

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

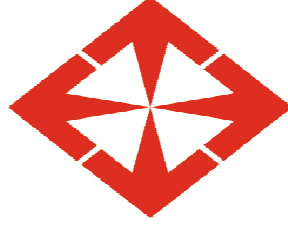
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**FİBROMİYALJİ SENDROMU TANISI KONULAN HASTALARDA
EBEVEYNLİK ALGISI, ALEKSİTİMİ VE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİ**

Dr. Selvi CERAN

UZMANLIK TEZİ

Ankara – 2013



T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**FİBROMİYALJİ SENDROMU TANISI KONULAN HASTALARDA
EBEVEYNLİK ALGISI, ALEKSİTİMİ VE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİ**

Dr. Selvi CERAN

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün TAŞKINTUNA

Ankara – 2013

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca her konuda deneyimlerinden ve bilgisinden yararlandığım, yalnızca mesleğime değil, hayata ve insana dair çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğime inandığım, desteğini her zaman hissettiğim, tez hazırlama sürecimde anlayış ve sabırla emeğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün Taşkıntuna'ya;

Çalışma azmimi ve hevesimi her daim destekleyen, bilgisini ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Gamze Özçürümez'e;

Servis rotasyonum sırasında tanıştığım bilgi ve deneyimlerini cömertçe aktaran Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli değerli öğretim üyelerine başta olmak üzere tüm çalışanlara ve sevgili asistan arkadaşlarıma;

Çocuk Psikiyatrisi rotasyonum boyunca birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım ve çok şey öğrendiğim Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Başkent Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri ve asistanlarına;

Hep birlikte oluşturduğumuz sıcak çalışma ortamı ve destekleri için Başkent Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nın değerli uzmanları Dr.Özgün Karapıçak, Dr. Nurhak Birer, Dr. Burcu Sarı ve Dr. Güler Alparslan'a çalışma arkadaşlarım Dr. Ceyda Oktay, Dr. Özkan Göncüoğlu, Dr. Berna Bulut, Dr. Nadide Güçlü ve Hemş. Sevgi Özel'e; Tezimin veri toplama aşamasındaki desteklerinden dolayı Dr. T. Hilmi Yeşil ve Dr. Emine Ahi'ye, istatistik analizinde katkılarından ve desteğinden dolayı değerli arkadaşım Uzm. Psk. Çisem Utku'ya;

Uzmanlık eğitimi sürecimin her aşamasını tüm zorluk ve güzellikleriyle paylaştığım sevgili dostlarım Dr. Ercan Altınöz, Dr. Canan Akkoyunlu ve Dr. H. Talha Yurdakul'a;

Farklı dönemlerde birlikte çalışma ortamını paylaştığım desteğini her daim hissettiğim sevgili dostlarım Uzm. Psk. Serap Piri Erbaş ve Dr. Şengül Tosun Altınöz'e, her daim yanımda olan sıcaklık ve sevgisi için; Dr. Fatma Kılınçkan'a;

Daimi destekleri için sevgili halam Prof. Dr. Hamide Kart Köseoğlu'na, Kuzenim Dr. Mustafa Dağlı'ya ve elbette ki sağladıkları güven, huzur ve destek için sevgili aileme sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Fibromiyalji Sendromu Tanısı Konulan Hastalarda Ebeveynlik Algısı, Bağlanma Özellikleri ve Aleksitimi İlişkisi

Bu çalışmada Fibromiyalji sendromu tanısı konulan hastalarda erken dönem yaşantılar, ebeveynlik algısı, aleksitimi ve bağlanma özelliklerini incelemek, aralarındaki olası ilişkileri belirlemek amaçlanmıştır.

Fibromiyalji sendromu tanısıyla takip edilmekte olan 33 hasta ile kontrol grubu olarak remisyonda romatoid artrit tanısı ile izlenen 30 hasta ve yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu açısından eşleştirilmiş bilinen bir hastalığı olmayan 30 birey çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara araştırmacılar tarafından bu tez çalışması için geliştirilmiş Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Kısa Form- 36, Young Ebeveynlik Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri uygulandı.

Fibromiyalji ve romatoid artrit grubunda anksiyete, depresyon ve aleksitimi puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Fibromiyalji grubunda yaşam kalitesinin tüm alanlarda bozulduğu ve olumsuz ebeveynlik algısıyla ilgili puanlarının kontrol gruplarına oranla yüksek olduğu saptanmıştır. Bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutu puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Ebeveynlik algısı ve bağlanma özellikleri gibi etmenlerin aleksitimi ve fibromiyalji gelişiminde, hastalık davranışında önemli rolü olabilir. Bu bulgular ışığında bir psikosomatik görüngü olarak kabul edilebilecek fibromiyaljiye farklı disiplinlerin birlikte yaklaşımı önemlidir. Fiziksel hastalık boyutu ile uğraşıldığı kadar hastalığı başlatmakta ve sürdürmekte rol alan ruhsal nedenlere odaklanmak, gerekli psikoterapi müdahalelerinde bulunmak prognozu olumlu yönde etkileyebilir.

Anahtar Sözcükler: Psikosomatik tıp, Ebeveynlik, Aleksitimi, Bağlanma

SUMMARY

The Relationship between Parenting Perceptions, Attachment Patterns, and Alexithymia in Patients with Fibromyalgia Syndrome

The aim of the present study is to investigate early childhood experiences, parenting perceptions, alexithymia, and attachment patterns in patients diagnosed with fibromyalgia syndrome and to determine the relationship between them.

The participants consisted of 33 fibromyalgia syndrome (FMS) patients. The control groups consisted of 30 rheumatoid arthritis (RA) patients who met the criteria for clinical remission and 30 healthy individuals matched according to age, education level and gender ratio. The Sociodemographic and Clinical Data Form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Short Form-36, Toronto Alexithymia Scale, Experiences in Close Relationships Questionnaire, and Young Parenting Inventory were given to the participants.

The anxiety, depression, and alexithymia scores of both FMS and RA groups were significantly higher compared to healthy controls. There was a significant impairment in eight subscales of Short Form-36 in FMS patients, in comparison with healthy subjects. The parenting subscale scores of FMS group was statistically higher than the two other groups. There was no significant difference among groups about the scores of avoidance and anxiety attachment dimensions.

Perceived parenting and attachment styles may play an important role in the aetiology of fibromyalgia and the illness behaviour. These findings highlight that a multidisciplinary approach is required for fibromyalgia as a psychosomatic phenomena. Clinicians should pay more attention to the psychological factors of the disease and psychotherapeutic interventions might be of importance in good prognosis.

Keywords: Psychosomatic medicine, Parenting styles, Attachment Alexithymia

İÇİNDEKİLER

Teşekkür.....	iii
Özet.....	iv
Summary.....	v
İçindekiler.....	vi
Kısaltmalar.....	vii
Tablolar Dizini.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Fibromiyalji Sendromu.....	4
2.1.1. Etiyopatogenez.....	4
2.1.2 Tanı ve Klinik.....	7
2.1.3 Tedavi.....	9
2.2. Bedenselleştirme (Somatizasyon).....	9
2.3. Aleksitimi.....	11
2.4. Bağlanma.....	13
2.4.1. Bebeklikte Bağlanma.....	16
2.4.2. Ergenlikte ve Erişkinlikte Bağlanma.....	18
2.5. Erken Dönem Yaşantılar, Bağlanma ve Bedenselleştirme İlişkisi.....	20
2.6. Fibromiyalji Sendromunda Ruhsal Etkenler, Psikiyatrik Eş tanılar.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1. Örneklem Oluşturulması.....	30
3.2. Değerlendirme ölçekleri ve uygulama.....	31
3.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
7. KAYNAKLAR.....	64
8. EKLER.....	75

KISALTMALAR

- ACR: Amerika Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology)
- ATP: Adenozin trifosfat
- BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği
- BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği
- CRH: Kortikotropin salgılayıcı hormon (Corticotropin- releasing hormone)
- FMS: Fibromiyalji sendromu
- GH: Büyüme hormonu(Growth hormone)
- HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü (Human immunodeficiency virus)
- HPA: Hipotalamo-pituiter-adrenal aks
- HPT: Hipotalamo- pitüiter- troid
- IGF-1: İnsülin benzeri büyüme faktörü-1 (Insuline-like growth factor-1)
- OSS: Otonom sinir sistemi
- RA: Romatoid Artrit
- SF-36: Kısa Form-36
- TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği
- TAÖ-1: Toronto Aleksitimi Ölçeği; Duygularını Tanımada Güçlük Alt Ölçeği
- TAÖ-2: Toronto Aleksitimi Ölçeği; Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Ölçeği
- TAÖ-3: Toronto Aleksitimi Ölçeği; Dışa-vuruk Düşünme Alt Ölçeği
- TRH: Tirotropin salgılayıcı hormon (Thyrotropin-*releasing hormone*)
- TSH: Tiroid stimule edici hormon
- YEBÖ: Young Ebeveynlik Ölçeği
- YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1: ACR 1990 Tanı Kriterleri	8
Tablo 2 : Örnekleme oluşturan grupların sosyodemografik özellikleri	35
Tablo 3. Örnekleme oluşturan grupların alışkanlıkları, ilaç kullanımları fiziksel ve ruhsal hastalık özellikleri.....	38
Tablo 4: BDÖ ve BAÖ açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları.....	41
Tablo 5: SF-36 açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları.....	42
Tablo 6: YİYE açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları.....	44
Tablo 7: TAÖ açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları.....	45
Tablo 8: YEBÖ açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları	46
Tablo9: FMS ve RA gruplarında YİYE' nin alt ölçek puanları ile BDÖ, BAÖ ve YEBÖ ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki.....	49
Tablo 10: FMS ve RA gruplarında TAÖ ölçek ve alt ölçek puanları ile BDÖ, BAÖ ve YEBÖ ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki.....	51

1.GİRİŞ

Fibromiyalji sendromu (FMS), kronik yaygın kas-iskelet ağrısı ile giden birçok sistemi tutabilen bir hastalıktır. Yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ve muayenede hassas noktaların varlığı tanı için esas kabul edilmektedir[1]. Ayrıca tabloya yorgunluk, bitkinlik, dinlenememe, sabah tutukluğu, yumuşak dokularda öznel şişlik hissi, uyuşukluk, titreme, aşırı terleme, kol ve bacaklarda soğukluk, mesanede doluluk hissi, kronik baş ağrısı, temporomandibüler eklem ağrısı, dismenore, premenstürel sendrom, irritabl kolon sendromu, Raynaud Fenomeni, dizüri, fonksiyonel solunum sistemi belirtileri, belirtilerin hava koşulları ile değişmesi, belirtilerin stres ve anksiyete ile artması gibi çok farklı belirti ve bulgu eşlik edebilmektedir[1-3]. Yaygınlığının toplumda % 0.5 ile %5 arasında olduğu tahmin edilmektedir[4]. Kadınlarda daha sık görülmektedir[5].

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda, FMS'si olan hastalarda gelişen yaygın ağrının ve ağrı hassasiyetinin nedeni aydınlatılamamış, etyopatogeneizde, kalıtsal ve çevresel faktörler, santral ağrı süreçlerinde işlev bozulması, nöroendokrin bozukluklar, psikolojik etkenler sorumlu tutulmuş ancak mekanizma tam olarak anlaşılamamıştır[6].

Bazı yazarlar FMS'nin de içinde bulunduğu, işlev ya da yapıda hastalığa özgü olabilecek saptanabilir bir anormallik olmaksızın, müphem, yaygın yakınma ve yetiyitimiyle karakterize birbiriyle ilişkili bir grup sendromu, fonksiyonel (işlevsel) somatik sendromlar olarak isimlendirmiştir[7]. Psikolojik etkenlerin hastalığın başlamasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir bu nedenle FMS birçok psikiyatrik araştırmanın konusu olmuştur. Depresyon, anksiyete ve somatoform bozuklukların FMS'ye oldukça yüksek oranlarda eşlik ettiği birçok çalışmada gösterilmiştir[8]. FMS'de psikiyatrik eş hastalanma durumları yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, kişinin yaşamla başa çıkma yeteneğini azaltmakta ve çevresi ile olan iletişimini bozmaktadır[5]. Alfici ve arkadaşları (1989) FMS'si olan hastalarda karakteristik psikodinamik özelliklerin bağımlılık, edilgenlik, aile ilişkilerinin yüceleştirilmesi, obsesif kompulsif kişilik özellikleri ve kayıp karşısında uyum sorunları olduğunu saptamışlardır[9].

Bedensel belirtiler, bütün dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında toplumsal sorunların ve duygusal sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir[10]. Bedenselleştirme kendi başına bir psikiyatrik hastalık olmayıp, duygusal sorunları, bedensel belirtiler halinde yaşama, algılama eğilimidir. Psikosomatikle uğraşan kuramcılar bedenselleştirmenin her şeyden

önce bir iletişim şekli olarak kabul edilmesini önerir[10, 11]. Hasta bedensel yakınmasını, engellenmiş bazı duygu ve düşüncelerini ifade edebilmek, iletebilmek ya da acıdan kendisini korumak, kişiler arası ilişkileri yönlendirmek, hasta rolünün ayrıcalıklarından yararlanmak, onaylanmak, bağımlılık gereksinimlerini gidermek ve maddi çıkarları için kullanabilir[12].

Psikosomatik hastalıklarda aleksitiminin rolü de birçok çalışmanın merak konusu olmuştur. Aleksitimi, kelime anlamı “duygular için söz yokluğu”dur. Kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir. Aleksitimik kişilerin en belirgin özellikleri duygularını fark etme ve ifade etmede güçlük çekmeleridir. Günlük yaşamlarında düşünebilen, anlatabilen ilişki kurabilen bireyler olmakla beraber düşünce ve duyguları arasında bağ kurmakta zorlanırlar[13, 14]. Coşkusal (emosyonel) durumlarını fiziksel hastalık işareti olacak şekilde yanlış yorumlama eğiliminde olabilirler[15].

Erken dönemdeki yaşantıların ve etkilenmelerin hem bedenselleştirmenin gelişiminde ve bir davranış şeklini almasında, hem de aleksitiminin gelişiminde birçok farklı şekillerde etkili olduğu bildirilmektedir. Örneğin çocukluk dönemindeki hastalıklar, ebeveynlerin hastalığa yönelik tutumu, ebeveynlerin kendi hastalıkları ve çocuğun algısı, travmatik yaşantıların bedenselleştirmedeki rolü birçok araştırmanın konusu olmuştur[16-18].

Psikosomatik hastalarda erken dönem yaşantılarla birlikte bağlanma özellikleri ve gelişimi başka bir merak konusudur. Bağlanma, çocuk ile bakım veren kişi arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışıyla kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır[19]. Bowlby’ye göre, erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan ebeveynlerin davranışları ve etkileşim biçimi daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendirir. Bağlanma yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyunca sürer. Erişkinler için tanımlanmış dört bağlanma biçimi vardır, bunların bir tanesi güvenli, diğerleri güvensizdir (saplantılı, kayıtsız ve korkulu)[20-22]. Araştırmacılar güvensiz bağlanmanın, kronik ağrının gelişmesinde ve sürdürülmesinde duyarlılık oluşturduğunu öne sürmüşlerdir[23]. Yapılan çalışmalar güvensiz bağlanma yönelimlerinin, fibromiyalji hastaları da[24, 25] dâhil hem klinik [26] hem klinik dışı [27, 28] örneklerde yüksek fiziksel ve psikolojik belirti bildirimini ile ilişkili olduğunu bulmuştur[29]. Literatür gözden geçirildiğinde, FMS tanısı konulan hastalarda erken

dönem yaşantılar, ebeveynlik algısı ile bağlanma ilişkisini araştıran çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın hipotezi, FMS'si olan hastaların ebeveynlik algıları farklıdır ve bununla ilişkili olarak aleksitimi düzeyleri romatoid artrit ve sağlıklı kontrol grubuna daha yüksektir. Ayrıca bu kişilerin bağlanma özellikleri diğer iki gruba oranla daha güvensizdir bütün bu etkenler hastalık davranışında ve sürdürümünde etkilidir.

Bu bağlamda bu çalışmanın amaçları; psikosomatik bir görüngü olarak FMS tanısı konulmuş hastalarda erken dönem yaşantılar, ebeveynlik algısı, aleksitimi ve bağlanma özelliklerini incelemek aralarındaki olası ilişkileri belirlemek; elde edilen veriler ışığında bu hastaları ele alırken yeni yaklaşım önerileri sunabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fibromiyalji Sendromu

FMS yaygın vücut ağrısı ve muayenede belirli anatomik bölgelerde hassasiyet artışı ile karakterize, etiyojisi tam olarak aydınlatılmamış kronik bir kas iskelet sistemi hastalığıdır[1].

Çeşitli ülkelerde yapılan klinik araştırmalar sonucunda fibromiyalji yaygınlığının % 0.5 ile %5 arasında olduğu tahmin edilmektedir. ABD’de bu oran kadınlarda %3.4, erkeklerde %0.5 olarak belirlenmiş, Batı Avrupa ülkelerinde %2.9 olarak saptanmıştır[4]. Hastalık daha çok 20-50 yaşları arasında ve %75-95 oranında kadınlarda görülür. Bununla birlikte çocukluk çağında ve yaşlılarda da görülebilmektedir[5]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 20-64 yaş arası kadınlarda yaygınlık oranı %3,6 olarak saptanmıştır[30]. Kadın cinsiyet, orta yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir seviyesi, boşanmış olmak ve yeti yitimi FMS yaygınlığını artıran faktörlerdir[31].

2.1.1.Etiyopatogenez

FMS’de etiyopatogenez henüz tam olarak bilinmemektedir. Geçerli genel kanı çok etkenli olduğu yönündedir. Birbirinden ayrı ama birbiriyle ilişkili mekanizmalardan bahsedilmektedir[6].

Periferik Kuramlar

Otonomik disfonksiyon

Kas ve kas işlevlerinde bozukluk

Santral Kuramlar

Uyku bozukluğu

Ağrı modülasyon bozukluğu

Nöroendokrin bozukluklar

Santral sinir sisteminin fonksiyonel aktivitesi

Psikolojik etkenler

Diğer olası nedenler

Fiziksel travma

İmmünolojik mekanizmalar

Genetik faktörler

- **Periferik kuramlar**

Kas ve kas işlevi bozuklukları: Birçok araştırmacı FMS'deki ağrının nedenini açıklayabilmek için bu hastaların kas dokularındaki olası anormallikleri araştırmışlar ve kasların yapısı ve işlevlerinde bozulma olduğunu ileri sürmüştür [32]. Bengtsson ve arkadaşları (1986) FMS'si olan hastaların trapezius kasındaki hassas bölgelerde adenozin trifosfat (ATP) ve fosfokreatin azalma ile birlikte kırmızı fibrillerde yırtılmalar olduğunu göstermişlerdir. Bu durumun devamlı mikrotravmaya bağlı bir sekeli yansıtır olabileceğini ve bu hastalarda görülen egzersiz sonrası ağrı ve diğer ağrılı durumlara katkıda bulunabileceğini ileri sürmüşlerdir [33]. Uzun süreli kas gerginliği ve iskeminin FMS'deki ağrılı belirtileri açıklayabileceğini ileri süren araştırmacılar da vardır[34]. Ancak bazı bulgulara rağmen FMS'li hastalarda kas gerilme düzeyleri ile ağrı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır[35]. Ayrıca FMS'si olan hastaların kas biyopsilerinin elektron mikroskopik değerlendirmelerinde ve nükleer manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan çalışmalarda etiyojijiyi aydınlatacak yeterli bilgiler elde edilmemiştir Kas dokusundaki anormalliklerin, ağrılı FMS belirtileri üzerine etkisine dair çelişkili yayınlar olmakla birlikte bu konudaki çalışmalar devam etmektedir [36-38].

Otonomik işlev bozukluğu: FMS'si olan hastalarda otonom sinir sistemi (OSS) işlevini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalarda anormallikler tespit edilmiştir. Bu hastalarda stellar gangliyon blokajı ve bölgesel sempatik blokaj ile muayenede hassas nokta sayısının ve ağrının azaldığı gösterilmiştir [39, 40].

- **Santral kuramlar**

Uyku bozukluğu: FMS'nin temel özelliklerinden biri, tipik olarak dinlendirici olmayan, hafif ve huzursuz uykudur. Moldofsky ve arkadaşları FMS'nin uyku bozuklukları ile ilişkisini incelemişler ve uykunun non-REM. evresinin 4.fazında kısalma, alfa dalgaları varlığı ve alfa-delta uyku paterni saptamışlardır[41-43]. 46, 47 ancak Non-REM uyku bozukluğunun, FMS'ye özgü olmadığı, psikiyatrik bozukluklar, emosyonel stres, romatoid

artrit, nokturnal myoklonusu olan kişiler veya sağlıklı bireylerde de gözlemlendiği bildirilmiştir[44].

Nöroendokrin bozukluklar: FMS, etiyojisini nöroendokrin açıdan açıklamaya çalışan çalışmalarda Hipotalamo pitüiter adrenal aksda (HPA) bozulma, serum kortizol seviyelerinin düşük, kortikotropin serbestleştirici hormon (Corticotropin releasing hormon CRH) düzeylerinin ise yüksek olduğu bulunmuş, kortizol düşüklüğünün, uyku düzensizlikleri, depresyon ve muayenede artmış hassas nokta sayısı ile ilişkili olabileceği öne sürülmüş[45-47]. Serotonin, endorfin, P maddesi gibi maddelerin FMS'deki düzeyleri de araştırılmış, P maddesi, FMS'si olan hastaların beyin-omurilik sıvılarında normal kontrollere göre üç kez daha fazla bulunurken, serumda serotonin düzeylerinin ve beyin omurilik sıvısında 5-hidroksi indol asetik asit düzeylerinin kontrol grubuna oranla düşük olduğu gösterilmiştir. Bu değişikliklerin ağrı, uyku ve mizaç değişiklikleriyle ilgili olabileceği düşünülmüş[48, 49]. FMS'si olan hastalarda hipotalamik- pitüiter- tiroid (HPT) aksı ve büyüme hormonu (GH) aksı işleyişinde düzensizliğe işaret eden kanıtlar da vardır. Bu çalışmalarda tirotropin salgılayıcı hormona (TRH) yanıt olarak tiroid stimule edici hormon (TSH) ve tiroid hormonları sekresyonunda azalma olduğu, BH ve insülin benzeri büyüme faktörü-1'in (IGF-1) bazal düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durum uyku düzensizlikleri ve kaslardaki mikrotravmaların iyileşememesi neticesinde ağrı algılanmasında uzama ile ilişkilendirilmiştir[50, 51].

Ağrı modülasyon bozukluğu: ikincil nöronlarda fazla uyarılma ve aşırı duyarlılığa bağlı olarak, SSS' nin ağrılı uyarılara aşırı cevap vermesi, periferde ağrı uyandırmayan uyarılara ağrı cevabının görülmesi ve ağrının devamlı olmasına santral duyarlılaşma denir. FMS'de santral duyarlılaşma sürecinin işlediği ve bu sürecin kronik ağrı ve anormal ağrı duyarlılığına neden olabileceği düşünülmektedir ancak mekanizma tam olarak aydınlatılamamıştır[6, 52].

Santral sinir sisteminin işlevsel etkinliği: Bu hastaların beyin yapılarındaki işlevsel bozukluklarla ilgili çalışmalar, ağrının algılanmasında ve bütünleştirilmesinde önemli olan talamus ve kaudat çekirdek üzerine yoğunlaşmıştır. Yapılan çalışmalarda talamusta ve sağ süperior parietal lobda kan akımının azaldığı, kaudat çekirdekte ise kan akımının arttığı bulunmuştur[6, 53].

- **İmmünolojik mekanizmalar**

FMS'nin grip benzeri ateşli tablolar, koksaki, parvi ve insan immün yetmezlik virüsü (HİV) gibi viral enfeksiyonlardan ve Lyme hastalığından sonra gelişmesi, etiolojide immün sistem düzensizliğinin etkili olabileceğini düşündürmüştü ve buna yönelik çalışmalar yapılmıştır[38, 54-56]. Ancak FMS'ye özgü bir immünolojik bozukluk ya da enfeksiyon kaynaklı bir tetikleyici faktör ilişkisini gösterecek yeterli kanıt elde edilememiştir[6].

- **Genetik etkenler**

FMS'si olan hastaların annelerinde ve kan bağı olan akrabalarında FMS sıklığının artmış olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiş ancak bir çalışmada örneklemin küçük olması (58 aile) dışında ise kontrol grubunda da yüksek yaygınlıkta FMS gözlenmesi nedeniyle bu konuda farklı araştırmalara ihtiyaç duyulmuştur[57, 58]. FMS'de otonom işlev bozukluğu olması nedeniyle serotonerjik, dopaminerjik ve katekolaminerjik sistemlerde gen polimorfizminin varlığı kabul edilmekle beraber, mevcut verilerin bu sendromun etiopatogenezini tek başına açıklayacak yeterlilikte olmadığı düşünülmektedir[57].

2.1.2. Tanı ve klinik

FMS'nin tanısı hastanın ayrıntılı anamnezi ve fizik muayene bulgularıyla konulur. Amerika Romatoloji Birliği (ACR)'nin 1990 yılında öyküde kronik yaygın ağrı ve muayenede ağrılı nokta sayısının esas alındığı tanı kriterleri (tablo 1) klinisyenlerce uzun süre kullanılmıştır[1].

Tablo 1:ACR 1990 Tanı Kriterleri

A- 1) Yaygın Ağrı Öyküsü

Tanım: Ağrının en az 3 aydır devam etmesi gerekmektedir. Ağrının yaygın kabul edilmesi için vücudun sağ ve sol tarafında, belin üzeri ve altında olması gerekmektedir. Buna ek olarak aksiyel iskelet ağrısı (boyun veya göğüs ön duvarı veya torakal omurga veya bel ağrısı) varlığı zorunludur.

2) Bilinen 18 Hassas Noktanın 11' inde Dijital Palpasyonla Ağrı

Oksiput: Suboksipital kas insersiyonları

Alt servikal: C5- C7 intertransvers bölgelerinin önünde

Trapez: Üst sınırının orta noktasında

Supraspinatus: Kasların yapışma yerlerinde, spina skapula üzerinde orta sınıra yakın

İkinci kosta: 2. Kostokondral birleşim yerinde, üst yüzeylein hemen dışında

Lateral epikondil: Epikondillerin 2 cm distalinde

Gluteal: Kalça üst kadranında kasın ön kıvrımında

Büyük trokanter: Trokanterik çıkıntının arkasında

Diz: Eklem çizgisi proksimalindeki medial yağ yastıkçığında

B- Dijital palpasyon yaklaşık 4 kg ile yapılmalıdır.

C- Bir noktanın ağrılı sayılması için hasta palpasyonunun ağrılı olduğunu söylemelidir.

'Hassas' ifadesi ağrılı olarak kabul edilmez.

D- Her iki kritere uyan hastalar fibromiyalji olarak kabul edilir.

E- İkinci bir klinik bozukluğun varlığı fibromiyalji tanısını ekarte ettirmez.

Ayrıca hastaların çoğunda, sabahları yorgun kalkma, uyku bozukluğu, sabah katılığı, kol ve bacaklarda uyuşma görülebilir. Bunların yanında irritabl barsak sendromu, karın ve göğüs ağrıları, Raynaud Sendromu, huzursuz bacak sendromu, hipermobilete sendromu, öznel şişkinlik hissi, baş ağrısı, psikiyatrik bozukluklar da bu yakınmalara eşlik edebilir. [1-3].

2.1.3. Tedavi

Hastalığın etiopatogenezi tam olarak aydınlatılamadığı için standart bir tedavi protokolünden ziyade belirtilerin azaltılmasına, günlük işlevlerin düzenlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyen tedaviler uygulanmaktadır. Farmakolojik tedaviler arasında antidepresanlar, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, antiepileptikler, sedatifler, santral etkili kas gevşeticiler, opioidler, pregabalin yer almaktadır. İlaç dışı tedavilerden ise hastanın hastalıkla ilgili eğitimi, egzersiz, bilişsel davranışçı tedavi, fizik tedavi, alternatif tedaviler uygulanan seçenekler arasındadır[59].

2.2 Bedenselleştirme (Somatizasyon)

Beden, bireyin çevresiyle etkileşimi ve iletişimde birincil role sahiptir. Ruhsal aygıt, ontogenetik olarak beden üzerinden geçen bir yoldan ilerleyerek olgunlaşır. Sözel anlatım daha sonra gelişmiş bir iletişim yeteneğidir. Sözel yoldan etkileşimin engellendiği ya da yetersiz kaldığı durumlar, anlatım yeteneğini koruyan bedeni yeniden harekete geçirir. Böylece beden sözel anlatımın zorlaştığı, sakıncalı olduğu veya yetersiz kaldığı durumlarda, duyguların açıklanmasında dolaylı bir araç olup, sözcüksüz iletişim görevini üstlenir[11]. Bedensel belirtiler, bütün dünyada ve farklı kültürel gruplar arasında toplumsal sorunların ve duygusal sıkıntının en yaygın bireysel ifadeleridir[10]. Bedensel belirtileri açıklayacak organik bir hastalık bulunamadığında bu belirtiler, hekim tarafından, anlaşılamayan, açıklanamayan, işlevsel ya da bedenselleştirme belirtileri olarak isimlendirilir[60]. Açıklanamayan bedensel belirtiler üzerine en eski görüşlerin beden ve organ sistemlerindeki bozukluklara odaklandığı ve 4000 yıl öncesine kadar dayandığı tahmin edilmektedir[61].

Türkçeye “bedenselleştirme” olarak çevrilen “somatizasyon” terimi ise ilk olarak, 1943’de Freud’un öğrencisi Steckel tarafından “derinde yatan bir nevrozun bedensel bir bozukluk yoluyla anlatımı” olarak tarif edilmiştir[62]. Steckel, bu kavramı Freud’un konversiyon kavramının eşanlamlısı olarak kullanmıştır[63]. Geleneksel psikanalitik görüş ise bedensel belirtileri, kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma araçları olarak tanımlar. Buna göre rahatsız edici duyguların inkârı, bastırılması ya da mantığa uydurulması bedenselleştirme ile sonuçlanmaktadır[62]. Daha sonraları birçok yazar tarafından bedenselleştirme tanımlanmış ancak ortak bir tanımda

uzlaşlamamıştır. En yaygın kabul gören tanım Lipowski'nin tanımıdır. Lipowski'ye (1988) göre bedenselleştirme, desteklenemeyen bedensel rahatsızlık ve belirtilerle, bunları fiziksel bir hastalığa bağlayarak iletişim kurma ve tıbbi yardım arama eğilimidir. Bu tanıma göre bedenselleştirmenin yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç ana bileşeni vardır. Algılanan bedensel duyuların varlığı yaşantısal, bunların doğrudan bir fiziksel hastalığa bağlanması bilişsel, tıbbi yardım arama çabası da davranışsal bileşenleri oluşturmaktadır [64]. Çalışmalar, bedensel belirtilerin her ne kadar değişik kültürel ortamlarda o kültüre özgü farklılıklar gösterebileceğini belirtse de duygusal nitelikli sorunların bedensel belirti ya da bedensel rahatsızlık şeklinde kendini göstermesinin evrensel olduğunu ortaya koymuştur[10].

Bedenselleştirme kendi başına bir psikiyatrik hastalık olmayıp, duygusal sorunları, bedensel belirtiler halinde yaşama, algılama eğilimidir, bu nedenle herkeste var olan bir süreçtir. Klinikte önemli yoğunluktaki streslere tepki olarak bir belirti, öğrenilmiş bir davranış; depresyon, anksiyete bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozukluğun geçici yakınması veya temel belirtisi olarak, organik bir bozukluk belirtisinin abartılı söylemi olarak veya kişilik özelliği olarak görülebilir. Psikosomatikle uğraşan kuramcılar bedenselleştirmenin her şeyden önce bir iletişim şekli olarak kabul edilmesini önerirler[7, 10, 11]. Hasta beden yakınmasını, engellenmiş bazı duygu ve düşüncelerini ifade edebilmek, iletebilmek ya da acıdan kendisini korumak, kişilerarası ilişkileri yönlendirmek, hasta rolünün ayrıcalıklarından yararlanmak, onaylanmak, bağımlılık gereksinimlerini gidermek ve maddi çıkarları için kullanabilir[12].

Bedenselleştirme farklı klinik tablolar şeklinde gözlenmesi nedeniyle tanıda ve ölçümde güçlük yaratmaktadır haliyle epidemiyolojik çalışmalar da zorlaşmaktadır. Bu hastaların çoğunlukla genel tıp hekimlerine yönelmesi, psikiyatrya yönlendirilmemeleri ya da bu önerinin hasta tarafından dikkate alınmaması, gerçek yaygınlığın belirlenmesini güçleştirmektedir[23]. Kellner sağlıklı insanların % 60-80'nin bir hafta içinde en az bir kez bedensel belirti yaşadığını çoğunun hastanelere başvurmadığını belirtmiştir. Genel polikliniklere başvuran hastaların ise %10-30'unda bedensel yakınmalarını açıklayacak fiziksel bir neden bulunmadığını belirtmiştir.[62] Goldberg ve Bridges (1985) yaptıkları çalışmada genel nüfusta bedenselleştirmenin yaygın olduğunu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde %20-30 arasında olduğunu ve ruhsal yakınmalarla hekime başvuran hastalarla karşılaştırıldığında bedensel yakınmalarla hekime başvuran psikiyatryi

hastalarının daha az doğru tanı aldığını belirtmiştir[65]. Hastaneye sık başvuran 361 hastanın kayıtlarının incelendiği bir çalışmada, hastaların %27'sinde çok sayıda konsültasyon istenmesine rağmen belirtilerinin tıbben açıklanamadığı gösterilmiş. Açıklanamayan belirtiler arasında karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, sırt ve bel ağrısı yer almış[66].

Bedenselleştirme, psikiyatrik bozukluklar içerisinde en sık depresyon ve anksiyete bozukluklarına eşlik eder[61]. Kirmayer (1984) de depresyonun çok yaygın bir şekilde bedenselleştirildiğini belirtmiştir[67].

Lipowski (1986), bedenselleştirmenin her yaşta ortaya çıkabileceğini, fakat en sık 20-60 yaş arasında görüldüğünü bildirmiştir[68]. Escobar ve arkadaşları (1987) ise cinsiyet, yaş ve etnik özelliğin bedensel belirtilerin görülme sayısını etkilediğini, kadınlarda ve 40 yaşından büyük olanlarda daha fazla sayıda bedensel belirti görüldüğünü ileri sürmüştür[69]. Farklı çalışmalarda kadınların daha fazla bedensel belirti bildirdiği bulunmuştur[70-72] Kroenke ve Spitzer (1997) ise tıbben açıklanamayan belirtilerin kadınlarda daha yaygın olduğunu ve cinsiyetin belirti rapor etme üzerindeki etkisinin psikiyatrik morbiditeden bağımsız olduğunu bildirmiştir[73].

Bedenselleştirmenin kronik ya da yineleyen şekilleri sağlık kaynakları kullanımının artışına, artan yetiyitimine ve çalışılmayan gün sayısında artışa yol açmaktadır. Bu nedenle bedenselleştirme önemli bir klinik görüngü ve hem doğrudan hem dolaylı olarak dikkate değer maliyeti olan sosyoekonomik bir problemdir.[10, 74-77].

2.3.Aleksitimi

Aleksitimi yunanca a(yok)- lexis(sözcük)- thymos(duygu) sözcük dizisinden oluşup, duygular için sözcük olmaması” anlamındadır. 1967 yılında ilk defa Sifneos tarafından kullanılan bir terimdir[78]. Türkçeye “duygular için söz yokluğu” olarak ya da aynı zamanda duygulara karşı sağır olma boyutu da eklenerek “duygusal ahrazlık” olarak çevrilmiştir[13, 79].

Aleksitimi, önceleri Ruesch ve diğer psikanaliz kuramcıları tarafından, duygularını sözel veya simgesel olarak ifade edemeyen, bedenselleştiren psikosomatik hastaları tarif etmek için kullanılmış; çoğu zaman da eş anlamlı olarak kullanılmışlardır[15]. Ancak bedenselleştirme, aleksitiminin klinik tanımlanmasında önemli bir yere sahip olsa da

aralarında etiyolojik bir ilişkinin varlığı kanıtlanamamıştır[80]. Cooper ve Halmstrom (1984) yaptıkları bir çalışmada aleksitimi ile bedensel yakınmalar arasında ilişki olduğunu ve kadınlarda aleksitimik özelliklerin tıpkı bedenselleştirme gibi daha fazla olduğunu bulmuşlardır[81]. Bir başka çalışmada aleksitimik özellik gösteren bireylerin göstermeyenlere oranla bedensel tepki ve yakınmalarının daha yoğun olduğu bulunmuştur[82]. Taylor (1984) ve Sifneos (1988) aleksitiminin bir hastalıktan daha çok kişilikle ilgisi olduğunu, aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyo-kültürel faktörlerin etkisinin önemli olduğunu belirtmiştir[14, 83]. En belirgin özellikleri duygularını fark etme ve ifade etmede zorlanmalarıdır. Günlük yaşamlarında düşünebilen, anlatabilen ilişki kurabilen bireyler olmakla beraber düşünce ve duyguları arasında bağ kurmakta zorlanırlar[84].

Aleksitimik kişiliğin en belirgin özellikleri dört başlık altında gruplandırılmıştır.

1. Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü: Duygularını adlandırmak yerine genel olarak, “rahatlama ve rahatsız olma” gibi kelimelerle veya “gevşeme ve gergin olma” gibi bedensel tepkilerle ifade edebilmektedirler. Aleksitimik bireylerin ne zaman duygularından ne zaman düşüncelerinden söz ettiklerini bilmedikleri gözlenebilir[13, 15].
2. Hayal kurma, fantezi yaşamında kısıtlılık: Rüyalarını sıklıkla hatırlamazlar ve rüyalarındaki anlatımları daha çok günlük olaylarla ilişkilidir[14]
3. İşe-vuruk (operational) düşünme: Sorunlarının kökeninde yatan duygusal etkenleri, engellenmeleri, çatışmaları bulmaya çalışmak yerine sadece yüzeysel nedenlerle yetinmektedirler[18].
4. Dışmerkezli-uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı: Mekanik, faydacı (pragmatik), uyum sağlamaya yönelik düşünme eğiliminde olduklarından dışa dönük kişilik özellikleriyle McDougall’ın “yalancı normallik (pseudonormality)” dediği çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinebilirler. Çevreyle ilişkilerinde, tutum ve davranışlarını, iç uyaranlardan ve duygularından ziyade dış uyaranlar belirler[85, 86].

Bu özellikler dışında Krsytal, (1982) aleksitimisi olan bireylerin seyrek rüya gördüklerini, rüyalarının öğeleri arasında ilişki kurmakta zorlandıklarını, başkalarıyla eş duyum (empati) kurma yeteneklerinin zayıf olduğunu ileri sürmüştür[87, 88]. Bazı kuramcılar aleksitimisi olan bireylerin duygularını işlemede zorlandıklarını ve duygulara bağlı bedensel duyularını abarttıklarını ani tepki verdiklerini bunun da psikoaktif madde bağımlılığı,

kendine zarar verme, yeme bozukluğu gelişimini açıkladığını belirtmiştir. Stresli ya da depresyonda olduklarını inkâr ederler bu konu hakkında bilgilendirildiklerinde de bu kez açılmakta zorlanırlar. “Sırtım ağrıyor, canım acıyor, kalbim sızlıyor” gibi bedenselleştiren sözlerle ifade ederler[18]. McDougall (1982) erken dönem anne çocuk ilişkisindeki düzensizliklerin çocuğun içgüdüsel uyarılar için içsel temsiller kurma yeteneğini engellediğini öne sürer. Böylece simgeler ve düşlemler arasında bağlantı kurmak yerine doğrudan eyleme dökme ve bedene yansıtma görülür[85]. Aleksitimiye nesne ilişkileri açısından açıklamaya çalışan Von Rad (1984)’a göre, aleksitimi, ayrılma bireyleşme sürecindeki aksama sonucu kendilik temsili ve kimlik duygusunun eksik gelişmesiyle ilişkilidir[89].

Aleksitimik özellikler için gerekli minimum kriter konusunda henüz bir uzlaşmaya varılmadığından aleksitimi var ya da yok demek yerine aleksitiminin düzeyinden bahsedilebilir[90].

Zamanla yapılan çalışmalar, sadece psikosomatik hastalarda değil, madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, çocukluk çağı travmaları ve diğer psikiyatrik ve bedensel bozukluklarda görülebildiğini göstermiştir[79, 91-93]. Sağlıklı bireylerde de aleksitimik özelliklerin varlığını gösteren çalışmalar vardır. [94, 95].

Farklı çalışmalarda yaş ilerledikçe aleksitimik özelliklerin arttığı, kadınlarda, ev hanımlarında (çalışanlara oranla), sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlarda, bekarlarda daha sık rastlandığı bulunmuş. Anne-babanın öğrenim düzeyiyle aleksitimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur[95, 96].

2.4.Bağlanma

Bowlby, bağlanmayı insanların kendileri için önemli olan kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağ olarak tanımlar[97]. Bağlanma kuramı John Bowlby tarafından geliştirilmiştir. Kendisi de Psikanalist ve psikiyatrist olan Bowlby, görevliler tarafından beslenip bakım görmelerine karşın kurumlardaki çocukların aşırı sıkıntılı, kaygılı ve gelişme güçlüklerinin olmasının psikanalitik kuramın “çocuklar annelerini açlık güdüsünün

doyurulmasıyla ilişkilendirdikleri için severler” görüşüyle uyuşmadığını düşünmüştür. Bebeğin bu süreçteki rolü temelde edilgin olarak kabul edilmiştir. Bowlby, psikanalitik kuramla kendi gözlemleri arasındaki tutarsızlıklardan yola çıkarak “Bağlanma Kuramını” geliştirmiştir. [98]. Kuşların ve memelilerin bağlanma davranışları ile ilgili araştırmalar onu anne yoksunluğunun giderek doğuştan getirilen bir gereksinimin doyumunu engellediği için gelişimsel olarak zararlı olduğunu kavramasını sağladı[20].

Harlow ve arkadaşlarının davranışçı ve psikanaliz kuramlarının öne sürdüğü beslenme-bağlanma ilişkisinin geçerliğini ölçmek için hayvanlar üzerinde yaptığı deneyler oldukça önemlidir. Bu deneylerde, doğduktan hemen sonra annelerinden ayrılan yavru maymunların bir bölümü telden yapılmış bir maymun; diğer bölümü ise, kumaştan yapılmış bir maymun tarafından beslenmiştir. Deney sonucunda, yavru maymunların hangi maymun tarafından beslenmiş olurlarsa olsunlar, kumaşla kaplı olanla birlikte olmayı daha fazla tercih ettikleri gözlenmiştir. Bu durum karşısında, bağlanma davranışının oluşumu için, beslenmeye bağlı olmaksızın, Harlow’un “contact comfort” (temas rahatlığı) olarak adlandırdığı gereksinimin daha önemli bir etken olduğu sonucuna varılmıştır. Psikanalitik ve davranışçı yaklaşımların aksine bu deneylerde, bağlanma için beslenmenin tek başına yeterli olmadığı gözlenmektedir. Diğer taraftan, bebeklerin sadece bakım veren kişiye değil; diğer aile üyelerine ve cansız nesnelere karşı da bağlanma davranışları geliştirebildikleri dikkate alındığında, beslenmenin tek başına yeterli olmadığı bir kez daha görülebilmektedir. Deneyde canlı olmayan annelerin edilgin olduğu ve bebeklerin de annelerini arama davranışlarıyla etkin olduklarından bebeğin bağlanma formasyonu sürecinde edilgin oyuncu olduğu fikriyle de çatışmaktadır[99].

Böylece Bowlby’in bağlanma kuramı Darwin’in kuramı, etoloji, gelişim psikolojisi ve psikanalitik yaklaşımlar üzerine kurulmuş bir kişilik gelişimi kuramıdır[100, 101]. Bağlanma kuramının dayandığı psikanalitik kuram "erken yaşlarda bağlanma figürü ya da birincil bakıcılarla kurulan ilişkinin niteliği yaşamın sonraki yıllarında kurulacak yakın ilişkiler için temel oluşturmaktadır" düşüncesidir[102]. Bağlanmanın, etolojik kuramı, dış dünyayla ilgili hiçbir deneyimi olmayan insanoğlunun içgüdüsel olarak bir bağlanma sistemi bünyesinde davrandığı ve bu sistem çerçevesinde yaşamını sürdürebilmesi için kendisinden daha olgun ve deneyimli bir bağlanma figürüne ihtiyaç duyduğudur. Bowlby, bakıcıya yakınlığın çocuğun hayatta kalma şansını artırdığını kabul ederek, bağlanma davranışının evrimsel işlevinin; tehlikeli bir durumdan korunma olduğunu iddia

etmektedir[103]. Çocuğun kendisine bakım veren kişiye yakınlaşmasını ve bu yakınlık bozulduğunda düzeltilmesini sağlayan bir bağlanma sisteminden bahsetmektedir[21]. Bağlanma sistemi, yeni doğanların onlara bakan kişilere/kişiye fiziksel yakınlığın güçlü tutularak hem çocukların çevreden gelebilecek tehlikelerden korunmasına yardım etmekte, hem de onlara çevreyi keşfetmeleri için gerekli koşulları sağlamaktadır.

Bowlby 'ye göre yakınlığı koruma, güvence üssü, güvenli sığınak bağlanmanın üç tanımlayıcı özelliği ve bağlanma sisteminin üç temel işlevidir. Bebekler bir rahatsızlık hissettiğinde bakıcısına karşı yakınlığı koruma ve ayrılığa direnç gösterme eğilimindedirler. Buna "yakınlık arama ve yakınlığı koruma" temel işlevi denmektedir. Bebekler bağlanma figürlerinin yanında sürekli çevreyi incelemektedirler. Bebeğin keşifler için bağlanma figüründen uzaklaşabilmesi bebeğin bakıcıyı "güvenli üs" olarak gördüğünü göstermektedir. Eğer bir tehlike algılanırsa, bebekler keşfedici davranışlarını bırakıp destek ve rahatlık duygusu almak için bakıcısına yönelmektedirler. Buna bağlanmanın "güvenli sığınak" unsuru denmektedir. Çocuğun ayrılığa karşı geliştirdiği tepkilerin yoğunluğunu, biçimini; annenin uzaklaşma süresi, çocuğun tanıdık bir çevreden ayrı kalıp kalmadığı ve annenin yerine bakım vermeyi üstlenecek başka birinin olup olmadığı gibi pek çok etmen etkilemektedir [104].

Ayrılığa karşı geliştirilen tepkilerin yanı sıra, Bowlby, bakım veren kişi ile bebek arasındaki ilişkinin niteliği üzerinde de önemle durmuştur[102]. Bakıcı ile oluşan ilişkiler temelinde bebekler ne bekleyeceklerini öğrenip davranışlarını buna göre ayarlarlar. Bu beklentiler birbiriyle ilişkili kendilik ve bağlanma kişiliği modellerinin içeren bilişsel temsilleri oluşturur. Bu temsiller Bowlby tarafından "içsel çalışan modeller" (internal working models) olarak kavramsallaştırılmıştır[20]. İçsel çalışan modeller birbiriyle bağlantılı iki farklı bilişsel şemayı içermektedir: Kendilik modeli, bireyin, kendilik değerine ve başkaları tarafından sevilirliğine ilişkin algılarını; diğeri modeli ise, bireyin yakın çevresindeki insanların bağlanılabilirliğine (bireye yönelik tepkilerinin tutarlılığına) ve güven vericiliğine ilişkin beklentilerini şekillendirir[22].

İçsel çalışma modelleri bireyin kendilik imgesini biçimlendirmek, yakın ilişkilere yönelik beklentileri şekillendirmek ve yaşantıların yorumlanmasına rehberlik etmekle birlikte, görelilik olarak durağan bir kişilik özelliği olan bağlanma biçimlerini de belirler [97]. Olumlu çalışan modele sahip bireylerin kendilik değeri daha yüksek ve sosyal güveni daha fazladır. Diğerlerini güvenilir, bağlanılabilir olarak algılamaktadırlar. Olumsuz çalışan modele sahip

bireylerin kendilik değeri hakkında şüphe ve terk edilme hakkında endişeler vardır. Diğerlerini güvenilmez ve değersiz olarak algırlar. Sosyal yakınlık ve yakın olma konusunda korku duymaktadırlar [105]. Yani bakıcıları için güvenilir, ulaşılır ve sevilebilir diye bir şema oluşturan çocuk kendisi için de güvenilir, sevmeye ve ilgilenilmeye değer olduğu yolunda bir zihinsel model geliştirmektedir. Aksine bağlanma figürü çocuğun istek ve ihtiyaçlarına karşı duyarsız olduğunda ya da bunlara uyuşmayan tepkiler verdiğinde çocuk bağlanma figürünü reddedici, kendisini sevmeye, değer verilmeye değmez olarak algılar ve buna uygun beklentiler geliştirir[102, 106, 107]. Sonuç olarak bağlanma kişisi modeli ve kendilik modeli birbirlerini tamamlayıcı ve karşılıklı olarak birbirlerini doğrulayıcı biçimde gelişmek eğilimindedirler[102].

Bu zihinsel temsiller, erken çocukluk döneminde esnek ve çevreye göre değişebilirken, tekrarlar ve deneyimler sonucunda sabitlenir ve değişime direnç gösterirler. Çocuk yeni bilgileri var olan bilgisine uydurma eğilimi gösterir hatta yeni bilgileri, kendi şemasına uydurabilmek için bozabilmektedir [108]

Tüm bu açıklamalara karşın, yine de ebeveyninden güven ve destek almayan çocukların, ileride yaşadıkları yeni ilişkilerin, deneyimlerin ya da geçmişi değerlendirmede farklı yollara başvurmanın sonucunda, zihinsel modellerinin değişebileceğini, olumlu bir benlik ve başkaları modeli geliştirebileceklerini öne süren yazarlar da vardır[109].

2.4.1.Bebeklikte Bağlanma

Bebekler doğumlarından itibaren insanlara çeşitli tepkiler verirler. Fakat bağlanma yaşamın altı ayından sonra görülmeye başlanır [20, 110]. Bağlanmanın biçimlenmesi süreci ortalama iki ya da üç yıl alır. Sürecin sona erme noktasına “amacı koşullarına göre düzeltilmiş ortaklık” adı verilir ki burada yakınlığı korumanın amacı, çocuğun doyumu erteleme ve bakıcının ulaşılabilirliğini bilişsel olarak temsil edebilme yeteneğine göre düzeltilmiş ya da ayarlanmıştır[20, 21, 103]. Bowlby üç çeşit uyarının tehlike olarak algılandığını ve bağlanma davranışını tetiklediğini söyler. Bunlar; bebeğin içsel durumu (acı gibi), bakıcı davranışı (reddedildiği algısı gibi) ve çevresel durumlardır[21, 106, 111].

Bowlby'nin kuramını ilk kez laboratuvar ortamında sınanan kişi Mary Ainsworth'dür[101]. Ainsworth ve arkadaşları bağlanmanın niteliğini değerlendirmek amacıyla yabancı ortam

adını verdikleri deneyler sonucunda ikisi güvensiz biri güvenli olmak üzere üç tip bağlanma biçimi belirlemişlerdir. Bunlar; güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan tiplerdir[20, 112] .

Güvenli bağlanma: Güvenli olarak bağlanmış bebekler anneleriyle birlikteyken çevreyi keşif için istekli davranmışlar, anneleri yokken az sıkıntı davranışı sergilemişler ve anneleri ortama geri döndüğünde de kızgınlık belirtisi göstermeden hemen yakın temasa geçmişler ve tekrar çevreyi keşfe yönelmişlerdir [21]. Laboratuvar ziyaretlerinden önce yapılan ev gözlemleri sırasında, bakıcılar tutarlı bir biçimde ulaşılabilir ve olumlu tepkisel olarak değerlendirilmiştir[112].

Kaygılı-kararsız (iki yönlü) bağlanma: Bu bebekler anneleriyle birlikteyken çok fazla keşif davranışı göstermemişler, anneden ayrılıkla birlikte yoğun endişe yaşamışlar ve anne geri döndüğünde ise hem anneye yakın olmak istemişler hem de anneye karşı yoğun öfke ve kızgınlık hissetmişlerdir. [112].

Kaygılı –Kaçınan bağlanma: Bu bebekler ise annelerinden ayrı olduklarında daha az sıkıntı belirtisi göstermişler, sıkıntılı bile olsalar keşif davranışı göstermişler, anneleriyle bir araya geldiklerinde yakınlaşmayı reddetmişler ve uzaklaşmışlar, dikkatlerini oyuncak ya da diğer nesnelere üzerine yöneltmişlerdir Güvenli bağlanmışlara göre daha az ilgi ve coşku sergilemişlerdir [108].

Bu sınıflandırmaya Main ve Solomon “düzensiz” (disorganised) grubunu eklemiştir[113]. Bu grupta yer alan bebeklerin, genellikle çelişkili davranışlar gösterip, anneye ona bakmadan yaklaşım, yarı-bilinçsiz bir şekilde kaçınma davranışı gösterdiği ya da ilk temasta çığlık attıkları bazılarının da ilgisiz görünüş herhangi bir duygu belirtisi göstermediklerini belirtmiştir[99].

Mata ve arkadaşları, çocuklukta bağlanmanın sürekliliğine ilişkin ilk somut verileri sunan araştırmacılarıdır. Kırk sekiz bebekte bağlanma biçimi ile oyun niteliği ve problem çözme davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. On sekiz aylıkken gözledikleri ve güvenli bağlanma biçimi içerisinde sınıflandırdıkları bebeklerin güvensiz olarak sınıflandırılanlara göre, 24 aylıkken tekrar izlendiklerinde daha hevesli, azimli ve uyumlu oldukları, problem çözmede annelerinin önerilerinden daha etkili bir şekilde faydalandıkları, daha olumlu oldukları ve daha az saldırgan oldukları gözlemişlerdir.

Güvenli bebeklerin her iki güvensiz gruba göre daha fazla yaratıcı oyunla meşgul olduğu bulunmuştur[114].

2.4.2.Ergenlikte ve Erişkinlikte Bağlanma

Bowlby, bağlanma biçimini “beşikten mezara kadar” devam eden bir yapı olarak tanımlamakta ve birincil bakım verenden sonra diğerlerine de genellendiğini belirtmektedir. Bebeklikte oluşan bağlanma biçiminin erişkinlik dönemindeki ilişkilerde belirleyici olması, genel olarak içsel çalışan modellere dayandırılmaktadır[115].

Bazı temel benzerliklere karşın, erişkin bağlanması bebek bağlanmasından farklılıklar gösterir. İlk olarak, çocukluk bağlanmaları tamamlayıcıdır, bağlanma nesnesi bakım verir bakım almaz; bebek ya da çocuk güvenlik arayandır güvenlik sağlamaz, erişkin bağlanma ilişkileri ise karşılıklıdır. Her iki taraf da hem bakım veren hem de bakım alandır. [116]. Bebek ve küçük çocuklar kendilerini tam anlamı ile güvende hissedebilmek için bir bağlanma nesnesi ile fiziksel temas gereksinimi duyabilirken, ergenler ve erişkinler genellikle sadece bağlanma nesnelерinin eğer gerekirse dokunabilecekleri bilgisini rahatlama kaynağı olarak kullanabilirler (fiziksel temas ihtiyacı hiçbir zaman bütünüyle kaybolmaz). Önemli olan “hissedilen güvenlik”tir[117]. Çocuğun asıl bağlanma kişisi genellikle ebeveynlerden biri iken, erişkinlerde bir akran, genellikle de bir cinsel eştir. Böylece, en alışılmış erişkin bağlanma ilişkileri üç davranışsal sistemin bütünleştirilmesini gerektirir: (a) bağlanma, (b) bakım ve (c) cinsel birleşmedir. Bununla ilgili olarak, yakınlık arayışını neyin güdülediğine ilişkin farklılıklar vardır. Kaygı ve sıkıntı bütün yaşlar için temel güdüleyiciler olarak görünmektedir. Ancak, erişkin yakınlık arayışı, ayrıca koruma, rahatlama ya da cinsel etkinlikte bulunma isteği sonucu olabilmektedir. Bağlanmaların fiziksel yakınlık bağlamında biçimlendikleri, böylesi yakınlığı sağlayan güçlerin gelişimle değişebileceği düşünülmektedir[20, 118, 119].

Hazan ve Shaver, Ainsworth’un bebeklikte tanımladığı üç temel bağlanma biçiminin (güvenli, kararsız ve kaçınan) erişkinlikte de var olduğunu ve erişkinlerin romantik ilişkilerinde daha önceden elde ettikleri bağlanma biçimlerine göre davrandıklarını ortaya koymuştur. Erişkin bağlanma biçimini ölçen basit bir ölçek geliştirmişlerdir[115].

Bartholomew ve Horowitz (1999)de erişkinlerin bağlanma düzeyini ölçmek amacıyla ölçek oluşturmuş; üçlü yerine dördü bağlanma sistemini önermiştir[97]. Erişkin bağlanma biçimlerini Bowlby'nin iki tür içsel çalışan modelleri benlik ve başkaları modelinin olumlu veya olumsuz algılanmasına göre boyutsal olarak incelemiş; güvenli, saplantılı, kayıtsız-kaçıngan, kayıtsız-korkulu şeklinde dört temel bağlanma biçimi tarif edilmiştir. Benlik modeli boyutu içselleştirilmiş özsaygı hissini yansıtır ve yakın ilişkilerde yaşanan bağımlılık ve kaygı düzeyi ile ilişkilidir. Başkaları modeli boyutu ise ötekilerin ulaşılabilir ve destekleyici olduğu inancını yansıtır ve ilişkilerde yakınlıktan kaçınma veya yakınlık arama eğilimi ile ilişkilidir[22].

Boyutsal yaklaşımın daha betimleyici olduğu görüşünden hareketle Brennan ve arkadaşları yakın ilişkilerde terk edilme veya reddedilme konusunda yaşanan kaygı boyutu ve başkaları ile yakınlaşmaktan veya bağımlı olmaktan duyulan rahatsızlıkla ilişkili kaçınma boyutu temelinde Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri'ni geliştirmişlerdir[120]. Kaygı boyutu Bartholomew 'in benlik modeli ile kaçınma boyutu ise başkaları modeli ile yüksek derecede ilişkilidir. Bağlanma davranışlarını tanımlayan en temel ölçümlerin kaygı ve kaçınma boyutları üzerinden yapılabileceği konusunda görüş birliği vardır. Ülkemizde, bu bağlanma biçimlerinin Türk örnekleme üzerindeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış olup batı örneklemine benzer bir örüntü elde edilmiştir[97].

Bağlanma biçimlerinin dört grup altında toplandığı kategorik yaklaşıma göre:

Güvenli Bağlanma biçimi: Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir hem de özerk kalmayı başarabilirler. İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar. Geriye kalan üç örüntü güvensizdir[97, 121].

Saplantılı bağlanma biçimi: Bu tip örüntüye sahip olanlar kendilerini sevmeye değer bulmaz, başkalarının onayına ihtiyaç duyarlar. Yakın ilişkilerde kaygı yaşarlar ancak yakınlıktan kaçınma yerine daha fazla yakınlık, rahatlatılma ve güvence ihtiyacı arayışı içindedirler. Sürekli başkalarına ulaşma çabası gösterirler. Bu grup ilişkilerinde gerçekçi olmayan beklentilere sahiplerdir[97, 122].

Kayıtsız bağlanma biçimi (kayıtsız kaçınan): Bu tip bağlanma örüntüsüne sahip olanlar reddedilme nedeniyle oluşabilecek olası hayal kırıklığının önüne geçebilmek için

bağlanma nesnesiyle arasına mesafe koyar, bağlanma ihtiyaçlarını reddeder, böylece olumlu kendilik imajını korurlar, özerkliklerini aşırı derecede önemserler[97].

Korkulu bağlanma biçimi (korkulu kaçınan) Kendilerini değersiz olarak algılayan başkalarını güvenilmez ve reddedici olarak algırlar. Başkaları tarafından reddedilme korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar [22, 123].

2.5. Erken Dönem Yaşantılar, Bağlanma ve Bedenselleştirme İlişkisi

Kişinin içinde yaşadığı kültürün ve ailesinin kendisine sunduğu etkileşim biçimleri ve sözcük dağarcığı, duygusal sıkıntılar yaşadığında bunları nasıl yorumlayıp, adlandıracağını, dikkatini ruhsal süreçlere mi yoksa eşlik eden bedensel belirtilere mi yönelteceğini belirler. Kirmayer (1984) bu durumun nesilden nesile tıpkı bir gen gibi aktarıldığını ifade etmiştir. [67, 124].

Erken çocukluktaki yaşantılar ve etkilenmeler bedenselleştirmenin gelişiminde ve bir davranış şeklini almasında birçok farklı şekillerde etkilidir. Örneğin çocukluk çağı hastalıkları, ebeveynlerin bu durum karşısındaki tutumları, çocukluk çağında örnek alma bedenselleştirmeyi etkileyen süreçlerdendir. Çocuklar başkalarının davranışlarının sonuçlarını gözleyerek, hangi davranış kalıplarının toplum tarafından kabul edilebilir ve dolayısıyla pekiştirilebilir olduğuna hangilerinin kabul edilemez veya cezalandırılabilir olduğuna karar verirler. Bir başka deyişle hastalık ve ağrıyla başa çıkabilen ebeveynleri gözleyen çocuklar benzer stratejileri kullanırken, hastalığa abartılı tepkileri ve bunların sosyal alanda ödüllendirildiğini gözleyen çocuklar ise bu davranışları örnek alır ve sergiler. Ebeveynlerinde yeti yitimi ve ağrıya yol açan hastalıkların bulunmasının çocuklarda ebeveynlerinin hastalıkla ilgili davranışlarını sosyal öğrenme ya da model alma yoluyla benimsemeye yol açtığı birçok çalışmada gösterilmiştir, bu durum bedenselleştirme riskini artırmaktadır. Hatta bu çocuklarda bedenselleştirme erişkinlikten önce, ergenlik döneminde dahi gözlenebilmektedir[16, 125-127]. Stoudemire (1991) bireylerin aleksitimik özelliklerinin, içinde yaşadıkları sosyokültürel ortamdaki öğrenme ve model alma sonucu ortaya çıktığını öne sürmüştür. Çocuklar aileden ve çevreden duygularını ifade etme yerine bastırmayı veya bedenselleştirmeyi öğrenirse “hasta rolüne adapte olarak” aleksitimik özellikler geliştirecektir[128].

Ebeveynlerin kronik hastalıkları onları fiziksel ve coşkusal olarak çocuklarından uzak tuttuğu için şüphesiz yetersiz veya kötü ebeveynlik şeklinde kafa karıştırıyor olabilir, dahası ana babaların kronik hastalıkları aile sistemini de bozar ve böylece bedenselleştirmeye zemin hazırlıyor olabilir[17]. İngiltere’de hastanede yatan hastaların 43 yıllık kayıtlarının incelendiği bir çalışmada, babalarının sağlık durumu kötü olan çocukların hastaneye açıklanamayan belirtilerle daha çok başvurdukları aynı zamanda çocukken açıklanamayan bedensel belirtilerle başvuruların ileride aynı nedenle hastaneye daha sık yattıkları gösterilmiştir[129].

Erken dönem hastalık yaşantıları ve ebeveynlerin hastalığa yönelik tutumlarının da bedenselleştirmeyi etkilediği düşünülmektedir. Craig ve arkadaşları (1993) bedenselleştiren erişkin hastaların diğer psikiyatrik ve fiziksel hastalığı olanlara göre çocukken daha sık ve ciddi hastalık geçirdiklerini bildirmiştir[125]. Pilowsky ve arkadaşları (1982) kronik ağrı hastalarının çocukken hastaneye yatmış olma oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır[130]. Ebeveynlerin çocukluk çağındaki hastalıklara cevaplarının, bedenselleştirme davranışında etkili olduğuna dair kanıtlar vardır. Çocukların ağrıya tepkileri, ebeveynlerinki gibi olma eğilimindedir. Ağrıya tepkide travmanın kendisinden ziyade ebeveynin duygulanımsal cevabı daha hakimdir[131]. Örneğin kendini yaralayan bir çocuk ebeveynlerinin tepkisini (dikkat, ilgi, ihmal) ölçene kadar tepki vermeyebilir. Bedenselleştirme bozukluğu olan hastalar ebeveynlerinin çocukluk çağı hastalıklarında, kontrol grubuna göre, daha fazla seçici bakım verme uyguladığını belirtmiştir[132, 133]. Violon, “koşullu bakım verme” (conditional caretaking) terimini ebeveynler tarafından, çocuklarının coşkusal ihtiyaçlarından ziyade fiziksel yakınmalarına seçici dikkat verilmesini tanımlamak amacıyla kullanmıştır. Bu tip ebeveyn cevabı çocukluk çağında hastalık davranışını pekiştirip, bedeni ön plana çıkartabilir bu da erişkinlikte çevreyle uyumsuz (maladaptif) bir iletişim şekli haline gelebilir[17, 134].

Yetersiz ya da ihmalcı ebeveynlik de erişkinlikte bedenselleştirme davranışının oluşumunda katkıda bulunuyor olabilir. Bir çalışmada somatizasyon bozukluğu tanısı olan yatan hastaların, erken çocukluk döneminde bir kayıpla karşılaştıkları, çoğunlukla da bu kaybın bir ebeveyn ya da bakım veren kaybı olduğu bulunmuştur. Bu tip öyküleri olan hastaların genellikle kişiler arası ilişkilerinde çatışma oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bass ve Murphy (1995) bedenselleştirme bozukluğu olan hastaların diğer

psikiyatrik bozukluk hastalarına göre daha az anne bakımı aldığını da bildirmişlerdir. Krystal'e (1979) göre çocuğun duygusal iletişim kapasitesinin gelişimi, ailenin kurduğu ilişkilerle çocuğunun yaşantısını tanıyıp, geliştirip, zenginleştirmesine bağlıdır. Gelişimin erken dönemlerinde anneye kurulan ortak yaşam (simbiyoz) ilişkisinin yetersizliğinin daha sonra travmayla karşılaşıldığında bireyin duygusal gelişimin ilk dönemlerine saptanmasına ya da gerilemesine neden olabilir ve duygusal gelişim tamamlanamaz ve böylece aleksitimi gelişmiş olabilir[87]. Ayrıca somatizasyon bozukluğu olan hastaların ebeveynlerinde cezalandırıcı tutum ve reddetme de gözlenmiştir[16, 17, 125, 134, 135].

Wolff da erken dönem bakımveren-çocuk ilişkisi üzerinde durmuş ve çocuğun coşkusal yönden kendini ifade etmesini, coşkusal kendilik ifadesini (emotional self expression) ve oyunculuğunu reddeden ebeveynlerin çocuğun duygu ve düşlemlerini pekiştirmek yerine en yakınları ile bile paylaşmasını engellediklerini böylece çocuğun zamanla duygusuz iletişim kurmayı öğrenerek sahte bir kendilik (false self) geliştirmesine zemin hazırladıklarını öne sürmüştür[136].

Japon öğrencilerle yapılan bir çalışmada, deneklerin çocukluk dönemlerinde annelerinin ilgisini yetersiz olarak algılamaları ile aleksitimi arasında bir ilişki bulunmuştur[137]. Erden ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada çocukluk çağında yaşanan zorlu olayların aleksitimiye yatkınlık oluşturabileceğine ilişkin kanıtlar elde edilmiştir, erken yaşta ailesinden ayrılan ve yetiştirme yurdunda ailesinden ayrı büyüyen gençlerin aleksitimi puanlarının yüksek olduğu bulunmuş.

Örseleyici çocukluk çağı yaşantıları bedenselleştirme davranışının gelişimine katkıda bulunabilir. Örneğin fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın stresli durumlarda bedensel yanıt verme olasılığını artırabileceği bildirilmiştir. Bedensel belirtilerin gelişiminde travmatik deneyimlerin etkili olabileceği ilk olarak Freud tarafından ortaya atılmıştır [138]. Daha sonra yapılan birçok çalışmada bunu destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Somatizasyon bozukluğu tanısı olan altmış ve birincil duygulanım bozukluğu tanısı olan otuz bir kadın hastanın katıldığı bir çalışmada somatizasyon bozukluğu olan kadınlarda çocukluk çağında istenmeyen cinsel temas oranının %55, duygulanım bozukluğu tanısı olanlarda %16 olduğu saptanmıştır[139]. Çocukluk döneminde ensest mağduru olmuş bir grup hastada psikiyatrik bozukluk gelişiminin incelendiği bir çalışmada, bu hastalarda somatizasyon bozukluğu oranının %14 olduğu gösterilmiştir[140]. Bir başka çalışmada çocukluk çağında cinsel kötüye kullanım öyküsü olanların daha fazla psikiyatrik bozukluk ve bedensel belirti

özellikle de kronik pelvik ağrı bildirdikleri ortaya konmuştur [141] Walling ve arkadaşları (1994), erken dönem travmatik yaşantılar arasında fiziksel kötüye kullanımın, somatizasyon bozukluğunun en iyi yordayıcısı olduğunu saptamışlardır[142].

Bedenselleştirme, ailenin, diğer çatışmaları bir kenara atarak, hastalık davranışı üzerine odaklanmasına olanak sağlar. Böyle hastaların ailelerinde, evlilikle ilgili çatışmalar sıklıkla bildirilmiş ve bu ailelerin kontrol gruplarına oranla daha az destekleyici, uyumlu ve bağlı oldukları saptanmıştır. Literatürde, çocukların ya da erişkinlerin işlevsel belirtilerinin, “gerçek” çatışmalarının üzerini örttüğü aile örnekleri oldukça fazladır[143-146].

Bağlanma bahsinde daha önce aktarıldığı gibi bağlanma davranışı bakım elde etme, yakınlık kurma ve yakınlığı sürdürmeyi amaçlar ve birincil bağlanma nesneleryle erken dönem yaşantılar başta olmak üzere çevresel etkenlerin tesirindedir. Sağlıklı erişkin bağlanması esnektir ve kişi duruma göre, bazen bakım veren bazen de bakım alan rolündedir. İşlevsel olmayan ya da kaygılı bağlanma ilişkisinde ise kişi sabit ve esnek olmayan şekilde davranır. Bu kişiler gerçekte olan ya da ön görülen tehditlere daha duyarlıdır ve sürekli olarak başkalarından bakım elde etme arayışındadırlar. Eğer hastalık davranışı şeklindeki bakım alma şekli pekiştirilirse, devam etme veya yineleme olasılığı artar. Özellikle çocukluk çağında olan kronik hastalık yaşantıları hastalık davranışının gelişmesini besler ve kişi bu davranışı uzun süre devam ettirebilir. Böylece bağlanma ihtiyaçlarını doyurmanın uyumsuz şekillerini öğrenmiş olur. Bu tip etkileşimler içselleştirilmiş kendilik ve başkaları yapılarının gelişimini etkiler. Bedenselleştiren hastaların “çalışan modelleri” çocukluk çağı hastalık yaşantılarından etkilenir.

Kronik hastalıklar çocuğun kendi kendine yetme ve bedensel bütünlük algısını sarsarak, bakıma muhtaç kendilik modeli yaratabilir. Hastalık süresince ebeveyn bakımı alamama veya çocuklukta kötüye kullanım yaşantıları, özsaygıyı zedeleyebilir ve “bakımı hak etmeyen” kendilik modelinin oluşumuna katkıda bulunur. “önemli başkaları modelinin” ebeveynin hastalığa cevabından etkilenmesi muhtemeldir. Örneğin çocuğun hastalık davranışına seçici bir dikkatin yanında diğer bakım arayıcı veya bağlanma davranışlarının, ebeveyn tarafından tanınmaması, çocukta sadece fiziksel yakınma sonucunda bakım alabileceği ile ilişkili içsel çalışan modeller gelişmesine neden olabilir. Bu tür bir çevreye maruz kalan çocuklar, coşkusal zorluklarını fiziksel ağrı şeklinde ifade etmeyi öğrenirler, erişkinlikte de öğrendikleri bu dili devam ettirirler. Bu durum, bedenselleştiren hastaları, sıkıntılara daha az hoşgörülü ve kişilerarası çatışmalarla başa

çıkımda yetersiz kılan, başarısız iletişimle sonuçlanır. Bu tip kaygılı bağlanma biçimi ve bununla uyumlu kişiler arası ilişkiler bedenselleştiren hastalar için tipiktir. Sürekli olarak aileden ya da doktorlardan bakım elde etmeye yönelik girişimlerde bulunurlar ancak güvensiz bağlanmaları nedeniyle doyumları asla yeterli değildir. Bu hastalar stres altındayken ailelerinden ve doktorlardan bakım arama davranışını artırırılar. Bakım ve güvence ihtiyaçlarını doğrudan ifade etmek yerine bedensel belirtiler yoluyla ifade ederler[17, 106, 147]. Literatürde güvenli bağlanma biçimine sahip bireylerin stresin yarattığı olumsuz duyguları kontrol altına alabildikleri, olumsuz duygu durumlarını düzeltmede kendilerine güvendikleri, sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu ve stresle başa çıkma aracı olarak sosyal desteği daha sık ve etkili kullandıkları farklı çalışmalarda bildirilmiştir[148-150]. Güvensiz bağlanma biçiminin ise stres karşısında tepkisellik ya da problemlere saplanma gibi etkisiz başa çıkma yollarının kullanılmasına neden olduğu[151], kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimine sahip olan bireylerin, yüksek düzeyde olumsuz kaçınma davranışları (ilaç kullanma, alkol kullanma gibi) sergiledikleri belirtilmiştir[152]. Güvensiz bağlanmanın, duyguları öğrenmede başarısızlığa neden olabileceği ve aleksitimik kişilik için de zemin hazırlıyor olabileceği düşünülmektedir[29].

Berenbaum ve James (1994), kendilerini fiziksel ve duygusal olarak güvensiz ve emniyetsiz bir aile ortamında algılayan ve duygularını ifade etme konusunda cesaretlendirilmeyen çocukların, duygusal durumları ile başarılı bir biçimde nasıl başa çıkabileceklerini öğrenemediklerini ve çevresinde duygularını ifade edebilen rol modellerinin olmamasının, kişinin duygularını aktarabilmesinde sıkıntı ve çifte-değerlilik yaratabileceğini öne sürmektedirler[153]. Taylor ve arkadaşlarının (2000) birinci basamak sağlık hizmetine başvuran açıklanamayan bedensel belirtileri olan hastalarda yaptığı çalışmada bu kişilerde güvensiz bağlanma tarzı saptanmış, bu durum çocukluklarında güvenli bir bağlanma geliştirememiş olmaları nedeniyle ileriki yaşamlarında çevrelerindeki insanlardan ilgi bekleyen tutumlarına bağlanmış[154]. ABD’de yapılan birçok başka çalışmada da güvensiz bağlanma biçimlerine sahip olan bireylerin daha çok bedensel yakınma bildirdiği belirtilmiştir[155, 156]. Güvensiz bağlanmanın çocukluk çağı travmaları ile erişkin bedensel yakınma bildirimini arasındaki bağlantıya aracılık ettiği bulunmuş, ancak mekanizması tam olarak anlaşılammıştır[157]. Klinik örneklerde güvensiz bağlanma biçimlerinden özellikle korkulu ve kaygılı olanlar ile bedenselleştirme arasındaki pozitif ilişki deneysel olarak saptanmıştır[155, 158]. Yüz dokuz çiftin katıldığı

bir toplum çalışmasında, bedensel yakınma bildirimini, en çok korkulu bağlanma biçimi ile ilişkili bulunmuştur[157]. Üniversite öğrencilerinin katıldığı bir başka araştırmada da benzer şekilde korkulu ve kaygılı bağlanma biçimleriyle bedensel yakınmalarda artma ilişkili bulunmuş[156]. Yapılan birçok çalışmada kaygılı ve kaçınmacı bağlanma biçimleri ile psikolojik belirtiler arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilerek, kaçınmacı bağlanma arttıkça aleksitimi düzeyinin arttığı vurgulanmaktadır[156, 159-161]. Düşük aleksitimi puanları ile güvenli bağlanmada pozitif ilişkili bulunmuştur[162]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir[163].

Bir belirti olarak ağrı ve bağlanmanın ilişkisi de birçok araştırmacının merak konusu olmuştur. Çocukların hem ağrıya hem de bakım vereninden ayrılmaya verdikleri tepkilerde benzerlik olduğu gözlenmiş ve buradan yola çıkarak içsel çalışan modellerin ayrılmaya tepkiyi düzenlediği gibi ağrıya cevabı da örgütlediği hipotezi öne sürülmüştür[164]. Kolb ağrı yakınmasını bir bağlanma davranışı olarak ele almış, güvenlik arayışı olarak değerlendirmiş ve altta yatan biyolojik nedenden bağımsız olarak bu arayışın görülmesi gerektiğini belirtmiştir[165]. Bu görüşleri adeta destekleyen, erişkinlerle yapılan bir nörogörüntüleme çalışmasında fiziksel ağrı ile sosyal reddedilmenin benzer nöroanatomik mekanizmaları paylaştığı ortaya konulmuş ve bağlanma sistemi ile ağrının benzer fizyolojik temelleri olduğu iddia edilmiştir[166]. Ciechanowski ve arkadaşları (2003) kronik ağrısı olan hastalarda korkulu bağlanma biçiminin yüksek depresyon düzeyleri ve ağrıyı felaketleştirme ile ilişkili olduğunu ve kaygılı bağlananların sağlık hizmetlerine daha sık başvurduklarını saptamışlardır[167].

Meredith ve arkadaşları (2006, 2007) korkulu ve saplantılı bağlanma biçimi olanların güvenli bağlananlara oranla ağrı ile ilişkili öz yeterliliklerinin daha az, anksiyete şiddetlerinin ise daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca kaygı ve kaçınma puanları depresyonla pozitif olarak ilişkili bulunmuştur[26, 168]. Meredith ve arkadaşları (2008) bu bulgular ışığında, bağlanma kuramının kronik ağrı oluşumu için gelişimsel bir model olabileceğini öne sürerek Kronik Ağrı için Bağlanma-Yatkınlık Modeli (The Attachment-Diathesis Model of Chronic Pain) ortaya koymuşlardır. Bu model çerçevesinde erişkin bağlanma örüntüsünün aynı zamanda ağrıya uyumu, sosyal destek arayışını, ağrı ve kendilik ile ilgili bilişsel değerlendirmeleri etkilediğini belirtmişlerdir[169].

Mc Williams (2000) yaptığı çalışmada 25-60 yaşlarında 2509 bireyden oluşan bir örneklem oluşturulmuş ve bu örneklem ağrısız olanlar, kronik yaygın ağrısı olanlar ve

diğer şekillerde ağrısı olanlar şeklinde üç gruba ayrılmış bu üç gruptan kronik yaygın ağrısı olanlarda; güvensiz (saplantılı, kayıtsız ve korkulu) bağlanma biçimlerinin ağrısız gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır[170]. Bir başka çalışmada romatolojik hastalığı olanlar arasında kaygılı bağlanma biçimi olanların daha fazla ağrı bildirdikleri belirtilmiştir[171]

2.6.FMS’de Ruhsal Etkenlerin Rolü ve Psikiyatrik Eştanlar

FMS’nin aydınlatılamamış etiopatogenezi öteden beri psikosomatik görüngü ile uğraşan psikiyatrların ilgisini çekmiştir.Literatürde FMS’yi etiolojik açıdan ve birlikte bulunan psikiyatrik hastalıklar açısından inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır.

Bazı yazarlar FMS’nin de içinde bulunduğu, işlev ya da yapıda hastalığa özgü olabilecek saptanabilir bir anormallik olmaksızın yakınma, acı çekme ve yetiyitimiyle karakterize birbiriyle ilişkili bir grup sendromu, işlevsel somatik sendromlar olarak isimlendirmiştir[7] İşlevsel somatik sendromların yüksek oranda benzediği ve birlikte görüldüğü bildirilmiştir. Bu durumlar görüngüsel olarak birbirine benzediğinden; sıklıkla aynı kişide aynı anda birkaç işlevsel somatik sendromun ölçütleri bulunabileceği, bu kişilerin farklı tanıları almasının altında yatan esas nedenin ise farklı uzmanlık dallarının farklı belirtilere odaklanması olduğu öne sürülmüştür. Örneğin fibromiyalji ve irritabl barsak sendromu, çoğul kimyasal madde duyarlılığı, kronik yorgunluk sendromunun birlikte bulunabildiği birçok çalışmada gösterilmiştir[172-176]. Birçok işlevsel somatik sendromun dikkate değer ölçüde benzer belirtileri vardır, bu belirtilerin ortak özellikleri yaygın ve belirsiz olmaları, özgül olmamaları ve bilinen bir hastalığı olmayan sağlıklı nüfusta görülmeleridir[172]. İşlevsel somatik sendromlarda sıklıkla görülen belirtiler, yorgunluk, zayıflık, uyku bozuklukları, baş ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı, bellek, dikkat ve konsantrasyon sorunları, gastrointestinal belirtiler, anksiyete, depresyon, huzursuzluk, çarpıntı, nefes daralması, baş dönmesi, boğaz ağrısı, ağız kuruması, menstruasyon ve cinsel ilişki sırasında ağrılar şeklinde sıralanabilir[7].

FMS’de yapılan ilk psikolojik çalışmalarda, tutarlı bir şekilde hastaların %70 oranında çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklar sergilediği bulunmuştur[177]. Epidemiyolojik bulgularda toplum örneklemelerinde FMS tanısı olan hastalarda, özellikle depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar olmak üzere psikiyatrik bozuklukların yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir[8]. Fietta ve arkadaşlarının (2007) gözden geçirme makalesinde FMS

hastalarında depresif bozuklukların %20 ile 80 oranında görülebilen en sık psikiyatrik eş tanı olduğu bu geniş dağılımın farklı örneklemelerin farklı yöntemlerle incelenmesi ve kabul kriterlerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabileceği belirtilmiştir[178]. Ayrıca majör depresyonun da FMS tanısı alan hastalarda hayat boyu görülme oranı %62 ile 86 arasında olduğu birçok kontrollü çalışmada gösterilmiştir[179-181]. Kato ve arkadaşları (2006), herhangi bir formal depresif bozukluk tanısı konulmadan FMS'ye %40 oranında depresif belirtilerin eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Ülkemizde de Sayar ve arkadaşları (1999) FMS tanısı olan hastalarda depresyon oranlarını sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulmuşlardır[182] Bilgici ve arkadaşları (2005) FMS tanısı olan hastalarda %32 oranında depresyon olduğunu saptamışlardır. Güven ve arkadaşları (2005) FMS tanısı konulmuş hastalarda %50 oranında hafif, %38 oranında orta ve %2 oranında ağır şiddette depresyon olduğunu saptamışlardır. Yine benzer şekilde 2008 yılında yapılan başka bir çalışmada hastalarda %38,75 oranında hafif, %25 oranında orta ve %25 oranında 'inde ise ağır şiddette depresyon olduğu saptanmıştır[183, 184].

Fietta ve arkadaşlarının (2007) makalesinde anksiyete bozukluklarının sıklığının ise %13 ile %63.8 arasında değiştiği bildirilmiştir[178]. Ülkemizde de Madenci ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, FMS tanısı olan hastalarda anksiyete düzeyleri kontrol grubundan yüksek bulunmuştur[185]. Psikiyatrik bozukluklar çoğunlukla FMS'den sonra ortaya çıkmakla birlikte FMS'den önce de tanı konulmuş olabilir. Literatür gözden geçirildiğinde FMS tanısı konulan hastaların kişilik özelliklerinin de araştırma konusu olduğu görülmüştür. Alfici ve arkadaşları (1989) FMS tanısı konulan hastalarla RA tanısı konulan hastaları karşılaştırmışlar ve FMS'si olan hastalarda karakteristik psikodinamik özellikler olarak bağımlılık, edilgenlik, aile ilişkilerinin yüceleştirilmesi, obsesif kompulsif kişilik, kayıp karşısında uyum sorunları olduğunu saptamışlardır[9]. Mazza ve arkadaşları (2009) Mizaç Karakter Envanteri ile FMS tanısı olan hastalarda zarardan kaçınma puanlarını yüksek, kendini yönetme puanlarını düşük olduğunu belirtmişlerdir[186]. Ülkemizde Altunören ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında FMS tanısı konulmuş kadın hastalar sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında zarardan kaçınma puanları yüksek, kendini yönetme ve sebat etme puanları düşük bulunmuştur[187].

Literatürde FMS'de aleksitiminin incelendiği çalışmaların bir kısmında kontrol grubundan daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir. Brosschot ve Aarse (2001), Toronto Aleksitimi

Ölçeğini (TAÖ) kullanarak yaptıkları çalışmalarda FMS grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek aleksitimi oranı saptamışlardır[188]. Ülkemizde Sayar ve arkadaşları (2004) FMS klinik tablosunda aleksitimi ile öfkenin oynadığı rolü araştırdıkları çalışmalarında, FMS grubunda sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek aleksitimi oranı saptamışlardır. Ayrıca FMS grubunun RA grubuna göre anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu ve öfkelerini daha fazla içe yönelttiklerini, bu durumun ağrının oluşumunda etkili olabileceğini bildirmişlerdir [189]. Güleç ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmalarda FMS grubunu sağlıklı kontrol grubundan daha aleksitimik bulmuşlardır[190]. Amir ve arkadaşları (2000) FMS, RA ve kronik bel ağrısı olan hastalarla yaptıkları çalışmada, gruplar arasında öfke şiddeti ölçümlerinde bir fark saptamamışlardır[191]. Aksine FMS ve kontrol grubu arasında aleksitimi puanları açısından fark olmadığını belirten çalışmalar da vardır[192, 193].

FMS'de bağlanma özelliklerini inceleyen çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Govender ve arkadaşları (2009) 29 FMS hastasında bağlanma özelliklerini değerlendirmiş ve kaygı puanlarını, genel toplum ortalamasından düşük, kaçınma puanlarını daha yüksek saptamışlardır. Dörtlü kategorik sınıflandırma yapıldığında ise hastaların %41'nin güvensiz bağlandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada güvensiz bağlanma biçimlerinin yüksek depresyon puanlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur[25]. Başka bir çalışmada Oliveira ve Costa (2009), erişkin bağlanma yönelimleri, sağlık algısı ve endişe arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırmacılar sonuçta, yakın ilişkilerde güven boyutu ile ruhsal sağlık algısı arasında pozitif yönde buna karşın bağımlılık ve çifte-değerlilik boyutlarıyla ruhsal sağlık algısı arasında negatif yönde ilişki saptamışlardır. Araştırmacılar FMS'nin dinamiklerini en iyi açıklayan bağlanma boyutunun ise bağımlılık olduğunu belirtmişlerdir. Fibromiyaljiden kaynaklanan kronik stres kişileri yakınlık arayışına yöneltebilir ve zaman zaman bağlanma stratejilerini etkinleştirebilir fakat bunun yol açtığı bağımlılık hissine rağmen yeterli eş desteğinin sağlanmamasının 'olumsuz diğerlerine ilişkin içsel çalışan modellerini' canlandırabileceği belirtilmiştir[24].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada FMS grubuyla kontrol grubu arasında kaçınma puanları açısından fark tespit edilmiştir. Araştırmacılar kaçınma boyutunun kişilerarası ilişkideki güvensizlik ve uyumsuzlukla ilintili olduğunu dolayısıyla klinisyenle ilişkide de etkili olabileceğini düşünmüş, bu durumun ağrı ortaya çıktıktan sonra tedavi edilmemesine ve

kronikleşmesine yol açtığını öne sürmüşlerdir[194]. Pedrosa ve arkadaşları (2008) FMS tanısı konulan 40 kadın hastada aleksitimi derecesi ve ebeveyn bağlanma biçimini incelemiş hem anne hem baba figürünün aleksitimik özelliklerle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca anne istismarı ve babanın ilgisizliği ile aleksitimi puanları arasında pozitif ilişki bulmuşlardır[195].

Imbierowicz ve Egle (2003), somatoform ağrı bozukluğu ve FMS'si olan hastalarda çocukluk çağı travma yaşantılarını inceledikleri çalışmalarında, FMS'si olan hastalarda her iki ebeveyn ile zayıf bir duygusal ilişkiden söz etmektedirler[196]. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada yaşları 25 ile 50 arasında değişen toplam 15 FMS'si olan kadın hastaya psikanalitik yönelimli ön görüşmenin ardından Rorschach ve Tematik Algı (TAT) Testleri uygulanmış, erken dönem anne kız ilişkisindeki kapsayıcı işlevdeki yetersizlik lehine bilgiler elde edilmiş ve bunun yas çalışmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu hastalarda yasla başa çıkmanın tek yolu olarak hipomanik savunmaların devreye sokulduğu belirlenmiştir[197].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje No:KA13/21 Etik Kurul Onay Tarihi: 13.02.2013, Araştırma Kurulu Onay Tarihi:18.02.2013) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3.1 Örneklem

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine 20.02.2013 -30.08.2013 tarihleri arasında muayene ve tedavi amacıyla başvuran ARC kriterlerine göre bir fizik tedavi uzmanı tarafından FMS tanısı konulan33 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Romatoloji Polikliniğine başvuran bir romatoloji uzmanı tarafından ARC kriterlerine göre tanısı konulan ve remisyonda olduğuna karar verilen 30 RA'sı olan hasta ile bilinen ruhsal ve fiziksel hastalığı olmayan yaş, cinsiyet ve eğitim durumu FMS grubuyla eşleştirilmiş 30 bilinen bir hastalığı olmayan sağlıklı bireyler de araştırmadaki iki kontrol grubunu oluşturmuştur.

Bütün katılımcılar bilgilendirilmiş onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

-Bilinen ek sistemik, metabolik ve nörolojik hastalık, travmatik beyin hasarı öyküsü olmaması,

-18 ila 65 yaşları arasında olma,

- Okuma yazma bilme,

- Değerlendirme ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasitede olma,

- Araştırmaya katılmayı kabul etme.

Çalışma dışında bırakılma kriterleri:

-Değerlendirme araçlarını dolduramayacak derecede ağır ruhsal bozukluğu olması (bunama, zekâ geriliği, bilişsel bozukluk, tekrar eden özkıyım düşüncesi varlığı ve psikotik hastalık),

-Okuma yazma bilmeme,

-İletişimi önemli derecede etkileyecek görme veya işitme kaybının olması.

3.2 Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama

Her üç gruptaki katılımcılara araştırmacı tarafından çalışma ve ölçekler hakkında bilgi verildikten sonra Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu uygulandı, daha sonra katılımcılardan Kısa Form 36, Young Ebeveynlik Ölçeği Anne ve Baba formları, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğini Psikiyatri Polikliniğinde doldurmaları istendi.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Araştırmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bilgi toplama aracıdır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, ekonomik gelir düzeyi, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar, eşlik eden ruhsal ve bedensel hastalık öyküsü, hastalık süresi yer almaktadır.(Ek-1)

Kısa Form 36 (SF-36): Ware ve Sherbourne tarafından yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Fiziksel veya psikiyatrik hastalığı olanlarda ayrıca sağlıklılarda kullanılabilir. On bir sorudan oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon sosyal fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel nedenlere bağlı), mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek sonunda 0-100 arasında puan elde edilmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir. [198].Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[199].(Ek-2)

Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ): Young (1994) tarafından geliştirilen ölçek, 72 maddeden oluşmakta ve anne-babanın erken dönem uyumsuz şemaların temelini oluşturduğu düşünülen çeşitli davranışlarını içermektedir. Ölçeğin özgün formunda, bahsedilen şemalara karşılık gelen 17 alt boyut önerilmektedir. Yönergede, katılımcıdan anne-babasını tarif eden davranışları, hem anne hem de babasını çocukluğu sırasında en iyi tanımlayan şekliyle 1 (tamamıyla yanlış) ile 6 (ona tamamı ile uyuyor) arasında derecelendirmesi istenmektedir. Özgün formun psikometrik özelliklerine ilişkin devam eden çalışmalar kabul edilebilir düzeylerde geçerlik ve güvenilirliğe işaret etmektedir[200]. Ölçeğin Türkçe formunun, Soygüt ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen geçerlik ve

güvenirlilik çalışmasında da ölçeğin kabul edilebilir düzeylerde geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. Türkçe versiyonda, hem anne (YEBÖ-A) hem de baba (YEBÖ-B) formları için 10 faktörlü ortak bir yapıya ulaşılmıştır. Buna göre oluşan boyutlar; Kuralcı/Kalıplayıcı, Küçümseyici/Kusur Bulucu, Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı, Sömürücü/İstismar Edici, Aşırı Koruyucu/Evhamlı, Koşullu/Başarı Odaklı, Aşırı İzin Verici/Sınırsız, Kötümser/Endişeli, Cezalandırıcı ve Değişime Kapalı/Duygularını Bastıran Ebeveynliktir[201]. (Ek-3)

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE): Brennan ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen, bağlanmada temel iki boyut olan yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçen 36 maddelik bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde, likert tipi 7 dereceli (1=hiç katılmıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum) bir ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Ters yüklü maddeler 3., 15., 19., 22., 25., 27., 29., 31., 33. ve 35. maddelerdir. Kaçınma skorunu hesaplamak için tek sayılı maddelerin ortalamaları alınırken kaygı skorunu hesaplamak için çift sayılı maddelerin ortalamaları alınmaktadır. Katılımcılar bu iki boyut temelinde değerlendirilebilecekleri gibi Bartholomew ve Horowitz'in (1991) önerdiği gibi, Dörtlü Bağlanma Modeli kapsamında da ele alınabilmektedirler. Brennan ve arkadaşları dört bağlanma biçiminin iki boyut üzerinde küme analizi yapılarak ölçekten kategorik ölçüm alınabileceğini ve dörtlü bağlanma modeli temelinde sınıflandırmalar yapılabileceğini önermektedir. Buna göre, her iki boyuttan görece düşük puan alanlar güvenli; her iki boyuttan da yüksek puan alanlar korkulu; kaçınmadan düşük, kaygıdan yüksek puan alanlar saplantılı; kaçınmadan yüksek, kaygıdan düşük puan alanlar kayıtsız bağlanma biçimi içerisinde ele alınmaktadır[120]. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır[122] Sümer (2006) de ölçek üzerinde yapmış olduğu çalışmalar sonucunda, "kaygı" ve "kaçınma" olmak üzere iki boyut elde etmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, sırasıyla 0.86 ve 0.90 olarak bulmuştur[202]. (Ek4)

Toronto Aleksitimi Ölçeği(TAÖ): Yirmi maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmeye güçlük (TAÖ-2), dışı-vuruk düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Bireyden, her madde için "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bu ölçek, Bagby ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir[203].

Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Kesme puanı 61 olarak belirlenmiştir[204].(Ek-5)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemektir. Yirmi bir belirti kategorisini içermektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir[205]. Hisli (1988) tarafından ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır[206]. (Ek-6)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi için kullanılır. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir[207]. Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır[208].(Ek-7)

3.3.İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 17.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklem grubunun bağımsız değişkenlerin etkisini incelemek için parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklem grubuna ait sosyodemografik veriler için betimsel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan üçlü gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanırken, anlamlı çıkan sonuçların kaynağını öğrenme için de Post Hoc analizlerinde Tukey Testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon yöntemi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 33 FMS'si olan, 30 RA'sı olan ve 30 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 93 katılımcıya uygulanan yakın ilişkilerde bağlanma, aleksitimi, yaşam kalitesi, annenin ve babanın erken dönem uyumsuz şemalarına, depresyon ve anksiyete belirtilerine ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırmada toplam 84 kadın yer almakla birlikte, bunların %38.1'i FMS grubunda, %28.6'sı RA grubunda ve %33.3'ü ise sağlıklı kontrol grubundadır. Dokuz erkek katılımcıdan ise, 1'i (%11.1) FMS , 6'sı (%66.7) RA ve 2'si (%22.1) sağlıklı kontrol grubundadır. FMS grubunun yaş ortalaması 35.97 ± 7.94 , RA grubunun 47.2 ± 12.15 ve sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması ise 37.7 ± 8.14 'tür. Yaş ortalamalarının gruplar arası dağılımı ise anlamlı değildir ($X^2=83.79$, $p=.253$). Medeni durum açısından bakıldığında, FMS grubunun 27'si (%36.5), RA grubunun 23'ü (%31.1) ve sağlıklı kontrol grubunun 24'ü (%32.4) evlidir. Bununla birlikte dul olan kişilerin %33.3'ü FMS ve %66.7'si RA grubundadır. FMS grubunda 1 kişi boşanmış, 4'ü hiç evlenmiş, RA grubundan 1 kişi boşanmış, 4'ü hiç evlenmemiş ve sağlıklı kontrol grubundan 3'ü boşanmış, 3'ü hiç evlenmemiş kişilerdir. Çocuğu olanların %34.7'si FMS, %33.3'ü RA ve %31.9'u sağlıklı kontrol grubundadır. İlkokul mezunu kişilerin 8'i FMS, 5'i RA, 5'i de sağlıklı kontrol grubunda yer almaktadır. FMS grubundan 1 kişi, RA grubundan 1 kişi ve sağlıklı kontrol grubundan 2 kişi ortaokul mezunudur. FMS grubundan 8 kişi (%34.8), RA grubundan 9 kişi (%39.1) ve sağlıklı kontrol grubundan 6 kişi (%26.1) ise lise mezunudur. Üniversite mezunu olanların %33.3'ü FMS grubunda, %31.2'si RA grubunda ve %35.4'ü de sağlıklı kontrol grubunda bulunmaktadır. Çalışma durumları incelendiğinde, hiç çalışmamış olanların %50'si FMS grubundan, %25'i RA grubundan ve %25'i sağlıklı kontrol grubundan, aralıklı çalışmış olanların %58.3'ü FMS grubundan, %33.3'ü RA grubundan ve %8.3'ü sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. Halen çalışan katılımcıların ise %32.7'si FMS grubunda, %20.4'ü RA grubunda ve %46.9'u sağlıklı kontrol grubundadır. FMS ve RA hasta gruplarında 1'er tane öğrenci, sadece RA grubunda 4 işten ayrılmış katılımcı vardır. FMS grubunun %10'u, RA grubunun %70'i ve sağlıklı kontrol grubunun %20'si emeklidir.

Tablo 2. Örnekleme oluşturan grupların sosyodemografik özellikleri

Demografik Özellik	FMS (N=33)		RA (N=30)		Sağlıklı (N=30)		Toplam (N=93)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet								
Kadın	32	38.1	24	28.6	28	33.3	84	100
Erkek	1	11.1	6	66.7	2	22.1	9	100
Medeni Durum								
Evli	27	36.5	23	31.1	24	32.4	74	100
Dul	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100
Boşanmış	1	20	1	20	3	60	5	100
Hiç evlenmemiş	4	36.4	4	36.4	3	27.3	11	100
Çocuk								
Var	25	34.7	24	33.3	23	31.9	72	100
Yok	8	38.1	6	28.6	7	33.3	21	100
Eğitim								
İlkokul	8	44.4	5	27.8	5	27.8	18	100
Ortaokul	1	25	1	25	2	50	4	100
Lise	8	34.8	9	39.1	6	26.1	23	100
Üniversite	16	33.3	15	31.2	17	35.4	48	100
Çalışma Durumu								
Hiç çalışmamış	8	50	4	25	4	25	16	100
Öğrenci	1	50	1	50	0	0	2	100
Aralıklı çalışmış	7	58.3	4	33.3	1	8.3	12	100
İşten Ayrılmış	0	0	4	100	0	0	4	100
Emekli	1	10	7	70	2	20	10	100
Halen çalışıyor	16	32.7	10	20.4	23	46.9	49	100
Meslek								
İşçi	8	47.1	1	5.9	8	47.1	17	100
Memur	7	28	6	24	12	48	25	100
Serbest Meslek	1	14.2	3	42.9	3	42.9	7	100

Gelir Düzeyi									
0-1000 TL	7	50	3	21.4	4	28.6	14	100	
1001-2000 TL	12	34.3	15	42.9	8	22.9	35	100	
2001-4000 TL	10	35.7	4	14.3	14	50	28	100	
4001 TL ve üstü	4	25	8	50	4	25	16	100	
Aile Tipi									
Çekirdek	31	36.5	27	31.8	27	31.8	85	100	
Geniş	1	20	3	60	1	20	5	100	
Parçalanmış	1	33.3	0	0	2	66.7	3	100	
		Ort.	Ss	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	Ss
Yaş		35.97	7.94	47.2	12.15	37.7	8.14	40.2	10.68

FMS grubunun 8'i işçi, 7'si memur ve 1'i serbest meslek iken RA grubunun 1'i işçi, 6'sı memur ve 3'ü serbest meslektir. Sağlıklı kontrol grubundan ise 8'i işçi, 12'si memur ve 3'ü serbest meslektir. Gelir düzeyi dağılımları incelendiğinde 0-1000 TL geliri olanların %50'si FMS grubundan, %21.4'ü RA grubundan ve %28.6'sı sağlıklı kontrol grubundan oluşurken, 1001-2000 TL geliri olanların %34.3'ü FMS grubundan, %42.9'u RA grubundan ve %22.9'u sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. 2001-4000 TL geliri olanların %35.7'si FMS grubundan, %14.3'ü RA grubundan ve %50'si sağlıklı kontrol grubundadır. 4001 TL ve üstü geliri olanların ise %25'i FMS, %50'si RA ve %25'i sağlıklı kontrol grubundadır. Katılımcıların çoğunun çekirdek aile tipine sahip olduğu, FMS grubundan 1 kişi geniş ve 1 kişi parçalanmış aile tipine sahipken, RA grubundan 3 kişi geniş aile tipine sahiptir. Sağlıklı kontrol grubunda ise 1 kişinin geniş aile, 2 kişinin de parçalanmış aile tipine sahip olduğu görülmüştür.

Çalışmada yer alan grupların fiziksel ve ruhsal hastalıkları ve alışkanlıklarına ilişkin bilgiler Tablo 3'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, FMS grubunun 12'si, RA grubunun 13'ü, sağlıklı kontrol grubunun 7'si sigara kullanmaktadır. FMS grubundan

sadece 1 kişi hem sigara hem alkol kullanırken, FMS grubundan 20'si, RA grubundan 17'si ve sağlıklı kontrol grubundan da 23'ü hiçbirini kullanmamaktadır. Fiziksel hastalığı olanların %35'i FMS hastaları, %60'ı RA hastaları ve %5'i sağlıklı kontrol grubundaki kişilerdir. Psikiyatrik hastalığı olanların ise %75'i FMS, %25'i de RA hastalarıdır. Psikiyatrik hastalığı depresyon olanların %75'i FMS %25'i RA grubunda, anksiyete bozukluğu olanların %66.7 FMS %33.3'ü RA grubunda yer almaktadır. Geçmişte herhangi psikiyatrik hastalığı olanların ise %72'si FMS ve %28'i RA grubunda yer almaktadır. FMS grubunun 13'ü depresyon, 3'ü anksiyete ve 1'i somatoform bozukluğu geçmişte geçirmiştir. RA grubunun 5'i depresyon, 2'si anksiyete bozukluğu geçmişte geçirmiştir. FMS grubundan 17'si antidepresan, 1'i antidepresan ve antipsikotik, RA grubundan 6'sı antidepresan, 2'i antidepresan ve antipsikotik, 1'i de benzodiazepin ilaç kullanmaktadır. Ailede ruhsal hastalığı olanların %75'i FMS, %25'i RA grubunda yer almakta olup, 1. derece akrabalarında ruhsal hatalık olanların %80'ni FMS, %20'si RA grubundadır. FMS grubunun 1'inde psikoz, 2'sinde depresyon ve 1'inde anksiyete bozukluğu tanısı almış aile yakını bulunmaktadır. RA grubundan birer kişinin ailesinde ise depresyon, mani ve anksiyete bozukluğu tanısı almış bireyler olduğu görülmüştür.

Tablo 3: Örnekleme oluşturan grupların alışkanlıkları, ilaç kullanımları fiziksel ve ruhsal hastalık özellikleri

Özellik	FMS (N=33)		RA (N=30)		Sağlıklı (N=30)		Toplam (N=93)		
Sigara ve alkol kullanımı									
Sigara kullanan	12	37.5	13	40.6	7	21.9	32	100	
Hiçbirini kullanmayan	20	33.3	17	28.3	23	38.3	60	100	
Her ikisini de kullanan	1	100	0	0	0	0	1	100	
Fiziksel hastalık									
Var	7	35	12	60	1	5	20	100	
Yok	26	35.6	18	24.7	29	39.7	73	100	
Psikiyatrik hastalık									
Var	9	75	3	25	0	0	12	100	
Yok	24	29.6	27	33.3	30	37	81	100	
Psikiyatrik hastalık tanısı									
Depresyon	6	75	2	25	0	0	8	100	
Anksiyete Bozuklukları	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100	
Geçmişte psikiyatrik hastalık									
Var	18	72	7	28	0	0	25	100	
Yok	15	22.1	23	33.8	30	44.1	68	100	
Geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı									
Depresyon	13	72.2	5	27.8	0	0	18	100	

Anksiyete Bozuklukları								
	3	60	2	40	0	0	5	100
Somatoform Bozukluklar	1	100	0	0	0	0	1	100
Ailede Ruhsal Hastalık								
Var	6	75	2	25	0	0	8	100
Yok	27	31.8	28	32.9	30	35.3	85	100
Ailede Ruhsal Hastalık								
1.Derece akrabada	4	80	1	20	0	0	5	100
2.Derece akrabada	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100
Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı								
Psikoz	1	100	0	0	0	0	1	100
Depresyon	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100
Mani	0	0	1	100	0	0	1	100
Anksiyete bozukluğu	1	50	1	50	0	0	2	100
Psikiyatrik ilaç kullanımı								
Antidepresan	17	73.9	6	26.1	0	0	23	100
Antidepresan ve antipsikotik	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100
Benzodiazepin	0	0	1	100	0	0	1	100
Ağrı Kesici veya Başka İlaç Kullanımı								
Var	11	29.7	25	67.6	1	2.7	37	100
Yok	22	39.3	5	8.9	29	51.8	56	100
Hastalık Başlangıç Yaşı								
12-16	1	50	1	50	0	0	2	100
17-20	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100
21-40	25	73.5	9	26.5	0	0	34	100

41-60	4	18.2	18	81.8	0	0	22	100
60 yaş üstü	1	100	0	0	0	0	1	100

FMS grubundakilerin 11'inde, RA grubundakilerin 25'inde ve sağlıklı kontrol grubundakilerin ise 1'inde ağrı kesici veya başka ilaç kullanımı vardır. Hastalık başlangıç yaşları incelendiğinde FMS grubunda en çok 21-40 yaşları arasında, RA hasta grubunda ise en çok 41-60 yaş grubunda hastalıkların başladığı belirtilmiştir.

Katılımcılara uygulanan BDÖ, BAÖ, YEBÖ, TAÖ, SF-36 ve YİYE sonuçlarına ilişkin gruplar arası bir fark olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yöntemi kullanılmıştır.

BDÖ ve BAÖ Tek yönlü Varyans analizi sonuçları Tablo 4'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, BDÖ ($F=14.384$, $p<.001$) ve BAÖ ($F=6.899$, $p<.01$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farkın kaynağı incelendiğinde FMS grubunun (ort.=16.79) sağlıklı kontrol grubuna (ort.=6.73) ve RA grubuna (ort.=11.83) göre, RA grubunun da (ort.=11.83) sağlıklı kontrol grubuna göre (ort.=6.73) anlamlı olarak daha depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. FMS grubunun (ort.=16.27) sağlıklı kontrol grubuna göre (ort.=7.37) anlamlı olarak anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: BDÖ ve BAÖ açısından gruplar arasındaki farklılıklarla ilişkin Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
BDÖ	Gruplararası	1589.18	2	794.59	14.384	.000***	FMS>RA (p=.026)
	Grupiçi	4971.55	90	55.24			RA>Sağlıklı (p=.025)
	Toplam	6560.73	92				FMS>Sağlıklı (p=.000)
BAÖ	Gruplararası	1262.94	2	631.47	6.899	.002**	FMS>Sağlıklı (p=.001)
	Grupiçi	8237.38	90	91.53			
	Toplam	9500.32	92				

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

SF-36' ya ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden Fiziksel Fonksiyon (İşlevsellik) (F=22.728, p<.001), Fiziksel Rol Güçlüğü (F=12.929, p<.001), Emosyonel Rol Güçlüğü (F=6.819, p<.01), Sosyal Fonksiyon (F=13.949, p<.001), Vitalite (Enerji) (F=22.441, p<.001), Ağrı (F=35.370, p<.001), Ruhsal (Mental) Sağlık (F=16.174, p<.001) ve Genel Sağlık (F=6.527, p<.01) alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Buna göre hem FMS grubunun (ort.=68.48) hem de RA grubunun (ort.=72.41), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=95.67) göre Fiziksel Fonksiyon puanları anlamlı olarak daha düşüktür. FMS grubu (ort.=42.53) hem RA grubundan (ort.=58.1) hem de sağlıklı kontrol grubundan (ort.=82.97), RA hastaları da (ort.=58.1) sağlıklı kontrol grubundan (ort.=82.97) Ağrı alt ölçeğinden anlamlı olarak daha az puan almıştır. Hem FMS grubu (ort.=55.74) hem de RA grubu(ort.=51.6), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=69.3) göre anlamlı olarak daha az Genel Sağlık puanları almışlardır. FMS grubu (ort.=36.13) hem RA grubundan (ort.=53.67) hem de sağlıklı kontrol grubundan (ort.=70.67), RA hastaları da (ort.=53.67) sağlıklı kontrol grubundan (ort.=70.67) Enerjisi (vitalite) alt ölçeğinden anlamlı olarak daha az puan almıştır. Hem FMS grubu (ort.=63.67) hem de RA grubu (ort.=75), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=90.83) göre anlamlı olarak daha az Sosyal Fonksiyon puanı almıştır. Benzer şekilde hem FMS hastaları (ort.=49.49) hem de RA

hastaları (ort.=55.56), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=85.56) göre anlamlı olarak daha az Emosyonel Rol Güçlüğü puanı almıştır. Son olarak yine hem FMS grubu (ort.=50.19) hem de RA grubu (ort.=64.8), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=75.47) göre Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden anlamlı olarak daha bozuk az puan almıştır.

Tablo 5: SF-36 açısından gruplar arasındaki farklılıklarla ilişkin Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
Fiziksel Fonksiyon (İşlevsellik)	Gruplararası	13224.36	2	6612.18	22.728	.000***	RA<Sağlıklı (p=.000) FMS<Sağlıklı (p=.000)
	Grupiçi	25891.94	90	290.92			
	Toplam	39116.3	92				
Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
Fiziksel Rol Güçlüğü	Gruplararası	39427.85	2	19713.92	12.929	.000***	RA<Sağlıklı (p=.000) FMS<Sağlıklı (p=.000)
	Grupiçi	137225.38	90	1524.73			
	Toplam	176653.23	92				
Ağrı	Gruplararası	25639.44	2	12819.72	35.370	.000***	RA>FMS (p=.005) RA<Sağlıklı (p=.000) FMS<Sağlıklı (p=.000)
	Grupiçi	32257.64	90	362.44			
	Toplam	57897.08	92				
Genel Sağlık Algısı	Gruplararası	5152.41	2	2576.2	6.527	.002**	FMS<Sağlıklı (p=.025) RA<Sağlıklı (p=.002)
	Grupiçi	34731.44	90	394.68			
	Toplam	39883.85	92				
Vitalite (Enerji)	Gruplararası	18192.17	2	9096.09	22.441	.000***	RA>FMS (p=.003) RA<Sağlıklı
	Grupiçi	35668.82	90	405.33			

	Toplam	53860.99	92				(p=.004) FMS<Sağlıklı (p=.000)
Sosyal Fonksiyon	Gruplararası	11489.71	2	5744.86	13.94 9	.000***	RA>Sağlıklı (p=.009) FMS>Sağlıklı (p=.000)
	Grupiçi	36653.97	90	411.84			
	Toplam	48143.68	92				
Emosyonel Rol Güçlüğü	Gruplararası	22943.3	2	11471.65	6.819	.002**	FMS>Sağlıklı (p=.002) RA>Sağlıklı (p=.016)
	Grupiçi	151417.5 1	90	1682.42			
	Toplam	174360.8 1	92				
Ruhsal (Mental) Sağlık	Gruplararası	9833.33	2	4916.67	16.17 4	.000***	RA>FMS (p=.004) FMS<Sağlıklı (p=.000)
	Grupiçi	26751.1	90	303.99			
	Toplam	36584.44	92				

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

YİYE'ye ilişkin Tek yönlü Varyans analizi sonuçları Tablo 6'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde YİYE' nin alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir.*

* Bu çalışmada Sümer (2006) tarafından boyut temelinde ölçümlerin kategorik temelli ölçümlerden daha yüksek yordama gücüne sahip olduğunun belirtilmesi nedeniyle kategorik ölçüm yapmadan sadece boyutsal ölçüm kullanılmıştır[202]

Tablo 6:YİYE açısından gruplar arasındaki farklılıklarla ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
Kaçınma	Gruplararası	662.25	2	331.12	0.778	.462	-
	Grupiçi	38298.23	90	425.54			
	Toplam	38960.47	92				
Kaygı	Gruplararası	1558.8	2	779.4	1.842	.164	-
	Grupiçi	38091.03	90	423.23			
	Toplam	39649.83	92				

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

TAÖ'ya ilişkin Tek yönlü Varyans analizi sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, TAÖ alt ölçeklerinden Duyguları Tanımada Güçlük(TAÖ-1) (F=11.334, p<.001), Duyguları Söze Dökmede Güçlük(TAÖ-2) (F=3.559, p<.05) alt ölçek puanları ve TAÖ toplam (TAÖ-T) (F=7.226, p<.01) puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Buna göre, hem FMS hastalarının (ort.=16.9) hem de RA hastalarının(ort.=14.82), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=11.2) göre anlamlı olarak daha fazla duygularını tanımakta güçlük çektiği söylenebilir. FMS hastaları (ort.=13.31) sağlıklı kontrol grubuna (ort.=10.96) göre anlamlı olarak daha fazla duygularını söze dökmekte güçlük çekmektedir. Hem FMS hastaları (ort.=51.57) hem de RA hastaları (ort.=48.58), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=42.56) göre anlamlı olarak daha fazla TAÖ toplam puanına sahiptir yani daha aleksitimiktir.

Tablo 7: TAÖ açısından gruplar arasındaki farklılıklarla ilgili Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
TAÖ1	Gruplararası	505.51	2	252.75	11.334	.000***	FMS>Sağlıklı (p=.000)
	Grupiçi	1895.58	90	22.3			RA>Sağlıklı (p=.014)
	Toplam	2401.09	92				
TAÖ2	Gruplararası	82.94	2	41.47	3.559	.033*	FMS>Sağlıklı (p=.025)
	Grupiçi	978.8	90	11.65			
	Toplam	1061.75	92				
TAÖ3	Gruplararası	20.73	2	10.36	0.806	.450	-
	Grupiçi	1054.05	90	12.85			
	Toplam	1074.78	92				
TAÖ-T	Gruplararası	1151.86	2	575.93	7.226	.001**	RA>Sağlıklı (p=.048)
	Grupiçi	6057.36	90	79.7			FMS>Sağlıklı (p=.001)
	Toplam	7209.22	92				

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

YEBÖ'ye ilişkin Tek yönlü Varyans analizi sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, YEBÖ'nün alt ölçeklerinden Küçümseyici/Kusur Bulucu Anne (F=4.111, p<.05), Kötümser/Endişeli Anne (F=5.199, p<.01), ve Duygusal Açından Yoksun Bırakıcı Baba (F=4.206, p<.05) puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını anlamak için yapılan Post Hoc analizlerinden Tukey testi sonucuna göre FMS hastaları (ort.=16.68), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=11.4) göre annelerini anlamlı olarak daha fazla küçümseyici/kusur bulucu olarak

algılamaktadır. FMS hastaları (ort.=9.31), RA hastalarına (ort.=7) ve sağlıklı kontrol grubuna (ort.=6.67) göre annelerini anlamlı olarak daha fazla kötümser/endişeli olarak algılamaktadır. FMS hastaları (ort.=23.13), sağlıklı kontrol grubuna (ort.=17.28) göre

babalarını anlamlı olarak daha fazla duygusal bakımdan yoksun bırakıcı olarak algılamaktadır.

Tablo 8:YEBÖ açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans analizi sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
Kuralcı/Kalıplıyıcı Anne	Gruplararası	881.47	2	440.74	2.333	.103	-
	Grupiçi	16249.52	90	188.95			
	Toplam	17130.99	92				
Kuralcı/Kalıplıyıcı Baba	Gruplararası	123.56	2	61.78	0.265	.768	-
	Grupiçi	19365.28	90	233.32			
	Toplam	19488.84	92				
Küçümseyici/Kusur Bulucu Anne	Gruplararası	426.26	2	213.13	4.111	.020*	FMS>Sağlıklı (p=.014)
	Grupiçi	4510.73	90	51.85			
	Toplam	4936.99	92				
Küçümseyici/Kusur Bulucu Baba	Gruplararası	435.91	2	217.95	2.668	.075	-
	Grupiçi	6862.94	90	81.7			
	Toplam	7298.85	92				
Sömürücü/İstismar Edici Anne	Gruplararası	6.19	2	3.1	2.970	.057	-
	Grupiçi	90.71	90	1.04			
	Toplam	96.9	92				
Sömürücü/İstismar Edici Baba	Gruplararası	42.78	2	21.39	2.485	.089	-
	Grupiçi	722.96	90	8.61			
	Toplam	765.75	92				
Aşırı Koruyucu/	Gruplararası	155.59	2	77.8			

Evhamlı Anne	Grupiçi	3998.68	90	47.6	1.634	.201	-
	Toplam	4154.28	92				
Aşırı Koruyucu/ Evhamlı Baba	Gruplararası	160.42	2	80.21	1.517	.226	-
	Grupiçi	4229.97	90	52.88			
	Toplam	4390.39	92				
Koşullu/Başarı Odaklı Anne	Gruplararası	33.56	2	16.78	0.533	.589	-
	Grupiçi	2773.05	90	31.51			
	Toplam	2806.62	92				
Koşullu/Başarı Odaklı Baba	Gruplararası	70.11	2	35.06	0.913	.405	-
	Grupiçi	3265.48	90	38.42			
	Toplam	3335.59	92				
Aşırı İzin Verici/ Sınırsız Anne	Gruplararası	63.59	2	31.79	1.864	.161	-
	Grupiçi	1500.85	90	17.06			
	Toplam	1564.44	92				
Aşırı İzin Verici/ Sınırsız Baba	Gruplararası	93.71	2	46.86	2.426	.094	-
	Grupiçi	1641.38	90	19.31			
	Toplam	1735.09	92				
Kötümser/Endişeli Anne	Gruplararası	129.45	2	64.72	5.199	.007**	RA<FMS (p=.033) FMS>Sağlıklı (p=.011)
	Grupiçi	1095.54	90	12.45			
	Toplam	1224.99	92				
Kötümser/Endişeli Baba	Gruplararası	31	2	15.5	0.920	.402	-
	Grupiçi	1431.99	90	16.85			
	Toplam	1462.99	92				
Cezalandırıcı Anne	Gruplararası	14.72	2	7.36	0.841	.435	-
	Grupiçi	779.13	90	8.75			

	Toplam	793.86	92				
Cezalandırıcı Baba	Gruplararası	15.2	2	7.6	0.539	.585	-
	Grupiçi	1212.88	90	14.1			
	Toplam	1228.09	92				
Değişme Kapalı/Duyularını Bastıran Anne	Gruplararası	21.99	2	11	1.167	.316	-
	Grupiçi	838.44	90	9.42			
	Toplam	860.44	92				
Değişme Kapalı/Duyularını Bastıran Baba	Gruplararası	27.61	2	13.81	0.839	.436	-
	Grupiçi	1415.89	90	16.46			
	Toplam	1443.51	92				

Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı Anne	Gruplararası	121.72	2	60.86	1.286	.282	-
	Grupiçi	4164.74	90	47.33			
	Toplam	4286.46	92				
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı Baba	Gruplararası	525.8	2	262.9	4.206	.018*	FMS>Sağlıklı (p=.014)
	Grupiçi	5250.02	90	62.5			
	Toplam	5775.82	92				

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

FMS ve RA grubunda YiYE'nin alt ölçek puanları ile BDÖ, BAÖ ve YEBÖ ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 9'da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde FMS grubunda YiYE'nin Kaçınma boyutu puanları ile YEBÖ'nün alt ölçeklerinden Aşırı İzin Verici/Sınırsız Anne ($r=.378$, $p<.05$) ve Değişme Kapalı/Duyularını Bastıran Anne ($r=.480$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. FMS grubunda YiYE'nin Kaygı boyutu puanları ile BDÖ ($r=.356$, $p<.05$), BAÖ ($r=.356$, $p<.05$), YEBÖ'nün alt ölçeklerinden

Kuralcı/Kalıplıyıcı Anne ($r=.440$, $p<.05$), Kuralcı/Kalıplıyıcı Baba ($r=.482$, $p<.01$) pozitif yönde, anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo:9 FMS ve RA gruplarında YİYE' nin alt ölçek puanları ile BDÖ, BAÖ ve YEBÖ ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçekler	FMS		RA	
	Kaçınma	Kaygılı	Kaçınma	Kaygılı
BDÖ	.351	.356*	.506**	.614**
BAÖ	.234	.356*	.436*	.486**
Kuralcı/Kalıplıyıcı Anne	.064	.440*	-.176	.313
Kuralcı/Kalıplıyıcı Baba	.066	.482**	.026	.383*
Küçümseyici/Kusur Bulucu Anne	-.031	.133	.032	.365
Küçümseyici/Kusur Bulucu Baba	.029	.251	.195	.445*
Sömürücü/İstismar Edici Anne	.062	.191	-.028	-.201
Sömürücü/İstismar Edici Baba	.151	.094	.074	-.026
Aşırı Koruyucu/ Evhamlı Anne	.169	.319	.201	-.165
Aşırı Koruyucu/ Evhamlı Baba	.270	.207	-.017	-.033
Koşullu/Başarı Odaklı Anne	-.237	.307	-.020	.001
Koşullu/Başarı Odaklı Baba	-.103	.320	-.022	.138
Aşırı İzin Verici/ Sınırsız Anne	.378*	.347	.066	.432*
Aşırı İzin Verici/ Sınırsız Baba	.241	.189	.172	.577**
Kötümser/Endişeli Anne	.264	.198	.155	.328
Kötümser/Endişeli Baba	.231	.225	.063	.460*
Cezalandırıcı Anne	-.085	.004	-.299	.459*
Cezalandırıcı Baba	-.079	.237	-.067	.489**
Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Anne	.480**	.295	-.074	.222
Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Baba	.278	.152	-.153	.280
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı Anne	-.062	-.235	.009	.025
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı Baba	-.154	-.102	-.005	.119

RA grubunda YİYE' nin Kaçınma alt test puanları ile BDÖ ($r=.506$, $p<.01$) ve BAÖ ($r=.436$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Diğer ölçek ve alt ölçek puanları ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. RA grubunda YİYE' nin Kaygılı alt test puanları ile BDÖ ($r=.614$, $p<.01$), BAÖ ($r=.486$, $p<.01$), YEBÖ' nün alt ölçeklerinden Kuralcı/Kalıplayıcı Baba ($r=.383$, $p<.05$), Küçümseyici/Kusur Bulucu Baba ($r=.445$, $p<.05$), Aşırı İzin Verici/ Sınırsız Anne ($r=.432$, $p<.05$), Aşırı İzin Verici/ Sınırsız Baba ($r=.577$, $p<.01$), Kötümser/Endişeli Baba ($r=.460$, $p<.05$), Cezalandırıcı Anne ($r=.459$, $p<.05$) ve Cezalandırıcı Baba ($r=.489$, $p<.01$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Son olarak, FMS ve RA grubunda TAÖ' nün toplam ve alt ölçek puanları ile BDÖ, BAÖ, YEBÖ ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için de korelasyon yapılmıştır (Tablo 10). FMS grubunda TAÖ alt ölçeklerinden Duyguları Tanımda Güçlük puanı ile BDÖ ($r=.574$, $p<.01$), BAÖ ($r=.489$, $p<.01$), YEBÖ' nün alt ölçeklerinden Kuralcı/Kalıplayıcı Anne ($r=.477$, $p<.01$), Kötümser/Endişeli Anne ($r=.366$, $p<.05$) ve Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Anne ($r=.385$, $p<.05$) pozitif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. TAÖ toplam puanı ile BDÖ ($r=.417$, $p<.05$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

RA grubunda TAÖ alt ölçeklerinden Duyguları Tanımda Güçlük puanı ile BDÖ ($r=.500$, $p<.01$), BAÖ ($r=.502$, $p<.01$), YEBÖ' nün alt ölçeklerinden Kuralcı/Kalıplayıcı Anne ($r=.522$, $p<.01$), Kötümser/Endişeli Anne ($r=.450$, $p<.05$) ve Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Anne ($r=.576$, $p<.01$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. RA grubunda TAÖ alt ölçeklerinden Duyguları Söze Dökmede Güçlük puanı ile YEBÖ' nün alt ölçeklerinden Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Anne ($r=.392$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Dışa-vuruk Düşünce alt ölçek puanı ile hiçbir ölçek puanı ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. TAÖ toplam puanı ile YEBÖ' nün alt ölçeklerinden Kuralcı/Kalıplayıcı Anne ($r=.459$, $p<.05$), Kötümser/Endişeli Anne ($r=.444$, $p<.05$) ve Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Anne ($r=.551$, $p<.01$) pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10 FMS ve RA gruplarında TAÖ ölçek ve alt ölçek puanları ile BDÖ, BAÖ ve YEBÖ ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçekler	FMS				RA			
	TAÖ1	TAÖ2	TAÖ3	TAÖ T	TAÖ 1	TAÖ2	TAÖ3	TAÖ-T
BDÖ	.574**	.309	.148	.417*	.500**	.263	-.109	.316
BAÖ	.489**	.149	.056	.321	.502**	.143	.019	.349
Kuralcı/Kalıplayıcı Anne	.477**	.257	.351	.383	.522**	.269	.112	.459*
Kuralcı/Kalıplayıcı Baba	.207	.298	-.010	.241	.078	.153	.120	.156
Küçümseyici/Kusur Bulucu Anne	.327	.089	.292	.180	.338	.205	-.009	.256
Küçümseyici/Kusur Bulucu Baba	.291	.147	.015	.130	-.142	.126	-.073	-.070
Sömürücü/İstismar Edici Anne	.223	-.133	.175	.063	-.703**	-.054	-.022	-.705**
Sömürücü/İstismar Edici Baba	.068	.124	-.027	.130	-.329	.105	-.062	-.195
Aşırı Koruyucu/Evhamlı Anne	.225	.118	.107	.216	.196	.126	.086	.229
Aşırı Koruyucu/Evhamlı Baba	.089	.076	.015	.105	.349	-.031	.185	.269
Koşullu/Başarı Odaklı Anne	.321	.117	.192	.252	.253	.249	.090	.316
Koşullu/Başarı Odaklı Baba	.200	.228	.008	.186	-.106	-.012	.137	.009
Aşırı İzin Verici/Sınırsız Anne	.273	.258	.101	.209	.175	.308	.140	.289
Aşırı İzin Verici/Sınırsız Baba	.205	.216	.029	.110	-.078	.228	.029	.045
Kötümser/Endişeli Anne	.366*	.249	-.166	.146	.450*	.278	.158	.444*

Ölçekler	FMS				RA			
	TAÖ1	TAÖ2	TAÖ3	TAÖT	TAÖ 1	TAÖ2	TAÖ3	TAÖ-T
Kötümser/Endişeli Baba	.183	.161	-.313	.075	.139	.107	.071	.130
Cezalandırıcı Anne	.247	.022	-.080	.004	.347	.048	-.173	.137
Cezalandırıcı Baba	.126	-.096	-.063	.072	-.016	.031	-.066	-.048
Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Anne	.385**	.178	.029	.213	.576**	.392*	.075	.551**
Değişme Kapalı/Duygularını Bastıran Baba	.063	.011	-.335	-.110	-.045	-.052	.079	.002
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı Anne	-.120	-.179	.088	-.134	.110	.068	.198	.179
Duygusal Bakımdan Yoksun Bırakıcı Baba	.060	.006	-.078	.031	-.165	.077	.153	.007

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

5.TARTIŞMA

Kronik ağrısı olan bireylerde daha önce yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların özellikle de depresyonun sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiştir[209]. Ayrıca kronik ağrının bireydeki duygusal sıkıntının en yaygın ve evrensel anlatımı olduğu düşünülmektedir. FMS’de de yaygın ağrının yanı sıra görülen psikiyatrik eş tanılar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, kişinin yaşamla başa çıkma yeteneğini azaltmakta ve çevresi ile olan iletişimini bozmaktadır [209] [210]. Depresyonla FMS’nin ilişkisine dair açıklamalar çelişkilidir bazı çalışmalarda depresyonun FMS gelişmeden önce varlığı gösterilirken bazı çalışmalarda da ikincil olarak geliştiği gösterilmiştir. FMS’nin bir tür duygulanım bozukluğu olduğunu öne süren yazarlar da vardır[180]. Ancak bütün çalışmaların fikir birliği sağladığı nokta depresyonun FMS ile birlikteliğinin oldukça sık olduğudur. Bu çalışmada FMS ve RA gruplarının hem depresyon hem de anksiyete puanlarının sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olması bu konuda daha önce yapılmış çalışmalarla uyumludur. Geçmişte yapılan çalışmalarda hem FMS hem de RA’sı olan hastalara depresyonun sık eşlik ettiği görülmektedir. Örneğin Kato ve arkadaşları (2006) FMS’de, herhangi bir formal depresif bozukluk tanısı içinde olmadan %40 oranında depresyon belirtilerinin eşlik ettiğini bildirmiştir. Ülkemizde FMS’si olan hastalarda BDÖ kullanılarak yapılan değerlendirmelerde depresyonun şiddeti de ölçülmüş ve hastaların %38,75 - 50’sinde hafif, %25-38’inde orta ve %2-25’inde ağır depresyon saptanmıştır[183, 184]. Katz (1993) ve ülkemizde Altan (2004) yaptıkları çalışmalarda bir diğer kronik ağrı grubu olan RA’ da da eşlik eden depresyon oranlarını yüksek bulmuşlardır[210, 211]. Yine anksiyete oranlarının her iki grupta sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir[178, 190]. Çalışmamızın bulguları bedenselleştirmeye anksiyete ve depresyonun sık eşlik ettiği hipotezini desteklemektedir[61, 74]. Bu hastaların çoğunun psikiyatrik yardım için başvuramaları duygusal olarak yaşadıkları belirtilerin farkında olmadıklarını, farkında olsalar bile bedensel yaşantılarıyla arasında ilişki kurmadıklarını, hangisinin öncelik taşıdığına karar veremedikleri için ya da psikiyatrik bir tanı alarak etiketlenmekten korktukları için psikiyatri yerine FTR veya romatoloji polikliniklerine başvurduklarını düşündürmektedir.

FMS ve RA gruplarını eşlik eden depresyon ve anksiyete puanları açısından karşılaştıran çalışmaların sonuçları ise tutarsızdır. Bu çalışmada FMS grubunun depresyon puanları RA grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ve Hudson ve arkadaşlarının (1985) çalışmasıyla uyumludur[180]. Oysa Ataoğlu ve arkadaşlarının (2002) BDÖ

kullanarak yaptığı çalışmada FMS'si olan hastalarda (%37.8), RA grubuna(%36.6) göre daha yüksek depresyon oranları tespit edilmesine rağmen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir[212]. Güleç ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da benzer şekilde iki grup arasında depresyon puanları açısından fark bulunmamıştır[190]. Aradaki fark; hem Ataoğlu hem Güleç ve arkadaşlarının çalışmalarında her iki hasta grubunun da sadece kadınlardan oluşması, bu çalışmada ise FMS grubunda kadın cinsiyetin çoğunluğu oluştururken, RA grubunun ise cinsiyet açısından heterojen olmasından kaynaklanıyor olabilir. Depresyonun ve bedenselleştirmenin kadınlarda daha sık gözlemlendiği birçok çalışmada gösterilmiştir[213]. Öte yandan bu sonuçlar, psikolojik etkenlerin etiolojisinde daha çok rol aldığı düşünülen FMS grubunda depresyonun daha yüksek oranda görülebileceğini de düşündürmektedir.

Bu çalışmada FMS ve RA grupları anksiyete puanları açısından da karşılaştırıldı ve FMS grubunun anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptandı. Güleç ve arkadaşları(2004) ve Ataoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında FMS grubunun, RA grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek anksiyete düzeyi tespit edilmiştir[190]. Benzer sonuçları olan başka çalışmalar da mevcuttur[214]. Bu çalışmanın sonuçları bu açıdan bu çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte gruplar arasında anlamlı fark belirlenememesinin nedeni örneklem sayısının yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan RA geçmişte psikosomatik hastalıkların arasında sayılmış halen bu fikir tamamen reddedilmemiştir. Etiolojisinde otoimmün nedenler suçlanmakla beraber tam olarak aydınlatılamamıştır, bunun yanı sıra kronik bir hastalık olması, tam remisyona hiçbir zaman olmaması, remisyona ve ağrılı dönemlerin birbirini takip etmesi ve gidişatın belirsizliği, hareket kısıtlılığı fiziksel deformiteler ve beraberinde gelen psikososyal stresörler, tedavide kullanılan ilaçların (steroid vb.) yan etkileri gibi etkenler bizim çalışmamız da ve önceki çalışmalarda elde edilen bu hastalardaki yüksek depresyon ve anksiyete puanlarını açıklayabilir[215].

Bu çalışmada FMS grubunun sağlıklı kontrol grubuna kıyasla fiziksel işlevsellik, fiziksel rol kısıtlılığı, genel sağlık, ağrı, vitalite (enerji), sosyal işlevsellik ve emosyonel rol kısıtlılığı boyutlarında anlamlı olarak düşük puan alması FMS grubunun tüm alanlarda yaşam kalitesinin bozulduğunu ortaya koymuştur. RA grubu ise sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında mental sağlık haricindeki diğer yedi boyuttan istatistiksel olarak anlamlı düşük puan aldığı yani yaşam kalitesinin bu alanlarda bozulduğu saptandı. Öte yandan mental sağlık açısından sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında her ne kadar

istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmadıysa da aradaki fark oldukça büyüktü. Fark çıkmamasının muhtemel nedeni çalışma örnekleminin küçük olmasıdır. Ayrıca izlemdeki remisyon RA hatsallarının çalışmaya dahil edilmiş olması da sonuçları etkilemiş olabilir. Romatolojik hastalıklarda yaşam kalitesi daha önce birçok çalışmada farklı ölçüm araçlarıyla değerlendirilmiş ve yaşam kalitesinin pek çok alanda bozulduğu bulunmuştur[216-219]. FMS ve RA hastalarının sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığı çalışmalarda her iki hasta grubunun yaşam kalitesinin kontrol gruplarından düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlarımız Birtane ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında SF-36 kullanarak elde ettikleri sonuçlarla her iki hasta grubunda sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında yaşam kalitesinin bütün alanlarda(sekiz alt boyutta) bozulduğunu gösteren sonuçlarıyla uyumludur[219].

Bu çalışmada yaşam kalitesi açısından iki hasta grubunu karşılaştırdığımızda FMS grubunda; mental sağlık, vitalite, ağrı alanlarındaki yaşam kalitesinin bozulmasının RA grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek bulduk. Bu sonuçlar Birtane ve arkadaşlarının (2007) FMS grubunda mental (ruhsal) sağlık kalitesinin anlamlı düzeyde RA grubundan düşük olduğunu gösteren sonuçlarıyla uyumludur[219]. Yine mental sağlık, vitalite ve ağrı açısından bulduğumuz fark Sivas ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında FMS grubunun fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite (enerji), ve ruhsal sağlık alanlarında RA grubundan daha düşük puan aldığını gösteren sonuçlarıyla uyumludur; ancak söz konusu çalışmada bu çalışmadan farklı olarak FMS grubunun fiziksel işlevsellik puanları RA grubundan daha yüksektir [220]. Sivas ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak bu çalışmada FMS grubunun fiziksel işlevsellik alanında RA grubuyla fark çıkmamasının nedeni çalışmamızda remisyonda RA hastalarının kontrol grubu olarak seçilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir, RA hastalarının remisyon döneminde fiziksel işlevselliklerinin daha iyi olduğu bilinmektedir. Sağlık algısı sonuçlarına bakıldığında mental sağlık algısının her iki hasta grubunda sağlıklı bireylere göre bozulmuş olması daha önce belirtilen hasta gruplarının sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında aldıkları yüksek depresyon ve anksiyete puanlarını doğrular niteliktedir. Öte yandan psikolojik etkenlerin, gelişiminde daha çok rol aldığı düşünülen FMS hastalarında tıpkı depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olması gibi mental sağlıkta bozulma algısının diğer gruplardan yüksek olması şaşırtıcı değildir.

Literatürde FMS'de aleksitiminin araştırıldığı çalışmaların sonuçları da çelişkilidir. Bu çalışmada aleksitimi oranları karşılaştırıldığında FMS grubunun sağlıklı bireylere oranla

anlamli olarak daha aleksitimik olduğu saptanmiştır ve Brosschot ve Aarse (2001) ve lkemizde Sayar ve arkadaşlarının (2004), TAÖ-20 kullanarak yaptıkları ve çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.[188-190]. Aksine FMS ve kontrol grubu arasında aleksitimi puanları açısından fark olmadığını belirten çalışmalar da vardır[192, 193].

FMS grubuyla RA grubu karşılaştırıldığında ise anlamli bir fark bulunmamakla birlikte FMS grubunun aleksitimi puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grupta da elde edilen yüksek aleksitimi puanları kronik ağrısı olan hastalarla nikotin bağımlılarını ve obez kişileri karşılaştırdıklarında; kronik ağrı hastalarında aleksitimi oranlarını daha yüksek bulan Lumley ve arkadaşlarının (1997) sonuçlarıyla uyumludur[221]. Sonuçlarımız FMS ve RA grupları arasında aleksitimi puanları açısından anlamli fark saptamayan Güleç ve arkadaşlarının (2004) alışmasıyla da uyumludur; ancak Güleç ve arkadaşları bu çalışmanın aksine RA grubuyla sağlıklı bireyler arasında da fark saptamamıştır, bu farkın nedeni Güleç ve arkadaşlarının çalışmasında FMS grubunda katılımcı sayısının fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir [190]. Her iki grupta yüksek aleksitimi oranları bu durumun romatolojik hastalıklara veya kronik ağrı hastalarına özgü olabileceğini düşündürmekle birlikte psikolojik etkenlerin etiyolojisinde daha etkin olduğu düşünülen FMS grubunda aleksitimi puanlarının RA grubundan yüksek olması şaşırtıcı olmamıştır. Bu sonuçlar psikosomatik hasta grubunda yüksek aleksitimi puanlarını saptayan Lumley ve arkadaşlarının (1997) ne sürdüğü; aleksitiminin psikosomatik hastalık gelişiminde, hazırlayıcı bir etken olduğu hipotezini desteklemektedir[221]. Bu durum bu kişilerin coşkusal duyumlarını tanımakta dolayısıyla bedensel duyumlarından ayırmakta zorlandıklarını ve coşkusal duyumlarını bedene aktararak ifade ettiklerini ne süren hipotezleri doğrular niteliktedir. FMS grubunun ruhsal sıkıntılarında ziyade bedensel belirtileriyle uğraşı halinde olmaları ruh sağlığı uzmanları yerine genel sağlık uzmanlarına daha sık başvurmalarını da açıklamaktadır.

Aleksitiminin alt boyutları açısından ise FMS grubunun özellikle duygularını tanımakta ve ifade etmekte zorlandığı, dışa-vuruk düşünce açısından ise sağlıklı bireylerle arasında anlamli fark olmadığı belirlendi, bu açıdan Güleç ve arkadaşlarının (2004) alışmasıyla uyumludur[190].

Literatür gözden geçirildiğinde bir belirti olarak kronik ağrının bağlanmayla ilişkisine dair birçok çalışma olmasına rağmen özel bir tanı kategorisi olarak FMS'de bağlanma özelliklerini inceleyen çalışmaların sayısı kısıtlıdır ve sonuçları arasında tutarsızlık

mevcuttur. Bu çalışmada bütün grupların kaygı puan ortalamalarının kaçınma puanlarından yüksek olduğunu saptadık ve bu ülkemizde daha önce hem Sümer (1999) ve Büyükşahin'in (2001) üniversite öğrencilerinde yaptıkları klinik dışı çalışmaların hem de Karaş'ın (2011) FMS grubunda yaptığı çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde kaygı boyutu ortalamaları kaçınmadan daha yüksek bulunmuş ve güvenli bağlanma biçiminin ardından ikinci olarak en çok kaygı ile ilişkilendirilen saplantılı bağlanma biçimi görüldüğü saptanmış[122, 194, 222]. Bu durum ülkemizde genel olarak kaygılı bağlanma boyutunun daha yüksek olduğunu, bunun kültürle ilişkisi olabileceğini düşündürmekte ve bu açıdan çalışmamızın sonuçlarının şaşırtıcı olmadığını göstermektedir.

Tüm grupların kaygı ve kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olması örneklemin küçüklüğünden kaynaklanıyor olabilir. Gruplar arasında anlamlı fark olmamasına rağmen FMS grubunun hem kaygı hem kaçınma puanlarının, en çok da kaygı puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğunun saptanması, etiolojisinde ruhsal etkenlerin daha ağırlıklı rolü olduğu düşünülen FMS hastalarının daha kaygılı bağlandıkları hipotezini desteklemektedir. Bu yönüyle çalışmamız FMS hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında kaçınma boyutunun anlamlı olarak yüksek puanlandığını saptayan ve bu yüzden FMS hastalarının kaçınmacı bağlandıklarını öne süren Karaş'ın (a.g.e) çalışmasıyla uyumsuzdur. Aradaki bu fark bu çalışmanın örnekleminin daha küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Govender ve arkadaşları (2009) 29 FMS'si olan hastada YİYE II kullanarak kaygı boyutu puanlarını, genel toplum ortalamasından düşük, kaçınma puanlarını daha yüksek saptamışlardır ki bu sonuç da bu çalışmada elde edilen bulgular ile çelişkilidir[25]. Bu fark hem kültürel etkenlerden hem de diğer çalışmada bu çalışmadan farklı olarak kıyaslama için kontrol grubu yerine ölçek için daha önce belirlenmiş genel toplum ortalamasıyla kıyaslama yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Mikulincer ve Shaver (2003) bağlanmada kaygı boyutunun hipervijilans ile yani tehditlerin aşırı değerlendirilmesi, tehlikeyle ilgili zihinsel uğraşlar ve anksiyete ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Kaygı boyutu yüksek olan bireylerde benlikle ilgili içsel çalışan modeller olumsuz, diğerlerine ilişkin içsel çalışan modeller ise olumlu olarak temsil edildiği için diğerlerine artmış bağımlılık söz konusu olduğunu bildirmişlerdir[223]. Bu bilgiler ışığında çalışmamızın sonuçlarını yeniden değerlendirdiğimizde FMS grubunda kaygı boyutunun yüksek puanlanmış olması bu hastaların bakım ve güvence ihtiyaçlarını doğrudan ifade etmek yerine fiziksel ağrı yoluyla ifade ettiklerini ve bu yolla yakınlarından

ve doktorlardan bakım elde etmeye çalıştıklarını düşündürmektedir. FMS grubunun hem kaygı hem kaçınma puanlarının, en çok da kaygı puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğunun saptanması her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da etiolojisinde ruhsal etkenlerin daha ağırlıklı rolü olduğu düşünülen FMS hastalarının daha güvensiz bağlandıkları hipotezini desteklemektedir..

FMS grubunda bağlanmanın kaygı boyutuyla depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönde, RA grubunda ise hem kaygı hem kaçınma boyutuyla depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönde ilişkili olması daha önceki çalışmalarla uyumludur[26, 28, 224]. Meredith ve arkadaşları (2007) kaygı ve kaçınma puanlarını depresyonla pozitif olarak ilişkili bulmuştur[26]. Bu durum Meredith ve arkadaşlarının (2008) önerdiği üzere; erişkin bağlanma örüntüsünün aynı zamanda ağrıya uyumu, sosyal destek arayışını, ağrı ve kendilik ile ilgili bilişsel değerlendirmeleri etkilediğini düşündürmektedir[169]. Bu sosyal destek arayışı klinisyenle ilişkide de ısrarcı bakım arayışı şeklinde yansıyor ve klinisyenin hastaya karşı tutumunu etkiliyor olabilir.

FMS'si olan bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre annelerini daha fazla küçümseyici/kusur bulucu ve kötümser/ endişeli olarak algılamakten babalarını duygusal bakımdan yoksun bırakıcı algıladıklarının saptanması kişilerin algıladıkları ebeveynliğin FMS gelişiminde hazırlayıcı bir etken olabileceği hipotezini desteklemektedir. RA grubuyla sağlıklı kontrol grubu arasında algılanan ebeveynlik boyutları açısından anlamlı fark saptanmaması, buna karşılık FMS grubuyla RA grubu arasında endişeli/kötümser annelik algısı açısından anlamlı fark olması algılanan anneliğin dolayısıyla psikolojik etkenlerin FMS gelişiminde RA etiolojisinden daha baskın olduğu hipotezini desteklemektedir. Bedenselleştirmenin gelişiminde ebeveyn bakımının rolü olduğu farklı kuramcılar tarafından öne sürülmüştür. Literatür gözden geçirildiğinde geçmiş çalışmalarda daha çok ebeveyn bakımının özellikle de niteliğinin (çocukluk çağı hastalıklarına yönelik tutum, ihmal, kabul veya reddedici tutum, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım) psikosomatik hastalıkların gelişimindeki rolü araştırılmıştır [17, 130, 132, 134, 139] ancak günlük hayatta algılanan ebeveynliğin birçok alt boyutunun psikosomatik hastalıklarla ilişkisini araştıran çalışmalar yetersizdir. Bu çalışmanın bulguları ülkemizde Altınöz'ün (2012) algılanan annelik ile ilgili psikosomatik dışavurumların gözleendiği bir başka grup olan kronik idiyopatik ürtiker (KİÜ) tanısı almış hastalarda yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla "kötümser/endişeli" ve küçümseyici/kusur bulucu" annelik algısının KİÜ grubunda da sağlıklı kontrollerden yüksek belirlenmiş olması açısından uyumludur. Diğer

çalışmada farklı KIÜ grubunda “sömürücü/istismar edici”, “evhamlı/aşırı koruyucu” ve “cezalandırıcı” “değişime kapalı/duygularını bastıran ve “sınırsız/aşırı izin verici” “ve “koşullu/başarı odaklı” annelik algısı puanlarının da sağlıklı kontrollerden yüksek puanlandığı belirlenmiş[225]. Her iki çalışma karşılaştırıldığında hem FMS hem de KIÜ tanısı alan hastalarda kötümser /endişeli ve küçümseyici / kusur bulucu annelik algısının ortak olması algılanan ebeveynliği bu iki boyutunun psikosomatik hastalıklara özgü olabileceğini; KIÜ grubunda saptanan diğer olumsuz annelik algısı boyutlarının KIÜ hastalarına özgü olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan bu çalışmanın örnekleminde kadın cinsiyet ağırlıklıyken diğer çalışmada cinsiyet açısından daha heterojen bir dağılımın olması aradaki farkın kaynağı olabilir. Diğer çalışmada algılanan babalık boyutları incelenmediği için bu açıdan bir kıyaslama yapma imkanımız yoktur.

Bu çalışma yine ülkemizde yapılan, erken dönem anne çocuk ilişkisindeki kapsayıcı işlevdeki yetersizlik lehine bulgular elde edilmiş olan çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Bahsi geçen çalışmada yaşları 25 ile 50 arasında değişen toplam 15 FMS’si olan kadın hastaya, psikanalitik yönelimli ön görüşmenin ardından projektif yöntemlerden Rorschach ve Tematik Algı (TAT) Testleri uygulanmış sonuçta tıpkı bizim çalışmamızda belirlendiği üzere erken dönem anne çocuk ilişkisindeki kapsayıcı işlevdeki yetersizlik lehine bilgiler elde edilmiş ancak diğer çalışmada projektif testlerin kullanılmış olması bu kapsayıcı işlevdeki yetersizliğin algılanan ebeveynliğin hangi alt boyutlarıyla ilişkili olduğu çalışmanın doğası gereği belirtilememiş olduğundan alt boyutlar açısından karşılaştırma yapmamız mümkün olamamıştır[197].

Literatürde erken dönem yaşantılarda babanın rolüyle ilişkili olarak bulgularımızı karşılaştırabileceğimiz bir çalışma ise yoktur.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular psikanalitik kuramın psikosomatik hastalık literatürüne katkıları ışığında değerlendirildiğinde; FMS grubunda algılanan kötümser ve endişeli annenin, Bion’un kast ettiği “kriz anında çocuğun kaygısını kapsayıp durumu anlamak yerine bir an önce harekete geçtiğini ve böylece ‘deneyim içinde’ kalınmayı ve deneyimden öğrenmeyi” sağlamadığını düşündürmektedir[226]. Kötümser, endişeli anneliğin yanında aynı zamanda küçümseyici, kusur bulucu anne sadece çocuğun kaygısını kapsamakta yetersiz kalan biri olarak değil aynı zamanda bu kaygıyı tetikleyen kişi olarak da deneyimleniyor olabilir. Winnicott, erken gelişim ve bebeğin “var olmaya devam etmesinin ve bu devamlılığının bozulmaması gerektiği” mefhumunun parçası olarak

somanın psike ile ilişkisi üzerinde önemle durmuştur, buna göre; sağlıklı, yaratıcı bir kendiliğin ortaya çıkışı, bebeğin ihtiyaçlarına uyum gösteren, yeterince iyi annelik (good-enough mothering) altında gruplandığı özgül çevresel koşullara bağlıdır. Bu koşullar bebeksi bağımlılıktan bağımsızlığa doğru duygusal, tüm güçlü kavrayıştan gerçekçi algılamaya doğru bilişsel bir değişimi mümkün kılar[227, 228]. Anneliğin yetersizliği, çocuk tarafından kendiliğin varoluşu açısından bir tehdit olarak yaşanır. Aynalanmayan, kapsanamayan, diğer bir deyimle yeterince iyi annelik göremeyen bireylerin yaşamla başa çıkarken daha ilkel yollara başvurmaları beklenebilir. Yaşamın ilk evresindeki bu ilişkinin niteliği doğrudan bireyin kişiliğini etkilediği gibi kişinin güvenebilme, sevebilme, stresle başa çıkabilme, duygularını tanıyabilme gibi birçok özelliğini de etkiler[229]. Bu ilkel yol FMS hastalarında olduğu gibi psikosomatik dışavurumlar için hazırlayıcı bir etken olabileceği gibi hastalığı alevlendiren bir etken de olabilir. FMS hastalarında algılanan duygusal bakımdan yoksun bırakan baba, bebeğin nesne repertuarını genişletmeyi mümkün kılmıyor olabilir. Böylece baba, Freud'un kast ettiği, çocuğu anneyle olan füzyonel ilişkinin tehlikelerinden uzaklaştırmakta yetersiz kalıyor ve anne- bebek ilişkisinde babanın katkısıyla olacak kesintinin olmaması simgeleştirme süreçlerini etkiliyor olabilir[230]. FMS hastalarında saptadığımız duygularını tanımada ve söze dökmekte güçlüğüne sağlıklı bireylerden daha yüksek oranda olması bu önermeyi desteklemektedir.

Bu çalışmada ebeveynlik algısıyla, aleksitimi arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde FMS ve RA'sı olan hastalar arasında; duygularını tanımada güçlük çeken bireylerin, kuralcı/ kalıplayıcı, kötümser /endişeli ve değişime kapalı duygularını bastıran annelik algısı arasında pozitif ilişki olduğunu saptadık. RA'sı olan hastalarda ayrıca duygularını söze dökmekte güçlüğüle değişime kapalı/ duygularını bastıran annelik algısı ilişkili bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamızda FMS ve RA grubunda benzer sonuçların olması annelik algısıyla aleksitimi ilişkisinde saptadığımız ilişkinin psikosomatik hastalıklara genellenebileceğini düşündürmektedir. Literatür gözden geçirildiğinde çalışmamızın sonuçlarını birebir karşılaştırabileceğimiz benzer şekilde ebeveynlik algısının alt boyutlarıyla aleksitimi ilişkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Pedrosa ve arkadaşlarının (2008) FMS'si olan 40 kadın hastada aleksitimi derecesi ve ebeveyn bağlanma biçimini inceledikleri kesitsel bir çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde anne ayrıca baba figürünün de aleksitimik özelliklerle ilişkili olduğunu bulmuşlardır; anne istismarı ve babanın ilgisizliği ile aleksitimi puanları arasında pozitif ilişki bulmuşlardır. Bu bulgular erken dönem yaşantıların aleksitimi gelişiminde etkili olabileceğine dair

önemli ipuçları vermektedir. Bulgularımız Stoudemire'in (1991)' bireylerin aleksitimik özelliklerinin, içinde yaşadıkları sosyokültürel ortamdaki öğrenme ve model alma sonucu ortaya çıktığını öne süren çocukların aileden ve çevreden duygularını ifade etme yerine bastırmayı veya bedenselleştirmeyi öğrenirse “hasta rolüne adapte olarak” aleksitimik özellikler geliştirebileceği hipoteziyle uyumludur[128]. Buna göre FMS'si olan hastalarda ve dolayısıyla daha yüksek düzeyde aleksitimisi olan bireylerde çocukluk döneminde kuralcı, duygularını bastıran belki de kendileri de aleksitimik özelliklere sahip olan anneyle ilişkinin erişkinlikte benzer şekilde duygularını tanımakta ve ifade etmekte güçlüğe sebebiyet vereceği düşünülebilir. Bu çalışmada, kronik ağrısı olan bireylerin erken dönemde annelik algısının ve beraberinde literatürde daha çok ihmal edilen babalık algısının birçok boyutu değerlendirilmiştir. Çalışmanın avantajlarından biri de kronik yaygın ağrının gözleendiği FMS'si olan bireylerin bağlanma özelliklerine dair ipuçları vermesidir ayrıca bu bireylerin bağlanma özellikleri açısından hem sağlıklı bireylerle hem de başka bir kronik ağrı grubuyla karşılaştırılmasının literatürde örneği yoktur. FMS dahil psikosomatik hastalıklarda aleksitimik özellikleri ortaya koyan birçok çalışma vardır ancak bu çalışmada sadece bireylerin aleksitimik özelliklerinin değil, aynı zamanda bu aleksitimik özelliklerin gelişiminde rolü olabilecek ebeveynlik boyutlarıyla ilişkisinin incelenmiş olması önemlidir. Birçok psikosomatik hastalığın ortaya çıkışı ya da alevlenmesinde kişiliğin oynadığı rol farklı çalışmalarda ortaya konulmuştur, bu çalışma erken dönemde ebeveynlerle kurulan özel iletişimin kişilik özelliklerinden bağımsız olarak benzer bir rol oynayabildiğini gösterebilmesi bakımından değerlidir.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından ilki örneklem büyüklüğünün her ne kadar yeterli olsa da, kimi yordayıcı analizlere imkan tanıyamayacak kısıtlılıkta olması ve örneklem niteliğinin genel toplum için iyi bir örneklem teşkil edecek heterojenlikte olmamasıdır. Her ne kadar sağlıklı kontrol grubu sosyodemografik özellikler bakımından FMS grubuna benzer bireyler arasından seçilmiş olsa da RA grubu için aynı şey söylenemeyecektir başta cinsiyet olmak üzere gruplar arasında farklılıklar olması sonuçları etkilemiş olabilir. Yoğunlukla FMS ve sağlıklı kontrol grubunda toplanmak üzere katılımcıların neredeyse tamamını kadınlar oluşturuyordu RA grubu için ise aynı şey söylenemez bu durum elde edilen bulguların her iki cinsiyete genellenebilirliğini etkilemiş olabilir. Ayrıca kadınların daha çok bedensel yakınma bildirdikleri [70-72] ve daha çok yardım aradıkları geçmiş çalışmalarda gösterilmiştir [73]. Çalışmada kullanılan ölçeklerin tamamının özbildirim ölçeği olması sonuçları nesnellikten uzaklaştırmış olabilir. Sağlıklı gruptaki kişilerin

kendilerini ruhsal ve fiziksel açıdan sağlıklı oldukları beyanlarına dayanarak seçilmiştir ancak bu kişiler de tanı konulacak düzeyde olmasa da bedenselleştirmeye eğilimli olabilir çalışmamızda bu kişilerin bedenselleştirme eğilimini ölçen bir ölçek kullanılmaması bir diğer sınırlılıktır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

FMS'si olan hastalarda bağlanma özelliklerini ve ebeveynlik algısının hastalığın ve aleksitiminin gelişimindeki rolünü araştırmayı amaçladığımız bu çalışmada FMS'si olan hastalarla sağlıklı bireyler arasında küçümseyici kusur bulucu, endişeli ve kötümser anne ve duygusal bakımdan yoksun bırakan baba algısı açısından anlamlı farklılıklar saptandı. Ayrıca FMS'si olan hastalarda RA'sı olan hastalardan farklı olarak endişeli, kötümser annelik algısı olduğu saptandı ki bu bulgu bir psikosomatik görüngü olarak kabul edilen FMS gelişiminde psikolojik etkenlerin daha etkili olabileceği hipotezini desteklemektedir. FMS'si olan hastalarda depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeylerini RA ve sağlıklı kontrol grubundan yüksek olması psikiyatrik eş tanılarının öngörüldüğü üzere FMS'ye sıklıkla eşlik ettiğini gösterdi. Kuralcı/kalıplayıcı, kötümser/endişeli ve değişime kapalı duygularını bastıran annelik algısının bireylerin ileride aleksitimik özellik geliştirmesiyle ilişkili olduğu da saptandı. FMS'si olan hastaların yaşam kalitesinin bütün alanlarda bozulduğu saptandı. RA hastalarında da yaşam kalitesinin yedi alanda bozulmuş olduğunun ortaya konması kronik ağrılı bireylerin yaşam kalitelerinin oldukça bozulduğunu göstermektedir. FMS'si olan hastaların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da sağlıklı bireylerden daha güvensiz bağlandıkları saptandı. Bulguların geniş örneklemeler üzerinde ileriye dönük çalışmalar ile tekrarlanmasına gereksinim vardır.

Klinikte FMS'si olan hastalar değerlendirilirken bağlanma özelliklerini dikkate almak hasta merkezli yaklaşımlar oluşturarak tedavi uyumunu bozabilecek davranışların öngörülmesini ve hastaların tedaviyi bırakmasının önlenmesini sağlayabilir. Hem güvensiz bağlanma örüntüleri hem FMS'si olan hastalardaki aleksitimik özellikler ve eşlik eden depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik eş tanılar bu hasta grubunun tedavisinin psikiyatri merkezleri ile işbirliği içinde sürdürülmesini gerektirir. FMS'si olan hastaları farklı disiplinlerin birlikte ele alması hastalığın gidişini olumlu yönde etkileyebilir, özellikle psikoterapotik yaklaşımlar ve tedavi seçenekleri bireylerin yeni bağlanma biçimleri geliştirmesine yardımcı olabilir, bireyin yaşam kalitesini artırabilir.

KAYNAKLAR

1. Wolfe, F., Smythe, Hugh A, Yunus, Muhammad, Bennett, Robert M, Bombardier, Claire, Goldenberg, Don L, Tugwell, Peter, Campbell, Stephen, M Abeles, Micha, Clark, Patricia, *The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia*. Arthritis & Rheumatism, 1990. 33(2): p. 160-172.
2. Bannwarth, B., Blotman, Francis, Roué-Le Lay, Katell, Caubère, Jean-Paul, André, Etienne, Taïeb, Charles, *Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study*. Joint Bone Spine, 2009. 76(2): p. 184-187.
3. Rooks, D.S., *Fibromyalgia treatment update*. Current opinion in rheumatology, 2007. 19(2): p. 111-117.
4. Branco, J.C., et al. *Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries*. in *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2010. Elsevier.
5. Wolfe, F., et al., *The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population*. Arthritis & Rheumatism, 1995. 38(1): p. 19-28.
6. Laurence A., B., Alarcon, G.S. , *Miscellaneous Rheumatic Diseases*, in *Arthritis and Allied Conditions*. , W.J. Kopman, Moreland, L.W., Editor. 2005, Lipincott Williams&Wilkins: Philadelphia. p. 1869-910.
7. Barsky, A.J. and J.F. Borus, *Functional somatic syndromes*. Annals of internal medicine, 1999. 130(11): p. 910-921.
8. McBeth, J.S., Alan J, *The role of psychiatric disorders in fibromyalgia*. Current rheumatology reports, 2001. 3(2): p. 157-164.
9. Alfici, S., M. Sigal, and M. Landau, *Primary fibromyalgia syndrome—a variant of depressive disorder?* Psychotherapy and psychosomatics, 1989. 51(3): p. 156-161.
10. Kirmayer, L.J. and A. Young, *Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives*. Psychosomatic Medicine, 1998. 60(4): p. 420-430.
11. Koptagel İllal, G., *Somatizasyonu Nasıl Anlamalıyız?-Psikodinamik Değerlendirme*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry, 1999. 1(1): p. 27.
12. Özmen, M., *Bedenselleştiren hastaya yaklaşım*. Klinik Gelişim Dergisi, 2009. 22(4): p. 34-38.
13. Dereboy, I., *Aleksitimi Öz-bildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Çalışma*, 1990, Hacettepe Üniversitesi: Ankara.
14. Sifneos, P., *Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity*. Psychiatric Clinics of North America; Psychiatric Clinics of North America, 1988.
15. Lesser, I.M., *A review of the alexithymia concept*. Psychosomatic Medicine, 1981. 43(6): p. 531-543.
16. Bass, C. and M. Murphy, *Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways*. Journal of psychosomatic research, 1995. 39(4): p. 403-427.
17. Stuart, S. and R. Noyes Jr, *Attachment and interpersonal communication in somatization*. Psychosomatics, 1999. 40(1): p. 34-43.
18. Koçak, R., *Aleksitimi, Kuramsal çerçeve, tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2002. 35(1-2): p. 183-212.
19. RA., T., *Attachment theory and research*, in *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, M. Lewis, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins. p. 164-172.
20. Hazan, C. and P.R. Shaver, *Attachment as an organizational framework for research on close relationships*. Psychological Inquiry, 1994. 5(1): p. 1-22.
21. Bowlby, J., *Attachment and loss. 1. Attachment*. 1969: Basic Books.
22. Bartholomew, K. and L.M. Horowitz, *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. Journal of personality and social psychology, 1991. 61(2): p. 226.

23. Sercan, M., *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)* 1987, İ.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı.
24. Oliveira, P. and M.E. Costa, *Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients*. Journal of health psychology, 2009. 14(8): p. 1184-1195.
25. Govender, C., et al., *Psychological characteristics of FMS patients*. Scandinavian journal of caring sciences, 2009. 23(1): p. 76-83.
26. Meredith, P.J., J. Strong, and J.A. Feeney, *Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain*. European Journal of Pain, 2007. 11(2): p. 164-170.
27. Meredith, P.J., J. Strong, and J.A. Feeney, *The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain*. Pain, 2006. 120(1): p. 44-52.
28. McWilliams, L.A., Asmundson, Gordon JG, *The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing*. Pain, 2007. 127(1): p. 27-34.
29. Kraemer, S. and P. Loader, *"Passing through life": Alexithymia and attachment disorders*. Journal of psychosomatic research, 1995. 39(8): p. 937-941.
30. Topbas, M., et al., *The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey*. Scandinavian journal of rheumatology, 2004. 34(2): p. 140-144.
31. White, K., et al., *The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario*. The Journal of rheumatology, 1999. 26(7): p. 1570-1576.
32. Şendur, Ö.F., *Ağrılı kas sendromları.*, in *Tıbbi rehabilitasyon* H.D. Oğuz, E., Editor. 2004, Nobel Tıp Kitabevleri.
33. Bengtsson, A., K.-G. Henriksson, and J. Larsson, *Muscle biopsy in primary fibromyalgia: Light-microscopical and histochemical findings*. Scandinavian journal of rheumatology, 1986. 15(1): p. 1-6.
34. Bennett, R.M., et al., *Aerobic fitness in patients with fibrositis. A controlled study of respiratory gas exchange and 133xenon clearance from exercising muscle*. Arthritis & Rheumatism, 1989. 32(4): p. 454-460.
35. Sprott, H., et al., *Increased DNA fragmentation and ultrastructural changes in fibromyalgic muscle fibres*. Annals of the rheumatic diseases, 2004. 63(3): p. 245-251.
36. Yunus, M., et al., *Electron microscopic studies of muscle biopsy in primary fibromyalgia syndrome: a controlled and blinded study*. The Journal of rheumatology, 1989. 16(1): p. 97.
37. Simms, R.W., et al., *Lack of association between fibromyalgia syndrome and abnormalities in muscle energy metabolism*. Arthritis & Rheumatism, 1994. 37(6): p. 794-800.
38. Gür, A., *Fibromiyaljide Etiyopatogenez*. Türk Fiz Tıp Rehab Derg., 2008. Özel Sayı 1(54): p. 4-11.
39. Martinez-Lavin, M., et al., *Orthostatic sympathetic derangement in subjects with fibromyalgia*. Journal of rheumatology, 1997. 24(4): p. 714-718.
40. Bengtsson, A. and M. Bengtsson, *Regional sympathetic blockade in primary fibromyalgia*. Pain, 1988. 33(2): p. 161-167.
41. Russell, I.J., et al., *Is there a metabolic basis for the fibrositis syndrome?* The American journal of medicine, 1986. 81(3): p. 50-54.
42. Moldofsky, H., *Sleep and fibrositis syndrome*. Rheumatic diseases clinics of North America, 1989. 15(1): p. 91.
43. Manu, P., et al., *Alpha-delta sleep in patients with a chief complaint of chronic fatigue*. Southern medical journal, 1994. 87(4): p. 465-470.

44. MacFarlane, J., et al., *Periodic K-alpha sleep EEG activity and periodic limb movements during sleep: comparisons of clinical features and sleep parameters*. Sleep, 1996. 19(3): p. 200-204.
45. Crofford, L.J., et al., *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia*. Arthritis & Rheumatism, 1994. 37(11): p. 1583-1592.
46. Gur, A., et al., *Hypothalamic-pituitary-gonadal axis and cortisol in young women with primary fibromyalgia: the potential roles of depression, fatigue, and sleep disturbance in the occurrence of hypocortisolism*. Annals of the rheumatic diseases, 2004. 63(11): p. 1504-1506.
47. Gur, A., et al., *Cortisol and hypothalamic-pituitary-gonadal axis hormones in follicular-phase women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome and effect of depressive symptoms on these hormones*. Arthritis Res Ther, 2004. 6(3): p. R232-8.
48. WOLFE, F., et al., *Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population*. Journal of Rheumatology, 1997. 24(3): p. 555-559.
49. Gilliland, B., *Fibromyalgia, arthritis associated with systemic diseases, and other arthritides*. HARRISONS PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE, 2005. 16(2): p. 2055.
50. Neeck, G. and W. Riedel, *Thyroid function in patients with fibromyalgia syndrome*. The Journal of rheumatology, 1992. 19(7): p. 1120-1122.
51. Bennett, R.M., et al., *Low levels of somatomedin C in patients with the fibromyalgia syndrome. A possible link between sleep and muscle pain*. Arthritis & Rheumatism, 1992. 35(10): p. 1113-1116.
52. Yunus, M.B., Inanici, F., *Fibromyalgia syndrome: Clinical features, diagnosis and biopathophysiologic mechanisms.*, in *Myofascial pain and fibromyalgia. 2nd ed.*, E.S. Rachlin, Rachlin, I.S. , Editor. 2002, Mosby: St. Louis. p. 3-31. .
53. Gur, A., et al., *Regional cerebral blood flow and cytokines in young females with fibromyalgia*. Clinical and experimental rheumatology, 2002. 20(6): p. 753-760.
54. Buchwald, D., et al., *The "chronic, active epstein-barr virus infection" syndrome and primary fibromyalgia*. Arthritis & Rheumatism, 1987. 30(10): p. 1132-1136.
55. Berg, A., S. Naides, and R. Simms, *Established fibromyalgia syndrome and parvovirus B19 infection*. The Journal of rheumatology, 1993. 20(11): p. 1941-1943.
56. Sigal, L.H., *Persisting complaints attributed to chronic Lyme disease: possible mechanisms and implications for management*. The American journal of medicine, 1994. 96(4): p. 365-374.
57. Berker, E., *Fibromiyalji Sendromunda Fizyopatolojik Mekanizmalar*. Türk Fiz Tıp Rehab Derg., 2007. 53(2): p. 36-40.
58. Buskila, D. and L. Neumann, *Fibromyalgia syndrome (FM) and nonarticular tenderness in relatives of patients with FM*. The Journal of rheumatology, 1997. 24(5): p. 941-944.
59. Mease, P., *Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment*. The Journal of Rheumatology, 2005. 75: p. 6-21.
60. Sharpe, M. and A. Carson, *"Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift?* Annals of internal medicine, 2001. 134(9_Part_2): p. 926-930.
61. Ford, C.V. and D.G. Folks, *Conversion disorders: an overview*. Psychosomatics, 1985. 26(5): p. 371-383.
62. Kellner, R., *Somatization: theories and research*. The Journal of nervous and mental disease, 1990. 178(3): p. 150-160.
63. Lipowski, Z., *Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine III. Theoretical issues*. Psychosomatic medicine, 1968. 30(4): p. 395-422.
64. Lipowski, Z.J., *Somatization: the concept and its clinical application*. Am J Psychiatry, 1988. 145(11): p. 1358-68.
65. Bridges, K.W. and D.P. Goldberg, *Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care*. Journal of psychosomatic research, 1985. 29(6): p. 563-569.

66. Reid, S., et al., *Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study*. BMJ, 2001. 322(7289): p. 767.
67. Kirmayer, L.J., *Culture, Affect and Somatization Part I*. Transcultural Psychiatry, 1984. 21(3): p. 159-188.
68. Lipowski, Z., *Somatization: a borderland between medicine and psychiatry*. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 1986. 135(6): p. 609.
69. Escobar, J.I., et al., *Somatization in the community: relationship to disability and use of services*. American Journal of Public Health, 1987. 77(7): p. 837-840.
70. Wool, C.A. and A.J. Barsky, *Do women somatize more than men?: Gender differences in somatization*. Psychosomatics, 1994. 35(5): p. 445-452.
71. Sayar, K., L.J. Kirmayer, and S.S. Taillefer, *Predictors of somatic symptoms in depressive disorder*. General Hospital Psychiatry, 2003. 25(2): p. 108-114.
72. Cloninger, C.R., et al., *A prospective follow-up and family study of somatization in men and women*. Am J Psychiatry, 1986. 143(7): p. 873-878.
73. Kroenke, K. and R.L. Spitzer, *Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms*. Psychosomatic Medicine, 1998. 60(2): p. 150-155.
74. De Gucht, V. and B. Fischler, *Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues*. Psychosomatics, 2002. 43(1): p. 1-9.
75. Smith Jr, G.R., *The course of somatization and its effects on utilization of health care resources*. Psychosomatics, 1994. 35(3): p. 263-267.
76. Fink, P., et al., *Somatization in Primary Care: Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner Recognition*. Psychosomatics, 1999. 40(4): p. 330-338.
77. Kroenke, K., et al., *Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care*. Archives of General Psychiatry, 1997. 54(4): p. 352.
78. Nemiah, J.F., H Sifneos, PE, *Alexithymia: a view of the psychosomatic process in Modern trends in psychosomatic medicine*, H. OW, Editor. 1976, Butterworths: LONDON. p. 430-439.
79. Şahin, R., *Peptik Ülserli Hastalarda Aleksitimik Özellikler*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1992. 3(1): p. 26-30.
80. Bach, M., et al., *Alexithymia and somatization: relationship to DSM-III-R diagnoses*. Journal of Psychosomatic Research, 1994. 38(6): p. 529-538.
81. Cooper, D.E. and R.W. Holmstrom, *Relationship between alexithymia and somatic complaints in a normal sample*. Psychotherapy and psychosomatics, 1984. 41(1): p. 20-24.
82. Taylor, G.J., et al., *Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients*. Journal of Psychosomatic Research, 1992. 36(5): p. 417-424.
83. Taylor, G.J., *Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment*. The American Journal of Psychiatry, 1984.
84. Sifneos, P., *Is dynamic psychotherapy contraindicated for a large number of patients with psychosomatic diseases?* Psychotherapy and Psychosomatics, 1972. 21(1-6): p. 133-136.
85. McDougall, J., *Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint*. Psychotherapy and psychosomatics, 1982. 38(1-4): p. 81-90.
86. Taylor, G.J., R. Michael Bagby, and J.D. Parker, *The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine*. Psychosomatics, 1991. 32(2): p. 153-164.
87. Krystal, H., *Alexithymia and psychotherapy*. American journal of psychotherapy, 1979. 33(1): p. 17-31.
88. Krystal, H., *Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment*. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 1982(3): p. 353-378.
89. von Rad, M., *Alexithymia and symptom formation*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1984. 42(1-4): p. 80-89.
90. Freyberger, H., *Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia/Discussion*. Psychotherapy and psychosomatics, 1977. 28(1-4): p. 337-345.

91. Ateş, M., et al., *Antisosyal kişilik bozukluğu olan genç erkeklerde aleksitimi, saldırganlık ve psikopati ilişkisi*. Nöropsikiyatri Arşivi, 2009. 46(4): p. 135.
92. Evren, E.C., Can, Suat Evren, Bilge, Çakmak, Duran, *The relationship between alexithymia and depression, anxiety and erectile dysfunction in a sample of male alcoholic inpatients: A controlled study*. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2002. 12(4): p. 165-173.
93. Kooiman, C.G., et al., *Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood*. Psychotherapy and psychosomatics, 2004. 73(2): p. 107-116.
94. Parker, J.D., G.J. Taylor, and R.M. Bagby, *The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence*. Comprehensive psychiatry, 1989. 30(5): p. 434-441.
95. Kokkonen, P., et al., *Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults*. Comprehensive psychiatry, 2001. 42(6): p. 471-476.
96. Yemez, B., *Psikosomatik Somatoform ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarda Aleksitimi Üzerine Kontrollü Bir Çalışma*, 1991, Dokuz Eylül Üniversitesi: İzmir.
97. Sümer, N. and D. Güngör, *Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi*. Türk Psikoloji Dergisi, 1999. 14(44): p. 35-58.
98. Holmes, J., *John Bowlby and Attachment Theory*. 1993: Routledge.
99. Atkinson, R., R. Atkinson, and E. Smith, *Bem, DJ & Nolen-Hoeksema, S. 1996. Hilgard's Introduction to Psychology*.
100. Cassidy, J., *Emotion regulation: influences of attachment relationships*. Monogr Soc Res Child Dev, 1994. 59(2-3): p. 228-49.
101. Cassidy, J. and P.R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. 1999: Guilford Publications. p. 3-20.
102. Bowlby, J., *Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger*. 1973: Basic Books.
103. Bowlby, J., *Attachment and Loss: Attachment*. 1982: Basic Books.
104. Ainsworth, M.D.S., *Attachments Beyond Infancy*. American Psychologist, 1989. 44(4): p. 709-716.
105. Zhang, F. and C. Hazan, *Working models of attachment and person perception processes*. Personal Relationships, 2002. 9(2): p. 225-235.
106. Bowlby, J., *Attachment and loss v. 3*. 1980: Pimlico.
107. Gooden, W.E., C. Leung, and D. Hindman, *Adult attachment and psychotherapy*. Journal of Psychology and Christianity, 2000. 19(3): p. 275-282.
108. Rothbard, J.C. and P.R. Shaver, *Continuity of attachment across the life span*. 1994.
109. Steele, H. and M. Steele, *Intergenerational patterns of attachment*. 1994: Jessica Kingsley Publishers.
110. Schaffer, H.R. and P.E. Emerson, *The development of social attachments in infancy*. 1964: Child Development Publications of the Society for Research in Child Development.
111. Alexander, R., et al., *Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood*. Personal Relationships, 2001. 8(2): p. 137-152.
112. Ainsworth, M.D.S., et al., *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. 1978: Taylor & Francis.
113. Main, M. and J. Solomon, *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. 1986.
114. Matas, L., R.A. Arend, and L.A. Sroufe, *Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence*. Child development, 1978: p. 547-556.
115. Hazan, C. and P. Shaver, *Romantic love conceptualized as an attachment process*. Journal of personality and social psychology, 1987. 52(3): p. 511.

116. Main, M., N. Kaplan, and J. Cassidy, *Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation*. Monographs of the society for research in child development, 1985: p. 66-104.
117. Sroufe, L.A. and E. Waters, *Attachment as an organizational construct*. Child development, 1977: p. 1184-1199.
118. Shaver, P. and C. Rubenstein, *Childhood attachment experience and adult loneliness*. Review of personality and social psychology, 1980. 1: p. 42-73.
119. Parkes, C.M. and J.J.S. Hinde, *The place of attachment in human behavior*. 1982: Taylor & Francis.
120. Brennan, K.A., C.L. Clark, and P.R. Shaver, *Self-report measurement of adult attachment*. Attachment theory and close relationships, 1998: p. 46-76.
121. Collins, N.L. and B.C. Feeney, *Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies*. Journal of personality and social psychology, 2004. 87(3): p. 363.
122. Sümer, N. and D. Güngör, *Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma*. Türk Psikoloji Dergisi, 1999. 14(43): p. 71-106.
123. Mikulincer, M., Nachshon, Orna, *Attachment styles and patterns of self-disclosure*. Journal of Personality and Social Psychology, 1991. 61(2): p. 321.
124. Angel, R. and P. Thoits, *The impact of culture on the cognitive structure of illness*. Culture, Medicine and Psychiatry, 1987. 11(4): p. 465-494.
125. Craig, T., et al., *The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences*. The British Journal of Psychiatry, 1993. 163(5): p. 579-588.
126. Craig, K.D., *Social modeling influences on pain*, in *The Psychology of Pain*, R.A. Sternbach, Editor. 1978, Raven Press.
127. Jamison, R.N. and L.S. Walker, *Illness behavior in children of chronic pain patients*. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 1992. 22(4): p. 329-342.
128. Stoudemire, A., *Somatothymia: parts I and II*. Psychosomatics, 1991. 32(4): p. 365-381.
129. HOTOPF, M., et al., *Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations Results from a national birth cohort study*. The British Journal of Psychiatry, 2000. 176(3): p. 273-280.
130. Pilowsky, I., Bassett, DL, Begg, MW, Thomas, PG, *Childhood hospitalization and chronic intractable pain in adults: a controlled retrospective study*. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 1982. 12(1): p. 75-84.
131. Apley, J., *The child with abdominal pains*. 1975: Oxford: Blackwell, 1975.
132. Mechanic, D., *Illness behavior, social adaptation, and the management of illness: A comparison of educational and medical models*. The Journal of nervous and mental disease, 1977. 165(2): p. 79-87.
133. Parker, G. and P. Lipscombe, *The relevance of early parental experiences to adult dependency, hypochondriasis and utilization of primary physicians*. British Journal of Medical Psychology, 1980. 53(4): p. 355-363.
134. Violon, A., *Family etiology of chronic pain*. International Journal of Family Therapy, 1985. 7(4): p. 235-246.
135. Mallouh, S.K., S.E. Abbey, and L.A. Gillies, *The role of loss in treatment outcomes of persistent somatization*. General hospital psychiatry, 1995. 17(3): p. 187-191.
136. Wolff, H.H., *The contribution of the interview situation to the restriction of fantasy life and emotional experience in psychosomatic patients*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1977. 28(1-4): p. 58-67.
137. Fukunishi, I., et al., *MOTHERS' LOW CARE IN THE DEVELOPMENT OF ALEXITHYMIA: A PRELIMINARY STUDY IN JAPANESE COLLEGE STUDENTS*. Psychological reports, f1997. 80(1): p. 143-146.

138. Freud, S. and J. Strachey, *Three Essays on the Theory of Sexuality*. 2011: Martino Publishing.
139. Morrison, J., *Childhood Sexual Histories of Women*. Am J Psychiatry, 1989. 146(2): p. 239-241.
140. Pribor, E.F. and S.H. Dinwiddie, *Psychiatric correlates of incest in childhood*. The American journal of psychiatry, 1992.
141. Walker, E.A., Katon, Wayne J, Hansom, Janet, Harrop-Griffiths, Jane, Holm, LOUISE, Jones, MICHAEL L, Hickok, L, Jemelka, RP, *Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse*. Psychosomatic Medicine, 1992. 54(6): p. 658-664.
142. Walling, M.K., O'HARA, MICHAEL W, Reiter, Robert C, Milburn, Alison K, Lilly, Gilbert, Vincent, Steven D, *Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity*. Obstetrics & Gynecology, 1994. 84(2): p. 200-206.
143. Mullins, L.L. and R.A. Olson, *Familial factors in the etiology, maintenance, and treatment of somatoform disorders in children*. Family Systems Medicine, 1990. 8(2): p. 159.
144. Mechanic, D., *The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior*. Pediatrics, 1964. 33(3): p. 444-453.
145. Walker, L.S. and J.W. Greene, *Negative life events, psychosocial resources, and psychophysiological symptoms in adolescents*. Journal of Clinical Child Psychology, 1987. 16(1): p. 29-36.
146. Walker, L.S., F.J. McLAUGHLIN, and J.W. Greene, *Functional illness and family functioning: A comparison of healthy and somaticizing adolescents*. Family process, 1988. 27(3): p. 317-325.
147. Henderson, S., *Care-eliciting behavior in man*. The Journal of nervous and mental disease, 1974. 159(3): p. 172-181.
148. Mikulincer, M. and V. Florian, *Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles*. Personality and Social Psychology Bulletin, 1995. 21(4): p. 406-414.
149. McCarthy, C.J., N.P. Moller, and R.T. Fouladi, *Continued attachment to parents: Its relationship to affect regulation and perceived stress among college students*. Measurement and evaluation in counseling and development, 2001.
150. Kobak, R.R. and A. Sceery, *Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others*. Child development, 1988: p. 135-146.
151. Lopez, F.G., et al., *Adult attachment orientations and college student distress: The mediating role of problem coping styles*. Journal of Counseling & Development, 2001. 79(4): p. 459-464.
152. Howard, M.S. and F.J. Medway, *Adolescents' attachment and coping with stress*. Psychology in the Schools, 2004. 41(3): p. 391-402.
153. Berenbaum, H. and T. James, *Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia*. Psychosomatic Medicine, 1994. 56(4): p. 353-359.
154. Taylor, R., et al., *Attachment style in patients with unexplained physical complaints*. Psychological medicine, 2000. 30(4): p. 931-941.
155. Ciechanowski, P.S., et al., *Attachment theory: a model for health care utilization and somatization*. Psychosomatic Medicine, 2002. 64(4): p. 660-667.
156. Wearden, A.J., et al., *Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment*. Journal of Psychosomatic Research, 2005. 58(3): p. 279-288.
157. Waldinger, R.J., et al., *Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment*. Psychosomatic Medicine, 2006. 68(1): p. 129-135.
158. Noyes, R., Jr., et al., *Test of an interpersonal model of hypochondriasis*. Psychosom Med, 2003. 65(2): p. 292-300.
159. Mallinckrodt, B. and M. Wei, *Attachment, Social Competencies, Social Support, and Psychological Distress*. Journal of Counseling Psychology, 2005. 52(3): p. 358.

160. Spitzer, C., et al., *Alexithymia and interpersonal problems*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005. 74(4): p. 240-246.
161. Meins, E., J. Harris-Waller, and A. Lloyd, *Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness*. *Personality and Individual Differences*, 2008. 45(2): p. 146-152.
162. Hexel, M., *Alexithymia and attachment style in relation to locus of control*. *Personality and Individual Differences*, 2003. 35(6): p. 1261-1270.
163. Batigün, A. and B.A. Aleksitimi, *Psikolojik Belirtiler Ve Bağlanma Stilleri*. *Klinik Psikiyatri*, 2008. 11(3): p. 105-114.
164. Walsh, T.M., Symons, Douglas K, McGrath, Patrick J, *Relations between young children's responses to the depiction of separation and pain experiences*. *Attachment & human development*, 2004. 6(1): p. 53-71.
165. Kolb, L.C., *Attachment behavior and pain complaints*. *Psychosomatics*, 1982. 23(4): p. 413-425.
166. Eisenberger, N.I., Lieberman, Matthew D, Williams, Kipling D, *Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion*. *Science*, 2003. 302(5643): p. 290-292.
167. Ciechanowski, P., Sullivan, Mark, Jensen, Mark, Romano, Joan, Summers, Heidi, *The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain*. *Pain*, 2003. 104(3): p. 627-637.
168. Meredith, P., Strong, Jenny, Feeney, Judith A, *Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability*. *Pain*, 2006. 123(1): p. 146-154.
169. Meredith, P., Ownsworth, Tamara, Strong, Jenny, *A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model*. *Clinical Psychology Review*, 2008. 28(3): p. 407-429.
170. Davies, K., et al., *Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain*. *Pain*, 2009. 143(3): p. 200-205.
171. McWilliams, L.A., Cox, Brian J, Enns, Murray W, *Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample*. *The Clinical journal of pain*, 2000. 16(4): p. 360-364.
172. Buchwald, D. and D. Garrity, *Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities*. *Archives of Internal Medicine*, 1994. 154(18): p. 2049-2053.
173. Campbell, S.M., et al., *Clinical characteristics of fibrositis*. *Arthritis & Rheumatism*, 1983. 26(7): p. 817-824.
174. Goldenberg, D.L., *Fibromyalgia syndrome*. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 1987. 257(20): p. 2782-2787.
175. Sandler, R., et al., *Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction*. *Gastroenterology*, 1984. 87(2): p. 314-318.
176. Blackwell, B., *Sick-role susceptibility*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 1992. 58(2): p. 79-90.
177. Elluman, P., et al., *Fibrositis A Biographical Study of Fifty Civilian and Military Cases, from the Rheumatic Unit, St. Stephen's Hospital (London County Council), and a Military Hospital*. *Annals of the rheumatic diseases*, 1942. 3(1): p. 56-76.
178. Fietta, P., P. Fietta, and P. Manganelli, *Fibromyalgia and psychiatric disorders*. *ACTA BIOMEDICA-ATENEOPARMENSE*, 2007. 78(2): p. 88.
179. Arnold, L.M., et al., *Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders*. *The Journal of clinical psychiatry*, 2006. 67(8): p. 1219.
180. Hudson, J.I., et al., *Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study*. *Am J Psychiatry*, 1985. 142(4): p. 441-6.
181. Walker, E.A., et al., *Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect*. *Psychosomatic medicine*, 1997. 59(6): p. 572-577.

182. Sayar, K., B. Acar, and T. Aydın, *Fibromiyalji hastalarında umutsuzluk ve depresyon*. Nöropsikiyatri Arşivi, 1999. 36: p. 27-32.
183. Güven, A., P.E. Kul, and O. Gündüz, *Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome*. Europa medicophysica, 2005. 41(4): p. 309.
184. Sivas, F.A., et al., *Fibromiyalji hastalarında depresyon, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Turk J Phys Med Rehab, 2009. 55: p. 8-12.
185. Madenci, E., et al., *Fibromiyalji sendromlu hastalarda aleksitimi*. Türkiye Klinikleri, 2007. 27: p. 32-35.
186. Mazza, M., et al., *What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia?* Comprehensive psychiatry, 2009. 50(3): p. 240-244.
187. Altunören, Ö., Orhan, F.Ö. Nacitarhan, V., Özer, A., Karaaslan, M.F., Altunören, O., *Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi*. Nöropsikiyatri Arşivi, 2011. 48(31-8).
188. Brosschot, J.F. and H.R. Aarsse, *Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia*. International journal of psychiatry in medicine, 2001. 31(2): p. 127-146.
189. Sayar, K., H. Gulec, and M. Topbas, *Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia*. Clinical rheumatology, 2004. 23(5): p. 441-448.
190. Güleç, H., Sayar, Kemal, Topbaş, M, Karakucak, M, *Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke* Türk Psikiyatri Dergisi, 2004. 15: p. 191-8.
191. Amir, M., et al., *Coping styles, anger, social support, and suicide risk of women with fibromyalgia syndrome*. Journal of Musculoskeletal Pain, 2000. 8(3): p. 7-20.
192. Malt, E.A., Olafsson, Snorri, Lund, Anders, Ursin, Holger, *Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia*. BMC Musculoskeletal Disorders, 2002. 3(1): p. 12.
193. Sayar K, B.A., Arıkan M, *Kronik ağrı hastalarında, öfke, benlik saygısı ve aleksitimi*. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 2001. 2: p. 36-42.
194. Karaş, H., *Fibromiyalji Sendromu olan hastalarda dissosiyatif yaşantıların bağlanma özellikleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi*, 2011, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
195. Gil, F.P., et al., *Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia*. Psychosomatics, 2008. 49(2): p. 115-122.
196. Imbierowicz, K. and U.T. Egle, *Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder*. European Journal of Pain, 2003. 7(2): p. 113-119.
197. Yavuz, A.E., *Fibromiyalji sendromunda negatif kavramı ve ölüm dürtüsünün izleri: projektif yöntemlerle değerlendirme*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim dalı 2009*, İstanbul Üniversitesi: İstanbul.
198. Ware Jr, J.E. and C.D. Sherbourne, *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection*. Medical care, 1992: p. 473-483.
199. Koçyigit, H., et al., *SF-36'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği*. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi, 1999.
200. Sheffield, A., et al., *Is comorbidity in the eating disorders related to perceptions of parenting? Criterion validity of the revised Young Parenting Inventory*. Eating behaviors, 2006. 7(1): p. 37-45.
201. Soygüt, G., Z. Çakır, and A. Karaosmanoğlu, *Ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi: Young ebeveynlik ölçeği'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme*. Türk Psikoloji Yazıları, 2008. 11(22): p. 17-30.
202. Sümer, N., *Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması*. Türk Psikoloji Dergisi, 2006. 21(57): p. 1-22.

203. Bagby, R.M., J.D. Parker, and G.J. Taylor, *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure*. Journal of psychosomatic research, 1994. 38(1): p. 23-32.
204. Sayar, K., Güleç, H, Ak, I, *Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği*, in 37. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı 02-06 Ekim 2001*: İstanbul. p. 130.
205. Beck, A.T., C. Ward, and M. Mendelson, *Beck depression inventory (BDI)*. Arch Gen Psychiatry, 1961. 4(6): p. 561-571.
206. Hisli, N., *Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği*. Psikoloji dergisi, 1989. 7(23): p. 3-13.
207. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. 56(6): p. 893.
208. Ulusoy, M., N. Sahin, and H. Erkmen, *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties*. Journal of cognitive psychotherapy, 1998. 12: p. 163-172.
209. Turk, D.C., A. Okifuji, and L. Scharff, *Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts*. Pain, 1995. 61(1): p. 93-101.
210. Altan, L., et al., *Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon*. Romatizma, 2004. 19(1): p. 7-13.
211. Katz, P. and E. Yelin, *Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis*. The Journal of rheumatology, 1993. 20(5): p. 790-796.
212. Ataoğlu, S., et al., *Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002. 3(4): p. 223-6.
213. Küey, L. and Y. Küey, *Depresyon ve kadın*. Sendrom, 1990. 2(2): p. 49-51.
214. Dick, B., C. Eccleston, and G. Crombez, *Attentional functioning in fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and musculoskeletal pain patients*. Arthritis Care & Research, 2002. 47(6): p. 639-644.
215. Abay, E., *Enflamatuvar romatizmal hastalıklarda psikiyatrik yaklaşım*. Türkiye fiziksel tıp ve rehabilitasyon dergisi, 1999. 2(Özel sayı 1).
216. Tüzün, E.H., et al., *A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome*. Disability & Rehabilitation, 2004. 26(4): p. 198-202.
217. Burckhardt, C.S., Archenholtz, Birgitha, Mannerkorpi, Kaisa, Bjelle, Anders, *Quality of life of Swedish women with fibromyalgia syndrome, rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus*. Journal of Musculoskeletal Pain, 1993. 1(3-4): p. 199-207.
218. Pagano, T., Matsutani, Luciana Akemi, Ferreira, Elisabeth Alves Gonçalves, Marques, Amélia Pasqual, Pereira, Carlos Alberto de Bragança, *Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients*. São Paulo Medical Journal, 2004. 122(6): p. 252-258.
219. Birtane, M., Uzunca, Kaan, Taştekin, Nurettin, Tuna, Hakan, *The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey*. Clinical rheumatology, 2007. 26(5): p. 679-684.
220. Sivas F, A.L., Eser F, Yurdakul F G, Öksüz E, Özoran K, Bodur H., *Romatoid Artrit ve Fibromiyalji Hastalarında DAS28 ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırmalı Sonuçları*. Türk Romatoloji Dergisi, 2010. 25(4): p. 179-183.
221. Lumley, M.A., Asselin, Linda A, Norman, Sally, *Alexithymia in chronic pain patients*. Comprehensive Psychiatry, 1997. 38(3): p. 160-165.
222. Büyükşahin, A., *Yakın ilişki kuran ve kurmayan üniversite öğrencilerinin çeşitli sosyal psikolojik etkenler yönünden karşılaştırılması*. Ankara: AÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001.
223. Mikulincer, M. and P.R. Shaver, *The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes*. Advances in experimental social psychology, 2003. 35: p. 53-152.
224. MARTÍNEZ, M.P., MİRÖ, E., Sanchez, A I, Mundo, A., Martinez, E, *Understanding the relationship between attachment style, pain appraisal and illness behavior in women*. Scandinavian journal of psychology, 2012. 53(1): p. 54-63.

225. Altınöz, E., *Kronik İdiyopatik Ürtiker Tanısı Alan Hastalarda Öfke ve Erken Dönem Anne Şeması İlişkisi*, 2011, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı: Ankara.
226. Bion, W.R., *Seven Servants: Four Works*. 1977, J. Aronson.
227. Bronstein, C., *On psychosomatics: The search for meaning*. The International Journal of Psychoanalysis, 2011. 92(1): p. 173-195.
228. Winnicott, D.W., *Through Paediatrics to Psycho-analysis*. 1992: Karnac Books.
229. Taşkıntuna, N., *Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı*, in *Güncel Klinik Psikiyatri*, E. Işık, Editor. 2008: Ankara. p. 9-16.
230. Freud, S., *Uygarlığın huzursuzluğu*. 1999: Metis.

8.EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Tarih:

Tanı: Fibromiyalji Sendromu	1
Romatoid artrit	2
Sağlıklı	3

Ad – Soyad :

Protokol No:

Adres ve telefon:

Yaş:

Doğum Yeri:

Cinsiyet: Kadın	1
Erkek	2

Medeni Durumu:

Evli	1
Dul	2
Ayrı yaşıyor	3
Boşanmış	4
Hiç evlenmemiş	5

Aile Tipi:

Çekirdek aile	1
Geniş aile	2
Parçalanmış Aile	3

Eğitim durumu:

Okuryazar değil	1
İlkokul	2
Ortaokul	3
Lise	4
Y.okul-Üniv.	5

Çalışma durumu:

Hiç çalışmamış	1
Öğrenci	2
Aralıklı çalışmış	3
İşten ayrılmış	4
Emekli	5
Malulen emekli	6
Halen çalışıyor	7

Halen çalışıyorsa ne iş yaptığı:

İşçi	1
Memur	2
Serbest meslek	3
Diğer (yazınız):.....	

Gelir durumunuz nedir?

0-1000 TL	1
1000-2000 TL	2
2000-4000 TL	3

4000 ve üzeri 4

Romatolojik hastalığınız kaç gün önce başladı?

Romatolojik hastalığınızın başlangıç yaşı?

0-12 yaş 1

12-16 yaş 2

16-20 yaş 3

20-40 yaş 4

40-60 yaş 5

60 yaş ve üzeri 6

Ağrı kesici veya başka bir romatizma ilacı kullanıyor musunuz ?

1)Evet

2) Hayır

Evetse isimlerini yazınız.....

Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

Sigara 1

Alkol 2

Hiçbiri 3

Hepsi 4

Romatolojik hastalığınız dışında başka fiziksel rahatsızlığınız var mı?

Var 1

Yok 2

Varsa yazınız.....

Şu an psikiyatrik bir tedavi görüyor musunuz?

Evet 1

Hayır 2

Geçmişte tedavi gördüğünüz herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse tanıyı yazınız.....

Geçmişte kullandığınız psikiyatrik herhangi bir ilaç var mı ?

Evet 1

Hayır 2

Evetse isimlerini yazınız.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı ?

Var 1

Yok 2

Ailenizde ruhsal hastalığı olan varsa kim ?

EK 2. KISA FORM-36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığımız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
Merdivenle çok sayıda kat çıkma	1	2	3
Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
Eğilme veya diz çökme	1	2	3
Bir iki kilometre yürüme	1	2	3
Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	1	2	3

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	1	2
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	1	2

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman
- b) Çoğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	1	2	3	4	5
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	5	4	3	2	1
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel.	5	4	3	2	1

EK 3. YOUNG EBEVEYNLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda anne ve babanızı tarif etmekte kullanabileceğiniz tanımlamalar verilmiştir. Lütfen her tanımlamayı dikkatle okuyun ve ebeveynlerinize ne kadar uyduğuna karar verin. 1 ile 6 arasında, çocukluğunuz sırasında annenizi ve babanızı tanımlayan en yüksek dereceyi seçin. Eğer sizi anne veya babanız yerine başka insanlar büyüttü ise onları da aynı şekilde derecelendirin. Eğer anne veya babanızdan biri hiç olmadı ise o sütunu boş bırakın

- 1 - Tamamı ile yanlış 2 - Çoğunlukla yanlış 3 - Uyan tarafı daha fazla
4 - Orta derecede doğru 5 - Çoğunlukla doğru 6 - Ona tamamı ile uyuyor

Anne Baba

1. ____ ____ Beni sevdi ve bana özel birisi gibi davrandı.
2. ____ ____ Bana vaktini ayırdı ve özen gösterdi.
3. ____ ____ Bana yol gösterdi ve olumlu yönlendirdi.
4. ____ ____ Beni dinledi, anladı ve duygularımızı karşılıklı paylaştık.
5. ____ ____ Bana karşı sıcaktı ve fiziksel olarak şefkatliydi.
6. ____ ____ Ben çocukken öldü veya evi terk etti.
7. ____ ____ Dengesizdi, ne yapacağı belli olmazdı veya alkolikti.
8. ____ ____ Kardeş(ler)imi bana tercih etti.
9. ____ ____ Uzun süreler boyunca beni terk etti veya yalnız bıraktı.
10. ____ ____ Bana yalan söyledi, beni kandırdı veya bana ihanet etti.
11. ____ ____ Beni dövdü, duygusal veya cinsel olarak taciz etti.
12. ____ ____ Beni kendi amaçları için kullandı.
13. ____ ____ İnsanların canını yakmaktan hoşlanırdı.
14. ____ ____ Bir yerimi inciteceğim diye çok endişelenirdi.
15. ____ ____ Hasta olacağım diye çok endişelenirdi.
16. ____ ____ Evhamlı veya fobik/korkak bir insandı.
17. ____ ____ Beni aşırı korurdu.
18. ____ ____ Kendi kararlarıma veya yargılarıma güvenememe neden oldu
19. ____ ____ İşleri kendi başıma yapmama fırsat vermeden çoğu işimi o yaptı.
20. ____ ____ Bana hep daha çocukmuşum gibi davrandı.
21. ____ ____ Beni çok eleştirirdi.
22. ____ ____ Bana kendimi sevmeye layık olmayan veya dışlanmış bir gibi hissettirdi.
23. ____ ____ Bana hep bende yanlış bir şey varmış gibi davrandı.
24. ____ ____ Önemli konularda kendimden utanmama neden oldu.
25. ____ ____ Okulda başarılı olmam için gereken disiplini bana kazandırmadı.
26. ____ ____ Bana salakmışım veya beceriksizmişim gibi davrandı.

Anne Baba

27. ____ ____ Başarılı olmamı gerçekten istemedi.
28. ____ ____ Hayatta başarısız olacağıma inandı.
29. ____ ____ Benim fikrim veya isteklerim önemsizmiş gibi davrandı.
30. ____ ____ Benim ihtiyaçlarımı gözetmeden kendisi ne isterse onu yaptı.
31. ____ ____ Hayatımı o kadar çok kontrol altında tuttu ki çok az seçme özgürlüğüm oldu.
32. ____ ____ Her şey onun kurallarına uymalıydı.
33. ____ ____ Aile için kendi isteklerini feda etti.
34. ____ ____ Günlük sorumluluklarının pek çoğunu yerine getiremiyordu ve ben her zaman kendi payıma düşenden fazlasını yapmak zorunda kaldım.
35. ____ ____ Hep mutsuzdu ; destek ve anlayış için hep bana dayandı.
36. ____ ____ Bana güçlü olduğumu ve diğer insanlara yardım etmem gerektiğini hissettirdi.
37. ____ ____ Kendisinden beklentisi hep çok yüksekti ve bunlar için kendini çok zorlardı.
38. ____ ____ Benden her zaman en iyisini yapmamı bekledi.
39. ____ ____ Pek çok alanda mükemmeliyetçiydi; ona göre her şey olması gerektiği gibi olmalıydı.
40. ____ ____ Yaptığım hiçbir şeyin yeterli olmadığını hissetmeme sebep oldu.
41. ____ ____ Neyin doğru neyin yanlış olduğu hakkında kesin ve katı kuralları vardı.
42. ____ ____ Eğer işler düzgün ve yeterince hızlı yapılmazsa sabırsızlanırdı.
43. ____ ____ İşlerin tam ve iyi olarak yapılmasına, eğlenme veya dinlenmekten daha fazla önem verdi.
44. ____ ____ Beni pek çok konuda şımarttı veya aşırı hoşgörülü davrandı.
45. ____ ____ Diğer insanlardan daha önemli ve daha iyi olduğumu hissettirdi.
46. ____ ____ Çok talepkardı; her şeyin onun istediği gibi olmasını isterdi.
47. ____ ____ Diğer insanlara karşı sorumluluklarımın olduğunu bana öğretmedi.
48. ____ ____ Bana çok az disiplin veya terbiye verdi.
49. ____ ____ Bana çok az kural koydu veya sorumluluk verdi.
50. ____ ____ Aşırı sinirlenmeme veya kontrolümü kaybetmeme izin verirdi.
51. ____ ____ Disiplinsiz bir insandı.

Anne Baba

52. ____ ____ Birbirimizi çok iyi anlayacak kadar yakındık.
53. ____ ____ Ondan tam olarak ayrı bir birey olduğumu hissedemedim veya bireyselliğimi yeterince yaşayamadım.
54. ____ ____ Onun çok güçlü bir insan olmasından dolayı büyürken kendi yönümü belirleyemiyordum.
55. ____ ____ İçimizden birinin uzağa gitmesi durumunda, birbirimizi üzebileceğimizi hissedirdim.
56. ____ ____ Ailemizin ekonomik sorunları ile ilgili çok endişeli idi.
57. ____ ____ Küçük bir hata bile yapsam kötü sonuçların ortaya çıkacağını hissettirirdi.
58. ____ ____ Kötümser bir bakışı açısı vardı, hep en kötüsünü beklerdi.
59. ____ ____ Hayatın kötü yanları veya kötü giden şeyler üzerine odaklanırdı.
60. ____ ____ Her şey onun kontrolü altında olmalıydı.
61. ____ ____ Duygularını ifade etmekten rahatsız olurdu.
62. ____ ____ Hep düzenli ve tertipliydi; değişiklik yerine bilineni tercih ederdi.
63. ____ ____ Kızgınlığını çok nadir belli ederdi.
64. ____ ____ Kapalı birisiydi; duygularını çok nadir açardı.
65. ____ ____ Yanlış bir şey yaptığımda kızardı veya sert bir şekilde eleştirdiği olurdu.
66. ____ ____ Yanlış bir şey yaptığımda beni cezalandırdığı olurdu.
67. ____ ____ Yanlış yaptığımda bana aptal veya salak gibi kelimelerle hitap ettiği olurdu.
68. ____ ____ İşler kötü gittiğinde başkalarını suçlardı.
69. ____ ____ Sosyal statü ve görünümüne önem verirdi.
70. ____ ____ Başarı ve rekabete çok önem verirdi.
71. ____ ____ Başkalarının gözünde benim davranışlarımın onu ne duruma düşüreceği ile çok ilgiliydi.
72. ____ ____ Başarılı olduğum zaman beni daha çok sever veya bana daha çok özen gösterirdi.

EK 4. YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ANKETİ

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilintilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7		
Hiç	Kararsızım/	Tamamen
katılmıyorum	fikrim yok	katılıyorum

1. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye gösterm tercih ederim	1	2	3	4	5	6	7
2. Terk edilmekten korkarım	1	2	3	4	5	6	7
3. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olmak konusunda rahatımdır	1	2	3	4	5	6	7
4. İlişkilerim konusunda çok kaygılıyım	1	2	3	4	5	6	7
5. Birlikte olduğum kişi bana yakınlaşmaya başlar baş kendimi geri çekiyorum	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim umursadığım kadar umursamayacaklarından endişelenirim	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişi çok yakın olmak istedi rahatsızlık duyarım	1	2	3	4	5	6	7
8. Birlikte olduğum kişiyi kaybedeceğim diye çok kaygılanırım	1	2	3	4	5	6	7

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Hiç
katılmıyorum

Kararsızım/
fikrim yok

Tamamen
katılıyorum

9. Birlikte olduğum kişilere açılma konusunda kendimi hissetmem	1	2	3	4	5	6	7
10. Genellikle, birlikte olduğum kişinin benim için hissettikleri benim onun için hissettiklerim kadar güçlü olmasını isterim	1	2	3	4	5	6	7
11. Birlikte olduğum kişiye yakın olmak isterim, ama sürekli keşke uzak olsaydım	1	2	3	4	5	6	7
12. Genellikle birlikte olduğum kişiyle tamamen bütünleşmek istiyordum ve bu bazen onları korkutup benden uzaklaştırır	1	2	3	4	5	6	7
13. Birlikte olduğum kişilerin benimle çok yakınlaşmalarını istiyordum ama bu beni gerginleştirir	1	2	3	4	5	6	7
14. Yalnız kalmaktan endişelenirim	1	2	3	4	5	6	7
15. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda oldukça rahatımdır	1	2	3	4	5	6	7
16. Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişiyle çok yakınlaşmaktan kaçınmaya çalışırım	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişi tarafından sevildiğimin sürekli ifade edilmesine gereksinim duyarım	1	2	3	4	5	6	7
19. Birlikte olduğum kişiyle kolaylıkla yakınlaşabilirim	1	2	3	4	5	6	7
20. Birlikte olduğum kişileri bazen daha fazla duygularımı ve bağımlılığımı göstermeleri için zorladığımı hissedirim	1	2	3	4	5	6	7
21. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım	1	2	3	4	5	6	7
22. Terk edilmekten pek korkmam	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişinin bana ilgi göstermesini sağlayamazsam üzülür ya da kızarım	1	2	3	4	5	6	7
25. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen herşeyi söylerim	1	2	3	4	5	6	7

Anlatırım							
26. Birlikte olduğum kişinin bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm	1	2	3	4	5	6	7
27. Sorunlarımı ve kaygılarımı genellikle birlikte olduğum kişiyle tartışırım	1	2	3	4	5	6	7
28. Bir ilişkide olmadığım zaman kendimi biraz kaygılı ve güvensiz hissederim	1	2	3	4	5	6	7
29. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanmakta Rahatımdır	1	2	3	4	5	6	7
30. Birlikte olduğum kişi istediğim kadar yakınımnda olmadığında kendimi engellenmiş hissederim	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişilerden teselli, öğüt ya da yardım istemekten rahatsız olmam	1	2	3	4	5	6	7
32. İhtiyaç duyduğumda, birlikte olduğum kişiye ulaşamazsam kendimi engellenmiş hissederim	1	2	3	4	5	6	7
33. İhtiyacım olduğunda birlikte olduğum kişiden yardım istemek işe yarar	1	2	3	4	5	6	7
34. Birlikte olduğum kişiler beni onaylamadıkları zaman kendimi gerçekten kötü hissederim	1	2	3	4	5	6	7
35. Rahatlama ve güvencenin yanısıra birçok şey için birlikte olduğum kişiyi ararım	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi benden ayrı zaman geçirdiğinde üzülürüm	1	2	3	4	5	6	7

EK 5. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Her zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim	1	2	3	4	5
5-Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi Yeğlerim	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	1	2	3	4	5
20-Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	1	2	3	4	5

EK 6. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.

- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK 7. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	<i>Hafif Düzeyde</i> Beni pek etkilemedi	<i>Orta Düzeyde</i> Hoş değildi ama Katlanabildim	<i>Ciddi Düzeyde</i> Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				