

# Somatoform Bozukluğu Olan Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

İsmet KIRPINAR<sup>1</sup>, Erdem DEVECİ<sup>2</sup>, Demet Zihni ÇAMUR<sup>3</sup>, Alperen KILIÇ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Yard. Doç. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Arş. Gör. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

## Özet

**Amaç:** Somatoform bozukluklar tıbbi bir durumu akla getiren fakat tamamen tıbbi bir durumla açıklanamayan fiziksel belirtilerle karakterizedirler. Birçok çalışma somatoform bozukluklarda bilişsel-davranışçı terapilerin etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, somatoform bozuklukların birçok bilişsel faktörle yakın ilişkisi açık olmakla birlikte, bu ilişkinin kesin doğası henüz açıklığa kavuşmamıştır. Bu çalışmanın amacı Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (DSM-IV) Hipokondriyazis ve Somatizasyon Bozukluğu tanıları ile Young tarafından psikolojik problemlerin temeli olarak ileri sürülen erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

**Yöntem:** DSM-IV'e göre Hipokondriyazis veya Somatizasyon Bozukluğu tanısı alan, 18-65 yaşları arasında toplam 28 hasta ve 30 sağlıklı kontrolü inceledik. Bütün katılımcılar DSM-IV Eksen 1 Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile değerlendirildi. Bulgular, bir Sosyodemografik Sorguluk ve Young Şema Sorguluğu-Kısa Form 3'le elde edildi.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı  $36,71 \pm 10,39$  idi. Hastaların çoğu kadın, evli ve ev kadını idi. Somatoform bozukluğu olan hastaların tüm erken dönem uyumsuz şema skorları sağlıklı kontrollerden yüksekti.

**Tartışma:** Bu çalışmada tüm erken dönem uyumsuz şemalar somatoform bozukluklarla ilişkili bulundu. Etyolojide özgül biri değil fakat uyumsuz şemaların tamamının rol oynaması, somatoform bozukluklara yatkınlığın özgül olmayan genel kaynaklarını yansıtıyor olabilir. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2014; 3: 84-93**)

**Anahtar Kelimeler:** Bilişsel terapi, somatoform bozukluklar, erken dönem uyumsuz şemalar.

## Abstract

### Early maladaptive schemas in the patients with somatoform disorders

**Objective:** Somatoform disorders are characterized by physical symptoms that suggest a medical condition but that are not fully explained by a medical condition. A number of studies have suggested the efficacy of cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. But, while it is clear that somatoform disorders are closely related to a number of cognitive factors, the precise nature of these relationships have not been elucidated yet. The aim of the present study was to determine the relationships between DSM-IV hypochondriasis and somatoform disorder diagnoses and the early maladaptive schemas which have been proposed by Young as the core of psychological problems.

**Method:** We investigated a total of 28 patients aged 18-65 years, were diagnosed as Hypochondriasis or Somatization Disorder according to DSM-IV and 30 healthy controls. All participants were assessed with The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-1). Data were obtained by using a Sociodemographic Questionnaire and Young Schema Questionnaire-Short Form 3.

**Results:** The main age of patients was  $36,71 \pm 10,39$ . Most of the patients were female, married and housewives. All early maladaptive schema scores of patients with somatoform disorders were higher than healthy controls.

**Conclusion:** All early maladaptive schemas have been found to be related to somatoform disorders in this study. The role of not a specific one but a total of maladaptive schemas in etiology may reflect the unspecific general sources of the tendency to somatoform disorders. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2014; 3: 84-93**)

**Keywords:** Cognitive therapy, somatoform disorders, early maladaptive schemas.

## GİRİŞ

“Psikolojik rahatsızlıkların bedensel belirtiler halinde yaşanarak ifade edilmesi ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimi” (Lipowsky 1987) olarak kavramsallaştırılan somatizasyon, birçok psikiyatrik bozukluğun ana yakınmalar grubu olarak görülebilir. DSM-IV genel bir tıbbi durumla açıklanamayan çeşitli fiziksel belirtiler veya inançlarla karakterize bir grup hastalığı Somatoform Bozukluklar ana başlığı altında toplamıştır (APA 1994). Bu grubun iki ana bozukluğu Hipokondriyazis ve Somatizasyon bozukluğudur. DSM-IV’te Hipokondriyazis “Kişinin beden semptomlarını yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması” olarak tanımlanırken Somatoform Bozukluk için tanı: “Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması” olarak belirlenmektedir. Yapılan çalışmalar, bu iki bozukluk arasında önemli ölçüde örtüşme olduğunu, bu tanılardan birini alanların önemli bir kısmının diğerinin de tanı ölçütlerini doldurduğunu ve tedavi müdahalelerinin benzer olduğunu göstermektedir (Dimsdale ve Creed 2009, Dimsdale ve ark. 2011, Fink ve ark. 2004, Creed ve Barsky 2004, Barsky ve ark. 1992).

Somatoform bozuklukların tedavisinde bilişsel-davranışçı yaklaşımların etkinliğini gösteren birçok çalışmaya (Escobar ve ark. 2007, Speckens ve ark. 1995, Sumathipala ve ark. 2000, Barsky ve Ahern 2004, Greeven 2007) rağmen bu bozuklukların altında yatan bilişsel-davranışsal süreçler veya şemalarla ilişki henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bilişsel kuram, tüm psikolojik bozuklukların altında yatan ortak mekanizmanın, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış ya da kötü işlevli düşünceler olduğunu öne sürer. Bu düşüncelerin en temel düzeyinde şemalar ve/veya temel inançlar denen; çok global, aşırı genelleyci ve değişmeye dirençli inançlar yer alır. Şemalar; bilgi girdilerimizin işlenmesi ve deneyimlerimizin anlamlı bir şekilde yorumlanmasına imkan sağlayan derin bilişsel yapılar olurken, inançlar o yapıların kişisel deneyimlere dayalı içeriğidir. Bu şemaların stresli durumlarla tetiklenmesi, çeşitli psikopatolojik belirtilerin (emosyonlar, bilişler ve davranışlar) ortaya çıkmasına neden olur. (Beck 1995, Türkçapar 2008). Jeffrey Young sonradan bu paradigmaya, bilişsel yapının daha derin düzeylerini ifade eden Erken Dönem Uyumsuz (maladaptif) Şemalar (EDUŞ) terimini eklemiştir (Young 1990, Young ve ark. 2003). Beck’in “şema” kavramı

daha çok koşullu (eğer başkalarını her zaman memnun edersem sevilebilirim) inançları ifade ediyorken Young’un EDU şemaları koşulsuz inançları belirtir (sevilmiyorum) (Schmidt ve ark. 1995). Young’a göre erken dönem uyumsuz şemalar; anıları, duyguları, bilişleri ve beden duyularını içeren, kişinin kendine ve ilişkilerine yönelik yaşam boyu geçerli, yaygın, kapsamlı bilişsel örüntüler olarak tanımlanmaktadır. Şemalar, genellikle çocukluk ya da ergenlik dönemleri boyunca gelişmektedirler ve çocuğun içinde yaşadığı aile ortamına/yakın çevresine uyumunu sağlamaları açısından işlevseldirler. Bu şemalar katı ve değişime dirençli olmaları nedeniyle yaşamın ilerleyen dönemlerinde uyum bozucu hale gelebilmekte, çeşitli bozuklukların temelinde yer alabilmektedirler (Young 1990, Young ve Lindemann 1992, Young ve ark. 2003).

Kişilik bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozuklukla EDUŞ arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar mevcuttur. Bu iki klinik durum dışında obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, panik bozukluk, yeme bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu gibi birinci eksen hastalıklar ve öfke, mizah gibi klinik ilgi odağı olabilecek durumlarla ilgili de birçok çalışma yapılmıştır (Hedley ve ark. 2001, Petrocelli ve ark. 2001, Harris ve Cutin 2002, Hinrichsen ve ark. 2004, Jovev ve Jackson 2004, Arntz ve ark. 2005, Castille ve Prout 2007, Bamber ve McMahon 2008, Lapsekili ve Ak 2012, Konukçu ve ark. 2013). Somatoform bozukluklar için önerilen hastalık davranışı, somatosensoriyel amplifikasyon (bedensel duyuları abartma), somatik dissosiyasyon gibi açıklayıcı modeller ya da belirli kişilik özelliklerinin varlığı (Barsky ve Wyshak 1990, Noyes ve ark. 2000) bu bozukluklara karşı da temel bir bilişsel yakınlık olduğu düşüncesini ima etmektedir. Bu çalışmanın amacı, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriyazis ile erken dönem uyumsuz şemaları arasında bir ilişki olabileceği varsayımımızı araştırmaktır.

## YÖNTEM

### Katılımcılar ve İşlem

Çalışma örneklemini üniversite psikiyatri polikliniğine başvuran ve Somatoform Bozukluk veya Hipokondriyazis ön tanısı olarak Somatoform Bozukluklar Birimine yönlendirilen hastalar oluşturmaktadır. Bu birimde deneyimli bir psikiyatrist tarafından SCID-I Türkçe sürümü (Özkürkçügil ve ark. 1999) uygulanarak Somatoform Bozukluk veya Hipokondriyazis tanıları doğrulanmış hastalar çalışmaya alınmıştır. Başka bir Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı alanlar, ciddi bir genel tıbbi durumu olanlar, eğitimsizler ve alkol

ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı olanlar dışlandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık 18-65 yaşları arasındaki, en az ilkokul mezunu 28 hasta çalışma grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu olarak hastanenin değişik kliniklerinde tedavi gören hastaların önemli bir tıbbi hastalık öyküsü olmayan yakınlarından SCID-I uygulanarak psikopatolojisi olmadığı belirlenmiş ve sosyodemografik özellikleri itibarıyla hasta grubuyla eşleştirilmiş 30 kişi çalışmaya alınmıştır.

Tüm katılımcılara çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra sosyodemografik bilgi formu ve Young Şema Ölçeği (YSQ-S3a: Young Schema Questionnaire-Short Form 3) Türkçe formu verilerek doldurmaları istenmiştir (Young (1990, 2003).

### Veri Toplama Araçları

**Sosyodemografik bilgi formu:** Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve sosyoekonomik düzeylerine ilişkin kendi algılamalarını içeren tarafımızca hazırlanmış bir formdur.

**SCID I (Klinik Versiyon):** DSM-IV Eksen I tanıları için geliştirilmiş, klinisyenler tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır. Dil ve tanı kapsamı ile çoğunlukla erişkinler için kullanımı uygundur. Altı modülden oluşmaktadır. Bu çalışmada, Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Özkürkçügil ve ark. (1999) tarafından yapılmış olan Türkçe versiyonu kullanılmıştır.

**Young Şema Ölçeği-Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3):** Jeffrey Young (1990, 2003) tarafından Şema Terapisi temelinde kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen, kişinin kendini değerlendirdiği özbildirim ölçeğidir. Ölçeğin kısa formu 90 maddeden oluşmaktadır. Her maddede 6'lı likert tipi ölçek üzerinde katılımcıların kendilerinin işaretleyebileceği "Benin için tamamıyla yanlış" ile "Beni mükemmel şekilde tanımlıyor" arasında değişkenlik gösteren seçenekler yer almaktadır. Ölçekteki sorular; Duygusal Yoksunluk, Terkedilme, Şüphelilik, Sosyal İzolasyon, Kusurluluk, Bağımlılık, Başarısızlık, Dayanıksızlık, İç içelik-gelişmemiş benlik, Boyun Eğicilik, Kendini Feda Etme, Duyguları Bastırma, Yüksek Standartlar, Haklılık, Yetersiz Özdenetim, Onay Arayıcılık, Karamsarlık ve Cezalandırılma şemalarını içeren 18 alt ölçek ile ilişkilidir. Türkiye'de YŞÖ-KF3'ün Türkçe'ye uyarlanan formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soygüt ve ark. (2009) tarafından yapılmış olup çalışmamızda bu form kullanılmıştır.

### Verilerin Analizi

Çalışmamızdaki verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 for Windows programı kullanılarak yapıldı. Niceliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı. Değişkenlere ait değerler % ve ortalama  $\pm$  SD (standart sapma) olarak ifade edildi. Yapılan değerlendirmelerin sonunda  $p < 0,05$  anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

### BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması  $36,71 \pm 10,39$  idi. Çoğu kadın, evli, eğitim düzeyi düşük ve ev kadınıydı. Hastaların 7'si (%25) Hipokondriasis 21'i (%75) ise Somatizasyon Bozukluğu tanısı almıştı. Hastalarla kontrol grubunun demografik özellikleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiyordu (Tablo 1).

Hastalarla sağlıklı kontrol grubunun YŞÖ-KF3 altölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Young Şema Ölçeğinin tüm altölçek puan ortalamalarının somatoform bozukluklar grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

### TARTIŞMA

Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriyazis tanısı alan hastalarda erken dönem uyumsuz şemaları arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak amacıyla tasarlanıp yürütülen bu çalışmada Young Şema Ölçeği ile incelenen bütün şemaların ortalama puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuştur.

Psikiyatri ve psikoloji yazınında somatizasyon terimi, "Hastanın bir patofizyolojik açıklaması olmayan fiziksel/somatik belirtiler yaşaması ve ifade etmesi, bunları bir hastalık işareti olarak yanlış değerlendirilmesi ve tıbbi çare araması eğilimi" (Lipowski 1988) olarak kavramsallaştırılmıştır. Yaygınlığı iyi bilinen ancak kavramsal ve tanısal belirsizlikler taşıyan bu eğilim bir spektrum oluşturur. Bu spektrumun en alt ucunda boşanma, işten ayrılma, borç gibi stresli durumlara bağlı olarak ortaya çıkan başağrısı, bitkinlik gibi yaygın belirtiler yer alırken en üst uca ise birçok tıbbi muayene ve tedavi öyküsü olan, hastanın işlevselliğinin tamamen bozulmasına, kişisel ve toplumsal faaliyetlerden çekilmesine neden olan kronik ya da sürekli değişen birçok belirti ile seyreden bedensel belirtili bozukluklar vardır. DSM'nin ilk olarak 3.baskısında yer bulan ve DSM-IV-TR sürümünde genişletilen Somatoform Bozukluklar grubu, spektrumun kesin bir etyoloji veya patofizyolojinin payla-

**Tablo 1.** Hasta ve kontrol grubunun demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Özellik	Hasta (n=28)	Kontrol (n=30)	X <sup>2</sup>	p
Yaş	36,71 ± 10,39	37,75 ± 15,17		0,956
Cinsiyet,			0,76	0,783
Erkek	% 35,7	% 39,3		
Kadın	% 64,3	% 60,7		
Eğitim			3,784	0,286
İlkokul	% 55,6	% 33,3		
Ortaokul	% 3,7	% 13,3		
Lise	% 25,9	% 36,7		
Üniversite	% 14,8	% 16,7		
Medeni Durum			0,752	0,686
Bekar	% 17,9	% 24,1		
Evli	% 78,6	% 69,0		
Boşanmış	% 3,6	% 6,9		
Meslek			3,54	0,315
Ev Hanımı	% 60,7	% 37,0		
Çalışan	% 28,6	% 40,7		
Emekli	% 7,1	% 11,1		
Öğrenci	% 3,6	% 11,1		
Sosyoekonomik Düzey			3,40	0,183
Üst	% 10,7	% 13,3		
Orta	% 82,1	% 63,3		
Alt	% 7,1	% 23,3		

**Tablo 2.** Hasta ve kontrol grubu YŞÖ alt ölçek skor ortalamalarının karşılaştırılması

YŞÖ alt ölçek skor ortalamaları	Hasta (n=28)	Kontrol (n=30)	Z	p
Duygusal Yoksunluk	12,96 ± 7,37	8,20 ± 3,99	-0,55	0,008
Terkedilme	15,14 ± 7,82	9,70 ± 4,01	-2,668	0,005
Şüphencilik	15,36 ± 6,34	10,63 ± 4,57	-2,825	0,002
Kusurluluk	15,04 ± 7,81	9,03 ± 3,59	-3,045	0,003
Sosyal İzolasyon	12,25 ± 7,26	7,10 ± 3,15	-2,992	0,003
Bağımlılık	12,61 ± 7,34	7,33 ± 3,07	-3,002	0,016
Dayanıksızlık	12,36 ± 6,14	7,53 ± 3,49	-2,415	0,001
Başarısızlık	17,82 ± 5,98	8,27 ± 3,00	-3,221	< 0,0001
İçişlik-Gelişmemiş Benlik	14,43 ± 5,23	9,37 ± 4,84	-5,483	< 0,0001
Haklılık	14,14 ± 6,56	7,97 ± 3,17	-3,519	< 0,0001
Yetersiz Özdenetim	19,32 ± 6,02	13,77 ± 5,10	-3,793	0,001
Cezalandırıcılık	13,21 ± 6,24	10,10 ± 5,42	-3,418	0,038
Yüksek Standartlar	17,82 ± 4,23	12,90 ± 5,13	-2,073	0,001
Duyguları Bastırma	17,43 ± 5,79	12,80 ± 5,73	-3,394	0,003
Karamsarlık	16,79 ± 5,76	11,73 ± 4,59	-2,931	0,004
Onay Arama	18,57 ± 6,46	12,30 ± 5,84	-2,847	< 0,0001
Kendini Feda Etme	17,79 ± 6,80	11,03 ± 5,51	-3,706	< 0,0001
Boyun Eğicilik	16,78 ± 6,00	9,60 ± 3,43	-4,387	< 0,0001

şılmasına göre değil de klinik benzerlikleri itibariyle bir araya getirilmiş bu ikinci ucunu oluşturan bozuklukları içermektedir (APA 1994). Bu grubun iki ana bozukluğu Hipokondriyazis ve Somatizasyon bozukluğudur. Ancak her iki bozukluk örtüşen pek çok klinik özelliğe sahiptir, hastaların önemli bir kısmı aynı anda iki tanıyı da alabilmektedirler ve aralarındaki sınırlar çok açık değildir (Barsky ve ark. 1992, Schmidt 1994, Leibbrand ve ark 2000, Noyes ve ark. 2008). Bu örtüşmeler ve tanı belirsizlikleri dikkate alınarak yakınlarda yayınlanan DSM-V’te yeni tanılamalara gidilmiştir (APA 2013). Dolayısıyla her ikisinin de ortak bilişsel süreçlere dayandığı düşünülerek, daha genel bir çatı olarak somatizasyon kavramıyla açıklanması doğaldır.

Somatizasyon kavramı ve bağlı bozukluklar, başlangıçta “tamamen aynısı olmasa da büyük ölçüde konversiyon kavramına bağlı psikoanalitik bir kökenle açıklanırken (Lipowski 1988), giderek bilişsel-davranışçı açıklamaları da içeren daha geniş bir bağlamda işlenmeye başlanmıştır. Günümüzde, genelde somatizasyon ve özel olarak somatoform bozukluklarda en etkin tedavi olarak bilişsel-davranışçı terapiler kullanılmaktadır. Bilişsel-davranışçı model fizyolojik değişiklikler, bilişler, duygular, davranışlar ve çevre arasındaki etkileşime vurgu yapar. Bu bağlamda; somatoform bozukluklar üç düzeyde çarpıtmalar gösterirler: bilişler (dikkat, belirtilerin bedene atfedilmesi yüzünden beden işlevlerine odaklanmıştır), davranışlar (fiziksel hareketsizlik ve sürekli tıbbi çare arama) ve emosyonlar (kaygı ve depresyon). Ek olarak fizyolojik uyarılar bedensel duyuların abartılması ve hastalık davranışına neden olmaktadır (Magallon ve ark. 2008). Hastaların belirtilerine ilişkin yanlış yorumlarını tanımlama ve daha gerçekçi yorumlar geliştirme, emosyonlarının farkında olma ve ifade etmeleri için yardım, bilişlerin tanımlanması ve yeniden yapılandırılması ile hastalık davranışının değiştirilmesi ve gevşeme teknikleri bilişsel-davranışçı terapilerin ana unsurlarıdır. Çok sayıda randomize kontrollü çalışma, uzmanlar veya uzmanlaşmış kliniklerce yapılan bilişsel-davranışçı terapilerin somatoform bozukluklarda etkili olduğunu kanıtlamaktadır (Clark ve ark. 1998, Speckens ve ark. 1995, Sumathipala ve ark 2000, Barsky ve Ahern 2004, Greeven ve ark. 2007, Escobar ve ark. 2007, Marcangelo ve Wise 2007, Kroenke 2007).

Somatoform bozukluklar için üzerinde en sık durulan model olan “bedensel duyularını abartma (sوماتosensoryel amplifikasyon)” kuramı, somatoform bozukluklu bireylerin somatik duyularına odaklanma eğilimine sahip olduğu ve bunları yoğun, zararlı ve

rahatsız edici olarak yaşadığını öne sürülmektedir (Barsky 1990). Beden duyularının algılanması kişinin niteleme, atfetme tarzı (attribution style) ile yakından ilgilidir ve bu atıf tarzı esasen kişinin temel bilişsel süreçlerini ifade etmektedir. Somatoform bozukluğu olan kişilerde, hasta olduğu ya da hissettiği zaman yatağa gitmek, ilaç almak, doktora gitmek ya da acillere başvurmak gibi davranışlar göstermesi anlamına gelen “hastalık davranışı” (Mechanic 1972) sergilemeleri tanımlayıcı bir durumdur. Bu durumun bir eğilim olarak ele alınması görüşünü destekleyen çalışmalar mevcuttur. Nöropsikolojik testler somatizasyonun bilgi işleme defisitleri ile birlikte olduğunu göstermektedir (Bucci 1997, Rief ve Nanke 1999).

Beck’e (1995) göre bireydeki psikolojik sorunların altında dış ve iç dünyadan gelen uyarıcıların kötü işlevli, bozulmuş bilişsel süreçler nedeniyle çarpık bir şekilde algılanması ve gerçeğe uygun olmayan bir şekilde yorumlanması yatmaktadır. Yaşamın ilk yıllarından itibaren sosyalleşme sürecinde, deneyim ve öğrenmelere bağlı olarak bireyde bazı temel düşünce ve inanç sistemleri, varsayımlar ve genellemeler oluşur. Bu temel varsayımlar tekrarlanarak şemaları oluşturur. Bu şemalar ise günlük yaşamda birey tarafından algıları organize etmede, dış dünya ve olayları yorumlayıp anlamlandırmada kullanılır. Erken Uyumsuz Şemalar çocukluk çağına yeterince karşılanmayan emosyonel ihtiyaçlar ve kötü işleve sahip ilişkilerden gelişir ve anılar, duygular, bilişler ve beden duyularının yaygın ve otomatik kalıplarına neden olurlar. Örneğin; somatizasyonlu kadınların babalarının büyük olasılıkla antisosyal kişilik bozukluğuna ya da özelliklerine sahip olduğu ve böyle ailelerde fiziksel ve cinsel kötüye kullanım riskinin yüksekliğinin gözden kaçırılmaması gerektiği bildirilmektedir (Cloninger ve ark. 1995). Young’a (2003) göre davranışlar doğrudan şemanın sergilenmesi biçiminde değil daha çok şemanın dürtüklediği baş etme yanıtlarının bir parçası olarak ortaya çıkarlar.

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile başta kişilik bozuklukları ve depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma vardır (Young 1992, Hedley ve ark. 2001, Petrocelli ve ark. 2001, Harris ve Cutin 2002, Hinrichsen ve ark. 2004, Jovev ve Jackson 2004, Arntz ve ark. 2005, Castille ve Prout 2007, Bamber ve McMahan 2008, Lapsekili ve Ak 2012, Konukçu ve ark. 2013). Bizim çalışmamızın yapıldığı tarihlerde EDUŞ ile doğrudan somatoform bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran yayınlanmış başka bir çalışma bulamadık. Ancak, somatoform bozukluklara yüksek oranlarda eşlik ettiği bilinen belirli kişilik özellikleri

ya da kişilik bozukluklarındaki EDUŞ birçok çalışmada araştırılmıştır. Somatizasyonu olan kişilerde sık gözlenen kişilik özellikleri içinde güvensizlik ve düşük kendilik saygısı ile olumsuz mizaç ya da nörotisizm boyutu önde gelmektedir (Gupta ve Pérez-Edgar 2012, Jellesma 2008, Eysenck 1991, McCrae ve Costa 1987, Denollet 1998). Nörotisizm, duygusal olarak aşırı tepkiselliğe işaret eden ve bu boyutta yüksek puan alan bir kişinin kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük öz-güveni olabileceğini belirten bir kişilik boyutu olarak kavramsallaştırılmıştır (Lewis 2002). Bu kişilik yapısı ile EDUŞ arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalar duygusal yoksunluk, haklılık, duyguların bastırılması ve iççelik gibi şemaların belirgin olduğunu bildirmektedirler (Muris 2006, Sava 2009, Thimm 2010). Benzer şekilde somatoform bozukluğu olan kişiler için önerilen kişilik yapılanmalarından biri de aleksitimidir. Çalışmalar bilişsel çarpıtmaları nedeniyle stres ve kaygı gibi duygularının ne farkında oldukları ne de yaşayabildikleri ve duygu durumlarının farkına varmadıkları için de yaşadıklarını bedensel tepkiler olarak (psikosomatik belirtiler) ifade ettikleri ön sürülen aleksitimi ile somatizasyon arasındaki ilişki olduğunu bildirmektedirler (De Gucht ve Heiser 2003). Aleksitimiklerin ilkel bilişsel şemalar kullandıkları öne sürülmektedir. Bilişsel değerlendirme en alt düzeyde simgesel ve sözel olmayan bir biçimde yapılır (Martin ve Pihl 1986).

Somatoform bozukluğu olan hastalarda belirli kişilik özellikleri yanında bütünüyle Eksen 2 kişilik bozuklukları komorbiditesi de oldukça yüksektir. Yapılan çok sayıda çalışma, somatoform bozukluklarda %61-%76 oranlarında kişilik bozuklukları sıklığı bildirmektedir (Garcia-Campayo ve ark. 2007, Sakai ve ark. 2010, Rost ve ark. 1992, Stern ve ark. 1993, Alnaes ve Torgensen 1988, Leibbrand ve ark. 1997). Bu yüzden bazı otörler somatoform bozuklukların kişilik bozukluğu olarak kavramsallaştırılması gerektiğini bile iddia etmişlerdir (Bass ve Murphy 1995). İlk çalışmalar daha çok histriyonik ve antisosyal kişilik bozuklukları üzerine yoğunlaşmıştır (Cloninger 1978, Guze 1983, Kaminsky ve Slavney 1983, Morrison 1989, Lillienfeld 1992). Ancak sonraki çalışmalar yüksek oranların belirli kişilik bozukluklarına özgül olmayıp genel olarak kişilik patolojisi ile ilgili olduğunu göstermektedir. Somatizasyonu olan hastalarda farklı ve bazen birden fazla kişilik bozukluğu özelliklerine rastlanabilmektedir (Stuart ve Noyes 1999). Farklı çalışmacılar kaçınan, pasif-bağımlı, borderline ve paranoid kişilik bozukluğu komorbiditesini yüksek buldukları sonuçlar yayınlamışlardır (Sakai

ve ark. 2010, Stern ve ark. 1993, Garcia-Campayo ve ark. 2007, Hudziak ve ark. 1996). Somatizasyon bozukluğu olan hastaların kendilerinde ve akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu riskinin arttığını gösteren çalışmalar; kurallara ve beklentilere uyma yetersizliğinin paylaşıldığına dikkat çekmekte ve somatik belirtilerin hastayı toplumsal kurallardan ve kendisine zor gelen beklentilerle karşılaşmaktan koruyabilir olabileceğini öne sürmektedirler düşünülmüştür. Özellikle obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun somatizasyon için neredeyse her zaman gözlenen bir eşlikçi olduğu bilinmektedir. Örneğin Stern ve ark. (1993) somatizasyon bozukluğu olan hastalarda obsesif-kompulsif özelliklerin anksiyete ve depresyon hastalarına göre 2 kat daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (OKKB) hem hipokondriyak hemde somatizasyon bozukluğu olanlarda sık gözlendiğini bildiren oldukça fazla sayıda çalışma bulunmaktadır (Sakai ve ark. 2010, Rost ve ark. 1992, Stern ve ark. 1993, Kaminsky ve Slavney 1983, Starceviç 1990, Kirmayer 1994). Kendi çalışmalarında da benzer bir sonuca ulaşan Noyes ve ark. (2001), OKKB özellikleri olan bireylerin fiziksel ve ruhsal işlevselliklerini sıkça kontrol etmeleri ve bunun sonucu olarak bedensel olarak açıklanamayan belirti veya duyumları daha çok tehdit edici olarak yorumlamalarını somatoform bozukluklarla OKKB yüksek eşlik düzeylerini açıklamak için bir model olarak öne sürmektedirler. Histriyonik ve obsesif-kompulsif kişiliklerin sıklığına dikkat çeken Garcia-Campayo ve ark. (2007) somatoform bozukluğu olan hastalarda tanının zaman içinde stabilitesi ve tedaviye direnç göstermesini de buna bağlamaktadırlar.

Somatoform bozukluklara yakın özelliklere sahip diğer durumlarda da erken dönem uyumsuz şemaları araştırılmıştır. Genel Sağlık Sorguluğu uygulanarak yapılan bir çalışmada klinik olmayan örnekleme somatizasyon, anksiyete ve depresyon puanları ile özellikle kusurluluk-utanma şeması arasında ilişki bulunmuştur (Shahamat 2011). Saariaho ve ark. (2010) 271 kronik ağrı hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastalardan 158'inin 1 veya daha fazla şemada yüksek puanlar aldıklarını bildirmektedirler. Depresif kronik ağrı hastalarında psikoterapinin özellikle kusurluluk-utanma, bağımlılık ve sosyal izolasyon şemalarına odaklanması önerilmektedir (Saariaho ve ark. 2012). Romatoid artrit hastalarında en çok kendini feda, duygusal yoksunluk ve yüksek standartlar şemaları bulunmuştur (Rezaei ve ark. 2014, Saariaho ve ark. 2012).

Kişilik Bozuklukları (KB) ile EDUŞ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan bazıları Borderline

KB'da bağımlılık-yetersizlik, kusurluluk-utanma ve terk edilme, OKKB'da yüksek standartlar, Kaçınan KB'da duyguları bastırma gibi şemaların biraz daha fazla kullanıldığını göstermekle birlikte (Jovev ve Jackson 2004), kişilik bozukluğuna özgü biricik şemalardan çok şemaların neredeyse tamamı ile ilişki söz konusudur. Yakın zamanlarda klinik olmayan bir örnekleme yapılan bir çalışma (Carr ve Francis 2010), birkaçı dışında kişilik bozukluklarının tümü ile EDUŞ arasında bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu şemalar arasında kusurluluk-utanma, duyguları bastırma ve duygusal yoksunluk, yüksek standartlar, dayanıksızlık ve güvensizlik-suistimal edilme şemaları daha çok göze çarpmaktadır. Kişilik bozukluğu olanlarda derin yetersizlik ve aşağılık (kusurluluk), başkaları tarafından zarara uğratılma (güvensizlik-suistimal edilme) ve dünyanın güvensiz olduğu (dayanıksızlık) duyguları olduğu ve bu yüzden bir başa çıkma-telafi biçimi olarak somatizasyona başvurulduğu düşünülebilir. Davranışsal ketlenme ve utanma sonucu sosyal ortamlarda duyguların ifade edilememesi psikofizyolojik tepkiselliğe ve somatizasyona yol açıyor olabilir. Utanma mizacının, emosyonel bilgi işlemede kusur ve olumsuz kendilik şemaları şeklinde ortaya çıkan erken bir mizaç özelliği olduğu öne sürülmüştür. Bu örüntü yaşamın sonraki dönemlerinde somatik yakınmalara yol açmaktadır (Gupta ve Pérez-Edgar 2012, Jellesma 2008). Somatik davranış, kişinin sosyal ortamlardaki ve kendini ifade etmedeki güçlüklerinin olumsuz etkilerine karşı bir baş etme düzeneği olarak kullanılmaktadır. Bu yüzden uygun başa çıkma becerilerini amaçlayan psikoterapilerin ilaçlardan daha önemli katkılar sağladığı öne sürülmektedir (Barsky ve Borus 1995).

Çalışmamızın sonuçları ve ilişkili diğer çalışmalar; somatizasyon bozukluğu olan hastalarda erken uyumsuz şemaların bir veya birkaçının değil de genel olarak tamamının rolü olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, somatoform bozukluklara özgü tipik şemalar yerine erken döneme ilişkin özgül olmayan genel bir örselenmeye işaret ediyor görünmektedir. Gerçekten de somatoform bozuklukları ve çocukluk çağı travmalarına ilişkin pek çok çalışma, tıbben açıklanamayan bedensel semptomların ve hastalıkların altında kötüye kullanım ve büyük ebeveyn değişimleri gibi çocukluk çağı travmatik yaşantılarının var olduğunu bildirmektedir (Barsky ve ark. 1994, Roelofs ve ark. 2002, Cloninger 1978, Pribor ve ark. 1993) Pek çok hasta, aile içinde emosyonel zorlanma, anlamlı düzeyde yüksek aile çatışması ve zayıf destekten bahsetmektedir. Patolojik aile çevresinin değişkenleri ile tıbben açıklanamayan belirtiler ve emosyonel kötüye

kullanım arasında güçlü bir ilişki vardır (Brown ve ark. 2005).

Somatoform bozukluklarda belirli kişilik özellikleri ve tanı düzeyinde kişilik bozukluklarının yüksek komorbiditesi dikkate alındığında; hastalarda Eksen 2 kişilik bozukluklarının taranmaması, çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak görünmektedir. Katılımcı sayısının azlığı, diğer önemli bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Ancak, somatoform bozukluklar ve genelde somatizasyon eğiliminin toplum örnekleminde oldukça yüksek olsa da psikiyatrik başvuru oranlarının çok düşük olduğu iyi bilinmektedir.

Sonuç olarak, bulgularımız somatoform bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şema puanlarının tümünün sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuç; somatoform bozukluklara özgü tanısalsal bir EDUŞ profilinin olmadığı, ancak hastalarda EDUŞ gelişimine neden olan genel bir erken dönem örselenmesinin söz konusu olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu yüzden, somatoform bozukluğu olan hastalarda yapılan psikoterapi uygulamalarında, bireysel olgu formülasyonunun özenle yapılması ve hastalığa özgü teknikler kadar bireye özgü şemaları odaklayan bir yaklaşımın da mutlaka dikkate alınması gerekir.

## KAYNAKLAR

- Alnaes R, Torgensen S (1988) The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand*, 78: 485-92.
- Arntz A, Klokman J, Sieswerda S (2005) An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 36: 226-39.
- APA, American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- APA, American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition, American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Bamber M, McMahon M (2008) Danger-Early maladaptive schemas at work: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15: 96-112.
- Barsky AJ ve Ahern DK (2004) Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291: 1464-70.
- Barsky AJ ve Borus JF (1995) Somatization and medicalization in the era of managed care. *Journal of American Medical Association*, 274: 1931-4.
- Barsky AJ, Wool C, Barnett MC ve ark. (1994) Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry*, 151: 397-401.

- Barsky AJ, Wyshak G (1990) Hypochondriasis and somatosensory amplification, 157: 404-9.
- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL (1992) Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49: 101-8.
- Bass C, Murphy M (1995) Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res*, 39: 403-27.
- Beck JS (1995) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, Şahin NH (Çev. Ed.), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2001.
- Brown RJ, Schrag A, Trimble MR (2005) Dissociation, Childhood Interpersonal Trauma and Family Functioning in Patients With Somatization Disorder. *Am J Psychiatry*, 162: 5.
- Bucci W (1997) Symptoms and symbols: A multiple code theory of Somatization, *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 17: 151-72.
- Carr S, Francis A (2010) Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: an examination in a non-clinical sample. *Psychology & Psychotherapy*, 83;4: 333-49.
- Castille K, Prout M (2007) The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21: 58-71.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A ve ark. (1998) Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *BJP*, 173: 218-25.
- Cloninger CR (1978) The link between hysteria and sociopathy: an integrative model of pathogenesis based on clinical, genetic, and neurophysiological observations, in *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors*. New York, Spectrum: 189-218.
- Cloninger RC, Reich T, Guze S (1995) The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relations between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). *Br J Psychiatry*, 127: 23-32.
- Creed FH, Barsky A (2004) A systematic review of somatisation and hypochondriasis. *J Psychosom Res*, 56: 391-408.
- De Gucht V, Heiser W (2003) Alexithymia and somatization: a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res*, 54: 425-34.
- Denollet J (1998) Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). *Ann Behav Med*, 20: 209-15.
- Dimsdale J, Creed F (2008) The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV—a preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*, 66: 473-6.
- Dimsdale J, Sharma N & Sharpe M (2011) What do physicians think of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 52: 154-9.
- Escobar JI, Gara MI, Diaz-Martinez AM ve ark. (2007) Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy-type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Annals of Family Medicine*, 5: 328-35.
- Eysenck HJ (1991) Dimensions of personality: 16, 5, or 3? – criteria for a taxonomic paradigm. *Pers Individ Diff*, 12: 773-90.
- Fink P, Ornobol E, Toft T ve ark. (2004) A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry*, 161: 1680-91.
- Garcia-Campayo J, Alda M, Sobradie N ve ark. (2007) Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain. *Journal of Psychosomatic Research*, 62: 675-80.
- Greeven A, van Balkom AJ, Visser S ve ark. (2007) Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of Hypochondriasis: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164: 91-9.
- Gupta D, Pérez-Edgar K (2012) The role of temperament in somatic complaints among young female adults. *J Health Psychol*, 17: 26.
- Guze SB (1983) Studies in hysteria. *Can J Psychiatry*, 28: 434-7.
- Harris AE, Cutin L (2002) Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26: 405-16.
- Hedley L, Hoffart A, Sexton H (2001) Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15: 131-42.
- Hinrichsen H, Waller G, Emanuelli F (2004) Social anxiety and agoraphobia in the eating disorder: Associations with core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192: 784-7.
- Hudziak J, Boffeli T, Kriesman JJ ve ark. (1996) A clinical study of the relation between borderline personality disorder to Briquet's syndrome, somatization disorder, antisocial personality disorder and substance abuse disorder. *Am J Psychiatry*, 153: 1598-1606.
- Jellesma FC (2008) Health in young people: social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *J Dev Behav Pediatr*, 29: 94-100.
- Jovev M, Jackson HJ (2004) Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *J Pers Disord*, 18: 467-78.
- Kaminsky MJ, Slavney PR (1983) Hysterical and obsessional features in patients with Briquet's syndrome (somatization disorder). *Psychol Med*, 13: 111-20.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J (1994) Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol*, 103: 125-36.
- Konukçu HB, Akkoyunlu S, Türkçapar MH (2013) Early maladaptive schemas in depressed women and its relationship with depression. *JCBPR*, 2: 98-105.
- Kroenke K (2007) Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 69: 881-8.
- Lapsekili N, Ak M (2012) Early maladaptive schemas related to unipolar and bipolar depression: similarities and differences. *JCBPR*, 1: 145-51.
- Leibbrand R, Hiller W, Fichter MM (2000) Hypochondriasis and Somatization: Two Distinct Aspects of Somatoform Disorders? *J Clin Psychol*, 56: 63–72.
- Lewis CA, Francis LJ, Shevlin M (2002) Confirmatory factor



- analysis of the French translation of the abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A). *European J Psychol Assess*, 18: 179-85.
- Lillienfeld SO (1992) The association between antisocial personality and somatization disorders. A review and integration of theoretical models. *Clin Psychol Rev* 12: 641- 62.
- Lipowski ZJ (1987) Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychoter Psychosom*, 47: 160-7.
- Lipowski ZJ (1988) Somatization: the concept and its clinical applications. *Am J Psychiatry*, 145: 1358-68.
- Magallón R, Gili M, Moreno S ve ark. (2008) Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI 4,6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry*, 8: 47.
- Marcangelo MJ, Wise T (2007) Resistant somatoform symptoms: Try CBT and antidepressants. *Current Psychiatry*, 6: 101-16.
- Martin BJ, Pihl OR (1986) Influence of alexithymia characteristics on psychological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45: 66-77.
- McCrae RR, Costa PT (1987) Validation of the five factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol*, s. 81-90.
- Mechanic D (1972) The concept of illness behaviour. *J Chronic Dis*, 15: 189-94.
- Morrison J (1989) Histrionic personality disorders in women with somatization disorder. *Psychosomatics*, 30: 433-7.
- Muris P (2006) Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13: 405-13.
- Noyes R, Langbehn DR, Happel RL ve ark. (2001) Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics*, 42: 320-9.
- Noyes R, Stuart SP, Watson DB (2008) A Reconceptualization of the Somatoform Disorders. *Psychosomatics* 49: 14-22.
- Noyes R Jr, Stuart SP, Langbehn DR ve ark. (2000) Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosom Med* 65: 292-300.
- Noyes RN, Langbehn DR, Happel RL ve ark. (2001) Personality Dysfunction Among Somatizing Patients. *Psychosomatics*, 42: 320-9.
- Özkürçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 233-6.
- Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB ve ark. (2001) Cognitive schemas as mediating variables of the relationships between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23: 182-91.
- Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT ve ark. (1993) Briquet's syndrome, dissociation and abuse. *Am J Psychiatry*, 150: 1507-11.
- Rezaei F, Doost HTN, Molavi H ve ark. (2014) Comparative Study of Early Maladaptive Schemas in Rheumatoid Arthritis Patients and Normal Adults. *International Journal of Basic and Applied Science*, 2: 53-8.
- Rief W, Nanke A (1999) Somatization disorder from a cognitive-psychobiological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 12: 733-8.
- Roelofs K, Keijsers GPJ, Hoogduin KAL ve ark. (2002) Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 159: 1908-13.
- Rost KM, Akins RN, Brown FW ve ark. (1992) The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14: 322-6.
- Saariaho T, Saariaho A, Karila I ve ark. (2010) Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 1: 196-202.
- Saariaho T, Saariaho A, Karila I ve ark. (2012). Early maladaptive schema factors, pain intensity, depressiveness and pain disability: an analysis of biopsychosocial models of pain. *Disabil Rehabil*, 34: 14: 1192-201.
- Sakai R, Nestoriuc Y, Nolido NV ve ark. (2010) The prevalence of personality disorders in hypochondriasis. *J Clin Psychiatry*, 71(1): 41-7.
- Sava FA (2009) Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their relationship with the five-factor personality model. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* 9: 135-47.
- Schmidt AJM (1994) Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 35: 306-15.
- Schmidt NB, Joiner TE, Young JE ve ark (1995) The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19: 295-321.
- Shahamat F (2011) Predicting general health symptoms (somatization, anxiety, depression) from early maladaptive schemas. *Journal of Psychology*, 5: 103-24.
- Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z (2009) Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20: 75-84.
- Speckens AEM, van Hemert AM, Spinhoven P ve ark. (1995) Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: A randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311: 1328-32.
- Starcevic V (2001) Clinical Features and Diagnosis of Hypochondriasis. In: V Starcevic, DR Lipsitt (Eds), *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady*, Oxford University Press, New York, s. 21-60.
- Stern J, Murphy M, Bass C (1993) Personality disorders in patients with somatization disorder: a controlled study. *Br J Psychiatry*, 163: 787-99.
- Stuart S, Noyes R (1999) Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*, 40: 34-43.
- Sumathipala A, Hewege S, Hanwella R ve ark. (2000) Randomized controlled trial of cognitive behaviour

- therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: A feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, 30: 747-57.
- Thimm JC (2010) Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model erspective. *J Behav Ther & Exp Psychiat*, 41: 373-80.
- Türkçapar MH (2008) Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama, Genişletilmiş İkinci baskı, HYB Basım Yayın, Ankara. s.86.
- Young J (1990) Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. model for personality disorders. *J Cognit Psychother*, 6: 11-23.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003) Schema therapy: A practitioner's guide. The Guilford Press, New York.
- Young JE, Lindemann MD (1992) An integrative shema focus model for personality disorders. *J Cognitive Psychotherapy*, 6: 11-24.

*Yazışma adresi/Address for correspondence:*

e-mail: [ikirpinar@yahoo.com](mailto:ikirpinar@yahoo.com)

Alınma Tarihi : 10.02.2014

Received : 10.02.2014

Kabul Tarihi : 20.05.2014

Accepted : 20.05.2014