düşük eğitim seviyesinin bireylerin kişilik gelişimleri ve iletişim becerilerinde yaratması muhtemel eksikliğe bağlı olduğunu ifade etmişlerdir. Tan ve Şahin'in (2020) Türkiye'de gerçekleştirdikleri klinik çalışmada katılımcıların %47.3'ünün BBBDÖ'ye ilişkin mevcut çalışmanın eleştirilebilir yanlarından biri olarak görülen katılımcıların eğitim seviyesinin yüksekliğini aşar bir şekilde lisans ve üstü bir eğitime sahip olmasının da bu sonuçların BBBDÖ ile kıyaslanabilirliğini arttırdığı ve BBBDÖ açısından önemli bir destek sağladığı düşünülmektedir. Bunların yanında Dönmez ve arkadaşlarının (2000) Türk toplumunda gerçekleştirdikleri bir başka klinik çalışmada birincil sağlık merkezine başvuran hastalar ruhsal bozukluk açısından değerlendirilmiş ve düşük seviyede eğitimin Somatizasyon Bozukluğu için önemli bir risk faktörü (tahmini rölatif risk/odds oranı:3.9) olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak gerek BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün gerekse somatizasyonun eğitim seviyesi ile ilişkisine dair yukarıda ifade edilen tüm bulgu ve yorumların bu çalışmada konuyla ilgili BBBDÖ özelinde elde edilen bulguların literatürle uyumluluğuna işaret ettiği düşünülmektedir.

BBB hastalarının BBBDÖ puanları üzerindeki etkisinden bahsedilmesi gereken bir diğer değişken medeni durumdur. Literatürdeki somatizasyon araştırmalarında sıklıkla kontrol edilmesi tercih edilen (örn. Löwe ve ark., 2008) sosyodemografik bir değişken olarak medeni durumun somatizasyon üzerindeki etkisine dair net bir yönden bahsetmek zordur (Aragona ve ark., 2008). Bu görüşü sağlayan şey ise konuyla ilgili birbiriyle çelişen çalışmaların varlığıdır. Nitekim Al-Krenawi ve Graham (2004) 217 Arap kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada somatizasyonun evli ve bekar kadınlara göre boşanmış kadınlarda daha yüksek olduğu

sonucuna varmışlardır. Araştırmacılar bu sonucun en önemli sebebinin boşanmış kadınların bildirdikleri “yalnızlık” duygusu olduğunu belirtmişlerdir. Buna karşıt olarak birincil sağık merkezine başvuran 360 hastanın somatizasyon ağıısından incelendiğı başka bir çalışmada evlilerin Bradford Bedensel Belirti Envanteri (Mumford ve ark., 1991) ile llen somatik semptom puanının bekar ve boşanmış olanlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Aragona ve ark., 2008). Yine birbiriyle çelişen iki çalışmayla da farklı yönde ve Türkiye’de gerçekleştirilen bir başka araştırmada da sağık ocağına başvuran hastaların somatizasyon yaşantıları ele alınarak bekar ve boşanmış olanlara kıyasla evli ve dul olanların daha fazla somatizasyon semptomu gsterdiğı bulgulanmıştır (Sağıduyu, 1995).

Konuyla ilgili olarak yukarıda bahsedilen çalışmaların ortaya koydukları sonuçların tutarlılık göstermemesinden de anlaşılabacağı üzere farklı medeni durumların somatizasyon üzerindeki etkisi net değıldir. Buna karşın spesifik olarak herhangi bir medeni durumun etkisinden ziyade medeni durumun somatizasyon üzerinde etkili olup olamayacağına bakıldığında durum daha farklıdır. Bu yönden literatüre bakıldığında konuyla ilgili çalışmaların daha büyük tutarlılık gösterdikleri ve daha çok bir yöne işaret ettikleri görülmektedir. Örneğın zihin/beden kliniğine ayaktan başvuran 848 kadın ile 284 erkeğın SCL-90R ile elde edilen somatizasyon puanlarının incelendiğı bir çalışmada somatizasyonun medeni duruma göre değışmediğı ortaya konmuştur (Nakao ve ark., 2001). Yine bir başka çalışmada Güney Koreli 220 ve Amerikalı 215 katılımcıdan oluşan toplum örnekleminde tanılanan hastalık sayısı, bedensel belirti sıklığı ve sayısı ile birlikte psikolojik iyi oluşun medeni duruma göre değışmediğı sonucuna varılmıştır (Keyes ve Ryff, 2003). Bu bağılamda mevcut çalışmada literatürde görülen gerek herhangi bir medeni durum türü ile somatizasyon arasındaki ilişkiye dair çelişkili sonuçlar gerekse herhangi bir türünden bağımsız şekilde medeni durumun somatizasyon üzerinde etkili olmadığına dair net ve tutarlı bulgular nedeniyle BBBD puanlarının medeni duruma göre değışmeyeceğı hipotez edilmiştir. Sonuçlar BBBD’nn dört ölçümüne ait puan ortalamalarının *hipotez 5d*’de öngörüldüğü gibi evli, bekar ve diğer şeklinde kategorilendirilen medeni duruma göre değışmediğini göstermiştir. Özetle mevcut çalışmada somatizasyonun medeni duruma göre değışmediğine dair bulgunun literatür tarafından desteklendiğı

görülse de konuyla ilgili özellikle spesifik olarak medeni durumun bir türü üzerine yürütülen çalışmalarda ortaya çıkan çelişkili durum sebebiyle ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmada BBB'li hasta grubunda herhangi bir işte çalışmayanların BBBDÖ puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu da bulgulanmıştır. Konuyla ilgili literatürde bu bulguyu destekleyecek nitelikte çok sayıda çalışma dikkati çekmektedir. Bu yönde gerçekleştirilen çalışmalardan birinde 282 kadın ve 155 erkek olmak üzere toplamda 437 evli katılımcıdan elde edilen veriler incelenmiş ve çalışmayanların somatizasyon düzeylerinin çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Kafkaslı, 2019). Yine evli bireyler üzerinden yürütülen bir başka çalışmada da 68 çalışmayan ile 76 çalışan evli kadının SCL-90R ile ölçülen somatizasyon düzeyleri karşılaştırılmış ve çalışmayan evli kadınların somatizasyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çilli ve ark., 2004). İlgili farklılığın özellikle toplam aile geliri ve eğitim düzeyi değişkenleri üzerinden açıklandığı çalışmada çalışmayan ve çalışan evli kadınların yaş ortalamasının çalışmamızdaki gibi 30'lu yaşlarda olmasının sonuçların BBBDÖ'ye ilişkin sonuçlarla kıyaslanabilirliği noktasında önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda gerek Kafkaslı'nın (2019) gerekse Çilli ve arkadaşlarının (2004) evli bireyler üzerinden yürüttüğü araştırmaların mevcut çalışmada ortaya konan çalışmayan BBB hastalarının BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümdeki puan ortalamalarının çalışan BBB hastalarına göre daha yüksek olduğu yönündeki bulguyu destekler niteliklerde olduğu söylenebilir. Bunlara ek olarak Danimarka'da toplum örnekleme ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada katılımcıların çalışma durumlarının çoklu bedensel belirtiler üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Katılımcıların somatizasyon düzeylerinin SCL-90R'nin somatizasyon alt testinden aldıkları puanlara göre yüksek ve düşük şeklinde ayrıştırıldığı çalışmada özellikle yüksek düzey somatizasyon gösterenlerde çalışmamanın önemli bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Momsen ve ark., 2016). Bu doğrultuda Momsen ve arkadaşlarının (2016) BBBDÖ'ye yönelik sonuçlarla uyumlu olduğu görülen söz konusu bulgunun çalışmayan bireylerin iş ortamındaki sosyal ilişkilerden mahrum kalmaları ile açıklanamayacağını vurgulamaları da önemlidir. Bunun yanında daha eski başka bir çalışmada yukarıda anlatılara kısmen

karşıt olacak şekilde düşük sosyoekonomik statülerdeki kadınlarda herhangi bir işte çalışmamanın somatizasyon açısından koruyucu bir etkiye sahip olduğu da bulgulanmıştır (Mostow ve Newberry, 1975). Her ne kadar bu bulgu yukarıda bahsedilen herhangi bir işte çalışmamanın yüksek somatizasyonla ilişkisini ortaya koyan çalışmalara karşıt gibi görünse de mevcut çalışmadaki katılımcıların yaklaşık %88'inin orta ve üstü gelir düzeyinde yaklaşık %75'inin ise lise ve üstü eğitim seviyesinde olan en azından düşük denemeyecek bir sosyoekonomik seviyeye sahip oldukları gerçeğinden yaklaşıldığında BBBDÖ'ye ilişkin bulgularla çelişmediği ortaya çıkmaktadır. Özetle çalışma durumu ile somatizasyon bağlantısına yönelik yukarıda ifade edilen bilgiler mevcut çalışmada ortaya konan çalışmayanların BBBDÖ puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu yönündeki bulgunun literatür tarafından desteklendiğine işaret etmektedir. Öte yandan literatürün ilgili bulgunun nedenine dair açıklamalar konusunda yetersiz kaldığının görülmesi ise “*İş Sağlığı Psikolojisi*” açısından önemli doğurguları olabilecek bu konunun gelecek çalışmalarda yöntemsel açıdan daha güçlü araştırma desenleri ve farklı örneklem grupları ile ele alınmasına da ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada BBBDÖ puanlarının psikopatoloji soygeçmişi ile ilişkisi de incelenmiş ve psikopatoloji soygeçmişi olanların BBBDÖ Toplam (BBBDÖ-TOP), BBBDÖ'nün Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-BFAÖ) ve BBBDÖ'nün Duygusal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DFAÖ) puan ortalamalarının psikopatoloji soygeçmişi olmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. BBBDÖ'nün Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği (BBBDÖ-DVFAÖ) puan ortalamasının ise psikopatoloji varlığına göre değişmediği görülmüştür. BBBDÖ-DVFAÖ'nün diğer BBBDÖ ölçümlerinin aksine psikopatoloji soygeçmişine göre herhangi bir değişim göstermediğinin bulgulanması bir önceki bölümde ifade edildiği üzere davranışsal faktörlerin bedensel belirtilerin oluşmasındaki rollerinin henüz yeterince net olmaması ve bu durumu APA'nın DSM-5 BBB tanısında yeterince açıklayamaması (Prior ve Bond, 2013) sebebiyle şaşırtıcı görünmemektedir. Öte yandan literatürdeki bazı araştırmacılar psikopatoloji soygeçmişinin somatizasyona olan etkisinin bireylerin psikopatolojiye sahip ebeveynlerinden öğrendikleri kendini ifade etme ve gerçekleştirme yollarıyla sağlandığını; ancak bu etkiyi çalışmanın yöntemsel olarak

çok zor olduğunu belirtmektedir (Falyova ve Vysotckaya, 2016). Dolayısıyla bu doğrultuda yürütülen çalışmalara baktığımızda bunların önemli bir kısmının klasik çalışmalarının yöntemlerinin aksine somatizasyon belirtileri gösteren çocuklar ve onların ebeveynlerinin eşleştirilmesi ile yürütüldüğü dikkati çekmektedir. Bu bağlamdaki pek çok çalışma somatizasyon düzeyi yüksek çocukların ebeveynlerinde somatizasyon düzeyi düşük çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek düzeyde ve daha çok sayıda psikopatoloji görüldüğünü ortaya koymuştur (Campo ve ark., 2007; Noyes ve ark., 2002; Robinson ve ark., 1990; Schulte ve Petermann, 2011). Bu bilgiler ışığında çalışmamızda saptanan psikopatoloji soygeçmişi olanların BBBDÖ puan ortalamalarının psikopatoloji soygeçmişi olmayanlara göre daha yüksek olduğunun literatür bulgularıyla uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda BBBDÖ puan ortalamaları ile kronik hastalık soygeçmişi ilişkileri incelendiğinde kronik hastalık soygeçmişi olanların BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümünün kronik hastalık soygeçmişi olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili Duruk'un (2013) fonksiyonel somatik sendrom grubunda 47, sağlıklı kontrol grubunda 47 ve kronik hastalık grubunda 56 katılımcıyı psikososyodemografik değişkenler açısından değerlendirdiği çalışmasında fonksiyonel somatik sendrom grubu katılımcılarında hem sağlıklı hem de kronik hastalıklı kontrol gruplarına göre daha fazla kronik hastalık soygeçmişi olduğunun bulgulanması önemlidir. Ayrıca konunun yine soygeçmiş gibi çalışılması zor bir değişkene (Falyova ve Vysotckaya, 2016) dayanması literatürü yine somatizasyonlu çocukların ebeveynlerini incelemeye yönlendirmiş görünmektedir. Nitekim bu yönde gerçekleştirilen çalışmalarda yüksek düzey somatizasyon görülen çocukların ebeveynlerinde düşük düzey somatizasyon görülen çocukların ebeveynlerine göre daha fazla kronik hastalık olduğu bulgulanmıştır (Craig ve ark., 2002; Noyes ve ark., 2002).

Öte yandan çalışmamızda BBBDÖ puanlarının kronik hastalık soygeçmişini kapsayan ve araştırmacılar tarafından kronik bedensel belirti öyküsü olarak isimlendirilen başka bir değişkenle ilişkisi de incelenmiştir. Bu değişken özellikle DSM-5 BBB anlayışının işaret ettiği tıbben açıklanabilir ve açıklanamaz ayrımını

ortadan kaldıracak şekilde hem kronik hastalık hem de somatizasyon soygeçmişlerini kapsamaktadır. Sonuçlar soygeçmişlerinde kronik bedensel belirti olanların BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ ve BBBDÖ-DFAÖ'nün puan ortalamalarının soygeçmişlerinde kronik bedensel belirti olmayanlara göre daha yüksek olduğunu; ancak bu farklılaşmanın BBBDÖ-DVFAÖ için geçerli olmadığını göstermiştir. Bu noktada yine diğer BBBDÖ ölçümlerinde ortaya konan ilişkinin BBBDÖ-DVFAÖ için ortaya konmadığı dikkati çekmektedir. Daha önce ifade edildiği üzere bu durumun gerek davranışsal faktörlerin bedensel belirtilerin oluşmasındaki rollerinin henüz yeterince net olmamasıyla gerekse bu durumu APA'nın DSM-5 BBB tanısında yeterince açıklayamamasıyla (Prior ve Bond, 2013) anlaşılabileceği düşünülmektedir. Ek olarak çalışmamızda kronik bedensel belirti soygeçmişine yönelik elde edilen sonuçların literatürle kıyaslanması için söz konusu değişkenin hem kronik hastalık hem de somatizasyon soygeçmişlerini kapsamaları dolayısıyla iki boyutlu bir araştırma yapılmıştır. Bu bağlamda literatürün hem kronik hastalık (Craig ve ark., 2002; Noyes ve ark., 2002) hem de somatizasyon soygeçmişlerinin (Ramchandani ve ark., 2007; Walker ve ark., 1991) somatizasyon üzerindeki etkisine dair önemli çalışmaları barındırdığı görülmüştür. Dolayısıyla öz olarak söylemek gerekirse çalışmamızda elde edilen BBBDÖ puanlarının kronik hastalık ve somatizasyon soygeçmişlerini kapsayan kronik bedensel belirti soygeçmişi ile ilişkisine dair bulgularının literatürle uyumlu oldukları belirtilebilir.

Bunlarla birlikte çalışmamızda BBBDÖ puanlarının son bir ve altı aydaki psikolojik sağlık düzeyine göre değişip değişmediği de incelenmiştir. Buna göre BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün de hem son bir aydaki hem de son altı aydaki psikolojik sağlık puanları ile negatif yönde yüksek düzeyde korelasyona sahip olduğu bulunmuştur. Tamamının yüksek düzeyde anlamlı olmasının dikkat çekici olduğu korelasyonlar BBB hastalarının son bir ay ve altı aydaki psikolojik sağlık düzeylerinin arttıkça BBBDÖ puanlarının azaldığına işaret etmiştir. Konuyla ilgili olarak Keyes ve Ryff'in (2003) Amerikalı ve Güney Koreli katılımcıları değerlendirmesi sebebiyle kültürel bir boyutu da olan çalışmaları önemlidir. Psikolojik sağlığın "Psikolojik İyi Oluş Ölçeği" (Ryff ve Keyes, 1995) ve depresyonun "Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği" ile ölçümlendiği çalışmada Amerikalı katılımcıların

psikolojik iyi oluşlarının bedensel belirti sayılarıyla negatif ve depresyon düzeylerinin bedensel belirti sayılarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu; ancak Güney Koreli katılımcıların psikolojik iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bedensel belirti sayılarıyla ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda çalışmamızın gerçekleştirildiği Türk kültürünün Güney Kore'den ziyade Amerika kültürüne yakın olduğu düşünüldüğünde Keyes ve Ryff'in (2003) çalışmasında elde edilen bulguların çalışmamızdakilerle uyumluluk gösterdiği söylenebilir. Ek olarak Bener ve arkadaşlarının (2013) 1290 bel ağrılı ve 890 bel ağrısız hastayı inceledikleri çalışma da bahsetmeye değerdir. Sonuçlar bel ağrılı grubun HSA ile ölçülen somatizasyon, anksiyete ve depresyon puanlarının bel ağrısız gruba göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada ayrıca bel ağrılı hastalarda görülen psikiyatrik bozukluk oranlarının bel ağrısız gruba oranla daha yüksek olduğu da bulgulanmıştır. Bu çalışmada psikolojik sağlığın önemli göstergeleri olarak görülebilecek hem somatizasyon, anksiyete ve depresyon düzeylerinin hem de psikiyatrik bozukluk oranlarının incelenmesinin çalışmamızda elde ettiğimiz BBBDÖ puanlarının psikolojik sağlık puanları ile gösterdiği negatif yönde yüksek düzeydeki ilişkiye dair önemli bir kanıt sunduğu belirtilebilir.

Mevcut çalışmada BBB grubu katılımcılarının BBBDÖ puanlarının son bir ve altı aydaki fiziksel sağlık puanları ile ilişkisine de bakılmıştır. Bu bağlamda yürütülen analizler BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün son bir ve altı aydaki fiziksel sağlık puanları ile negatif yönde yüksek anlamlılık düzeyinde anlamlı olduğunu göstermiştir. Başka bir ifadeyle çalışmamızda BBBDÖ puanları arttıkça son bir ve altı aydaki fiziksel sağlık puanlarının düştüğü tespit edilmiştir. Bu bağlamda literatüre bakıldığında Howard ve arkadaşlarının (2017) genel popülasyondan elde ettikleri 940 somatizasyon hastasının fiziksel sağlık puanlarının 1959 somatizasyon görülmeyen sağlıklı katılımcıya oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulguladıkları görülmektedir. Ek olarak söz konusu çalışmada somatizasyon grubundaki katılımcılarda majör depresyon, anksiyete ve panik bozukluğu görülme oranlarının da somatizasyon görülmeyen sağlıklı katılımcıların oluşturduğu gruba göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuca çalışmamızda yürütülen analizlerle BBBDÖ'nün somatizasyon düzeyi ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkisinin elde edildiğinden

yaklaşıldığında çalışmamızdaki bulguları destekleyici nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Bunlarla birlikte çalışmamızda BBB'li hastaların BBBDÖ puanlarının fiziksel sağlığın güncel hastalık sayısı ve sağlık sistemi kullanımı gibi göstergeleriyle (Prior ve Bond, 2013) de ilişkileri incelenmiştir. Buna göre BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün de güncel hastalık sayısı ve son bir ve altı aydaki sağlık sistemi kullanımlarıyla pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır. Dolayısıyla tıpkı fiziksel sağlık puanlarında olduğu gibi fiziksel sağlığa ilişkin ilgili göstergelerin puanları arttıkça BBBDÖ puanlarının da arttığı görülmektedir. Bu bağlamda yürütülen çalışmalardan birinde güncel hastalık sayısının bedensel belirti sayısı ve sıklığı ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güç ve anlamlılık düzeyinde olduğu görülmektedir (Keyes ve Ryff, 2003). Ek olarak BBBDÖ ile aynı amaç ve bakış açısıyla geliştirildiği tespit edilen SSD-12'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında da fiziksel sağlık göstergelerinden sağlık sistemi kullanımına ilişkin analizlerin yer aldığı dikkati çekmektedir (Toussaint ve ark., 2016). Sağlık sistemi kullanımının aynı çalışmamızdaki gibi BBB'li hastalara son bir ay içerisinde kaç defa doktorlarına başvurdıklarının sorulması yoluyla elde edildiği çalışmada SSD-12 puanları ile sağlık sisteminin pozitif yönlü korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur. Her ne kadar söz konusu çalışmada BBB'li hastaların son altı aydaki sağlık sistemi kullanımlarının sorgulanmadığı görülse de bu sonuçların çalışmamızda elde edilen BBBDÖ puanları ile sağlık sistemi kullanımının pozitif yönlü korelasyonlarını gösteren bulgularla uyumlu olduğu söylenebilir. Yine sağlık sistemi kullanımının analizlere dahil edildiği bir başka çalışmada da birincil sağlık merkezlerine tıbben açıklanamayan belirtilerle başvuran hastaların son altı aydaki sağlık kullanımı sayılarının yüksek hastalık davranışı gösteren grupta düşük hastalık davranışı gösteren gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Weiss ve ark., 2016). Hastaların son bir aydaki sağlık sistemi kullanımları yerine bu kez son altı aydaki sağlık sistemi kullanımlarının ele alındığı çalışmada ortaya konan ilgili sonucun çalışmamız bulgularını destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Son olarak çalışmamızda BBB'li bireylerin hastalık yaşantılarının psikolojik boyutunu değerlendirmek üzere geliştirilen BBBDÖ'nün klinik faktörlerle ilişkisi

bağlamında değerlendirilen değişkenlerden biri de nörotisizm'dir. Sosyal ve psikolojik stresörlere olumsuz tepki verme eğilimi şeklinde tanımlanabilecek nörotisizm'in (Kiffin-Petersen ve ark., 2011; Yılmaz ve ark., 2019) özellikle anksiyete ve ruminasyon yoluyla hastaların semptomlarını algılayışlarını etkilediği düşünülmektedir (Denovan ve ark., 2019). Ayrıca APA'nın DSM-5 BBB tanısının "Risk ve Yordayıcı Etmenler" başlığı altında nörotisizmi mizaçsal risk faktörü olarak tanımlaması da konunun önemini destekler görünmektedir (Koroğlu, 2014). Bu doğrultuda BBBDÖ'nün ölçüt bağımlı geçerliğinde kullanılan nörotisizmin değerlendirebilmesi adına çalışmamızda Francis ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilen ve Karancı ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu'nun (EKA-GGKF) nörotisizm alt ölçeği (EKA-GGKF-NAÖ) kullanılmıştır. Yürütülen analizler BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ'nün EKA-GGKF-NAÖ ile korelasyonlarının pozitif yönde orta güçte ve yüksek anlamlılık düzeyinde (sırasıyla $r=.45, p<.001$; $r=.39, p<.001$; $r=.37, p<.001$; $r=.30, p<.001$) olduğunu ortaya koymuştur. BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçümün EKA-GGKF-NAÖ ile yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlarının nörotisizmin klinik somatizasyonda görülen kararlı değişkenlerden biri olduğuyla (De Gucht, 2003) birlikte bedensel belirti sayısı (Abdolmohamadi ve ark., 2017), sağlık anksiyetesi (Anagnostopoulos ve Botse, 2016; Noyes ve ark., 2003), bedensel duyumları abartma (Wise ve Mann, 1995) ve somatizasyon belirtileriyle baş etme (Lahey, 2009) ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar dolayısıyla literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Özetle bu bölümde BBBDÖ'ye ilişkin dört ölçüm olarak BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ'nün psikososyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkilerinin çalışmada hipoteze edilenlerle ve literatürle büyük oranda uyumlu olduğu ortaya konmuştur. Bu sonuçların ise gerek DSM-5 BBB tanısının B kriterinde yer alan psikolojik özelliklerin çalışılmasında gerekse BBBDÖ ölçümlerinin kullanıldığı çalışmalarda söz konusu psikososyodemografik ve klinik değişkenlerin de hesaba katılmasının önemini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

4.3. Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin (BBBDÖ) Güvenirliğinin Tartışılması

Bu bölümde BBBDÖ'nün önce iç tutarlılık ardından test-tekrar test güvenirliğine ilişkin bulgular tartışılacaktır. Güvenirliğin geliştirilen ölçeğe spesifik bir ölçüm olması sebebiyle BBBDÖ'nün güvenirliğine ilişkin bulguların tartışılmasına yönelik kıyaslamalarda onunla aynı mahiyette geliştirildiği tespit edilen SSD-12'nin (Toussaint ve ark., 2016) bulgularından yararlanılması uygun görülmüştür.

BBBDÖ-TOP, BBBDÖ-BFAÖ, BBBDÖ-DFAÖ ve BBBDÖ-DVFAÖ'nün iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .94, .93, .90 ve .89 olarak bulunmuştur. Bu değerler BBBDÖ'nün genelinin ve alt ölçeklerinin yüksek düzeyde iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğunu göstermektedir (Murphy ve Davidshofer, 1988). Bu doğrultuda SSD-12'ye ilişkin bulgulara bakıldığında karşımıza ilk olarak Toussaint ve arkadaşlarının (2016) psikosomatik kliniğinde ayaktan takip edilen 698 hasta üzerinden elde ettikleri bulgular çıkmaktadır. Buna göre iç tutarlılık katsayıları SSD-12'nin geneli .94, bilişsel faktörler alt ölçeği için .71, duygusal ve davranışsal faktörler alt ölçekleri için .92 olarak tespit edilmiştir. Öte yandan başka bir grup araştırmacı SSD-12'nin psikometrik özelliklerini bu kez genel popülasyonda test etmişler ve alt ölçeklere ilişkin herhangi bir bilgi vermeden ölçeğin genelinin bu örneklemdaki iç tutarlılık katsayısının .95 olduğunu belirtmişlerdir (Toussaint ve ark., 2017). Bunlara ek olarak yine başka bir grup araştırmacı da SSD-12'nin psikometrik özelliklerini bu kez birincil sağlık merkezine başvuran 501 hastadan elde edilen veriler üzerinden değerlendirmişler ve yine alt ölçeklere ilişkin herhangi bir bilgi vermeden ölçeğin genelinin bu örneklemdaki iç tutarlılık katsayısının .92 olduğunu ortaya koymuşlardır (Toussaint ve ark., 2018). Bu bağlamda SSD-12'ye ilişkin üç farklı çalışmadan elde edilen iç tutarlılık değerleri ile BBBDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin çalışmamızda elde edilen iç tutarlılık değerlerinin birbirine paralel olduğu söylenebilir.

BBBDÖ'nün test-tekrar test güvenirliğini sınanmasında ise ölçek 73 katılımcıya iki hafta arayla uygulanmıştır. İki ölçümden elde edilen sonuçların ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile incelenmiş ve bu değer BBBDÖ-TOP için .83, BBBDÖ-BFAÖ için .83, BBBDÖ-DFAÖ için .77 ve BBBDÖ-

DVFAÖ için .76 olduğu tespit edilmiştir. Bu bilgilerin kıyaslanması amacıyla SSD-12'ye bakıldığında ise ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelendiği üç çalışmada da test-tekrar test güvenirliğine yönelik herhangi bir analiz yürütülmediği ve bu durumun araştırmacılar tarafından çalışmalarının bir eksikliği olarak belirtildiği görülmüştür (Toussaint ve ark., 2016; Toussaint ve ark., 2017; Toussaint ve ark., 2018). Bu noktada BBBDÖ'nün literatürde aynı mahiyette geliştirildiği tespit edilen SSD-12'nin aksine önemli test-tekrar test bulgularına sahip olmasının çalışmamızın değerli bir üstünlüğü olarak görüldüğü vurgulanmalıdır. Ayrıca literatürde pek çok araştırmacının BBBDÖ'nün test-tekrar test güvenirliğinde elde edilen korelasyon katsayısının .70'in üzerinde olmasının yeterli güvenirlik kriterlerini karşıladığını belirtmesi de BBBDÖ'nün zamana karşı değişmezliğinin önemli bir seviyede olduğunu ortaya koymaktadır (Domino ve Domino, 2006; Fraenkel ve ark., 2011; Leech ve ark., 2005).

Özetle BBBDÖ'nün iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliğine ilişkin bu çalışmada elde edilen bulgular BBBDÖ'nün BBB'li hastaların psikolojik özelliklerinin değerlendirilmesinde *hipotez 6 ve 7'de öngörüldüğü gibi* güvenilir nitelikte bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Bir başka ifadeyle bu bulgular BBBDÖ ile BBB'li hastalardan elde edilen puanların hem hatadan arınlık hem de zamana karşı değişmezlik düzeylerinin yeterli olduğunu ortaya koymaktadır (Baykul, 2015). Bu sonuçlara hem güvenirliğin ölçme aracıyla birlikte ölçüme dair de bir özellik olduğu (Bademci, 2007) hem de literatürde BBBDÖ ile aynı amaçla Türkçe olarak geliştirilen başka bir ölçek olmadığı açılarından yaklaşıldığında BBBDÖ'nün güvenirliğinin farklı örneklerde test edilmesine de ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmada bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle kesitsel bir desenle gerçekleştirilen çalışmamızda her ne kadar BBBDÖ'ye ilişkin ölçümlerin zamana göre değişmezliği test-tekrar test yöntemiyle değerlendirilmiş olsa da çalışmada kesitsel desenle birlikte daha uzun zaman diliminde gerçekleştirilen boylamsal bir desenin kullanılmasının önemli avantajlar sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu yönde gerçekleştirilen bir çalışma BBBDÖ ölçümlerinin zamansal stabilitesinin yanında

ölçülecek yapıların zamansal stabilitesi hakkında da bilgi vererek incelenen psikolojik özelliklerin daha doğru bir yansımasının elde edilmesini sağlayabilir. Nitekim BBBDÖ'ye ilişkin ölçümlerle değerlendirilen klinik somatizasyonun psikolojik bileşeninin zamana karşı duyarlı bir yapı olduğu (APA, 2013) hesaba katıldığında bu doğrultuda yürütülecek çalışmalara olan ihtiyacın ön plana çıktığı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmaya yönelik kısıtlılıklardan bir diğeri de örneklem özelliklerine ilişkindir. Türk kültürüne uygun bir klinik somatizasyon ölçeği olarak BBBDÖ Türkiye'nin İstanbul, Ankara ve Mersin illerinde yer alan beş farklı sağlık kuruluşunun yedi farklı biriminden elde edilen verilerin analiz edilmesiyle geliştirilmiştir. Verilerin elde edilmesine dair bu nitelik özellikle söz konusu illerde yer alan sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların Türk kültürünü ne denli yansıtabileceğine yönelik eleştirilebilir görünmektedir. Üstelik çalışmadaki verilerin yaklaşık üçte ikisinin özel sağlık kuruluşlarından elde edildiği hesaba katıldığında örneklemin özellikle sosyoekonomik bir gösterge olarak gelir düzeyi açısından Türk kültürünü yansıtabilme özelliğinin daha da düşebileceği ön görülebilir olmaktadır. Öte yandan söz konusu örneklem özelliği dolayısıyla BBB hastalarının eğitim düzeyinin Türkiye istatistiklerini yansıtamıyor oluşu da bu çalışmadan elde edilen sonuçların genellenebilirliğini düşüren bir başka nokta olarak dikkati çekmektedir. Bu açıdan Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 15 yaş ve üzeri bireylerin 2019 yılına dair eğitim durumu raporuna bakıldığında Türkiye'nin geneline ilişkin lise ve lisans mezunu oranlarının sırasıyla yaklaşık %25 ve %17 olduğu; ancak bu çalışmada BBB grubunun ilgili eğitim durumlarının sırasıyla yaklaşık %41 ve %35 olarak tespit edildiği görülmektedir. Ek olarak verilerin önemli bir bölümünün özel sağlık kuruluşlarından elde edilmesinin etki ettiği örneklem özelliklerinden bir diğerrinin de yaş olduğu söylenebilir. Literatüre bakıldığında mevcut çalışmadaki BBB'li hastaların 38.67 olan yaş ortalamasını destekleyen çalışmalara rastlamak (örn. Chatterjee ve ark., 2015; Kırpınar ve ark., 2014) mümkün olsa da konuyla ilgili özellikle yardım arayışında bulunan klinik somatizasyon hastalarının yaş ortalamasının genel itibariyle 40-45 arasında olmasının daha çok bulgulanan sonuç olduğu (örn. Duruk, 2013; Güleç ve ark., 2007; Nakamura ve ark., 2017; Toussaint ve ark., 2018) düşünüldüğünde verilerin çoğunluğunun özel sağlık kuruluşlarından toplanmasının dezavantajının bu yönünün de açığa çıktığı

düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızdaki BBB'li hastaların yaklaşık üçte ikisinin kadın katılımcılardan oluşmasının (212 kadın, 102 erkek) da BBBDÖ'nün geliştirildiği örneklemin bir eksikliği olarak görülebileceği vurgulanmalıdır. Bu bağlamda mevcut çalışmada esas örneklem olarak yer alan BBB hastalarının Türkiye'nin üç ilinden ve daha çok özel sağlık kuruluşlarına başvuranlardan elde edilmesinin elde edilen sonuçların gelir düzeyi, eğitim ve yaş gibi sosyodemografik değişkenler açısından Türkiye'ye genellebilirliğini zayıflatabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan çalışmamızdaki verilerin öz-bildirim ölçekleri vasıtasıyla elde edilmesi de çalışmamızın bir başka kısıtlılığı olarak dikkati çekmektedir. Genel itibariyle öz-bildirim ölçekleriyle gerçekleştirilen bütün klinik çalışmalar için var olan bu kısıtlılığın çalışmamız özelinde somatizasyon hastalarında sıklıkla görülen iç görü eksikliği nedeniyle daha fazla etkide bulunabileceği öngörülmektedir. Konuyla ilgili literatüre baktığımızda da özellikle psikolojik değişkenlerin öz-bildirim ölçeği ile değerlendirilmesinin önemli bir kısıtlılık yaratabileceğinin ortaya konduğu görülmektedir (Kooiman, 1998). Bu görüşü savunan araştırmacılar pek çok psikolojik özelliğin doğası gereği öz-bildirim ölçekleriyle değerlendirilmeye uygun olmamasını görüşlerinin dayanak noktası olarak sunmaktadırlar (Hiller ve ark., 2010; Kirmayer ve ark., 2004; Wileman ve ark., 2002). Bununla birlikte bu çalışmadaki araştırmacıların BBBDÖ ile daha fazla değişkenin ilişkisini ortaya koyabilmek adına bu türden bir araştırma için görece uzun sayılabilecek bir bataryayı katılımcılara sunmasının da tartışmaya açık olduğu söylenebilir. Bu bağlamda hastane ortamında yürütülen bir çalışma için katılımcılara sunulan bataryanın doldurulmasının ortalama bir saat sürmesinin özellikle yorgunluk etkisi dolayısıyla katılımcıların ölçeklere ilişkin cevaplarını etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir.

Son olarak bu çalışmanın örnekleminin seçilme yönteminin de araştırmanın kısıtlılıkları bağlamında tartışılabilmesi düşünülmektedir. Daha önce ifade edildiği üzere mevcut çalışmada katılımcılara beş farklı sağlık kuruluşunun yedi farklı birimine başvuran hastalar arasından uygun olanlarının çalışmaya destek veren klinisyenler tarafından yönlendirilmesiyle ulaşılmıştır. Çalışmada her ne kadar veri toplama sürecinin standart hale gelmesi için klinisyenlere gerekli açıklamalar yazılı ve sözlü

olarak yapılmış olsa da katılımcıların klinisyenlerin yönlendirmesiyle araştırmaya dahil edilmesi çalışmaya destek veren 10 klinisyenin öznel yargılarının da hesaba katılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu noktada First (2014) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye Elbir ve arkadaşları (2019) tarafından kazandırılan DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme'nin (SCID-5) kullanılarak tanısal geçerliğin ve güvenilirliğin artırılması yoluyla çalışmaya destek veren klinisyenlerin öznel yargılarının minimize edilmesini sağlamak karşımıza önemli bir seçenek olarak çıksa da (Segal ve ark., 2006); mevcut çalışmada katılımcılarının elde edilmeye başlanmasının 2018 Şubat ayı olmasının araştırmacıların bu önemli opsiyonu kullanmalarına imkan tanımadığı da belirtilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Birtakım kısıtlılıklarına rağmen bu tez çalışmasında elde edilen bulguların somatizasyonun güncel tanısal temsillerinden BBB'nin tespit edilmesi ve ele alınışı noktasında önemli klinik sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu bölümde mevcut çalışmanın güçlü yanları ve önemli bulguları geleceğe yönelik öneri ve tahminler bağlamında özetlenecektir.

Klinik somatizasyona ilişkin güncel gelişmeler Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar (BBBİB) ana tanı grubunda yer alan BBB vakalarının uzman doktorların ne sadece “tıbbi” hastalıklarda fiziksel muayene ya da tıbbi araştırmaları sonucunda elde ettikleri “tıbben açıklanabilir” ne de sadece klasik tanımlamayla Somatizasyon Bozukluğu (SB) ile birlikte çeşitli Psikosomatik Hastalıklarda elde edebildikleri “tıbben açıklanamayan” bulgularla ele alınabileceğini göstermektedir. Bu durum ise daha önce ifade edildiği üzere klasik somatizasyon anlayışına ait örnekleme yöntemlerini geçersiz kılmakta ve bu vakaların nasıl ele alınabileceğine ilişkin önemli bir problemin doğmasına neden olmaktadır (Toussaint ve ark., 2016). Nitekim uluslararası literatürde dahi ortaya konulan klinik somatizasyon çalışmalarına bakıldığında bu çalışmaların DSM-5'in alana getirdiği yeni yaklaşıma ayak uyduramadığı ve söz konusu vakaların özellikle psikolojik boyutunu temsil eden BBB tanısının B kriterinin değerlendirilmesini ve ele alınmasını kolaylaştıracak ölçme araçları ve yöntemleri konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Buna paralel Türkiye’de de DSM-5 BBB tanısının B kriterinin ele alınmasını kolaylaştıracak herhangi bir ölçüm aracına rastlanmadığı vurgulanmalıdır. Ayrıca kültürel yapılanmaların kendi içerisinde çeşitli sosyal ve psikolojik durumları bedensel belirtilerle ve hastalık algısıyla entegre ederek kendi somatizasyon yaşantısını oluşturması (Lanzara ve ark., 2019) da bu klinik görüngüde kültüre özgü ölçüm araçlarına duyulan ihtiyacı gözler önüne sermektedir. Bu bilgiler ışığında söz konusu çalışmada klinik somatizasyon alanının hali hazırdaki en önemli sorunlarının başında gelen BBB tanılı vakaların özellikle psikolojik açıdan tespit edilmesi problemine (Henningsen ve ark., 2007) katkı sunacak, Türk kültürüne özgü bir klinik

somatizasyon ölçeği olarak “Bedensel Belirti Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” (BBBDÖ) isimli bir ölçüm aracının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Daha önce bahsedildiği üzere bu çalışmada BBBDÖ’nün yapı geçerliği, faktör yapısının model uyumunun Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile sınanması, ölçüt bağımlı geçerliği ve iç tutarlılık güvenirliği çalışmaları İstanbul, Ankara ve Mersin’deki beş farklı sağlık kuruluşunun yedi farklı birimindeki 10 klinisyenin yönlendirmesiyle elde edilen 314 BBB hastasından elde edilen veriler ile gerçekleştirilmiştir. Bu örneklem büyüklüğü faktör analizi yapmak için literatürce kabul edilen örneklem sayısının 100’ün üstünde olması ve analize sokulacak madde sayısının beş katını aşması kriterleri açısından yeterli görünmektedir (Ho, 2006). Ayrıca bu çalışmada BBB’li hastaların beş farklı klinikten elde edilmesinin APA’nın DSM-5 ile tamamen yenilediği klinik somatizasyon anlayışının temsillerinin başında gelen BBB tanısını yansıtmak adına da önemli bir özellik olduğu düşünülmektedir (Guidi ve ark., 2013). Bu nitelikteki bir örneklem ile mevcut çalışmanın yürütülmesinin BBB’yi daha doğru ve bütüncül ele almayı sağlayarak elde edilen sonuçların genellenebilirliğini arttırdığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda BBBDÖ’ye ilişkin bulgulara yapı geçerliği özelinde bakıldığında analize sokulan 59 maddeden ilk aşamadaki madde analiziyle bir ve daha sonra altı aşamada gerçekleştirilen Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile 25 olmak üzere toplamda 26 maddenin çıkarılmasıyla elde kalan 33 maddeye yedinci aşamada uygulanan üç faktöre zorlayıcı faktör analizi ölçeğin tıpkı DSM-5 BBB tanısının psikolojik özelliklerinin tanımlandığı B kriterinde olduğu gibi Bilişsel, Duygusal ve Davranışsal olarak isimlendirilen üç faktörden oluştuğu görülmüştür. Buna ek olarak BBBDÖ’ye ilişkin söz konusu üç faktörlü yapının doğrulanması amacıyla sekizinci aşamada literatürün klasik yöntemlerle yürütülen faktör analizine göre daha güçlü sonuçlar verdiğini belirttiği (Floyd ve Widaman, 1995; Stapleton, 1997) Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile ek bir DFA yürütülmüştür. Bu doğrultuda YEM ile yürütülen DFA’dan elde edilen düzeltme önerileri uygulanmış ve sonuçlar BBBDÖ’nün üç faktörlü yapısına ilişkin modelin uyum iyiliği istatistiklerinin genel itibarıyla kabul edilebilir uyum ölçütlerini karşıladığını göstermiştir. Bu noktada

mevcut çalışmada gerek yapı geçerliği analizlerine fazla sayıda maddenin dahil edilerek aşamalı bir faktör analizi süreci yürütülmesinin gerekse BBBDÖ'ye ilişkin DSM-5 BBB tanısının B kriterinde olduğu gibi üç faktörlü bir yapının elde edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada 314 BBB hastası üzerinden gerçekleştirilen bir başka analiz de ölçüt bağımlı geçerliktir. Hastaların BBBDÖ ve alt ölçeklerinden elde ettikleri puanların sağlık anksiyetesi, depresyon, anksiyete, somatizasyon, semptom yorumlama, hastalık davranışları ve bedensel duyuları abartma düzeylerini ölçen toplam 15 ölçümden elde ettikleri puanlarla ilişkisine bakılmış ve elde edilen bilgilerin literatürden elde edilen bulgu ve kuramlarla uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Her ne kadar ölçüt bağımlı geçerlik bağlamında BBBDÖ ile literatürün dolaylı da olsa ilişkili olduğuna işaret ettiği çok sayıda değişkenle ilişkilerine bakılmış olsa da bu analizlerin en önemli dezavantajı BBBDÖ ile aynı yapıları ölçen herhangi bir ölçekle ilişkisine bakılamamasıdır. Daha önce bahsedildiği üzere bu dezavantaja neden olan durum ise literatürde zaten BBBDÖ ile aynı mahiyette tek ölçek olması ve bu ölçeğin daha önce Türkçe'ye kazandırılmamış olmasıdır. Dolayısıyla bu çalışma ile geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konan BBBDÖ'nün ülkemizde gerçekleştirilecek hem DSM-5 BBB tanısına hem de klinik somatizasyona yönelik gelecek çalışmalarda önemli bir ölçüt vazifesi göreceği tahmin edilmektedir.

Yine bu çalışmadaki BBB grubuyla gerçekleştirilen bir başka analiz ise iç tutarlılık güvenilirliğidir. Bu doğrultuda yürütülen analizler BBBDÖ ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının .89 ile .94 arasında değiştiğini ortaya koymuştur. BBBDÖ'nün yüksek düzeyde iç tutarlılık gösterdiğine (Murphy ve Davidshofer, 1988) işaret eden bu sonuçların ayrıca literatürde aynı mahiyette geliştirildiği tespit edilen SSD-12 ile de uyumlu olduğu görülmüştür (Toussaint ve ark., 2016). Ek olarak bu çalışmada BBBDÖ'nün test-tekrar test güvenilirliği de ölçeğin 73 katılımcıya iki hafta arayla uygulanmasıyla elde edilmiştir. Elde edilen bulgular BBBDÖ'nün iki hafta arayla uygulanmasından elde edilen korelasyonun ölçeğin zamana karşı değişmezliğini gösterir şekilde (Fraenkel ve ark., 2011) .76 ile .83 arasında değiştiğini göstermiştir. Bu sonuçlara hem güvenilirliğin ölçme aracıyla

birlikte ölçüme dair de bir özellik olduğu (Bademci, 2007) hem de literatürde BBBDÖ ile aynı amaçla Türkçe olarak geliştirilen başka bir ölçek olmadığı açılarından yaklaşıldığında BBBDÖ'nün güvenilirliğinin farklı örneklemelerde test edilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Öte yandan bu çalışmanın ayırt edici geçerliği ise BBB grubundan elde edilen 40 BBB hastasıyla yaş, eğitim ve cinsiyet açısından bire bir eşleştirilen 40 sağlıklı katılımcının oluşturduğu toplamda 80 kişilik bir örneklem ile test edilmiştir. Sonuçlar BBB'li hastaların BBBDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının bu hastalarla bire bir eşleştirilen sağlıklı katılımcılardan anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermiş ve bu durum BBBDÖ ve alt ölçeklerinin BBB'li olan ve olmayan iki grubu ayırt ettiğine dolayısıyla yüksek düzey ayırt ediciliğe sahip olduğuna kanıt olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ayırt edici geçerlik için kullanılan ve istatistiksel açıdan zaten çok güçlü bir analiz olan Eşleştirilmiş Örneklem t-testinde iki grubun birbiriyle eşleştirilmesiyle oluşan veri çiftleri sayısının 30'dan fazla olmasının bu testten elde edilen bulguların gücünü olumlu yönde arttırmasının (Hansen, 2005) da bulguların genellenebilirliğini yükselten önemli bir özellik olduğu dikkati çekmektedir.

Bu sonucun klinik açıdan önemli doğurguları olabileceği düşünülmektedir. BBBDÖ'nün BBB'li olan ve olmayan grupları ayırt edebildiğinin gösterilmesi bu ölçeğin BBB'li hastaların ne düzeyde bir hastalık yaşantısına sahip olduklarını göstermekle kalmayarak klinik ortamlarda tespit edilmesine de katkı sunacağına işaret etmektedir. Her ne kadar DSM-5 BBB tanısı sadece BBBDÖ'nün ölçümlendiği bilişsel, duygusal ve davranışsal özelliklerden ibaret olmasa da Rief ve arkadaşlarının (2017) DSM-5 BBB tanısının en önemli bileşeninin B kriterindeki psikolojik özellikler olduğunu belirten görüşleri bu yöndeki tespitimizi destekler niteliktedir. Bunun yanında literatürde BBB'li hastaların tespit edilmesinde birden fazla ölçek kullanmayı öneren araştırmacılar da mevcuttur. Örneğin Laferton ve arkadaşları (2017) 12 aylık izlem sonucunda bu hastaların somatizasyon, depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçümlemek için kullanılabilecek Hasta Sağlık Anketi'ni (HSA), sağlık anksiyetelerini ölçümlemek için kullanılabilecek Whiteley İndeksi'ni (WI-7) ve hastalık davranışlarını ölçümlemek için kullanılabilecek Hastalık Davranışlarını

Değerlendirme Ölçeği'ni (HADDÖ) bir arada kullanmanın BBB tanısının güvenilirliğini az da olsa arttırdığını bulgulamıştır. Bu doğrultuda görüş bildiren başka bir araştırmacı grubu ise BBBDÖ ile aynı mahiyette geliştirildiğini tespit ettiğimiz SSD-12'nin yanında HSA'nın kullanılmasının BBB'li hastaların daha yüksek bir doğruluk payıyla tespit edilmesini sağlayacağını öne sürmektedir (Toussaint ve ark., 2020). Bu bilgiler ışığında gelecek çalışmalar için BBBDÖ ve diğer klinik somatizasyon ölçeklerinden elde edilen puanların bu konuda uzman psikiyatristlerin yürüteceği yapılandırılmış görüşmeler neticesinde koydukları tanımlar üzerindeki yordayıcılık güçlerinin karşılaştırmalı bir şekilde incelenmesi önerilmektedir.

Mevcut çalışmanın örneklem sayısı ve niteliği açısından gücünü test-tekrar test analizlerinin 73 kişilik üniversite öğrencisi örneklemiyle gerçekleştirilmesinde de görmek mümkündür. Sonuçlar BBBDÖ'nün 73 kişilik bu örnekleme iki hafta arayla uygulanmasından elde edilen ölçümler arasındaki korelasyonun BBBDÖ ve alt ölçekleri için .76 ile .83 arasında değiştiğini göstermiştir. Bu analiz ile elde edilen korelasyonun .70'in üzerinde olması BBBDÖ'nün yeterli test-tekrar test güvenilirliği değerlerini karşılayarak zamana karşı değişmezliğinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Domino ve Domino, 2006; Fraenkel ve ark., 2011; Leech ve ark., 2005). Bu bilgilerin kıyaslanması amacıyla SSD-12'ye bakıldığında ise ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelendiği üç çalışmada da test-tekrar test güvenirliliğine yönelik herhangi bir analiz yürütülmediği ve bu durumun araştırmacılar tarafından çalışmalarının bir eksikliği olarak belirtildiği görülmüştür (Toussaint ve ark., 2016; Toussaint ve ark., 2017; Toussaint ve ark., 2018). Bu noktada BBBDÖ'nün literatürde aynı mahiyette geliştirildiği tespit edilen SSD-12'nin aksine önemli test-tekrar test bulgularına sahip olmasının çalışmamızın değerli bir üstünlüğü olarak görüldüğü vurgulanmalıdır. Her ne kadar çalışmamızda iki hafta arayla elde edilen ölçümlerin test-tekrar test için kullanılması önemliyse de ileriki çalışmalarda BBBDÖ'nün uzun dönemli sonuçlarının görülebileceği boylamsal çalışmalara da ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda doğası gereği zaten çok disiplinli (multidisipliner) bir şekilde ele alınması gereken klinik somatizasyonun (Bunge, 2010) DSM-5'deki en önemli temsili olan BBB'nin B kriterine ait psikolojik özelliklerin ve bu psikolojik

özelliklere yönelik BBBDÖ ölçümlerinin değişime duyarlılığının farklı disiplinlerin de katkısıyla boylamsal olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Öte yandan BBBDÖ'ye ilişkin sonuçların klinik yansımalarının doğru değerlendirilebilmesi için DSM-5'in somatizasyon anlayışına yönelik tanısal ve kuramsal bir tartışma yürütmek de yerinde olacaktır. Daha önce ifade edildiği üzere bu çalışma DSM-5'in klinik somatizasyona yönelik ortaya koyduğu revizyonlar neticesinde tıbben açıklanabilir/açıklanamaz dikotomisini (ikilliliğini) devre dışı bırakan bir anlayışla gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda çalışmamızda BBB'li hastaların oluşturduğu esas araştırma grubu sağlık kuruluşlarının psikiyatri birimi dışındaki birimlerinden de hastalara ulaşılarak elde edilmiştir. Mevcut çalışmanın güncel psikiyatrik tanılama sistemi DSM-5'in BBB anlayışına uygun bir şekilde yürütülmesi literatürdeki çalışmalara göre önemli bir üstünlüğü olarak dikkati çekse de DSM-5 BBB tanısının APA tarafından ortaya konduğu 2013 yılından itibaren birtakım eleştirilere de maruz kaldığı görülmektedir (Katz ve ark., 2015; Rief ve Martin, 2014). Bunlar arasında da APA'nın DSM-5'te BBBİB ana tanı grubu içerisine dahil ettiği "Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler" (DSDERE) tanısının BBB tanısı ile yeterince ayrılmadığını ve bu iki tanının aynı tanı altında birleştirilmesi gerektiğini vurgulayan eleştirinin çalışmamız açısından önemli olduğu düşünülmektedir (Katz ve ark., 2015; Moldovan ve ark., 2015). Belirtilerin tıbben açıklanabilir/açıklanamaz oluşunun önemli olmadığı ve bedensel belirtilere yönelik aşırı düzeyde düşünce, duygu ve davranış ile karakterize BBB tanısından farklı olarak DSDERE tanısı net tıbbi hastalığın varlığında olması gerekenden az düşünsel, duygusal ve davranışsal odaklanma ile kendini göstermektedir (Duruk ve Sertel-Berk, 2019). Özellikle DSDERE tanısının içeriğine bakıldığında bu tanının klinik somatizasyona ilişkin durumların büyük bir bölümünü kapsayan BBB tanısının Psikosomatik Hastalıklarla bağlantısının kurulmasına yardımcı olacağı görülmektedir. Bu bağlamda BBB'nin salt tıbbi hastalıklarla ve bu hastalıkların yarattığı psikosomatik durumlarla daha doğru bir bağlantı kurabilmesinin DSDERE ile birleştirilmesinden geçtiği ve bu yolla oluşacak yeni tanının bugünkü BBB tanısına göre çok daha fazla zihin-beden bütünlüğü anlayışını yansıtacağı düşünülmektedir (Katz ve ark., 2015). Nitekim son yıllarda giderek artan sayıdaki araştırmacı da söz konusu iki tanının

Fonksiyonel Somatik Sendrom üst tanısı altında birleştirilerek (Burton ve ark., 2020; Duruk ve ark., 2015) sonraki DSM versiyonunda bu haliyle yer alması gerektiğini belirtmektedir (Desai ve ark., 2018; Duruk, 2013). Bu doğrultuda gelecekteki çalışmaların literatürün BBB ile entegrasyonunun altını çizdiği DSDERE tanısına dair ölçüm araçları geliştirmeye odaklanması önerilmektedir.

Son olarak bu çalışmada BBBDÖ'ye ilişkin elde edilen sonuçların daha doğru klinik yansımalarının olabilmesinde önemli bir başka değişken olarak görülen hasta-doktor etkileşiminden bahsedilmelidir. Sosyokültürel bir öge olarak değerlendirilen hasta-doktor iletişiminin gerek bu hastaların semptomlarını algılayışlarında gerekse doktorların onları ele alışlarında önemli olduğu belirtilmektedir (Henningsen, 2018; Kornelsen ve ark., 2016). Hasta ve doktorun kişilik özellikleri, hastada klinik somatizasyonun yanında diğer psikopatolojik bozukluğun ya da tıbbi hastalığın varlığı ve tedavi ortamı gibi özelliklerden de etkilenen hasta-doktor iletişimi hasta ile doktorun hastalığın kaynağına ve seyrine ilişkin bakış açısı farklılıklarından da oldukça etkilenmektedir (Lee ve ark., 2015). Her ne kadar zihin-beden düalizmini ortadan kaldırmak adına DSM-5 ile söz konusu vaka gruplarına yönelik revizyonlar yapılmış olsa da toplumsal düzeyde bu türden köklü değişimlerin gerçekleşmesi için uzun yıllara ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde, bu durumun gerek hastaların “hastalıklarını” gerekse doktorların “hastalarını” ele alışına henüz yansımamış olması beklendik bir sonuçtur. Süregiden “fiziksel belirtinin fiziksel bir sebebi olmalı” yönündeki bakış açısı söz konusu hastalarla karşılaşan doktorun ya bu hastalar için fazla sayıda ve gereksiz tetkik istemesine ya da bir süreden sonra hastanın belirtilerinin “hayali” olduğu imasıyla onu psikiyatriste yönlendirmesine neden olmaktadır (Akt. Duruk, 2013). Diğer taraftan belirtilerinin biyolojik/fizyolojik olduğuna yönelik yüksek düzey inançlarından dolayı bu hastalar da problemin belirtilerine “biyolojik” bir açıklama getirmekte zorlanan doktor kaynaklı olduğunu düşünürler ve kendilerine ihtiyaç duydukları biyolojik açıklamayı yapacak başka bir doktor arayışına girerler (Akt. Duruk, 2013). Bu bağlamda klinik somatizasyona ilişkin tıp pratiği belirtileri için biyolojik çözümler arayan vakalar ile onları bir an önce psikiyatri servisine yönlendirme arzusunda olan doktorlar arasında sıkışmış görünmektedir (Duruk ve Sertel-Berk, 2019). Bu durum ise ilgili vaka gruplarıyla yürütülen çalışmalarda hasta-

doktor iletişiminin söz konusu boyutunun da gözden kaçmaması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Nitekim bu çalışmada BBBDÖ'ye ilişkin yapı geçerliği analizlerinde madde havuzundan istatistiki olarak en fazla maddenin (N=12) çıkarıldığı Duygusal Faktörlere ilişkin maddelere bakıldığında bunların %75'inin (N=9) BBB hastalarının doktorlarıyla iletişimlerinde ve ilişkilerinde yaşadıkları duygulara yönelik olduğu görülmektedir. Bu tespite BBB'li hastaların duygu düzenlemede (van Dijke, 2018) ve doktorlarıyla ilişkilerinde yaşadıkları problemlerin (Fritzsche, 2020) birbiriyle olan kesişmelerini yansıtır olabileceği kabulüyle bakıldığında, bu hastaların ele alınışında hasta-doktor iletişimlerini çalışmanın önemi bir kez daha açığa çıkmaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında BBB'li hastaların bedensel belirtilerinin değerlendirilmesini hedefleyen ileriki çalışmalar için bu hastaları takip eden doktorlarının hem hastaya hem de hastanın belirtilerine yönelik görüşlerinin de işin içine katılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- ABDOLMOHAMADI, K., SEYED POURMAND, N.S., BABAPOUR KHEYRADIN, J.: 2017 "The Somatization Predictions Derived From Personal Characteristics", **International Journal of Behavioral Sciences**, 11/3, 86-89.
- ACKERMAN, K.D., DIMARTINI, A.F.: 2015 **Psychosomatic Medicine**, New York, Oxford University Press.
- ADER, R., COHEN, N.: 1975 "Behaviorally Conditioned Immunosuppression", **Psychosomatic Medicine**, 37/4, 333-40.
- ADER, R.: 1981 **Psychoneuroimmunology**, Academic Press.
- ALEXANDER, F.G., SELESNICK, S.T.: 1966 **The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to The Present**, New York, Harper and Row.
- ALEXANDER, F.G.: 1939 "Psychological Aspects of Medicine", **Psychosomatic Medicine**.
- ALEXANDER, F.: 1962 "The Development of Psychosomatic Medicine", **Psychosomatic Medicine**, 24/1, 13-24.

- AL-KRENAWI, A., GRAHAM, J.R.: 2004 "Somatization Among Bedouin-Arab Women: Differentiated by Marital Status", **Journal of Divorce & Remarriage**, 42/1-2, 131-143.
- ALLEN, L.A., WOOLFOLK, R.L.: 2013 "Somatization and Conversion Disorders", **The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy**, Ed. Hofmann, S.G., Dozois, D.J., Rief, W.E., Smits, J.A., Wiley-Blackwell, 505-24.
- ALTINBİLEK, T.: 2015 "Klinik Psikonöroimmünoloji", **İntegratif Tıp Dergisi**, 3/2, 55.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): 1952 **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (DSM-I)**, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): 1968 **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II)**, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): 1980 **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)**, Washington DC, American Psychiatric Association Publishing.

AMERICAN PSYCHIATRIC
ASSOCIATION (APA).: 1987

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R), Washington DC, American Psychiatric Association Publishing.

AMERICAN PSYCHIATRIC
ASSOCIATION (APA).: 1994

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association Publishing.

AMERICAN PSYCHIATRIC
ASSOCIATION (APA).: 2000

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®), Washington DC, American Psychiatric Association Publishing.

AMERICAN PSYCHIATRIC
ASSOCIATION (APA).: 2013

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), Ed. American Psychiatric Association, Arlington VA, American Psychiatric Publishing.

ANAGNOSTOPOULOS, F.,
BOTSE, T.: 2016

“Exploring The Role of Neuroticism and Insecure Attachment in Health Anxiety, Safety-Seeking Behavior Engagement, and Medical Services Utilization: A Study Based on An Extended Interpersonal Model of Health Anxiety”, **SAGE Open**, 6/2, 2158244016653641.

- ARAGONA, M.,
MONTEDURO, M.D.,
COLOSIMO, F., MAISANO,
B., GERACI, S.: 2008
“Effect of Gender and Marital Status on
Somatization Symptoms of Immigrants from
Various Ethnic Groups Attending a Primary
Care Service”, **German J Psychiatry**, 11/2,
64-72.
- ARMSTRONG, D.M.: 2018
**The Mind-Body Problem: An Opinionated
Introduction**, Routledge.
- ARONSON, K.R., BARRETT,
L. F., QUIGLEY, K.S.: 2001
“Feeling Your Body or Feeling Badly:
Evidence for The Limited Validity of The
Somatosensory Amplification Scale As An
Index of Somatic Sensitivity”, **Journal of
Psychosomatic Research**, 51/1, 387-94.
- ASAAD, G.: 2013
**Psychosomatic Disorders: Theoretical and
Clinical Aspects**, Routledge.
- ASBRING, P., NARVANEN,
A.L.: 2002
“Women's Experiences of Stigma in Relation
to Chronic Fatigue Syndrome and
Fibromyalgia”, **Qual Health Res**, 12/2, 148-
60.
- ASLAN YAŞAR, G.: 2011
“Ortaçağdan Günümüze ‘Modernite’:
Doğuşu ve Doğası”, **Adıyaman Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2011/7,
10-26.

- AXELSSON, E.,
ANDERSSON, E.,
LJÓTSSON, B., WALLHED
FINN, D., HEDMAN, E.: 2016
“The Health Preoccupation Diagnostic Interview: Inter-Rater Reliability of A Structured Interview for Diagnostic Assessment of DSM-5 Somatic Symptom Disorder and Illness Anxiety Disorder”, **Cognitive Behaviour Therapy**, 45/4, 259-69.
- BADEMCI, V.: 2007
Ölçme ve Araştırma Yöntembiliminde Paradigma Değişikliği: Testler Güvenilir Değildir, Ankara, Yen-Yap Yayınları.
- BAILEY, R., WELLS, A.: 2013
“Does Metacognition Make A Unique Contribution to Health Anxiety When Controlling for Neuroticism, Illness Cognition, and Somatosensory Amplification?”, **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 27/4, 327-37.
- BAKSAK, B., ÇEVİK, A.: 2007
“Somatizasyonun Kültürel Boyutları”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 9, 50-57.
- BALTAŞ, A., BALTAŞ, Z.: 2000
Stres ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul, Remzi Kitapevi.
- BALTAŞ, Z.: 2012
Sağlık Psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitapevi.

- BARSKY, A.J., WYSHAK, G.: 1990
“Hypochondriasis and Somatosensory Amplification”, **The British Journal of Psychiatry**, 157/3, 404-09.
- BARSKY, A.J., CLEARY, P. D., KLERMAN, G.L.: 1992
“Determinants of Perceived Health Status of Medical Outpatients”, **Social Science & Medicine**, 34/10, 1147-54.
- BARSKY, A.J., GOODSON, J. D., LANE, R.S., CLEARY, P.D.: 1988
“The Amplification of Somatic Symptoms”, **Psychosomatic Medicine**, 50/5, 510-19.
- BARSKY, A.J., ORAV, E.J., BATES, D.W.: 2006
“Distinctive Patterns of Medical Care Utilization in Patients Who Somatize”, **Medical Care**, 803-11.
- BARSKY, A.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.
- BARSKY, A.J., WYSHAK, G., KLERMAN, G.L.: 1990
“The Somatosensory Amplification Scale and Its Relationship to Hypochondriasis”, **Journal of Psychiatric Research**, 24/4, 323-34.
- BAYKUL, Y.: 2015
Eğitimde ve Psikolojide Ölçme: Klasik Test Teorisi ve Uygulaması, Pegem Akademi.

BEAUMONT, W., OSLER,
W.: 1996

**Experiments and Observations on The
Gastric Juice and The Physiology of
Digestion**, New York, Dover Publications.

BEDER, J.: 2013

**Hospital Social Work: The Interface of
Medicine and Caring**, New York,
Routledge.

BELL, V., OAKLEY, D.A.,
HALLIGAN, P.W., DEELEY,
Q.: 2011

“Dissociation in Hysteria and Hypnosis:
Evidence From Cognitive Neuroscience”,
**Journal of Neurology, Neurosurgery &
Psychiatry**, 82/3, 332-39.

BENER, A., VERJEE, M.,
DAFEEAH, E.E., FALAH, O.,
AL-JUHAISHI, T.,
SCHLOGL, J., SEDEEQ, A.,
KHAN, S.: 2013

“Psychological Factors: Anxiety,
Depression, and Somatization Symptoms in
Low Back Pain Patients”, **Journal of Pain
Research**, 6, 95.

BERKELEY, G.: 1996

İnsan Bilgisinin İlkeleri Üzerine, Çev. Halil
Turan, Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları.

BINGER, C.A.L.: 1966

**Revolutionary Doctor: Benjamin Rush,
1746-1813**, New York, Norton.

- 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, 606-13.
- BOWER, P., WEST, R., TYLEE, A., HANN, M.: 2000
 “Symptom Attribution and The Recognition of Psychiatric Morbidity”, **Journal of Psychosomatic Research**, 48/2, 157-60.
- BRAGAZZI, N.L., DEL PUENTE, G., NATTA, W.M.: 2014
 “Somatic Perception, Cultural Differences and Immigration: Results From Administration of The Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) to A Sample of Immigrants”, **Psychology Research and Behavior Management**, 7, 161.
- BRONSTEIN, C.: 2012
 “Psikosomatik Üzerine: Anlam Arayışı”, **Uluslararası Psikanaliz Yıllığı**, Ed. Bella H., İstanbul, Sel Yayıncılık, 161-84.
- BROWN, T.A.: 2015
Confirmatory Factor Analysis for Applied Research, Guilford Publications.
- BROWN, T.M.: 2018
 “Descartes, Dualism, and Psychosomatic Medicine”, **Anatomy of Madness Vol 1**, Routledge, 40-62.

BRUNO, F.: 1996

Psikoloji Tarihine Giriş, Çev. Gül Sevdiren, İstanbul, Kıbele Yayınevi.

BUMIN, T.: 2003

Tartışılan Modernlik: Descartes ve Spinoza, İstanbul, YKY.

BUNGE, M.: 2010

“The Mind-Body Problem”, **Matter and Mind: A Philosophical Inquiry**, Springer Science & Business Media.

BURGER, A.J., LUMLEY, M.A., CARTY, J.N., LATSCH, D.V., THAKUR, E.R., HYDE-NOLAN, M.E., HIJAZI, A.M., SCHUBINER, H.: 2016

“The Effects of A Novel Psychological Attribution and Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary, Uncontrolled Trial”, **Journal of Psychosomatic Research**, 81, 1-8.

BURTON, C., FINK, P., HENNINGSEN, P., LÖWE, B., RIEF, W.: 2020

“Functional Somatic Disorders: Discussion Paper for A New Common Classification for Research and Clinical Use”, **BMC Medicine**, 18/1, 1-7.

CAMPO, J.V., BRIDGE, J., LUCAS, A., SAVORELLI, S., WALKER, L., DI LORENZO, C., IYENGAR, S., BRENT, D.A.: 2007

“Physical and Emotional Health of Mothers of Youth with Functional Abdominal Pain”, **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, 161/2, 131-37.

CAN, A.: 2018

SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi, Ankara, Pegem Akademi, 001-429.

CANNON, W.B.: 1927

“The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory”, **The American Journal of Psychology**, 39/1/4, 106-24.

CARLSON, C.R., MILLER C.S., REID K.L.: 2000

“Psychosocial Profiles of Patients with Burning Mouth Syndrome”, **Journal of Orofacial Pain**, 14, 59-64.

ÇAPIK, C.: 2014

“Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 17/3, 196-205.

CEVİZCİ, A.: 2010

Felsefe Tarihi: Thales’ten Baudrillard’a, 2. bs., İstanbul, Say Yayınları.

CHAN, S.: 2001

“Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry”, **Hong Kong Journal of Psychiatry**, 11/3, 23-25.

CHATTERJEE, S.S., MITRA, S., GUHA, P., CHAKRABORTY, K.: 2015

“Prevalence of Restless Legs Syndrome in Somatoform Pain Disorder and Its Effect on Quality of Life”, **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, 6/02, 160-64.

CHOUNG, R., RICHARD LOCKE III, G., SCHLECK, C., ZINSMEISTER, A., TALLEY, N.: 2017

“Multiple Functional Gastrointestinal Disorders Linked to Gastroesophageal Reflux and Somatization: A Population-Based Study”, **Neurogastroenterology & Motility**, 29/7, E13041.

ÇİLLİ, A.S., KAYA, N., BODUR, S., ÖZKAN, İ., KUCUR, R.: 2004

“Ev Kadınlarında ve Çalışan Evli Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması”, **Genel Tıp Dergisi**, 14/1, 1-5.

CLAASSEN-VAN DESSEL, N., VAN DER WOUDE, J.C., DEKKER, J., VAN DER HORST, H.E.: 2016

“Clinical Value of DSM-IV and DSM-5 Criteria for Diagnosing The Most Prevalent Somatoform Disorders in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS)”, **Journal of Psychosomatic Research**, 82, 4-10.

COATS, E.J., FELDMAN, R.S.: 1996

“Can Your Mind Heal Your Body?”, **Classic and Contemporary Readings in Social Psychology**, Ed. Erick J.C. and Robert S. F., New Jersey, Prentice Hall, 108-15.

- ÇOKLUK, Ö.,
ŞEKERCİOĞLU, G.,
BÜYÜKÖZTÜRK, Ş.: 2018
“Açımlayıcı Faktör Analizi”, **Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları**, Ankara, Pegem Akademi, 001-414.
- CRAIG, T., BOARDMAN, A.,
MILLS, K., DALY-JONES,
O., DRAKE, H.: 1993
“The South London Somatisation Study: I: Longitudinal Course and The Influence of Early Life Experiences”, **The British Journal of Psychiatry**, 163/5, 579-88.
- CRAIG, T., COX, A., KLEIN,
K.: 2002
“Intergenerational Transmission of Somatization Behaviour: A Study of Chronic Somatizers and Their Children”, **Psychological Medicine**, 32/5, 805-16.
- CRAIG, T., DRAKE, H.,
MILLS, K., BOARDMAN, A.:
1994
“The South London Somatisation Study: II. Influence of Stressful Life Events, and Secondary Gain”, **The British Journal of Psychiatry**, 165/2, 248-58.
- CRANDALL, J.E.: 1980
“Adler’s Concept of Social Interest: Theory, Measurement and Implications for Adjustment”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 39, 481-495.
- CREED, F.H., DAVIES, I.,
JACKSON, J.,
LITTLEWOOD, A., CHEW-
GRAHAM, C., TOMENSON,
B., MACFARLANE, G.,
“The Epidemiology of Multiple Somatic Symptoms”, **Journal of Psychosomatic Research**, 72/4, 311-17.

BARSKY, A., KATON, W.,
MCBETH, J.: 2012

CREED, F.: 2006

“Should General Psychiatry Ignore
Somatization and Hypochondriasis?”,
World Psychiatry, 5/3, 146.

CRONBACH, L.J.: 1990

Essentials of Psychology Testting, New
York, Harper and Row Publishers.

DAĞ, İ.: 1991

“Reliability and Validity of The Turkish
Form of The SCL90-R”, **Türk Psikiyatri
Dergisi**, 2, 5-12.

DE GUCHT, V.: 2003

“Stability of Neuroticism and Alexithymia in
Somatization”, **Comprehensive Psychiatry**,
44/6, 466-71.

DE LACY, P.: 2005

**On The Doctrines of Hippocrates and
Plato: Books I–V**, Berlin, Akademie.

DEMİRİSOY, C.: 1999

“The MOS-SF-36 Health Survey: A
Validation Study with A Turkish Sample”,
Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi,
Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

DENOVAN, A., DAGNALL,
N., LOFTHOUSE, G.: 2019

“Neuroticism and Somatic Complaints:
Concomitant Effects of Rumination and

Worry”, **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 47/4, 431-45.

DESAI, G., SAGAR, R.,
CHATURVEDI, S.K.: 2018

“Nosological Journey of Somatoform Disorders: From Briquet's Syndrome to Bodily Distress Disorder”, **Indian Journal of Social Psychiatry**, 34/5, 29.

DESCARTES, R.: 1983

Felsefenin İlkeleri, Çev. Mesut Akın, İstanbul, Say Yayinlari.

DIMSDALE, J.E.,
LEVENSON, J.: 2013

“What’s Next for Somatic Symptom Disorder?”, **American Journal of Psychiatry**, 170/12, 1393-95.

DIMSDALE, J.E., CREED, F.,
ESCOBAR, J., SHARPE, M.,
WULSIN, L., BARSKY, A.,
LEE, S., IRWIN, M.R.,
LEVENSON, J.: 2013

“Somatic Symptom Disorder: An Important Change in DSM”, **J Psychosom Res**, 75/3, 223-8.

DIMSDALE, J.E., XIN, Y.,
KLEINMAN, A., PATEL, V.,
NARROW, W.E.,
SIROVATKA, P.J., REGIER,
D.A.: 2009

Somatic Presentations of Mental Disorders: Refining The Research Agenda for DSM-V, American Psychiatric Publishing.

- DOBSON, K.S.: 2010 **Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies**, New York, Guilford Press.
- DOKSAT, K., ÖNEN, B.: 2004 “Sigmund Freud”, **Yeni Symposium**, 42, 60-71.
- DOMINO, G., DOMINO, M.L.: 2006 **Psychological Testing: An Introduction**, Cambridge University Press.
- DÖKMEN, Ü.: 2000 **Farkına Varmak: Yarına Kim Kalacak Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Var Olmak, Gelişmek, Uzlaşmak**, İstanbul, Sistem Yayıncılık.
- DREHER, A., HAHN, E., DIEFENBACHER, A., NGUYEN, M.H., BÖGE, K., BURIAN, H., DETTLING, M., BURIAN, R., TA, T.M.T.: 2017 “Cultural Differences in Symptom Representation for Depression and Somatization Measured By The PHQ Between Vietnamese and German Psychiatric Outpatients”, **Journal of Psychosomatic Research**, 102, 71-77.
- DRINKA, G.F.: 1984 **The Birth of Neurosis: Myth, Malady, and The Victorians**, Simon & Schuster.
- DUDDU, V., ISAAC, M.K., CHATURVEDI, S.K.: 2003 “Alexithymia in Somatoform and Depressive Disorders”, **Journal of Psychosomatic Research**, 54/5, 435-38.

DUDDU, V., ISAAC, M.K.,
CHATURVEDI, S.K.: 2006

“Somatization, Somatosensory Amplification, Attribution Styles and Illness Behaviour: A Review”, **International Review of Psychiatry**, 18/1, 25-33.

DURMAZ, M.: 2010

Bergamalı Lokman Hekim Galenos (Bergama Belleten 18), İzmir, Bergama Kültür ve Sanat Vakfı Yayınları.

DURUK, B., SERTEL-BERK,
H.Ö.: 2019

“Fonksiyonel Somatik Sendromlar ve DSM-5: Zihin Beden Yaklaşımı Açısından Bir Değerlendirme”, **Klinik Psikoloji Dergisi**, 3/2, 116-28.

DURUK, B., SERTEL-BERK,
H.Ö., KETENCİ, A.: 2015

“Are Fibromyalgia and Failed Back Surgery Syndromes Actually ‘Functional Somatic Syndromes’ in Terms of Their Symptomatological, Familial and Psychological Characteristics? A Comparative Study with Chronic Medical Illness and Healthy Controls”, **AĞRI-The Journal of The Turkish Society of Algology**, 27/3, 123-31.

DURUK, B.: 2013

“Fonksiyonel Somatik Sendromlar: Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromlarında Tıbbi Yardım Arama Davranışı ve Belirti Sayısının Psikolojik Yordayıcıları”, **Yüksek Lisans Tezi**,

İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler
Enstitüsü, İstanbul.

ELBİR, M., ALP TOPBAŞ, Ö.,
BAYAD, S., KOCABAŞ, T.,
TOPAK, O.Z., ÇETİN, Ş.,
ÖZDEL, O., ATEŞÇİ, F.,
AYDEMİR, Ö.: 2019

“DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış
Klinik Görüşmenin Klinisyen versiyonunun
Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik
Çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 30/1.

ELLENBERGER, H.F.: 1970

**The Discovery of The Unconscious: The
History and Evolution of Dynamic
Psychiatry**, New York, Basic Books.

ELLIS, A.: 1997

“The Evolution of Albert Ellis and Rational
Emotive Behavior Therapy”, **The Evolution
of Psychotherapy: The Third Conference**,
New York, Brunner/Mazel, 69-78.

ENGEL, G.L.: 1977

“The Need for A New Medical Model: A
Challenge for Biomedicine”, **Science**,
196/4286, 129-36.

ER, N.: 2004

“Günümüz Psikolojisinin Renkleriyle
Çağdaş Psikoloji Portresi”, **Türk Psikoloji
Bülteni**, 10/34-35, 174-83.

ERCAN, İ., İSMET, K.: 2004

“Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik”,
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,
30/3, 211-16.

- ERKUŞ, A.: 2016
“Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I: Temel Kavramlar ve İşlemler”, 3. bs., Ankara, Pegem Akademi.
- ERSOY, M.A.: 1999
“Psikiyatri ve Sosyal Bilimlerin İlişkisi”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 2/4, 230-38.
- ESCOBAR, J.I., BURNAM, M.A., KARNO, M., FORSYTHE, A., GOLDING, J.M.: 1987
“Somatization in The Community”, **Archives of General Psychiatry**, 44/8, 713-18.
- ESCOBAR, J.I., WAITZKIN, H., SILVER, R.C., GARA, M., HOLMAN, A.: 1998
“Abridged Somatization: A Study in Primary Care”, **Psychosomatic Medicine**, 60/4, 466-472.
- EVRENSEL, A., CEYLAN, M.E.: 2016
“Somatic Diseases in Psychiatry: A Philosophical Overview”, **The Journal of Neurobehavioral Sciences**, 3/2.
- EYSENCK, H.J., EYSENCK, S.B.: 1975
Manual of The Eysenck Personality Questionnaire (Adult and Junior), London, Hodder & Stroughton.
- EYSENCK, S.B.G., EYSENCK, H.J., BARRETT, P.: 1985
“A Revised Version of The Psychoticism Scale”, **Personality and Individual Differences**, 6/1, 21-29.

- FABREGA, H.: 1990
 “The Concept of Somatization As A Cultural and Historical Product of Western Medicine”, **Psychosomatic Medicine**, 52/6, 653-672.
- FALYOVA, H.,
 VYSOTCKAYA, H.: 2016
 “Peculiarities of Interconnection of Self-Actualization and Psychopathological Symptomatology of Women and Men From The Crisis Families”, **Modern European Researches**, 1, 11-18.
- FERENCZI, S.: 2018
Final Contributions to The Problems and Methods of Psycho-Analysis, New York, Routledge.
- FERENCZI, S.: 1926
 “Organ Neuroses and Their Treatment”, **Final Contributions to The Problems and Methods of Psycho-Analysis**, Ed. Ferenczi S., London, Hogarth.
- FINK, P., EWALD, H.,
 JENSEN, J., SØRENSEN, L.,
 ENGBERG, M., HOLM, M.,
 MUNK-JØRGENSEN, P.: 1999
 “Screening for Somatization and Hypochondriasis in Primary Care and Neurological In-Patients: A Seven-Item Scale for Hypochondriasis and Somatization”, **Journal of Psychosomatic Research**, 46/3, 261-73.
- FINK, P., ROSENDAL, M.,
 OLESEN, F.: 2005
 “Classification of Somatization and Functional Somatic Symptoms in Primary

- Care”, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 39/9, 772-81.
- FIRST, M.B.: 2014 “Structured Clinical Interview for The DSM (SCID)”, **The Encyclopedia of Clinical Psychology**, 1-6.
- FLOYD, F.J., WIDAMAN, K.F.: 1995 “Factor Analysis in The Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments”, **Psychological Assessment**, 7/3, 286.
- FRAENKEL, J.R., WALLEN, N.E., HYUN, H.H.: 2011 **How to Design and Evaluate Research in Education**, New York, Mcgraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages.
- FRANCIS, L.J., BROWN, L. B., PHILIPCHALK, R.: 1992 “The Development of an Abbreviated form of The Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its Use Among Students in England, Canada, The USA and Australia”, **Personality and Individual Differences**, 13/4, 443-49.
- FREUD, S., BONAPARTE, P.M.: 1954 **The Origins of Psychoanalysis**, London, Imago London.
- FREUD, S., BONAPARTE, M., FREUD, A., KRIS, E.,
- “The Origins of Psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess Drafts and Notes 1887–

MOSBACHER, E., 1902", **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 123/1, 90.
STRACHEY, J.: 1956

FREUD, S.: 1962 "The Aetiology of Hysteria", **The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899)**, Early Psycho-Analytic Publications, 187-221.

FREUD, S.: 1916a "Introductory Lectures on Psycho-Analysis", **Standard Edition**, 15, 16.

FREUD, S.: 1916b "The History of The Psychoanalytic Movement", **Psychoanalytic Review**, 3/4, 406-54.

FREUD, S.: 1957 "The Psycho-Analytic View of Psychogenic Disturbance of Vision", **The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XI (1910): Five Lectures on Psycho-Analysis, Leonardo Da Vinci and Other Works**: Psychoanalytic Electronic Publishing, 209-218.

FREUD, S.: 1989 **On The History of The Psycho-Analytic Movement**, WW Norton & Company.

- FREYMAN, J.G.: 1981 "The Origins of Disease Orientation in American Medical Education", **Preventive Medicine**, 10/6, 663-73.
- FRITZSCHE, K.: 2020 "Somatic Symptom Disorder", **Psychosomatic Medicine**, Springer, 151-71.
- FURST, L.R.: 2012 "Swings of The Historical Pendulum", **Idioms of Distress: Psychosomatic Disorders in Medical and Imaginative Literature**, Ed. Furst L.R, New York, Suny Press.
- GIERK, B., KOHLMANN, S., TOUSSAINT, A., WAHL, I., BRUNAH, C.A., MURRAY, A.M., LOWE, B.: 2015 "Assessing Somatic Symptom Burden: A Psychometric Comparison of The Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)", **J Psychosom Res**, 78/4, 352-5.
- GIRDANO, D.A., DUSEK, D., EVERLY, G.S.: 2005 **Controlling Stress and Tension**, Pearson/Benjamin Cummings.
- GOLDSTEIN, J.E.: 2001 **Console and Classify: The French Psychiatric Profession in The Nineteenth Century**, Chicago, University of Chicago Press.
- GÖREGENLİ, M.: 1995 "Kültürümüz Açısından Bireycilik-Toplulukçuluk Eğilimleri: Bir Başlangıç

- Çalışması”, **Türk Psikoloji Dergisi**, 10/35, 1-14.
- GREEN, B.L.: 1994 “Psychosocial Research in Traumatic Stress: An Update”, **Journal of Traumatic Stress**, 7/3, 341-62.
- GREENBERG, J.S.: 2017 **Comprehensive Stress Management**, Mcgraw-Hill Education.
- GRODDECK, G.: 1960 “The Id: Present, Past—and Future? Harold Feldman”, **Psychoanalytic Review**, 47/2, 3-15.
- GUIDI, J., RAFANELLI, C., RONCUZZI, R., SIRRI, L., FAVA, G.A.: 2013 “Assessing Psychological Factors Affecting Medical Conditions: Comparison Between Different Proposals”, **General Hospital Psychiatry**, 35/2, 141-46.
- GÜLEÇ, H., SAYAR, K.: 2005 “Semptom Yorumlama Anketi Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 8/1, 31-36.
- GÜLEÇ, H., SAYAR, K., YAZICI GÜLEÇ, M.: 2007 “The Relationship Between Psychological Factors and Health Care-Seeking Behavior in Fibromyalgia Patients”, **Turkish Journal of Psychiatry**, 18/1, 22-30.

GÜLEÇ, H., ÜNAL, E.K.,
KARABEKİROĞLU, A.,
SAYAR, K., KÖSE, S.: 2013

“Whiteley İndeksi Türkçe Versiyonunun
(Türkçe WI-7) Geçerlik, Güvenirliği ve
Faktör Yapısı”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**,
16/1.

GÜLEÇ, H.: 2012

“Hastalık Davranışını Değerlendirme
Ölçeği’nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik
ve Güvenilirliği: Bir Ön Çalışma”, **Düşünen
Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler
Dergisi**, 25/2, 140-46.

GÜLEÇ, M.Y., GÜLEÇ, H.,
ŞİMŞEK, G., TURHAN, M.,
SÜNBÜL, E.A.: 2012

“Psychometric Properties of The Turkish
Version of The Patient Health
Questionnaire–Somatic, Anxiety, and
Depressive Symptoms”, **Comprehensive
Psychiatry**, 53/5, 623-29.

GÜNGÖR, D.: 2016

“Psikolojide Ölçme Araçlarının
Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu”,
Türk Psikoloji Yazıları, 19/38, 104-12.

HAN, C., PAE, C.U.,
PATKAR, A.A., MASAND,
P.S., KIM, K.W., JOE, S.H.,
JUNG, I.K.: 2009

“Psychometric Properties of The Patient
Health Questionnaire–15 (PHQ–15) for
Measuring The Somatic Symptoms of
Psychiatric Outpatients”, **Psychosomatics**,
50/6, 580-85.

- HANSEN, J.: 2005 **Using SPSS for Windows and Macintosh: Analyzing and Understanding Data**, Taylor & Francis.
- HÄUSER, W., WOLFE, F.: 2013 "The Somatic Symptom Disorder in DSM 5 Risks Mislabelling People with Major Medical Diseases As Mentally Ill", **J Psychosom Res**, 75/6, 586-7.
- HÄUSER, W., BIALAS, P., WELSCH, K., WOLFE, F.: 2015 "Construct Validity and Clinical Utility of Current Research Criteria of DSM-5 Somatic Symptom Disorder Diagnosis in Patients with Fibromyalgia Syndrome", **Journal of Psychosomatic Research**, 78/6, 546-52.
- HENNINGSEN, P., ZIPFEL, S., HERZOG, W.: 2007 "Management of Functional Somatic Syndromes", **Lancet**, 369/9565, 946-55.
- HENNINGSEN, P.: 2018 "Somatic Symptom Disorder and Illness Anxiety Disorder", **The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry**, 305.
- HERZOG, A., VOIGT, K., MEYER, B., RIEF, W., HENNINGSEN, P., HAUSTEINER-WIEHLE, C., LÖWE, B.: 2014 "The Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ): A New Self-Report instrument for The Assessment of Psychological Characteristics of Patients with Somatoform Disorder",

Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 64/3-4, 115-21.

HERZOG, A., VOIGT, K., MEYER, B., WOLLBURG, E., WEINMANN, N., LANGS, G., LÖWE, B.: 2015

“Psychological and Interactional Characteristics of Patients with Somatoform Disorders: Validation of The Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ) in A Clinical Psychosomatic Population”, **Journal of Psychosomatic Research**, 78/6, 553-62.

HILLER, W., CEBULLA, M., KORN, H.J., LEIBBRAND, R., RÖERS, B., NILGES, P.: 2010

“Causal Symptom Attributions in Somatoform Disorder and Chronic Pain”, **Journal of Psychosomatic Research**, 68/1, 9-19.

HILLER, W., RIEF, W., BRÄHLER, E.: 2006

“Somatization in The Population: From Mild Bodily Misperceptions to Disabling Symptoms”, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 41/9, 704-12.

HIROSE, G.: 2013

“An Overview of Epilepsy: Its History, Classification, Pathophysiology and Management”, **Brain and Nerve: Shinkei Kenkyu No Shinpo**, 65/5, 509-20.

HO, R.: 2006

Handbook of Univariate and Multivariate Data Analysis and interpretation with SPSS, CRC Press.

- HOBBS, T.: 2013 **Leviathan**, Çev. Semih Lim, İstanbul, YKY.
- HOFSTEDE, G.: 1984 "Cultural Differences in Management and Planning", **Asia Pacific Journal of Management**, 1/2, 81-99.
- HOFSTEDE, G.: 1980 "Motivation, Leadership and Organization: Do American Theories Apply Abroad?", **Organizational Dynamics**, 9/1, 42-63.
- HÖFLING, V., WECK, F.: 2013 "Assessing Bodily Preoccupations Is Sufficient: Clinically Effective Screening for Hypochondriasis", **Journal of Psychosomatic Research**, 75/6, 526-31.
- HOWARD, K., HASKARD-ZOLNIEREK, K., JOHNSON, A., ROMING, S., PRICE, R., COBOS, B.: 2017 "Somatization Disorder and Stress in Teachers: A Comprehensive Occupational Health Evaluation", **Journal of Applied Biobehavioral Research**, 22/4, E12105.
- HUBER, A., SUMAN, A.L., BIASI, G., CARLI, G.: 2009 "Alexithymia in Fibromyalgia Syndrome: Associations with Ongoing Pain, Experimental Pain Sensitivity and Illness Behavior", **Journal of Psychosomatic Research**, 66/5, 425-433.

HUME, D.: 1997

İnsan Zihni Üzerine Bir Araştırma, Çev. Selmin Evrim, İstanbul, Milli Eğitim Yayınları.

HUME, D.:1975

“An Enquiry Concerning Human Understanding”, **Enquiries Concerning Human Understanding and Concerning the Principles of Morals**, Ed. Nidditch, P.H., Routledge Contemporary Readings in Philosophy.

İLHAN, M., ÇETİN, B.: 2014

“LISREL ve AMOS Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması”, **Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi**, 5/2, 26-42.

İMAMOĞLU, O.,
GÜLTEKİN, Y.Y.: 1993

“Önerilen Dengelenmiş Toplumsal Birey Modeli Işığında Üniversite Gençliğinin Sorunları”, **Türk Psikoloji Dergisi**, 8/30, 27-42.

ISAAC, M., CHAND, P.K.:
2006

“Dissociative and Conversion Disorders: Defining Boundaries”, **Current Opinion in Psychiatry**, 19/1, 61-66.

JACOB, R.G., HUGO, J.A.,
DUNBAR-JACOB, J.: 2015

“History of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry”, **Psychosomatic Medicine**, Ed. Ackerman

K.D. and Dimartini A.F., New York, Oxford University Press.

JANCA, A., ISAAC, M.,
COSTA E SILVA, J.A.: 1995

“World Health Organization International Study of Somatoform Disorders: Background and Rationale”, **The European Journal of Psychiatry**, 9/2, 100-110.

KAÇMAZ, N.: 2006

“Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği: Tarihsel Bakış”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 9/1, 75-85.

KAFKASLI, R.: 2019

“Evli Bireylerde, Problem Çözme Becerisi ve Evlilik Doyumu İle Somatizasyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yüksek Lisans Tezi**, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

KAĞITÇIBAŞI, Ç.: 2005

Yeni İnsan ve İnsanlar, İstanbul, Evrim Yayınevi.

KÂHYA, E.: 2013

“İbn-i Sina’da Çocuk Psikiyatrisine Bir Bakış”, **Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı (The Turkish Annual of The Studies on Medical Ethics and Law- Türkisches Jahrbuch Für Studien Zu Ethik Und Recht in Der Medizin)**, Ed. Arın

N., Hanzade D. ve Fatih S. M., İstanbul,
Nobel Tıp Kitapevleri.

KANDEL, E.R., SCHWARTZ,
J.H., JESSELL, T.M.,
BIOCHEMISTRY, D.O.,
JESSELL, M.B.T.,
SIEGELBAUM, S.,
HUDSPETH, A.: 2000

Principles of Neural Science, New York,
Mcgraw-Hill.

KARAKAŞ, S., BEKÇİ, B.:
2003

“Zihin/Davranış ile Beden/Organizma
İlişkilerini Ele Alan Bilim Dallarının Doğuşu
ve Gelişimi”, **Neuroquantology**, 2/1, 232-
65.

KARAKAŞ, S., KAFADAR,
H., BEKÇİ, B.: 2001

“Beyin Zihin İlişkisinde Büyük Düşünürler
ve Kuramlar: Pozitif Bilim Dalları İçin
Doğurgular”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 38/1,
15-23.

KARAKAŞ, S.: 2003

“Beden-Zihin Sorunundan Beyin-Biliş
İlişkisine: Felsefeden Pozitif Bilimlere”,
**Beyin ve Nöropsikoloji: Temel ve Klinik
Bilimler**, 3-29.

KARAKOÇ, F.Y., DÖNMEZ,
L.: 2014

“Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel
İlkeler”, **Tıp Eğitimi Dünyası**, 13/40, 39-49.

- KARANCI, A., DİRİK, G., YORULMAZ, O.: 2007 “Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu’nun (EKA-GGK) Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 18/3.
- KARSLIOĞLU, E.H., YÜKSEL, N.: 2007 “Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi”, **Klinik Psikiyatri**, 10/3, 3-13.
- KARVONEN, J.T., JOUKAMAA, M., HERVA, A., JOKELAINEN, J., LAKSY, K., VEIJOLA, J.: 2007 “Somatization Symptoms in Young Adult Finnish Population—Associations with Sex, Educational Level and Mental Health”, **Nordic Journal of Psychiatry**, 61/3, 219-224.
- KATZ, J., ROSENBLOOM, B.N., FASHLER, S.: 2015 “Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder”, **The Canadian Journal of Psychiatry**, 60/4, 160-67.
- KAVIANI, H., SAGAN, O., POURNASEH, M.: 2015 “Emotion-Related Words in Persian Dictionaries: Culture, Meaning and Emotion Theory”, **International Journal of Linguistics, Literature and Culture**, 2/3, 1-11.
- KAVIANI, H.: 2018 “Does Emotional Expressivity Predict Somatization”, **Clin Depress**, 4, E106.

KAYA, E., KAPLAN, C.,
ÖZYÜREK, S.,
GÜZELKÜÇÜK, U., KİRALP,
M.Z.: 2014

“Alexithymia and Patient Satisfaction in
Patients Treated with Balneotherapy”,
**Turkish Journal of Physical Medicine and
Rehabilitation**, 60/1, 41-47.

KESEBİR, S.: 2004

“Depresyon ve Somatizasyon”, **Klinik
Psikiyatri**, 1, 14-19.

KESSLER, R.C., ÜSTÜN,
T.B.: 2004

“The World Mental Health (WMH) Survey
Initiative Version of The World Health
Organization (WHO) Composite
International Diagnostic Interview (CIDI)”,
**International Journal of Methods in
Psychiatric Research**, 13/2, 93-121.

KEYES, C.L., RYFF, C.D.:
2003

“Somatization and Mental Health: A
Comparative Study of The Idiom of Distress
Hypothesis”, **Social Science & Medicine**,
57/10, 1833-45.

KIFFIN-PETERSEN, S.A.,
JORDAN, C.L., SOUTAR,
G.N.: 2011

“The Big Five, Emotional Exhaustion and
Citizenship Behaviors in Service Settings:
The Mediating Role of Emotional Labor”,
Personality and Individual Differences,
50/1, 43-48.

KILIÇ, M., UZUNÇAKMAK,
T.: 2016

“Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Ruh
Sağlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”,

- Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, 20/3, 115-121.
- KIM, J.H., TSAI, W., KODISH, T., TRUNG, L.T., LAU, A.S., WEISS, B.: 2019 “Cultural Variation in Temporal Associations Among Somatic Complaints, Anxiety, and Depressive Symptoms in Adolescence”, **Journal of Psychosomatic Research**, 124, 109763.
- KING, H.: 2002 “What Does Medicine Mean?”, **Hippocrates' Woman: Reading The Female Body in Ancient Greece**, Ed. King H., London-New York, Routledge, 114-31.
- KIRMAYER, L.J., LOOPER, K.J.: 2006 “Abnormal Illness Behaviour: Physiological, Psychological and Social Dimensions of Coping with Distress”, **Current Opinion in Psychiatry**, 19/1, 54-60.
- KIRMAYER, L.J., ROBBINS, J.M.: 1996 “Patients Who Somatize in Primary Care: A Longitudinal Study of Cognitive and Social Characteristics”, **Psychological Medicine**, 26/5, 937-51.
- KIRMAYER, L.J., TAILLEFER, S.: 1997 “Somatoform Disorders”, **Adult Psychopathology and Diagnosis**, 3, 333-83.
- KIRMAYER, L.J., YOUNG, A.: 1998 “Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic

- Perspectives”, **Psychosomatic Medicine**, 60/4, 420-30.
- KIRMAYER, L.J., GROLEAU, D., LOOPER, K.J., DAO, M.D.: 2004 “Explaining Medically Unexplained Symptoms”, **The Canadian Journal of Psychiatry**, 49/10, 663-72.
- KIRMAYER, L.J., YOUNG, A., ROBBINS, J.M.: 1994 “Symptom Attribution in Cultural Perspective”, **The Canadian Journal of Psychiatry**, 39/10, 584-95.
- KIRMAYER, L.J.: 2001 “Cultural Variations in The Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment”, **Journal of Clinical Psychiatry**, 62, 22-30.
- KIRPINAR, İ., DEVECI, E., CAMUR, D.Z., KILIÇ, A.: 2014 “Early Maladaptive Schemas in The Patients with Somatoform Disorders”, **Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research**, 3/2, 84-93.
- KIRPINAR, İ.: 2013 “Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar: Uygulamaya Yansıyan Anlam Karmaşası”, **Psikiyatride Güncel**, 3/1, 1-16.
- KITO, T., LEE, B.: 2004 “Interpersonal Perception in Japanese and British Observers”, **Perception**, 33/8, 957-74.

- KLAUS, K., MEWES, R.: 2013
 “Assessment of The New DSM-5 Diagnosis Somatic Symptom Disorder (300.82)”, **Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin**, 34, 399-418.
- KLAUS, K., RIEF, W., BRÄHLER, E., MARTIN, A., GLAESMER, H., MEWES, R.: 2013
 “The Distinction Between ‘Medically Unexplained’ and ‘Medically Explained’ in The Context of Somatoform Disorders”, **International Journal of Behavioral Medicine**, 20/2, 161-71.
- KLINE, R.: 2005
Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Second Edition, New York, Guilford.
- KLINE, R.: 2013
 “Exploratory and Confirmatory Factor Analysis”, **Applied Quantitative Analysis in Education and The Social Sciences**: Routledge, 183-217.
- KOCALVENT, R.D., HINZ, A., BRÄHLER, E.: 2013
 “Standardization of A Screening Instrument (PHQ-15) for Somatization Syndromes in The General Population”, **BMC Psychiatry**, 13/1, 91.
- KOH, K.B.: 2018
 “General Management of Somatization”, **Stress and Somatic Symptoms**, Cham, Springer, 123-30.

- KOKURCAN, A., ÖZSAN, H.H.: 2012 “Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri”, **Kriz Dergisi**, 20/1, 19-24.
- KOOIMAN, C.G.: 1998 “The Status of Alexithymia As A Risk Factor in Medically Unexplained Physical Symptoms”, **Comprehensive Psychiatry**, 39/3, 152-59.
- KORKMAN, H.: 2016 “Antik Felsefede Psikolojinin Artalanı”, **21. Yüzyılda Eğitim ve toplum Eğitim Bilimleri ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 5/15, 363-82.
- KORKMAN, H.: 2015 “İlkçağ’dan Başlayarak Bilimsel Düşüncenin Gelişim Seyri İçerisinde Psikoloji’nin Yeri”, **Asya Öğretim Dergisi**, 3/1, 1-20.
- KORNELSEN, J., ATKINS, C., BROWNELL, K., WOOLLARD, R.: 2016 “The Meaning of Patient Experiences of Medically Unexplained Physical Symptoms”, **Qualitative Health Research**, 26/3, 367-76.
- KORSCH, B., NEGRETE, V.: 1972 “Improving Doctor-Patient Communication”, **Scientific American**, 227, 66-74.
- KÖROĞLU, E.: 1995 **Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskısı (DSM-IV)**,

Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara,
Hekimler Yayın Birliği.

KÖROĞLU, E.: 2002

Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

KÖROĞLU, E.: 2013

Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

KÖROĞLU, E.: 2014

Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Çev. Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

KÖTELES, F., SIMOR, P.:
2013

“Modern Health Worries, Somatosensory Amplification and Subjective Symptoms: A Longitudinal Study”, **International Journal of Behavioral Medicine**, 20/1, 38-41.

KRAEMER, H.C., KUPFER,
D.J., CLARKE, D.E.,

“DSM-5: How Reliable Is Reliable Enough?”, **American Journal of Psychiatry**, 169/1, 13-15.

NARROW, W.E., REGIER,
D.A.: 2012

KROENKE, K., SPITZER,
R.L.: 1998

“Gender Differences in The Reporting of
Physical and Somatoform Symptoms”,
Psychosomatic Medicine, 60/2, 150-55.

KROENKE, K., SHARPE, M.,
SYKES, R.: 2007

“Revising The Classification of Somatoform
Disorders: Key Questions and Preliminary
Recommendations”, **Psychosomatics**, 48/4,
277-85.

KROENKE, K., SPITZER,
R.L., WILLIAMS, J.B.: 2002

“The PHQ-15: Validity of A New Measure
for Evaluating The Severity of Somatic
Symptoms”, **Psychosom Med**, 64/2, 258-66.

KROENKE, K., SPITZER,
R.L., WILLIAMS, J.B.W.,
LÖWE, B.: 2010

“The Patient Health Questionnaire Somatic,
Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A
Systematic Review”, **General Hospital
Psychiatry**, 32/4, 345-59.

KROENKE, K.: 2006

“Physical Symptom Disorder: A Simpler
Diagnostic Category for Somatization-
Spectrum Conditions”, **Journal of
Psychosomatic Research**, 60/4, 335-39.

- KROENKE, K.: 2007 "Somatoform Disorders and Recent Diagnostic Controversies", **Psychiatric Clinics of North America**, 30/4, 593-619.
- KROENKE, K.: 2003 "Patients Presenting with Somatic Complaints: Epidemiology, Psychiatric Co-Morbidity and Management", **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 12/1, 34-43.
- KRÖNER-HERWIG, B.,
MAAS, J.: 2013 "The German Pain Catastrophizing Scale for Children (PCS-C)–Psychometric Analysis and Evaluation of The Construct", **GMS Psycho-Social-Medicine**, 10.
- KURLANSIK, S.L., MAFFEI,
M.S.: 2016 "Somatic Symptom Disorder", **Am Fam Physician**, 93/1, 49-54.
- LAFERTON, J.A., STENZEL,
N.M., RIEF, W., KLAUS, K.,
BRÄHLER, E., MEWES, R.:
2017 "Screening for DSM-5 Somatic Symptom Disorder: Diagnostic Accuracy of Self-Report Measures within A Population Sample", **Psychosomatic Medicine**, 79/9, 974-81.
- LAHEY, B.B.: 2009 "Public Health Significance of Neuroticism", **American Psychologist**, 64/4, 241.
- LANZARA, R., SCIPIONI,
M., CONTI, C.: 2019 "A Clinical-Psychological Perspective on Somatization Among Immigrants: A

- Systematic Review”, **Frontiers in Psychology**, 9, 2792.
- LEE, S., CREED, F.H., MA, Y.L., LEUNG, C.M.: 2015 “Somatic Symptom Burden and Health Anxiety in The Population and Their Correlates”, **Journal of Psychosomatic Research**, 78/1, 71-76.
- LEECH, N.L., BARRETT, K.C., MORGAN, G.A.: 2005 **SPSS for Intermediate Statistics: Use and Interpretation, Second Edition**, New Jersey, Psychology Press.
- LEIGH, H.: 2007 “Evolution of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine”, **Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry**, Springer, 3-11.
- LEVENSON, J.L.: 2011 “The Somatoform Disorders: 6 Characters in Search of An Author”, **Psychiatric Clinics**, 34/3, 515-24.
- LEVENSTEIN, S.: 2000 “The Very Model of A Modern Etiology: A Biopsychosocial View of Peptic Ulcer”, **Psychosomatic Medicine**, 62/2, 176-85.
- LILIENFELD, S.O., HESS, T.H.: 2001 “Psychopathic Personality Traits and Somatization: Sex Differences and The Mediating Role of Negative Emotionality”,

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23/1, 11-24.

LIPOWSKI, Z.J.: 1988

“Somatization: The Concept and Its Clinical Application”, **Am J Psychiatry**, 145/11, 1358-68.

LIPOWSKI, Z.J.: 1984

“What Does The Word “Psychosomatic” Really Mean? A Historical and Semantic Inquiry”, **Psychosomatic Medicine**, 46/2, 153-71.

LOCKE, J.: 1992

İnsan Anlığı Üzerine Bir Deneme, Çev. Vehbi Hacıkadıroğlu, İstanbul, Ara Yayınları.

LUMLEY, M.A., NEELY, L.C., BURGER, A.J.: 2007

“The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems”, **Journal of Personality Assessment**, 89/3, 230-46.

LUTGENDORF, S.K., COSTANZO, E.S.: 2003

“Psychoneuroimmunology and Health Psychology: An Integrative Model”, **Brain, Behavior, and Immunity**, 17/4, 225-32.

MAK, W.W., ZANE, N.W.: 2004

“The Phenomenon of Somatization Among Community Chinese Americans”, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 39/12, 967-974.

MALFLIET, A., DE KOONING, M., INGHELBRECHT, E., HACHIMI-IDRISSI, S., WILLEMS, B., BERNHEIM, J., NIJS, J.: 2015 “Sex Differences in Patients with Chronic Pain Following Whiplash Injury: The Role of Depression, Fear, Somatization, Social Support, and Personality Traits”, **Pain Pract**, 15/8, 757-64.

MARGETTS, E.L.: 1954 “Historical Notes on Psychosomatic Medicine”, **Recent Developments in Psychosomatic Medicine**, Ed. Wittkower E.D. and Cleghorn R.A., London, Sir Isaac Pitman & Sons.

MAYOU, R., FARMER, A.: 2002 “ABC of Psychological Medicine: Functional Somatic Symptoms and Syndromes”, **BMJ**, 325/7358, 265-8.

MAYOU, R., KIRMAYER, L.J., SIMON, G., KROENKE, K., SHARPE, M.: 2005 “Somatoform Disorders: Time for A New Approach in DSM-V”, **Am J Psychiatry**, 162/5, 847-55.

MAYOU, R.: 2014 “Is The DSM-5 Chapter on Somatic Symptom Disorder Any Better Than DSM-IV Somatoform Disorder?”, **The British Journal of Psychiatry**, 204/6, 418-19.

MCKENZIE, M., CLARKE, D.M., MCKENZIE, D.P., SMITH, G.C.: 2010 “Which Factors Predict The Persistence of DSM-IV Depression, Anxiety, and Somatoform Disorders in The Medically Ill Three Months Post Hospital Discharge?”,

- Journal of Psychosomatic Research**, 68/1, 21-28.
- MILLER, S.M.: 1995
- “Monitoring Versus Blunting Styles of Coping with Cancer Influence the Information Patients Want and Need about Their Disease. Implications for Cancer Screening and Management”, **Cancer**, 76/2, 167-177.
- MOLDOVAN, R., RADU, M., BĂBAN, A., DUMITRAȘCU, D.: 2015
- “Evolution of Psychosomatic Diagnosis in DSM. Historical Perspectives and New Development for Internists”, **Romanian Journal of Internal Medicine**, 53/1, 27-32.
- MOMSEN, A.H., NIELSEN, C.V., NIELSEN, M.B.D., RUGULIES, R., JENSEN, C.: 2016
- “Work Participation and Health-Related Characteristics of Sickness Absence Beneficiaries with Multiple Somatic Symptoms”, **Public Health**, 133, 75-82.
- MORAWA, E., DRAGANO, N., JÖCKEL, K.H., MOEBUS, S., BRAND, T., ERIM, Y.: 2017
- “Somatization Among Persons with Turkish Origin: Results of The Pretest of The German National Cohort Study”, **Journal of Psychosomatic Research**, 96, 1-9.
- MOŚCICKI, E.K., CLARKE, D.E., KURAMOTO, S.J., KRAEMER, H.C., NARROW,
- “Testing DSM-5 in Routine Clinical Practice Settings: Feasibility and Clinical Utility”, **Psychiatric Services**, 64/10, 952-60.

W.E., KUPFER, D.J.,
REGIER, D.A.: 2013

MOSTOW, E., NEWBERRY,
P.: 1975

“Work Role and Depression in Women. A
Comparison of Workers and Housewives in
Treatment”, **Am J Orthopsychiatry**, 45,
538-548.

MUMFORD, D.B.,
BAVINGTON, J.T.,
BHATNAGAR, K.S.,
HUSSAIN, Y., MIRZA, S.,
NARAGHI, M.M.: 1991

“The Bradford Somatic Inventory”, **The
British Journal of Psychiatry**, 158/3, 379-
386.

MURPHY, K.R.,
DAVIDSHOFER, C.O.: 1988

“Psychological Testing”, **Principles, and
Applications, Englewood Cliffs.**

NAKAMURA, Y.,
TAKEUCHI, T.,
HASHIMOTO, K.,
HASHIZUME, M.: 2017

“Clinical Features of Outpatients with
Somatization Symptoms Treated at A
Japanese Psychosomatic Medicine Clinic”,
Biopsychosocial Medicine, 11/1, 16.

NAKAO, M., TAKEUCHI, T.:
2018

“Alexithymia and Somatosensory
Amplification Link Perceived Psychosocial
Stress and Somatic Symptoms in Outpatients
with Psychosomatic Illness”, **Journal of
Clinical Medicine**, 7/5, 112.

NAKAO, M., BARSKY, A.J.,
NISHIKITANI, M., YANO,
E., MURATA, K.: 2007

“Somatosensory Amplification and Its Relationship to Somatosensory, Auditory, and Visual Evoked and Event-Related Potentials (P300)”, **Neuroscience Letters**, 415/2, 185-89.

NAMAL, A.: 2013

“Psikiyatri Tarihçesi Işığında Ruh Hastalarının Zorla Tedavilerine Etik Açından Genel Bir Bakış”, **Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı-The Turkish Annual of The Studies on Medical Ethics**, Ed. Namal A., Doğan H. ve Mahmutoglu F.S., İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.

NEWBY, J.M., HOBBS, M.J.,
MAHONEY, A.E., WONG,
S.K., ANDREWS, G.: 2017

“DSM-5 Illness Anxiety Disorder and Somatic Symptom Disorder: Comorbidity, Correlates, and Overlap with DSM-IV Hypochondriasis”, **Journal of Psychosomatic Research**, 101, 31-37.

NICHOLSON, T.R., STONE,
J., KANAAN, R.A.: 2011

“Conversion Disorder: A Problematic Diagnosis”, **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, 82/11, 1267-73.

NIMNUAN, C., HOTOPE, M.,
WESSELY, S.: 2001

“Medically Unexplained Symptoms: An Epidemiological Study in Seven Specialities”, **Journal of Psychosomatic Research**, 51/1, 361-67.

NORTH, C., YUTZY, S.: 2010

“Somatization Disorder”, **Goodwin and Guze's Psychiatric Diagnosis**, New York, Oxford University Press, 207-25.

NORTH, C.: 2015

“The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations”, **Behavioral Sciences**, 5/4, 496-517.

NOVACK, D.H., CAMERON,
O., EPEL, E., ADER, R.,
WALDSTEIN, S.R.,
LEVENSTEIN, S., ANTONI,
M.H., WAINER, A.R.: 2007

“Psychosomatic Medicine: The Scientific Foundation of The Biopsychosocial Model”, **Academic Psychiatry**, 31/5, 388-401.

NOYES, R., STUART, S.P.,
WATSON, D.B.: 2008

“A Reconceptualization of The Somatoform Disorders”, **Psychosomatics**, 49/1, 14-22.

NOYES, R., STUART, S.P.,
LANGBEHN, D.R., HAPPEL,
R.L., LONGLEY, S.L.,
MULLER, B.A., YAGLA, S.J.:
2003

“Test of An Interpersonal Model of Hypochondriasis”, **Psychosomatic Medicine**, 65/2, 292-300.

NUTTON, V.: 1983

“The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection From The Greeks to The Renaissance”, **Medical History**, 27/1, 1-34.

OKASHA, A.: 1999

“Mental Health in The Middle East: An Egyptian Perspective”, **Clin Psychol Rev**, 19/8, 917-33.

OKEN, D.: 2007

“Evolution of Psychosomatic Diagnosis in DSM”, **Psychosomatic Medicine**, 69/9, 830-31.

OSKAY, Ü.: 1993

“Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar”, **Ege Üniversitesi Sosyoloji Dergisi**, 4, 89-140.

ÖKTEM, Ü.: 2004

“David Hume ve Immanuel Kant’ın Kesin Bilgi Anlayışı”, **Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi**, 44/2, 29-55.

ÖNAL, S.: 2014

“Kartezyen Özne ve Kantçı Öznenin Heidegger’de Anlamı: Dünyasallık”, **Kilikya Felsefe Dergisi/Cilicia Journal of Philosophy**, 1/1, 63-75.

OSLER, S.W.: 1902

William Beaumont: A Backwood Physiologist, Gryphon Editions.

- ÖZEN, Y.: 2017 “Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi”, **The Journal of Social Science**, 1/2, 104-17.
- ÖZKAN, S.: 1993 **Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi**, İstanbul, Roche.
- ÖZMAKAS, Y.: 1993 “Bergamalı Galenos”, **Bilim ve Teknik**, 768-69.
- PAKYÜREK, G.: 2013 “Bilişsel Bilimlerde Disiplinlerarası Yaklaşımın Tarihsel ve Felsefi Kökenleri”, **Hacet Univ J Fac Lett**, 30/2, 161-72.
- PARIANTE, C.M.: 2015 “Psychoneuroimmunology or Immunopsychiatry?”, **The Lancet Psychiatry**, 2/3, 197-99.
- PEREZ, D.L., BARSKY, A.J., VAGO, D.R., BASLET, G., SILBERSWEIG, D.A.: 2015 “A Neural Circuit Framework for Somatosensory Amplification in Somatoform Disorders”, **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, 27/1, E40-E50.
- PILOWSKY, I.: 1967 “Dimensions of Hypochondriasis”, **The British Journal of Psychiatry**, 113/494, 89-93.

- PILOWSKY, I.: 1990 “The Concept of Abnormal Illness Behavior”, **Psychosomatics, Journal of Consultation and Liaison Psychiatry**, 31/2, 207-13.
- POLITZER, G.: 2003 **Felsefenin Başlangıç İlkeleri**, Çev. Sevim Belli, İstanbul, Eriş Yayınları.
- PORCELLI, P., TAYLOR, G.J.: 2018 “Alexithymia and Physical Illness: A Psychosomatic Approach”, **Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice**, Ed. Luminet O., Bagby R.M. and Taylor G.J., Cambridge University Press, 105-26.
- PRIOR, K.N., BOND, M.J.: 2013 “Somatic Symptom Disorders and Illness Behaviour: Current Perspectives”, **International Review of Psychiatry**, 25/1, 5-18.
- RAGURAM, R., WEISS, M., CHANNABASAVANNA, S.: 1996 “Stigma, Somatisation and Depression—A Report From South India”, **Am J Psychiatry**, 153, 1043-9.
- RAMCHANDANI, P.G., FAZEL, M., STEIN, A., WILES, N., HOTOPF, M.: 2007 “The Impact of Recurrent Abdominal Pain: Predictors of Outcome in A Large Population Cohort”, **Acta Paediatrica**, 96/5, 697-701.

REGIER, D.A., KUHL, E.A.,
KUPFER, D.J.: 2013

“The DSM-5: Classification and Criteria Changes”, **World Psychiatry**, 12/2, 92-98.

REGIER, D.A., NARROW,
W.E., CLARKE, D.E.,
KRAEMER, H.C.,
KURAMOTO, S.J., KUHL, E.
A., KUPFER, D.J.: 2013

“DSM-5 Field Trials in The United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses”, **American Journal of Psychiatry**, 170/1, 59-70.

REGIER, D.A.: 2008

Developing The Research Base for DSM-V and ICD-11. Cooperative Agreement U13MH067855 From The National Institute of Mental Health, National Institute on Drug Abuse, and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism to American Psychiatric Institute for Research and Education, 2003-2008.

RIEF, W., BROADBENT, E.:
2007

“Explaining Medically Unexplained Symptoms-Models and Mechanisms”, **Clinical Psychology Review**, 27/7, 821-41.

RIEF, W., MARTIN, A.: 2014

“How to Use The New DSM-5 Somatic Symptom Disorder Diagnosis in Research and Practice: A Critical Evaluation and A Proposal for Modifications”, **Annual Review of Clinical Psychology**, 10, 339-67.

- RIEF, W., HESSEL, A., BRAEHLER, E.: 2001
 “Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in The General Population”, **Psychosomatic Medicine**, 63/4, 595-602.
- RIEF, W., IHLE, D., PILGER, F.: 2003
 “A New Approach to Assess Illness Behaviour”, **Journal of Psychosomatic Research**, 54/5, 405-14.
- RIEF, W., MEWES, R., MARTIN, A., GLAESMER, H., BRAEHLER, E.: 2010
 “Are Psychological Features Useful in Classifying Patients with Somatic Symptoms?”, **Psychosomatic Medicine**, 72/7, 648-55.
- RIEF, W., MEWES, R., MARTIN, A., GLAESMER, H., BRÄHLER, E.: 2011
 “Evaluating New Proposals for The Psychiatric Classification of Patients with Multiple Somatic Symptoms”, **Psychosomatic Medicine**, 73/9, 760-68.
- RIEF, W., NANKE, A., EMMERICH, J., BENDER, A., ZECH, T.: 2004
 “Causal Illness Attributions in Somatoform Disorders: Associations with Comorbidity and Illness Behavior”, **Journal of Psychosomatic Research**, 57/4, 367-71.
- RING, A., DOWRICK, C.F., HUMPHRIS, G.M., DAVIES, J., SALMON, P.: 2005
 “The Somatising Effect of Clinical Consultation: What Patients and Doctors Say and Do Not Say When Patients Present Medically Unexplained Physical

- Symptoms”, **Social Science & Medicine**, 61, 1505-1515.
- ROBBINS, J.M., KIRMAYER, L.J.: 1991 “Attributions of Common Somatic Symptoms”, **Psychological Medicine**, 21/4, 1029-1045.
- ROBBINS, J.M., KIRMAYER, L.J., HEMAMI, S.: 1997 “Latent Variable Models of Functional Somatic Distress”, **J Nerv Ment Dis**, 185/10, 606-615.
- ROBINSON, J., ALVEREZ, J., DODGE, J.: 1990 “Life Events and Family History in Children with Recurrent Abdominal Pain”, **Journal of Psychosomatic Research**, 34/2, 171-81.
- RODIC, D., MEYER, A.H., LIEB, R., MEINLSCHMIDT, G.: 2016 “The Association of Sensory Responsiveness with Somatic Symptoms and Illness Anxiety”, **International Journal of Behavioral Medicine**, 23/1, 39-48.
- RUSH, B.: 1811 **Sixteen Introductory Lectures**, Philadelphia, Bradford and Innskeep.
- RYDER, A.G., YANG, J., ZHU, X., YAO, S., YI, J., HEINE, S.J., BAGBY, R.M.: 2008 “The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America?”, **Journal of Abnormal Psychology**, 117/2, 300.

- RYFF, C.D., KEYES, C.L.M.: 1995 “The Structure of Psychological Well-Being Revisited”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 69/4, 719.
- SADOCK, B.J., SADOCK, V.A.: 2008 **Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry**, Lippincott Williams & Wilkins.
- SAĞDUYU, A.: 1995 “Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 6/1.
- ŞAHİN, E., TÜRKCAN, A.S., BELENE, A., YEŞİLBURSA, D., YURT, E.: 2009 “Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler”, **Yeni Symposium**, 47/4.
- SALKOVSKIS, P.M., WARWICK, H.M., DEALE, A.C.: 2003 “Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis)”, **Brief Treatment & Crisis Intervention**, 3/3.
- SAMPOGNA, G.: 2017 “ICD-11-Draft Diagnostic Guidelines for Mental Disorders: A Report for WPA Membership”, **Psychiatr Pol**, 51, 397-406.
- SAPOLSKY, R.M.: 2008 **Why Zebras Don't Get Ulcers**, New York, Henry Holt and Company.

SAYAR, K., GÜLEÇ, H.,
TOPBAŞ, M.: 2004

“Alexithymia and Anger in Patients with
Fibromyalgia”, **Clinical Rheumatology**,
23/5, 441-48.

SCHULTE, I.E. ,
PETERMANN, F.: 2011

“Familial Risk Factors for The Development
of Somatoform Symptoms and Disorders in
Children and Adolescents: A Systematic
Review”, **Child Psychiatry & Human
Development**, 42/5, 569-83.

SCHULTZ, D.P., SCHULTZ,
S.E.: 2007

**Modern Psikoloji Tarihi-A History of
Modern Psychology**, Çev. Yasemin Aslan,
İstanbul, Kaknüs Yayınları.

SCRUTON, R.: 2007

Spinoza, Çev. Hakan Gür, 1. bs., Ankara,
Dost Kitabevi.

SEGAL, D., COOLIDGE, F.,
O’RILEY, A.: 2006

“Structured and Semistructured Interviews”
**Practical Resources for The Mental
Health Professional, Clinician’s
Handbook of Adult Behavioral
Assesment**, Ed. Hersen M., Burlington,
Academic Press.

ŞEKER, H., GENÇDOĞAN,
B.: 2006

**Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı
Geliştirme**, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.

ŞENCAN, H.: 2005

**Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde
Güvenirlilik ve Geçerlilik-Reliability and**

Validity in Social and Behavioral Assessments, Ankara, Seçkin.

SHRYOCK, R.H.: 1966

Medicine in America: Historical Essays, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

SIMON, G.E., GUREJE, O.:
1999

“Stability of Somatization Disorder and Somatization Symptoms Among Primary Care Patients”, **Archives of General Psychiatry**, 56/1, 90-95.

SIMON, G.E., VONKORFF,
M.: 1991

“Somatization and Psychiatric Disorder in The NIMH Epidemiologic Catchment Area Study”, **The American Journal of Psychiatry**.

ŞİMŞEK, Ö.F.: 2007

Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, İstanbul, Ekinoks Yayınları.

SIVIK, T., SCHOENFELD, R.:
2006

“Psychosomatology As A Theoretical Paradigm of Modern Psychosomatic Medicine”, **International Congress Series**, 1287, 23-28.

SMADJA, C.: 2011

“Psychoanalytic Psychosomatics”, **The International Journal of Psychoanalysis**, 92/1, 221-30.

SO, J.K.: 2008

“Somatization As Cultural Idiom of Distress: Rethinking Mind and Body in A Multicultural Society”, **Counselling Psychology Quarterly**, 21/2, 167-74.

SPECKENS, A.E.,
SPINHOVEN, P.,
SLOEKERS, P.P., BOLK,
J.H., VAN HEMERT, A.M.:
1996

“A Validation Study of The Whiteley Index, The Illness Attitude Scales, and The Somatosensory Amplification Scale in General Medical and General Practice Patients”, **Journal of Psychosomatic Research**, 40/1, 95-104.

SPILLER, R., HUMES, D.,
CAMPBELL, E., HASTINGS,
M., NEAL, K., DUKES, G.,
WHORWELL, P.: 2010

“The Patient Health Questionnaire 12 Somatic Symptom Scale As A Predictor of Symptom Severity and Consulting Behaviour in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Symptomatic Diverticular Disease”, **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, 32/6, 811-20.

SPINOZA, B.: 1883

Ethics Part III. On The Origin and Nature of The Emotions, Library of Alexandria.

SPITZER, R.L., WILLIAMS,
J.B., KROENKE, K., LINZER,
M., DEGRUY, F.V., HAHN,
S.R., BRODY, D., JOHNSON,
J.G.: 1994

“Utility of A New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study”, **Jama**, 272/22, 1749-56.

- STAINBROOK, E.: 1952 “Psychosomatic Medicine in The Nineteenth Century”, **Psychosomatic Medicine**, 14/3, 211-27.
- STAPLETON, C.D.: 1997 “Basic Concepts and Procedures of Confirmatory Factor Analysis”, **The Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association**.
- STEINBERG, H.,
HERRMANN-LINGEN, C.,
HIMMERICH, H.: 2013 “Johann Christian August Heinroth: Psychosomatic Medicine Eighty Years Before Freud”, **Psychiatria Danubina**, 25/1, 0-16.
- STEPHENS, W.: 2014 “Epictetus on Fearing Death: Bugbear and Open Door Policy”, **Ancient Philosophy**, 34/2, 365-91.
- STEWART, S.H., SHERRY, S.B., WATT, M.C., GRANT, V.V.,
HADJISTAVROPOULOS, H.D.: 2008 “Psychometric Evaluation of The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: Factor Structure and Relationship to Anxiety Sensitivity”, **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 22/2, 97.
- SURGUT, S.: 1994 **Kültürlerarası Farklılaşma ve Yönetim**, Ankara, Verso Yayıncılık.

TAN, Y., ŞAHİN, E.M.: 2020

“The Association Between Somatic Symptoms and Sociodemographic and Clinical Characteristics”, **Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi**, 12/2, 183-190.

TARLACI, S.: 2009

Bilinç, Antik Çağdan Bilincin Yeniden Keşfine, 1. bs., İzmir, Kişisel Yayınlar.

TEKİN, E.: 2000

“Karşılaştırmalı Tek-Denekli Araştırma Modelleri”, **Özel Eğitim Dergisi**, 2/4, 1-12.

THAMBY, A., DESAI, G.,
MEHTA, U.M.,
CHATURVEDI, S.K.: 2019

“Deficits in Theory of Mind and Emotional Awareness in Somatoform Disorders”, **Indian Journal of Psychological Medicine**, 41/4, 368.

THOMPSON, B.: 2004

Exploratory and Confirmatory Factor Analysis: Understanding Concepts and Applications, Washington DC, American Psychological Association.

TOMENSON, B., ESSAU, C.,
JACOBI, F., LADWIG, K.H.,
LEIKNES, K.A., LIEB, R.,
MEINLSCHMIDT, G.,
MCBETH, J., ROSMALEN, J.,
RIEF, W.: 2013

“Total Somatic Symptom Score As A Predictor of Health Outcome in Somatic Symptom Disorders”, **The British Journal of Psychiatry**, 203/5, 373-80.

TOMENSON, B., MCBETH, J., CHEW-GRAHAM, C.A., MACFARLANE, G., DAVIES, I., JACKSON, J., LITTLEWOOD, A., CREED, F.H.: 2012

“Somatization and Health Anxiety As Predictors of Health Care Use”, **Psychosomatic Medicine**, 74/6, 656-64.

TOUSSAINT, A., HÜSING, P., KOHLMANN, S., LÖWE, B.: 2020

“Detecting DSM-5 Somatic Symptom Disorder: Criterion Validity of The Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) in Combination with The Somatic Symptom Disorder–B Criteria Scale (SSD-12)”, **Psychological Medicine**, 50/2, 324-33.

TOUSSAINT, A., LÖWE, B., BRÄHLER, E., JORDAN, P.: 2017

“The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12): Factorial Structure, Validity and Population-Based Norms”, **Journal of Psychosomatic Research**, 97, 9-17.

TOUSSAINT, A., MURRAY, A.M., VOIGT, K., HERZOG, A., GIERK, B., KROENKE, K., RIEF, W., HENNINGSSEN, P., LOWE, B.: 2016

“Development and Validation of The Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12)”, **Psychosomatic Medicine**, 78/1, 5-12.

TOUSSAINT, A., RIEDL, B., KEHRER, S., SCHNEIDER,

“Validity of The Somatic Symptom Disorder–B Criteria Scale (SSD-12) in

A., LÖWE, B., LINDE, K.:
2018

Primary Care”, **Family Practice**, 35/3, 342-47.

TSENG, W.S.: 2001

“Psychology, Customary Behavior, and Ethnic Identity”, **Handbook of Cultural Psychiatry**, Academic Press.

TU, C.Y., LIAO, S.C., LIU, C.Y., CHEN, T.T., CHEN, I.M., LIN, K.F., HUANG, W.L.: 2016

“Application of The Chinese Version of The Whiteley Index-7 for Detecting DSM-5 Somatic Symptom and Related Disorders”, **Psychosomatics**, 57/3, 283-91.

TUĞCU, T.: 2003

Batı Felsefesi Tarihi, 4. bs., Ankara, Alesta Yayınları.

TUNABOYLU-İKİZ, T.: 2005

Psikanaliz Konuşmaları, İstanbul, Bağlam Yayıncılık.

TÜRKÇAPAR, M., SARGIN, A.: 2012

“Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim”, **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, 1/1, 7-14.

TYRER, P., COOPER, S., CRAWFORD, M., DUPONT, S., GREEN, J., MURPHY, D., SALKOVSKIS, P., SMITH, G., WANG, D., BHOGAL, S.: 2011

“Prevalence of Health Anxiety Problems in Medical Clinics”, **Journal of Psychosomatic Research**, 71/6, 392-94.

- UĞURLU, M.C.: 1997 “Hipokrat”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 50/02, 67-78.
- ÜNAL, S.: 2002 “Bir Anlatım Tarzı Olarak Bedenselleştirme-Somatization As An Expressional Style”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 3/1, 52.
- UZBAY, T.: 2004 “Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 4/3, 1-11.
- VAN DEN BERGH, O., WITTHÖFT, M., PETERSEN, S., BROWN, R.J.: 2017 “Symptoms and The Body: Taking The Inferential Leap”, **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, 74, 185-203.
- VAN DIJKE, A.: 2018 “Alexithymia Types in Borderline Personality Disorder and Somatic Symptom Disorder”, **Current Developments in Alexithymia**, Nova Science Publishers Inc.
- VAN HOUDENHOVE, B.: 2003 “Fibromyalgia: A Challenge for Modern Medicine”, **Clin Rheumatol**, 22, 1-5.
- VAN MIDDENDORP, H., LUMLEY, M.A., JACOBS, J.W., VAN DOORNEN, L.J., BIJLSMA, J.W., GEENEN, R.: 2008 “Emotions and Emotional Approach and Avoidance Strategies in Fibromyalgia”, **Journal of Psychosomatic Research**, 64/2, 159-167.

- VANDVIK, P.,
WILHELMSEN, I.,
IHLEBAEK, C., FARUP, P.:
2004
“Comorbidity of Irritable Bowel Syndrome in General Practice: A Striking Feature with Clinical Implications”, **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, 20/10, 1195-203.
- VATAN, S.: 2016
“Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 8/3, 190-203.
- VERHAAK, P., TIJHUIS, M.:
1994
“The Somatizing Patient in General Practice”, **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, 24/2, 157-77.
- VILLANI, V., DI STANI, F.,
VANACORE, N.,
SCATTONI, L., CERBO, R.,
BRUTI, G.: 2010
“The ‘Repeater’ Phenomenon in Migraine Patients: A Clinical and Psychometric Study”, **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, 50/3, 348-356.
- VOIGT, K., WOLLBURG, E.,
WEINMANN, N., HERZOG,
A., MEYER, B., LANGS, G.,
LÖWE, B.: 2013
“Predictive Validity and Clinical Utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: Prospective 1-Year Follow-Up Study”, **Journal of Psychosomatic Research**, 75/4, 358-61.
- WAITZKIN, H.: 1984
“Doctor-Patient Communication. Clinical Implications of Social Scientific Research”, **Vama**, 252, 2441-2446.

- WALKER, L.S., GARBER, J., GREENE, J.W.: 1991
 “Somatization Symptoms in Pediatric Abdominal Pain Patients: Relation to Chronicity of Abdominal Pain and Parent Somatization”, **Journal of Abnormal Child Psychology**, 19/4, 379-94.
- WALSH, C.M., ZAINAL, N.Z., MIDDLETON, S.J., PAYKEL, E.S.: 2001
 “A Family History Study of Chronic Fatigue Syndrome”, **Psychiatric Genetics**, 11/3, 123-128.
- WECK, F., NENG, J.M., SCHWIND, J., HÖFLING, V.: 2015
 “Exposure Therapy Changes Dysfunctional Evaluations of Somatic Symptoms in Patients with Hypochondriasis (Health Anxiety). A Randomized Controlled Trial”, **Journal of Anxiety Disorders**, 34, 1-7.
- WEIJTERS, B., CABOOTER, E., SCHILLEWAERT, N.: 2010
 “The Effect of Rating Scale Format on Response Styles: The Number of Response Categories and Response Category Labels”, **International Journal of Research in Marketing**, 27, 236-247.
- WEISS, F.D., RIEF, W., MARTIN, A., RAUH, E., KLEINSTÄUBER, M.: 2016
 “The Heterogeneity of Illness Behaviors in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms”, **International Journal of Behavioral Medicine**, 23/3, 319-26.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION (WHO).:
1992

Manual of The International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Tenth Revision of The International Classification of Diseases (ICD-10), Geneva, World Health Organization.

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, 178-82.

WISE, T.N., MANN, L.S.:
1995

“The Attribution of Somatic Symptoms in Psychiatric Outpatients”, **Comprehensive Psychiatry**, 36/6, 407-10.

WITTHÖFT, M., HILLER,
W.: 2010

“Psychological Approaches to Origins and Treatments of Somatoform Disorders”, **Annual Review of Clinical Psychology**, 6, 257-83.

WITTHÖFT, M., FISCHER,
S., JASPER, F., RIST, F.,
NATER, U.M.: 2016

“Clarifying The Latent Structure and Correlates of Somatic Symptom Distress: A Bifactor Model Approach”, **Psychological Assessment**, 28/1, 109.

WOLFE, F., WALITT, B.T.,
KATZ, R.S., HAUSER, W.:
2014

“Symptoms, The Nature of Fibromyalgia, and Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM-5) Defined Mental Illness in Patients

- with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia”, **Plos one**, 9/2, E88740.
- WOLLBURG, E., VOIGT, K., BRAUKHAUS, C., HERZOG, A., LÖWE, B.: 2013 “Construct Validity and Descriptive Validity of Somatoform Disorders in Light of Proposed Changes for The DSM-5”, **Journal of Psychosomatic Research**, 74/1, 18-24.
- WOOL, C.A., BARSKY, A.J.: 1994 “Do Women Somatize More Than Men?: Gender Differences in Somatization”, **Psychosomatics**, 35/5, 445-52.
- WOOLFOLK, R.L., ALLEN, L.A.: 2007 **Treating Somatization: A Cognitive-Behavioral Approach**, New York, The Guilford Press.
- WU, H., ZHAO, X., FRITZSCHE, K., LEONHART, R., SCHAEFERT, R., SUN, X., LARISCH, A.: 2015 “Quality of Doctor–Patient Relationship in Patients with High Somatic Symptom Severity in China”, **Complementary Therapies in Medicine**, 23/1, 23-31.
- YARDIMCI, A., ÇAĞLAYAN, A.: 2019 “Spor Yapan ve Yapmayan Bireylerin Biyolojik Ritm ve Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”, **Spor Eğitim Dergisi**, 3/1, 100-13.

YAVUZ, B.G., AYDINLAR, E.I., DİKMEN, P.P., INCESU, C.: 2013

“Association Between Somatic Amplification, Anxiety, Depression, Stress and Migraine”, **The Journal of Headache and Pain**, 14/1, 53.

YAVUZ, M., ERDUR, B., ISIK, M., BOGDAY, H., İNCE, H.E., KOK, O., SONMEZ, A.O.: 2019

“The Associations Between Somatization, Alexithymia, and Mental Problems in Adolescents-Ergenlerde Somatizasyonun Aleksitimi ve Ruhsal Sorunlarla İlişkinin İncelenmesi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 20/3, 321-27.

YAZICI GÜLEÇ, M., GÜLEÇ, H., ŞİMŞEK, G., TURHAN, M., AYDIN SÜNBÜL, E.: 2012

“Psychometric Properties of The Turkish Version of The Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms”, **Comprehensive Psychiatry**, 53/5, 623-29.

YAZICI, A., YAZICI, S.: 2018

“Stoacı Duygu Kuramının Ontolojik ve Epistemik Temelleri”, **Posseible Düşünme Dergisi**, 14, 7-17.

YILMAZ, M., YILMAZ, A., SÖNMEZ, C.I., AŞIKHASAN, İ.: 2019

“Düzce İli Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarında İnternet, Sigara, Alkol, Madde Bağımlılığı ile Kişilik İlişkisi”, **Evaluation**, 33, 38.

YOUNG, G.: 2013

“Ill-Treatment of Pain in The DSM-5”, **Psychological Injury and Law**, 6/4, 307-13.

ZENGİN, O.: 2011

“Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü”, **Konuralp Tıp Dergisi**, 2011/3, 29-34.

ZHANG, Y., FRITZSCHE, K.,
LEONHART, R., ZHAO, X.,
ZHANG, L., WEI, J., YANG,
J., WIRSCHING, M., NATER-
MEWES, R., LARISCH, A.:
2014

“Dysfunctional Illness Perception and Illness Behaviour Associated with High Somatic Symptom Severity and Low Quality of Life in General Hospital Outpatients in China”, **Journal of Psychosomatic Research**, 77/3, 187-95.

ZIJLEMA, W.L., STOLK,
R.P., LÖWE, B., RIEF, W.,
WHITE, P.D., ROSMALEN,
J.G.: 2013

“How to Assess Common Somatic Symptoms in Large-Scale Studies: A Systematic Review of Questionnaires”, **Journal of Psychosomatic Research**, 74/6, 459-68.



EK 1

BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (BBBDÖ) İÇİN ÖRNEK MADDELER

BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda bedensel belirti ve şikayetlerinizle ilgili duygu, düşünce ve davranışlarınıza dair bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyup o ifadede geçen duygu, düşünce ya da davranışların sizi ne ölçüde tanımladığını “0: Hiç tanımlamıyor” – “100: Kesinlikle tanımlıyor” arasından uygun gördüğünüz seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Söz konusu durumların sizi ne ölçüde tanımladığına karar verirken eğer ilgili durum sizi “Hiç tanımlamıyorsa” 0’ı, “Biraz tanımlıyorsa” 25’i, “Orta düzeyde tanımlıyorsa” 50’yi, “Oldukça tanımlıyorsa” 75’i ve “Kesinlikle tanımlıyorsa” 100’ü işaretleyebilirsiniz. Ankette doğru ya da yanlış cevap yoktur, önemli olan her bir ifadenin sizi ne denli tanımladığına içtenlikle cevap vermenizdir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve gerekirse yardım isteyiniz.



0:Beni hiç tanımlamıyor 25:Beni biraz tanımlıyor 50:Beni orta düzeyde tanımlıyor 75:Beni oldukça tanımlıyor 100:Beni kesinlikle tanımlıyor

	Bilişsel Faktörler Alt Ölçeği	0	25	50	75	100
1.	Vücudumda fark ettiğim belirtilerin ciddi bir hastalığın işareti olduğunu düşünürüm.	0	25	50	75	100

	Duygusal Faktörler Alt Ölçeği	0	25	50	75	100
10.	Belirtilerimin gelecekte daha da kötüleşmesi fikri beni dehşete düşürür.	0	25	50	75	100

	Davranışsal Faktörler Alt Ölçeği	0	25	50	75	100
5.	Doktora gitmeden önce şikayetlerimi doktora nasıl anlatacağım konusunda uzun uzun hazırlık yaparım.	0	25	50	75	100

EK 2

KAPSAM GEÇERLİK FORMU

GENEL YÖNERGE

Sayın Uzman,

Bu çalışma ile DSM-5 “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” ana tanı grubu içinde yer alan “Bedensel Belirti Bozukluğu” (BBB) tanısının B kriterinin üç belirti grubuna dayanan üç boyutlu bir “BBB Değerlendirme Ölçeği” geliştirmek amaçlanmaktadır. Buna göre önce BBB tanı grubuna ilişkin B tanı kriterinin belirti boyutlarından biri tanımlanacak, ardından size sunulan ölçek maddelerini ilgili boyuta ne derece ait gördüğünüze ilişkin değerlendirmenize başvurulacaktır. Sizden ricamız size sunulan her bir maddenin ilgili belirti grubuna ait olma derecesini “1: Hiç uygun değil” – “5: Çok uygun” arasından uygun gördüğünüz seçenek ile işaretlemeniz olacaktır. Eğer ilgili maddenin karar verdiğiniz boyuta ait olma derecesi için “4: Uygun” ve “5: Çok uygun” seçenekleri dışında bir işaretleme yaptıysanız gerekçenizi her bir maddenin altında yer alan “Açıklamalar” kısmında belirtebilirsiniz.

BBB DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Belirtilerle Orantısız Süreklilik Gösteren Düşünceler Boyutu

BBB tanısına ilişkin B kriterinin birinci alt belirti grubu ve maddelerin değerlendirilmesine dair notlar aşağıdaki gibidir. Her bir maddenin uygunluğunu değerlendirirken alt boyut ile ilgili aşağıdaki açıklamalara başvurunuz.

DSM-5’te “Belirtilerle Orantısız Süreklilik Gösteren Düşünceler” nasıl ifade edilmektedir?
“Kişinin belirtileriyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.”

NOT:

- Gerek BBB tanısının doğası gerekse amacımızın “kendini bildirim” ölçeği geliştirmek olması sebebiyle “BBB Değerlendirme Ölçeği Belirtilerle Orantısız Süreklilik Gösteren Düşünceler Boyutuna” ilişkin maddeleri değerlendirirken ölçmeye çalıştığımız noktanın fiziksel bir patoloji ya da hastalık değil vakaların öznel hastalık yaşantıları olduğu dikkate alınmalıdır.

1: Hiç uygun değil

2: Uygun değil

3: Ne uygun ne değil

4: Uygun

5: Çok uygun

	1	2	3	4	5
1. Vücudumda fark ettiğim belirtilerimin ciddi bir hastalığın işareti olduğunu düşünürüm. Varsa açıklamalar:					
2. Yaşadığım bedensel şikayetlerimin sebebinin ciddi fiziksel bir bozukluk olduğunu düşünürüm. Varsa açıklamalar:					
3. Etrafımdakiler fiziksel şikayetlerimin ciddi olmadığını söylerler. Varsa açıklamalar:					
4. Bana göre doktorlar fiziksel şikayetlerimi yeterince ciddiye almıyorlar. Varsa açıklamalar:					
5. En yakınımdaykiler bile belirtilerimin ciddiyeti konusunda benimle aynı fikirde değiller. Varsa açıklamalar:					
6. Belirtilerim sebebiyle gelecekte sakat kalabileceğimi ya da sağlığımın çok daha kötüleşebileceğini düşünürüm. Varsa açıklamalar:					
7. Bana göre yakınlarım fiziksel şikayetlerimin gerçekliğine inanmıyorlar. Varsa açıklamalar:					
8. Doktorlarımın hastalığımın ciddiyeti konusunda benden bir şeyler sakladığını düşünürüm. Varsa açıklamalar:					
9. Bedensel şikayetlerim için gittiğim bir doktor yeterince tetkik istemez ya da beni başka birimlere sevk etmezse bu belirtilerimi/hastalığımı yeterince ciddiye almadığı anlamına gelir. Varsa açıklamalar:					

EK 3

TÜRKÇE DİLBİGİSİ UYGUNLUĞU FORMU

YÖNERGE

Sayın Türk Dili Uzmanı,

Değerlendirmenize başvurulmuş bu çalışma ile Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” ana tanı grubu içinde yer alan “Bedensel Belirti Bozukluğu” (BBB) tanısı için “BBB Değerlendirme Ölçeği” geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla sizden ricamız, aşağıda verilen her bir ölçek cümlesi için Türk Dil Bilgisi uygunluğunu değerlendirmeniz ve “1: Hiç uygun değil”, “2: Uygun değil”, “3: Ne uygun ne değil”, “4: Uygun” ve “5: Çok uygun” arasından uygun gördüğünüz seçenek ile işaretlemeniz olacaktır. Söz konusu uygunluk skalasında hangi seçeneği işaretlemiş olursanız olun, eğer ilgili cümlelerin Türk Dil Bilgisi uygunluğu için alternatif bir öneriniz var ise bu öneriyi her bir maddenin altında yer alan “Varsa Önerileriniz” kısmında belirtebilirsiniz. Katkınız ve desteğiniz için çok teşekkür ederiz.

BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (BBBDÖ)

Aşağıda sunulan her bir cümlelerin Türk Dil Bilgisi açısından uygunluğunu yukarıdaki yönergede bahsedilen ve yanda sunulan beşli uygunluk skalasına göre değerlendiriniz.	Hiç uygun değil	Uygun değil	Ne uygun ne değil	Uygun	Çok uygun
1. Aşağıda çalışmamıza yönlendirmiş olduğunuz isimli vaka için sizden cevaplandırmanızı istediğimiz üç soru bulunmaktadır. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
2. İlk iki soru için 0 ile 10 arasında değişen bir cevap skalası, son soru için ise çoktan seçmeli cevaplar bulunmaktadır. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
3. Lütfen her bir soruyu yalnızca bir seçeneği işaretleyecek şekilde değerlendiriniz. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
4. Doğru ya da yanlış cevap yoktur; sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz değerlendirmeyi işaretleyiniz. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
5. Çalışmaya yönlendirdiğiniz vakanın hastalığı/ <u>sıkayeti</u> üzerinde sizce psikolojik faktörler ne derece etkilidir? Lütfen puanlayınız. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
6. Çalışmaya yönlendirdiğiniz vakanın hastalığı/ <u>sıkayeti</u> üzerinde sizce tıbbi faktörler ne derece etkilidir? Lütfen puanlayınız. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
7. Çalışmaya yönlendirmiş olduğunuz vakanın aşağıda yer alan gruplardan hangisine daha yakın olduğunu düşünüyorsunuz? Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
8. Vakanın tıbbi tanısı var ve bu tanıya ilişkin tedaviye cevap veriyor. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5
9. Vakanın tıbbi tanısı net değil ve herhangi bir tedaviye cevap vermiyor. Varsa Önerileriniz:	1	2	3	4	5

EK 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY

Araştırmacılar: Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK, Arş. Gör. Burak DURUK

Çalışmanın Başlama Tarihi

01.02.2018

Çalışmanın Tahmini Bitiş Tarihi

01.02.2019

Araştırmanın Tanıtımı ve Amacı: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Klinik Sağlık Psikolojisi Doktora programı kapsamında aynı üniversitenin Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in danışmanlığında Doktora tez öğrencisi, aynı zamanda İstanbul Medeniyet Üniversitesi Araştırma Görevlisi Burak Duruk tarafından yürütülen bu çalışma ile farklı türden hastalığa sahip bireylerin duygu ifade biçimleri, düşünce biçimleri ve hastalıklarına ilişkin yaşantı ve tedavi süreçleri arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Uygulama Süreci: Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden hastalığınızı, hem hastalığınıza dair tedavi deneyimlerinizi, hem de hastalık şikayetleriniz ile ilişkili olabilecek duygusal ve düşünsel faktörleri değerlendirmeye yönelik toplam 11 anket doldurmanız istenecektir. Bu anketleri cevaplamanız ortalama 30-40 dakika zamanınızı alacaktır. Tam olarak anlamadığınız tüm soruları lütfen sorunuz.

Araştırmanın Riskleri ve Yaratabileceği Rahatsızlıklar: Bu araştırmanın beklenen riski veya yaratabileceği rahatsızlık yoktur. Cevaplamanız gereken bazı sorularda kendinizi çok rahatsız hissederseniz bu soruları boş bırakabilirsiniz.

Yararlar: Bu araştırma sonunda elde edeceğimiz bulgular, ilgili literatüre katkı sağlamanın yanı sıra size de kendinizle ilgili farkındalık kazanmada yararlı olacaktır. Aynı zamanda herhangi bir tanı veya şikâyet sebebiyle tedavi sürecinde olan vakaların biyopsikososyal ihtiyaçların belirlenmesine ve uygun müdahalelerin planlanmasına katkı sağlayacaktır.

Gizlilik: Kayıtlarınızın gizli tutulacağından emin olabilirsiniz. Araştırmanın bulguları yayınlanırsa bile isminiz hiçbir materyalde görünmeyecektir.

Araştırmayı Bırakma: Bu araştırmaya katılımanız tamamen sizin seçiminizdir. Katılmayı reddedebilir ya da araştırmadan istediğiniz an herhangi bir cezai işleme ya da bir kayba uğramaksızın çekilebilirsiniz.

Onay: Gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirilmiş onayı okudum ve anladım. Onayımı geri çekebileceğimi veya istediğim zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebileceğimi ve bırakabileceğimi anladım.

Bu araştırmayla ilgili daha ayrıntılı bilgi almak istediğim takdirde araştırmacıya aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabileceğim söylendi:

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Arş. Gör. Burak DURUK

Adres: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Kuzey Kampüs E Blok 2. Kat Oda No:14 (E214)

E-posta: burak.duruk@medeniyet.edu.tr

Telefon Cep: 0551 217 76 45

Katılımcının Adı-Soyadı

İmza-Tarih

EK 5

PSİKOSOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU

Protokol No:

PSİKOSOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU

Yaş:

Doğum Tarihi/Yeri:

Meslek:

Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Eğitim: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite'de öğrenci 5. Üniversite 6. Lisansüstü

Gelir Düzeyi: 1. Düşük 2. Orta 3. İyi 4. Çok İyi

Şu An Yaşadığı Yer/Süre: 1. Aile 2. Akraba (...yıldır) 3. Arkadaşlar (...yıldır)
4. Yurt (.....yıldır) 5. Yalnız (.....yıldır)

Kardeş Sayısı:

Kaçıncı Çocuk:

Medeni Durum: 1. Evli (.....yıldır) 2. Bekar 3. Dul (.....yıldır)
4. Boşanmış (___yıldır) 5. Ayrı yaşıyor (.....yıldır)

Ailede Kronik Hastalık:

1. Yok 2. Var ise → kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

Ailede Psikopatoloji Öyküsü:

1. Yok 2. Var ise → kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

Ailede Kronik Bedensel Belirti Öyküsü (Ailede görülen Kronik Bedensel Belirti durumu değerlendirilirken söz konusu belirti ya da belirtilerin tıbben açıklanabilir olup olmadığına bakılmaksızın anne-baba-kardeşler gibi birinci dereceden akrabalarda görülen kronik bedensel belirtiler değerlendirilmelidir):

1. Yok 2. Var ise → kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

EK 6

GENEL SAĞLIK TARAMA FORMU (GSTF)

Protokol No: A-

GENEL SAĞLIK TARAMA FORMU

BİR DOKTOR TARAFINDAN, SİZDE HİÇ ŞU HASTALIKLARDAN BİRİ OLDUĞU SÖYLENDİ Mİ? (Aşağıdakilerden sadece olanlar işaretlenecektir)	EVET
Hipertansiyon	
Yakın geçmişte miyokard enfarktüsü	
Kalp yetmezliği	
Şeker hastalığı	
Angina (koroner kalp hastalığı)	
Kanser	
Yakın zamanda bir psikiyatrik hastalık (ör: son bir yıl içinde depresyon)	

- Yukarıdakiler dışında doktorlar tarafından size söylenen başka bir hastalığınız var ise (ör: Multipl Skleroz (MS), gautr vb. belirtiniz:

	HATIRLADIĞINIZ KADARIYLA.....	0	1	2	3 ve üzeri
1.	Son 1 ay içerisindeki sağlık sistemi kullanımı (doktorunuza, sağlık ocağına ya da acil servise başvuru vb.) miktarınız nedir?				
2.	Son 6 ay içerisindeki sağlık sistemi kullanımı (doktorunuza, sağlık ocağına ya da acil servise başvuru vb.) miktarınız nedir?				



SON BİR AY İÇİNDE DOKTORA BAŞVURMAYI GEREKTİRECEK KADAR YOĞUN BİR ŞEKİLDE AŞAĞIDAKİ SORUNLARDAN BİRİ SİZDE VAR MI? (Aşağıdakilerden sadece olanlar işaretlenecektir)	EVET
Artrit (eklem hastalığı) veya romatizma	
Siyatik veya sırt veya bel ağrısı	
Sık tekrarlayan ve/veya şiddetli baş ağrıları	
Kronik akciğer hastalığı	
Sindirim sistemi rahatsızlığı (ör: gastrit, ülser, enterit, kolit)	
Dermatit veya başka kronik deri döküntüleri	
Psikolojik sorun (ör: bir psikiyatrist ya da psikoloğa başvurmayı düşündürecek kadar yoğun üzüntü, kaygı, sıkıntı)	
Sürekli ilaç kullanımı	

- Yukarıdakiler dışında doktora başvurmayı gerektirecek kadar yoğun bir başka belirtiniz var ise belirtiniz:

	SİZE GÖRE.....	Çok Kötüdür	Kötüdür	Ne İyi Ne Kötüdür	İyidir	Çok İyidir
	Fiziksel sağlık					
1.	Son 1 aydaki fiziksel sağlığınız nasıldır?					
2.	Son 6 aydaki fiziksel sağlığınız nasıldır?					
	Psikolojik sağlık					
1.	Son 1 aydaki psikolojik sağlığınız nasıldır?					
2.	Son 6 aydaki psikolojik sağlığınız nasıldır?					

EK 7

**HASTA SAĞLIK ANKETİ-SOMATİK, ANKSİYETE VE
DEPRESİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (HSA-SADBÖ)**

Protokol No: A-

HSA-SADBÖ

A) Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım

(1) Biraz rahatsız oldum

(2) Çok rahatsız oldum

		0	1	2
1.	Karın ağrısı			
2.	Sırt ağrısı			
3.	Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4.	Yorgunluk ve enerji azlığı			
5.	Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6.	Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7.	Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8.	Baş ağrısı			
9.	Göğüs ağrısı			
10.	Baş dönmesi			
11.	Fenalık hissi			
12.	Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13.	Nefes darlığı			
14.	Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15.	Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

B) Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman

(1) Sadece birkaç gün

(2) Günün yarısından fazla

(3) Hemen hemen her gün

		0	1	2	3
1.	Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2.	Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3.	Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4.	Gevşemede zorlanma				
5.	Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6.	Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alınan olma)				
7.	Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

C)



		Evet	Hayır
a.	Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b.	Daha önce de oldu mu?		
c.	Bu ataklardan bazıları <i>birdenbire ansızın</i> (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d.	Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e.	Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

Protokol No: A-

D) Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

		0	1	2	3
1.	Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2.	Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3.	Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4.	Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5.	İştahsızlık veya aşırı yeme				
6.	Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7.	Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8.	Dışarıdan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9.	Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

E) Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

() Hiç zorluk çıkarmadı	() Biraz zorluk çıkardı
() Çok zorluk çıkardı	() Aşırı derecede zorlandım

EK 8

BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ (BDAÖ)

Protokol No: A-

BDAÖ

Aşağıda bazı cümleler yer almaktadır. Her bir madde için sizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz açıklamayı **Tamamen bana uymaz (1)..... Tamamen bana uyar (5)** olacak şekilde işaretleyiniz. Durumların sizi ne ölçüde yansıttığına karar verirken **aklınızdan geçen ilk maddeyi işaretlemeye** özen gösteriniz. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve gerekirse yardım isteyiniz.



		Tamamen bana uymaz	Nadiren bana uyar	Bazen bana uyar	Sık sık bana uyar	Tamamen bana uyar
1.	Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2.	Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3.	Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4.	Bir yerim morardığında uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
5.	Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6.	Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7.	Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8.	Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9.	Ufak bir böcek ya da sinek ısırtığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10.	Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK 9

SEMPATOM YORUMLAMA ANKETİ (SYA)

Protokol No: A-

SYA

Aşağıda daha önce yaşamış ya da yaşamamış olabileceğiniz durumlar vardır. Her bir durum için durumunuzu en iyi açıkladığını düşündüğünüz açıklamayı işaretleyiniz. Lütfen her soruya cevap veriniz. Aynı zamanda bu durumu **son üç ay** içinde geçirip geçirmediğinizi **EVET** veya **HAYIR** seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve gerekirse yardım isteyiniz.

A Pek değil	B Bazen	C Sık sık	D Çok sık
1. Eğer uzun süren bir baş ağrım olmuşsa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.			
Canım sıkıldır.....	A	B	C D
Kaslarımda, sinirlerimde ya da beynimde bir şey vardır.....	A	B	C D
Yüksek bir ses, parlak ışık veya başka bir şey beni rahatsız etmiştir.....	A	B	C D

Son üç ayda uzun süren bir baş ağrınız oldu mu?

EVET HAYIR

2. Eğer çok terliyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.			
Bir ateş ya da ateşli hastalığım olmalıdır.....	A	B	C D
Gergin veya sinirliyimdir.....	A	B	C D
Oda çok sıcaktır, aşırı giyiniğimdir ya da çok çalışmışımdır.....	A	B	C D

Son üç ayda çok fazla terlediğinizi fark ettiniz mi?

EVET HAYIR

3. Birdenbire başım dönerse şu yüzden olabileceğini düşünürüm.			
Kalbimde ya da kan basıncımda bir sorun vardır.....	A	B	C D
Yeterince yemek yemiyordum ya da birden ayağa kalkmışımdır.....	A	B	C D
Çok fazla stres altında olmalıyım.....	A	B	C D

Son üç ayda başınız döndü mü?

EVET HAYIR

4. Ağzımın kuru olduğunu fark edersem, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.			
Bir şeyden korkmuş ya da heyecanlanmışım.....	A	B	C D
Daha fazla sıvı içmem gerekir.....	A	B	C D
Tükürük bezlerimle ilgili bir sorun vardır.....	A	B	C D

Son üç ayda ağız kuruluğu oldu mu?

EVET HAYIR

5. Eğer kalbimin göğsümün içinde güm güm attığını hissedersen, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.			
Çok egzersiz yapmış veya çok kahve içmişimdir.....	A	B	C D
Gerçekten heyecanlanmış veya korkmuşumdur.....	A	B	C D
Kalbimde bir sorun vardır.....	A	B	C D

Son üç aydan kalbinizin güm güm attığını hissettiniz mi?

EVET HAYIR

6. Yorgun hissediyorsam, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.			
Duygusal olarak tükenmişimdir veya moralim bozuktur.....	A	B	C D
Aşırı egzersiz yapıyordum ya da yeterince yapmıyordum.....	A	B	C D
Anemi ya da kansızlığım vardır.....	A	B	C D

Son üç ayda kendinizi yorgun hissettiniz mi?

EVET HAYIR

Protokol No: A-

7. Eğer ellerim titriyorsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Nörolojik bir sorunum vardır..... A B C D
Çok sinirliyimdir..... A B C D
El kaslarım yorulmuştur..... A B C D

Son üç ayda ellerinizde titreme fark ettiniz mi?

EVET HAYIR

8. Uyumakta bir zorluğum varsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Bir tür ağrı veya bedensel rahatsızlık beni uyanık tutmaktadır..... A B C D
Yorgun değilimdir ya da çok kahve veya çay içmişimdir..... A B C D
Çok kaygılıyım veya bir şeye sinirlenmişimdir..... A B C D

Son üç ayda uyumakta zorlandınız mı?

EVET HAYIR

9. Midem bozuksa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Çok endişelendiğim için hastalanmışım..... A B C D
Nezle olmuşumdur ya da midem tahriş olmuştur..... A B C D
Yediğim bir şey dokunmuştur..... A B C D

Son üç ayda midenizin bozulduğu oldu mu?

EVET HAYIR

10. Eğer iştahım kesikse şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Çok yiyordum veya vücudumun eskisi kadar gıdaya ihtiyacı yoktur..... A B C D
O kadar endişeliyim ki gıdadan tat alamıyorum..... A B C D
Bir mide veya barsak sorunum vardır..... A B C D

Son üç ayda iştahınızda kesilme oldu mu?

EVET HAYIR

11. Çok sık nefes alıp veriyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Akciğerlerimde su toplanması veya mikrop vardır veya kalbimde sorun vardır..... A B C D
Oda çok boğucudur ve hava çok kirlidir..... A B C D
Aşırı heyecanlı veya gerginimdir..... A B C D

Son üç ayda çok sık nefes alıp verdiğiniz oldu mu?

EVET HAYIR

12. El ve ayaklarımda hissizlik ve karıncalanma fark edersem şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Duygusal stres altındayım..... A B C D
Sinirlerimde veya kan dolaşımda yanlış bir şeyler vardır..... A B C D
Üşümüşümdür veya elimde ayağımda uyuşma olmuştur..... A B C D

Son üç ayda el ve ayaklarınızda hissizlik ve karıncalanma hissettiniz mi?

EVET HAYIR

13. Eğer kabız olmuşsam ve düzenli büyük abdeste çıkamıyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Yeterince meyve veya posalı gıda almıyorum..... A B C D
Çok gergin olduğum için düzenli dışarı çıkamıyorum..... A B C D
Bağırsaklarımda bir sorun vardır..... A B C D

Son üç aydır kabız olduğunuz ve düzenli olarak dışarı çıkamadığınız oldu mu? **EVET HAYIR**



EK 10

WHITELEY İNDEKSİ (WI-7)

Protokol No: A-

WI-7

Aşağıdaki soruları kendinize göre “evet” ya da “hayır” olacak şekilde cevaplandırınız.

		Evet	Hayır
1.	Vücudunuzda yanlış giden bir şeyler olduğunu düşünüyor musunuz?		
2.	Sağlığınız hakkında sık endişelenir misiniz?		
3.	Doktor size endişelenecek bir şey olmadığını söylediğinde ona inanmakta güçlük çeker misiniz?		
4.	Ciddi bir hastalığınız olma ihtimali sizi sık sık kaygılandırır mı?		
5.	Pek çok farklı ağrı ve sızıdan yakınır mısınız?		
6.	Televizyon, gazete veya bir yakınınız tarafından bir hastalıktan söz edildiğinde siz de o hastalığa yakalanacağınız kaygısını duyar mısınız?		
7.	Çok farklı hastalık belirtilerinin sizi rahatsız ettiğini düşünür müsünüz?		

EK 11

HASTALIK DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
(HADDÖ)

Protokol No: A-

HADDÖ

Aşağıdaki ifadeler için size en uygun cevabı işaretleyiniz.

	(0) Tamamıyla doğru	(1) Kısmen Doğru	(2) Kısmen doğru değil	(3) Tamamıyla doğru değil
	0	1	2	3
1. Sağlığıma diğer insanlardan daha fazla önem veririm.				
2. Tıbbi bir rahatsızlığa yakalandığımda ilk önce bu belirtilerin ne manaya geldiğini anlamak için tıp sözlüğüne bakarım.				
3. Çoğu tıbbi sorunumda, tanınmış profesörler ve uzmanlar tarafından tedavi olmaya çalışırım.				
4. Aile hekiminin koyduğu tanıları teyit ettireceğim bir uzmanım var.				
5. Tanımla ilgili olarak her zaman ikinci bir tıbbi öneriyi araştırırım.				
6. İnsanlar iyi olmadığımı hemen fark ederler.				
7. İnsanlara sıklıkla şu anki sağlık durumumu açıklamaya çalışırım.				
8. Şikayetlerim başladığında, eski sağlığıma tamamen geri dönmek için işe gitmektense rapor almayı tercih ederim.				
9. Çektiğim ızdırıp herkes tarafından görülür.				
10. Hasta olup olmadığının diğer insanlar tarafından bilinmesi benim için önemlidir.				
11. Üşütmüş bile olsam çalışmaya devam ederim.				
12. Ecza/ilaç dolabımın eksiksiz olmasından her zaman emin olmak isterim.				
13. Gerekli ilaçları her zaman evimde bulundururum.				
14. Evden dışarı çıktığımda ilaçlarımı yanıma almak benim için her zaman önemlidir.				
15. Hastalığımın dolayı alternatif (tıp dışı) yöntemlere başvurdum.				
16. Tıbben acil durumlarda yalnız ve yardımsız kalmayayım diye mümkün olduğunca insanlarla birlikte olmayı kollarım.				
17. İnsanlar çoğunlukla benim şikayetlerimi yeterince ciddiye almazlar.				
18. Fiziksel şikayetlerden muzdarip olduğumda işime yoğunlaşamam.				
19. Ağrı çekerken bile sıklıkla işlerimi yürütecek dikkatliyimdir.				
20. Hastalığım aileme ve arkadaşlarıma olan davranışlarımı etkiler.				
21. Şikayetlerimden dolayı çok sayıda, değişik ilaç ve yöntemleri denemişimdir.				
22. Gözümden kaçan ciddi bir hastalık olmasın diye sıklıkla bedenimi incelerim.				
23. Şikâyetim olduğunda hastalıklı yerlerimi çok dikkatli bir şekilde incelerim.				
24. Bedenimin içinde sürüp giden birçok işleyişime, oldukça dikkat ederim.				
25. Sabah kalktığımda ilk işim bedenimin herhangi bir yerinden rahatsızlık duyup duymadığıma bakmaktır.				

EK 12

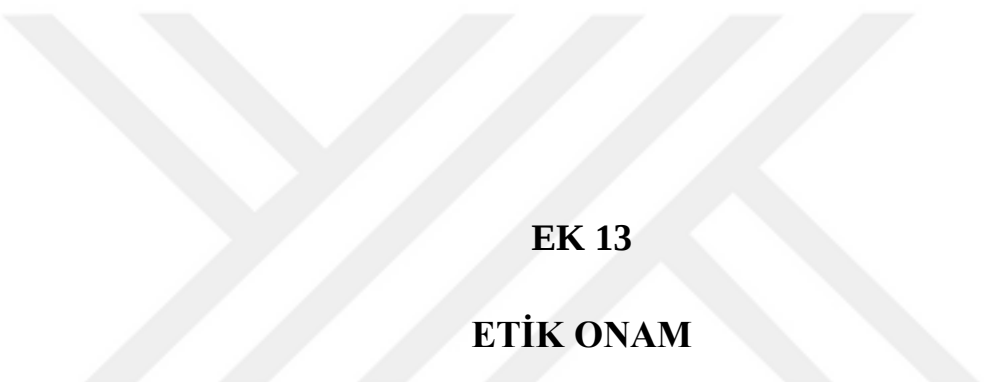
**EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ-GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ
KISALTILMIŞ FORMU (EKA-GGKF)**

Protokol No: A-

EKA-GGKF

Her bir durum için durumunuzu en iyi açıkladığınızı düşündüğünüz açıklamayı işaretleyiniz.

	EVET	HAYIR
1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?		
2. Konuşkan bir kişi misiniz?		
3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?		
4. Oldukça canlı bir kişi misiniz?		
5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu?		
6. Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?		
7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladığınız mı?		
8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?		
9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz?		
10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?		
11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?		
12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?		
13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?		
14. Kaygılı bir kişi misiniz?		
15. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?		
16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?		
17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?		
18. Sinirlerinizden şikayetçi misiniz?		
19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?		
20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?		
21. Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz?		
22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?		
23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?		
24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?		



EK 13

ETİK ONAM

ETİK ONAY BELGESİ

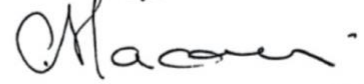
Üniversitemiz Psikoloji bölümü araştırma görevlilerinden Burak DURUK'un sunduğu **“Bedensel Belirti Bozukluğu Riskinin Klinik Sağlık Psikolojisi Perspektifinden İncelenmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”** adlı proje teklifi dosyası incelenmiş ve projenin içeriğinde etik olarak bir sorun olmadığına, ön koşulsuz olarak oybirliği / ~~oyçokluğu~~ ile karar verilmiştir.

29.01.2018

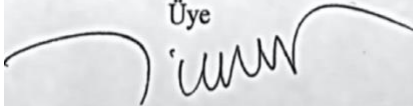
Prof. Dr. M. Lutfullah KARAMAN
Başkan



Prof. Dr. Cengiz ALACACI
Üye



Prof. Dr. Turhan KAÇAR
Üye



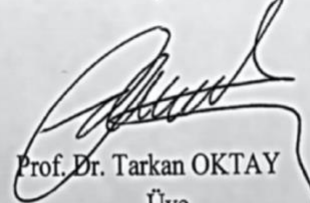
Prof. Dr. M. Refik KORKUSUZ
Üye



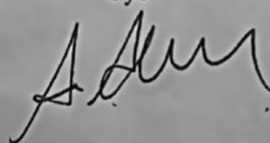
Prof. Dr. Kadir PEKTAŞ
Üye



Prof. Dr. Tarkan OKTAY
Üye



Prof. Dr. Ahmet AKIN
Üye



ÖZGEÇMİŞ

BURAK DURUK

Tel: +90 551 217 76 45

E-posta-1: durukbrk@gmail.com

E-posta-2: pskdrburakduruk@hotmail.com

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi : 14 Mart 1988

Doğum Yeri : Kadıköy/İstanbul

Medeni Hali : Evli, 2 çocuk babası

Unvan : Uzman Klinik Sağlık Psikoloğu

Eğitim Bilgileri

2006-2010 : İstanbul Üniversitesi-Psikoloji Bölümü Lisans Eğitimi
(Mezuniyet Not Ortalaması: 90.7)

2010-2013 : İstanbul Üniversitesi-Uygulamalı Psikoloji (Sağlık Odaklı Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programı
(Mezuniyet Not Ortalaması: 96.1)

2013-2020 : İstanbul Üniversitesi-Psikoloji (Sağlık Odaklı Klinik Psikoloji) Doktora Programı
(Mezuniyet Not Ortalaması: 95.8)

İş Tecrübesi

2012-2015 : İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Araştırma Görevlisi

2015-2020 : İstanbul Medeniyet Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Araştırma Görevlisi

Mesleki Eğitimler

Yüksek Lisans Dersleri Dahilinde;

- ☐ Psikolojik Değerlendirme Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi
- ☐ Bilişsel-Davranışçı Psikoterapi Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi
- ☐ Nöropsikolojik Testler Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi

Doktora Dersleri Dahilinde;

- ☐ Grup Psikoterapisi Teori ve Klinik Süpervizyon Eğitimi
- ☐ Temel Psikofarmakoloji Eğitimi
- ☐ İleri İstatistik Teknikleri Eğitimi

Yayınlar ve Sunumlar

- ☐ Duruk, B. ve Sertel-Berk, H.Ö. (2019). Fonksiyonel Somatik Sendromlar ve DSM-5: Zihin Beden Yaklaşımı Açısından Bir Değerlendirme. Klinik Psikoloji Dergisi, 3(2), 116-128.
- ☐ Bilican, I., Arıkan, S., Duruk, B., Karagöz, L., Malakçioğlu, C. (2017). Psychometric Characteristics of The Turkish Version of Steen Happiness Index. 15th European Congress of Psychology.

- Duruk, B., Sertel-Berk, H.Ö., Ketenci, A. (2015). The Mediating Role of Difficulty in Identifying Feelings on the Relationship Between Depression and Somatic Attribution in a Group of Functional Somatic Syndrome Patients in Turkey. The 14th European Congress of Psychology, 1181-1181.
- Duruk, B., Sertel-Berk, H.Ö., & Ketenci, A. (2015). Are Fibromyalgia and Failed Back Surgery Syndromes Actually “Functional Somatic Syndromes” in Terms of Their Symptomatological, Familial and Psychological Characteristics? A Comparative Study with Chronic Medical Illness and Healthy Controls. AĞRI-The Journal of The Turkish Society of Algology, 27(3), 123-131.
- Sertel-Berk, H.Ö., Aktan, D., Aktaş, A., Asaroğlu, C., Cihandide Ayalp, G., Deveci, E., Duruk, B., Ergüney Okumuş, E., Eyrenci, A., Karaköse, S., Ömerbaşoğlu, S. (2015). Engelli Çocuk Anneleri, Kronik Ağrı ve Yeme Bozuklukları için Bilişsel-Davranışçı Kişilerarası Grup Terapisi: Bir Ön Çalışma. VII. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, 49-49.
- Duruk, B., Sertel-Berk, H.Ö., Ketenci, A. (2014). The Psychological Predictors of Number of Symptoms in Functional Somatic Syndromes in a Group of Chronic Pain Patients in Turkey. 28th International Congress of Applied Psychology.
- Duruk, B., Sertel Berk, H.Ö., Ketenci, A. (2014). Fonksiyonel Somatik Sendromlar: Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromları Aynı Klinik Görüngünün Farklı Görünümleri Olabilir Mi? 18. Ulusal Psikoloji Kongresi, 120-120.
- Ayçiçeği Dinn, A., Sertel Berk, H.Ö., Duruk, B. (2012). İstanbul Üniversitesi Öğrencilerinin Kariyer Beklentileri. Kariyerist, (2), 28-43.

- Ergüney, F.E., Deveci, E., Aktaş, A., Asaroğlu, C., Duruk, B., Ömerbaşoğlu, S. (2011). Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Bireylerde Psikopatolojik Semptomların Değerlendirilmesi. Lisansüstü Öğrencileri Kongresi, 21-21.

Ödüller

- TÜBİTAK Başarı Bursu (Lisans-Yüksek Lisans-Doktora)
- Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Bireylerde Psikopatolojik Semptomların Değerlendirilmesi, V. Lisansüstü Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri İkincilik Ödülü (Eylül 2011).

Üye Olunan Dernekler

- Türk Psikologlar Derneği