

**T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Bölümü**

Yüksek Lisans Tezi

**FONKSİYONEL SOMATİK SENDROMLAR:
FİBROMİYALJİ VE BAŞARISIZ BEL
CERRAHİSİ SENDROMLARINDA TIBBİ
YARDIM ARAMA DAVRANIŞI VE BELİRTİ
SAYISININ PSİKOLOJİK YORDAYICILARI**

Burak DURUK

2501101062

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK**

İSTANBUL 2013



Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Burak DURUK

Numarası

: 2501101062

Anabilim/Bilim Dalı : Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman Öğretim Üyesi : Doç. Dr. Özlem SERTEL
BERK

Tez Savunma Tarihi : 19.07.2013

Tez Savunma Saati

: 11:00

Tez Başlığı : Fonksiyonel Somatik Sendromları: Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi
Sendromlarında Tıbbi Yardım Arama Davranışı ve Belirti Sayısının Psikolojik Yordayıcıları

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'NE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ		Kabul
2- Doç. Dr. Pınar ÜNSAL		kabul
3- Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Başak YÜCEL		
2- Doç. Dr. İlknur ÖZALP TÜRETGEN		

Fonksiyonel Somatik Sendromlar: Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromlarında Tıbbi Yardım Arama Davranışı ve Belirti Sayısının Psikolojik Yordayıcıları

Burak DURUK

ÖZ

Son yıllarda tıp ve psikoloji alanını hayli meşgul eden ve “Somatizasyon” adı altında ele alınan tıbben açıklanamayan belirtiler artık “Fonksiyonel Somatik Sendrom”lar (FSS) başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın birinci amacı, Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromları (FMS-BBCS) gibi kronik ağrı şikayetleri ile belirgin iki farklı klinik görüngünün psikolojik özellikleri açısından FSS ortak başlığı altında değerlendirilip değerlendirilemeyeceğine ek olarak bu hastaların en önemli özellikleri arasında yer alan yoğun Tıbbi Yardım Arama Davranışı (TYAD) ve onun en güçlü yordayıcısı olduğu düşünülen Belirti Sayısı’nın yordayıcılarının tespit edilmesidir. Bu araştırma; FSS grubunda, FMS’lu 35 ve BBCS’lu 12 katılımcıdan oluşan toplam 47, Sağlıklı Kontrol (SK) grubunda 47 ve Kronik Hastalıklı Kontrol (KHK) grubunda da 56 olmak üzere toplam 150 katılımcı ile yürütülmüştür. Gruplara Toronto Aleksitimi Skalası’nın (TAS-20) yanı sıra Semptom Yorumlama Anketi (SYA), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır. Araştırmada yer alan bütün katılımcıların genel sağlık durumları, demografik ve ağrı ile ilgili bilgileri için yarı yapılandırılmış formlar kullanılmıştır. Bulgular; FMS ve BBCS’nin araştırmada yer alan temel psikososyal değişkenlerin tamamında farklı bir örüntü sergilemediğini buna karşın bu iki klinik görüngünün FSS olarak ele alındığı grubun ise bu değişkenlerin tamamında diğer iki kontrol grubundan farklı bir örüntü sergilediğini göstermiştir. FSS grubunun Belirti Sayısı ve TYAD üzerindeki yordayıcı etkilerine de bakılmış ve bu değişkenlerden hiçbirinin TYAD üzerinde yordayıcı etkisi olmadığı; ancak SYA-Psikolojize ve TAS-20 Duyguları Tanımda Güçlük alt ölçeklerinin SYA-Belirti Sayısının önemli yordayıcıları olduğu bulgulanmıştır. Sonuçlar, konuyla ilgili literatür bulguları ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Somatizasyon, Fonksiyonel Somatik Sendrom, Fibromiyalji Sendromu, Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu, Tıbbi Yardım Arama Davranışı

Functional Somatic Syndromes: Psychological Predictors Of Help-Seeking Behaviour And Number Of Symptoms In Fibromyalgia And Failed Back Surgery Syndromes

Burak DURUK

ABSTRACT

Medically unexplained symptoms widely called as “somatization” are currently being considered under the heading of “Functional Somatic Syndrome” (FSS) in recent literature on medicine and psychology. The primary aim of this study is to investigate whether two distinct clinical phenomena characterized by chronic pain, namely “Fibromyalgia Syndrome” (FMS) and “Failed Back Surgery Syndrome” (FBSS), can be evaluated under the unique title of FSS regarding their psychological features. This study intends to further examine the predictors of both Medical Help Seeking Behavior (MHSB) which individuals with these syndromes frequently display and the symptom frequency as reckoned to be the major determinant of MHSB as well. Participants were 150 individuals; 47 with FMS (n=35) and FBSS (n=12) in FSS group, 47 in healthy control group (HC), and 56 in Chronic Illness Control Group (CIC). The Turkish versions of Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Symptom Attribution Inventory (SII), Somatosensory Amplification Scale (SAS), Beck Depression Inventory (BDI) and a semi-structured form questioning general health, pain and demographics were administered to all participants. According to results, FMS and FBSS participants did not differ as a function of major psychosocial variables considered in this study. However, when they were combined under the same group of FSS, they were significantly different from HC and CIC groups in terms of all these variables. The results also revealed that while neither of the variables predicted MHSB, “SII-Psychologize” and “TAS-20-Difficulty in Identifying Feelings” subtest scores were significant predictors of Symptom Frequency. Results were discussed with respect to relevant literature.

Keywords: Somatization, Functional Somatic Syndrome, Fibromyalgia Syndrome, Failed Back Surgery Syndrome, Medical Help Seeking Behavior

ÖNSÖZ

2 yıllık bir sürecin ve ortak bir emeğin ürünü olan bu çalışmada, teşekkür kısmı oldukça zorlayıcı, çünkü burada adını sayabildiğim ve sayamadığım birçok ismin payı var.

Hem yüksek lisans eğitimim, hem de tez sürecimde sabır ve anlayışla beni destekleyen, yönlendiren ve cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'e

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Ayşegül Ketenci'ye, İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı çalışanlarından Gizem Aydın'a ve çalışmamda gönüllü olarak yer almayı kabul eden tüm katılımcılara,

Bu süreçte güler yüzünü ve ilgisini hep hissettiğim sevgili hocalarım Doç. Dr. Pınar Ünsal'a ve Doç. Dr. İlknur Özalp Türetgen'e,

Meslektaşım ve sevgili dostum Suna Ömerbaşoğluna,

Gerek lisans eğitimim gerekse yüksek lisans eğitimimin tamamında varlığıyla ve verdiği maddi destekle gücünü hep arkamda hissettiren TÜBİTAK'a,

Son olarak; tek cümleye sığdıramayacağım kadar çok teşekkürü hayatıma sığdıran, kendimi dünyanın en şanslı insanı olarak görmemi sağlayan eşim, Kübra Hüsne Duruk'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZ.....	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLOLAR	xi
GRAFİKLER	xiii
ŞEKİLLER	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
GİRİŞ	1
1. LİTERATÜR.....	6
1.1. Fonksiyonel Somatik Sendromlar	6
1.1.1. Fonksiyonel Somatik Sendromların Kavramsal Kökenleri.....	6
1.1.2. Dsm 5 ve Tanılamaya Yönelik Yenilikler.....	11
1.1.3. Fonksiyonel Somatik Sendrom Kavramının Tercih Edilmesi..	13
1.1.4. Fonksiyonel Somatik Sendromların Belirtileri ve Sıklığı	16
2. FONKSİYONEL SOMATİK SEMPTOMLAR VE AĞRI.....	20
2.1 Kronik Ağrı Epidemiyolojisi	22
2.2 Kronik Ağrıya Biyopsikososyal Yaklaşım	26
2.2.1. George Engel ve “Ağrıya Yatkın Hasta”	26
2.2.2. Kapı Kontrol Teorisi.....	29
2.2.3. Davranışçı Yaklaşımlar	32
2.2.3.1. Ağrı Davranışı	32
2.2.3.2. İkincil Kazançlar	34
2.2.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar	35
2.2.5. Kronik Ağrıda “Yenilenmiş Bilişsel Davranışçı Model”	37
2.2.6. Kronik Ağrının Nöromatriks Teorisi.....	41

2.3. Kronik Ağrı Sendromları	44
2.3.1. Fibromiyalji Sendromu	46
2.3.2. Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu	51
3. FONKSİYONEL SOMATİK SENDROMLARDA TIBBİ YARDIM ARAMA DAVRANIŞI	56
3.1 Tıbbi Yardım Arama Davranışını Şekillendiren İçsel Faktörler	62
3.1.1. Aleksitimi	62
3.1.2. Bedensel Belirtilere Yönelik Değerlendirmeler	70
3.1.2.1. Semptom Yorumlama Hipotezi	71
3.1.2.2. Bedensel Duyumları Abartma Hipotezi	74
3.2. Tıbbi Yardım Arama Davranışının Yordayıcılarının Birbiri İle İlişkisi	79
4. YÖNTEM	85
4.1. Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri	85
4.2. Katılımcılar	87
4.2.1. Araştırma Grubu (Fonksiyonel Somatik Sendrom Grubu)	87
4.2.2. Kontrol Grupları	88
4.2.2.1. Kronik Hastalıklı Kontrol (KHK) Grubu	88
4.2.2.2. Sağlıklı Kontrol (SK) Grubu	89
4.3. Materyaller	89
4.3.1. Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20)	89
4.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	90
4.3.3. Semptom Yorumlama Anketi (SYA)	91
4.3.4. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)	92
4.3.5. Görsel Analog Skalası (VAS-Visual Analogue Scale)	94
4.3.6. Ağrı Lokalizasyonu Vücut Diyagramı (ALVD)	95
4.3.7. Ağrı Değerlendirme Formu	96
4.3.8. Genel Sağlık Tarama Formu	99
4.3.9. Demografik Bilgiler Formu	99
4.3.10. Bilgilendirilmiş Onay Formu	100

4.4. İşlemler	100
4.5. İstatistik.....	102
5. BULGULAR	103
5.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları.....	104
5.2. Hipotezlerin Test Edilmesine Yönelik Bulgular	108
SONUÇ	133
KAYNAKÇA	160
EKLER.....	189
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	191
EK 2. Demografik Bilgiler Soru Formu (FSS Grubu).....	193
EK 3. Demografik Bilgiler Soru Formu (Kontrol Grupları)	195
EK 4. Genel Sağlık Tarama Formu.....	198
EK 5. Ağrı Değerlendirme Formu (FSS Grubu)	200
EK 6. Ağrı Lokalizasyonu Vücut Diyagramı (ALVD) (FSS Grubu).....	203
EK 7. Semptom Yorumlama Anketi (SYA).....	205
EK 8. Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20)	209
EK 9. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)	211
EK 10. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	213

TABLÖLAR

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. FMS Hastalarında Görülen Semptomlar ve Yüzdeleri	48
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin TGG ve Bu Çalışma Kapsamında Elde Edilen Cronbach Alfa Değerleri	94
Tablo 3. Üç Grubun Demografik Değişkenlere Göre Sıklık Yüzde Dağılımları	107
Tablo 4. İki Farklı FSS Grubunun Kronik Hastalık ve Ağrı Soygeçmişi ve Psikopatoloji Soy ve Özgeçmişine Göre Yüzde Dağılımları	109
Tablo 5. İki Farklı FSS Grubunun Ağrı Özellikleri Açısından Ortalama Ve Standart Sapmaları	110
Tablo 6. İki Farklı FSS Grubunun Ağrı Şiddet ve Sıklık Kategorilerine Göre Yüzde Dağılımları	112
Tablo 7. İki Farklı FSS Grubunun Ağrı Beklenti Korkusu, Ağrı İle Baş Etme ve Yakınların Tepkisi Kategorilerine Göre Yüzde Dağılımları	113
Tablo 8. İki Farklı FSS Grubunun TYAD Puan Ortalama ve Standart Sapmaları	114
Tablo 9. İki Farklı FSS Grubunun TAS-20 Toplam Ve Alt Ölçeklerine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	115
Tablo 10. İki Farklı FSS Grubunun SYA Alt Ölçeklerine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	117
Tablo 11. İki Farklı FSS Grubunun BDAÖ ve BDE'ne Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	118
Tablo 12. Üç Grubun Genel Sağlık Soygeçmiş ve Psikopatoloji Özgeçmişine Göre Yüzde Dağılımları	121

Tablo 13. Her Üç Grubun TYAD Puanlarına Dair Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	122
Tablo 14. Her Üç Grubun TAS-20 Toplam Puanları İle TAS-20'nin DTG ve DSDG Alt Ölçeklerine Dair Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	124
Tablo 15. Her Üç Grubun SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize ve SYA-Belirti Sayısı Alt Ölçeklerine Dair Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	126
Tablo 16. Her Üç Grubun BDAÖ ve BDE'ne Dair Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	128
Tablo 17. FSS'lu Grubun SYA-Belirti Sayıları İle TYAD Puanları Arasındaki İlişkiler	130
Tablo 18. FSS'lu Grubun SYA-Belirti Sayıları İle SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize, TAS-20 Toplam, TAS-20 DTG, TAS-20 DSDG, BDAÖ ve BDE Puanları Arasındaki İlişkiler	130
Tablo 19. Adımsal Doğrusal Çoklu Regresyon Analizine Göre FSS'lu Grubun SYA-Belirti Sayısı Üzerindeki Anlamlı Yordayıcılar	131
Tablo 20. FSS'lu Grubun TYAD Puanları İle SYA-Belirti Sayısı, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize, TAS-20 Toplam, TAS-20 DTG, TAS-20 DSDG, BDAÖ ve BDE Puanları Arasındaki İlişkiler	132

GRAFİKLER

	<u>Sayfa</u>
Grafik 1. İki Farklı FSS Grubunun Ağrı Yönelik Özellikleri Açısından Ortalamaları	110
Grafik 2. İki Farklı FSS Grubunun TYAD Puan Ortalamaları	114
Grafik 3. İki Farklı FSS Grubunun TAS-20 Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları	116
Grafik 4. İki Farklı FSS Grubunun SYA Alt Ölçek Puan Ortalamaları	117
Grafik 5. İki Farklı FSS Grubunun BDAÖ ve BDE Puan Ortalamaları	119
Grafik 6. Üç Farklı Çalışma Grubunun TYAD Puan Ortalamaları	122
Grafik 7. Üç Farklı Çalışma Grubunun TAS-20 Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları	124
Grafik 8. Üç Farklı Çalışma Grubunun SYA Alt Ölçek Puan Ortalamaları	127
Grafik 9. Üç Farklı Çalışma Grubunun BDAÖ ve BDE Puan Ortalamaları	128

ŞEKİLLER

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Ağrı Sebebiyle Birincil Sağlık Hizmetlerine Başvuranların Oranı	22
Şekil 2. 14 Farklı Ülkeye Göre Kronik Ağrı Yaygınlığı	23
Şekil 3. Kronik Ağrının Gündelik Yaşam İşlevselliği Üzerindeki Etkisi	24
Şekil 4. Kronik Ağrıda Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model	38
Şekil 5. Kronik Ağrının Nöromatriks Teorisi	42
Şekil 6. Fibromiyalji Sendromunda Görülen Hassas Noktalar	47
Şekil 7. Ağrı Lokalizasyonu Vücut Diyagramı	96

KISALTMALAR LİSTESİ

- ACR:** Amerikan Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology)
- ALVD:** Ağrı Lokalizasyonu Vücut Diyagramı
- APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
- BBCS:** Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu
- BDA:** Bedensel Duyumları Abartma
- BDAÖ:** Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
- BDE:** Beck Depresyon Envanteri
- BSSB:** Basit Somatik Semptom Bozukluğu
- DSM-IV:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Dördüncü Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition)
- DSM-5:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition)
- FMS:** Fibromiyalji Sendromu
- FSB:** Fonksiyonel Somatik Belirti
- FSS:** Fonksiyonel Somatik Sendrom
- HBS:** Huzursuz Barsak Sendromu
- KAS:** Kronik Ağrı Sendromu
- KHK:** Kronik Hastalıklı Kontrol
- KSSB:** Kompleks Somatik Semptom Bozukluğu
- KYS:** Kronik Yorgunluk Sendromu
- SB:** Somatizasyon Bozukluğu
- SCL-90R:** Symptom Check List-90Revised (Semptom Tarama Listesi-90'ın Revize Versiyonu)
- SF-36:** Kısa Form-36 Sağlık Taraması (Short Form-36 Health Survey)
- SK:** Sağlıklı Kontrol
- SSB:** Somatik Semptom Bozuklukları
- SY:** Semptom Yorumlama
- SYA:** Semptom Yorumlama Anketi
- SYA-Belirti Sayısı:** Semptom Yorumlama Anketi Belirti Sayısı Alt Ölçeği
- SYA-Normalize:** Semptom Yorumlama Anketi Normalize Alt Ölçeği

SYA-Psikolojize: Semptom Yorumlama Anketi Psikolojize Alt Ölçeği

SYA-Somatize: Semptom Yorumlama Anketi Somatize Alt Ölçeği

TAB: Tıbben Açıklanamayan Belirti

TAS-20: Toronto Aleksitimi Skalası

TAS-20 DDD: Toronto Aleksitimi Skalası Dışa Dönük Düşünme Alt Ölçeği

TAS-20 DSDG: Toronto Aleksitimi Skalası Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Ölçeği

TAS-20 DTG: Toronto Aleksitimi Skalası Duyguları Tanımada Güçlük Alt Ölçeği

TGG: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik

TYAD: Tıbbi Yardım Arama Davranışı

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

VAS: Visual Analogue Scale (Görsel Analog Skalası)

GİRİŞ

Hastalar bedensel belirtilerine yönelik yardım arayışları için hekimlere başvururlar. Hekimin bu aşamada ihtiyacı olan şey ise bu belirtileri anlamlı bir bütün halinde açıklamasını sağlayacak tanıyı koymaktır. Koyulan tanı objektif bir şekilde gözlenebilen bedensel bir anormalliğe dayanırken semptomlar ise hastanın bedeninde meydana gelen değişiklikler sebebiyle yaşadığı öznel deneyime dayanmaktadır. Ancak hekim hastanın bedensel belirtilerini açıklayacak organik bir hastalık bulamadığında ortaya ciddi bir sorun çıkar. Tanılama baskısı duyulmadığında bu belirtilerin anlaşılamayan, tıbben açıklanamayan, fonksiyonel belirtiler ya da somatizasyon belirtileri olarak isimlendirilmesinde herhangi bir sorun yoktur (Sharpe ve Carson, 2001). Sorunun başladığı nokta, konu ile ilgili boşluk ve belirsizlikler sebebiyle güncel literatürde “Fonksiyonel Somatik Sendrom” (FSS) olarak isimlendirilen bu belirtiler bütününe farklı disiplinlerde farklı uzmanlarca farklı tanılanması, dolayısıyla farklı tanınmasıdır. Sözgelimi, psikiyatri disiplini bu durum Somatoform Bozukluklar içerisinde ele alınırken tıp disiplini ise bu duruma dair tanıların doktorun uzmanlık alanına göre değişebildiği ve Fibromiyalji, Kronik Yorgunluk ya da Huzursuz Barsak Sendromu olarak tanılanabildiği görülür (Henningsen, Jakobsen, Schiltenwolff ve Weiss, 2005; Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke ve Sharpe, 2005).

Bu çelişkili ve belirsiz durumun ortaya çıkmasında, tanılama sistemindeki aksaklıkların yanında tıbben açıklanamayan pek çok klinik durumun psikolojik ve demografik özellikleri kadar nesnel belirtilerinin de ortak olması etkilidir (Barsky ve Borus, 1999). Nitekim bu alandaki çalışmaların, FSS olarak değerlendirilen ancak farklı tanımlar alabilen bu klinik durumların; aynı etiyolojik, patofizyolojik, nörobiyolojik, psikolojik mekanizmaları kullandıklarına dolayısıyla aynı bozukluk/hastalık grubu içerisinde değerlendirilmesi gerektiğine işaret ettiği vurgulanmalıdır (Schröder ve Fink, 2011).

Bu bağlamda en genel haliyle FSS’ları; klinisyenin fiziksel muayenesi ve tam teşekküllü bir tıbbi araştırma sonucunda tıbben saptanabilir bir patolojinin olmadığı; ancak hastanın somatik şikayetlerinin ve bu şikayetlere yönelik yoğun tedavi arayışlarının devam ettiği durumların tarifinde kullanılan bir kavram olarak ifade

edebiliriz (Fink, Rosendal ve Toft, 2002; Nimnuan, Hotopf, ve Wesseley, 2001). Ayrıca, bu klinik durumun etiyolojisi ve prognozu (hastalığın gidişatı) açısından psikolojik komponentin oldukça belirleyici olduğu kabul edilir (Greco, 2012).

Genel popülasyonda görülen yüksek somatik belirti oranına (%80-Pennebaker ve Epstein, 1983) rağmen bunların sıklıkla doktora başvurmayı gerektirmeden kaybolduğu ve dört kişiden birinin yardım arayışına girdiği görülmüştür (Green ve ark. 2001). Bu noktada şikayetin devam etmesi ve bunların bir yardım arama davranışına dönüşmesi önemlidir. Çünkü Lipowski (1988) gibi konuyla ilgili pek çok araştırmacı ve kuramcı herhangi bir belirtinin bedenselleştirme sayılabilmesi için bu belirtinin yorumlama, hastalığa atfetme ve yardım arama süreçlerinden geçerek klinisyene ulaşması gerekliliğine işaret eder. Bu açıdan asıl bedenselleştirmenin tıbbi ortamlarda aranması doğru bir yoldur.

FSS’da görülen klinik belirtilerin kendini sıklıkla ağrı olarak göstermesi FSS’un ağrı ve ağrılı rahatsızlıklar açısından çalışılabileceğine dair önemli bir ipucu sunar. Bu noktada ise ağrılı durumların birbirinden ayrıştırılması önemlidir. Akut ağrıdan farklı olarak ardında genellikle saptanabilir bir lezyon bulunmayan ve 3-6 aydan daha uzun süren ağrılar kronik ağrılar olarak değerlendirilir (Marcus, 2005). Ağrının süresi açısından herhangi bir fark olmamasına rağmen kronik ağrı sendromu “Ağrı/Hastalık Davranışları”nın primer belirti olarak tabloya eşlik etmesi sebebiyle kronik ağrıdan ayrılır (Çeliker, 2005). Litaratürde pek çok çalışma kronik ağrı sendromlu hastaların en önemli ağrı davranışlarından birinin sağlık hizmetlerini aşırı kullanma olduğunu vurgular ve bunu “Tıbbi Yardım Arama Davranışı” (TYAD) olarak kavramsallaştırır (Hartz ve ark. 2000).

Bu noktada, FSS’ların en iyi çalışılabileceği klinik durumların başında kronik ağrı sendromlarından “Fibromiyalji Sendromu” (FMS) ve “Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu” (BBCS) geldiği vurgulanmalıdır. Çünkü tıbbın açıklamakta yetersiz kaldığı her iki kronik ağrı sendromunun da gerek prognoz gerekse TYAD’nın primer semptomlardan biri olarak kabul edilmesi açısından FSS’ların prototipik bir örneğini yansıttığı düşünülmektedir. En genel haliyle FMS, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, yaygın vücut ağrıları ve halsizliğe ek olarak vücudun belli bölgelerinde hassas noktaların eşlik ettiği tipik bir kronik ağrı sendromudur (Nordahl ve Stiles, 2007). Bir başka kronik ağrı sendromu olan BBCS’nda ise, bel cerrahisi sonrası bel veya

bacak ağrıları geçmeyen bir grup tanımlanmaktadır (Çelik ve Çağlar, 2007). Bu grup hastada TYAD'nın primer bir semptom olduğuna dair doğrudan bulgular olmasa da bel ameliyatı öncesinde doktorundan ameliyat onayını alana kadar bel ameliyatı sonrasında da geçmeyen ağrıları sebebiyle tıpkı FMS hastalarında olduğu gibi bitmek bilmeyen bir yardım arayışlarına girdikleri söylenebilir. Bu bağlamda, FMS ve BBCS'unun FSS olarak adlandırılan aynı klinik görüngü içerisinde ele alınması gerektiğini savunan görüşün araştırmanın üzerine oturduğu en temel varsayım/önerme olduğu belirtilmelidir. Bu görüşü test etmek amacıyla da bu araştırmadaki çalışma grubunun FMS ve BBCS'nun bir arada ele alındığı FSS grubundan oluşması uygun görülmüştür.

Öte yandan, FSS'larda primer semptomlardan birinin TYAD olarak görülmesi, bu davranışın oluşmasında ve sürmesinde rol oynayan faktörlerin anlaşılmasını daha önemli hale getirmektedir. En genel haliyle bu hastalardaki TYAD'nın sebeplerini dışsal ve içsel olarak ikiye ayırabilmemiz mümkündür. Dışsal sebepler içerisinde de tıp sisteminde var olan “Batılı Dualistik” anlayış sebebiyle FSS'lu hastayla karşı karşıya kalan doktorun hastanın bir sonraki tıbbi başvurusunu arttıracak şekilde ya bu hasta için çok fazla tıbbi tetkik istemesi ya da belirtilerinin hayali olduğu imasıyla onu psikiyatriste yönlendirmesi gibi müdahaleler öne çıkar (Ünal, 2002).

Bu hastaların yoğun tıbbi tedavi arayışlarının içsel kaynaklarına baktığımızda ise karşımıza “aleksitimi” (Sifneos, 1973) kavramı çıkmaktadır. Kısaca aleksitimi; duyguların tanınmasında, ayırt edilmesinde ve ifade edilmesinde zorluğun olduğu bir kişilik örüntüsüdür (Taylor, 1991). Aleksitiminin bedenselleştirme sürecinde önemli bir değişken olduğunu savunanların geneli, aleksitiminin duygusal durumların yanlış bir şekilde bedensel bir belirti olarak yorumlanmasına sebep olduğu görüşünü paylaşır (Lumley, Neely ve Burger, 2007; Taşkın ve ark. 2007).

Bu noktada; aleksitiminin bir tür yorumlama hatasına sebep olduğu görüşü TYAD üzerindeki etkilerini bir takım bilişsel değişkenler üzerinden sağlayabileceğini düşündürmüştür. Bilişsel değişkenlerin bedenselleştirme sürecine etkisi açısından incelendiği iki temel önerme bulunur. Her iki önerme de bedenselleştirme sürecinde bireylerin semptomlarına dair değerlendirmelerinin önemine vurgu yapar. Bunlardan kökenini “Atıf Kuramı”ndan alan “Semptomların

Yorumlanması” hipotezi; herhangi bir bedensel belirti yaşandığında kişilerin bunlara dair ya normalize atıfları yaptıklarına ya da bu belirtileri ruhsal-bedensel anormal durumlara atfederek (somatize ve psikolojize) sorunlu algıladıklarına ve bedensel belirti ortaya çıkardıklarına dayanır (Robins ve Kirmayer, 1991). Bununla birlikte Bedensel Duyumları Abartma (BDA) hipotezi ise; bedenselleştirmeye eğilimli bireylerin, normal bedensel duyumlarını aşırı, abartılı ve zararlı bir biçimde algılamaya yatkın kişiler olmaları dolayısıyla daha fazla bedensel belirti ortaya çıkardıklarına dayanır (Barsky, Goodson, Lane ve Cleary, 1988).

Aslında yukarıda söz edilen tüm kavramların kronik ağrının nöromatriks teorisinde bütünleştirildiği söylenebilir. Çünkü teori, yukarıda anlatılanlar türünden bilişsel değişkenleri ağrı deneyiminin oluşmasında merkezi bir role koyarken aleksitimi gibi kişilik özelliklerini de yine bilişsel, algısal süreçlere etkisi bakımından oldukça önemli saymaktadır. Bu bağlamda, bu çalışmada iki farklı KAS’ndan oluşan FSS grubunun ağrı yaşantıları konuyla ilgili en güncel ve geçerli teorilerin başında gelen “Kronik Ağrının Nöromatriks Teorisi” kapsamında ele alınacaktır.

Yukarıda ifade edilen bilgiler ışığında bu çalışmanın amaçlardan bir diğeri, ağrının nöromatriks teorisi bağlamında FSS’lu hastaların TYAD’nın içsel kaynaklarından olan aleksitimi, semptom yorumlama ve bedensel duyumları abartma düzeylerinin TYAD üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesidir. Bunu gerçekleştirebilmek amacıyla FMS ve BBCS gibi iki farklı kronik ağrı sendromu grubundan elde edilen veriler ile hem tıbben açıklanabilir kronik bir hastalığı olan bireylerin hem de sağlıklı kontrol grubu verilerinin karşılaştırılarak araştırılması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, gerek bedenselleştirme sürecinde önemli olduğu düşünülen değişkenlerin özgün bir biçimde birarada FSS olarak ele alınarak daha önce çalışılmamış bir düzende TYAD üzerindeki etkilerine bakılması, gerek BBCS’unun psikolojik yönüne vurgu yapan çalışmaların ve bu grubu FMS grubu ile bir arada ve her iki tanı grubunu da FSS bağlamında ele alan çalışmaların olmayışı gerekse bu gruplardan ele edilen verilerin hem sağlıklı hem de tıbben açıklanabilir başka türden bir kronik hastalığı olan kronik hastalıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmasının çalışmanın önemini ortaya koyar nitelikte olduğu düşünülmektedir. Çalışmadan elde edilecek verilerin hem FMS ve BBCS gibi klinik görüngülerin FSS ortak dili ve anlayışıyla ele alınmasına hem de FSS’lu hastaların

daha önce üzerinde çok fazla çalışılmayan; ancak gerek toplumsal maliyeti ve tıp sistemine yaşattığı zorluklar gerekse hastaların sıkıntılarının odağında yer almasıyla hayli önemli olan TYAD'larının anlaşılmasına katkı sağlayarak bu hastalara yönelik müdahale programlarının başarısını arttırması beklenmektedir.

1. LİTERATÜR

Son yıllarda daha sık telaffuz edilmeye başlanan bir kavram olarak FSS’ların daha iyi anlaşılabilmesi bu klinik görüngünün hangi bakış açısı ve hangi temel önermeler ışığında ortaya çıktığının bilinmesini zorunlu kılar. Bu bölümde, öncelikli olarak var olan problemler ekseninde FSS’ların kavramsal kökenlerine, bu problemlerin çözümüne yönelik özellikle DSM 5 ile yapılması planlanan revizyonlara ve bu bilgiler ışığında FSS kavramının tercih edilmesinin sebeplerine ek olarak bu klinik görüngünün en belirgin özellikleri ile toplumdaki yaygınlığına değinilecektir. Ardından FSS en yaygın görülen semptomu olan ağrı bağlamında değerlendirilecek ve bir alt başlığı olan KAS’na yönelik temel kuramsal yaklaşımlar aktarılacaktır. Son bölümde ise bu klinik görüngünün prognozu ve sağlık sistemine yaşattığı zorluklar açısından son derece önemli olan TYAD’nı şekillendiren etmenler literatür bulguları ışığında tartışılacaktır.

1.1. Fonksiyonel Somatik Sendromlar

1.1.1.Fonksiyonel Somatik Sendromların Kavramsal Kökenleri

Özellikle son 30 yılda değer kazanmaya başlayan bir kavram olan “Fonksiyonel Somatik Sendrom” (FSS) günümüz klinik literatüründe gittikçe daha fazla dikkati çekmektedir (Nettleton, 2006). “Tıbben açıklanamayan belirti”, “fonksiyonel somatik belirti”, “somatizasyon” (bedenselleştirme), “belirli patoloji olmaksızın tıbbi belirti” gibi pek çok kavram organik bir hastalığın belirtilerin altında yatan sebeplerini açıklayamadığı durumların ifadesinde kullanılmaktadır (Fink, Rosendal ve Olesen, 2005). Tıbbi bir tanılama baskısı olmadığında hangi kavramla ifade edilirse edilsin herhangi bir çelişki söz konusu değildir. Bu farklı isimlendirişlerin hepsi klinisyenin fiziksel muayenesi ve tam teşekküllü bir tıbbi araştırma sonucunda tıbben saptanabilir bir patolojinin olmadığı; ancak hastanın

somatik şikayetlerinin devam ettiği durumları tarif etmek için kullanılmaktadır (Greco, 2012).

Ancak tıbbi bir tanılama baskısının varlığı, durumu tamamen değiştirmektedir. Doktorların ellerindeki tıbbi kanıtlara göre klinik pratikte sıklıkla yaptığı tanılama prognoz açısından hayli önemlidir. Çünkü bu durum doktora, alışkın olduğu düzende bir düşünme ve müdahale alanı sunar. Tıbbi tanı kriterleri kadar keskin olmasa da yapılabilecek müdahaleler de bellidir. Bu, doktorun hem konuyla ilgili bazı kavramları kullanabilmesi hem de müdahale şeklinin genel hatlarıyla belli olması sebebiyle iyi hissettiği bir süreçtir (Page ve Wessely, 2003). Ancak doktor hastanın bedensel belirtilerini açıklayacak organik bir hastalık bulamadığında ortaya ciddi bir sorun çıkar. Doktorların tıbbın tüm teknolojik olanaklarına rağmen objektif bir doku hasarı saptanamayan hastalara sıklıkla rahatsızlıklarının bedeninde değil ‘kafasında’ olduğu imasıyla onları psikiyatriye sevk etmeleri bu konudaki sorunun varlığını kanıtlar niteliktedir (Sayar, 2002; Ünal, 2002). Sözgelimi, kronik ağrısı tıbben açıklanamayan bir gruba kronik ağrısı tıbben açıklanamayan bir grubun doktorların açıklamaları açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, tıbben açıklanamayan grubun diğer gruba kıyasla belirtilerin ‘kafasında’ olduğu imasına anlamlı derecede daha çok maruz kaldıkları bulgulanmıştır (Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh, Wessely, 1998). Yaşanılan bu durum hastaları belirtilerinin ‘hayali’ olduğu imasıyla baş başa bırakmakta ve onları tedirgin etmektedir (Asbring ve Narvanen 2003; Lillrank, 2003). Bunun sebebi temel tıbbi bakış açısının zihin ve bedeni düalistik bir anlayışla ele alan biyomedikal model olmasıdır. Bu anlayış her olguda biyolojik, psikolojik ve toplumsal etkenlerin bir arada rol oynayabileceğini görmezden gelirken hastalıkların etiyojisinin tekil nedensellikleri içerisinde anlaşılabilirliğini savunur (Gardner, 2000).

Biyotıp uygulamasında var olan bu zihin-beden ayrılığının izleri tanılamada da karşımıza çıkar. Aynı klinik duruma dair tıbbi ve psikiyatrik/psikolojik tanımlar ve tanımlamalar arasındaki farklılıklar duruma dair karmaşanın önemli bir göstergesidir (Mayou ve ark. 2005). Duruma psikiyatrik açıdan yaklaşıldığında bu türden FSS’lerin psikopatolojinin özel bir kategorisi olan “Somatoform Bozukluklar” (SB) ana başlığı içerisindeki 7 farklı tanı kategorisi üzerinden ele alındığı görülür. Bunlar Somatizasyon Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriyazis, Beden

Dismorfik Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk ve Başka Türlü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk'tur (APA, 2000). Hem DSM-IV'de hem ICD-10'da yer alan SB tanı kategorilerine yakından bakıldığında, durumun "ne olmadığı" (örneğin tıbbi bir hastalık) üzerinden tanımlanmaya çalışıldığı dikkati çeker. Bu bağlamda Kirmayer (1999) bu tanı kategorilerinin FSS'lerin belirsiz doğasını ayrı bir psikopatoloji tanısının kesinliğine dönüştürdüğünü belirtmektedir.

Öte yandan bu belirtileri SB içerisinde tıbbi bir rahatsızlık olmamaları üzerinden ele almanın işaret ettiği iki temel anlayışın vurgulanması önemlidir. Bunlardan birincisi; zihin ve beden birbirinden tamamen ayrıdır ve bedensel belirtilerin tek başına psikolojik ya da tek başına biyolojik sebeplere atfedilerek açıklanmasında herhangi bir sakınca yoktur. İkincisi ise; psikolojik olana kıyasla biyolojik yani tıbbi olan hastalık anlamında daha meşrudur (Kirmayer, 1988; Kirmayer ve ark. 1994; Kirmayer ve Taillefer, 1997). Tüm bunlar klinik görüngülere zihin-beden düalizmiyle yaklaşılmasının psikolojiyi tıptan uzaklaştırdığı şeklinde yorumlanabilir (Bunge, 2010). Nitekim, APA (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) DSM IV'ün giriş bölümünde bu duruma dair bir özeleştiri yapmakta ve şu ifadeleri kullanmaktadır:

...Maalesef ki zihinsel bozukluklar terimi 'zihinsel' ve 'fiziksel' rahatsızlıkların ayrılığına yaptığı vurgu ile zihin beden düalizminin indirgemeci anlayışını yansıtmaktadır. Konuyla ilgili pek çok literatür bulgusu da her zihinsel bozuklukta daha fazla fiziksel, her fiziksel rahatsızlıkta da daha fazla zihinsel bileşen olduğunu ortaya koyar. Bu noktada problemi doğuran ise; zihinsel bozukluklar terimi yerine uygun başka bir kavram bulunamaması sebebiyle DSM-IV'te de aynı kavramın kullanılıyor olmasıdır (xxi)¹.

FSS'lerin SB içerisinde tanımlanmasına dair eleştirilerin önemli bir bölümü de bu tanı kriterlerinin kullanım yaygınlığına yöneliktir (Fink ve ark. 2005; Wise ve Birket-Smith, 2002). Pek çok araştırmacı FSS'ın "Somatoform Bozukluklar" başlığı altında değerlendirilen 7 farklı tanı kategorisi üzerinden tanımlanmasını bütünün parçalara bölünmesi olarak görmekte ve dolayısıyla bu tanı kategorisinin FSS'ların

¹ American Psychiatric Association (APA), 2000, Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc.

linik pratikteki yaygınlığını tam olarak yansıtmadığını düşünmektedir (Barsky, Wyshak, Klerman, 1990a; Fink, 2000; Grassi ve ark. 2007; Mayou, 2000).

SB tanı kriterlerine yönelik bir başka eleştiri de bu tanı kriterlerinin tanımlanmasında asıl vurgunun belirti sayısı ve şiddetine yönelik olduğu; ancak bu tanıların klinik yansımalarında oldukça önemli olan “Hastalık Davranışlarına” yeteri kadar vurgu yapılmadığıdır. Bu görüştekiler, bu tanı grubundaki hastaların hastalık davranışlarının geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış standart testlerle değerlendirilmesi gerektiğini; ancak bu yolla klinik manada işlevsel bir bilgi elde edilebileceğini iddia etmektedir (Wise ve Birket-Smith, 2002).

Öte yandan FSS’ların DSM IV-TR’de tanılanmasına yönelik bir başka sorun ise bu türden FSS’ların depresyon ve anksiyetenin farklı görünümüleri olarak ortaya çıkabilmesi durumudur. Bu bakış açısının en ileri ucunda FSS’un bir tür “Duygu Durum Bozukluğu” olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunanlar bulunur. Bu araştırmacılar sıklıkla; FSS, depresyon ve anksiyetenin yüksek birlikteliğine işaret eden çalışmaları kendi görüşlerine bir kanıt olarak sunar (Aggarwal, McBeth, Zakrzewska, Lunt ve Macfarlane, 2006; Haug, Mykletun ve Dahl, 2004). Ancak konuyla ilgili düşüncelerini; FSS, depresyon ve anksiyete birlikteliğinin sanıldığı kadar yüksek olmadığına (Löwe ve ark. 2008; Creed ve ark. 2008) ve FSS’ın prognozundaki iyileşmenin depresyon ve anksiyetede ki iyileşmeden bağımsız seyrettiğine (Kroenke, 2007) dayandıran araştırmacılar ise FSS’ın ayrı bir klinik görüngü olduğunu ve depresyon ve anksiyetenin FSS’a ikincil olarak ortaya çıktığını savunur (Dimsdale ve Creed, 2009). Bunlarla birlikte duruma daha farklı bir açıdan yaklaşan De Waal ve arkadaşlarına göre (2004) somatik belirtiler depresyon ve anksiyete durumlarında da sıklıkla görülmekte; ancak bunların genelde sadece SB tanı grubu içerisinde değerlendirilmesi var olan depresyon ve anksiyete durumlarının sıklıkla gözden kaçmasına sebep olmaktadır (De Waal, Arnold, Eekhof ve Hemert, 2004).

Bu noktadaki bir diğer eleştiri de SB tanı kategorisinin gerek tıp gerekse psikiyatri alanında yaygın kabul görmemesine yöneliktir. Bu görüştekiler, aynı klinik duruma dair tanıların psikiyatri ve tıp pratiğinde farklılaşmasını kendi görüşlerine kanıt olarak sunarlar. Çünkü onlara göre SB tanı kategorisi bu klinik görüngünün ele alınmasında gerekli çerçeveyi sunarak yeterli kullanım yaygınlığına ulaşmış olsa idi,

aynı klinik durumun farklı disiplinlerde farklı isimlendirilmesi durumuyla karşılaşılmazdı (Bass, Peveler ve House, 2001; Sharpe ve Mayou, 2004).

FSS bağlamında değerlendirilen bu sendromlar temel olarak; sırt, bel, baş ve eklem ağrıları, güçsüzlük, yorgunluk, uyku bozuklukları, bağırsak problemleri, huzursuzluk, hissizlik, karıncalanma, sersemlik, baş dönmesi ve konsantrasyon bozukluğu gibi bir dizi belirtiyi paylaşırlar (Robins, Kirmayer ve Hamami, 1997). Tıbbi ortamda bu türden Fonksiyonel Somatik Belirtili bir hastayla karşılaşıldığında ise psikiyatrik tanılardan bağımsız olarak koyulan tanı sıklıkla eşlik eden ana belirtiyeye ve doktorun uzmanlık alanına göre değişmektedir (Wessely, Nimnuan ve Sharpe, 1999). Buna göre aynı FSS'lu hastayla karşılaşan bir fizik tedavi uzmanı tanısını Fibromiyalji Sendromu (FMS) ya da Temporomandibular Bozukluk olarak koyarken dahiliye uzmanı Kronik Yorgunluk Sendromu, Gastroentroloji uzmanı Huzursuz (İrritabl) Barsak Sendromu, Diş hekimi ise Bruksizm olarak koyabilir (Fink ve Rosendal, 2008; Mayou ve Farmer, 2002).

Yapılan çalışmalar FMS tanısı alan hastaların %70'inin aynı zamanda Kronik Yorgunluk Sendromu tanı kriterlerini, Kronik Yorgunluk Sendromu tanısı alan hastaların %35 ile %70 oranındaki bölümünün aynı zamanda FMS tanı kriterlerini karşıladığını gösterir (Buchwald ve Garrity, 1994). Öte yandan tanılar arasında görülen bu birlikte görülme durumunun ana belirtiler açısından bile benzer seyrettiğini bulgulayan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Amerikan Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology-ACR) kriterlerine göre FMS'nin ana belirtilerinden biri olan vücudun değişik anatomik bölgelerinde ağrıya hassas noktaların sayısının FMS, Kronik Yorgunluk Sendromu ve Temporomandibular Bozukluk tanılarına göre farklılaşmadığı pek çok kez bulgulanmıştır (Aaron, Burke ve Buchwald, 2000; Chang, Mayer, Johnson, FitzGerald ve Naliboff, 2000).

Özetle yukarıda ifade edilen tüm araştırma bulguları ve klinik gözlemler konuyla ilgili kavramsal ve terminolojik belirsizliğin bulunduğu işaret etmektedir. Var olan bu belirsizliğin FSS'lu hastaların tanımlanması ve ele alınması aşamasında yaptığı karıştırıcı etki göz önüne alındığında konuyla ilgili çalışmaların önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

1.1.2. Dsm 5 ve Tanılamaya Yönelik Yenilikler

FSS'ların tanılanması ve tanımlanmasına yönelik yoğun bakış açısı farklılıklarına rağmen bu klinik görüngülere yönelik yeni bir anlayışa ihtiyaç olduğu konusunda hemen herkes fikir birliği içerisinde (Kroenke, 2006). Bu konudaki beklentilerin odağında ise 2013 yılı içinde yayımlanması planlanan DSM 5 ile gelecek revizyonlar yer alır (Kroenke, Sharpe ve Sykes, 2007; <http://www.dsm5.org>). DSM-IV TR'nin en önemli özelliklerinden biri araştırma bulgularına ağırlık tanıyan yapısının yüksek düzeydeki eş tanıya (komorbidite) imkan vermesidir (Şar, 2010). Ancak bu durumun gerek klinik manada gerekse araştırma bazında önemli bir sorun yarattığı çokça tartışılmıştır (Soler ve Okkes, 2012). Bu sebeple DSM 5 ile yapılacak revizyonların klinik deneyimlere daha fazla önem verilmesine ve eş tanının azaltılmasına odaklanacağı beklenmektedir. Nitekim APA'nın belli zaman aralıklarıyla yayımladığı DSM 5 taslakları bu konudaki beklentilerin dikkate alındığını göstermiştir (Şar, 2010; <http://www.dsm5.org>). Bu bağlamda APA'nın gerek ilk üç eksenin birleştirilmesine yönelik gerekse klinik işlevselliğini yitirmiş belli alt kategorilerin ortadan kaldırılmasına yönelik çabalarının bu tutumu destekler nitelikte olduğu söylenebilir (Şar, 2010).

DSM 5'te yer alan bu yeni anlayışın izlerini "Somatoform Bozukluklar" (SB) tanı grubunda da görmemiz mümkündür. Bu noktada daha önce ayrıntılı olarak bahsedilen DSM IV-TR'deki SB tanı kategorisine yönelik eleştirilerin temelini kısaca özetlememiz yerinde olacaktır. Bunlardan birincisi hem tıbbi hem de psikiyatri kliniklerinde sıklıkla görülen ve tıbben açıklanamayan belirtiler ekseninde seyreden pek çok klinik durumun her iki disiplin açısından farklı tanılanmasıdır (Sykes, 2012a). Yapılan klinik gözlemler ve çok sayıdaki bilimsel çalışma tıbben açıklanamayan belirtilerle seyreden bu klinik görüngünün psikiyatri pratiğinde SB içerisinde tanılanırken, tıp pratiğinde ise genel itibarıyla Fibromiyalji Sendromu, Huzursuz Barsak Sendromu vb. kavramlarla tanılandığına işaret etmektedir (Brown, 2007; Mayou ve ark. 2005). İkinci temel eleştiri ise; DSM IV-TR'nin SB tanı grubu için temel kriter olarak gördüğü "Tıbben Açıklanamayan" ifadesine yöneliktir. Bu konuda yer alan eleştirilerin odağında ise daha önce de belirtildiği gibi; psikiyatrik bir tanı kategorisinin "ne olmadığı" gibi negatif bir tanı kriteri üzerinden tanılanması

yerine o bozukluğun “ne olduğunu” belirtecek pozitif bir kriterle tanılanması gerekliliği yatar (Sykes, 2012a-b).

Şu ana dek APA tarafından yayımlanan DSM 5 taslaklarında konuyla ilgili ilk değişikliklerin belli alt kategorilerin birleştirilmesi ve yeniden isimlendirilmesine yönelik olduğu dikkati çekmektedir. Bu bağlamda DSM IV-TR’de yer alan SB tanı grubu DSM 5’de “Somatik Semptom Bozuklukları” (SSB) olarak isimlendirilmektedir. Farklı isimlendirilişin dışında bu konuda yapılan en önemli değişiklik Fibromiyalji Sendromu gibi tıp pratiğinde sıklıkla karşılaşılan tıbben açıklanamayan klinik durumlardan, psikolojik faktörlerin baskın olduğu durumların SSB başlığı altında ele alınıyor olmasıdır. Buna göre SSB “Basit” ve “Kompleks” olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmakta ve sözelimi sadece gastrointestinal semptomların var olduğu Huzursuz Barsak Sendromlu bir hasta “Basit Somatik Semptomlu” olarak ifade edilirken gastrointestinal belirtilere duygu, düşünce, davranış düzeyindeki hastalık davranışlarının eşlik ettiği Huzursuz Bağırsak Sendromlu bir hasta ise “Kompleks Somatik Semptomlu” olarak ifade edilmektedir. Öte yandan bu farklı bakış açısı DSM’nin çok eksenli değerlendirilmesinde de bir takım değişikliklere sebep olmuştur. “Basit Somatik Semptom Bozukluğu” (BSSB) sadece eksen üçte “Genel Tıbbi Durum” başlığı altında değerlendirilirken “Kompleks Somatik Semptom Bozukluğu” (KSSB) ise hem eksen üçte “Genel Tıbbi Durum” başlığı altında hem de eksen birde KSSB başlığı altında değerlendirilmektedir. Yani psikolojik faktörlerin baskın olduğu bir “Huzursuz Barsak Sendromu” hastasının durumu eksen üçteki “Genel Tıbbi Durum”da “Huzursuz Barsak Sendromu” olarak ifade edilirken eksen birde KSSB olarak ifade edilmektedir.

Psikolojik faktörlerin baskın olduğu durum olan KSSB tanı kategorisine yakından baktığımızda bu tanı kategorisinin DSM IV-TR’deki Somatizasyon Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, Hipokondriyazis, Ağrı Bozukluğu tanılarını kapsadığı karşımıza çıkar. Bu tanının konması için gerekli kriterler ise; gündelik yaşam işlevselliğini bozan en az bir somatik belirtinin varlığı (A kriteri), bu belirtilerle ya da sağlıkla ilgili aşırı meşguliyeti gösteren duygu, düşünce ve davranış örneklerinden en az ikisinin bulunması (B kriteri) ve bu durumun en az altı aydır kronik bir şekilde devam ediyor olması (C kriteri) olarak belirlenmiştir. Daha spesifik bir tanılama içinse 3 tane ek kriter düşünülmüştür:

Somatik belirtilerin baskın olduğu (eski somatizasyon bozukluğu), sağlık anksiyetesi baskın olan (eski hipokondriyazis) ve ağrının baskın olduğu (eski ağrı bozukluğu). Öte yandan SB'lara yönelik DSM 5 çalışma grubu; "Konversiyon Bozukluğu"nun "Fonksiyonel Nörolojik Bozukluk" olarak isimlendirilerek "Dissosiyatif Bozukluk" sınıfında değerlendirilmesi gerektiğini önerirken (Brown, 2007; Şar, 2006) "Beden Dismorfik Bozukluğun" ise "Anksiyete Bozuklukları" içerisinde değerlendirilmesi gerektiğini önermektedir (Şar, 2010).

Sonuç olarak, DSM 5 ile FSS bağlamında yapılan bu yeni formülasyonun; klinik pratiği yansıtmayan tanıların yeniden gözden geçirilmesi ve psikiyatri ile tıp disiplinlerinin konuyla ilgili ortak bir anlayış geliştirmeleri yönündeki çabaları sebebiyle daha önce var olan formülasyona yönelik bir takım sıkıntıları çözmeye aday olduğu ortadadır (Sykes, 2012a).

1.1.3. Fonksiyonel Somatik Sendrom Kavramının Tercih Edilmesi

Fonksiyonel Somatik Sendrom'lu (FSS) hastaların pek çok farklı kliniğe başvurmaları bu hastalara dair disiplinler arası ortak bir sınıflama ve isimlendirme yapılmasının önemini bir kat daha arttırmaktadır. Çünkü daha önce de ifade edildiği gibi bu hastalar sıklıkla psikiyatri kliniklerinin dışındaki tıp kliniklerine başvurmakta ve belirtilerinin "tıbbi" açıklamasını yapabilecek doktoru aramaktadırlar (Brown, 2007; Salmon, Dowrick, Ring ve Humphris, 2004). Pek çok araştırmacının hem sınıflama sistemlerinin bu konudaki yetersizliği hem de bu hastaları ortak bir isimde toplamaya yönelik istekleri sebebiyle bu gruba dair herhangi bir tanıya işaret etmeyen daha genel kavramları tercih ettikleri söylenebilir (örn., Houdenhove, 2003; Fink ve Rosendal, 2008). Bu hastaları tanımlar üzeri bir bakışla genel kavramlar üzerinden ele almak isteyen klinisyen ve araştırmacıların konuyla ilgili fikir birliğine rağmen kullanılacak kavramlar konusunda aynı görüşü paylaştıkları söylenemez. Bu bağlamda ise karşımıza literatürde sıklıkla kullanılan iki kavram çıkar: Tıbben Açıklanamayan Belirti'ler (TAB) ve FSS'lar.

Konuyla ilgili araştırmacıların bu kavramlardan hangisini kullanmayı tercih ettiğinin bu klinik görüngüyü nasıl ele aldığı konusunda önemli ipuçları sunduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda literatürde "FSS" kavramının "TAB" kavramına göre

bir takım üstünlükleri olduğu ortaya atılmıştır (Fink ve Rosendal, 2008). Bu görüşteki araştırmacıların önemli bir bölümü TAB kavramını zihin-beden dualizmine yaptığı vurgu üzerinden eleştirmektedir. Onlara göre bu klinik durumu tıbbi bakış açısını dışarıda bırakacak şekilde TAB olarak ifade etmek biyopsikososyal anlayışa aykırıdır ve böyle kompleks bir durumun indirgemeci bir anlayışla ele alınmasının sunacağı katkı da sınırlı olacaktır (Fink ve Rosendal, 2008). Bu indirgemeci anlayışın aynı zamanda güncel literatür bilgilerine uygun olmadığı da öne sürülmektedir. Çünkü bu klinik görüngülerde psikolojik faktörlerin öneminin yanında bir takım fizyolojik değişikliklerin de görüldüğüne işaret eden çalışmaların sayısı hiç de az değildir (Sharpe ve Carson, 2001; Brown, 2007). Dolayısıyla tıbbi bakış açısını dışarıda bırakacak her türlü anlayışın da bir yönü eksik kalacaktır.

Bu hastaların ilk etapta psikiyatri kliniklerinden çok birincil sağlık hizmetlerini kullandıkları düşünüldüğünde ise farklı branşlardan doktorların bu hastaları nasıl sınıflandırdıklarının önemi ortaya çıkmaktadır (Mayou ve ark. 2005). Bu bağlamdaki eleştiriler ise, TAB kavramının doktorların elindeki açıklamaların ve yöntemlerin yetersizliğine vurgu yapması sebebiyle onları pasif konuma düşürdüğüne yöneliktir. Bu aşamada doktorlar TAB kavramının kullanımını “Eğer bir durum tıbben açıklanamaz dolayısıyla ‘müdahale edilemez’ ise bu aşamada doktorun yapacağı herhangi bir şey yoktur” şeklinde yorumlayabilir. Oysaki pek çok araştırmacı bu klinik durumun yönetiminde birincil sağlık hizmeti hekimlerinin de aktif katılımının önemine vurgu yapmaktadır (Aiarzaguena, Grandes, Salazar, Gaminde ve Sanchez, 2008).

Öte yandan bu hastaları FSS olarak değerlendirmek ise tam tersi bir sonuç doğurur. Bu noktada vurgulanması gereken nokta “Fonksiyonel” kavramıdır. Çünkü bu kavram hem psikolojik hem de fizyolojik bağlamda sıklıkla işlevin yerine geldiği süreçlere işaret etmektedir. Bu kavramın her iki disiplin açısından da bir anlam ifade etmesi aynı klinik durumun biyopsikososyal olarak ele alınabilmesini kolaylaştırıcı bir faktör olarak dikkati çeker. Dolayısıyla bu klinik durumu kendisine yabancı olmayacak bir şekilde “Fonksiyonel” kavramıyla ifade eden bir doktor kendisini sürecin dışında görmeyerek pasif konuma düşmeyecektir.

Durumun hasta açısından ele alınması da çarpıcı sonuçları ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamdaki eleştirilerin önemli bir bölümü TAB kavramının

hastalara verdiği örtük mesajlar üzerinedir. Buna göre FSS’lu bir hastanın TAB olarak tanımlanması hasta tarafından belirtilerinin ‘kafasında’ olduğu şeklinde bir imanın algılanmasına sebep olabilir. Buna paralel olarak da hastalar TAB kavramını ve yaklaşımını yoğun bir şekilde aradıkları tıbbi tanı için bir tür ‘bariyer’ olarak görerek öfkelenebilir (Creed ve ark. 2010). Ya da tam tersi, bu hastalar içinde bulunduğu durumun güncel tıp bilgisiyle net olarak açıklanamamasını ileri araştırmalarla açıklanabileceği şeklinde algılayarak ısrarlı tıbbi tanı ve yardım arayışlarına devam edebilir (Greco, 2012). Bu bağlamda her iki kavramın hastalar açısından nasıl algılandığını araştıran bir çalışmanın sonuçlarının yukarıda ifade edilenleri destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Stone ve arkadaşları (2002) tarafından genel hastane popülasyonuyla yapılan çalışmada, hastaların doktorların belirtileri için TAB veya FSS demelerine göre değişen rahatsızlık düzeyleri incelenmiştir. Sonuçlar hastaların FSS kavramını TAB’a göre çok daha az rahatsız edici algıladıklarına işaret etmektedir.

Özetle pek çok çalışma bu grup hastanın tanımlanmasında disiplinler arası ortak bir sınıflama ve isimlendirme yapılmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu görüşü ortaya atanların en önemli dayanağını ise yukarıda da ifade edildiği gibi bu hasta grubunun günümüz tanılama sistemlerince ifade edilmesindeki eksiklikler oluşturur. Her ne kadar DSM 5 ile birlikte yapılması planlanan revizyonlar var olan tanılama sistemindeki en temel problemlerin çözümü noktasında umut vaat edici olsa da bu değişikliklerin sağlıklı bir değerlendirmesini yapabilmek için klinik pratikten gelecek bilgilere ihtiyaç olduğu ortadadır. Dolayısıyla var olan durumun bu çalışmada tanımlar üzerinden değerlendirme yapılmasından çok klinikte daha yaygın kabul gören kavramlar ve durumlar üzerinden değerlendirme yapılmasına neden olduğu söylenebilir. Öte yandan bu hasta grubunun hangi genel kavramla ifade edilmesinin daha yerinde olacağına dair kararın verilmesinde yine literatürden gelen bilgiler etkin rol oynamıştır. Konuyla ilgili elde edilen veriler ve araştırmacıların görüşleri FSS kavramının kullanımının TAB kavramının kullanımına göre hem hastalar hem de klinisyenler açısından bir takım avantajları içinde barındırdığını düşündürmektedir. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada tıbbi göstergelerin tablonun bütününe açıklamakta yetersiz kaldığı ve tıp pratiğinde “Kronik Ağrı Sendromu”

olarak değerdendirilen FMS ve BBCS'unun herhangi bir tanılama hedefi güdümeden "Fonksiyonel Somatik Sendromlar" başlığı altında ele alınması uygun görülmüştür.

1.1.4.Fonksiyonel Somatik Sendromların Belirtileri ve Sıklığı

Epidemiyolojik çalışmalar toplumda en sık görülen bedensel belirtilerin ağrı ve yorgunluk olduğunu göstermektedir (Katon ve ark. 2001). Genel popölasyonla yapılan çalışmalarda ise katılımcıların %80'inin son bir ay içerisinde bir ya da daha fazla somatik belirti gösterdikleri bulgulanmıştır. Ancak bu belirtilerin sıklıkla doktora başvurmayı gerektirmeden kendiliğinden kaybolduğı ve dört kişiden birinin tıbbi yardım arayışına girdiğı görülmüştür (Green ve ark. 2001). Yine genel popölasyon üzerinde yapılan bazı çalışmalarda ise katılımcıların her hafta en az bir belirti yaşadıkları; ancak bunların %90'ını doktora götürmeye değerd görmedikleri ortaya konmuştur (Kirmayer, 1999). Bu bilgiler bizi, Lipowski'nin (1988) bedensel bir semptomun klinik manada bedenselleştirme sayılabilmesi için yardım arayışının gerekliliğine işaret eden görüşlerine götürür. Ona göre önemli olan bu belirtilerin hastalığa yönelik atıfları da içine alan bir takım bilişsel süreçlerden geçerek klinisyene ulaşmasıdır.

Lipowski'den seneler sonra günümüz araştırmacıları aynı görüşü paylaşırlar. Daha üst başlıkta "Hastalık Davranışı" (Fordyce, 1986) olarak kavramsallaştırılabilecek bu yardım arama sürecinin FSS'ların anlaşılmasındaki anahtar rolü pek çok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır (Fink ve ark. 2005). Hatta daha sonra ayrıntılarıyla bahsedilecek olan bu hastalık davranışının tanılamada da temel bir rol oynaması gerektiğini savunanlar hiç de az değildir (örn., Brown, 2007). Nitekim APA da DSM 5'de FSS'ların tanılanmasında hastalık davranışlarına verdiği kritik rol ile bu yöndeki eleştirileri dikkate aldığını göstermiştir (bknz. böl. 2.1.2.). Bu hastaların yardım arayışlarının sıklıkla tıbbi yardım almaya yönelik olduğunun dikkate alınması ise asıl FSS'ların tıbbi ortamlarda aranmasının doğru bir yol olduğunu düşündürmektedir.

Bu bağlamda FSS'ların tıbbi ortamlarda görülme sıklığına dair çalışmalar bu klinik görüngünün yaygınlığı açısından çarpıcı bulgular ortaya koymaktadır.

Nimnuan ve arkadaşları (2001) İngiltere'deki yedi kliniğe başvuran yaklaşık 600 hasta ile yürüttükleri çalışmada, bu hastaların ortalama yarısında (%52) Fonksiyonel Somatik Belirtilere (FSB) rastlandığını bulgulamıştır. Ek olarak FSB'ler diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak kadınlarda ve gençlerde daha fazla görülmüş; ancak konuyla ilgili diğer araştırmaların aksine FSB gösteren hastalarda daha fazla psikiyatrik morbidite görülmemiştir (Nimnuan ve ark. 2001). Hastaneye sık başvuran 361 hastanın kayıtlarının incelendiği bir başka çalışmada ise bu hastaların yaklaşık üçte birinin FSB'lere sahip olduğu gösterilmiştir. Bu grupta en sık görülen FSB'ler ise karın, göğüs, baş ve bel ağrısı olmuştur (Reid, Wessely, Crayford ve Hotopf, 2001). Yine Reid ve arkadaşlarının (2003) bu kez 3 yıllık bir izlem sürecinin sonunda gerçekleştirdikleri boylamsal çalışmanın sonuçları ise bu hastaların birincil ve ikincil sağlık hizmetlerindeki doktorlara başvuruları üzerinden tanımlanan tıbbi yardım arayışlarının oldukça yüksek olduğunu ve bu durumun 3 yıllık süreçte herhangi bir değişim göstermediğini ortaya koymuştur. Öte yandan konuyla ilgili araştırmaların geneliyle uyumlu olarak bu hastaların büyük bir çoğunluğunda (%69) psikiyatrik hastalık saptanmıştır (Reid, Wessely, Crayford, Hotopf, 2003). Feder ve arkadaşları (2001) çok sayıda FSB ile hastaneye başvuran 172 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında ise, FSB gösteren hastaların psikiyatrik hastalık oranlarının genel popülasyona oranla iki kat daha fazla olduğunu bulgulamışlardır. Bu çalışmada kadın olmak, ileri yaş, düşük sosyoekonomik seviye ve tek başına yaşıyor olmak FSB açısından risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Yine pek çok çalışmayla uyumlu olarak Steinbrecher ve arkadaşları da (2011) FSS ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasında yüksek komorbiditenin (%43.2) varlığına işaret etmiş ve özellikle depresyon ve anksiyeteyi bu hastaların şikayetlerinin kronikleşmesine etkisi açısından önemli risk faktörleri olarak göstermiştir.

Görüldüğü üzere pek çok çalışma FSS'larda en önemli risk faktörlerinin başında psikiyatrik komorbiditeyi göstermektedir. Ancak daha yakından bakıldığında bu araştırmaların genelinin yüksek psikiyatrik komorbiditeyi depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerinden çalıştıkları görülür (Creed ve ark. 2008; Lieb, Meinlschmidt ve Araya, 2007; Löwe ve ark. 2008). Daha önce de bahsedildiği gibi bu durum klinisyenlerin ve araştırmacıların bir kısmı tarafından FSS'ların bir tür duygu durum

ya da anksiyete bozukluğu olduğu ve bu sebeple FSS'ların depresyon ve anksiyeteye aynı spektrum içerisinde değerlendirilmesi gerektiği şeklinde yorumlanmaktadır (Aggarwal ve ark. 2006; Haug ve ark. 2004). Konuyla ilgili düşüncelerini; FSS, depresyon ve anksiyete bozukluklarının yüksek birlikteliğine rağmen FSS'ın prognozundaki iyileşmenin depresyon ve anksiyetede ki iyileşmeden bağımsız seyrettiğine dayandıran araştırmacılar ise (örn., Kroenke, 2007) FSS'ın ayrı bir klinik görüngü olduğunu ve depresyon ve anksiyetenin FSS'a ikincil olarak ortaya çıktığını savunur (Dimsdale ve Creed, 2009; Shidhaye, Mendenhall, Sumathipala, Sumathipala ve Patel, 2013). Nitekim ikiz çalışmalarından gelen bilgiler de bu bulguları destekler niteliktedir. Kato ve arkadaşlarının (2009), İsveç'te çok sayıda ikizle telefonla yapılan görüşmelerden elde ettikleri bilgiler ile yürüttükleri çalışmada, konuyla ilgili diğer çalışmalarla uyumlu olacak şekilde FSS'lar ile depresyon ve anksiyete bozukluklarının yüksek birlikteliği bulgulanmış; ancak yürütülen daha ileri analizlerle bunların birbirinden farklı klinik görüngüler olduğu sonucuna varılmıştır (Kato, Sullivan, Evengard ve Pedersen, 2009). Nörolojik görüntüleme teknikleri kullanılarak yapılan çalışmalarla da benzer yönde bulgular elde edilmiştir. Buna göre sadece FMS'lu vakaların beyinlerinde uyaranların duysal şiddetinin algılanmasından sorumlu beyin bölgelerinin (birincil ve ikincil somatosensoriyel korteks, arka insula ve talamus) aktive olduğu görülürken FMS ile komorbid depresyonu bulunan vakalarınsa bu bölgeye ek olarak ağrının duysal olarak işlenmesinden sorumlu beyin bölgelerinin (amigdalave ön insula) aktive olduğu görülmüştür (Diatchenko, Nackley, Slade, Fillingim, Maixner, 2006; Giesecke ve ark. 2005). Bu bulgular beyinde ağrı ve duysal büyütme yönelik bölgelerin duygu durum ve duygulanımdan sorumlu bölgelerden farklı olduğunu ve bu etiyolojik farklılık sebebiyle de FSS ile depresyon ve anksiyete bozukluklarının birbirinden farklı klinik görüngüler olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak; genel popülasyonda bedensel belirtiler hayli sık görünmekte ancak bunların yalnızca küçük bir kısmı için kişiler yardım arayışına girmektedir. Bedensel belirtileri için yardım arayışına giren bu kişilerin büyük çoğunluğunu ise belirtileri için tıbbi bir açıklama bulunamayan FSS'lu hastalar oluşturur. Bu hastalar hem birincil hem de ikincil sağlık hizmetlerini aşırı kullanırlar. Hastaneye

başvuruların yaklaşık üçte birlik kısmını oluşturan bu hastalar doktorlarını hem yıldırmakta hem de hayal kırıklığına uğratmaktadır. Öte yandan yoğun sağlık sistemi kullanımlarına rağmen bu hastalar da kendilerine sunulan bakımdan memnun olmamaktadırlar. Bu özellikleri FSS'lu hastaları sağlık sisteminin en önemli problemlerinden biri haline dönüştürür. Yapılan çalışmalarda, bu hastalar için kadın olmanın, düşük sosyoekonomik seviyenin, ileri yaşın ve psikiyatrik komorbiditenin en temel risk faktörleri olduğu gösterilmektedir. Bu risk faktörleri içerisinde gerek FSS ile yüksek komorbiditesi gerekse FSS'ların prognozu açısından önemli bir değişken olabileceği yönündeki görüşler sebebiyle depresyon ve anksiyete önemli bir yere sahiptir. FSS ile depresyon ve anksiyete bozukluklarının yüksek komorbiditesi bazı araştırmacılar tarafından bu üç klinik görüngün ortak bir spektrumda değerlendirilmesi gerektiği şeklinde yorumlansa da literatürdeki hakim görüş bunların farklı klinik görüngülere işaret ettiği yönündedir.

2. FONKSİYONEL SOMATİK SEMPTOMLAR VE AĞRI

Daha önce de bahsedildiği gibi ağrı hem normal popülasyonda hem de hasta popülasyonunda yoğun olarak görülen belirtilerin başında gelir. Bu bağlamda bu iki grubu birbirinden ayıran en önemli nokta ise bu belirtilerin klinisyene ulaşım sağlamadığıdır. Bu da bizi FSS'lara götürür. Çünkü FSS'lu hastaların en yaygın ve tutarlı belirtilerinin başında ağrı gelir (Aaron ve Buchwald, 2001; Nimnuan ve ark. 2001) ve bu hastalar ağrı şikayetleri ve ortaya çıkardığı sonuçlar sebebiyle sıklıkla tıbbi bir yardım arayışında bulunurlar (Fink, Toft, Hansen, Ornbol ve Olesen, 2007). Bu durum FSS'ların klinik manada bir bedenselleştirme olarak çalışılabilmesinde ağrı ve ağrıya ilişkin durumların yakından incelenmesini zorunlu kılar.

Bedenimizde meydana gelen bir hasarın ya da zararlı bir takım dış uyaranların habercisi olarak ağrı doğanın bize kendimizi korumamız adına bağışladığı en önemli armağanların başında gelir. Ancak, bedenimize zarar veren ya da verebilecek bir uyaran karşısında ağrı hissedebilecek kadar şanslı olan bizler, doğanın bahsettiği bu armağana karşı paradoksal bir tavır sergileriz. Nitekim bu tavır Brand ve Yancey'in (1997) "Ağrı: Kimsenin İstemediği Armağan" kitabının başlığında çarpıcı bir biçimde ortaya konmaktadır (Grahek ve Denner, 2006).

Ağrının tanımına geçmeden önce onu tanımlamanın zorluğundan bahsetmek yerinde olacaktır. Bu durumu Kara ve Abay (2000)² "Ağrılı bireyin bilişsel ve kültürel özellikleri, değerlendiricinin deneyimleri, ağrının farklı hastalıklarda farklı nitelikte ve nicelikte olabilmesi, ağrı tanımının yapılmasını güçleştirmektedir" olarak ifade etmektedir (s. 90). Ancak yine de, literatür tarafından da genel kabul gören Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği'nin (IASP) ağrıya yönelik tanımının bu konudaki güçlüğü asgari düzeye indirdiğini söylemek mümkündür. Ağrının genel tanımını "gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, hoş olmayan duyu ve duygusal (duygusal) deneyim" şeklinde yapan IASP, ağrının hiçbir şekilde tek başına bedensel veya ruhsal olarak değerlendirilemeyeceğine vurgu yapmaktadır (1988). Burada anlatılmak istenen esas nokta ağrının sadece bir duyu

² Kara, H. ve Abay, E. (2000). Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1/2, 89-99.

değil, o duyuya verilen duygusal reaksiyonu da içine alan bir durum olduğu ve *biyopsikososyal* olarak ele alınması gerektiğidir.

Bu denli çok yönlü bir deneyim olan ağrı yaşantısını etkileyen temel faktörlerin başında da ağrının süresi gelir. Öyle ki ağrıya yönelik en temel kategorilendirme de bu değişken üzerinden yapılmakta ve ağrı deneyimi akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Uyarıcı, öğretici ve yaşam kurtarıcı nitelikleriyle akut ağrının ardında genellikle saptanabilir bir lezyon (zedelenme, doku hasarı) bulunmaktadır. Üç aydan daha kısa süren bu ağrıların lezyonun iyileşmesi ile genellikle ortadan kalktığı görülür (Wiener, 2002). Bu görevlerden yoksun olan kronik ağrı ise 3-6 aydan daha uzun sürmekte ve önemli bir kısmında saptanabilir bir lezyon gösterilememektedir. Bu ağrıların herhangi bir müdahale yapılmadan geçmeyeceği unutulmamalıdır (Marcus, 2005).

Öğrenilmiş bir davranış olarak kronik ağrı çoklu faktörler tarafından belirlenir. Kronik ağrıda organik, psikolojik ve çevresel faktörlerin yansıması olan bedensel, zihinsel ve sosyal deneyimin rolü vardır. Öte yandan fizyolojik ve psikolojik travmalar ile erken yaşamdaki deneyimlerin de etkisi büyüktür (Çeliker, 2005). Bu durumu Patil'den (1997) aktaran Çeliker (2005)³ “Duyusal boyut ağrının fiziksel bileşenidir ve akut ağrının en önemli bölümünü oluşturur. Bilişsel boyut ağrının algılanması ve ağrıya verilen önem ile ilişkilidir. Ağrı ile baş edebilme bu boyut ile ilgilidir. Hissi boyut ise kişinin duygu durumu ile ilişkilidir. Kronik ağrıda bilişsel ve hissi boyutlar daha ön plana geçmiştir” olarak ifade etmektedir (s. 15).

Akut ve kronik ağrıya bireylerin tepkileri de önemli oranda farklılaşmaktadır. Akut ağrılı durumda bireylerin sıkıntılarını daha doğrudan ve abartılı olmayan bir şekilde aktardıkları görülür. Bu durumda bireyin sıkıntısını ortaya koyan veriler net olarak gözlenmektedir. Bu hastalar ağlayabilir ya da bağırabilirler. Ağrısı 6 aydan daha uzun süren “kronik ağrılı” bireyler ise, genelde ağrıların şiddetlerini “çok yüksek”, sıklıklarını ise “çok yoğun” olarak belirtirler. Ancak buna rağmen dışa vuran duygusal tepkilerin ya çok az olduğu ya da kısıtlı bir şekilde ortaya konduğu görülür. Bu hastalar da ağlayabilir ya da bağırabilir; ancak bunların ortaya konmasında abartılı, canlı ve hikayeleştirici bir anlatım çok daha ön plandadır

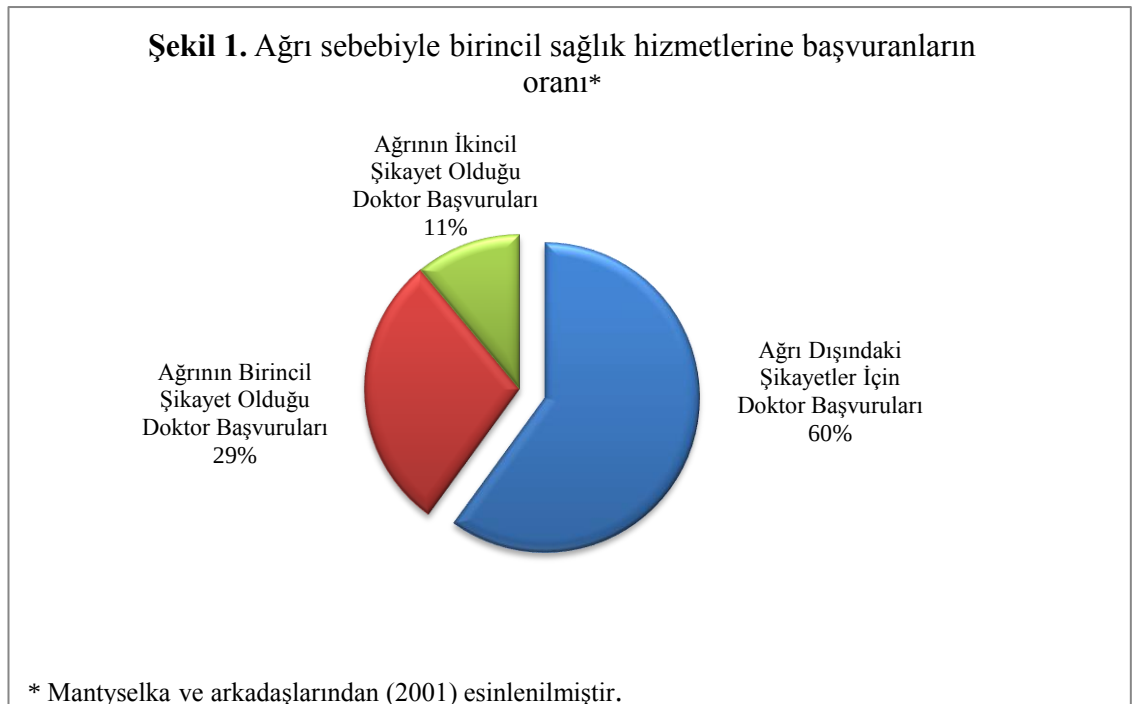
³ Çeliker R. (2005). Kronik Ağrı Sendromları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi; 51 (Özel Ek B), B14-B18.

(Twaddle ve Cooke, 2006). Öyle ki bu durum klinisyeni ağrının varlığına ilişkin sorgulamalara kadar götürebilir (Soykan ve Kumbasar, 1999). Oysa tamamen sübjektif bir deneyim olan ağrı yaşantısının değerlendirilmesinde en önemli kriter hastanın bildirimidir, bu sebeple hastanın ağrıya ilişkin bildirimleri doğru kabul edilmelidir (Craig ve Versloot, 2011; Deardorf ve ark. 1991).

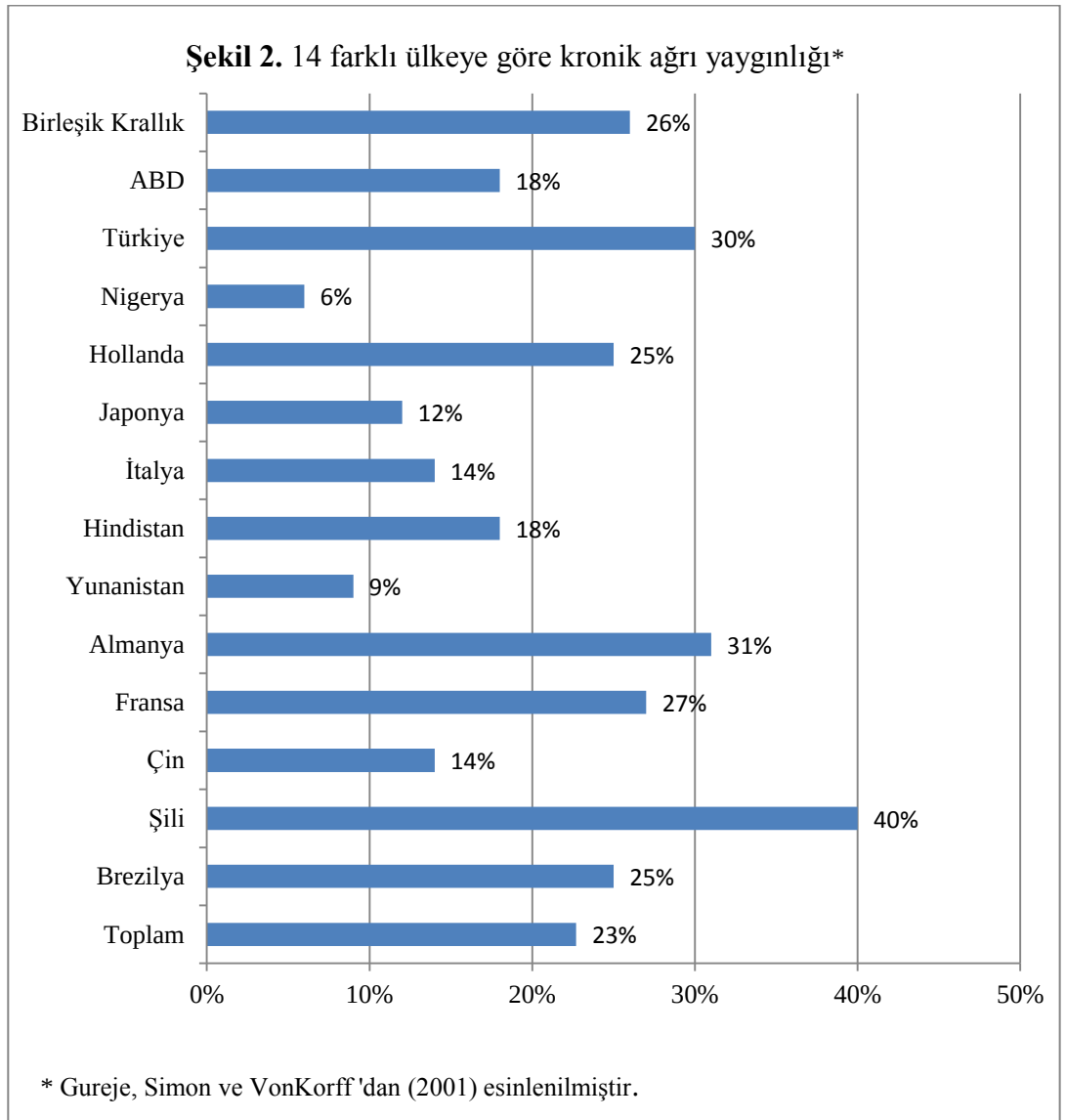
Görüldüğü üzere ağrı süresinin uzaması ağrı davranışlarının (Fordyce, 1986) ortaya çıkmasına ve devamlılık göstermesine sebebiyet verebilmekte, dolayısıyla ağrı davranışlarının ağrıdan bağımsız olarak tartışıldığı bir tabloyu karşımıza çıkarabilmektedir.

2.1 Kronik Ağrı Epidemiyolojisi

Dünyadaki farklı etnik ve kültürel grupların pek çoğunda bedensel belirtiler toplumsal ve duygusal problemlerin en yaygın bireysel ifadeleridir (Kirmayer ve Young, 1998). Kronik ağrının genel popülasyondaki bu yaygınlığının hasta popülasyonunda da korunduğu görülür. Şekil 1’de de görüldüğü gibi, doktor vizitlerinin ortalama %40’ını oluşturan kronik ağrı birincil sağlık hizmetinde en yaygın görülen klinik durumların başında gelir (Mantyselka ve ark. 2001).



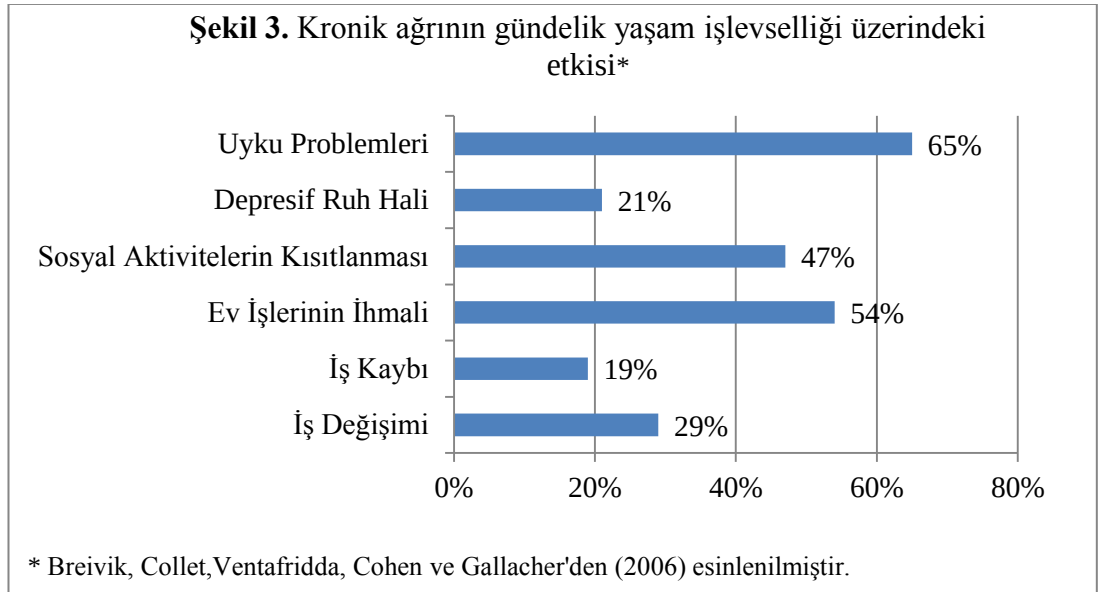
Konuyla ilgili IASP'nin 14 farklı ülkede gerçekleştirdikleri çalışmanın sonuçları da çarpıcıdır. Sonuçlar bu 14 ülkede klinik olarak dikkate değer⁴ kronik ağrı yaygınlığının ortalama %23 olduğuna işaret etmektedir (Bknz. Şekil 2). Yine bu çalışmada ağrının en sık görüldüğü beden bölgelerinin ise %53'lük oranıyla sırt, %49'lık oranıyla baş ve %46'lık oranıyla eklem ağrıları olduğu bildirilmiştir (Gureje, Simon ve VonKorff, 2001).



⁴ Bu çalışmada klinik olarak dikkate değer ağrıları olan bireyler ile ifade edilen son 6 aylık zaman diliminde günlerinin çoğunu ağrı ile geçirenler içerisinde ağrıları sebebiyle sıklıkla doktor başvurusu yapma ve ilaçlarını kötüye kullanma gibi ağrı davranışları sergileyenlerdir.

16 farklı ülkede yaklaşık 46.000 bireyle gerçekleştirilen ve katılımcıların 12 ay sonundaki durumlarının tekrar değerlendirildiği boylamsal başka bir çalışmada ise sürekli ağrı çektiğini bildiren hastaların %49'unun şikayetlerinin aynı oranda devam ettiği bulgulanmıştır. Öte yandan bu hastaların %70'lik kısmı birincil sağlık hizmetlerine başvururken sadece %2'lik kısmı ise ağrı konusunda uzman bir doktora başvurmuştur (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen ve Gallacher, 2006).

Bu çalışma kronik ağrılı bireylerin gündelik yaşam işlevsellikleri konusunda da önemli bulgular ortaya koymuştur. Buna göre sürekli kronik ağrısı olan bu bireylerin %30'luk kısmı iş değiştirirken %20'lik kısmı ise işlerini kaybetmiştir. Yine bu hastaların yaklaşık yarısının ev işlerini dahi yapmakta zorluk çektikleri ve sosyal yaşam kısıtlılığı yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca aynı çalışmanın sonuçları bu hastaların beşte birlik kısmının depresyon tanı kriterlerini karşıladığına ve bu hastaların büyük çoğunluğunun uyku problemleri yaşadığına da işaret etmiştir. Bu hastaların gündelik yaşam işlevselliğine yönelik bulgular Şekil 3'te özetlenmiştir.



Öte yandan kronik ağrılı bireyler yaygın şikayetleri, bitmek tükenmek bilmeyen doktor başvuruları ve sağlık hizmeti kullanımlarıyla ülkelerin ekonomileri açısından da ciddi bir problem teşkil etmektedir (Ekman, Jönhagen, Hunsche ve Jönsson, 2005; Turk ve Theodore, 2011). Sözelimi bir derleme çalışmasında,

ABD’de çalışanların sigorta sisteminden elde edilen bilgileri kronik bel ağrısı bağlamında incelenmiş ve çarpıcı bulgular ortaya konmuştur. Buna göre ABD’de çalışanların sadece %7’sinin kronik bel ağrısına yönelik harcamaları sebebiyle sigortaya başvurdukları; ancak bu küçük gruba dair harcamaların sigorta tarafından ödenen yıllık harcama miktarının %75’ini oluşturduğu bulgulanmıştır (Lobat, Barbara, Edward ve Ernest, 1997). Bu bulgu kronik ağrılı hastaların ne derece yoğun bir TYAD sürecinde bulunduklarını gösterir niteliktedir.

Öte yandan, bu hastalar yukarıda da bahsedildiği gibi yoğun tıbbi tedavi başvurularına rağmen sunulan tıbbi tedavilerin hemen hepsinden memnun değildir (Marcus, Cope, Deodhar ve Payne, 2009). Bu noktada Breivik ve arkadaşlarının 2006 yılında bu hastaların doktorlarına ilişkin algılarına yönelik yaptıkları çalışmanın sonuçları önemlidir. Sonuçlar, tedavi sürecinde olmalarına rağmen bu hastaların yaklaşık üçte birlik kısmının kronik ağrılarına yönelik herhangi bir tedavi süreci algılamadıkları ve doktorları tarafından önemsenmedikleri şeklinde bir algıları olduğuna işaret etmiştir. Bu hastaların doktorlarının tutumlarına yönelik algıları aşağıda özetlenmiştir.

- Doktorum benim ağrımı problem olarak görmüyor - %20
- Doktorum benim ağrımı asla sormuyor - %22
- Doktorumla ağrımı yeteri kadar konuşamıyoruz - %23
- Hiçbir doktor ağrımın benim hissettiğim kadar kötü olduğunu düşünmüyor - %29
- Doktorum benim ağrımı tedavi etmek yerine başka bir rahatsızlığı tedavi etmeyi tercih eder - %43

Sonuç olarak, yukarıda ifade edilen bilgiler ışığında kronik ağrının hem birincil hem de ikincil sağlık hizmetlerinin en yaygın şikayetlerinin başında geldiği söylenebilir. Öte yandan kronik ağrının sadece hastane popülasyonunda yaygın olmadığı, toplumun genelinde de oldukça yaygın olduğu ve bu durumun farklı ülkelerin hemen hepsinde aynı şekilde seyrettiği de vurgulanmalıdır. Ayrıca pek çok çalışma tarafından da desteklendiği gibi, bu hastaların artmış sağlık hizmeti

kullanımları ve ağrılarının gündelik yaşam işlevselliklerine etkisinin dikkate alınması kronik ağrının ekonomik yükünün de daha net anlaşılması açısından önemlidir.

2.2 Kronik Ağrıya Biyopsikososyal Yaklaşım

Günümüz tıp pratiğindeki uygulanaşı açısından önemli sıkıntıları barındırıyor olsa da genelde FSS'lar özelde ise kronik ağrı ile çalışan klinisyenlerin üzerinde hem fikir olduğu nokta bu hastaların disiplinler arası bir anlayışla biyopsikososyal olarak ele alınması gerektiğidir. Bu bölümde, kronik ağrı yaşantısının biyopsikososyal bir anlayışla ele alınmasında önemli pay sahibi yaklaşımlar tarihsel bir süreç içerisinde ele alınacaktır. Bu bağlamda öncelikli olarak kronik ağrının pek çok çalışmada ve klinik uygulamada bilişsel-davranışçı olarak ele alınmasına büyük katkıları olan George Engel'in görüşlerinden (1959), Melzack ve Wall'ın kapı kontrol teorisinden (1965) ve davranışçı yaklaşımlardan bahsedilecektir. Son olarak, genel bilişsel davranışçı bakışta ve buna dair revizyonları içeren “Yenilenmiş Bilişsel Davranışçı Model”de (2001) ve kapı kontrol teorisini ortaya atmasının üzerinden 35 yıl sonra Ronald Melzack'ın kronik ağrı yaklaşımını yeniden ele aldığı görüşlerini içeren “Kronik Ağrının Nöromatriks Teorisi”nde (1999) kronik ağrının nasıl tanımlandığı bu konuda yapılan araştırmalarla birlikte tartışılacaktır.

2.2.1. George Engel ve “Ağrıya Yatkın Hasta”

Engel'in hem bir akademisyen hem de bir klinisyen olarak ağrı hastalarıyla çalışmaya yönelik yoğun ilgisi kendisine pek çok ağrılı hasta yönlendirilmesine sebep olmuştur. Bu hastaları derinlemesine inceleme fırsatı bulduğu 15 yıllık deneyimin sonucunda ise bu hastalara yönelik gözlemlerini “Psikojenik Ağrı ve Ağrıya Yatkın Hasta” (1959) isimli makalesi ile yayımlamış ve ağrılı hastalara yönelik o zamana dek ifade edilmemiş pek çok noktaya ışık tutmuştur.

Gözlemlerinde psikosomatik yaklaşımdan etkilendiği açıkça görülse de bu hastaların ele alınmasındaki en önemli problemin onların ağrıyı nasıl yaşantıladıklarının dikkate alınmaması olduğunu vurgulamıştır. Engel'i bu sonuca

götüren nokta ise, ağrılarının kaynağı fizyolojik olsun ya da olmasın, ağrılarını diğer hastalara kıyasla çok yoğun şiddet ve sıklıkta yaşayan hastalarla pek çok kez karşılaşması olmuştur. Fizyolojik bir bulgunun varlığından bağımsız olarak, ağrının gelişiminde psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı bu kişileri Engel “ağrıya yatkın hastalar” olarak isimlendirmiştir (Engel, 1959). Ağrının gelişiminde duygusal faktörlerden çok duygusal faktörlerin önemine vurgu yapan görüşleriyle Engel “ağrıya yatkın hastalar”ın aşağıdaki özellikleri paylaştığını ifade eder:

1. Bu hastalar, sıklıkla ağrılı başka bir kronik rahatsızlıktan da şikayetçidir.
2. Bu hastalarda ağrı seçilmiş bir semptomdur. Bu seçimi sağlayan en önemli bilinçdışı faktör ise suçluluk duygusudur; çünkü ağrı suçluluk duygusunun telafisi amacıyla ortaya konan bir cezadır.
3. Bu hastaların ağrılarını tarif edişleri ile bilinen patofizyolojik mekanizmalar arasında uyumsuzluk görülür. Ağrılarının tarif edilmesinde aşırı, abartılı ifadelerle yer verilmesi ve tarifin patofizyolojik açıklamalarla olan uyumsuzluğu psikolojik faktörlerin baskınlığı konusunda önemli bir ipucu sunar.
4. Bu ağrı şikayetlerinin kaynağının fizyolojik olup olmaması önemli değildir.

Engel, bu hastalarda görülen önemli özelliklerden birinin de ağrının ortaya çıkış zamanlamasıyla ilgili olduğunu belirtmektedir.

5. Bu hastalar adeta hayatlarının yolunda gitmesine izin vermemektedirler. Çünkü hayatları ne zaman yolunda gitse çok şiddetli ağrı yakınmaları başlamakta ve hayatları zindan olmaktadır.
6. Bu hastaların gelişimsel öykülerine bakıldığında suçluluğun, agresyonun, ağrının bir amaç uğruna işlevsel olarak kullanılmasının aile ilişkilerinde önemli bir role sahip olduğu görülür.

Dikkat edilmesi gereken bir diğerk nokta ağrının bu hastalardaki lokalizasyon seçimidir. Bu noktada Engel, ağrı bölgesinin seçimini belirleyen iki temel faktörden bahsetmiştir.

Birincisi, bu hastaların geçmişlerinde yaşadıkları fizyolojik kaynaklı ağrı bölgelerini seçilmiş bir semptom olarak yeniden ortaya koymaya yönelik önemli bir eğilimi oldukları söylenebilir. Ancak bu noktada ağrı bölgesinin kişi açısından psikolojik bir rolünün olması gereklidir.

İkincisi ve daha baskın olan diğerk faktör ise; şimdi yaşanan ağrının kişinin geçmişinde önemli bir kişi tarafından yaşanmış olması ya da hastanın o kişinin bu türden bir ağrı yaşadığını düşünmesi ile bağlantılıdır. Bu durum birkaç önemli psikolojik mekanizmayla açıklanabilir. Öncelikle bu hastalar ağrılarını kendi vücutlarında yaşatmak için geçmişlerinden seçtikleri kişilerle bilinçdışı bir çatışma halindedirler. Özdeşleşme mekanizması sayesinde bu hastalar geçmişlerindeki önemli kişilerle ve onlara dair bilinçdışı çatışmalarıyla bağlantılarını sürdürmüş olurlar. Hasta bilinçdışında önemli diğerk kişi gibidir ya da onun gibi acı çekmektedir. Ancak bu noktada Engel'in tüm bu psikolojik mekanizmaları bilinçdışı olarak gördüğünün belirtilmesi önemlidir. Yani bu hastalar hiçbir şekilde bilinçli bir amaç uğruna rol yapmıyorlardır (Engel, 1959).

Özet olarak, Engel, ağrının ortaya çıkmasının ve gidişatının erken çocukluk yaşantıları tarafından şekillendirildiğini ifade etmektedir. Ona göre yetişkinlikte ortaya çıkan ağrı bilinçdışı bir şekilde suçluluk duygusuyla baş edilmesine ya da geçmişteki önemli kişilerin sevgisinin kazanılmasına hizmet ediyor olabilir (Engel, 1959). Hastalar var olan suçluluk duygularının farkında olsalar da olmasalar da bu duygu ağrının ortaya çıkmasında en önemli faktördür.

Günümüzde ağrı literatüründe hayli önemli bir yere sahip Engel'in konuyla ilgili görüşlerinin çeşitli araştırmalarla test edilmesi de mümkün olmuştur. Sözgelimi, kaynağını Engel'in fikirlerinden alan yaygın bir görüşe göre, çocukluk travmaları ile kronik ağrı yaşantısı arasında bir bağlantı söz konusudur. Ancak konuyla ilgili araştırmalar bu değişkenler arasındaki ilişkilere dair sonuçların tutarlı olmadığını göstermektedir (Davis, Luecken ve Zautra, 2005; Raphael, 2005).

Öte yandan yine psikojenik bakış açısına dayanan bir diğer görüş ise altta yatan psikolojik mekanizmaların çözülmesiyle ağrının ortadan kalkacağı yönündedir. Bu sebeple de bu yöndeki pek çok tedavi modülünde ağrılı hastaya altta yatan uyumsuz psikolojik mekanizmalara dair iç görü kazandırılması hedeflenmektedir (Basler, Grzesiak ve Dworkin, 2002). Fakat bu türden bir içgörü kazandırmaya yönelik terapilerin kronik ağrı hastalarının semptomlarını azalttığı yönündeki bulgular henüz mevcut değildir (Turk ve Swanson, 2008). Ayrıca psikojenik görüşle çelişen bir diğer önemli bulgu da etiyolojiye yöneliktir. Buna göre Engel'in ağrının ortaya çıkmasından sorumlu gördüğü duygusal huzursuzluğun (distres) ağrının ortaya çıkmasından çok ağrıya bir tepki olarak ortaya çıktığı yönünde pek çok kanıta rastlanmaktadır (Wallis, Lord ve Bogduk, 1997). Kısaca, bu bulguların ve benzerlerinin varlığının psikojenik bakış açısının aldığı eleştirilerin önemini ortaya koyar nitelikte olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, Engel'in kronik ağrıya yönelik görüşlerine ve bu görüşlerini açıklama tarzına yakından bakıldığında psikanalitik kuramın etkisi göze çarpmaktadır. Ancak aynı zamanda bu görüşler hastaların ağrılarını nasıl yaşantıladığına ve ağrıya nasıl bir anlam atfettiklerine yaptığı vurgu nedeniyle bilişsel-davranışçı yaklaşım için de önemli bir referans olmuştur.

2.2.2. Kapı Kontrol Teorisi

Bir psikolog olan Melzack ve nörobilim alanında tıp uzmanı olan Wall, 1965 yılında ağrının algılanmasına yönelik “Kapı Kontrol” teorisini ortaya atarak ağrıyı anlamamızda devrim niteliğinde bir buluşa imza atmışlardır. Bu ünü hak etmelerini sağlayansa o güne dek ortaya atılan görüşlerin aksine ağrının algılanmasında psikolojik faktörlerin fizyolojik faktörler kadar önemli olduğunu belirtmeleri ve bunu teorilerinin kalbine koymalarıdır (Melzack ve Wall, 1965).

Daha önceki teorilerde bahsi geçen faydalı bilgileri de bir araya toplayan Kapı Kontrol Teorisi, özellikle psikolojik mekanizmaların ağrı yaşantısında temel bir rol oynadığı yönündeki öngörüsüyle konu ile ilgili var olan önermeleri geliştirmiştir. Buna göre arka boynuzda (dorsalhorn) uyarıların merkezi sinir sisteminden geçtiği bir kapı bulunmaktadır. Merkezi sinir sisteminden beyne giden uyarıların geçişini

sağlayan ya da onları engelleyen bu kapı mekanizması ağrının niteliğinin belirlenmesinde doğrudan sorumludur. Ağrı algısı (ağrının şiddeti ve sıklığı) bu kapının açılması ya da kapanması durumuna göre şekillenir. Teoriye göre kapı kontrol mekanizmasının açılması ya da kapanmasını sağlayan 3 temel faktör ise şunlardır:

1. **Ağrı sinirlerinin uyarılma derecesi.** Ağrı liflerinin daha fazla uyarılması kapının açılması eğilimiyle sonuçlanır. Güçlü zararlı uyaran ağrı sinirlerinin daha fazla aktive olmasını sağlayacaktır.
2. **Diğer periferel sinirlerin uyarılma derecesi.** A-beta sinirleri olarak adlandırılan bazı periferel sinirler; daha az uyarılma sağlayan dokunma, ovalama ve kaşınma gibi zararsız bir takım durumlara dair bilgileri taşırlar. A-beta sinirlerinin uyarımı kapı mekanizmasının kapanması eğilimiyle sonuçlanır. Bu durum ağrılı bölgeye yapılan nazıkçe bir masajın ya da sıcak uygulamasının ağrıya neden iyi geldiğini açıklar doğrultudadır.
3. **Beyinden inen mesajlar.** Beyin sapı ve korteksteki nöronların omuriliğe inen yollar aracılığıyla yolladığı uyarılar kapı mekanizmasının açılması ya da kapanması eğilimiyle sonuçlanabilir. Anksiyete ve heyecan gibi bir takım zihinsel süreçler kapının açılması ya da kapanmasını sağlayarak zihnin diğer bölümlerden gelen uyarıları göz ardı etmesine sebep olabilir. Bu durum da savaşta yaralanan askerlerin savaş anında herhangi bir ağrı-acı hissetmemelerine ışık tutar niteliktedir.

Teori, kapı mekanizmasının faaliyetinin bu üç faktörün ortak etkisine göre şekillendiğini savunmaktadır. Sözgelimi, anksiyete ve depresif duygu durumu kapının açılması eğilimiyle sonuçlanırken pozitif duygulanım ve dikkatin dağılması ise kapının kapanması eğilimiyle sonuçlanacaktır (Melzack, 1996).

Özetle, o güne kadar ortaya atılan görüşlerin aksine Melzack ve Wall'ın kapı kontrol mekanizması sadece merkezi sinir sisteminden beyne çıkan uyarılardan değil, aynı zamanda beyinden inen uyarılardan da etkilenmektedir. Bu durumsa

ağrıyı sadece fizyolojik bir lezyonun ya da incinmenin neticesinde ortaya çıkan bir durum olmaktan çıkarır. Çünkü bu teoriye göre beynin algılama merkezlerinden iletilen baskılayıcı ya da ateşleyici sinir mesajları da ağrı yaşantısında doğrudan belirleyicidir. Varılan noktanın fiziksel bir patoloji ya da yaralanma olmadığı durumlarda ağrı duyulabilmesini veya fiziksel bir patoloji ya da yaralanmanın varlığına rağmen ağrının duyulmamasını açıkladığı düşünülebilir.

Nitekim konuyla ilgili bilimsel kanıtlar da Kapı Kontrol Teorisinin elde ettiği ünü hak ettiğini göstermektedir. Sözgelimi, II. Dünya Savaşında yaralanan askerlerin sadece %25'inin narkotik desteği almalarına rağmen ameliyat olan hastaların %80'inin ağrı kesici desteğine ihtiyaç duyduklarını bulgulayan epidemiyolojik çalışmanın sonuçları önemlidir. Savaşta yaralanmak askerler tarafından muhtemel bir terhis ya da evlerine kahramanlar olarak dönmeleri şeklinde yorumlanabilirken ameliyat olmak ise ameliyat hastaları tarafından yaşamlarında kendilerine zevk veren uyarılardan mahrumiyet olarak yorumlanabilir. Burada aynı duruma dair iki farklı bilişsel değerlendirmenin -yani beyinden inen mesajların- ağrı algısı üzerindeki etkileri görülmektedir (DiMatteo ve Martin, 2002 akt. Kandemirci, 2010).

David Reynolds'un (1969) sıçanlar üzerinde yaptığı çalışma da Kapı Kontrol Teorisinde öngörülen mekanizmaları destekler niteliktedir. Bu çalışmada araştırmacı deneyde yer alan farelerin tamamının beyin saplarında farklı yerlere elektrotlar yerleştirmiş ve kapı kontrol teorisinde önerildiği gibi beyin sapında ağrının algılanmasından sorumlu bir bölgenin olup olmadığını test etmek istemiştir. Sonuçlar, kapı kontrol teorisinde belirtildiği gibi sadece beyin sapındaki periaqueductal gri bölgelerine (theperiaqueductalgrayarea) elektrotlar yerleştirilen farelerin ağrı duymadıklarına, dolayısıyla bu bölgenin beyin sapındaki nihai kontrol merkezi olduğuna işaret etmiştir (Reynolds, 1969). Diğer araştırmacılar tarafından yapılan daha sonraki çalışmalar da bu bölgenin analjezi bölgesi olduğunu doğrulamış ve morfinin beyin sapından omuriliğe yollanan uyarımları aktive etmesi yoluyla ağrıyı kesici etkide bulunduğunu belirlemişlerdir (Chapman, 1984; Melzack ve Wall, 1982; Winters, 1985).

Sonuç olarak gerek psikolojik faktörlerin önemine dair gerekse ortaya konan fizyolojik mekanizmalara dair tatmin edici bulguların varlığı Kapı Kontrol Teorisinin sağlam bilimsel temellere oturduğunun göstergesidir. Ağrının hem psikolojik hem de

biyolojik yönüne dair ortaya koyduğu mekanizmaların geçerliliği sayesinde Kapı Kontrol Teorisi, günümüzde ağrıya yönelik temel yaklaşım olan biyopsikososyal bakış açısının oluşmasında oldukça kritik bir role sahiptir.

2.2.3. Davranışçı Yaklaşımlar

Engel, Melzack ve Wall'ın kronik ağrıda psikolojik mekanizmalara yaptıkları vurgu geçen yüzyılın ortalarına denk gelse de bilişsel-davranışçı yaklaşımın bilişsel bileşeninin kronik ağrı literatüründeki yerinin sağlamlaşmaya başlaması yüzyılın sonunu bulmuştur. Davranışçı yaklaşımın hüküm sürdüğü bu süreçte, ağrının gözlenebilen ve ölçülebilen yönüne yapılan vurgu ön plana çıkmıştır. Bu süreçte ortaya atılan görüşlerin bilişsel-davranışçı yaklaşımın davranışçı yönüne dair temelleri oluşturması sebebiyle öncelikli olarak davranışçı yaklaşımdan bahsedilmelidir.

Klasik öğrenme ilkelerinin temelini oluşturduğu kronik ağrıya davranışçı yaklaşım, bütün davranışların öğrenme sonucu gerçekleştiğini savunur. Bu bağlamda hastaların ağrısını test etmenin tek objektif yolunun onların sözel ya da sözel olmayan; ancak gözlenebilen ve ölçülebilen davranışlarına odaklanmak olduğunu varsayar (Turk ve Swanson, 2008). Buna göre duygu, düşünce gibi objektif olarak gözlenemeyen hiçbir süreç ağrı yaşantısında önemli değildir. Fizyolojik bir temelle ortaya çıkan akut ağrı çevreden gelen ödül ve cezalara göre pekişerek kronik ağrıya dönüşmektedir. Bu noktadan hareketle literatüre bakıldığında ise kronik ağrıya davranışçı yaklaşıma dair iki kavramın öne çıktığı görülmektedir: ağrı davranışı ve ikincil kazançlar (Fordyce, 1986).

2.2.3.1. Ağrı Davranışı

Geçen yüzyılın başlarında, Collie (1913) çevresel faktörlerin ağrı yaşantısı üzerindeki etkilerinden bahsetmiş olsa da, edimsel öğrenme ilkelerinin ağrı yaşantısı üzerindeki etkilerinin tanımlanması ve kabulü Fordyce'nin (1986) "*ağrı davranışı*" kavramı ile olmuştur.

Edimsel formülasyona göre, ağrının davranışsal görünümü ağrının kendisinden daha önemlidir. Ağrı hastalarının ortaya koyduğu davranışların ortaya çıkma olasılığı üzerinde pekiştirme prensipleri etkilidir. Bu bağlamda kronik ağrı problemi akut ağrıya verilen tepkinin (ağrının tekrarlamaması için ağrılı bölgenin kısırdatılmaması gibi) pekiştirilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu noktada Fordyce, bir kişinin ağrı çektiğini bilebilmemizi sağlayan tek objektif kriter olarak o kişinin sözel ya da sözel olmayan davranışlarını görmekte ve bunları ağrı davranışı olarak kavramsallaştırmaktadır (Fordyce, 1986). Klinikte en sık karşılaşılan ağrı davranışları ise şunlardır (Turk, Burwinkle ve Thieme, 2006):

1. Ağrı konuşması ve ağrıyla ilgili sözel ifadeler.
2. İnemeler ve iç çekmeler gibi sözel olmayan ifadeler.
3. Motor aktivite kısıtlılığı.
4. Ağrı sebebiyle görülen duruş bozuklukları ve mimikler (yamuk oturma, topallama veya ağrılı bölgenin sürekli ovulması)
5. Yüz ifadesinde görülen değişiklikler (kaşların çatılması, depresif-üzgün-ağlamaklı ifade)
6. Özürlülük (disabilite-kişinin gündelik işlevselliğinde beklenenden daha fazla azalma-günün büyük bir kısmını uzanarak geçirme ya da hareketsizlik)
7. Ağrıyı azaltmaya yönelik davranışlarda görülen aşırılık (analjezik/ağrı kesici kötüye kullanımı ve sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı)

Ağrı davranışları kişilerin yaşadıkları hastalık rolünün bir parçası olduğundan kimsenin kendisine inanmadığını düşünen kronik ağrılı bir birey bu davranışları abartılı bir şekilde ortaya koyabilir (Hendler, 1984). Neden başladığına bakılmaksızın bu davranışların sıklıkla kişinin bilinçli bir şekilde farkında olmadığı bir takım edimsel koşullama ilkesine göre sürdüğü görülür (Hölzl, Kleinböhl, , Huse, 2005; Turk, 2001). Bu en temel öğrenme prensibine göre pozitif sonuçlar ortaya çıkaran tepkilerin tekrar ortaya çıkma olasılığı artarken negatif sonuçlar ortaya çıkaran tepkilerinse tekrar ortaya çıkma olasılığı azalmaktadır. Bu bağlamda, ağrı davranışları eşin veya doktorun dikkatini çekme gibi istenen bir sonuç sebebiyle pozitif olarak pekişebileceği gibi, çalışmak gibi istenmeyen bir durumdan kaçınmaya

hizmet etmesi sebebiyle de negatif olarak pekişebilmektedir. Ağrı inatçı ve kronik olduğunda bu ağrı davranışları sıklıkla kişinin alışkanlıklarının ve yaşam tarzının bir parçası haline gelir ki, pek çok kronik ağrı hastası da bu davranışlarının değiştirilmesi konusunda kendisini güçsüz hissetmektedir (Sarafino ve Smith, 2011). Öyle ki bu hastalarda altta yatan doku hasarının ortadan kalktığı durumlarda dahi ağrı davranışlarının sönmemesi durumuyla da sıklıkla karşılaşmaktadır (Yücel, 2000).

Bu durum ağrı davranışlarının nasıl sürdüğüne dair bir soruyu akla getirmektedir. Bu noktada, her ne kadar hasta veya ağrılı olmak hoş gitmeyen bir durum olsa da bir takım avantajları da içinde barındırdığından bahsedilmelidir. Bu da bizi, ağrı davranışlarının sönmesini engelleyen en önemli mekanizma olarak *ikincil kazançlar*'a götürür.

2.2.3.2. İkincil Kazançlar

Kazanç kavramından ilk bahseden Freud olmuştur (Freud, 1917). Freud kazancı, birincil ve ikincil olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Ona göre, herhangi bir semptomun oluşması sonucu bilinçdışı anksiyetenin azalması durumu birincil kazançtır. Bu duruma, eşini sağ elindeki bıçakla öldüren adamın, cinayetten bir süre sonra sağ elinin paralize hale gelmesi örnek olarak verilebilir. Burada işleyen mekanizma, adamın eşini öldürmesinden doğan suçluluk duygusunun sağ elin paralize hale gelmesi sonucunda oluşan ceza durumu ile azalmasıdır. Ancak Freud, bireylerin hastalıkları sebebiyle elde ettikleri kişilerarası ve sosyal kazanımları birincil kazançtan ayırmış ve bu durumu ikincil kazanç kavramı üzerinden ele almıştır.

Freud'dan sonra da birincil ve ikincil kazançlara dair psikiyatrik tanımlamaların çok fazla değişmeden kaldığı görülür. Nitekim Barsky (1983) de birincil ve ikincil kazançları birbirinden ayırmış ve ikincil kazancı “Bir kişinin fiziksel bir hastalığa sahip olması sebebiyle elde ettiği kişilerarası düzlemde geçerli ve meşru faydalar” olarak tanımlamıştır.

Davranışçı kurama göre “pekiştireç” davranışın kazanılması ve sürdürülmesinde birincil olandır. Bu bağlamda ise, hastaların ağrı davranışları sebebiyle elde ettiklerinin yani ikincil kazançlarının ağrının sürmesinde önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir (Fishbain ve ark. 1995).

Kronik ağrı sendromlu hastaların bitmek tükenmek bilmeyen ağrıları ve buna dair ağrı davranışları sebebiyle yakın çevresinden ilgi gördükleri, aile ve iş bağlamında bir takım sorumluluklardan kurtuldukları ve sıkıntı verici durumlardan “meşru” olarak kaçtıkları sıklıkla görülmektedir. Bu faktörlerin tümü ise, ağrı sebebiyle elde edilen kazanımlar yani ikincil kazançlar olarak ifade edilebilir (Fordyce, 1986).

2.2.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Sadece davranışçı önermelere göre yapılmış tedavilerden elde edilen verilerin alınmaya başlanmasıyla davranışçı yaklaşıma dair eleştiriler artmaya başlamıştır. Bunun en büyük sebebi ise, davranışçı terapiyle ortadan kaldırılan ağrı davranışına rağmen ağrının bir süre sonra tekrarladığına dair tutarlı gözlemlerin varlığıdır (Turk ve Rudy, 1991). Geline nokta, klinisyen ve araştırmacıların daha farklı bir noktaya doğru hareketini sağlamıştır. Bu yeni anlayışla, ağrının sadece gözlenebilen ve ölçülebilen yönünün değil aynı zamanda ağrı yaşayan bireylerin bu ağrıyı algılayış biçimlerinin ve ağrıya yükledikleri anlamların da hesaba katılması süreci başlamıştır.

Kronik ağrı hastalarına yönelik bilişsel-davranışçı yaklaşımın üzerinde durduğu beş temel varsayım bulunmaktadır (Turk, 2002):

1. İnsanlar çevresel koşullara pasif tepkiler veren canlılar değildir. Tam tersi çevresel uyaranlara yönelik bilginin aktif işleyicisidirler.
2. Bir kişinin düşünceleri o kişinin fizyolojik ve duygusal dışa vurum davranışları üzerinde etkilidir.
3. Davranış hem çevresel hem de bireysel faktörler tarafından belirlenir.
4. Davranış değişimini hedefleyen müdahaleler uyumsuz düşünce ve davranışın birlikte değiştirilmesine yönelik olmalıdır.

5. İnsanlar uyumsuz davranış paternlerini değiştirme gücüne sahiptir.

Bu varsayımlara göre şekillenen bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı ise kronik ağrı yönetiminde dört temel hedefe dayanır (Holzman ve ark. 1986):

Bireylerin;

1. Ağrıları üzerinde kontrolleri olduğuna inanmalarını sağlamak.
2. Kendi düşünce, duygu ve davranışlarının tanımlanmasını ve gözlemlenmesini öğrenmeleri sonucunda bu sistemlerin birbiri üzerindeki etkisine yönelik farkındalık kazanmalarını sağlamak.
3. Ağrıyla daha aktif bir şekilde başa çıkabilmelerini sağlayacak uygun davranış paternleri geliştirmelerine yardımcı olmak.
4. Terapi seansları boyunca kazandıkları kronik ağrının aktif yönetimine yönelik becerilerini, gündelik yaşama da genellemelerini sağlamak.

Öte yandan, kronik ağrıya bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımına göre bu hedeflerin gerçekleştirilmesi yolunda aşılması gereken evreler ise şunlardır (Turk ve Gatchell, 2002):

1. Bilişsel yeniden yapılandırma.
2. Beceri kazanımı.
3. Kazanılan becerilerin pekiştirilmesi.
4. Kazanılan becerilerin gündelik hayata genellenmesi ve gündelik hayattaki devamlılığının sağlanması.

Özet olarak, yukarıda ifade edilen temel varsayımlarda da belirtildiği gibi, bilişsel-davranışçı yaklaşım kronik ağrı yaşantısına bilişsel-duygusal-davranışsal ve fizyolojik mekanizmaların etkisiyle şekillenen öğrenilmiş bir davranış olarak bakmaktadır. Bu türden bir bakış da, değer yargıları, atıflar, inançlar, düşünce kalıpları, başa çıkma mekanizmaları ve ağrı davranışları gibi kavramların ve bu kavramların birbirleriyle olan ilişkilerinin bu alandaki çalışmaların temel alanlarını oluşturmasını sağlayacaktır (Asmundson ve ark. 1999).

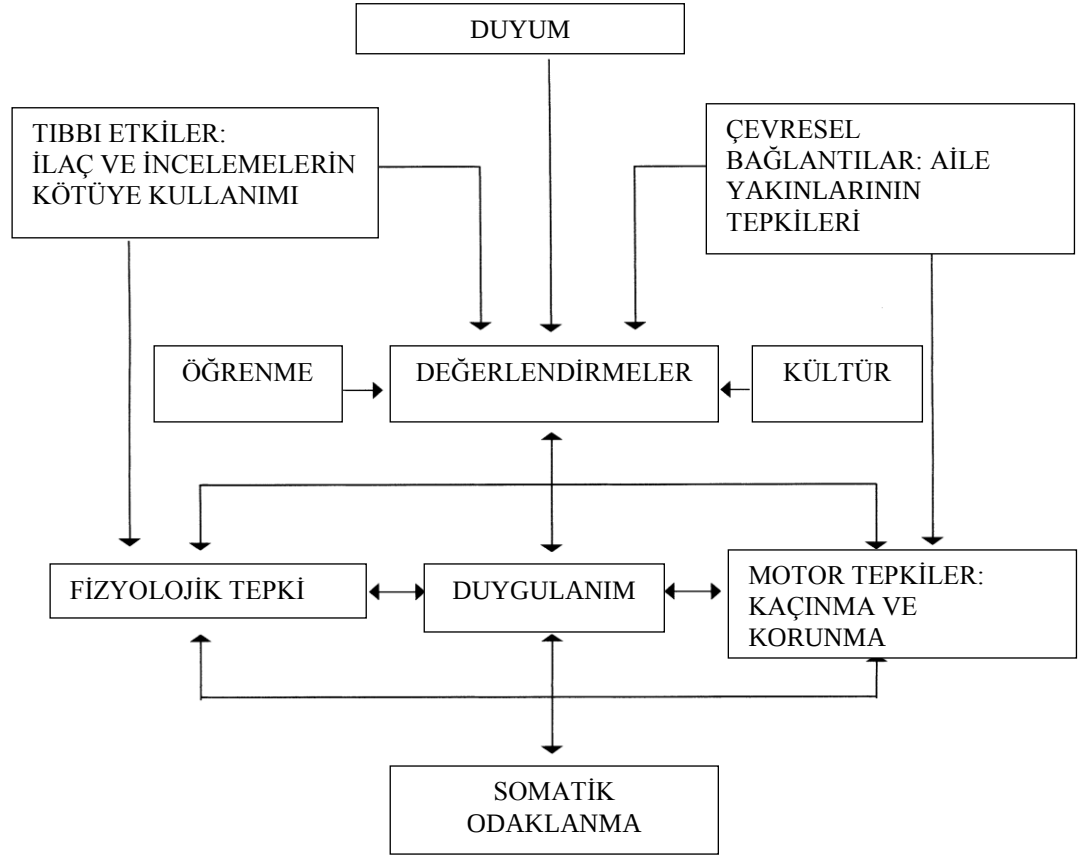
2.2.5.Kronik Ağrıda “Yenilenmiş Bilişsel Davranışçı Model”

Yukarıda da ifade edildiği gibi daha önceden kronik ağrı hastalarına yaklaşımda hakim olan görüş davranışçı prensiplere dayanmaktaydı. Bu yaklaşımın sadece davranışsal öğelere odaklanan bakış açısı ve davranışçı prensiplere göre tedavi edilen vakalara dair başarısız tedavi sonuçlarının tutarlı varlığı sebebiyle eleştirilmeye başlandığından ve buna alternatif olarak bilişsel öğeleri de hesaba katan bilişsel-davranışçı yaklaşımın hakim olmaya başladığından bahsedilmiştir.

Ancak Sharp (2001), davranışçı yaklaşımın eksikliklerini kapatmak adına ortaya çıkan bilişsel davranışçı yaklaşımların bilişsel öğelere yeteri kadar vurgu yapmadıklarını ve temelini halen davranışçı prensiplere dayandığını belirtmiştir. Kronik ağrı modeline bilişsel faktörlerin de eklenmesi gerektiğini düşünen Sharp bu doğrultuda, kronik ağrı yönetiminde “Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Modeli” önermiştir.

Bu yenilenmiş model en temelde, kronik ağrı yönetiminde karşılaşılan problemlerin kronik ağrı hastalarının ağrılarına yönelik tepkileri sebebiyle yaşandığını önermektedir. Burada ifade edilen tepkilerin kaynağı ise, doğrudan gözlenebilen davranışlar değil hastaların ağrılarına yönelik her türlü bilişleridir. Buna göre ağrıları sebebiyle özrürlük veya huzursuzluk yaşayan hastalar ile ağrısı olmasına rağmen bu türden problemler yaşamayan hastaları birbirinden ayıran en önemli nokta; ağrılarının duyuusal aktivite düzeyleri değil, ağrılarına yönelik değerlendirme ve yorumlarıdır. Dolayısıyla bu modelde, hastanın ağrıya yönelik atıfları ve ağrıya yüklediği anlam en önemli role sahiptir. Bu bilgiler ışığında Sharp’ın (2001) merkezine hastaların bilişsel değerlendirmelerini koyduğu modeli Şekil 4’te özetlenmektedir.

Şekil 4. Kronik ağrıda yenilenmiş bilişsel-davranışçı model (Sharp, 2001)



Şekil 4’te de görüldüğü gibi, bütün değişkenler birbiriyle etkileşim içindedir ve kronik ağrı yaşantısında birbirlerini sürdüren faktörler olarak yer alırlar. Sözgelimi, modele göre duyuusal uyarının ortadan kalkması; huzursuzluk ve özürlülük durumlarının ve hatta fizyolojik dışı vurumun ortadan kalkması için tek başına yeterli bir sebep değildir. Ayrıca var olan kaçınma davranışları veya güvenlik arayışları gibi faktörlerde bir takım biliş ve inançların test edilmesini imkansız hale getirerek bunların sürekliliğinde rol oynayabilir. Öte yandan, kaygı ve huzursuzluk sebebiyle ortaya çıkan fizyolojik tepkiler de, bu hastaların ağrının altında organik bir sebep olduğuna dair düşüncelerinin desteklenmesine sebep olabilir. Bunlar sonucunda da hastaların bilişsel hataları ve çarpıtmaları artarken bu kısır döngü tekrardan kaçınma davranışının güçlenmesiyle sonuçlanabilir.

Ayrıca model, bir takım stres faktörlerinin ve ağrıya ikincil olarak ortaya çıkan çeşitli durumların (sözelimi ilaç tedavisi ve tıbbi araştırmalar vb.) bu hastaların kaygı ve uyarılma düzeylerini arttırabileceğini ve bu durumun belli davranışların pekişmesinde rol oynayabileceğini öne sürmektedir. Sharp (2001) bu durumu, Savkovski ve Bass'ın (1997) hipokondriyazis modeli üzerinden açıklamaktadır. Hipokondriyazis modelinde olduğu gibi burada da en önemli vurgu hastaların semptomlarına dair inançlarına ve güvence arama eğilimlerine yöneliktir. Sözelimi, kronik ağrı hastalarının çoğu ağrıları sebebiyle daha büyük ve kalıcı bir zarara uğrayabilecekleri yönünde ciddi korku yaşarlar. Ağrı korkusu olarak tanımlanan bu durum sebebiyle de, bir sonraki ağrının gelişini engellemeye dair ciddi bir zihinsel ve davranışsal çaba içerisinde girerler. Bu durum ise, daha fazla tetkik ve tedaviye ihtiyaçları olduğu yönündeki inançlarının pekişmesini sağlar. Burada altı çizilmesi gereken nokta; eski modelde pekiştirildiği düşünülen ağrı davranışı iken; yeni modelde ise, pekiştirildiği düşünülenin bu hastaların daha fazla tetkik ve tedaviye ihtiyaçları olduğu yönündeki inançları olduğudur. Model ayrıca, bu inancın pekişmesinde sağlık ekibinin ağırlı hastaya yönelik tutum ve davranışlarının da oldukça önemli olduğunu öne sürmektedir (Kauyanou, Pither, Rabe-Hasketh ve Wessley, 1998; Pither ve Nicholas, 1991).

Öte yandan bu yenilenmiş model, kronik ağrı hastalarının ağrıları veya ağrıya ilişkin düşüncelerini kendi durumlarında ya da kişiliklerinde bir şeylerin ters gittiği şeklinde yorumlamaları halinde (sözelimi “Ağrıya yönelik düşüncelerimin yoğunluğu ağrımın ciddi boyutta olduğunu gösterir” veya “Sürekli ağrıyı düşünmeme engel olamazsam çıldırabilirim” vb.) iki farklı baş etme mekanizması kullandıklarını da vurgulamaktadır: baskılama ve nötralize etme. Buna göre ağrıya ilişkin düşünceleriyle baş etme yönteminin gerek baskılama (sözelimi, ağrısını düşünmemeye çalışmak) gerekse nötralize etme yoluyla (sözelimi, dikkati başka yöne yönlendirme ile ağrıyı duymamaya çalışmak) olması, bu hastaların ağrıya ilişkin olumsuz düşüncelerinin sıklığında artışla sonuçlanmaktadır (Salkovskis, Westbrook, Davis, Jeavons ve Gledhill, 1997).

Bunlara ek olarak model; her türlü tıbbi araştırmaya ve tedaviye rağmen ağrıların bir türlü dinmemesi durumunda ise bir tür “öğrenilmiş çaresizlik” durumunun ortaya çıkacağını savunmaktadır. Buna göre, öğrenilmiş çaresizlik

içerisindeki bir kronik ağrı hastası “hiçbir şey işe yaramadı, başka ne işe yarayabilir ki?” şeklinde düşünmeye başlayarak muhtemel tedavilerin işe yarayabileceğine dair inancını kaybetmiş durumda olacaktır. Öte yandan tedavilerin etkinliğine dair inancını kaybetmiş vakaların da tedaviye cevaplarının sınırlı olacağı ve bu durumunun da tekrardan bu hastaların “hiçbir şey işe yaramayacak” şeklindeki inançlarının pekişmesini sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda Sharp bu hastaların klinisyenler tarafından “motivasyonu yetersiz” olarak damgalanabildiklerini belirtmekte ve bu durum sebebiyle de klinisyenlerin bu hastaları yanlış değerlendirdikleri ve onlara yanlış tedaviler önerdiklerinin altını çizmektedir. Bunun yerine bu hastaların yeni modelin önerileri doğrultusunda hatalı bilişleri ve bilişsel çarpıtmaları olan bireyler olarak değerlendirilmelerinin ise onları bilişsel-davranışçı tedaviye uygun adaylar haline getireceği vurgulanmaktadır.

Modelde Sharp, ağrıya yönelik bu biliş ve inançların kökenine dair de açıklamalarda bulunmaktadır. Ona göre bireylerin erken yaşam deneyimleri ve kültürel altyapıları ağrıya yönelik atıfların ve ağrıya yüklenen anlamların en önemli belirleyicisidir.

Kronik ağrılı bireyin ağrılarına önemli diğerleri (anne, baba, eş vb.) tarafından verilen tepkilerin de hastanın inançlarının pekişmesindeki rolü üzerinde de durulmaktadır. Eğer hasta günlük aktiviteleri açısından yetersiz olduğunu düşünüyor ve eşi de ona bu yöndeki düşüncelerini destekleyecek şekilde davranıyor ise bu durumun hastanın yetersiz olduğu yönündeki inancının pekişmesiyle sonuçlanması doğaldır. Benzer şekilde modelde, negatif pekiştireçler tarafından sürdürüldüğüne inanılan ilaç kötüye kullanımı gibi davranışların da hastanın “Dayanılmaz ağrım var ve bununla baş edemiyorum” şeklindeki inançları sonucunda ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Dolayısıyla bu hastalar ağrıları sebebiyle daha büyük ve kalıcı bir zarar görebilecekleri endişesi ile belli aktivitelerden kaçınacak, bu kaçınma davranışları devam ettikçe de aksi yönde bir inanç geliştirme fırsatını elde edemeyerek ağrılarının tehlikeli olduğu yönündeki inançlarını devam ettireceklerdir.

Öte yandan literatür bulguları da, bu yenilenmiş modelin bilimsel açıdan sağlam temellere oturduğuna işaret etmektedir. Bu bağlamdaki sonuçlardan en önemlisi ise, ağrıya ilişkin kaygı ile ağrının algılanma düzeyi arasındaki ilişkiye yöneliktir. Buna göre konuyla ilgili pek çok çalışma, modeldeki öngörülerle uyumlu

olacak şekilde, ağrı korkusu yüksek olan hastaların bedensel farkındalıklarının arttığını ve bunun da daha yoğun bir ağrı yaşantısına sebep olduğunu ortaya koymuştur (Crombez, Eccleston, Baeyens ve Eelen, 1998a, 1998b). Ayrıca, ağrı korkusunun kaçınma davranışını ağrı şiddeti ve fizyolojik uyarılma düzeyinden daha iyi yordadığı da bulgulanmış ve bu durum araştırmacılar tarafından davranışların açıklanmasında bilişsel öğelerin üstünlüğü olarak yorumlanmıştır (Asmundson, Norton , Allardings, 1997; Vlaeyen, Kole-Snijders, Rottveel, Ruesink , Heuts, 1995).

Sonuç olarak, Sharp, hastaların ağrıya ilişkin düşünce ve inançlarını bu yenilenmiş bilişsel-davranışçı modelin merkezine koymaktadır. Bu noktada ise hastaların davranışlarının bilişlerle ilişkisi açısından önemli olduğunun vurgulanmasında yarar vardır.

2.2.6. Kronik Ağrının Nöromatriks Teorisi

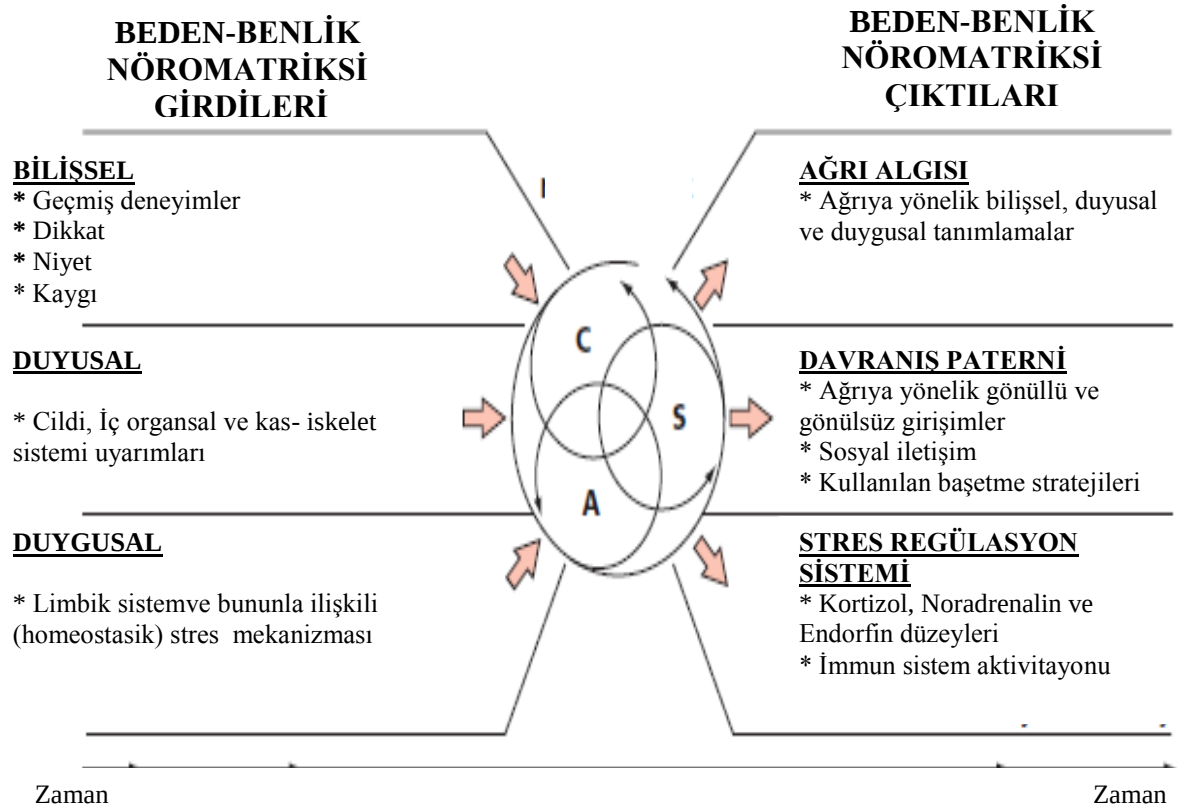
Kapı kontrol teorisini ortaya atmasından yaklaşık 35 yıl sonra Melzack, ağrıya ilişkin görüşlerinde revizyona gitmiş ve bu görüşlerini “Ağrının Nöromatriks Teorisi” başlığı altında toplamıştır (Melzack, 1999). Kapı kontrol teorisindeki temel önermelerini Selye’nin (1950) stres teorisiyle birleştiren Melzack, bu yenilenmiş teoride de ağrıya ilişkin oldukça önemli varsayımlarda bulunmaktadır.

Bu varsayımları daha iyi anlayabilmek için, öncelikli olarak bazı kavramların aktarılması önemlidir. Teorinin merkezinde yer alan “beden-benlik nöromatriksi” (the body-self neuromatrix); ağrının algılanmasında ve ağrı davranışlarının ortaya konmasındaki etkilerinin yanında merkezi sinir sisteminin stres tepkilerinde de etkin rol oynayan talamus, korteks ve limbik sistem gibi beyin yollarını birbirine bağlama özelliğine sahip geniş nöral ağ sistemi olarak ifade edilmektedir. Bu geniş nöral ağ sistemi içerisinde yer alan yapıların ayrı ayrı veya birlikte yaptığı etkilerin tamamı ağrı deneyiminin niteliğinden sorumludur. Melzack’a göre nöromatriksin bireyden bireye değişen işleyiş tarzı belirli ölçülerde genetik faktörlerin etkisi altında olsa da, duyuşal deneyim ve öğrenmenin de sürecin şekillenmesindeki rolü büyüktür.

Nöromatriks teorisinin bir başka önemli özelliği ise her bireyin kendine özel bir sinir uyarımı paterni olduğunu öne sürmesidir. Bu noktada, nöromatrikste yer alan faktörler tarafından belirlenen bu sinir uyarımı paterninin, çevresel bir

uyarımdan bağımsız bir şekilde duyuşsal veya bilişşel bir takım uyarılar yoluyla da aktive olabileceğı vurgulanmalıdır. Şekil 5'te, beden-benlik nöromatriksinin aktivite paternini belirleyen bilişşel, duyuşsal ve duyguşsal faktörler ile bu faktörlerin birbiriyle etkileşimi sonucunda ortaya çıkan ağrı yaşıantısının farklı boyutları özetlenmektedir.

Şekil 5. Kronik Ağrının Nöromatriks Teorisi (Melzack, 2003)



Öte yandan organizmada fizyolojik bir yarananma meydana geldiğinde bu durum organizmanın iç fizyolojik dengesinin (homeostaz) bozulmasına sebep olur. Teoriye göre bu denge durumunun bozulması organizmada ciddi düzeyde bir stresör olarak algılanmakta ve dengenin yeniden sağlanması adına stres regülasyon sisteminin kompleks nöral, hormonal ve davranışsal mekanizmaları devreye girmektedir (Selye, 1950). Melzack da (1999), uzun süreli stresin ve bu stresi ortadan kaldırmak adına organizmanın ortaya koyduğu bu mekanizmaların bağışıklık

sisteminin baskılanmasıyla sonuçlandığını düşünmektedir. Bu noktada stres regülasyon sisteminin fizyolojik dengenin sağlanması adına ortaya çıkardığı kortizol hormonu önemlidir. Çünkü kortizol hormonu organizmanın stres faktörüyle baş etmesine yönelik enerjinin üretilmesinden sorumludur. Yaralanmaya hızlı ve güçlü bir cevabın (o ortamdan hızlıca kaçmak veya hızlı bir şekilde tedaviye ulaşmak vb.) verilmesini sağlayan bu hormon kısa sürede olabildiğince çok enerji üretebilmek adına vücudun öz kaynaklarını yoğun bir şekilde kullanırken, vücudun kısa bir süre sonra oluşabilecek tehditler için daha zayıf hale gelmesine sebep olur (Charmandari, Tsigos ve Chrousos, 2005). Bu döngünün sürekliliği ise öz kaynakların yerine konamadan kullanılması yani daha zayıf bir bağışıklık sistemi demektir. Sözgelimi, yüksek kortizol düzeyi vücudun stres tepkisi için gerekli enerjiyi elde edebilmek adına kaslardaki protein salınımını kitlemekte ve kalsiyumun kemiklerdeki değişimini baskılamaktadır. Bu alarm halinin sürekliliği ise pek çok güçsüzlük, yorgunluk ve kireçlenme durumlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Melzack, 2001). Özetle nöromatriks teorisi, ilk olarak Selye (1950) tarafından ortaya atıldığı gibi, stres regülasyon sisteminin uzun süreli aktivasyonunun pek çok kronik ağrı durumunun ortaya çıkmasında önemli bir yatkınlaştırıcı olduğunu öne sürmektedir.

Ayrıca Melzack (1999), bir kişinin ağrı yaşantısının yegane belirleyicisinin o kişinin sahip olduğu kendine has beden-benlik nöromatriksi olduğunu ve bunun da bireysel farklılıkların temelini oluşturduğunu savunmaktadır. Kapı kontrol teorisinde de belirtildiği gibi, bilişsel mekanizmalar ağrı deneyiminde temel bir rol oynamaktadır. Teoriye göre, bilişsel süreçlerin bu etkisini, güncel akut stresörün (akut ağrı) geçmişteki kronik stresörü (kronik ağrı) çağrıştırması sonucunda, organizmanın kronik stresöre verdiği tepki zincirini başlatmasında da görmemiz mümkündür. Bu yolla teori, nöromatriksi şekillendiren önemli bir faktör olarak ağrı çeken bireylerin önceki öğrenme deneyimlerine vurgu yapmakta ve bireylerin aynı şiddetteki duyuşal uyarılara farklı ağrı tepkileri vermelerini bunun üzerinden açıklamaktadır. Bir anlamda nöromatriks teorisi akut ağrının tetiklediği önceki kronik ağrı yaşantılarını ve buna verilen uzun süreli ve bozulmuş stres tepkilerini bir tür yatkınlaştırıcı olarak görmekte ve bu bağlamda bir tür stres-yatkınlık modeli öne sürmektedir (Okifuji ve Turk, 2002). Ayrıca, ağrının ve buna verilen uzun süreli ve

bozulmuş stres tepkisinin sürekliliği ise bir müddet sonra organ düzeyinde yapısal ve işlevsel bir takım değişiklikler meydana getirebilmekte ve bu değişiklikler sebebiyle de ağrıyı başlatan fizyolojik uyaran ortadan kalksa bile ağrı devam edebilmektedir. Nöromatriks teorisine göre merkezi sinir sisteminde meydana gelen bu değişim, FMS ve BBCS gibi fiziksel patoloji bulunamadığı halde bireylerin yoğun bir şekilde ağrı duyduğu pek çok kronik ağrı sendromunun anlaşılmasında son derece önemlidir.

Özetle, kronik ağrının nöromatriks teorisi, kronik ağrı yaşantısına yönelik bilimsel kanıtlara dayanan pek çok fizyolojik ve psikolojik bilgiyi birbirine entegre ederek etkileyici hipotezler ortaya atmaktadır. Kapı kontrol teorisinde olduğu gibi bu teoride de bilimsel bir düşünme yolunu benimseyen Melzack, bu doğrultuda teorisinin etki gücünün daha fazla bilimsel incelemeden geçtiğine işaret etmektedir (Melzack, 2001).

Bölüm 3'ün başından şu ana dek, FSS'ların ağrı açısından ele alınmasına yönelik olarak; kronik ağrı epidemiyolojisine ek olarak, kronik ağrıya yönelik en güncel yaklaşım olan biyopsikososyal anlayışın ortaya çıkmasında önemli role sahip yaklaşımlar tarihsel bir süreç içerisinde aktarılmıştır. Bu bağlamda aşağıda da öncelikle; literatürde sıklıkla FSS olarak ele alınan Kronik Ağrı Sendrom'undan (KAS) genel olarak bahsedilecek ve ardından bu klinik görüngünün prototipik örneklerini yansıtan Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromlarının temel klinik özellikleri güncel literatür bilgileri ışığında incelenecektir.

2.3. Kronik Ağrı Sendromları

Kronik ağrıya yönelik özellikle “biyopsikososyal” bakış açısı, kronik ağrı ile kronik ağrı sendromunu kavramsal ve terminolojik açıdan birbirinden ayırmayı zorunlu kılar. Bu durumu Çeliker şu şekilde ifade etmektedir (2005),

(...) Kronik ağrı ve kronik ağrı sendromları farklı özelliklere sahiptir. Kronik ağrıda süregelen bir hastalığa veya doku hasarına uyumlu fonksiyon ve davranış değişiklikleri vardır. Kronik ağrı sendromunda ise devam eden ağrıya karşı yanlış adaptasyon paternleri geliştirilmiştir ve subjektif ağrı ve davranış değişiklikleri objektif doku hasarından sonra da devam eder. Kronik ağrılı hastaların tümünde

kronik ağrı sendromu yoktur. Bir grup hasta ağrıya rağmen yaşama bağlıdır, çalışır ve ağrı ile başeder (s.15)⁵.

En genel haliyle kronik ağrı sendromunun sıklıkla görüldüğü grupları; Fibromiyalji Sendromu, Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu, Kronik Yorgunluk Sendromu, Miyofasyal Ağrı, Gerilim Tipi Baş Ağrısı, Migren ve Temporomandibuler ağrı olarak sayabiliriz (Yunus, 2002). Konuyla ilgili hakim görüş kronik ağrı sendromunun en çok görüldüğü grupların ve bunların ortak özelliklerinin bilinmesinin bu klinik görüngünün çalışılmasında önemli bir yol haritası sunabileceği yönündedir. Kronik ağrı sendromunun tanımına dikkatli bakıldığında asıl vurgunun kronik ağrının varlığından ziyade bireylerin kendine has “kronik ağrı davranışları” üzerine olduğu görülmektedir. Nitekim bu klinik görüngülerdeki en önemli ortak özellik her birinde eldeki tıbbi göstergelerin kişilerin yaşadığı sıkıntıları açıklamakta yetersiz kalması ve bu sıkıntılara yönelik ağrı davranışlarının primer (birincil) semptom olarak kabul edilmesidir. Eldeki tıbbi göstergeler yetersiz kalmasına rağmen bireyin şikayetlerinin devam etmesi ve bu şikayetler sebebiyle ortaya konan ağrı davranışlarının primer semptom olarak kabul edilmesi daha üst başlık olarak değerlendirilebilecek Fonksiyonel Somatik Sendromların (FSS) kronik ağrı sendromları üzerinden çalışılabilmesine dair önemli bir ipucu sunar. Bu bağlamda literatürdeki pek çok çalışma kronik ağrı sendromlu hastaların en önemli ağrı davranışlarından birinin sağlık hizmetlerini aşırı kullanma olduğunu vurgulamakta ve bunu “Tıbbi Yardım Arama Davranışı” (TYAD) olarak kavramsallaştırmaktadır (Hartz ve ark. 2000). Kronik ağrı sendromlarının ve ortaya koydukları yoğun TYAD’nın tanınmasının; bu hastaların gerek toplumsal maliyeti ve sağlık sistemine yaşattıkları zorluklar gerekse sıkıntılarının odağında TYAD’nın yer alması sebebiyle oldukça önemli olduğu vurgulanmalıdır.

Bu açıdan bakıldığında, üst başlıkta FSS’ların daha özelde ise kronik ağrı sendromlarının en iyi çalışılabileceği klinik durumların başında “Fibromiyalji Sendromu”nun (FMS) ve “Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu”nun (BBCS) geldiği söylenebilir. Çünkü tıbbin açıklamakta yetersiz kaldığı her iki kronik ağrı sendromunun da gerek prognoz gerekse TYAD’nın primer semptom olarak kabul

⁵Çeliker R. (2005). Kronik Ağrı Sendromları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi; 51 (Özel Ek B), B14-B18.

edilmesi açısından hem FSS'ların hem kronik ağrı sendromlarının prototipik bir örneğini yansıttığı düşünülmektedir (Ablin ve Clauw, 2009; Hocquard, 2002). Bu bilgiler ışığında, aşağıda FMS ve BBCS'unun genel özelliklerinden bahsedilecektir.

2.3.1. Fibromiyalji Sendromu

Fibromiyalji Sendromu, temel olarak yaygın ağrı ve hassas noktalarla seyreden uyku bozukluğu, yorgunluk ve çeşitli sindirim sistemi rahatsızlıkları gibi semptomlar topluluğunun sıklıkla tabloya eşlik ettiği ve tıbbın bu semptomları açıklamakta yetersiz kaldığı bir kronik ağrı sendromudur. Daha üst başlıkta Fonksiyonel Somatik Sendrom (FSS) olarak değerlendirilebilecek FMS'de irritabl barsak sendromu, huzursuz bacak sendromu, temporomandibular bozukluk, kronik yorgunluk sendromu gibi diğer FSS'lara ek olarak; depresyon, anksiyete gibi psikolojik durumlar da sıklıkla görülmektedir.

Yüzyıl öncesinde “nevrasteni” ve benzeri terimlerle ifade edilen tablonun “fibromiyalji” terimine doğru yolculuğu Gowers'ın 1904'te bu klinik görünüyü “fibrozit” olarak tanımlamasıyla başlamıştır. Bu tanımlamadan yaklaşık 70 yıl sonra Moldofsky ve arkadaşları, fibrozit'te uykunun nonREM döneminde ortaya çıkan bir bozukluk bulgulamış ve bunun santral sinir sistemi tutulumu sonucunda olabileceğini öne sürmüşlerdir (Moldofsky, Scarisbrick, England ve Smythe, 1975). 1990 yılında ise Amerikan Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology-ACR) Fibromiyalji Sendromu (FMS) terimini kullanarak gerek araştırmalarda gerekse klinik pratikte yaygın kabul gören tanı kriterlerini öne sürmüştür. Buna göre FMS tanısı için; 3 aydan uzun süren yaygın ağrı varlığı (ağrı vücudun hem sağ, hem sol, hem de belin alt ve üst kısımlarına ek olarak aksiyel iskelet ağrısı olmalıdır) ve 18 hassas noktanın en az 11'inde baş parmak basısı sonucunda ağrı bulunması gereklidir (Wolfe, Smythe ve Yunus, 1990). Ayrıca diğer hastalıkların varlığı FMS tanısını dışlamamakta ve tanı için kullanılan herhangi bir laboratuvar veya radyolojik bulgu bulunmamaktadır. Fibromiyalji Sendromun'da görülen hassas noktaların lokalizasyonu Şekil 6'da gösterilmektedir.

Şekil 6. Fibromiyalji sendromunda görülen hassas noktalar*



* Wolfe, Smythe, Yunus, Bennet, Bombardier, Goldenberg ve arkadaşlarından (1990) alınmıştır.

ACR kriterleri tanıda %88,4 duyarlılık ve %88,1 özgüllük sağlamasına rağmen son yıllarda ACR kriterlerinin tanıdaki yeterliliği ve kullanılabilirliğine yönelik eleştiriler artmıştır (Wolfe, Smythe ve Yunus, 1990). Günümüzde bu konudaki hakim görüş, bu tanı kriterlerinin epidemiyolojik çalışmalarda ve hasta gruplarının toplanmasında yeterli olabileceği; ancak tıp pratiğinde, atipik semptomlu

hastalarda ve etkili tedavi planının yapılmasında yetersiz olduğu yönündedir (Clauw, 2007; Katz, Wolfe ve Michaud, 2006). Bu bağlamda Petzke ve arkadaşları da (2003), FMS hastalarında hassasiyetin tüm vücuda yayıldığını ve bu sebeple hassas nokta kavramının tartışılması gerektiğini öne sürmüştür.

Bu hastaların ağrılarındaki en temel mekanizmalar hiperaljezi (normal ağrılı uyarana karşı artmış yanıt) ve allodonidir (ağrılı olmayan uyarının ağrılı olarak algılanması) (Moshiree, Price, Robinson, Gaible ve Verne, 2007; Petzke, Clauw, Ambrose, Khine ve Gracely, 2003). Bu bağlamda Clauw da (2007), FMS'lu hastalarda sadece ağrıya karşı değil, sıcak ve soğuk gibi birçok duyuşsal uyarana karşı da hassasiyet olduğunu bildirmiştir. Bu hastalardaki temel bulgu ağrı olmakla birlikte klinik tabloyu oluşturan semptom ve bulgular çok çeşitlidir (Goldenberg, 2003). Tablo 1'de Gürer ve Şendur'un (2006) FMS kliniğinde ayaktan takip edilen 171 FMS hastasının klinik özelliklerini tespit edebilmek amacıyla yürüttükleri çalışmadan elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

Tablo 1. FMS hastalarında görülen semptomlar ve yüzdeleri⁶

Semptomlar	%(n)
Yorgunluk	%95.3
Yaygın ağrı	%91.2
Sabah tutukluğu	%86
Baş ağrısı	%83.6
Parestezi	%78.9
Uyku bozukluğu	%76
Öznel şişlik hissi	%64.9
Ağızda kuruluk	%56.1
Libido kaybı	%38
Huzursuz barsak bulguları	%36.8
Dismenore	%35
Reynaud fenomeni	%27.5

⁶ Gürer, G. Ve Şendur, Ö. (2006). Fibromiyaljili Hastalarımızın Klinik Özellikleri ile Bulgular Arasındaki Korelasyonlar. Romatizma, 21, 41-4

Öte yandan FMS'nin epidemiyolojisine baktığımızda konuyla ilgili pek çok çalışma yapıldığı ve bunlar arasında önemli oranda bir örtüşme sağlandığı söylenebilir. Amerika'da ACR kriterlerine göre yapılan epidemiyolojik çalışmada FMS'nin yetişkinlerdeki prevalansının %2 (kadınlarda %3.5, erkeklerde %0.5) olduğu bulgulanmıştır (Wolfe, Ross, Anderson, Russell ve Hebert, 1995). Türkiye'de 20-64 yaş aralığındaki kadınlarla yapılan çalışmada da, prevalans %3.6 olarak bulunarak oldukça benzer bir bulgu elde edilmiştir (Topbaş, Çakırbay ve Güleç, 2005). Birçok ülkede ve farklı etnik gruplarla yapılan epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen bu ve benzeri sonuçlar, FMS'nin dünya genelinde benzer sıklıkta görüldüğü şeklinde yorumlanabilir.

Ayrıca FMS hastalarının büyük çoğunluğu (%80-90) kadınlardan oluşmakta ve semptomlarının sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Bunlara ek olarak; kadın olmak, tek başına yaşıyor olmak ve düşük sosyoekonomik seviye FMS semptomları için başlıca risk faktörleri olarak saptanmıştır (Feder ve ark. 2001; Linaker, Walker-Bone, Palmer ve Cooper, 1999).

Fibromiyaljiye yönelik epidemiyolojik çalışmaların ortaya koyduğu önemli bir başka bulgu ise bu hastaların klinik pratikteki görülme yaygınlığına ve klinik pratikte çokça problem yaratan "Tıbbi Yardım Arama Davranışlarına" (TYAD) yöneliktir. Yapılan çalışmalar; genel polikliniklere başvuranların %5-6'sının, romatoloji kliniğine başvuranların ise %10-20'sinin FMS hastaları olduğunu ortaya koymaktadır (Russel, 2008). Öte yandan bu hastaların hem başka bir tıbbi ve kronik hastalığı olanlara hem de sağlıklı kontrollere kıyasla çok daha fazla TYAD gösterdikleri ortaya konmaktadır. Öyle ki bu hastalarda görülen yoğun TYAD, pek çok kaynakta FMS'nin en önemli semptomlarından biri olarak görülmekte ve bu davranışın hastalığın prognozundaki kritik rolü vurgulanmaktadır (Dobkin, Civita, Bernatsky, Kang ve Baron, 2003; Kersh ve ark. 2001).

Fibromiyaljinin gerek kronik ağrı sendromlarının gerekse FSS'lerin içinde değerlendirilen gruplardan yalnızca biri olduğunun ve bu hastaların en önemli ağrı davranışının bitmek tükenmek bilmeyen bir şekilde seyreden TYAD olduğunun düşünülmesi bu oranların toplumsal maliyetine dair daha kapsamlı bir anlayış elde

edilmesini sağlayabilir. Nitekim literatürdeki çalışmalar da FSS bağlamında ele alınan FMS'li hastaların toplumsal maliyetine yönelik çarpıcı bulgular ortaya koymaktadır.

Sözelimi, 33176 FMS hastası ile yaş ve cinsiyet açısından bire bir eşlenmiş aynı sayıdaki sağlıklı kontrollerin oluşturduğu katılımcıların bilgilerinden elde edilen meta analitik bir çalışmanın sonuçları bu hastalarının 12 ay sonundaki doktor vizitleri üzerinden değerlendirilen TYAD'nın sağlıklı kontrollerden 4 kat daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Berger, Dukes, Martin, Edelsberg ve Oster, 2007).

Hollanda'da yapılan başka bir çalışmada da bir FMS hastasının yıllık ortalama sosyoekonomik maliyetinin 7,813 euro olduğu bulgulanırken Almanya'dan bir başka araştırmacı da FMS'nin prevalansı ve sağlık sistemine maliyeti göz önünde bulundurulduğunda 80 milyonluk bir ülkenin FMS'ye harcayacağı maliyetin ortalama 12 milyar Euro civarlarında olacağı tahmininde bulunmaktadır (Boonen, van den Heuvel, van Tubergen, Goossens, Severens, van der Heijde ve ark. 2005; Spaeth, 2009).

Türkiye'de ise kısıtlı sayıda bulunan epidemiyolojik çalışmalardan ilki 1999 yılında gerçekleştirilmiştir. Her ne kadar bu çalışma FMS'na özgü olmasa da bu klinik görüngünün dahil olduğu üst grup olan KAS'nda görülen TYAD'larına yönelik önemli bulgular ortaya çıkardığı söylenebilir. Buna göre, çalışmaya katılan toplum örnekleminin % 76.6'lık kısmının kronik ağrılı olduğu tespit edilmiştir. Ancak en çarpıcı bulgu ise bu grubun; %12.3'ünün son üç ay içerisinde ağrı yakınması sebebiyle sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvurduğu, %4.1'inin de yine son üç ay içinde ağrı nedeni ile hastaneye yattıklarının bulgulanması ile elde edilmiştir (Erdine, Hamzaoğlu, Özkan, Balta ve Domaç, 2001). Kronik ağrılı grupların genellikle uzun süredir ağrı çeken bireylerden oluştuğu ve bu bireylerdeki tıbbi yardım arama davranışının kendini acil servise başvurmanın ve hastaneye yatmanın daha kolay versiyonu olan doktor vizitlerindeki yoğunluk olarak gösterdiği düşünüldüğünde bu bulgunun da özellikle ülkemizdeki kronik ağrılı bireylerin toplumsal maliyetine yönelik oldukça önemli bilgiler verdiği ortaya çıkmaktadır.

Öte yandan, tanı kriterlerinde de belirtildiği gibi FMS'ye etiyolojik açıdan yaklaşıldığında ise net bulgulardan bahsedebilmek mümkün değildir. Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen FMS'nin ortaya çıkmasında genetik eğilimlerin, kişilik

özelliklerinin, bazı enfeksiyonların ve fiziksel-duygusal travmaların rolü olduğunu öne süren çalışmalar vardır (Russel, 2008). Özellikle psikolojik stresin kronik ağrı sendromlarına ve FMS'ye öncülük ettiğine dair pek çok çalışma bulunmaktadır (Clauw, 2010; McBeth, Macfarlane, Benjamin, Morris ve Silman, 1999).

Özetle FMS, ortaya koyduğu semptomların ve eşlik eden rahatsızlıkların çeşitliliği ile biyopsikososyal rahatsızlıkların en önemli örneklerinden birini sunmaktadır. Çünkü bu hastalarda yoğun ağrı yaşantısına sıklıkla halsizlik, yorgunluk, hissizlik gibi semptomların yanında huzursuz barsak sendromu ve temporomandibüler bozukluk gibi klinik görüngüler ve bu semptomlara yönelik yoğun TYAD'ları gibi ağrı/hastalık davranışları eşlik etmektedir. Konuyla ilgili pek çok çalışma da, bu hastalığın prognozunda ağrının şiddetinden daha çok ağrı/hastalık davranışlarını da kapsayan çeşitli psikososyal durumların etkisine işaret etmektedir (Bradley ve McKenree-Smith, 2002; Macbeth ve Silman, 2001). Bu bilgiler ışığında, bu hastaların gerek tıbbi ortamlarda ve normal popülasyondaki yaygınlığının, gerekse semptomlarına yönelik bitmek tükenmek bilmeyen TYAD'larının bu hastaları toplumsal maliyetleri açısından da önemli klinik görüngüler haline dönüştürdüğü vurgulanmalıdır. Tüm bu özelliklerin ise, FMS hastalarının tıp sistemine yaşattıkları zorluklar odağında yer alan TYAD'larının çalışılmasının önemini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

2.3.2. Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu

Bel ağrısı insanoğlunun ilk çağlardan beri yaşadığı ve toplumların gelişmesiyle de yıllar içerisinde artan evrensel bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalar, bireylerin %80'ninin yaşamları boyunca en az bir kez bel ağrısı sorunu yaşadıklarını göstermektedir (Andersson, 1999).

Hemen herkesin hayatında en az bir kez yaşadığı bir sağlık sorunu olan bel ağrılarının en önemli nedenlerinden biri de lomber disk herniasyonudur (bel fıtığı) ve muhtemel tedavi seçeneklerinden biri de cerrahi uygulamalardır (Tander, Cengiz ve Cantürk, 2005). Hem hasta hem de cerrah açısından bu türden bir ameliyatın hedefleri; ağrının belirgin olarak azaltılması, işlev kaybının tama yakın düzeltilmesi,

işe dönüşün sağlanması, aşırı ilaç kullanımının durdurulması ve bunlardaki düzelme dolayısıyla hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Berker, 2002).

Literatür, bel veya bacak ağrılı hastaların yaklaşık %1-2'lik kısmının disk herniasyonu kaynaklı ameliyat geçirdiğine ve ameliyat sonrası Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu'na (BBCS) bu hastaların yaklaşık %15'inde rastlandığına işaret etmektedir (Berker, 2002). En genel haliyle BBCS kavramı ile; bel ameliyatı sonrası bel ve/veya bacak ağrısı devam eden bir grup hasta tanımlanmaktadır. Ancak kavrama yakından bakıldığında; bel ameliyatı sonrası ortaya çıkan sonuca dair hem hastanın hem de doktorun hayal kırıklığının ifade edildiği genel bir kavram olduğu sonucu çıkar. Tam da bu noktada pek çok araştırmacı, bu kavramı işlevsel bir tanıyı yansıtmadığı yönünde eleştirmektedir (Burgest ve Simopoulos, 2009). Onlara göre BBCS diğer pek çok tıbbi tanının aksine (sözelimi, hipertansiyon veya şeker), hastanın tıbbi probleminin etiyolojik kökenlerine dair oldukça kısıtlı bir bilgi vermektedir. Bu tanımlamada; hastanın orijinal tanısının doğru olup olmadığı veya hastaya uygulanan ameliyatın uygun şartlarda gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği türünden bilgiler net değildir.

Yukarıda da ifade edildiği üzere, BBCS kavramının pratikteki kullanımına yönelik ciddi problemler bulunmaktadır. Buna rağmen; bu kavramın tıp literatüründe elde ettiği geniş kabulün güncel literatürde de aynı kavramın kullanılmasını sürdüren en önemli faktör olduğu vurgulanmalıdır (Burgest ve Simopoulos, 2009). Bu noktada ise kavrama dair bir çerçeve çizilmesinin BBCS'unun pratikteki kullanımından doğan belirsizliği en aza indireceğine yönelik görüşler bulunmaktadır. Sözelimi, Burgest ve Simopoulos (2009) BBCS kavramının çerçevesini 3 ana kriter üzerinden ifade etmektedir. Onlara göre, BBCS kavramı aşağıdaki 3 durumun birleşimini yansıtmalıdır:

1. Ameliyat öncesi hastanın klinik düzeyde bel ağrısının bulunduğu kanaatine varılmıştır ve bu bel ağrısına yönelik cerrahi dışı yöntemler yetersiz kalmıştır.
2. Bu sebeple, inatçı ve şiddetli seyreden ağrıda önemli bir azalma gerçekleştirebilmek amacıyla uygun bel ameliyatı gerçekleştirilmiştir.

3. Ameliyatın olağan etkilerinin genellikle kendiliğinden kaybolduğu zaman dilimi geride kalmasına rağmen; hastanın ağrıları geçmemiştir ve hastada çeşitli işlevsel kısıtlılıklar da görülmeye başlanmıştır.

Öte yandan konuyla ilgili epidemiyolojik çalışmalar, bel cerrahisi ameliyatı sonrası olguların yaklaşık üçte birinde hem hastanın hem de cerrahın beklentilerinin karşılanmadığına ve yine yaklaşık %1-10'unda da eskisinden daha kötüye gidişin olduğuna işaret etmektedir (Pearce, 2000). Ayrıca, bel cerrahisi geçirmiş hastaların yaklaşık %10-40'ından tatmin edici sonuçlar elde edilemediği ve bu hastaların şiddetli bel ve/veya bacak ağrıların ameliyat sonrası da devam ettiği sıklıkla ortaya konan diğer önemli bulgulardır (Aydın ve ark. 2002; Eseoğlu ve Akdemir, 2010). Bu hastaların var olan semptomlarını ortadan kaldırmak adına yapılan her ameliyatta sıklıkla daha kötüye gittiklerinin bulgulanması (Jönsson ve Strömquist, 1993) bu klinik görüngüde salt tıbbi yaklaşımın etkililiğine yönelik önemli ipuçları sunmaktadır. Çünkü yapılan çalışmalar bu hastaların büyük kısmında bel ameliyatı sonrası devam eden ağrıları açıklayabilecek fizyolojik patolojinin olmadığına ya da eldeki fizyolojik patolojinin durumu açıklamakta yetersiz kaldığına işaret ederek bunun tıbbın açıklamakta zorlandığı bir sendrom olduğunu vurgulamaktadır (Long, Filtzer, BenDebra ve Hendler, 1988; Voorhies, Jiang ve Thomas, 2007).

Her ne kadar BBCS kavramının kullanımı tablonun etiyolojik kökenlerine dair ipuçları vermese de bu kronik ağrı sendromunda da çok boyutlu bir değerlendirmenin gerektiği düşünülmektedir (Slipman ve ark. 2002). Dolayısıyla, BBCS etiyolojik açıdan değerlendirilirken diskin lokalizasyonuna ve cerrahinin başarısına bağlı nedenlerle birlikte TYAD da içeren psikososyal faktörler de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Burada ifade edilmek istenen hastanın bel ağrısı problemine eşlik eden psikolojik, sosyal ve ekonomik özelliklerinin tablonun geneline olan etkisidir. Literatürdeki hakim görüş, bu alanlarda hastaların sahip olduğu özelliklerin hastanın ağrı algısı ve işlevsel kısıtlılığı üzerinde oldukça önemli olduğu yönündedir (Block, Ohnmeis, Guyer, Rashbaum ve Hochschuler, 2001). Nitekim bu öneme dair vurguyu modern tıbbın babası olarak kabul edilen William Osler'in hastalıkla ilgili özdeyişinde de görmemiz mümkündür. William Osler "Bir hastanın hangi hastalığa sahip olduğundan daha önemli olan, hangi özelliklere sahip

bir insanın o hastalığa sahip olduğudur” diyerek aslında psikososyal faktörlerin önemine en iyi vurguyu yapmaktadır.

Ameliyat sonrası kronik bel ağrısı şikayeti olan hastalarda sıklıkla aşırı düzeyde özürllülük, anksiyete ve ağrı davranışı görülmesinin BBCS’nun oluşmasında psikososyal faktörlerin önemini ortaya koyduğu düşünülmektedir. Çünkü hastanın ağrısı kronikleştikçe ortaya çıkan ağrı korkusu hastanın fiziksel aktivitesini kısıtlamakta ve bu durum hastanın kas gücü ve esnekliğinin yanında kardiyovasküler dayanıklılığında da hızlı bir düşüşe neden olmaktadır. Bunun sonucunda ise varılan nokta çoğu zaman sosyal izolasyon ve hobilerin azalması olmaktadır. Bu durumun sürekliliği sebebiyle ortaya çıkan depresyon ve anksiyete durumları da tekrar çeşitli ağrı davranışlarının sürmesini sağlamakta ve böylece kronik ağrı kısır döngüsü tamamlanmaktadır (Ketenci, 1998).

BBCS hastalarında salt psikolojik kaynaklı ağrı nadir olarak görülse de tedaviye dirençli bel ağrısı hastalarının çoğunda en az bir majör psikiyatrik bozukluğun bulunduğu dair tutarlı bulgular bulunmaktadır. Bu hastaların ağrı davranışlarının en önemli belirleyicilerinden biri olan ve bu hastalarda yaygın görülen psikiyatrik bozuklukları; depresyon, anksiyete, somatizasyon, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları olarak sayabiliriz (Ketenci, 1998). Bel ameliyatı öncesi bu hastaların temel psikopatolojilerine yönelik uygun bir tedavi programının uygulanmasının klinisyenlere bel ameliyatı için ”uygun” hastanın seçimi konusunda önemli bilgiler vereceği dolayısıyla da bel ameliyatı sonrası elde edilecek sonuçlara olumlu katkısının olacağı düşünülmektedir (Burgest ve Simopoulos, 2009). Nitekim, Kjelby-Wendt ve arkadaşlarının (2001) iki yıllık izlem sürecinde depresyonun bel ameliyatı sonuçlarını önceden görme açısından önemli bir araç olduğu sonucuna varmaları bu konudaki önemi ortaya koyar niteliktedir. Öte yandan ülkemizde de Coşkun ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada; psikolojik faktörlerin bel ameliyatı sonrası oluşan ağrı şiddeti ve özürllülük düzeylerinin önemli bir yordayıcısı olduğunu bulguları bu durumun ülkemizdeki geçerliliği konusunda önemli bilgiler elde edilmesini sağlamıştır.

Bunlarla birlikte klinisyenleri bel ameliyatı için “uygun olmayan” hasta seçimine götüren bir diğer önemli psikososyal faktörü ise hastaları pek çok ağrı davranışına sevk eden ikincil kazançlar oluşturmaktadır. Bu hasta gruplarında

sıklıkla görülen psikiyatrik bozuklukların da etkisiyle şekillenen ikincil kazançların sosyal hayata bakan yanı oldukça kuvvetlidir. Çünkü bu hastaların dinmek bilmeyen ağrıları sebebiyle yakın çevreden ilgi görmek, aile ve iş bağlamında bir takım sorumluluklardan kurtulmak, işlerinden erken emekli olmak veya tazminat elde edebilmek gibi çeşitli ikincil kazançlar dolayısıyla yoğun tıbbi yardım arayışı şeklinde de görülen ısrarlı ve inatçı ağrı davranışları ortaya koydukları görülmektedir (Burgest ve Simopoulos, 2009).

Özetle, BBCS tablosunun oluşmasında ve şekillenmesinde diskin lokalizasyonu ve cerrahinin başarısı gibi biyolojik faktörlerin yanında TYAD'nı da içeren psikososyal faktörler de oldukça önemli yer tutmaktadır. Bu özellikleri BBCS'nun çok yönlü ele alınması ve tedavi edilmesi yönünde önemli ipuçları sunar. Dolayısıyla bel ameliyatı operasyonlarının planlanması aşamasında sonuçların hem hasta hem de klinisyen açısından tatmin edici olması için biyolojik faktörlere yönelik değerlendirmelerin yanında hastaların psikososyal faktörlerinin de ayrıntılı değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

3. FONKSİYONEL SOMATİK SENDROMLARDA TIBBİ YARDIM ARAMA DAVRANIŞI

Bireylerin rahatsızlıklarına yönelik ortaya koyduğu baş etme mekanizmaların tamamı “hastalık davranışı” (illness behaviour) olarak tanımlanmaktadır. Çoklu faktörler tarafından şekillendiği düşünülen hastalık davranışının en çok görülen boyutlarının; aşırı ilaç kullanımı (ilaç kötüye kullanıma varan), yoğun tıbbi yardım arama davranışı, sürekli şikayet halinde olma ve çeşitli sorumluluklardan kaçınma olduğu söylenebilir. Hem psikiyatri hem de tıp disiplinindeki pek çok hastalığın en önemli boyutlarından birini hastalık davranışı oluşturur. Bu noktada, hastalık davranışlarından özellikle yoğun Tıbbi Yardım Arama Davranışının (TYAD), açıklanamayan fiziksel semptomlarla seyreden Fonksiyonel Somatik Sendromların (FSS) ortaya çıkmasında, prognozunda ve özürlülük düzeyinde önemli etkilerde bulunarak ana semptomlarından birini oluşturduğu görüşü hakimdir (Elbi, 1997; Fink ve ark. 2002; Rief, Hessel ve Braehler, 2001).

Böyle bir anlayışın FSS’ları bir tür klinik bedenselleştirme olarak gören Lipowski’nin (1988) görüşleriyle de uyumlu olduğu söylenebilir. Gündelik hayatta bedensel belirtiler çok yüksek oranda görülmesine rağmen (%80-Pennebaker ve Epstein, 1983) bunların sıklıkla doktora başvurmaya gerektirmeden kendiliğinden kaybolduğu ve bu türden şikayetleri olan dört kişiden yalnızca birinin şikayetleri için yardım arayışına girdiği görülür (Green ve ark. 2001). Lipowski’ye göre de, klinikte probleme neden olan durumlar bu gelip-geçici bedensel belirtiler ya da yakınmalar değil, bunların yorumlama, hastalığa atfetme ve yardım arama süreçlerinden geçerek klinisyene ulaşmasıdır. Tıbbi bir yardım arayışı olmadığı sürece hiçbir belirti ve yakınmanın klinik manada bir bedenselleştirme olmayacağını belirten Lipowski, aslında FSS’lardaki en önemli hastalık davranışının tıbbi yardım arama davranışı olduğunun da altını çizmektedir (Lipowski, 1988; Fink ve ark. 2007).

Literatürde farklı tanımlamaları bulunan yardım arama davranışı (help-seeking behaviour) Andersen ve Newman (1973) tarafından sağlık hizmetlerini kullanma davranışı; Smith ve arkadaşları tarafından (2001) kişilerin genel yardım arama ihtiyacı; Rickwood ve arkadaşları (2005) tarafından da yardım için seçilmiş

kaynaklarla gerçekleştirilen iletişimin tamamı olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu bağlamda TYAD'nın literatürün genelinde; Rickwood ve arkadaşlarının (2005) tanımlamaları doğrultusunda; ayaktan doktor vizitlerini, hastanaya yatışları ve acil servis başvurularını kapsayan bir kavram olarak ele alındığı vurgulanmalıdır (örn. Barsky, Orav ve Bates, 2005).

Problemin fark edilmesi, kabul edilmesi ve yardım edecek kişilerle iletişime geçilmesi gibi basamakları içeren yardım arama davranışı, tıbbi yardımın sağlandığı sağlık hizmetlerine başvuru şeklinde gerçekleşebileceği gibi alternatif tıp uygulamacıları, hocalar vb. tıp dışı kişilerle iletişime geçme şeklinde de olabilmektedir (Kırpınar, 2002). Ancak söz konusu FSS'lar ve bu bağlamda ele alınan Kronik Ağrı Sendrom'u (KAS) olduğunda TYAD'nın çok büyük oranda yoğun tıbbi bir yardım arama davranışı şeklinde seyrettiği görülmektedir (Hartz ve ark. 2000; Wassem ve Hendrix, 2003). Yani söz konusu KAS'u olduğunda TYAD oldukça ayırt edici bir semptomdur. Öyle ki, KAS'lu hastalarda görülen yoğun TYAD'larını da içine alan ağrı/hastalık davranışları sebebiyle kronik ağrı sendromlu hastaların salt kronik ağrılı hastalardan ayrıldığı ve bu iki durumun farklı klinik görüngülere işaret ettiği düşünülmektedir (Çeliker, 2005).

Öte yandan, bu yoğun TYAD'nın ekonomik boyutunun hem hasta ve ailesi hem de sağlık sistemi açısından ciddi boyutlara vardığı da belirtilmelidir (Spaeth, 2009). Daha önce FSS'ların ekonomik boyutunun anlatıldığı bölümlerde de (böl. 3.1, 3.3.1 ve 3.3.2) ifade edildiği gibi TYAD bu hastaların toplumsal maliyetlerinin en önemli belirleyicisidir (Wolfe ve ark. 1997). Sözgelimi, 33176 FMS hastası ile yaş ve cinsiyet açısından bire bir eşlenmiş aynı sayıdaki sağlıklı kontrollerin oluşturduğu katılımcıların bilgilerinden elde edilen meta analitik bir çalışmanın sonuçları bu hastalarının 12 ay sonundaki doktor vizitleri üzerinden değerlendirilen TYAD'nın sağlıklı kontrollerden dört kat daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Berger, Dukes, Martin, Edelsberg ve Oster, 2007). Yine 2260 FMS hastasıyla yapılan bir başka çalışmada ise bu hastaların yıllık ortalama doktor vizitlerinin 25 olduğu ve bu durumun hastalık örüntüsünde temel bir rol oynadığı ortaya konmaktadır (Hughes, Martinez, Myon, Taieb ve Wessely, 2006).

Ayrıca konuyla ilgili çalışmalara baktığımızda bu çalışmaların genelinin FSS'lu hastaların TYAD'ları sebebiyle neden oldukları direk maliyetlere

odaklandıkları; ancak bu hastaların yoğun TYAD'ları sebebiyle kendilerinin ve ailelerinin harcadıkları zamanlar türünden dolayı maliyetleri göz ardı ettikleri görülmektedir. Bu bağlamda Wassem ve Hendrix'in (2003) çalışmalarının sonucu önemlidir. Onlara göre direk maliyetler; hastaların bitmek bilmeyen TYAD sebebiyle başvurdıkları farklı branşlardan doktorlara, çeşitli bakıcılık hizmetlerine ve ilaçlara ödedikleri paralardan oluşmaktayken dolaylı maliyetler ise hasta ve ailesinin TYAD sebebiyle harcadıkları zamandan oluşmaktadır. Bu anlayışla 432 FMS hastasını değerlendirdikleri çalışmalarında, bir FMS hastasının yıllık ortalama direk maliyetinin 3813 dolar, dolaylı maliyetlerinin ise 720 dolar olduğunu bulgularıyla TYAD sebebiyle ortaya çıkan dolaylı maliyetlerin de azımsanmayacak ölçüde olduğuna işaret etmişlerdir (Wassem ve Hendrix, 2003). Ek olarak, çalışmanın 2003 yılında yapıldığı dikkate alındığında bu maliyetlerin günümüzde çok daha yüksek rakamlara karşılık geleceği de söylenebilir. Tüm bu bulguların, FSS'lu hastalarda görülen TYAD'nın toplumsal maliyetini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Bu noktada Pilowsky'nin semptomlara verilen tepkilerin aşırı bir hal almasını (özellikle de hipokondriyak bir hal almasını) açıklamak için ortaya attığı "anormal hastalık davranışı" kavramı önemlidir (Pilowsky, 1990). Konuyla ilgili Kirmayer ve Looper (2006) da, anormal hastalık davranışı gösteren hastaları ve hasta gruplarını inceleyerek bu davranışlarının altında yatan süreçleri anlamaya çalışmışlardır. Yaptıkları çalışmalar sonucunda; bilişsel değerlendirmelerde, algıda ve sosyal davranışta meydana gelen bozulmuş işleme sürecinin; sağlık hizmetlerini uygunsuz ve aşırı kullanmaya, kronikleşmeye ve özrürlülüğe neden olduğunu ortaya koymuşlardır.

Öte yandan literatürde, anormal hastalık davranışı kavramı ile ifade edilen bitmek tükenmek bilmeyen TYAD'nın "sağlık anksiyetesi" (health anxiety) kavramı üzerinden de çalışıldığı görülmektedir. Tanısal açıdan bakıldığında, sağlık anksiyetesi sebebiyle işlevsellik düzeyinde önemli ölçüde kısıtlılık gösteren bireylerin hem DSM-IV TR'da hem de ICD-10'da "hipokondriyazis" olarak tanımlandığı görülür (APA, 2000; WHO, 1994). Toplumda, bir kişinin hipokondriyazis tanı kriterlerini tam olarak karşılaması oldukça seyrek görölse de (%2; Looper ve Kirmayer, 2001), sağlık durumlarına yönelik ciddi düzeyde bir belirsizliğe maruz

kalan FSS'lu pek çok hasta grubunda yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi görülmesi oldukça yaygındır (Tang ve ark. 2007).

Bu yaygınlık ise; sağlık anksiyetesinin bu klinik görüngülerde nasıl bir işlevi olduğu yönündeki soruları da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, Rode ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları türden çalışmalardan elde edilen; şiddetli sağlık anksiyetesi varlığının, KAS'lu hastaların kronik ağrıları üzerinde sürdürücü bir etkiye sahip olduğu yönündeki bulguların tabloyu biraz daha netleştirdiği söylenebilir. Ancak sağlık anksiyetesinin bu etkiyi nasıl bir değişken üzerinden sağladığına yönelik cevap ise, “Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Teorisinden” gelmektedir (Salkovskis ve Bass, 1997; Salkovskis ve Warwick, 1986; Warwick ve Salkovskis, 1990).

Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Teorisi, inatçı ve yoğun sağlık anksiyetesine sahip bireylerin fiziksel semptomlarını ve sağlıklarına ilişkin elde ettikleri bilgileri yanlış bir şekilde çok ciddi bir fiziksel hastalıkları olduğu yönünde (felaketleştirici bir tarzda) yorumladıklarını öne sürmektedir. Teori, bireylerin bu yanlış değerlendirme mekanizması sebebiyle var olan felaketleştirici inançlarının pekişmesinde (sürmesinde) rol oynayan pek çok reaksiyon ortaya koyduklarını savunmaktadır. En temelde ise bu reaksiyonların görüldüğü boyutları; bilişsel (sözelimi; hastalığına ilişkin bilgilere seçici ve artmış dikkat ve semptomlarının olumsuz yorumlanması gibi), duygusal (sözelimi; anksiyete, depresyon ve öfke), fizyolojik (artmış bedensel dışavurum ve çeşitli uyku bozuklukları gibi) ve davranışsal (sözelimi, artmış onaylanma ve güvence arayışı nedeniyle yoğun tıbbi TYAD'na başvurma gibi) olarak sınıflayabilmemiz mümkündür.

Özetle, dikkatli bakıldığında FSS'lu hastalarda görülen yoğun TYAD'nın kaynağına yönelik hem “Anormal Hastalık Davranışı” hipotezinin hem de “Sağlık Anksiyetesi” hipotezinin görüş birliği içerisinde oldukları görülür. Bu noktada, her iki bakış açısının da yoğun TYAD'nın bir tür yorumlama hatası sonucunda ortaya çıktığını savunarak bilişsel mekanizmaların önemine vurgu yaptığı söylenebilir. FSS'lu hastalarda görülen bu yorumlama hatasının hangi daha spesifik bilişsel değişkenler ile sağlandığına yönelik hipotezlerden ise daha sonraki bölümlerde (bknz. böl 4.1.2., 4.1.2.1. ve 4.1.2.2.) ayrıntılı olarak bahsedilecektir.

Öte yandan, genelde klinik somatizasyon özelde ise TYAD üzerindeki etkileri açısından çalışılan bir diğer kavram ise “Aleksitimi”dir. En genel haliyle aleksitimi; duyguların tanınmasında, ayırt edilmesinde ve ifade edilmesinde zorluğun olduğu bir kişilik örüntüsü olarak tanımlanır (Taylor, 1991). Bu alandaki çalışmaların genelinin, aleksitimi ile TYAD arasındaki ilişkiden çok aleksitimi ile somatizasyon (bedenselleştirme) arasındaki ilişkiye odaklandığı görülmektedir. Bu noktada, aleksitiminin bedenselleştirme sürecinde önemli bir değişken olduğunu savunuların genelinin, aleksitiminin duygusal durumların yanlış bir şekilde bedensel bir belirti olarak yorumlanmasına sebep olduğu görüşünü paylaştıkları vurgulanmalıdır (Lumley, Neely ve Burger, 2007; Taşkın ve ark. 2007).

Bu konudaki literatüre baktığımızda ise; birbiriyle çelişen bulguların varlığı dikkati çekmektedir. Aleksitiminin kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğunu belirten çalışmaların yanında (Brossschot ve Aarse, 2001; Sayar, Güleç ve Topbaş, 2004a); bunun tam tersini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Sayar ve ark. 2001a, Nyklicek ve Vingerhoets 2000, Malt ve ark. 2002). Ek olarak, aleksitimi ile direk TYAD arasındaki ilişkiyi inceleyen daha az sayıdaki çalışmalara baktığımızda da yine benzer bir durumun varlığı dikkati çekmektedir. Yine aleksitimiyle TYAD arasında ilişki olduğunu söyleyenlerin yanında (Bagby, Taylor ve Ryan, 1986; Wise, Mann, Hryvniak, Mitchell ve Hill, 1990); aleksitimi ile TYAD’nın birbiriyle ilişkisiz olduğunu söyleyenler de bulunmaktadır (Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg ve Rooijmans, 2000).

TYAD’nın genelde FSS’lu hastaların Belirti Sayısı gibi semptomatolojik özellikleri üzerinden çalışıldığı literatürdeki bu araştırmalara yakından bakıldığında bu çalışmaların neredeyse tamamında ortaya konan bulguların sebep-sonuç ilişkisinden çok sadece değişkenler arasındaki ilişkiye dair sonuçları ortaya koyduğu ve bu sonuçların sıklıkla birbiriyle çeliştiği göze çarpmaktadır. Duruma bu bilgiler ışığında yaklaşılması, aleksitimi kavramının hipokondriyak çabalar üzerindeki etkilerini tek başına değil de bir takım değişkenlerle birarada sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Şu ana dek FSS’lu hastalarda görülen TYAD’nın öncüllerine yönelik ortaya konan görüşlere baktığımızda bunların daha çok bilişsel değerlendirmeler ve aleksitimi gibi içsel kaynaklara odaklandığı görülür. Ancak bu hastalık davranışının

tam olarak anlaşılabilmesi için bir takım dışsal faktörlerin de hesaba katılması önemlidir (Özkorumak, Güleç, Köse, Borekardt ve Sayar, 2006).

Bu dışsal sebepler içerisinde de özellikle tıbbın FSS'a bakış açısı bir adım öne çıkmaktadır. Güncel tıp sisteminde bir vakanın FSS'a sahip olması hem hasta hem de klinisyen açısından bir takım zorlukları beraberinde getirmektedir. Bunun sebebi ise temel tıbbi bakış açısının, kökenini zihin-beden düalizminden alan biyomedikal model olmasıdır. Bu anlayışa göre hastalıkların etiyojisi en temelde tekil nedensellikleri içerisinde anlaşılabilir: biyolojik, biyolojik değilse psikolojik (Gardner, 2000).

Tıp sisteminde var olan “Batılı Dualistik” anlayış ruhsal ve bedensel olanı net olarak birbirinden ayırmakta ve bedensel olanı daha gerçek saymaktadır. Altta yatan bu “bedensel bir belirtinin bedensel bir sebebi olmalı” anlayışı sebebiyle FSS’lu bireyle karşı karşıya kalan doktor ya bu hasta için çok fazla tetkik istemekte ya da hastanın belirtilerinin “hayali” olduğu imasıyla onu psikiyatriye yönlendirmektedir (Ünal, 2002). Öte yandan belirtilerinin organik olduğu yönündeki yoğun inançları sebebiyle bu hastalar da sorunun belirtilerine “biyolojik” bir açıklama getirmekte zorlanan doktorun kendisinde olduğunu düşünürler ve kendilerine biyolojik bir açıklama yapacak başka bir doktorun yolunu tutarlar (Mayau ve Farmer, 2002).

Konuyla ilgili, Katon ve arkadaşlarının (2001); bu hastalarda görülen yoğun TYAD’nı FSS’ların doğası gereği ortaya konan hasta-doktor iletişimi sonucunda geliştiğini söyleyen görüşleri önemlidir. Onlara göre FSS’lar dört aşamalı bir süreç içerisinde değerlendirilebilir. Öncelikle kişinin bir belirtisi oluşur ve bu durum muhtemel bir nörofizyolojik durumla kişinin ilgisini çeker. İkinci olarak kişi bu belirtiyi kendi bilgi ve deneyimleri doğrultusunda değerlendirerek tıbbi açıdan önemine karar verir. Bu aşamada olan pek çok kişi var olan belirtilerini tıbbi açıdan önemli saymadığı için TYAD göstermez. Üçüncü evrede ise, kişi belirtisi için tıbbi yardım aramaya başlamaktadır. Dördüncü ve son evre ise; hasta ile doktorun inanç ve beklentilerinin birbiriyle etkileşimidir. Bu evre, hasta-doktor iletişimi yolunda gidiyorsa hastanın kaygısının dinmesi ile sonuçlanabileceği gibi, eğer hasta-doktor iletişimi yolunda gitmiyorsa hastanın hayal kırıklığı ve doktor gezmesiyle sonuçlanabilmektedir.

Sonuç olarak, Lipowski'nin (1988); ruhsal-bedensel tıp ayrımında kalmış ve çok uzun zamandır çözilemeyen bir sorun olarak tanımladığı FSS'larda en temel belirtilerden birini yoğun TYAD oluşturmaktadır. Literatürde farklı tanımlamalarına rastlansa da en temelde ayaktan doktor vizitlerini, hastaneye yatışları ve acil servis başvurularını kapsayan bir kavram olarak TYAD hem sağlık sistemine hem de hastalara yaşattıkları zorlukların odağında yer almasıyla önemli bir yere sahiptir. Nitekim bu önemin, TYAD'nın toplumsal maliyetini çalışan araştırmalarla da çarpıcı bir şekilde ortaya konduğu görülmektedir. Bu hastaların bitmek bilmeyen TYAD'nın tıp sisteminin FSS'lu hastalara bakış açısı gibi dışsal faktörlerin de etkisiyle şekillendiği bilinse de psikolojik açıdan daha kolay kontrol edilebilir ve dolayısıyla müdahale edilebilir görünen içsel kaynakların sürecin şekillenmesinde birincil rol oynadığı düşünülmektedir. Bu bağlamda da sonraki bölümlerde FSS'lu hastaların hastalık örüntüsünün şekillenmesinde temel rol oynayan içsel faktörlerden “aleksitimik kişilik özelliğinin” ve “bilişsel değerlendirmelerin” sürece etkisi daha detaylı tartışılacaktır.

3.1 Tıbbi Yardım Arama Davranışını Şekillendiren İçsel Faktörler

3.1.1. Aleksitimi

Aleksitimi kavramı önceleri psikosomatik kuramcılar tarafından klasik psikosomatik bir durumun ya da belirtinin ifadesi amacıyla ortaya atılmıştır. Aleksitimiye yönelik bu erken dönem kuramcılarının ortak vurgusu alekstiminin klasik psikosomatik hastalıklarda ortaya çıkarıcı bir rolü olduğuna yöneliktir (Blanchar, Arena ve Pallmayer, 1981). Ancak günümüzde bu görüşün yerini, aleksitiminin psikosomatik durumlarının güncel ifadesi olan Fonksiyonel Somatik Sendrom'ların (FSS) semptom örüntüsünde ve çeşitli hastalık davranışlarında hazırlayıcı bir işlevi olduğuna bıraktığı görülmektedir (Gucht ve Heiser, 2003; Kooiman, 1998; Taylor, 2001). Aleksitimiye bu türden bir bakışın ise, güncel literatürde alekstiminin neden hastalık olmaktan çok bir tür kişilik özelliği olarak ele alındığını ortaya koyduğu söylenebilir (Sifneos, 1988, Taylor, 2004).

İlk olarak Sifneos (1972) tarafından kullanılan alekstimi kavramı, kelime anlamı olarak Yunanca’da a=yok, lexis=söz, thymos=duygu anlamındaki kelimelerin bir araya gelmesinden oluşmuştur (Dereboy, 1990). Bu kavramın Türkçeye uyarlanması ise ilk olarak Dereboy (1990) tarafından “duygular için söz yokluğu” şeklinde yapılmıştır. Şahin (1991) ise aleksitiminin duygularına karşı bir tür “dilsizlik” içerisinde olanlar üzerinden açıklanmasının yeterli olmayacağını belirterek bu kişilerin duygularına karşı aynı zamanda “sağır” olduklarının altını çizmiş ve aleksitimi için “duygusal ahrazlık” kavramını öne sürmüştür. Alekstiminin Türkçeye uyarlamalarından daha güncel olanlardan bir diğeri ise Dökmen (2000) tarafından yapılan “düşünce köleliği” ifadesidir. Ancak aleksitiminin tanımlanmasına yönelik ortaya atılan farklı görüşlere rağmen aleksitimik bireylerin özellikleri konusunda büyük oranda fikir birliği sağlandığı dikkati çekmektedir. Buna göre aleksitimik bireylerde en yaygın olarak görülen dört temel özellik aşağıdaki gibi özetlenebilir (Lesser, 1981; Sifneos, 1988; Taylor, 1991):

1. Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü.
2. Hayal kurma ve fantezi yaşantısında kısıtlılık.
3. İşlemsel (İşe vuruk) düşünme.
4. Dışa dönük düşünme.

1. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme Güçlüğü

Aleksitimik bireylerin en önde gelen özelliği duyguların tanınması ve ifade edilmesinde yaşadıkları zorluktur. Bu bireylerin duygularını çok kabaca ve ayrıntıya yer vermeyen bir şekilde “mutluluk ve mutsuzluk” gibi temel kelimelerle ya da “gerginlik ve gevşeme gibi” bedensel duyumlarla gösterebildikleri görülmektedir (Sifneos, 1977). Duygularına yönelik sorulardan hoşlanmazlar ve neredeyse bu kelimenin anlamını bilmez gibi görünürler. Duygusal yaşamlarındaki kısıtlılığın bazen yüzlerinden okunabildiği görülür (Sifneos, 1977; Lesser, 1981). Yaşadıkları hoş gitmeyen olaylarla ilgili duyguları sorulduğunda sıklıkla duygularından bahsetmek yerine o anda neler düşündüklerinden veya neler yaptıklarından

bahsederler (Dereboy, 1990). Dolayısıyla aleksitimikler; duygu, düşünce, davranış ve duyumlar arasındaki farklara yönelik oldukça kısıtlı bir farkındalığa sahiptirler. Bedensel duyumları (belirtileri) ile duyguları arasındaki farka yönelik zayıf farkındalıkları sebebiyle de konuşurken sık sık tekrarlarla ve ayrıntılı ifadelere başvurdıkları gözlenir (Krystal, 1979; Sifneos, 1988). Kısaca aleksitimik bireyler gündelik hayatta sergiledikleri düşünme ve bunları anlatabilme becerileri sayesinde ilişkiler kurabilen; ancak bedensel belirtileri ile duygularını ayırt etmede ve bunların ifadesinde oldukça zorlanan bireylerdir.

2. Hayal Kurma ve Fantezi Yaşantısında Kısıtlılık

Aleksitimik bireylerin bir başka önemli özelliği de hayal dünyalarında yaşadıkları kısıtlılıktır. Bu kişiler canlı ve renkli hayal kurma becerilerinden yoksundur. Literatürde özellikle yetişkin yaşamlarında hayal kurmayı hiç beceremediklerini savunanlar dahi bulunmaktadır (Lesser, 1981; Taylor ve ark. 1988). Bu bağlamda Sifneos, aleksitimik bireylerde görülen hayal ve fantezi dünyalarındaki kısıtlılık sebebiyle olayların daha çok ayrıntılarına dikkat ettiklerine ve olaylara yönelik işlemsel bir yaklaşımda bulunduklarına değinmektedir (Krystal, 1979; Sifneos, 1988). Bu özellikler sebebiyle de aleksitimik bireylerin çevreleri tarafından donuk, duygusuz, kaba ve sıkıcı olarak algılandıkları belirtilmelidir (Sifneos, 1988).

3.İşlemsel (İşe Vuruk) Düşünme

Duygularını tanımada ve ifade etmede ciddi problemler yaşamalarına rağmen, aleksitimik bireylerin çevrelerine ayak uydurabildikleri görülmektedir. Bunu sağlayansa bu kişilerin sahip olduğu pragmatik ve mekanik düşünme tarzıdır. Kendi iç dünyalarının tamamen dışında, son derece sade ve robot gibi bir hayat sürerler. Karşılaştıkları problemlerle somut ve kestirme çözümlerle baş etme yoluna giderler (Taylor, 1991). Ancak bu somut çözüm odaklılıklarına rağmen problemlerin kökenine inmektense dışta görünen sebeplerle ilgilenmeyi tercih ederler. Bu kişiler sorunların kökeninde yer alan duygusal çatışmaların varlığını dikkate almayarak

sadece yüzeysel nedenlere yönelik bir çaba içerisine girerler (Taylor, 1991). Bu özellikleri ise aleksitimik bireylerin dıştan bakıldığında normal, uyumlu ve problemsiz görünmesini sağlar (Taylor, 1991; Dougal, 1982; Lesser, 1985).

4. Dışa Dönük Düşünme

Aleksitimik bireylerin pragmatik ve mekanik düşünme eğilimleri sebebiyle daha çok dışa dönük kişilik özellikleri sergiledikleri görülmektedir. Sosyal çevresiyle olan ilişkilerine duygular gibi iç etmenler değil çevresel beklentiler gibi dış etmenler yön verir (Koçak, 2002). Aleksitimiklerin çevresel beklenti ve ayrıntılara bu derece yön veren yapıları sebebiyle dış kontrol odaklı oldukları ve sıklıkla yalnız kalmayı tercih ettikleri görülmektedir (Koçak, 2002).

Aleksitiminin genel popülasyondaki yaygınlığına yönelik bulgulara bakıldığında bunların aleksitiminin bir psikopatoloji olmasından çok bir kişilik özelliği olmasını destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, genel popülasyonla yapılan pek çok çalışmada aleksitiminin toplumdaki yaygınlığının temel psikopatolojilere oranla oldukça yüksek seyrettiği (ortalama %10) ortaya konmuştur (Fukunishi, Berger, Wogan ve Kuboki, 1999; Honkalampi ve ark. 2009). Öte yandan aleksitiminin kronik ağrı sendromlu vakalardaki yaygınlığına ilişkin bulguların hem çalışılan desene hem de seçilen kronik ağrı sendromu alt grubuna göre değişerek %19 ile %53 arasında seyrettiği görülmektedir (Huber, Suman, Biasi ve Carli, 2009; Lumley, Smith ve Longo, 2002). Bu noktada aleksitimin, tamamı FSS olarak değerlendirilebilecek; kronik bel ağrısında (Mehling ve Krause, 2005), kronik miyofasyal ağrıda (Lumley ve ark. 2002), somatoform ağrı bozuklukluğunda (Burba ve ark. 2006), fibromiyaljide (Middendorp ve ark. 2008) ve kronik migrende (Villani ve ark. 2010) oldukça yüksek düzeyde görüldüğüne yönelik pek çok araştırma bulunmaktadır.

Ayrıca literatürde, aleksitiminin FSS bağlamında ele alınan özellikle kronik ağrı sendromlu hasta gruplarında görülen felaketleştirici düşünme tarzıyla (Lumley ve ark. 2002), yoğun TYAD'ı da kapsayan hastalık davranışlarıyla (Huber ve ark. 2009), depresyonla (Yalug ve ark. 2010), ağrı şiddeti ve özürlülük düzeyiyle

(Saariaho, A., Saariaho, T., Mattila, Karukivi ve Joukamaa, 2013) ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır.

Tüm bu çalışmaların varlığı ise, aleksitiminin bu hasta gruplarında neden kaynaklandığı ve nasıl bir işlevi olabileceği türünden soruları akla getirmektedir. Aleksitiminin FSS'larda görülen bedenselleştirme sürecinde önemli bir değişken olduğunu savunanların geneli, aleksitiminin duygusal durumların yanlış bir şekilde bedensel bir belirti şeklinde yorumlanmasına sebep olarak bu hastaların semptom örüntüsünde ve TYAD'nı da içine alan pek çok hastalık davranışında etkili olduğu görüşünü paylaşır (Lumley, Neely ve Burger, 2007; Taşkın ve ark. 2007). Bu bağlamda ortak kanı yukarıda belirtildiği gibi duygusal durumların yanlış bir şekilde bedensel bir belirti olarak yorumlanması olsa da aleksitimin bunu nasıl sağladığına yönelik hipotezlerin en temelde nörofizyolojik ve bilişsel açıklamalar şeklinde ikiye ayrıldığı söylenebilir (Lumley, Stettner ve Wehmer, 1996).

Aleksitimiye yönelik ilk nörofizyolojik açıklamalardan biri, MacLean (1949) tarafından yapılmıştır. Ona göre FSS bağlamında değerlendirilen pek çok psikosomatik hastada limbik sistem ile neokorteks arasında bir bağlantı kopukluğu vardır. Daha sonraları Nemiah'ın (1975) aleksitimiklere yönelik geliştirdiği hipotezinde, aleksitimik bireylerin şizofrenide olan durumun aksine limbik sistemden neokortekse gitmesi gereken duyuşsal uyarıların striatumda engellendiğini belirtmiştir. Yani ona göre aleksitimiklerin yaşadığı duygusal kısıtlılığın sebebi, limbik sistemden çıkan duyuşsal uyarıların neokortekse gitmemesi sonucunda bilinçli bir hale gelmemesinden kaynaklanmaktadır. Sonraki yıllarda Sifneos'un (1996) "duygu afazisi" olarak adlandırdığı bu durum, aleksitimiklerdeki duygusal uyarıların bedensel bir belirti şeklinde algılanmasına neden olmaktadır.

Aleksitimin nörofizyolojik açıklamaları içerisinde beyin yarım kürelerinin uzmanlaşmasını temel alan daha yeni modellerin aleksitimiklerin kendine has bilişsel işleyişlerine merkezi bir rol verdikleri görülmektedir. Bu amaçla, sol yarım kürenin analitik düşünce, mantık ve konuşma gibi bilişsel süreçlerden sağ yarım kürenin ise kabaca duygular ile birleştirici-bütünleştirici pek çok süreçten sorumlu olduğunun (Gündoğan, 2005) altı çizilmektedir. Bu bağlamda, aleksitimik bireylerde görülen ve bedensel yakınma yoğunluğuna sebep olduğu düşünülen duygusal yaşantılardaki

kısıtlılığın sol yarım kürenin baskın olması sonucunda ortaya çıktığı savunulmaktadır (Taylor, 1984; Burgess ve Simson, 1988).

Aleksitimin FSS olarak değerlendirilen özellikle kronik ağrı sendromlarının semptom örüntüsünde nasıl bir rol oynadığına yönelik nörofizyolojik açıklamalardan bir diğeri de bağışıklık sisteminin işleyişine yöneliktir (Honkalampi ve ark. 2011). Buna göre, aleksitimiklerin duygularının düzenlenmesinde yaşadıkları sorunlar; çeşitli ağrı durumlarının ortaya çıkmasını ya da şiddetlenmesini sağlayan artmış negatif duygulanıma, kronik sempatik aşırı uyarılmaya ve bozulmuş bağışıklık sistemi cevabına neden olmaktadır (Huber ve ark. 2009).

Öte yandan, aleksitiminin FSS’lu hastalardaki rolüne ilişkin bilişsel hipotezlerin geneli ise aleksitimiklerde görülen karakteristik bilişsel işleyişe vurgu yapmaktadır. Bu hipotezler, aleksitimiklerin kendilerine has bilişsel işleyişlerine yaptığı vurgu ile beyin yarım kürelerinin uzmanlaşmasına yönelik ortaya atılan nörofizyolojik açıklamalarla benzer olsa da burada asıl vurgunun bu bilişsel işleyişin ardından yaşanan süreçlere yönelik olduğunun altı çizilmelidir. Bu bağlamda konuyla ilgili hakim görüş, aleksitimiklerin duygularını işlemlerede güçlükler yaşayan yapısının, duyguları sebebiyle bedenlerinde meydana gelen fizyolojik uyarımları aşırı abartılı algılamalarına ve bunları yanlış bir şekilde patolojik bir takım süreçlerin göstergesi şeklinde yorumlamalarına sebep olduğu yönündedir (Lumley ve ark. 1996). Bir başka deyişle, aleksitimik bireyler, duygularını psikolojik bir takım olayların sinyali olarak görememekte ve duygularını bedenlerinde meydana gelen salt fizyolojik uyarımlar şeklinde yaşamaktadırlar (Devine ve ark. 1999; Taylor ve ark. 1991). Ek olarak, Pilowsky ve Katsikitis (1994) yaptıkları çalışmada, aleksitimiklerin bu kendilerine has bilişsel işleyişleri sebebiyle ortaya çıkan bedensel duyumları abartma durumunun yoğun TYAD’ları üzerinde de etkili olduğunu bulgulararak aynı durumun hastalık davranışları açısından da geçerli olduğunu göstermişlerdir. Bu bulgunun ise FSS’larda görülen yoğun semptom örüntüsünün bu hastaların bitmek bilmeyen TYAD’larının bir önceki basamağı olduğu yönündeki görüşü (Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006) destekler nitelikte olması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca, literatürde aleksitiminin FSS’lardaki rolüne ilişkin nörofizyolojik ve bilişsel açıklamaların bir arada kullanıldığı psikofizyolojik açıklamalara rastlamak da

mümkündür. Bu açıklamaların odak noktasında ise aleksitiminin genellenmiş bir aşırı duyarlılık (hypersensitivity) durumuna sebep olduğu görüşü yer almaktadır. Nitekim bu durum sağlıklı ve gönüllü katılımcılarda yaratılan deneysel ağrı durumlarıyla da (Kano, Hamaguchi, Itoh, Yanai ve Fukudo, 2007; Nyklicek ve Vingerhoets, 2000; Schafer, Schneider, Tress ve Franz, 2007) katılımcılardan kendini değerlendirme ölçekleriyle elde edilen bilgilere dayanan araştırmalarla da (Zautra, Smith, Affleck ve Tennen, 2001) pek çok kez kanıtlanmıştır. Aslına bakılırsa bu görüşle anlatılmak istenen alekstiminin bedensel duyuları abartma üzerinden etkili olduğunu söyleyen bilişsel hipotezlerle oldukça benzerdir. Aralarındaki tek fark alekstiminin bedensel duyuların abartılması üzerinden FSS'larda etkin rol oynadığını söyleyen görüşte vurgu daha çok bilişsel değerlendirmelere iken, aleksitiminin FSS'lardaki etkinliğini aşırı duyarlılık yaratması üzerinden açıklayan görüşte vurgunun daha çok fizyolojik süreçlerde olmasıdır.

Özetle, aleksitimik bireylerin özellikle duyguları fark etme, ayırt etme ve bunları söze dökmede yaşadıkları güçlükler sebebiyle duygularını bedenlerinde meydana getirdiği salt fizyolojik süreçler üzerinden yaşayan yapılarının FSS'lardan özellikle KAS'da görülen kronik ağrı yaşantısının ortaya çıkmasında oldukça önemli olduğu savunulmaktadır. Bu noktada KAS'lı hastaların yoğun ağrı yaşantısının (yoğun semptomatoloji örüntüsü) varlığının bu hastalarda görülen TYAD'larının bir önceki basamağını oluşturduğu fikri önemlidir (Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006). Çünkü bu anlayış, alekstiminin bu hastaların yoğun ağrı yaşantısı üzerinde ortaya çıkardığı etkiler ile TYAD üzerinde ortaya çıkardığı etkileri eşit düzeyde önemli sayar. Bu sebeple, bu bölümde yukarıda ifade edilen çalışmaların büyük çoğunluğu aleksitiminin FSS'lu hastalardaki TYAD üzerindeki etkisine yönelik değil, bu hastaların Belirti Sayısı, Şiddeti ve Sıklığı gibi semptomatolojik özelliklerine yönelik çalışmalardan oluştuğu belirtilmelidir. Ancak yine de, aleksitiminin TYAD üzerindeki etkisinin görece az sayıdaki araştırmayla desteklendiği de vurgulanmalıdır (Pilowsky ve Katsikitis, 1994).

Öte yandan, aleksitimik kişilik özelliğinin KAS'na yönelik savunulan etkilerinin Melzack'ın (1999) öne sürdüğü kronik ağrının nöromatriks teorisinden elde edilen bilgilerle de uyumlu olduğu görülmektedir. Kronik ağrı sendromlu aleksitimik bireylerin duygusal durumları, bedenlerinde meydana getirdiği fizyolojik

süreçler (kronik ağrı sendromlarında bu sıklıkla ağrı şeklinde görülür) şeklinde yaşamalarının, nöromatriks teorisinde öne sürüldüğü gibi, organizmanın homeostazı sağlaması adına sürekli bir çaba içerisinde olmasını neden olduğu söylenebilir. Stres regülasyon sisteminin devreye girdiği bu durumun sürekliliği ise yine teorinin öne sürdüğü gibi vücudun kendi öz kaynaklarını yerine yenisini koymadan kullanması, yani bir sonraki tehdit (ağrı) için daha zayıf ve duyarlı hale gelmesiyle sonuçlanır. Dolayısıyla teori bağışıklık sisteminin organizmadaki dengeyi sağlamak adına devreye soktuğu stres regülasyon sisteminin bu bozulmuş tepkisini pek çok kronik ağrı durumunun ortaya çıkmasında önemli bir yatkınlaştırıcı olarak görmektedir. Nitekim bu durumun aleksitiminin KAS'undaki rolüne ilişkin psikofizyolojik bakış açısında ortaya atılan aşırı duyarlılık (hypersensitivity) hipotezinde de öne sürülen görüşlerle (Schafer ve ark. 2007; Zautra ve ark. 2001) oldukça paralel seyrettiği görülür.

Ayrıca, nöromatriks teorisinin ağrı deneyiminin oluşmasında bilişsel mekanizmalara verdiği temel rolün aleksitiminin KAS'larındaki etkisinin bedensel duyuları abartma üzerinden olduğunu öne süren bilişsel hipotezleri de açıklamamızı kolaylaştırdığı söylenebilir. Çünkü Melzack'a göre bilişsel süreçlerin etkisini güncel akut stresörün (KAS'lı aleksitimiklerde görülen duyguların bedensel deneyimlerden ayırtılamaması sonucunda ortaya çıkan fizyolojik uyarım ya da ağrı) geçmişteki kronik stresöre (kronik ağrıya) verdiği (bir önceki paragrafta bağışıklık sisteminin bozulmuş tepkisi olarak ifade edilen) tepki zincirini başlatmasında da görürüz. Bu yolla kronik ağrının nöromatriks teorisi, ağrı çeken bireylerin önceki öğrenme deneyimlerine (kronik ağrı yaşantılarına) vurgu yapmakta ve bedensel duyuları abartma hipotezinde ifade edildiği gibi normal bir insanın tepki vermeyebileceği şiddetteki duyuşal uyarıma aşırı, abartılı tepkiler veren kronik ağrılı bireyleri bunun üzerinden açıklamaktadır (Melzack, 1999; Melzack, 2003).

Sonuç olarak, KAS'larına yönelik aleksitimik açıklamalara yakından baktığımızda bunların kronik ağrıya yönelik şu ana dek öne sürülen en güncel yaklaşım olan kronik ağrının nöromatriks teorisiyle büyük oranda örtüştüğü dikkati çekmektedir. Bu bağlamda, Melzack'ın teorisinde nöromatrikse bilgi sağlayan üç temel alandan biri olarak gördüğü bilişsel süreçlerin kronik ağrı yaşantısının oluşmasındaki rolü de oldukça önemlidir. Dolayısıyla bu amaçla, bir sonraki

bölümde TYAD'larının ortaya çıkmasında ve şekillenmesinde son derece önemli olan bilişsel değerlendirmelerin rolü daha detaylı bir şekilde aktarılacaktır.

3.1.2. Bedensel Belirtilere Yönelik Değerlendirmeler

Daha önce de belirtildiği gibi genel popülasyondaki yüksek belirti oranına (%80-Pennebaker ve Epstein, 1983) rağmen bunların sıklıkla doktora başvurmayı gerektirmeden kaybolduğu görülmektedir (Green ve ark. 2001). Ancak Lipowski'ye (1988) göre klinik olarak bedenselleştirme sayılabilecek durumlar bu gelip geçici bedensel yakınmalar değil, bunların bir takım bilişsel değerlendirme süreçlerinden geçerek klinisyene ulaşması, yani bir yardım arayışına dönüşmesidir. Bu görüşler bir bedensel belirtinin klinik bir anlam kazanabilmesi için (tıbbi) yardım arayışının gerekliliğine vurgu yaparken aynı zamanda bireyleri bu yardım arayışına götüren bilişsel mekanizmaların da altını çizmektedir. Nitekim literatürde pek çok araştırmacı da bedenselleştirme sürecinde belirtilerin kaynağına yönelik nedensel atıfların ve bedensel duyumları abartılı algılamanın özellikle Fonksiyonel Somatik Sendrom'lu (FSS) pek çok klinik görüngünün etiyolojisinde, prognozunda ve yardım arama davranışlarında kritik rolünden bahsetmektedir (Duman, Usubütün ve Göka, 2004; MacLeod, Haynes ve Sensky, 1998; Turk, 2004; Weis, 1997, 2001).

FSS'lu bireylerin bitmek tükenmek bilmeyen Tıbbi Yardım Arama Davranış'larını (TYAD) anlayabilmek adına ortaya atılan en temel iki hipotezin de bilişsel mekanizmalara vurgu yaptığı görülmektedir. Daha önce de bahsedildiği gibi "Anormal Hastalık Davranışı" hipotezi bilişsel değerlendirmelerde bozulmuş işlemlenin kronikleşmeye ve sağlık hizmetlerini uygunsuz ve aşırı kullanmaya sebep olduğunu öne sürmektedir (Pilowsky, 1990; Kirmayer ve Looper, 2006). Konuyla ilgili bir diğer temel hipotez ise "Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Teorisi"dir. Bu teori de inatçı ve yoğun sağlık anksiyetesine sahip bireylerin fiziksel semptomlarını ve sağlıklarına ilişkin elde ettikleri bilgileri yanlış bir şekilde çok ciddi bir fiziksel hastalıkları olduğu yönünde (felaketleştirici bir tarzda)

yorumladıklarını savunmaktadır (Salkovskis ve Bass, 1997; Salkovskis ve Warwick, 1986; Warwick ve Salkovskis, 1990). Teori, bireylerin bu yanlış değerlendirme mekanizması sebebiyle var olan felaketleştirici inançlarının pekişmesinde (sürmesini) rol oynayan farklı boyutlarda pek çok reaksiyon ortaya koyduklarını savunmaktadır. Bu reaksiyonların davranışsal boyutunun ise genellikle güvence arayışı nedeniyle yoğun TYAD şeklinde kendini gösterdiğini vurgulamaktadır.

Öte yandan FSS’lerden Kronik Ağrı Sendrom’lu (KAS) hastaların hastalık örüntüsünü açıklamak adına ortaya atılan en güncel iki temel teorinin de konuyla ilgili görüş birliği içerisinde olduğu görülür. Buna göre hem Melzack’ın (1999) ağrıya yönelik görüşlerinde revizyona gittiği “Kronik Ağrının Nöromatriks Teorisi”nde hem de Sharp’ın (2001) ağrıya yönelik bilişsel-davranışçı bakış açısındaki revizyonlarını içeren “Yenilenmiş Bilişsel-Davranışçı Model”de gerek ağrının algılanması gerekse yoğun TYAD açısından bilişsel mekanizmalara merkezi bir rol verildiği dikkati çekmektedir.

Özetle, konuyla ilgili ortaya atılan bu teori ve hipotezler, FSS’lerden KAS’ların yoğun TYAD’larının şekillenmesinde bilişsel mekanizmaların merkezdeki rolünün altını çizmektedir. Dolayısıyla, bu hasta gruplarının ve yaşadıkları zorlukların tam olarak anlaşılabilmesi için bilişsel değerlendirme süreçlerinin çalışılması gereklidir. Bu amaçla bir sonraki bölümde bu hastaların en önemli sorunlarından biri olan TYAD üzerindeki bilişsel değerlendirmelerin rolü konuyla ilgili literatürde diğerlerine göre daha ön plana çıkan “Semptom Yorumlama” ve “Bedensel Duyumları Abartma” hipotezleri üzerinden tartışılacaktır.

3.1.2.1 Semptom Yorumlama Hipotezi

Bedenselleştirme alanındaki araştırmalarda sıklıkla kullanılan Atıf Kuramı’na göre, bireylerin yaptığı en temel nedensel ayırım, durum (situation) ve kişisel eğilim (disposition) noktasındadır (Robins ve Kirmayer, 1991). Buna göre, bireyler bedensel bir belirtille karşı karşıya kaldıklarında ya bunları yorgunluk, beslenme yetersizliği veya uykusuzluk gibi çevresel faktörlere atfederek normal saymakta (normalize atfı) ya da bunları ruhsal durumlara (psikolojize atfı) veya bedensel durumlara (somatize atfı) atfederek patolojik (anormal) saymaktadır (Robbins ve

Kirmayer, 1991). Bu durumun özellikle bireylerin belirtilerine yönelik kesin tıbbi kanıtların sunulamadığı FSS’larda görülen yoğun Tıbbi Yardım Arama Davranışları’nın (TYAD) şekillenmesindeki rolü oldukça kritiktir (Kirmayer ve Robins, 1994). Çünkü bireylerin özellikle belirsizlik içerisinde kaldığı bedensel duyuları değerlendirmeleri ve bu duyularına yönelik baş etme davranışları ortaya koymaları; hastalık rollerine, yaşantının kendisine ve bu yaşantıyı neye atfettiğiyle doğrudan ilişkilidir (MacLeod ve ark. 1998). Nitekim ciddi bir fiziksel rahatsızlığı olduğuna yönelik tanı kriterlerini karşılamasına rağmen kendisini “sağlıklı” olarak gören dolayısıyla semptomlarına dair normalize atfı yapan bireylerin tedavi arayışlarında bulunmadıkları, buna karşın FSS’larda olduğu gibi klinik tabloyu açıklayacak belirgin bir organik lezyonun gösterilemediği durumlarda da kendilerini “hasta” olarak tanımlayan ve dolayısıyla semptomlarına dair patolojik atıflar (psikolojize-somatize) yapan bireylerin bitmek tükenmek bilmeyen TYAD’nda bulundukları sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (Güleç, 2007).

Bu noktada, semptomlara dair nedensel atıfların TYAD üzerindeki etkisinin literatür bulgularıyla da desteklendiğinin altı çizilmelidir. Sözgelimi, Cornally ve McCarthy’nin (2011) İrlanda’daki iki farklı sağlık merkezinden elde edilen 65 yaş üstü, 72 kronik ağrılı hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların kronik ağrılarına yönelik nedensel atıflarının TYAD üzerindeki etkisi incelenmiştir. Hastalıklarına yönelik yaşla ilgili atıfların normalize atfı olarak ele alındığı çalışmada somatize atfında bulunan kronik ağrı hastalarında TYAD’nın anlamlı derecede daha çok olduğunu bulgulamışlardır. Ancak, çalışmada kronik ağrı hastalarından elde edilen bulguların karşılaştırılabileceği herhangi bir kontrol grubunun bulunmamasının ve çalışmanın sadece 65 yaş üstü kronik ağrı hastalarıyla yapılmış olmasının sonuçların genellenebilirliği açısından önemli bir engel teşkil ettiği söylenebilir.

Ayrıca, Kolk ve arkadaşlarının 2002 yılında Hollanda’da, 101 FSS’lu hasta ile yürüttükleri ve TYAD’nı hastaların son bir yılda başvurdıkları doktor sayısı üzerinden değerlendirdikleri çalışmanın sonuçları da önemlidir. Katılımcıların şikayetlerine yönelik hastane başvurularının resmi kayıtlardan elde edildiği araştırmada, hastaların şikayetlerinin kaynağına yönelik yaptığı somatize atfının semptom sıklığı ve şiddeti üzerinden doktor başvuru sayısını etkilediği ortaya konmuştur. Bu bağlamda, katılımcıların doktor başvuru sayılarının resmi hastane

kayıtlarından elde edilmesinin ve üzerinde çalışılan FSS'lu grubun demografik özellikleri açısından temsil ediciliğinin görece yüksek olmasının bu çalışmanın üstünlükleri olduğu belirtilebilir.

Ek olarak, konuyla ilgili bütün çalışmaların bu hastalarda görülen somatize atfının yoğunluğuna yönelik olmadığı da belirtilmelidir. Bu bağlamda, Gagliese ve Melzack'ın (1997), 78 ağrısız ve 79 kronik ağrılı yetişkinden elde edilen verileri karşılaştırdıkları çalışmanın sonuçları önemlidir. Çünkü sonuçlar, kronik ağrı hastalarının şikayetlerinin kaynağına yönelik psikolojize atfını hem somatize hem de normalize atfına göre daha fazla kullandıklarına işaret etmektedir.

Öte yandan, konuyla ilgili niteliksel çalışmalar da dikkati çekmektedir. Ancak bu çalışmaların vurguladığı ortak noktanın niceliksel çalışmaların genelinden farklı olarak normalize atfının TYAD üzerindeki engelleyici rolüne yönelik olduğu belirtilmelidir. Davis ve arkadaşları (2002); Sarkisian ve arkadaşları (2002) ve Walters ve arkadaşları (2001) farklı niteliksel çalışmalarda normalize atfının yoğun TYAD üzerinde engelleyici bir rolü olduğunu ortaya koymuştur.

Son olarak, konuyla ilgili yurt içindeki çalışmalara baktığımızda ise karşımıza görece az sayıda çalışmanın çıktığı görülmektedir. Nitekim konuyla ilgili sonuçları bakımından önemli sayılabilecek çalışmalardan ilkinin 2004 yılında Usubütün ve arkadaşlarının Semptom Yorumlama Ölçeği'nin (SYA) Türkçe uyarlaması bağlamında yürüttüğü çalışmadan geldiği göze çarpmaktadır. Araştırmaya, psikiyatri kliniğine açıklanamayan bedensel yakınmaları nedeniyle sevk edilen 53 FSS'lu hasta, majör depresyon tanısı almış 26 hasta ve 71 sağlıklı kontrol katılmıştır. Buna göre araştırmanın sonucunda, somatize atfının hipokondriyak ilgi ile güçlü bir ilişki ($r=0.40$) gösterdiği bulgulanırken normalize alt ölçeği ile hipokondriyak ilgi arasında zayıf bir ilişki bulgulanmıştır. Her ne kadar bu çalışmada, hipokondriyak ilgi olarak test edilen değişken FSS'lu hastaların salt TYAD'larını değerlendirmeye yönelik olmadığı bilinse de, TYAD'nın hipokondriyak ilginin bir boyutu olduğu düşünüldüğünde sonuçların TYAD'na genellenebilirliği daha net ortaya çıkmaktadır.

Bu noktada, Güleç ve arkadaşlarının (2007a), FMS'lu hastaların TYAD'larını doğrudan incelediği bir başka çalışmadan bahsedilmelidir. Buna göre, en az 10 yıldır herhangi bir TYAD'nda bulunmamış 38 FMS hastasıyla, TYAD'ları halen devam eden 37 FMS hastasının ve 41 sağlıklı kontrolün verilerinin TYAD'ları açısından

karşılaştırıldığı çalışmada, normalize atfının bu hastaların TYAD'larının bağımsız bir yordayıcısı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada, özellikle FSS'lu grubun hem TYAD'nda bulunan hem de TYAD'nda bulunmayan iki farklı FMS'lu grup üzerinden karşılaştırılmalı bir şekilde çalışılmasının, çalışmanın hedeflerimiz doğrultusunda genellenebilirliğine yönelik önemini arttırdığı düşünülmektedir.

Öte yandan, daha sonra Güleç'in (2008) FMS'lu hastaların TYAD'larını doğrudan incelediği bir diğer çalışmadan da bahsedilmelidir. TYAD'nda bulunan 37 FMS hastasıyla, TYAD'nda bulunmayan 38 FMS hastasının ve 34 sağlıklı kontrollün verilerinin karşılaştırıldığı çalışmada konuyla ilgili yurt dışında yapılan niteliksel çalışmalara paralel bulgular elde edilmiştir. Buna göre, FMS hastalarının TYAD'larında semptomlara yönelik somatize ya da psikolojize atfından ziyade normalize atfının daha etkili olduğu ve bu etkinin TYAD'larını engelleyici yönde olduğu sonucuna varılmıştır. Yukarıdaki çalışmada ifade edildiği gibi bu çalışmada da FMS'lu grubun hem TYAD'nda bulunan hem de TYAD'nda bulunmayanlar bağlamında ele alınmasının çalışmanın en önemli avantajı olarak göze çarptığı söylenebilir.

Özetle, konuyla ilgili pek çok araştırmacı ve kuramcı FSS'lu hastaların gerek sağlık sistemine yaşattığı gerekse kendilerinin yaşadığı sıkıntıların odağında yer alan TYAD örüntülerini tam olarak anlayabilmek için bu hastaların semptomlarına yönelik temel nedensel atıflarının (somatize-psikolojize-normalize) bilinmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Ancak bu görüş birliğine rağmen, literatürün genelindeki ve özellikle de Türkiye'deki çalışmalara baktığımızda bu hastaların nedensel atıflarının TYAD üzerindeki etkisini direk inceleyen çalışmaların azlığı dikkati çekmektedir. Bu bağlamda, en temelde bir tür somatizasyon olarak değerlendirilebilecek FSS'lu hastaların hastalık örüntülerinin sosyokültürel kodlardan fazlasıyla etkilenebilir olduğu (Asbring ve Narvanen, 2002; Conrad ve Pacquiao, 2005) düşünüldüğünde, konuyla ilgili özellikle ülkemizde yapılacak yeni çalışmaların gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

3.1.2.2 Bedensel Duyumları Abartma Hipotezi

Bedenselleştirmeyi açıklamak adına Barsky ve arkadaşları (1988) “Bedensel Duyumları Abartma (BDA-Somatosensory Amplification) Hipotezi”ni ortaya atmışlardır (Barsky, Goodson, Lane ve Cleary, 1988). Önceleri hipokondriyak hastalardan elde edilen gözlemler sonucunda ortaya atılmış olan (Barsky ve Wyshak, 1990b) bu hipotezin daha sonraları FSS’ları da içine alan pek çok klinik somatizasyon durumu için geçerli olduğu belirtilmiştir (Barsky, Cleary ve Klerman, 1992). Bu hipoteze göre bedenselleştiren bireyler, bedenlerinin normal işleyişinden kaynaklanan bedensel duyumlarını yoğun, zararlı ve rahatsız edici olarak algılama eğilimindedir (Barsky ve ark. 1990a). Bu bağlamda, bedenselleştirme sürecinde merkezi bir yatkinlaştırıcı olarak görülen BDA’nın değişime dirençli (Barsky ve Wyshak, 1990b) üç unsurdan oluştuğu söylenebilir:

1. Bedensel duyumlara karşı aşırı dikkatli olma ve uyarılmışlık hali.
2. Zayıf ve seyrek görülen bir takım duyumlara seçici odaklanma.
3. Bedensel duyumlara, onları daha da tehdit edici bir hale getiren duygu ve düşüncelerle tepki verme (Güleç, Sayar ve Yazıcı Güleç, 2007b).

Özellikle somatizasyon kapsamında değerlendirilebilecek FSS’lar gibi klinik görüngülerde bilişsel bir değerlendirme olan BDA’nın vücutta bir alarm ve anksiyete durumu yarattığı ve bu yolla bedensel duyumların algılanması ile yoğun TYAD’ları gibi hipokondriyak davranışlar arasında aracı bir etkide bulunduğu düşünülmektedir (Duddu, Isaac ve Chaturvedi, 2006). Ancak, konuyla ilgili, gerek yurt içi gerekse yurt dışındaki literatür bulgularına baktığımızda ise bunların genelinin BDA’yı yukarıda ifade edildiği gibi çeşitli hipokondriyak davranışlarla ilişkisinden ziyade semptomların sayısı, sıklığı ve şiddeti gibi değişkenlerle ilişkisi açısından incelediği görülmektedir. Dolayısıyla aşağıda daha ağırlıklı olarak BDA’nın semptomların sayısı, sıklığı ve şiddeti gibi değişkenlerle ilişkisine yönelik bulgulara yer verilecektir. Bu bağlamda, daha önce pek çok kez ifade edildiği gibi semptomların ortaya çıkışlarının FSS’lu hastalarda görülen yoğun TYAD’larının bir önceki basamağı olduğu (Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006). dikkate

alındığında bu bulguların FSS'lu hastaların TYAD'ları açısından öneminin daha iyi anlaşılabilceğı düşünölmektedir.

Bu bağlamda, öncelikli olarak yurt dışında yapılan ve konuyla ilgili önemli bulgulardan birini ortaya koyan Duddu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasından bahsedilebilir. Araştırmada, BDA, Hindistanda birincil sağlık hizmetine başvuran ve 30'ar kişiden oluşan depresyon, somatizasyon bozukluğu ve sağlıklı kontrol grupları üzerinden çalışılmıştır. Ayrıca, BDA ile ilgili bizim tespit edebildiğimiz araştırmaların tamamında olduğu gibi bu çalışmada da katılımcıların BDA düzeyleri Barsky ve arkadaşlarının (1990a) geliştirdiğı “Bedensel Duyumları Abartma Ölçeğı” (BDAÖ) ile değerlendirilmiştir (Barsky ve ark. 1990a). Buna göre, somatizasyon bozukluğu hastalarının depresyon hastalarına oranla daha büyük bir abartma puanına sahip olduğu ve BDA'nın somatizasyon bozukluğu tanısını önemli düzeyde yordadığı bulgulanarak BDA'nın bir tür somatizasyon olarak değerlendirilen FSS'lar açısından önemi ortaya konmuştur (Duddu, Chaturvedi ve Isaac, 2003). Ek olarak, Aronson ve arkadaşları (2001) da yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencileri gibi daha farklı türden bir popölasyonda yürüttükleri çalışmada da benzer bulgular elde etmiştir (Aronson, Barret ve Quigley, 2001). Buna göre, katılımcıların BDA düzeylerinin bedensel belirti sayılarıyla ilişkisi bulgulanarak BDA'nın somatizasyon tabloları için önemi vurgulanmıştır. Bedensel duyumları abartmanın TYAD üzerindeki etkisi bağlamında değerlendirilebilecek bulgulardan bir diğeri de Barsky ve Wyshak'ın (1989) Amerika'daki bir genel hastanede ayaktan izlenen 177 hastayı BDA, hipokondriyazis, somatizasyon üzerinden değerlendirdiğı çalışmadan gelmektedir. Bu çalışmada BDA'nın, yoğun TYAD'larını da içine alan hipokondriyak ilgi ile ilişkili olduğu ve hipokondriyak ilgideki değişimin önemli bir kısmını (%31) açıkladığı bulgulanmıştır. Ancak araştırmada BDA'nın hipokondriyak ilginin bileşenlerinden biri olan yoğun TYAD ile ilişkisine yönelik bağımsız bir değerlendirme yapılmamıştır.

Öte yandan, konuyla ilgili yurtdışındaki çalışmalara kıyasla çok daha az olan yurt içindeki çalışmaların da literatürün geneliyle benzer bir patern izleyerek BDA ile TYAD arasındaki ilişkiden çok BDA'nın semptom sayısı, sıklığı ve şiddeti türünden değişkenlerle ilişkisine odaklandığı görölmektedir. Sözelimi, Sayar ve arkadaşlarının (2003), Karadeniz Bölgesindeki 5 farklı hastanede ayaktan izlenen

100 depresyon hastasıyla yürüttüğü çalışmada, bu hastaların BDA düzeylerinin bedenselleştirme seviyelerine bağımsız bir katkısı olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmanın daha önce de ifade edildiği gibi BDA'nın TYAD üzerindeki doğrudan etkisine odaklanmamasına ek olarak, çalışmada araştırma grubunun FSS'lu hastalardan oluşmamasının BDA'nın FSS'lu hastalardaki yoğun TYAD ile ilişkisine yönelik oldukça dolaylı bilgiler barındırdığı görülmektedir. Bu kez FSS'lu hastaların da dahil edildiği bir diğer çalışmada ise yine Sayar ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Araştırmada, 15 Fibromiyalji Sendrom'lu (FMS) ve 17 majör depresyonlu hastanın antidepresan tedavi sonucunda BDA düzeylerinde görülen değişim boylamsal olarak incelenmiş ve BDA düzeyinin hangi grupta daha kalıcı bir nitelikte olduğu ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışma sonucunda, majör depresyonlu hastaların BDA düzeylerinde gerileme görülürken FMS'lu hastaların BDA düzeylerinde ise herhangi bir gerileme görülmemiş ve bu bulgu araştırmacılar tarafından BDA'nın FMS'de bağımsız bir rolü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ancak bu çalışmada da BDA'nın FSS'lu hastalarda görülen yoğun TYAD ile doğrudan ilişkisine yönelik olmadığı dikkati çekmektedir. Ek olarak, bu çalışmada, herhangi bir kontrol grubunun kullanılmaması ve vaka sayılarının normal kabul edilen sınırlarda seyretmesi gibi yöntemsel eksikliklerinin olması açısından da bulguların genellenebilirliğine yönelik önemli bir engel teşkil ettiği de vurgulanmalıdır. Konuyla ilgili bir diğer önemli bulgu da Güleç ve arkadaşlarının (2007b) yaptığı, BDAÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasından gelmektedir. 86 üniversite öğrencisine ek olarak 20 FMS ve 22 Astım Hastasıyla yürütülen çalışmada, BDAÖ puanlarının Semptom Tarama Listesi-90'ın (SCL-90R: Symptom Check List-90Revised) bedenselleştirme alt ölçeği ile önemli düzeyde bir ilişkiye ($r=0.55$, $p<0.001$) sahip olduğu bulgulanarak BDA'nın bedenselleştirme sürecindeki önemi ortaya konmuştur. Çalışmada kontrol grubunun kullanılmasının ve araştırma grubunda FMS'lu hastalara yer verilmesinin, çalışmanın FSS'lu hastaların yoğun TYAD'larına yönelik daha kapsamlı bilgiler vermesini sağladığı söylenebilir.

Sonuç olarak, konuyla ilgili ortaya atılan görüşler, FSS'luların en önemli sorunlarının başında gelen yoğun TYAD örüntülerinin anlaşılabilmesi açısından BDA'nın önemli bir değişken olabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu görüşlere dayanak oluşturacak literatürden gelen bulgulara baktığımızda ise bu durumun

bilimsel destekten yoksun kaldığı dikkati çekmektedir. Bu bağlamda, literatürde BDA'nın FSS'lu hastaların yoğun TYAD ile doğrudan ilişkisine yönelik herhangi bir çalışmaya da rastlanmadığı belirtilmelidir. Dolayısıyla bu hipotezin FSS'lu hastaların yoğun TYAD açısından geçerliliğine ilişkin bilgilerimiz, BDA'nın semptomların sayısı, sıklığı ve şiddeti gibi değişkenlerle ilişkisinin çalışıldığı araştırmalardan elde edilen dolaylı bulgulara dayanmaktadır. Her ne kadar semptomların ortaya çıkışının FSS'lu hastalarda görülen yoğun TYAD'nın doğrudan ve en önemli yordayıcılarının başında geldiği bilinse de (Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006), BDA'nın FSS'lu hastalarda görülen yoğun TYAD'ları ile doğrudan ilişkisine yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, daha önce Semptom Yorumlama hipotezinde de belirtildiği gibi bir bilişsel değişken olarak BDA hipotezinin kültürel kodlardan bağımsız düşünülmesi de pek mümkün değildir (Conrad ve Pacquiao, 2005). Bu doğrultuda konuyla ilgili özellikle ülkemizde yapılacak ve bu alanda önemli bir ilki gerçekleştirecek çalışmaların gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Şu ana dek, FSS'lu hastaların hastalık yaşantılarının şekillenmesinde birincil faktörler arasında yer alan ve bu hastaların yaşadıkları sıkıntılarının odağındaki yoğun TYAD'nın şekillenmesinde etkili olabilecek faktörler açıklanmaya çalışılmıştır. Bu hedef doğrultusunda, aleksitimik kişilik özelliğine ek olarak semptom yorumlama ve bedensel duyumları abartma durumlarının bu hastaların yoğun TYAD ve onun doğrudan yordayıcısı olduğu düşünülen belirti sayısı, şiddeti, sıklığı gibi yoğun semptom örüntüsü üzerindeki etkileri konuyla ilgili ortaya atılan teori, hipotez ve bulgular doğrultusunda tartışılmıştır. Her ne kadar bu değişkenlerin FSS'lu hastaların yoğun TYAD ve semptom örüntüsü ile ilişkileri literatür bulguları bağlamında aktarılmaya çalışılsa da, özellikle BDA hipotezi ve bununla ilgili bazı değişkenler açısından var olan literatür bulgularının kısıtlılığı bunu pek mümkün kılmamıştır. Dolayısıyla bu bağlamda, FSS'lu hastaların yoğun TYAD'larının ve semptom örüntülerinin şekillenmesinde etkili olabilecek değişkenlerin birbiri ile ilişkilerinin de konuyla ilgili önemli bir fikir vereceği düşünülmektedir. Bu amaçla bir sonraki bölümde, şu ana dek FSS'lu hastaların yoğun TYAD'ları ve semptom örüntülerinin şekillenmesindeki rolü açısından tartışılan değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerine dair araştırma bulgularına yer verilecektir.

3.2. Tıbbi Yardım Arama Davranışının Yordayıcılarının Birbiri İle İlişkisi

Bu bölümde, bir önceki bölümde de ifade edildiği gibi FSS'lu hastaların yoğun TYAD'larının şekillenmesinde önemli rol oynayan değişkenlerin birbiri ile ilişkisine dair araştırmalara yer verilecektir. Bu doğrultuda, ilk olarak bir kişilik özelliği olarak görülen Aleksitimi ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilere yer verilmesinin daha temel düzeyde bir bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

Aleksitimi ile Bedensel Duyumları Abartma (BDA) arasındaki ilişkiye dair bulgular için literatüre baktığımızda, bu çalışmaların tamamında BDA için Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği'nin (BDAÖ), aleksitimi için ise Toronto Aleksitimi Skalası'nın (TAS-20) kullanıldığını görmekteyiz. Bu bağlamda bahsedilebilecek çalışmalardan ilki Wise ve Mann tarafından 1994 yılında yürütülmüştür. Psikiyatri servisinde ayaktan takip edilen 48 kadın, 53 erkek toplamda ise 101 psikiyatrik hasta ile yürütülen çalışmada, sadece kadın katılımcıların analize dahil edildiği durumda, depresyon puanları kontrol edildiğinde BDAÖ puanları ile TAS-20 puanlarının anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır ($r=0.24$, $p<0.05$). Her ne kadar bu bulgu herhangi bir FSS'lu hasta grubundan elde edilmemiş olsa da, aleksitimi ile yüksek birlikteliği pek çok araştırmacı tarafından bulgularan depresyon puanlarının (Marchesi, Brusamonti ve Maggini, 2000) kontrol edilmesine rağmen elde edilen bu sonucun BDA ile aleksitimi arasındaki korelasyonun gücü açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Konuyla ilgili bir sonraki çalışma ise 1998 yılında Kosturek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kosturek, Gregory, Sousou ve Trief, 1998). Ayaktan takip edilen 27 erkek 23 kadın toplamda 50 kronik ağrı hastası ile 50 sağlıklı katılımcıdan elde edilen verilerin Linear Regresyon analizi ile değerlendirildiği çalışmada, TAS-20 puanlarının BDAÖ puanlarını önemli düzeyde yordadığı bulgulanmıştır ($R^2=0.19$). Araştırmada, örneklemin kronik ağrı hastaları arasından seçilmesi ve bu

gruptan elde edilen verilerin karşılaştırılabileceği bir kontrol grubuna yer verilmesi çalışmanın avantajları olarak göze çarpmaktadır.

BDA ile alekstimi arasındaki ilişkiye dair bahsedilmesi gereken son alışma, Nakao ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır (Nakao, Barsky, Kumano ve Kuboki, 2002). Japonya’da yürütülen araştırmanın rneklemi, 32 kadın ve 16 erkek toplamda 48 kişinin yer aldığı psikosomatik hastalıklı grupla hastanenin genel polikliniğine başvuranlar arasından rastgele seçilen 17 kadın 16 erkek toplamda 33 kişinin yer aldığı kontrol grubundan oluşmaktadır. Sonuçlar, her iki gruptaki bütün hastaların analize dahil edildiği durumda, BDA puanları ile TAS-20 arasındaki ilişkinin yukarıda bahsedildiği gibi bütün alt ölçekler için geçerli olmadığını ve bu ilişkinin BDA puanları ile TAS-20’nın Duyguları Tanımada Güçlük (TAS-20 DTG) alt leği ve Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAS-20 DSDG) alt leği puanları arasında geçerli olduğunu göstermiştir (sırasıyla; $r=0.60$, $p<0.001$; $r=0.38$, $p<0.001$). Sonuç olarak, yukarıda bahsedilen tüm bu bulgular, alekstimi ile BDA arasında genel olarak orta güçte bir ilişki olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Öte yandan, üzerinde durulması gereken bir başka nokta da Aleksitimi ile Semptom Yorumlama (SY) arasındaki ilişkidir. Literatür bulgularına geçmeden önce, bu çalışmaların önemli bir bölümünde aleksitiminin TAS-20 ile SY’nın ise Semptom Yorumlama Anketi (SYA) ile ölçüldüğü belirtilmelidir. Bu doğrultuda literatüre baktığımızda ise karşımıza ilk olarak Duman ve arkadaşlarının 2004 yılında gerçekleştirdiği çalışmanın çıktığı görülmektedir (Duman ve ark. 2004). Semptom Yorumlama Anketi’nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği için yürütülen çalışmanın rneklemi FSS’lu 53, majör depresif bozukluk tanılı 26 ve sağlıklı 71 kişi olmak üzere 150 kişiden oluşmaktadır. Sonuçlar, analizlere FSS’lu ve sağlıklı katılımcıların dahil edildiği durumda, toplam TAS-20 puanının SYA psikolojize ve SYA somatize alt ölçek puanlarına ek olarak SYA’nden elde edilen belirti sayısıyla yüksek düzeyde anlamlı ancak orta güçte korelasyon gösterdiğine işaret etmektedir (sırasıyla; $r=0.259$, $p<0.001$; $r=0.369$, $p<0.001$; $r=0.362$, $p<0.001$).

Konuyla ilgili bir diğer çalışma ise 2005 yılında yapılmıştır. Güleç ve arkadaşlarının (2005) depresyondaki bedensel belirtileri incelediği çalışmanın rneklemi majör depresif bozukluk tanısı almış 32 hasta ile sağlıklı 34 kişi olmak üzere toplan 66 kişiden oluşmaktadır. Bulgular, katılımcıların tamamının analize

dahil edildiği durumda, SYA psikolojize alt ölçeği ile depresyon arasında ve SYA somatize alt ölçeği ile TAS-20 DTG alt ölçeği arasında anlamlı korelasyonların varlığını ortaya koymuştur (sırasıyla; $r=0.41$, $p<0.05$; $r=0.42$, $p<0.05$). Bu çalışma FSS'lu gruplar ile yürütülmemiş olsa da, sözkonusu değişkenlerin alt boyutlarının birbiriyle ilişkisine dair bilgiler verilmesinin çalışmanın önemini arttırdığı söylenebilir.

Bu bağlamda bahsedilebilecek son çalışma 2008 yılında Güleç tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışma, halen TYAD'nda bulunan 37 ve en az 10 yıldır herhangi bir TYAD'nda bulunmamış 38 Fibromiyalji Sendromu (FMS) hastasına ek olarak herhangi bir ağrı şikayeti bulunmayan 34 sağlıklı kontrol ile yürütülmüştür. Sonuçlar, sadece TYAD'nda bulunmayan FMS'lu grubun analize dahil edildiği durumda (vaka sayısı 38), SYA psikolojize alt ölçeği ile TAS-20 toplam puanı, TAS-20 DTG ve TAS-20 DSDG alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonların varlığını göstermiştir (sırasıyla; $r=0.52$, $p<0.001$; $r=0.61$, $p<0.001$; $r=0.46$, $p<0.01$). Buna ek olarak, SYA somatize alt ölçeği ile sadece TAS-20 DTG alt ölçeği arasında; SYA normalize alt ölçeği ile de sadece TAS-20 DSDG alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar ortaya konmuştur (sırasıyla; $r=0.43$, $p<0.010$; $r=0.34$, $p<0.05$). Bu çalışmada analize dahil edilen katılımcıların tamamının FMS'lu hastalardan oluşması sonuçların bizim açımızdan önemini arttıran bir faktör olsa da, analize dahil edilen bu grubun TYAD'nda bulunan FMS'lu grup yerine TYAD'nda bulunmayan FMS'lu gruptan seçilmesinin bu önemi bir parça azalttığı söylenebilir. Aleksitimi düzeyinin semptom yorumlama ile ilişkisine dair yukarıda verilen çalışmaların farklı açılardan üstünlükleri ve kısıtlılıkları bulunsa da, bu çalışmalardan çıkan genel sonucun FSS'lu hastalarda aleksitimi ile semptom yorumlamanın birbiriyle ilişkili olabileceği yönünde bir izlenim oluşturduğu söylenebilir.

Fonksiyonel Somatik Sendrom'lu hastalarda görülen yoğun TYAD üzerinde etkili değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkilerine dair bahsedilmesi gereken bir diğer bağıntı SY ile BDA arasındadır. Bu noktada, literatür bulgularından önce, bu iki değişken arasındaki ilişkinin BDA'nın özelliklerinden de çıkarılabileceği belirtilmelidir. Çünkü pek çok araştırmacı, BDA gösteren hastaların bedensel duyumlarını büyüttüklerini ve bu duyumları normal görmek yerine anormal

(patolojik) durumlara atfettiklerini ifade etmektedir (Güleç ve ark. 2007b; Robbins ve Kirmayer, 1991). Bu bağlamda, BDA'nın SY hipotezinde öne sürülen anormal atıfları (psikolojize ve somatize) barındıran bir süreç olarak görüldüğü söylenebilir. Ancak konuyla ilgili literatüre bakıldığında ise bu durumun çok fazla çalışılmadığı dolayısıyla bu durum için tam bir bilimsel destekten bahsedilemeyeceği görülmektedir. Bu noktada, BDA için BDAÖ ve SY için SYA kullanılan ve bu değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkisini ortaya koyan çalışmalardan ilkinin Aronson ve arkadaşları tarafından 2001 yılında gerçekleştirildiği söylenebilir. Somatik duyarlılık açısından SYA'nın geçerlik düzeyinin incelendiği çalışma iki farklı örneklem ile yürütülmüştür. Örneklemlerden ilki, 31 erkek 50 kadın toplam 81 üniversite öğrencisinden; örneklemlerden ikincisi ise 33 erkek 98 kadın toplam 131 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Birinci örneklemdeki katılımcıların tamamının dahil edildiği analizde, BDAÖ puanları ile SYA psikolojize ve somatize alt ölçek puanları pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon göstermiştir (sırasıyla; $r=0.51$, $p<0.01$; $r=0.27$, $p<0.05$). İkinci örneklemdeki katılımcıların tamamının analize dahil edildiği durumda ise; BDAÖ puanları ile SYA'nın psikolojize, somatize ve normalize alt ölçek puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir (sırasıyla; $r=0.40$, $p<0.01$; $r=0.38$, $p<0.01$; $r=0.31$, $p<0.01$). Bu çalışmada, BDA ile SY arasındaki ilişkinin üniversite öğrencileri üzerinden test edilmesi sonuçların genellenebilirliğini düşüren bir faktör olarak gözükmemektedir. Ancak; BDA ile SY arasındaki ilişkinin hem iki farklı örneklem üzerinde test edilmesinin hem de bu testin gerçekleştiği örneklemlerin vaka sayılarının yeterli olmasının çalışmada ortaya konan sonuçların önemini arttırdığı söylenebilir.

Konuyla ilgili bahsedilmesi gereken bir diğer çalışma ise Güleç ve arkadaşları tarafından 2007'de yapılmıştır (Güleç, Sayar ve Yazıcı Güleç, 2007b). Bedensel Duyumları Abartma ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamaya yönelik yürütülen çalışmada, katılımcılara BDAÖ, SYA, TAS-20 ve Semptom Tarama Listesi Gözden Geçirilmiş Formu (SCL-90R) bedenselleştirme alt ölçeği verilmiştir. Araştırma örneklemini, 22 FMS ve 20 Astım hastasından oluşan toplam 42 kişilik psikosomatik grup ile üniversite öğrencilerinden oluşan 86 kişilik kontrol grubundan oluşmaktadır. Sonuçlar, sadece kontrol grubundaki katılımcıların analize dahil

edildiği durumda, BDAÖ puanlarının en yüksek ilişkiyi SCL-90R bedenselleştirme alt ölçeği ile en düşük ilişkiyi (anlamsız ilişki) ise SYA normalize alt ölçeği ile gösterdiğini ortaya koymuştur (sırasıyla; $r=0.55$, $p<0.001$; $r=0.01$, $p>0.05$). Bu çalışmada, her ne kadar BDAÖ ile SYA psikolojize ve somatize alt ölçekleri arasında herhangi bir anlamlı korelasyon bulgulanmamış olsa da, BDAÖ puanının SYA'nın normalize alt ölçeği ile bu denli düşük derecede ($r=0.01$, $p>0.05$) anlamsız bir korelasyon göstermesi BDA ile SY arasındaki ilişkiye dair önemli bir bilgi sunmaktadır. Çünkü, bir kişinin BDA düzeyi arttıkça SY tarzlarından normalize atfında bulunma düzeyinin azalması daha önce bahsedilen kuramsal çerçeve ışığında beklendik bir bulgudur. Özetle, BDA ile SY arasındaki ilişkiye dair yukarıda ayrıntılarıyla bahsedilen iki farklı araştırma ve ortaya çıkardığı sonuçlar ışığında; BDA ile SY'nın önemli düzeyde korelasyon göstererek birbirlerini yordamaya aday değişkenler olduğu ifade edilebilir.

Bu bölümde, şu ana dek FSS'lu hastaların yoğun TYAD'larının şekillenmesinde etkili olduğu tespit edilen veya etkili olabileceği düşünülen değişkenlerin birbirleriyle ikili ilişkilerinden bahsedildi. Ancak, bu durum, yukarıda birbirleriyle ilişkisi bakımından ele alınan üç değişkenin üçünün birbiriyle ilişkisinin çalışıldığı araştırmaların olup olmadığına yönelik bir başka soruyu da beraberinde getirmektedir. Bu soruyu cevaplamak için literatüre baktığımızda ise karşımıza tek bir araştırmanın çıktığını görmekteyiz. Wise ve Mann'ın 1994 yılında psikiyatri servisinde ayaktan takip edilen 100 psikiyatrik hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada, psikiyatri hastalarında sıkça görülen somatizasyonun SY, BDA ve aleksitimi açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla katılımcıların SY düzeyi SYA ile, BDA düzeyi BDAÖ ile ve aleksitimi düzeyi ise bu bölümde bahsedilen diğer çalışmaların aksine 26 soruluk Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-26) ile ölçülmüştür. Ancak katılımcıların aleksitimi düzeyleri TAS-26'ndaki duyguları tanımada ve yaşamada güçlük (TAS-26 DTYGAÖ), fantezi yaşamında kısıtlılık ve dışadönük analitik düşünme biçimi şeklindeki üç alt boyut açısından değerlendirilmiş ve böylelikle TAS-20 alt ölçekleri ile benzer bir forma sokulmuştur. Yapılan korelasyon ve çoklu regresyon analizleri sonucunda, modele birinci aşamada giren BDAÖ'nin, ikinci aşamada giren anksiyetenin ve son aşamada giren TAS-26'nın DTYGAÖ alt ölçeğinin SYA psikolojize alt ölçeğindeki değişimi önemli düzeyde açıkladığı

bulgulanmıştır (sırasıyla; birinci aşama, $R^2=0.34$, $\beta=0.26$, $p<0.05$; ikinci aşama $R^2=0.34$, $\beta=0.08$, $p<0.01$; üçüncü aşama, $R^2=0.39$, $\beta=0.26$, $p<0.01$). Bu bilgiler ışığında; SY, BDA ve aleksitiminin birbiriyle önemli düzeyde ilişkili olduğu sonucuna varılabilir.

Özetle, konuyla ilgili kısıtlı sayıdaki literatür bulguları, FSS'lu hastaların TYAD'ları ve onun doğrudan yordayıcısı olduğu düşünülen (Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006) belirti sayısı ve şiddeti gibi semptomatolojik özelliklere etkileri bakımından daha önceki bölümde ayrı ayrı ele alınan Aleksitimi, SY ve BDA düzeylerinin birbirleri ile önemli düzeyde korelasyon gösterdiğine işaret etmektedir. Bu sonuçlar ise, daha önce FSS'lu hastaların yoğun TYAD'ları ve semptom örüntülerinin şekillenmesindeki etkisi bakımından ayrı ayrı incelenen bu değişkenlerin birarada ele alınmasının daha kapsamlı bilgiler elde edilmesini sağlayacağı şeklinde yorumlanabilir.

4. YÖNTEM

4.1. Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, şu ana dek sıkça vurgulanan ve araştırmanın üzerine oturduğu en temel hipotezlerin başında gelen Fibromiyalji Sendromu (FMS) ile Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu'nun (BBCS) FSS ortak başlığı altında değerlendirilebileceğine yönelik görüşün test edilmesine yöneliktir. FMS ve BBCS'nun aynı semptom örüntüsüne ve prognoza sahip olduğu gözleminde yola çıkan bu görüş, bu sendromların her ikisinin de aynı klinik görünümü olduğunu ortaya atarak bunların FSS başlığı altında değerlendirilebileceğini savunmaktadır. Bu bağlamda, bu araştırmanın birinci amacı; bu hastaların kronik hastalık ve ağrı soygeçminin yanında psikopatoloji soy ve özgeçmişi gibi gelişimsel; yoğun TYAD, ağrı süresi, sıklığı, şiddeti, belirti sayısı ve ağrılı bölge sayısı gibi semptomatolojik; ve bu semptomatolojiyi etkileyebileceği düşünülen aleksitimi, semptom yorumlama, bedensel duyumları abartma ve depresyon düzeyleri gibi klinik özellikler açısından bu iki sendromun farklılaşp farklılaşmadığının araştırılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda temel hipotez iki alt bölüme ayrılmıştır. *Hipotez 1a* yukarıda belirtilen değişkenler açısından bu iki sendromun birbirlerinden farklılaşp farklılaşmadığına dair sorgulamayı içerirken *hipotez 1b* ise bu iki grubun birleşiminden oluşan FSS grubunun yukarıda belirtilen değişkenler açısından diğer iki kontrol grubundan farklılaşp farklılaşmadığına dair sorgulamayı içermektedir. Hipotez 1a'dan farklı olarak hipotez 1b'de, kontrol grupları kronik ağrı yaşantısı bulunmayan katılımcılardan oluştuğundan FSS grubu ile kontrol grupları arasında yapılacak karşılaştırmalarda, ağrı süresi, şiddeti ve sıklığı gibi ağrı yaşantısı değişkenlerine yönelik karşılaştırmalara yer verilememektedir.

Araştırmanın ikinci amacı ise, FSS'lu hastaların hem kendilerine hem de sağlık sistemine yaştıkları zorlukların merkezinde yer alan ve hastalıklarının prognozu açısından da son derece önemli olduğu düşünülen TYAD'nın ve literatürün bunun en güçlü yordayıcısı olduğunu belirttiği belirti sayısının psikolojik

yordayıcılarının incelenmesine yöneliktir. Bu bağlamda, bu araştırmanın ikinci temel amacı FSS'lu hastaların TYAD ve belirti sayıları üzerinde; aleksitimi, semptom yorumlama, bedensel duyuları abartma ve depresyon düzeylerinin yordayıcı etkisinin olup olmadığının tespit edilmesidir. Bu amaç doğrultusunda yine iki alt bölüme ayrılan temel hipotezin birinci bölümünde (*hipotez 2a*) TYAD'nın en güçlü ve doğrudan yordayıcı olduğunun düşünülmesi sebebiyle öncelikli olarak belirti sayısına yönelik sorgulamalara yer verilecek ve ardından ikinci bölüme (*hipotez 2b*) yani TYAD'ye yönelik sorgulamalara geçilecektir. Bu bilgiler ışığında, araştırmada yer alan temel hipotezler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Hipotez 1a. İki farklı FSS grubu olan FMS ve BBCS; kronik hastalık ve ağrı soygeçmişi, psikopatoloji soy ve özgeçmişi, ağrı süresi ve şiddeti, ağrılı bölge sayısı, TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları açısından farklılaşmamaktadır.

Hipotez 1b. FMS ve BBCS'nun bir arada ele alındığı FSS grubu; kronik hastalık ve ağrı soygeçmişi, psikopatoloji soy ve özgeçmişi, TYAD, SYA-Belirti Sayısı, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları açısından diğer iki kontrol grubundan farklılaşmaktadır.

Hipotez 2a. FSS'lu hastaların SYA-Belirti Sayısı üzerinde; TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanlarının yordayıcı etkisi bulunmaktadır.

Hipotez 2b. FSS'lu hastaların TYAD puanları üzerinde; SYA-Belirti Sayısı, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanlarının yordayıcı etkisi bulunmaktadır.

4.2. Katılımcılar

4.2.1. Araştırma Grubu (Fonksiyonel Somatik Sendrom Grubu)

Bu gruba, İ.Ü., İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bel Ağrısı polikliniğine yaygın ağrı şikayetiyle başvuranlardan aşağıda belirtilen işleme kriterlerine uygun 47 katılımcı dahil edilmiştir:

İşleme Kriterleri:

- Gerekli fiziksel, nörolojik, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri sonucunda yaygın ağrı şikayetleri dışında katılımcıların ağrı şikayetlerinin önüne geçecek düzeyde Kardiyovasküler Hastalıklar, Kronik Diabet ya da Kronik Hepatit Hastalığı gibi sistemik hastalığı bulunmayan,
- 18-65 yaş arası kadın,
- Verilen form ve ölçekleri okuyup anlama ve algılama problemi olmayan,
- En az ilkokul mezunu,
- Amerikan Romatoloji Birliği'nin (ACR) Fibromiyalji Sendromu tanı kriterlerini ışığında (1990) fizik tedavi uzmanları tarafından yapılan tıbbi değerlendirme ve gerekli fiziksel, nörolojik, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri sonucunda "Fibromiyalji Sendromu" tanısı almış, çalışmaya katılmaya gönüllü, peşi sıra yönlendirilen 35 hastaya ek olarak;
- Fizik tedavi uzmanları tarafından yapılan tıbbi değerlendirme ve gerekli fiziksel, nörolojik, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri sonucunda "Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu" tanısı almış, çalışmaya katılmaya gönüllü, peşi sıra

yönlendirilen 12 hastadan oluşan “Fonksiyonel Somatik Sendromlu” 47 hasta bu gruba dahil edilmiştir.

Dışlama Kriterleri:

- DSM IV-TR’nin tanı kriterlerine göre çalışmaya alındığı an itibariyle ağrı şikayetlerinin önüne geçecek düzeyde herhangi bir majör psikopatoloji tanısı alan ve psikolojik tedavi gören kişiler araştırma grubuna dahil edilmemiştir.

4.2.2. Kontrol Grupları

Bu çalışmada iki farklı kontrol grubu kullanılmıştır. Bunlardan biri Kronik Hastalığı olan katılımcılardan oluşurken diğeri ise kronik herhangi bir tıbbi rahatsızlığı olmayan Sağlıklı katılımcılardan oluşmaktadır.

4.2.2.1. Kronik Hastalığı Olan Kontrol (KHK) Grubu

Kronik ağrı dışında Diabet, Tansiyon, Astım gibi herhangi bir kronik hastalığı bulunan; ancak en az 6 aydır kronik herhangi bir ağrı şikayeti bulunmayan ve verilen form ve ölçekleri okuyup anlamalarına yetecek zihinsel kapasiteye sahip 56 kadın katılımcı bu gruba dahil edilmiştir. En az ilkökul mezunu olan ve yaşları 24 ile 60 arasında değişen, bu gruptaki katılımcılar çalışmaya gönüllü olarak yardım eden İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğrencileri yardımıyla elde edilmiştir. Sözkonusu öğrenciler, KHK grubu kriterlerine uyan katılımcılara ulaşılması ve bu katılımcıların araştırma bataryasını doldurmaları aşamalarında yardımda bulunmuşlardır. Bu grupta yer alan katılımcıların tamamı araştırma bataryasını kendileri okuyarak doldurmuşlar sadece anlamadıkları cevaplar konusunda yardımcı öğrencilere danışmışlardır. Bu noktada ise, yardımcı öğrencilerin herhangi bir soruyu anlamayan katılımcıya daha önceden belirlenen standart cevaplarla yardımda bulunması sağlanmıştır.

4.2.2.2. Sağlıklı Kontrol (SK) Grubu

Herhangi bir kronik sistemik hastalığı veya psikiyatrik hastalığa ek olarak en az 6 aydır kronik herhangi bir ağrı şikayeti bulunmayan ve verilen form ve ölçekleri okuyup anlamalarına yetecek zihinsel kapasiteye sahip 47 kadın katılımcı bu gruba dahil edilmiştir. En az ilkokul mezunu olan ve yaşları 20 ile 60 arasında değişen, bu gruptaki katılımcılar çalışmaya gönüllü olarak yardım eden İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğrencileri yardımıyla elde edilmiştir. Söz konusu öğrenciler, SK grubu kriterlerine uyan katılımcılara ulaşılması ve bu katılımcıların araştırma bataryasını doldurmaları aşamalarında yardımda bulunmuşlardır. Bu grupta yer alan katılımcıların tamamı araştırma bataryasını kendileri okuyarak doldurmuşlar sadece anlamadıkları cevaplar konusunda yardımcı öğrencilere danışmışlardır. Bu noktada ise, yardımcı öğrencilerin herhangi bir soruyu anlamayan katılımcıya daha önceden belirlenen standart cevaplarla yardımda bulunması sağlanmıştır.

4.3. Materyaller

4.3.1. Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20)

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarının farkında olmaması ve bunları aktaramaması olarak tanımlanan aleksitiminin değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçek ilk olarak Taylor ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin bu ilk hali 26 maddeden oluşmakta ve beş boyut olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu ölçeğe gelen eleştiriler sonrasında ölçeği geliştiren ekip ölçeği 20 maddeye ve üç alt boyuta indirmişlerdir (Bagby, Parker ve Taylor, 1994).

TAS-20 katılımcıların her soruyu 1 (hiçbir zaman katılmıyorum) -5 (her zaman katılıyorum) arası puanladıkları Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte yer alan 4, 5, 10, 18, 19. Maddeler ters biçimde puanlanmaktadır. Duygularını Tanımada Güçlük (TAS-20 DTG) alt ölçeği, yedi maddeden oluşmakta (madde 1, 3, 6, 7, 9,13 ve 14) ve duyguları tanıyabilme ve onları duygusal

uyarılmaya eşlik eden bedensel duyumlardan ayırtetmede güçlük olarak tanımlanmaktadır. Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAS-20 DSDGAÖ) alt ölçeği, beş maddeden oluşmakta (madde 2, 4, 11, 12 ve 17) ve duyguların başkalarına ifade edilmesinde ve başkalarıyla paylaşılmasında güçlük olarak tanımlanmaktadır. Dışa Dönük Düşünme (TAS-20 DDD) alt ölçeği ise, sekiz maddeden oluşmakta (madde 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20) ve dışa dönük bilişsel bir yapının varlığı, içedönük düşünmeye eğilim ve imgelem gücünün zayıflığı olarak tanımlanmaktadır (Örnek maddeler için Bknz. Ek 8). Yüksek puanlar o alt boyuttaki kısıtlılığın yüksekliğine işaret ederken TAS-20’ndan elde edilen toplam puanın yüksekliği ise daha yüksek aleksitimi düzeyine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından 2009’da yapılmıştır (Güleç, Köse, Yazıcı Güleç, Çitak, Evren, Borckardt ve ark. 2009). 233’ü kadın toplam 390 üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmada Cronbach alfa değerleri; TAS-20 toplam puanı için .78, TAS-20 DTG alt ölçeği için .80, TAS-20 DSDG alt ölçeği için .57 ve TAS-20 DDD alt ölçeği için ise .63 olarak saptanmıştır. TAS-20 toplam ve alt ölçek puanlarının bu çalışmadaki Cronbach Alfa değerleri Tablo 2’de özetlenmiştir. Tablo 2’de de görüldüğü üzere TAS-20 DDD alt ölçeğinin Cronbach Alfa değerinin (.14) istatistiksel açıdan yeterli bir seviyede olmadığı tespit edilmiş ve bu sebeple sözkonusu alt ölçek bu çalışmadaki hiçbir analize dahil edilmemiştir.

4.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

1961 yılında Beck tarafından geliştirilen ölçeğin amacı depresyon açısından riskte bulunan bireyleri ve bireylerde bulunan depresif semptomların düzeyini ve şiddetini ölçmektir. Bir tür kendini değerlendirme ölçeği olan BDE’nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçek bu haliyle 21 kendini değerlendirme cümlesinden oluşmakta ve dörtlü likert tipi bir ölçüm sunmaktadır. Her cümle 0 ile 3 arasında artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması yoluyla elde edilir; ölçekten en az 0, en fazla 63 puan alınabilmektedir.

Kesme puanı 17 olan BDE’nde 17 ve üstü puanlar tedavi gerektiren depresyona işaret etmektedir (Örnek maddeler için Bknz. Ek10).

Ölçeğin test- tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniğiyle hesaplanmış ve .65 bulunmuştur. Öte yandan, ölçeğin iki-yarım test güvenirlik katsayısı öğrencilerden oluşan grup için .78, depresif hastalar için .61’dir (Savaşır ve Şahin, 1997). Yapı geçerliliğinde ise altı faktör ortaya çıkmış ve bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre dokuz maddeden (1, 2, 4, 9, 11, 12, 13, 15 ve 17. maddeler) oluşan birinci faktör kişinin umutsuzluğunu, iki maddeden (3 ve 7. maddeler) oluşan ikinci faktör kişinin kendine yönelik olumsuz duygularını, yine iki maddeden (14 ve 20. maddeler) oluşan üçüncü faktör kişinin bedensel kaygılarını ve dört maddeden (5, 6, 8 ve 13. maddeler) oluşan dördüncü faktör ise kişinin suçluluk duygularını ölçmektedir (Hisli, 1989).

4.3.3. Semptom Yorumlama Anketi (SYA)

Robins ve Kirmayer (1991) tarafından geliştirilen ve bir tür kendini değerlendirme ölçeği olan SYA, katılımcıların semptomlarına yönelik atıflarını değerlendiren 39 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte, sık rastlanan bedensel belirtilerden oluşan 13 soru yer alır. Ancak katılımcılardan ölçekteki her bir soruda yer alan bedensel belirtinin fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık nedeniyle olduğu (somatize atfı), zihinsel veya psikolojik nedenlerden kaynaklandığı (psikolojize), veya çevresel uyaranlara bağlı bir belirti olduğu (normalize) şeklinde yorumlanması ve her bir atıf için ne sıklıkta bu şekilde düşündüklerinin değerlendirilmesi istenir. Yani katılımcılardan ölçeğin her bir maddesinde sorulan bedensel belirti için bu maddeye yönelik yapılan her üç nedensel atfı (somatize-psikolojize-normalize) kendilerince ne kadar olası gördüklerini 1 (pek değil) 4 (çok sık) arasında puanlayarak değerlendirmeleri beklenmektedir (Örnek maddeler için Bknz. Ek 7).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise ölçeğin orijinal haline sabit kalınarak Güleç ve Sayar (2004) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik

bulguları; psikolojize alt ölçeği için 32 depresif hasta, somatize alt ölçeği için tedavi arayışında olan 37 Fibromiyalji Sendrom'lu (FMS) ve normalize atfı için tedavi arayışında olmayan 38 FMS'lu hastadan oluşan örneklemden elde edilmiştir. Öte yandan ölçeğin geçerlik çalışması için 86 üniversite öğrencisine testlerin bir ay arayla iki kez verilmesi yoluna gidilmiş ve sonuçlar arası bağıntı incelenmiştir. Buna göre ölçeğin iç tutarlılık incelemesi sonucunda, SYA'nın Cronbach Alfa değeri psikolojize alt ölçeği için .82, madde toplam puan bağıntıları .28-.57; somatize alt ölçeği için .76, madde-toplam puan bağıntıları .17-.50; ve normalize alt ölçeği için .82, madde-toplam puan bağıntıları .27-.61 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam bağıntılarını ideal seviyelerde olmasa da ($r > .30$) psikometrik kurama göre kabul edilebilecek olarak görülen .15'in üzerinde olduğundan bahsedilmektedir. Ayrıca ölçeğin bir ay arayla aynı kişilere yapılan test-tekrar test uygulamasında da psikolojize alt ölçeği için .74, somatize alt ölçeği için .56 ve normalize alt ölçeği içinse .72 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Ölçeğin geçerlik analizinde psikolojize alt ölçeği açısından depresyon grubu ile kontrol grubu puan ortalamaları arasında ve somatize alt ölçeği açısından tedavi arayışı olan ve olmayan FMS'lu hasta grupları puan ortalamaları ve normalize alt ölçeği açısından tedavi arayışı olan ve olmayan FMS'lu hasta grupları puan ortalamaları anlamlı derecede farklı bulunmuştur (sırasıyla; $t=2.265$, $p<0.05$, $z=3.837$, $p<0.001$ ve $z=3.837$, $p<0.001$).

4.3.4. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Barsky ve arkadaşları (1990a) tarafından geliştirilmiştir. 10 maddeden oluşan ölçekteki maddelerin çoğu aslen herhangi bir hastalığa işaret etmeyen ancak rahatsız edici bir takım bedensel duyumu içermektedir. Katılımcılar her madde için 1 (tamamen bana uymaz) ile 5 (tamamen bana uyar) arasında puan verir ve maddelerden alınan puanların toplanmasıyla toplam bir abartma/büyütme (amplification) puanı hesaplanır (Örnek maddeler için Bknz. Ek 9).

Orijinal haline sadık kalınarak Türkçe geçerlik ve güvenirliği Güleç ve arkadaşları (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği

Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniğiyle hesaplanmış ve .73 olarak saptanmıştır. Öte yandan, BDAÖ'nin Cronbach Alfa değeri tek başına kontrol, tek başına hasta ve her iki grup bir arada ele alınmış ve sırasıyla .62, .76 ve .68 olarak bulunmuştur. Her bir maddenin tek tek ele alınmasıyla elde edilen madde-toplam puan korelasyonuna göre ise; sadece kontrol grubunda bir numaralı, hasta grubunda ise iki numaralı sorunun düşük düzeyde bir korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır. Ölçüt bağıntılı geçerlik için ise kontrol grubundaki katılımcılara SYA, TAS-20 ve Semptom Tarama Listesi Gözden Geçirilmiş Formu (SCL-90R) bedenselleştirme alt ölçeği bir arada verilmiş ve sonuçlar incelenmiştir. Buna göre BDAÖ'nin, bu ölçekler arasında en yüksek ilişkiyi SCL-90R bedenselleştirme alt ölçeği ile ($r=.55$, $p<0.001$) en düşük ilişkiyi ise, SYA normalize alt ölçeği ve TAS-20'nin dışa dönük düşünme alt ölçeği ile (anlamsız ilişki) gösterdiği ortaya konmuştur.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik (TGG) çalışmasından elde edilen ve bu çalışma kapsamında ortaya çıkan Cronbach alfa değerleri Tablo 2'de sunulmaktadır. Tablo 2'de de görüldüğü gibi çalışmada kullanılan ölçeklerin bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa değerleri arasında sadece TAS-20 DDD alt ölçeği'nin Cronbach alfa değerinin TGG çalışmasındaki değerden düşüktür. Bunun dışında bu çalışmada kullanılan bütün ölçeklerin Cronbach Alfa değerlerinin en az TGG çalışmasındaki seviyelerde veya daha üstünde seyrettiği görülmektedir.

Tablo 2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin TGG ve bu çalışma kapsamında elde edilen Cronbach Alfa Değerleri

Kullanılan Ölçek	Madde Sayısı	TGG Çalışmasındaki Cronbach Alfa	Bu Çalışmadaki Cronbach Alfa
Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği	10	.68	.70
Beck Depresyon Envanteri	21	.74	.89
Semptom Yorumlama Anketi			
<i>SYA-Psikolojize</i>	13	.82	.83
<i>SYA-Somatize</i>	13	.76	.86
<i>SYA-Normalize</i>	13	.82	.81
<i>SYA-Belirti Sayısı</i>	13	—	.83
Toronto Aleksitimi Skalası			
<i>TAS-20-Toplam</i>	20	.78	.82
<i>TAS-20 Duyguları Tanımada Güçlük</i>	7	.80	.82
<i>TAS-20 Duyguları Söze Dökmede Güçlük</i>	5	.57	.77
<i>TAS-20 Dışa Dönük Düşünme</i>	8	.63	.14

4.3.5. Görsel Analog Skalası (VAS-Visual Analogue Scale)

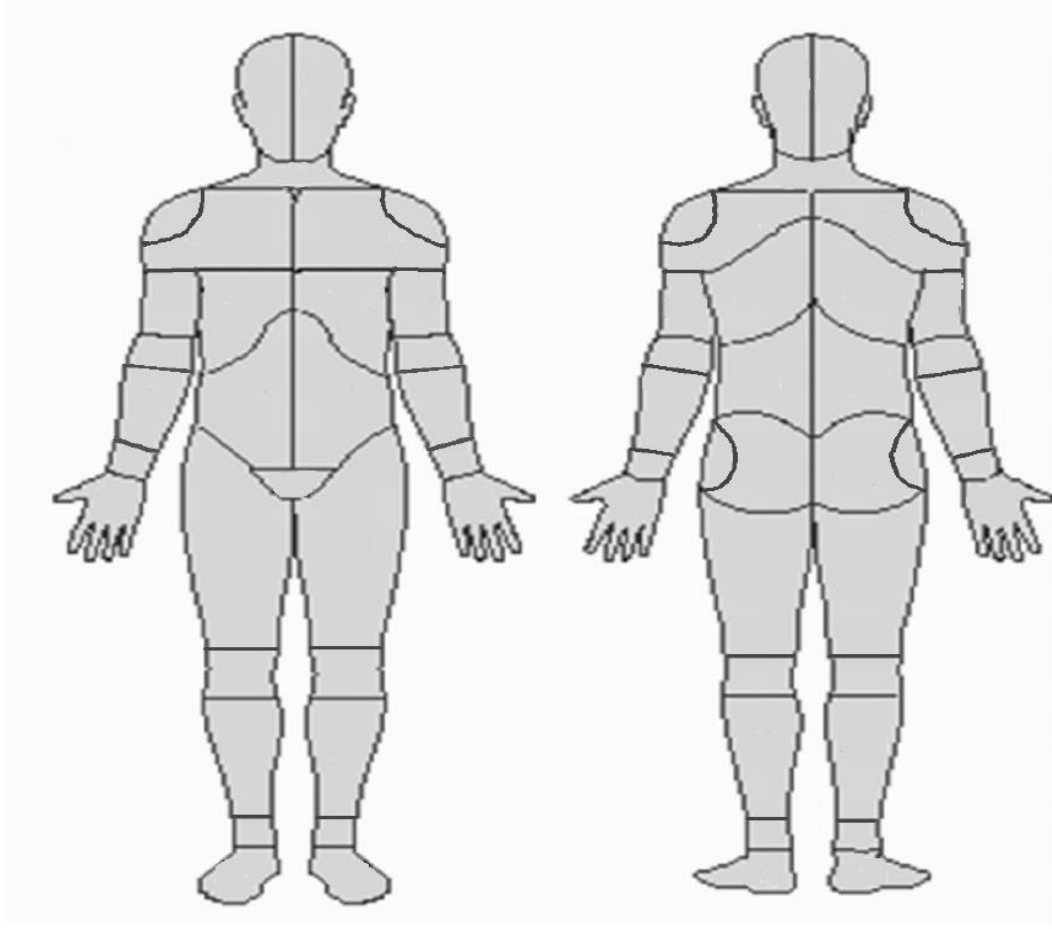
Araştırmada, katılımcıların ağrı şiddetleri geçerliği Bryant (1993) tarafından belirlenen bir görsel skala üzerinden değerlendirilmiştir (Bryant, 1993). 10 cm uzunluğundaki bu skalanın bir ucunda “0” değeri, diğer ucunda ise “10” değeri bulunur. Bu skalada katılımcıların işaretledikleri 0 değeri “ağrının hiç olmadığı” anlamına gelirken 10 değeri ise “yaşanabilecek en şiddetli ağrının varlığı” anlamına gelmektedir. Kronik ağrılı kişilerden bu skalada ağrılarını en iyi yansıtan noktayı işaretlemeleri istenir. Bu yolla elde edilen VAS puanı özellikle kronik ağrılı

hastaların çalışıldığı pek çok araştırmada sıklıkla kullanılmaktadır (Von Korff, Jensen ve Karoly, 2000).

4.3.6. Ağrı Lokalizasyonu Vücut Diyagramı (ALVD)

Vücuttaki ağrılı bölgelerin saptanması amacıyla kullanılmaktadır (Şekil 7). Margolis ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilen ALVD'nin orijinal hali vücudu 45 bölgeye ayırmaktadır (Margolis, Tait ve Krause, 1986). Ancak çalışmamızda, Aytar'ın (2007) önerisi doğrultusunda bu 45 bölgeye kronik ağrı sendromlu vakaların sıklıkla şikayette bulunduğu eklem bölgeleri de eklenmiş ve bölge sayısı 57'ye çıkarılmıştır.

Katılımcılardan ağrılı bölge/bölgelerini bu şekil üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. Daha sonra istatistiksel analizler için katılımcıların bu diyagram üzerinde işaretledikleri bölgelere “1”, işaret konulmayan bölgelere “0” puan verilmiş ve her katılımcı için toplam ağrılı bölge sayısı hesaplanmıştır.



Şekil 7. Ağrı Lokalizasyonu Vücut Diyagramı

4.3.7. Ağrı Değerlendirme Formu

Araştırma grubu katılımcılarının en az altı aydır belirli aralıklarla devam eden-tekrarlayan ağrı şikayetlerinin; ağrının türü, süresi, şiddeti, sıklığı, başlangıç yaşı, gibi özelliklerinin değerlendirilmesi için yapılandırılmış bir form kullanılmıştır. Ayrıca, araştırma grubu katılımcılarının ağrı şikayetlerinin en başından bu yana başvurdukları farklı doktor/tedavi sayılarının ağrı şikayetlerinin bulunduğu yıl sayısına bölünmesiyle elde edilen Tıbbi Yardım Arama Davranışı (TYAD) da bu formun sonuna eklenen bölümle sorgulanmıştır (Ek 5).

TYAD'nın yukarıda ifade edildiği gibi sorgulanmasında Rickwood ve arkadaşlarının (2005) önerileri temel alınmıştır. Ülkemiz literatürüne bakıldığında

TYAD'nın çalışıldığı kısıtlı sayıdaki araştırmanın hiçbirinde TYAD'nın araştırmamızdaki gibi ele alınmadığı, buna karşın yabancı literatüre bakıldığında ise TYAD'nın çalışıldığı çok sayıdaki araştırmanın önemli bir kısmında TYAD'nın araştırmamızdakine benzer şekilde ele alındığı görülmektedir. (örn., Barsky ve ark. 2005; Schröder, Heider, Zaby ve Göllner, 2013).

Bunlara ek olarak bu formda, katılımcıların Fordyce'in ortaya attığı "ağrı davranışı" kavramı doğrultusunda (1986) araştırma grubu katılımcıların ağrı ile ilgili davranış paternini tespit etmeye yönelik de bir bölüm yer almaktadır (EK 5). Aşağıda, sözkonusu "ağrı davranışı" kavramı kapsamında ortaya çıkan temel davranış paternleri ve bu paternleri değerlendirmek için katılımcılara yöneltilen sorular özetlenmiştir⁷.

- **Ağrı Beklenti Korkusu**

Katılımcıların bu formda "ağrım olacak ya da artacak korkusuyla yapmaktan kaçındığım aktiviteler....." şeklindeki açık uçlu soruya verdikleri cevaba göre "var" ya da "yok" şeklinde bir değerlendirilmeye gidilmiştir. Ağrısı olmayan kişi eğer ağrım şimdi başlayacak korkusu ile okul, iş gibi yürütmekle yükümlü olduğu aktivitelerden kaçırıyorsa, Ağrı Beklenti Korkusu "var" olarak değerlendirilmiştir.

- **Sosyal Kaçınma Davranışı**

Eğer katılımcı bu formda yer alan "Ağrım varken yapamadıklarım..." olarak ifade edilen açık uçlu soruya "işe ve arkadaş toplantılarına elimden geldiğince gitmiyorum" vb. cevaplar veriyor ise, bunun katılımcıda kaçınma davranışı "var" şeklinde ele alınması uygun görülmüştür.

- **Ağrı ile Başetme**

Katılımcıların bu formda "Ağrım başlar başlamaz ne yapıyorum?" olarak ifade edilen açık uçlu soruya; eğer "hemen yatıyorum, uyumaya çalışıyorum, ağrı

⁷ Sözkonusu davranış paternlerinin ve bunlara yönelik soruların özetlenmesinde Sertel Berk'in (2007) doktora tez çalışmasından yararlanılmıştır.

kesici kullanıp ayaklarımı uzatıyorum, ağlıyorum” vb. cevaplar veriyor ise, bu “pasif başetme”, eğer “işlerime devam ediyorum, güzel şeyler düşünmeye çalışıyorum, dışarı çıkıp hava alıyorum” vb. cevaplar veriyor ise, bu “aktif başetme” olarak ele alınmıştır.

- **Yakınların Ağrıya Tepkileri**

Kronik ağrı sendromlu bu hastalarda yakınların ağrılarına tepkileri de hastalığın prognozu açısından son derece önemlidir. Bu bağlamda, bu hastalarla yapılan görüşmelerden elde edilen gözlemler yakınların tepkilerinin dört ana başlık altında toplanabileceğini göstermiştir.

Sağlıklı Destekleyici: Kronik ağrılı hastanın ağrılarına rağmen gündelik hayatındaki yükümlülüklerini ve rutin işlerini yerine getirmesini desteklemek, ağrıya yönelik sebeplerin incelenmesinde hastayla iş birliği içine girmek vb. tutum ve davranışların yakınlar tarafından ortaya konduğunun bildirimi.

Aşırı Korumacı: Kronik ağrılı hastayı ağrısı başlar başlamaz hemen hastaneye götürmek, kişiyi bütün sorumluluklardan muaf tutmak ve onun yerine yapmak ve ağrı olduğu sürece sürekli masaj yapmak vb. tutum ve davranışların yakınlar tarafından ortaya konduğunun bildirimi.

İhmalkar: Kronik ağrılı hastanın ağrısı ile hiçbir türlü ilgilenmeme, hastayı anlamaya çalışmama ve dinlememe veya her şey tamamen normalmiş gibi davranma vb. tutum ve davranışların yakınlar tarafından sergilendiğinin bildirimi.

Reddedici: Kronik ağrılı hastanın ağrısının gerçek olmadığına yönelik her türlü sözlü-sözsüz tepkiler, hastanın ağrısı başladığında ona aşırı bir kızgınlık ve içerisinde tepki verme vb. tutum ve davranışların yakınlar tarafından ortaya konduğunun bildirimi.

4.3.8. Genel Sağlık Tarama Formu

Araştırmada, hem kronik ağrı sendromlu araştırma gruplarının (Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromları) hem kontrol gruplarının (kronik hastalıklı ve sağlıklı kontrol) sağlık durumlarının genel olarak değerlendirilmesinde Demirsoy'un (1999) geliştirdiği "Genel Sağlık Tarama Formu" kullanılmıştır (EK 4).

Formda yer alan sağlıkla ilgili özgeçmişin değerlendirilmesinde sadece formda belirtilen söz konusu hastalıklarla ilgili bir uzman tanısının varlığı baz alınmıştır. Ayrıca bu form ile katılımcıların genel sağlıklarına yönelik toplam hastalık/rahatsızlık sayısı ve bunların hangi hastalıklar olduğu bilgisinin yanında "psikopatoloji özgeçmişi" bilgisi de elde edilmiştir.

4.3.9. Demografik Bilgiler Formu

Çalışmada yer alan kontrol gruplarındaki katılımcıların yaş, eğitim, medeni hal, meslek, aile özellikleri ve hastalık ve psikopatoloji soygeçmişi bilgilerine ek olarak; Kronik Hastalığı Olan Kontrol (KHK) grubu için kronik hastalığının en başından bu yana başvurduğu, farklı doktor/tedavi sayısının kaç yıldır o kronik hastalığa sahip olduğuna bölünmesiyle, Sağlıklı Kontrol (SK) grubu içinse son bir yılda herhangi bir rahatsızlığı için başvurduğu farklı doktor/tedavi sayısı ile elde edilen Tıbbi Yardım Arama Davranışı'na (TYAD) dair sorgulamalar bu formun sonuna eklenmiştir (EK 3). Çalışmamızda yer alan araştırma grubuna dair Demografik Bilgiler Soru Formu'nda ise kontrol grupları için üretilenden farklı olarak, bu katılımcıların TYAD'larına dair sorgulama bölümü yer almamaktadır (EK 2).

TYAD'nın yukarıda ifade edildiği gibi sorgulanmasında Rickwood ve arkadaşlarının (2005) önerileri temel alınmıştır. Ülkemiz literatürüne bakıldığında TYAD'nın çalışıldığı kısıtlı sayıdaki araştırmanın hiçbirinde TYAD'nın araştırmamızdaki gibi ele alınmadığı, buna karşın yabancı literatüre bakıldığında ise TYAD'nın çalışıldığı çok sayıdaki araştırmanın önemli bir kısmında TYAD'nın

araştırmamızdakine benzer şekilde ele alındığı görülmektedir. (örn., Barsky ve ark. 2005; Schröder ve ark. 2013).

4.3.10. Bilgilendirilmiş Onay Formu

Araştırmaya katılan bütün katılımcıların bilgilendirilmiş onayları alınmıştır. Bilgilendirilmiş Onay Formunda; araştırmanın tanıtımı ve amacı, uygulama süreci, yaratabileceği riskler ve yararları yönelik bilgilere ek olarak katılımcıların bilgilerinin gizli tutulacağına, istedikleri zaman araştırmayı bırakma hakkına sahip olduklarına ve araştırmayla ilgili bilgi almak istediklerinde formun sonunda yer alan araştırmacı bilgilerinden araştırmacıya ulaşabileceklerine yönelik bilgilere de yer verilmiştir (EK 1). Bu bilgiler ışığında, çalışmada yer almayı kabul eden katılımcıların tamamından uygulama tarihi bilgisi ve imzaları alınmıştır.

4.4. İşlemler

Araştırma grubunu oluşturan katılımcılar İ.Ü., İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rahabilitasyon Anabilim Dalı, Bel Ağrısı polikliniğine yaygın ağrı şikayetiyle başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Fizik tedavi uzmanları tarafından kontrolleri yapılan ve araştırma için uygun görülen hastalar uygulamaya alınmıştır. Çalışma Aralık 2011-Mart 2013 tarihleri arasında yukarıda belirtilen hastanede yatarak tedavi gören veya ayaktan takip edilen Fibromiyalji Sendromu (FMS) ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (BBCS) tanılı hastalar ile yürütülmüştür.

Katılımcılara öncelikle araştırmanın amacı, içeriği, süresi sözlü olarak anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara onam formu okutularak imzalatılmıştır. Bu sürecin ardından araştırmacıya hastanede sağlanan görüşme odasında uygulamaya geçilmiştir. Bu grup için iki aşamalı olan uygulama sürecinin birinci aşamasını araştırmacı tarafından yapılan yaklaşık 50 dakikalık bireysel

psikolojik değerlendirme süreci oluşturmuştur. Psikolojik değerlendirme süreci sonunda asıl şikayetinin FMS ya da BBCS olmadığına, psikolojik açıdan acil yardım gerektiren başka bir psikopatolojisi olduğuna ve formlarda yöneltilen soruları anlama, cevaplama konusunda ciddi düzeyde sıkıntı yaşayabileceğine kanaat getirilen dört hastaya gerekli bilgilendirme ve yönlendirme yapılarak bu hastalarla formların cevaplanmasını içeren ikinci aşamaya geçilmemiştir. İkinci aşama uygulaması katılımcıların büyük çoğunluğuyla psikolojik değerlendirme sürecini takiben gerçekleştirilmiş olsa da beş katılımcının psikolojik değerlendirme sonrası yoruldukları gözlenmiş ve bu katılımcıların ikinci aşama uygulaması için başka bir zaman dilimi belirlenmiştir. İşleme kriterlerini sağlayarak ikinci aşamaya geçilen katılımcılara formlar yorgunluk etkisini kontrol edebilmek amacıyla karışık sırada verilmiştir. Bu aşamada, katılımcıların araştırma bataryasında yer alan bütün ölçek ve formlara yönelik cevapları bu soruların araştırmacı tarafından yorum katılmadan tek tek okunması yoluyla alınmıştır. Uygulamanın iki aşamasının tamamlanması için harcanan süre ortalama iki saat olarak belirlenmiştir.

Kontrol grupları için, çalışmaya gönüllü olarak yardım etmek isteyen İ.. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğrencilerinden, araştırma bataryasının etraflarındaki uygun kişilere ulaştırılması ve bu bataryanın gözetimleri altında gerçekleştirilmesi süreçlerinde yardım alınmıştır. Uygulama süreci söz konusu öğrencilerin gözetiminde gerçekleşmiş olsa da bu gruptaki katılımcılardan soruları kendilerinin okuyup cevaplamaları istenmiştir. Yardımcı ğrenciler sadece ve sadece katılımcı soruları anlamadığını belirttiğinde devreye girmiş ve katılımcılara daha önceden araştırmacı tarafından belirlenen standart cevapları vermeleri suretiyle destekte bulunmuşlardır. Araştırma bataryasından elde edilen bilgiler sonucunda; en az altı aydır ağrı şikayeti bulunduğu tespit edilen 10, formlara verdiği tutarsız bilgiler dolayısıyla formları dikkatle doldurmadığına kanaat getirilen sekiz ve hali hazırda psikiyatrik tedavi gördüğünü belirten üç katılımcı değerlendirmeye alınmamıştır. Toplanan veri havuzunda kontrol grupları işleme kriterlerine uyan katılımcılardan; kronik herhangi bir tıbbi rahatsızlığı olmadığını belirten katılımcılar Sağlıklı Kontrol Grubuna, kronik herhangi bir tıbbi rahatsızlığı olduğunu belirten katılımcılar ise Kronik Hastalığı olan Kontrol grubuna dahil edilmiştir. Bu grubun uygulamasının tamamlanması için harcanan süre ise ortalama 40 dakika olarak belirlenmiştir.

4.5. İstatistik

Bu araştırmada yer alan bütün analizler, “SPSS 16.00 for Windows” paket programı ile yürütülmüştür. Bu bağlamda, öncelikle tüm verilerin madde bazında hücrelere girilmesi gerçekleştirilmiştir. Ardından hücrelerde herhangi bir boş veri olup olmadığı kontrol edilmiş ve boş hücreler için *missing value* tekniği uygulanmıştır. Ölçeklerden elde edilen verilere dair analizlere geçilmeden önce her bir ölçeğin iç tutarlılığı için Cronbach Alfa içtutarlılık katsayısı hesaplanmış ve bu değer açısından zayıf görülen tek ölçüm olan TAS-20 DDD alt ölçek puanı herhangi bir analize dahil edilmemiştir (Bknz. Tablo 2).

Bu çalışmada yer alan grupların demografik-kategorik değişkenlere göre yüzde sıklık dağılımları ki kare testi ile karşılaştırılmıştır. *Hipotez 1a*’da yer alan ikili karşılaştırmalar ise parametrik ölçümlerde t-testi, parametrik olmayan ölçümlerde ise Mann-Whitnet U testi aracılığı ile yapılmıştır. *Hipotez 1b*’de yer alan üçlü karşılaştırmalarda parametrik özellik göstermeyen tek değişken olan TYAD puanına yönelik karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi kullanılmış geriye kalan bütün değişkenlerin üç grup açısından karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Hem *Hipotez 2a*’da hem de *Hipotez 2b*’de ölçümler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde yine parametrik özellik göstermeyen tek değişken olan TYAD puanına ilişkin analizlerde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmış geriye kalan bütün değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmada, değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisine bakılan tek hipotez olan *Hipotez 2a*’da ise, bu analiz Adımsal (Stepwise) Doğrusal Çoklu Regresyon Analizi ile yürütülmüştür.

5. BULGULAR

Bu çalışma, Fibromiyalji Sendromu (FMS) tanısı almış 35 birey ile Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (BBCS) tanısı almış 12 bireyden oluşan toplam 47 kişilik Fonksiyonel Somatik Sendrom (FSS) grubuna ek olarak; 47 katılımcıdan oluşan Sağlıklı Kontrol (SK) ve toplam 56 katılımcıdan oluşan Kronik Hastalıklı Kontrol (KHK) gruplarından oluşan toplam 150 katılımcı ile yürütülmüştür. SK grubu FSS grubu ile yaş ve eğitim açısından birebir eşlenmiştir.

Araştırmada aleksitimi düzeyi TAS-20 (Toronto Aleksitimi Skalası) ile ölçülmüş olup TAS-20 toplam puan ve TAS-20 Duyguları Tanımda Güçlük (TAS-20-DTG), TAS-20 Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAS-20-DSDG) ve TAS-20-Dışa Dönük Düşünme (TAS-20-DDD) alt ölçek puanları olmak üzere dört farklı test puanı olarak ele alınmaktadır. Semptom Yorumlama düzeyi SYA (Semptom Yorumlama Anketi) ile ölçülmüş olup SYA-Psikolojize (SYA-P), SYA-Somatize (SYA-S), SYA-Normalize (SYA-N) ve SYA-Belirti Sayısı (SYA-B) olmak üzere toplam 4 farklı alt test puanı olarak, Bedensel Duyumları Abartma düzeyi ise BDAÖ (Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği) ile ölçülmüş olup BDAÖ puanı adı altında tek bir toplam puan olarak ele alınmaktadır. Çalışmada Tıbbi Yardım Arama Davranışı (TYAD) ise; KAS'lu hastalar için şikayetlerinin en başından bu yana başvurdıkları farklı doktor/televizyon sayısının şikayetlerinin en başından bu yana geçen süreye bölünmesiyle; KHK grubu için birincil kronik hastalıklarının en başından bu yana başvurdıkları farklı doktor/televizyon sayısının şikayetlerinin en başından bu yana geçen süreye bölünmesiyle; SK grubu içinse son bir yılda kronik hastalıklar dışında herhangi bir tıbbi rahatsızlığı için başvurduğu farklı doktor/televizyon sayısı ile ölçülmüştür.

Araştırmanın bulgularını üçana başlık halinde toplamak mümkündür. Birinci başlıkta FSS'lu katılımcılardan oluşan araştırma, KHK ve SK gruplarındaki katılımcıların demografik özelliklerine ve çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistik bulguları sunulmaktadır. İkinci başlık altında önce FMS ve BBCS'nun; TYAD puanı, ağrının süresi, şiddeti, sıklığı ve ağrılı bölge sayısı açısından birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığına dair analiz sonuçlarına, ardından bu iki grubun bir arada ele alındığı FSS grubunun sözkonusu değişkenler açısından

diğer iki kontrol grubundan (KHK ve SK) farklılaşıp farklılaşmadığına dair analiz sonuçlarına yer verilecektir. Üçüncü başlıkta TAS-20'nin toplam puan ve alt ölçek, SYA'nin alt ölçek ve BDAÖ ve BDE toplam puanlarının FSS'lu hastaların belirti sayısı ve TYAD üzerindeki yordayıcılık ilişkisinin incelendiği analiz bulguları yer almaktadır.

5.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

Çalışmanın temel hipotezlerine yönelik analizlere geçmeden önce bu başlık altında FSS'lu katılımcılardan oluşan araştırma, KHK ve SK gruplarındaki katılımcıların demografik ve psikolojik özelliklerine ek olarak çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistik bulguları sunulmaktadır.

Tablo 3'de de görüldüğü gibi her üç grubun temel demografik değişkenlere göre dağılımları açısından herhangi bir fark bulunmamaktadır (Tablo 3). Verilere tek tek değişken düzeyinde bakılacak olduğunda ise aşağıdaki sonuçlardan bahsedebiliriz.

Araştırma grubunda yer alan katılımcılar 19-62 yaşları arasında olup, yaş ortalaması 41.8 ve standart sapması da 8.9'dur. Araştırma grubuyla yaş ve eğitim açısından eşleştirilmiş olan sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılar ise 20-60 yaşları arasındadır ve yaş ortalamaları 41.8, standart sapması da 8.7'dir. Kronik hastalıklı kontrol grubundaki katılımcıların yaş ranjı 24-60 arasındadır, yaş ortalaması 42.8 ve standart sapması 8.5'dir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre üç grup arasında yaş değişkeni açısından herhangi bir anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($F_{(2, 147)}=.223, p>0.05$) (Tablo 2).

Araştırma grubundaki ve bu gruba eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılardan birer katılımcı dışındaki (araştırma grubu eğitim durumu lisansüstü-%2.3 ve sağlıklı kontrol grubu eğitim durumu lisansüstü-%2.3) hepsi üniversite ve altında bir eğitim seviyesine sahiptir. Kronik hastalıklı kontrol grubunda ise eğitim durumu lisansüstü seviyesinde olan herhangi bir katılımcı bulunmamaktadır. Bunlar dışında araştırma grubundaki katılımcıların %38.6'sı (n=17) ilköğretim, %22.7'si (n=10) ortaokul, %18.2'si (n=8) lise ve yine %18.2'si (n=8) de üniversite mezunudur. Eşleştirilmiş olduğu araştırma grubundaki dağılıma benzer şekilde sağlıklı kontrol

grubundaki katılımcıların %36.2'si (n=17) ilkokul, %19.1'i (n=9) ortaokul, %27.2'si (n=13) lise ve %14.9'u (n=7) üniversite mezunudur. Kronik hastalıklı kontrol grubundaki eğitim durumu dağılımına baktığımızda ise; bu gruptaki katılımcıların %48.2'sinin (n=27) ilkokul, %12.5'i (n=7) ortaokul, %12.5'i (n=7) lise ve %26.8'i (n=15) üniversite mezunudur. Her üç gruptaki katılımcıların eğitim düzeylerine baktığımızda her üç grupta da en fazla görülen eğitim seviyesinin ilkokul en az görülen eğitim seviyesinin ise lisansüstü olduğu görülmektedir. Bu bağlamda yapılan ki kare analiz sonuçları da katılımcıların eğitim durumlarının bu üç gruba göre farklılaşmadığını ortaya koymaktadır ($X^2_{(8)}=8.823$, $p>0.05$) (Tablo 3).

Ayrıca, bu çalışmada yer alan katılımcıların gelir seviyelerinin gruplara göre değişimi de incelenmiştir. Buna göre, araştırma grubundaki katılımcıların %6.8'i (n=3) düşük düzeyde gelir durumuna sahip olduğunu, %70.5'i orta düzeyde bir gelir durumuna sahip olduğunu, %20.5'i (n=9) iyi düzeyde bir gelir durumuna sahip olduğunu ve %2.3'ü (n=1) çok iyi düzeyde bir gelir durumuna sahip olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %8.9'u (n=4) düşük düzeyde, %62.2'si (n=28) orta düzeyde, %28.9'u (n=13) iyi düzeyde gelir durumuna sahip olduğunu belirtirken bu gruptaki hiçbir katılımcı çok iyi düzeyde bir gelir durumuna sahip olduğunu belirtmemiştir. Son olarak, kronik hastalıklı kontrol grubundaki katılımcıların gelir düzeylerine baktığımızda ise bunlardan %10.9'unun (n=6) düşük düzeyde, %58.2'sinin (n=32) orta düzeyde, %29.1'inin (n=16) iyi düzeyde ve %1.8'inin (n=1) çok iyi düzeyde bir gelir durumuna sahip olduğunu belirttiği gözükmemektedir. Her üç çalışma grubunun gelir düzeylerinin benzer bir patern izlediği ve en fazla orta düzeyde en az ise çok iyi gelir durumuna sahip katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Nitekim yapılan ki kare testi sonuçları da her üç gruba ait gelir düzeyi dağılımlarının anlamlı derecede farklı seyretmediğini ortaya koymuştur ($X^2_{(6)}=2.838$, $p>0.05$) (Tablo 3).

Bu çalışmada araştırma grubu olarak yer alan katılımcıların %78.7'sinin (n=37) evli, %12.8'inin (n=6) bekar olduğu ve geriye kalan %8.5'lik dilimdeki katılımcıların ise bu ikisi dışında bir medeni duruma (boşanmış, dul, ayrı yaşıyor) sahip olduğu görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %83'ü (n=39) evli, %14.9'u (n=7) bekardır ve %2.1'i ise bunlar dışında bir medeni duruma sahiptir. Kronik hastalıklı kontrol grubunun ise %89.3'ü evli (n=32), %1.8'i (n=1)

bekar ve %8.9'u diğer medeni durumlardan birine sahiptir. Medeni durumların üç çalışma grubuna göre dağılımının farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek üzere yapılan ki kare analizi de bu dağılımın farklılaşmadığına işaret etmiştir ($X^2_{(4)}=8.032$, $p>0.05$) (Tablo 3).

Demografik değişkenlerin üç çalışma grubuna göre dağılımlarına yönelik olarak yapılan son analiz çalışma durumuna yöneliktir. Buna göre araştırma grubundaki katılımcıların %35.7'sinin ($n=15$) çalışırken %64.3'ünün ($n=27$) ise çalışmadığı ortaya konmuştur. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların çalışıp çalışmama durumlarına göre dağılımları ise birbirine eşittir (%50, $n=22$). Bu bağlamda, kronik hastalıklı kontrol grubuna bakıldığında ise %38.5'inin ($n=20$) çalışırken %61.5'inin ise ($n=32$) çalışmadığı görülmektedir. Her üç grubun çalışma durumlarına yönelik yapılan ki kare testi sonuçları da çalışma durumunun üç gruba göre değişmediğini göstermiştir ($X^2_{(2)}=2.087$, $p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Üç grubun demografik değişkenlere göre sıklık yüzde dağılımları

	Araştırma Grubu (N=47)	Sağlıklı Kontrol Grubu (N=47)	Kronik Hastalıklı Kontrol Grubu (N=56)	İstatistiksel Test
Yaş				
X	41.8	41.8	42.8	F= .223
SS	8.9	8.7	8.5	
Eğitim				
İlkokul	17 (%38.6)	17 (%36.2)	27 (%48.2)	X ² =8.823
Ortaokul	10 (%22.7)	9 (%19.1)	7 (%12.5)	
Lise	8 (%18.2)	13 (%27.2)	7 (%12.5)	
Üniversite	8 (%18.2)	7 (%14.9)	15 (%26.8)	
Lisansüstü	1 (%2.3)	1 (%2.1)	0 (%0.0)	
Gelir				
Düşük	3 (%6.8)	4 (%8.9)	6 (%10.9)	X ² =2.838
Orta	31 (%70.5)	28 (%62.2)	32 (%58.2)	
İyi	9 (%20.5)	13 (%28.9)	16 (%29.1)	
Çok İyi	1 (%2.3)	0 (%0.0)	1 (%1.8)	
Medeni Dur.				
Evli	37 (%78.7)	39 (%83)	50 (%89.3)	X ² =8.032
Bekar	6 (%12.8)	7 (%14.9)	1 (%1.8)	
Diğer	4 (%8.5)	1 (%2.1)	5 (%8.9)	
Çalışma Dur.				
Çalışıyor	15(35.7)	22(%50)	20 (%38.5)	X ² =2.087
Çalışmıyor	27 (%64.3)	22 (%50)	32(%61.5)	

5.2. Hipotezlerin Test Edilmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde öncelikle araştırmanın üzerine oturduğu temel hipotezlerden biri olan FMS ve BBCS'lerinin FSS ortak başlığı altında değerlendirilebileceğini savunan görüşe yönelik analizlere yer verilecektir.

Hipotez 1a. İki farklı FSS grubu olan FMS ve BBCS; ağrı süresi, ağrı şiddeti, ağrılı bölge sayısı ve TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları açısından aynı ana kütleyi temsil etmektedir.

Bu bağlamda ilk olarak her iki FSS grubu açısından kronik hastalık ve ağrı soygeçmişi ve psikopatoloji soy ve özgeçmişi karşılaştırmaları yapılmıştır. Buna yönelik bulgular Tablo 4'te görülebilir. Buna göre FMS ve BBCS'unun; kronik hastalık, psikopatoloji ve ağrı soygeçmişine ek olarak psikopatoloji özgeçmişi sıklık yüzde dağılımlarının da herhangi bir anlamlı farklılık bulunmadığı ortaya çıkmıştır (sırasıyla; $X^2_{(1)} = .898$, $p > 0.05$; $X^2_{(1)} = .0$, $p > 0.05$; $X^2_{(1)} = .419$, $p > 0.05$ ve $X^2_{(1)} = 3.817$, $p > 0.05$) (Tablo 4).

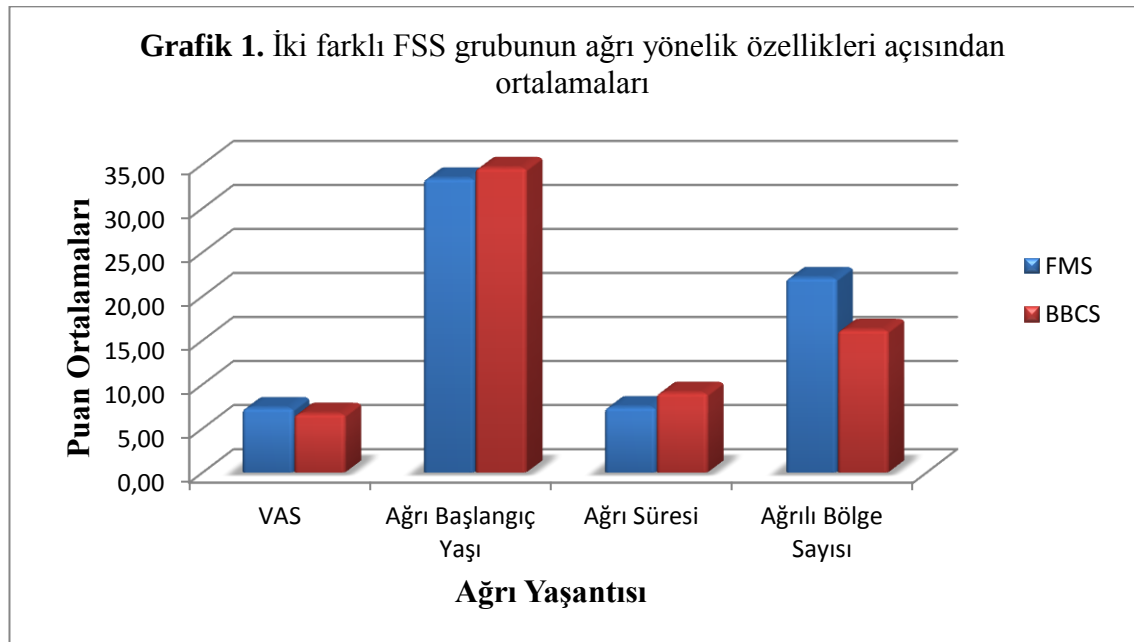
Tablo 4. İki farklı FSS grubunun kronik hastalık ve ağrı soygeçmişi ve psikopatoloji soy ve özgeçmişine göre yüzde dağılımları

	Fibromiyalji Sendromu (N=35)	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (N=12)	İstatistiksel Test
Kronik Hastalık Soygeçmişi			
Var	29 (%85.3)	8 (%72.7)	X²= .898
Yok	5 (%14.7)	3 (%27.3)	
Psikopatoloji Soygeçmişi			
Var	17 (%50)	5 (%50)	X²= .0
Yok	17 (%50)	5 (%50)	
Ağrı Soygeçmişi			
Var	27 (%81.8)	8 (%72.7)	X²= .419
Yok	6 (%18.2)	3 (%27.3)	
Psikopatoloji Özgeçmişi			
Var	9 (%25.7)	0 (%0.0)	X²= 3.817
Yok	26 (%74.3)	12 (%100)	

İki farklı KAS'ı içeren bu FSS'lu grubunun ağrı yaşantıları ile ilişkili parametrelere yönelik değerleri Tablo 5'te görülebilir. Buna göre iki grubun VAS, Ağrı Başlangıç Yaşı, Ağrı Süresi ve Ağrılı Bölge Sayısı açısından farklılaşmadığı bulgulanmıştır (sırasıyla; $t_{(45)} = 1.074$, $p > 0.05$; $t_{(45)} = -.412$, $p > 0.05$; $Z = -.331$, $p > 0.05$; $Z = -1.547$, $p > 0.05$) (Tablo 5). Bu bulgular ayrıca Grafik 1'de de özetlenmiştir.

Tablo 5. İki farklı FSS grubunun ağrı özellikleri açısından ortalama ve standart sapmaları

	Fibromiyalji Sendromu (N=35)	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (N=12)	İstatistiksel Test
VAS			
X	7.31	6.66	t=1.074
SS	1.67	2.14	
Ağrı Başlangıç Yaşı			
X	33.38	34.58	t= -.412
SS	8.68	8.70	
Ağrı Süresi (yıl)			
X	7.41	9.04	Z= -.331
SS	7.38	8.70	
Ağrılı Bölge Sayısı			
X	22.08	16.18	Z= -1.547
SS	11.18	9.32	



Her iki grubun ağrı şiddet ve sıklık kategorilerine göre değişimi ki kare testi ile analiz edilmiştir. Buna göre FMS tanısı almış katılımcıların %2.9'u (n=1) hafif, %23.5'i (n=8) orta, %35.4'ü (n=11) şiddetli, %35.3'ü (n=12) çok şiddetli ve %5.9'u (n=2) dayanılmaz ağrılardan şikayetçi olduğunu bildirmiştir. BBCS tanısı almış katılımcıların ise hiç biri hafif düzeyde ağrı şikayeti bildirmemiş iken %33.3'ü (n=4) orta, %41.7'si (n=5) şiddetli, %16.7'si (n=2) çok şiddetli ve %8.3'ü (n=1) dayanılmaz ağrılardan şikayetçi olduğunu bildirmiştir. Yapılan ki kare analizi ise, her iki grubun ağrı şiddet kategorilerine göre dağılımlarının benzer olduğunu göstermiştir ($X^2_{(4)}=1.994$, $p>0.05$) (Tablo 6).

Her iki grubun ağrı sıklığı kategorilerine göre değişimi de yine ki kare testi ile analiz edilmiştir. Buna göre FMS tanısı almış katılımcıların %2.9'u (n=1) senede birkaç defa, %22.9'u (n=8) haftada 1-2 defa, %14.3'ü (n=5) her gün günde bir defa, %8.6'sı (n=3) her gün günde birkaç defa ve %51.4'ü (n=18) devamlı ağrı yaşadığını bildirmiştir. BBCS tanısı almış katılımcıların ise hiç biri senede birkaç defa ve her gün günde bir defa ağrı çektiğini bildirmemiş iken %16.7'si (n=2) haftada bir iki defa, %25'i (n=3) her gün günde bir defa ve %58.9'u (n=7) ise devamlı ağrı yaşadığını bildirmiştir. Yakından bakıldığında her iki FSS grubu içinde en az katılımcının bildirdiği ağrı sıklığının “senede birkaç defa” en çok katılımcının bildirdiği ağrı sıklığının ise “devamlı” olduğugörülmektedir. Yürütülen ki kare testi her iki grubun ağrı sıklık kategorilerine göre yüzde sıklık dağılımlarının farklılaşmadığını ortaya koymuştur ($X^2_{(4)}=2.215$, $p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. İki farklı FSS grubunun ağrı şiddet ve sıklık kategorilerine göre yüzde dağılımları

	Fibromiyalji Sendromu (N=35)	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (N=12)	İstatistiksel Test
Ağrı Şiddeti			
Hafif	1 (%2.9)	0 (%0.0)	
Orta	8 (%23.5)	4 (%33.3)	
Şiddetli	11 (%32.4)	5 (%41.7)	X ² = 1.994
Çok Şiddetli	12 (%35.3)	2 (%16.7)	
Dayanılmaz	2 (%5.9)	1 (%8.3)	
Ağrı Sıklığı			
Senede birkaç	1 (%2.9)	0 (%0.0)	
Haftada 1-2	8 (%22.9)	2 (%16.7)	
Hergün, günde 1	5 (%14.3)	3 (%25)	X ² = 2.215
Hergün günde birkaç	3 (%8.6)	0 (%0.0)	
Devamlı	18 (%51.4)	7 (%58.3)	

Her iki FSS grubunun ağrının psikososyal bileşenleri ile ilgili bildirimlerine yönelik karşılaştırmalar Tablo 7’de görülmektedir.

FMS tanısı alan katılımcıların %62.5’inde (n=20) ve BBCS tanısı alan katılımcıların ise %50’sinde (n=5) ağrı beklenti korkusu vardır. İki grup arasındaki farkın değerlendirilmesi için yürütülen ki kare testi sonuçları bu farkın anlamlı olmadığını ortaya koymuştur ($X^2_{(1)} = .494$, $p > 0.05$) (Tablo 7).

Ağrıyla baş etmede pasif yöntemler kullananların oranının her iki grupta da birbirine çok yakın seyrettiği ve bu oranın FMS tanılı katılımcılarda %80.6 (n=25) BBCS tanılı katılımcılarda ise %80 (n=8) olduğu bulgulanmıştır. Buna karşın FMS

tanılı katılımcıların %19.4'ünün (n=6) ve BBCS tanılı katılımcıların ise %20'sinin (n=2) ağrılarını dindirmeye yönelik işlerine devam etme ya da güzel şeyler düşünme vb. aktif baş etme yöntemleri tercih ettikleri gözlenmiştir. Ayrıca yapılan analizler bu iki grubun baş etme kategorilerine göre yüzde sıklık dağılımlarının birbirinden anlamlı derecede farklılaşmadığına işaret etmiştir ($X^2_{(1)} = .002$, $p > 0.05$) (Tablo 7).

FMS tanılı katılımcıların %18.8'i (n=6) yakınlarının aşırı kollayıcı, %28.1'i (n=9) reddedici, %18.8'i (n=6) ihmalkar ve %34.4'ü (n=11) destekleyici bir tutumla kendilerine ve şikayetlerine yaklaştıklarını bildirmişlerdir. BBCS tanılı katılımcıların %18.2'si (n=2) yakınlarının aşırı kollayıcı, %45.5'i (n=5) reddedici, %9.1'i (n=1) ihmalkar ve %27.3'ü (n=3) destekleyici bir tutumla kendilerine ve ağrı ile ilgili şikayetlerine yaklaştıklarını bildirmişlerdir. Her iki grubun yakınlarının verdiği tepki kategorilerine göre değişip değişmediğine dair yapılan ki kare testi sonuçları iki grup arasında yakınların tepki kategorilerine göre değişmediğini göstermiştir ($X^2_{(3)} = 1.352$, $p > 0.05$) (Tablo 7).

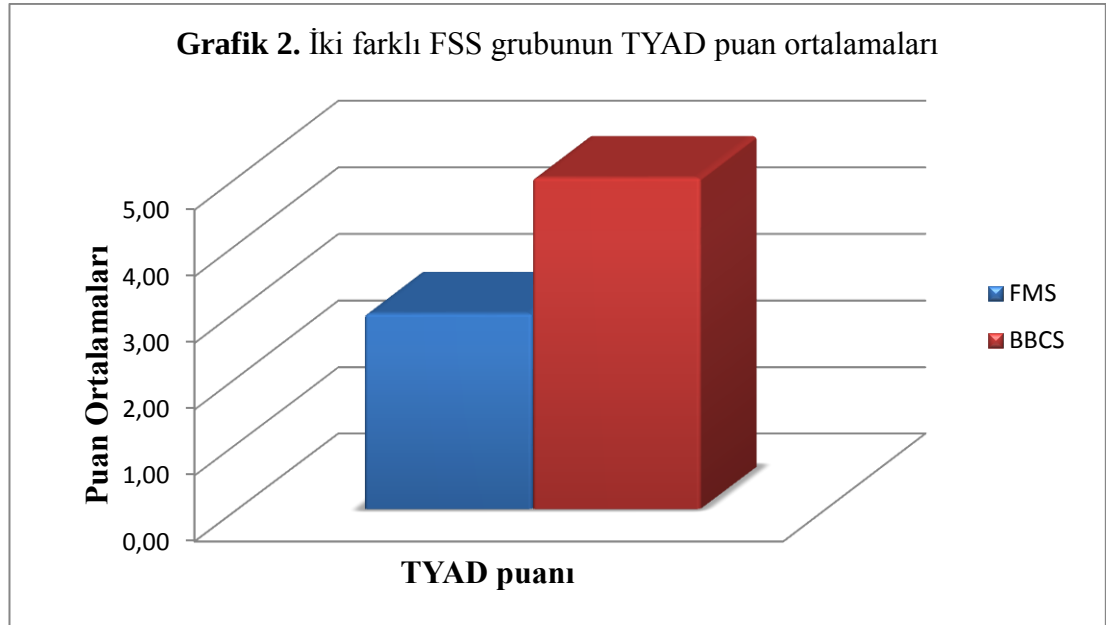
Tablo 7. İki farklı FSS grubunun ağrı beklenti korkusu, ağrı ile baş etme ve yakınların tepkisi kategorilerine göre yüzde dağılımları

	Fibromiyalji Sendromu (N=35)	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (N=12)	İstatistiksel Test
Ağrı Beklenti Korkusu			
Var	20 (%62.5)	5 (%50)	X²= .494
Yok	12 (%37.5)	5 (%50)	
Ağrı ile Baş Etme			
Pasif	25 (%80.6)	8 (%80)	X²= .002
Aktif	6 (%19.4)	2 (%20)	
Yakınların Tepkisi			
Aşırı Kollayıcı	6 (%18.8)	2 (%18.2)	X²= 1.352
Reddedici	9 (%28.1)	5 (%45.5)	
İhmalkar	6 (%18.8)	1 (%9.1)	
Destekleyici	11 (%34.4)	3 (%27.3)	

Her iki grubun TYAD puanı açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 8’de gösterilmektedir. Bu analiz, iki farklı FSS grubunun TYAD puanı açısından da farklılaşmadığını göstermiştir ($Z = -.903$, $p > 0.05$) (Tablo 8). Bu sonuç ayrıca Grafik 2’de de özetlenmiştir.

Tablo 8. İki farklı FSS grubunun TYAD puan ortalama ve standart sapmaları

	Fibromiyalji Sendromu	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu	İstatistiksel Test
TYAD puanı			
N	35	12	Z= .903
X	2.95	4.99	
SS	2.31	5.54	

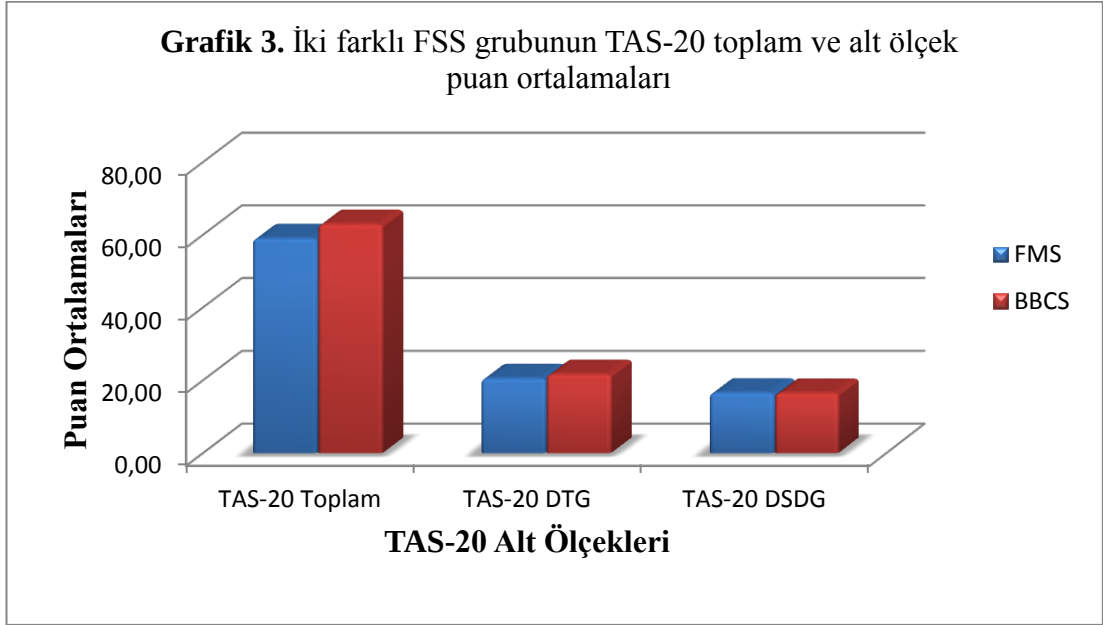


İki grup açısından yapılan puan ortalamaları karşılaştırmalarının bir diğeri iki grubun TAS-20 toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yoluyla yapılmıştır. Tablo 9’da da görülebileceği gibi hem FMS grubunun hem de

BBCS grubunun TAS-20 açısından en az puan aldığı değişkenin TAS-20 DSDG olduğu buna karşın her iki grubun en yüksek puan aldığı değişkenin de TAS-20 toplam puan olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, yapılan iki bağımsız örneklemde ortalamaların farkı testi (t test) de her iki grubun TAS-20 toplam, TAS-20 DTG ve TAS-20 DSDG alt ölçek puanları açısından birbirinden farklı olmadığını ortaya koymuştur(sırasıyla; $t_{(45)} = -.823$, $p > 0.05$; $t_{(45)} = -.514$, $p > 0.05$; $t_{(45)} = -.039$, $p > 0.05$) (Tablo 9). Bu karşılaştırmalara dair sonuçlar Grafik 3’de de sunulmuştur.

Tablo 9. İki farklı FSS grubunun TAS-20 toplam ve alt ölçeklerine göre ortalama ve standart sapma değerleri

	Fibromiyalji Sendromu (N=35)	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (N=12)	İstatistiksel Test
TAS-20 Toplam			
X	58.97	62.91	t= -.823
SS	14.36	14.24	
TAS-20 DTG			
X	20.48	21.66	t= -.514
SS	6.62	7.58	
TAS-20 DSDG			
X	16.57	16.50	t= -.039
SS	5.29	5.83	

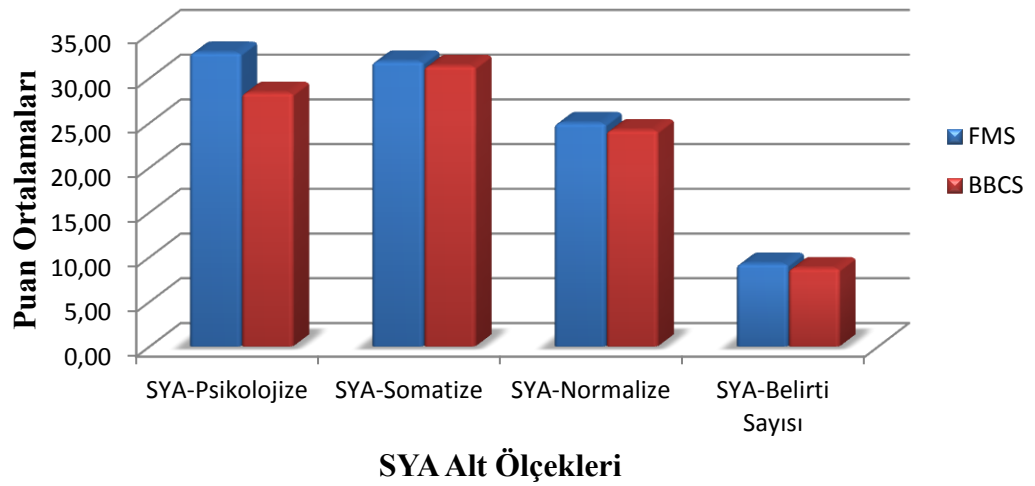


Yine her iki grubun karşılaştırıldığı bir başka değişken ise SYA'nın alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları olmuştur. Bu doğrultuda yapılan t testi sonuçları iki grubun SYA'nın Psikolojize, Somatize, Normalize ve Belirti Sayısı alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından da farklılaşmadığını göstermiştir (sırasıyla; $t_{(44)}=1.554$, $p>0.05$; $t_{(44)}=.160$, $p>0.05$; $t_{(44)}=.339$, $p>0.05$; $t_{(45)}=.609$, $p>0.05$) (Tablo 10). Ayrıca bu bulgular Grafik 4'te de özetlenmiştir.

Tablo 10. İki farklı FSS grubunun SYA alt ölçeklerine göre ortalama ve standart sapma değerleri

	Fibromiyalji Sendromu (N=35)	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (N=12)	İstatistiksel Test
SYA-Psikolojize			
X	32.85	28.36	t= 1.554
SS	7.90	9.77	
SYA-Somatize			
X	31.85	31.36	t= .160
SS	8.79	9.33	
SYA-Normalize			
X	24.97	24.18	t= .339
SS	6.08	8.60	
SYA-Belirti Sayısı			
X	9.25	8.75	t= .609
SS	2.64	1.91	

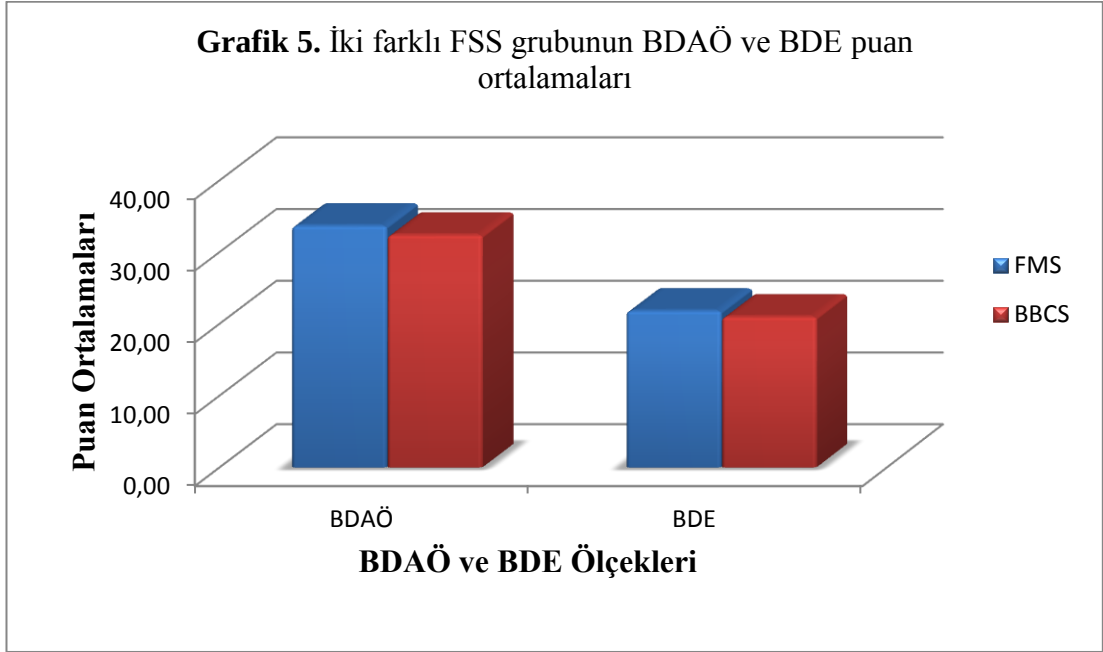
Grafik 4. İki farklı FSS grubunun SYA alt ölçek puan ortalamaları



FMS ile BBCS'nun ikili karşılaştırmalarından sonuncusu her iki grubun BDAÖ ve BDE puan ortalamalarına dairdir. Tablo 11'de de görüldüğü gibi her iki grubunun hem BDAÖ hem de BDE açısından aldıkları puanlar birbirine çok yakın seyretmektedir. Bu bağlamda yürütülen t test sonuçları beklenildiği gibi FMS ve BBCS gruplarının BDAÖ ve BDE puan ortalamaları açısından da farklılaşmadığına işaret etmiştir (sırasıyla; $t_{(45)} = .643$, $p > 0.05$; $t_{(45)} = .241$, $p > 0.05$) (Tablo 11). İki farklı FSS grubunun BDAÖ ve BDE puan ortalamalarına dair karşılaştırmalar Grafik 5'te görülebilir.

Tablo 11. İki farklı FSS grubunun BDAÖ ve BDE'ne göre ortalama ve standart sapma değerleri

	Fibromiyalji Sendromu (N=35)	Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (N=12)	İstatistiksel Test
BDAÖ			
X	33.68	32.41	t= .643
SS	5.05	7.97	
BDE			
X	21.82	21	t= .241
SS	9.82	11.59	



Özetle, FMS ile BBCS’na yönelik şu ana dek yapılan hastalık soy ve öz geçmişi; ağrı şiddeti, ağrı başlangıç yaşı, ağrı süresi ve ağrılı bölge sayısı; ağrı beklenti korkusu, ağrı ile baş etme ve yakınların tepkisi; TYAD puanı; TAS-20 ve SYA’nın bütün alt ölçek puanları; BDAÖ ve BDE’nin toplam puanları karşılaştırmalarının tümü bu iki klinik görüngü arasında herhangi bir farklılık olmadığını göstermektedir. Bu bulguların araştırmanın temel hipotezlerinden ilkindeki (*hipotez 1a*) soruya yönelik; bu iki klinik görüngünün FSS olarak değerlendirilebileceği yönünde bir cevap sunduğu söylenebilir. Bu bağlamda aşağıda *hipotez 1b*’de belirtildiği gibi bu iki klinik görüngünün FSS olarak bir arada ele alındığı ve bu grubun verilerinin hem sağlıklı kontrol hem de kronik hastalıklı kontrol grupları ile karşılaştırıldığı analiz sonuçlarına yer verilecektir.

Hipotez 1b. FMS ve BBCS'nun bir arada ele alındığı FSS grubu; TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları açısından diğer iki kontrol grubundan farklılaşmaktadır.

Bu amaçla yapılan analizlerden ilki FSS grubunun kronik hastalık soygeçmişi ve psikopatoloji özgeçmişi verilerinin diğer iki grupla karşılaştırılmasına yöneliktir. FSS grubunun soygeçmişlerinde herhangi bir kronik hastalığı olduğunu bildirenlerin oranı %82.2 (n=37) iken, bu oran sağlıklı kontrol grubunda %46.8 (n=22), kronik hastalıklı kontrol grubunda ise %43.4 (n=23) olarak bulunmuştur. Ki kare testi bu farkın orta düzeyde anlamlı olduğunu göstermiştir ($X^2_{(2)}=12.966$, $p<0.01$) (Tablo 12). FSS grubu hariç diğer iki grubun kronik hastalık soygeçmiş açısından sıklık dağılımları farklı olmadığından ($X^2_{(2)}=.958$, $p>0.05$), FSS grubunun sıklık dağılımının diğer iki gruba göre farklı olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Soygeçmişlerinde psikopatoloji olduğunu bildirenlerin oranı FSS grubunda %50 (n=22), sağlıklı kontrol grubunda %8.5 (n=4), kronik hastalıklı kontrol grubunda ise %12.5'dir (n=7). Psikopatoloji soygeçmiş açısından üç grup arasında yine anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2_{(2)}= 27.613$, $p<0.001$) (Tablo 12).

Her üç gruptaki katılımcıların ağrı soygeçmiş açısından da yüksek düzeyde anlamlı olarak farklılaştığı bulgulanmıştır ($X^2_{(2)}=37.997$, $p<0.001$) (Tablo 12). Hem sağlıklı kontrol hem de kronik hastalıklı kontrol gruplarının ağrı soygeçmişinin benzer bir patern izlediği ve her iki grupta da ağrı soygeçmiş olmayanların oranının oranlara oranla yüksek seyrettiği, FSS grubunda ise ağrı soygeçmiş olanların oranının olmayanlardan daha fazla olduğu görülmektedir (sırasıyla; %84.8-%15.2; %58.5-%41.5) (Tablo 12).

Son olarak, psikopatoloji özgeçmiş olduğunu bildirenlerin oranı FSS grubunda %19.1 (n=9), sağlıklı kontrol grubunda %8.5 (n=4), kronik hastalıklı kontrol grubunda ise %23.6'dır (n=13). Her üç grubun psikopatoloji özgeçmiş açısından farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak için yapılan ki kare analizi sonuçları her üç grubun psikopatoloji özgeçmiş açısından farklılaşmadığını ortaya koymuştur ($X^2_{(2)}=4.163$, $p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Üç grubun kronik hastalık ve ağrı soygeçmişi ve psikopatoloji soy ve özgeçmişine göre yüzde dağılımları

	Fonksiyonel Somatik Sendrom (N=47)	Sağlıklı Kontrol (N=47)	Kronik Hastalıklı Kontrol (N=56)	İstatistiksel Test
Kronik Hastalık				
Soygeçmişi				
Var	37 (%82.2)	22 (%46.8)	23 (%43.4)	X²=12.966 *
Yok	8 (%17.8)	25(%53.2)	30 (%56.6)	
Psikopatoloji				
Soygeçmişi				
Var	22 (%50)	4 (%8.5)	7 (%12.5)	X²=27.613 **
Yok	22 (%50)	43 (%91.5)	49 (%87.5)	
Ağrı Soygeçmişi				
Var	35 (%79.5)	7 (%15.2)	22 (%41.5)	X²=37.997 **
Yok	9 (%20.5)	39 (%84.8)	31 (%58.5)	
Psikopatoloji				
Özgeçmişi				
Var	9 (%19.1)	4 (%8.5)	13 (%23.6)	X²=4.163
Yok	38 (%80.9)	43 (%91.5)	42 (%76.4)	

* p<0.01

** p<0.001

Tablo 13'te her üç çalışma grubundaki katılımcıların TYAD puanlarına dair ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Bu grupların TYAD puanına göre farklılaşıp farklılaşmadıkları Kruskal Wallis testi aracılığı ile değerlendirilmiştir (Tablo 13).

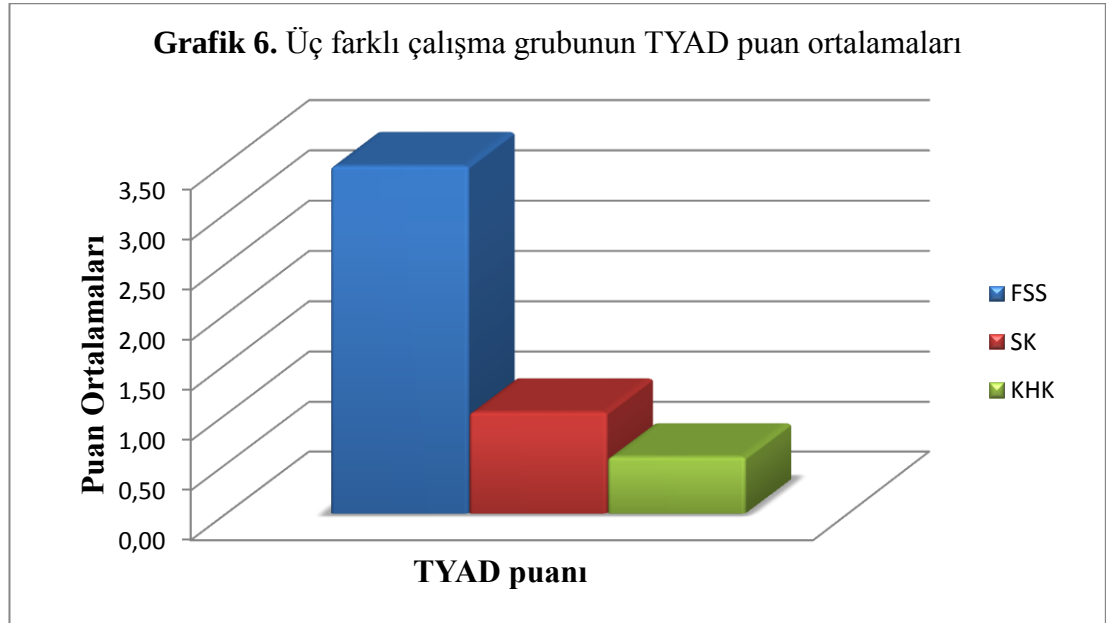
FSS'lu grubun TYAD puan ortalaması 3.47, SK grubunun 1.02 ve KHK grubunun da 0.57 olarak hesaplanmıştır. Yürütülen non-parametrik Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir ($H_{(2)}=57.51$, $p<0.001$) (Tablo 13). Gruplar arasındaki bu farkın hangi ortamlar arasında olduğunu tespit edebilmek amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonuçları da, SK ve

KHK gruplarının TYAD puan ortalamalarının farklılaşmadığını ($z = -.381$, $p > 0.05$) ancak FSS grubunun TYAD puan ortalamasının ise hem SK grubundan hem de KHK grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir (sırasıyla; $z = -5.436$, $p < 0.001$; $z = -7.515$, $p < 0.001$). Söz konusu bulgular ayrıca Grafik 6’da özetlenmiştir.

Tablo 13. Her üç grubun TYAD puanlarına dair ortalama ve standart sapma değerleri

	Fonksiyonel Somatik Sendrom	Sağlıklı Kontrol	Kronik Hastalıklı Kontrol	İstatistiksel Test
TYAD Puanı				
N	47	46	55	H= 57.51 *
X	3.47	1.02	0.57	
SS	3.48	1.22	0.48	

* $p < 0.001$



Tablo 14’te her üç çalışma grubundaki katılımcıların TAS-20 toplam puan, TAS-20 DTG ve TAS-20 DSDG alt ölçek puanlarına dair ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Bu üç grubun TAS-20 toplamdan ve alt ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 14).

Buna göre üç grubun TAS-20 ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu bulgulanmıştır ($F_{(2,142)}=22.06$, $p<0.001$). Bu farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu test etmek amacıyla yapılan post-hoc analize göre ise bu farkın FSS grubunun diğer iki gruptan farklı olmasından kaynaklandığı ortaya çıkarılmıştır. Bir başka deyişle, FSS grubunun TAS-20 toplam puan ortalamaları diğer iki gruptan anlamlı derecede yüksektir (Tablo 14).

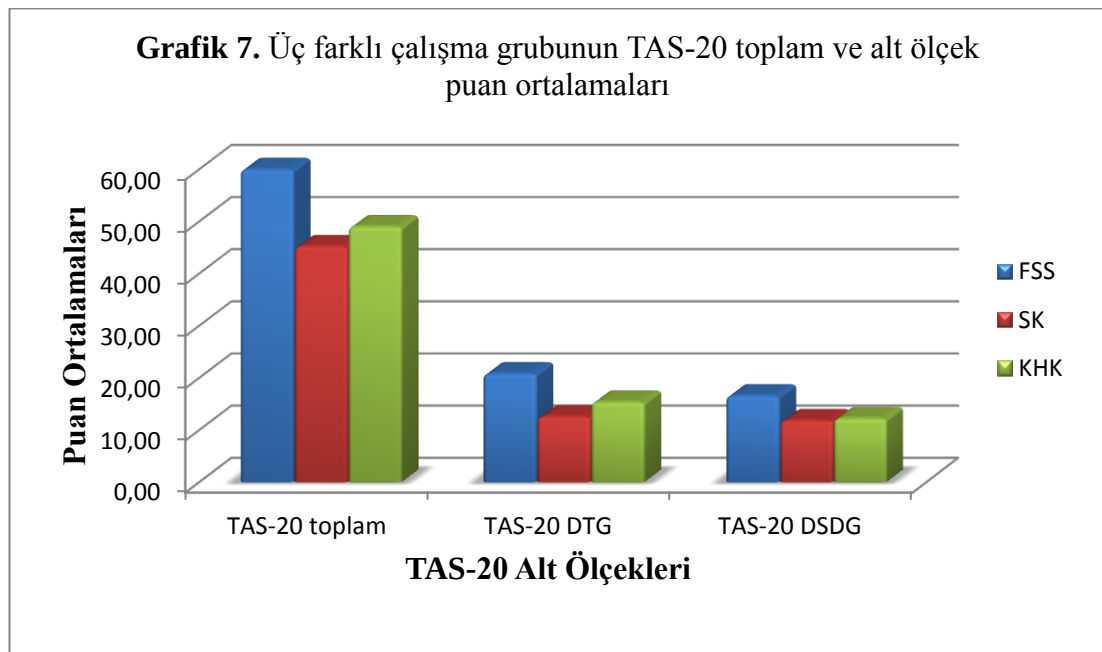
Yine üç grubun TAS-20 DTG alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında da yüksek düzeyde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F_{(2,146)}=26.39$, $p<0.001$). Yapılan post-hoc test sonuçlarıyla, her üç grubun TAS-20 DTG alt ölçek puanlarının birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu gösterilmiştir. Bir başka deyişle, kronik hastalıklı kontrol grubunun TAS-20 DTG alt ölçek puan ortalaması (15.35) sağlıklı kontrolün puan ortalamasından (12.52); FSS grubunun TAS-20 DTG alt ölçek puan ortalaması (20.78) ise hem kronik hastalıklı hem de sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 14).

FSS grubunun TAS-20 DSDG alt ölçek puan ortalaması 16.55, sağlıklı kontrolün puan ortalaması 11.80, kronik hastalıklı kontrolün ise 12.19 olarak hesaplanmıştır. Yürütülen tek yönlü varyans analizi sonuçları gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermiştir ($F_{(2,147)}=16.54$, $p<0.001$) (Tablo 14). Ancak sağlıklı kontrolün puanlarının kronik hastalıklı kontrollerden farklılaşmadığı ($t_{(101)}=-.488$, $p>0.05$) ve FSS grubunun puanlarının bu iki gruptan anlamlı düzeyde yüksek seyrettiği tespit edilmiştir (sırasıyla; $t_{(92)}=4.93$, $p<0.001$; $t_{(101)}=4.62$, $p<0.001$) (Tablo 14). Ayrıca, her üç çalışma grubuna dair TAS-20 toplam ve alt ölçek puan ortalamaları Grafik 7’de gösterilmektedir.

Tablo 14. Her üç grubun TAS-20 toplam puanları ile TAS-20'nin DTG ve DSDG alt ölçeklerine dair ortalama ve standart sapma değerleri

	Fonksiyonel Somatik Sendrom	Sağlıklı Kontrol	Kronik Hastalıklı Kontrol	İstatistiksel Test
TAS-20 Toplam				
N	47	43	55	
X	59.97	45.18	48.98	F=22.06 *
SS	14.28	8.34	9.8	
TAS-20 DTG				
N	47	46	56	
X	20.78	12.52	15.35	F=26.39 *
SS	6.81	4.16	5.47	
TAS-20 DSDG				
N	47	47	56	
X	16.55	11.80	12.19	F=16.54 *
SS	5.3	3.8	4.1	

* p<0.001



Tablo 15’de de görüldüğü gibi SYA-Psikolojize alt ölçeği puan ortalamaları FSS grubu için 31.78, sağlıklı kontrol grubu için 23.29 ve kronik hastalıklı kontrol grubu için ise 25.98’dir. Yürütülen parametrik tek yönlü varyans analizi sonuçları gruplar arasında görülen bu farkın yüksek düzeyde anlamlı olduğunu göstermektedir ($F_{(2,141)}=17.65$, $p<0.001$). Üç grubun ortalamaları arasında görülen anlamlı farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu anlayabilmek adına yapılan post-hoc testi sonuçları bu farkın FSS grubunun diğer iki gruptan anlamlı derecede yüksek olmasıyla sağlandığını göstermiştir (Tablo 15).

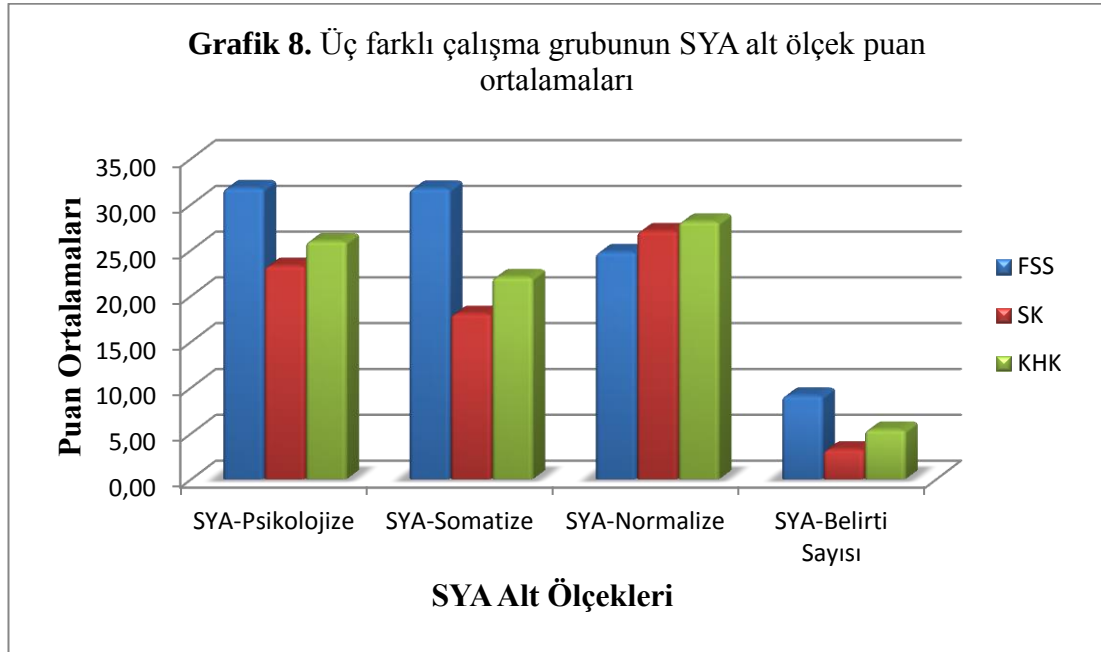
SYA-Somatize alt ölçeği için FSS grubu puan ortalamasının 31.73, sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasının 18.04 ve kronik hastalıklı kontrol grubunun puan ortalamasının ise 22.05 olduğu görülmektedir. Tek yönlü varyans analizi sonuçları bu üç grup arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermiştir ($F_{(2,142)}=53.65$, $p<0.001$) (Tablo 15). Yapılan post-hoc testi de kronik hastalıklı grubun SYA-Somatize puan ortalamasının (22.05) sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasından (18.04); FSS grubu SYA-Somatize puan ortalamasının (31.73) da kronik hastalıklı grubun puan ortalamasından (22.05) anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Öte yandan, tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre SYA-Belirti Sayısı puan ortalamalarının da her üç grup açısından yüksek düzeyde anlamlı olarak farklılaştığı bulgulanmıştır ($F_{(2,141)}=55.99$, $p<0.001$) (Tablo 15). Yapılan post-hoc testi de SYA-Belirti Sayısı puan ortalamalarının da SYA-Somatize puan ortalamalarıyla benzer bir patern izlediğine işaret etmiştir. Buna göre kronik hastalıklı grubun SYA-Belirti Sayısı puan ortalamasının (5.41) sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasından (3.25); FSS grubu SYA-Belirti Sayısı puan ortalamasının (9.12) da her iki kontrol grubununkinden anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya çıkmıştır. Ayrıca her üç gruba ait SYA-Normalize alt ölçek puan ortalamalarının birbirinden anlamlı derecede farklı olmadığı da bulgulanmıştır ($F_{(2,143)}=2.71$, $p>0.05$) (Tablo 15). Söz konusu veriler Grafik 8’de de özetlenmiştir.

Tablo 15. Her üç grubun SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize ve SYA-Belirti Sayısı alt ölçeklerine dair ortalama ve standart sapma değerleri

	Fonksiyonel Somatik Sendrom	Sağlıklı Kontrol	Kronik Hastalıklı Kontrol	İstatistiksel Test
SYA-Psikolojize				
N	46	44	54	F=17.65 *
X	31.78	23.29	25.98	
SS	8.4	5.9	6.2	
SYA-Somatize				
N	46	45	54	F=53.65 *
X	31.73	18.04	22.05	
SS	8.8	4.23	5.71	
SYA-Normalize				
N	46	46	54	F=2.71
X	24.78	27.08	28.12	
SS	6.67	8.16	6.89	
SYA-Belirti Sayısı				
N	47	44	53	F=55.99 *
X	9.12	3.25	5.41	
SS	2.47	2.29	3.14	

* p<0.001



Her üç grubun BDAÖ ve BDE’nden almış oldukları puan ortalamaları da tek yönlü varyans analizi ile araştırılmış ve anlamlı farklar içinse post-hoc testi yapılmıştır. Bu ölçeklerden alınmış olan puan ortalamaları Tablo 16’da görülebilir.

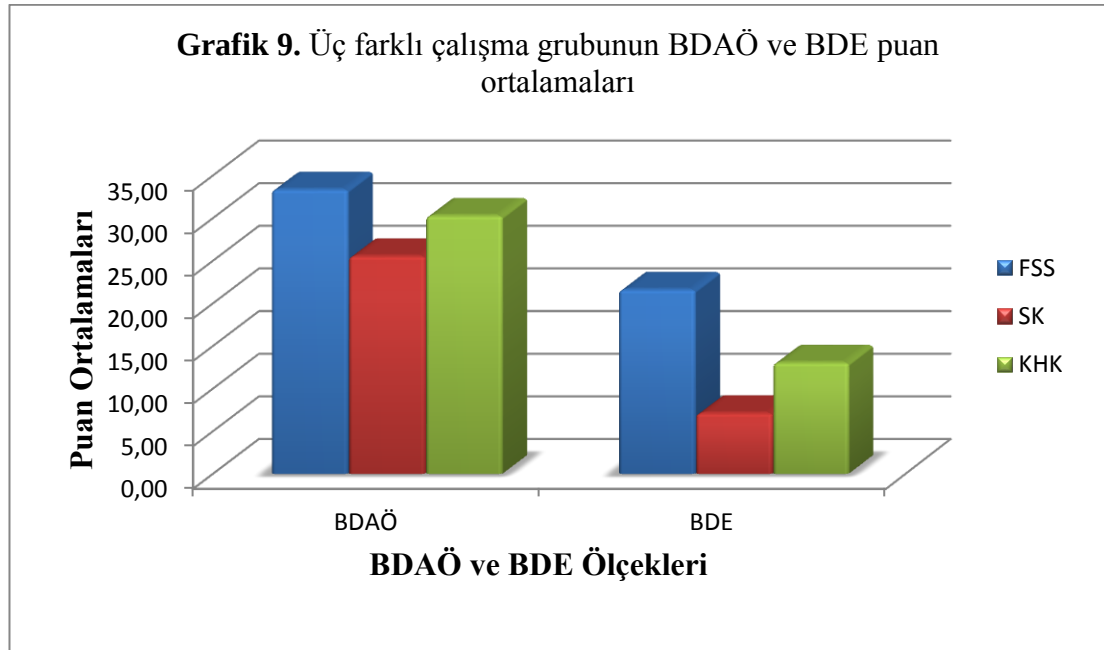
BDAÖ’nden sağlıklı kontrol grubunun almış olduğu ortalama puanın, FSS grubundan ve kronik hastalıklı kontrol grubundan daha düşük olduğu görülmektedir ($F_{(2,144)}=17.67$, $p<0.001$). Post hoc testi de bu farkın yüksek düzeyde anlamlı olduğuna işaret etmektedir (Tablo 16).

Her üç grubun BDE’nden almış oldukları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığına yönelik yürütülen tek yönlü varyans analizi sonuçları da bu farkın yüksek düzeyde bir anlamlılığa işaret ettiğini ortaya koymuştur ($F_{(2,145)}=37.51$, $p<0.001$) (Tablo 16). Anlamlı farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu anlayabilmek adına yapılan post hoc testi sonuçlarıyla da her üç grubun puan ortalamasının da birbirinden farklı olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, kronik hastalıklı grubun BDE puan ortalamasının (13.05) sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasından (7.12); FSS grubu BDE puan ortalamasının (21.61) da diğer iki kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Üç farklı çalışma grubunun SYA alt ölçeklerine dair sözkonusu puan ortalamaları Grafik 9’da özetlenmiştir.

Tablo 16. Her üç grubun BDAÖ ve BDE'ne dair ortalama ve standart sapma değerleri

	Fonksiyonel Somatik Sendrom	Sağlıklı Kontrol	Kronik Hastalıklı Kontrol	İstatistiksel Test
BDAÖ				
N	47	46	54	
X	33.36	25.54	30.27	F=17.671 *
SS	5.86	6.39	6.80	
BDE				
N	47	47	54	
X	21.61	7.12	13.05	F=37.51 *
SS	10.17	5.35	8.20	

* p<0.001



Sonuç olarak, yukarıdaki bulgular ışığında, FMS ve BBCS'nun FSS olarak bir arada ele alındığı grubun; kronik hastalık, ağrı ve psikopatoloji soygeçmişi; TAS-20 toplam ve DTG, DSDG alt ölçek puanları; SYA'nın Psikolojize, Somatize ve Belirti Sayısı alt ölçek puanları; BDAÖ toplam puanı ve BDE toplam puanı açısından sağlıklı ve kronik hastalıklı diğer iki kontrol grubundan farklılaştığı görülmektedir. Bu sonuçlar, *hipotez 1b*'de belirtildiği gibi bu iki grubun FSS olarak bir arada ele alındığı grubun verilerinin diğer iki kontrol grubundan anlamlı derecede farklılaşacağına yönelik önemli bir kanıt sunmaktadır. Ayrıca bu bulgu, araştırmada yürütülen analizler sonucunda hipotez 1a'ya yönelik elde edilen FMS ve BBCS'nun aynı klinik görüngenye işaret ettiği dolayısıyla FSS olarak ele alınması gerektiği yönündeki cevabı da destekler niteliktedir.

Hipotez 2a. FSS'lu hastaların SYA-belirti sayısı alt ölçek puanı üzerinde; TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanlarının yordayıcı etkisi bulunmaktadır.

Birbiri ile korelasyon göstermeyen değişkenlerin birbiri üzerindeki yordayıcı etkisine bakılamayacağı için yukarıdaki hipotezin test edilebilmesi için yapılması gereken ilk analiz korelasyondur. Bu amaçla *hipotez 2a*'da belirtilen değişkenlerin SYA-Belirti Sayısı ile ilişkisine yönelik Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır.

Buna göre normal dağılım göstermeyen TYAD puanının SYA-Belirti Sayısı ile ilişkisine yönelik yürütülen Spearman Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 17'da özetlenmektedir. Buna göre FSS'lu grubun TYAD puanları ile SYA-Belirti Sayısı alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu bulgulanmıştır ($r = .208$, $p > 0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. FSS’lu grubun SYA-Belirti Sayıları ile TYAD puanları arasındaki ilişkiler

	SYA-Belirti Sayısı
TYAD	.208

Buna göre, SYA-Belirti Sayısı ile negatif korelasyon gösteren tek değişkenin SYA-Normalize alt ölçek puanı olduğu bulunmuştur ($r = -.330$, $p < 0.05$) (Tablo 18).

Ayrıca, SYA-Belirti Sayısı ile SYA-Somatize alt ölçeği ve BDAÖ puanları arasında pozitif yönde orta güçte düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır (sırasıyla; $r = .300$, $p < 0.05$; $r = .328$, $p < 0.05$) (Tablo 18).

Öte yandan, SYA-Belirti Sayısı ile TAS-20 DSDG alt ölçeği ve BDE puanları arasında ise pozitif yönde orta güçte orta düzeyde yüksek korelasyon bulgulanmıştır (sırasıyla; $r = .430$, $p < 0.01$; $r = .470$, $p < 0.01$) (Tablo 18).

SYA-Belirti sayısının üç değişkenle de yüksek düzeyde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, SYA-Belirti Sayısının; SYA-Psikolojize, TAS-20 Toplam ve TAS-20 DTG alt ölçek puanları ile pozitif yönde yüksek güçte ve yüksek düzeyde anlamlı bağıntı içerdiği görülmektedir (sırasıyla; $r = .650$, $p < 0.001$; $r = .533$, $p < 0.001$; $r = .637$, $p < 0.001$) (Tablo 18).

Özetle, yukarıda ifade edilen değişkenlerden TYAD puanı hariç bütün değişkenlerin SYA-Belirti Sayısı ile anlamlı bağıntıya sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, SYA-Belirti Sayısı ile ilişkisi incelenen değişkenlerden TYAD puanı hariç diğer bütün değişkenlerin SYA-Belirti Sayısı üzerindeki yordayıcı etkisine dair analizlere dahil edilebileceğine işaret etmektedir.

Tablo 18. FSS’lu grubun SYA-Belirti Sayıları ile SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize, TAS-20 Toplam, TAS-20 DTG, TAS-20 DSDG, BDAÖ ve BDE puanları arasındaki ilişkiler

	SYA-P	SYA-S	SYA-N	TAS20T	TAS20DTG	TAS20DSDG	BDAÖ	BDE
SYA-B	.650***	.300*	-.330*	.533***	.637***	.430**	.328*	.470**

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Bu amaçla yürütülen Adımsal (Stepwise) Doğrusal Çoklu Regresyon Analizi sonuçları Tablo 19’de özetlenmektedir. Analiz sonuçları yukarıda anlamlı korelasyon sonuçları gösterilen değişkenler arasından sadece SYA-Psikolojize ve TAS-20 DTG alt ölçek puanlarının SYA-Belirti Sayısı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğunu göstermiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayıları (β) dikkate alındığında, SYA-Psikolojize ($\beta = .434$) ve TAS-20 DTG ($\beta = .400$) değişkenleri, FSS’lu grubun SYA-Belirti Sayısı alt ölçek puanlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır ($F_{(2, 45)} = 24.756$, $p < 0.001$) (Tablo 19). Analize dahil edilen yordayıcı değişkenlerin yordama gücü dikkate alındığında ise, SYA-Psikolojize puanının FSS’lu grubun SYA-Belirti Sayısı alt ölçek puanını yordayan en önemli değişken olarak tek başına toplam varyansın %42.2’sini açıkladığı saptanmıştır. Öte yandan, SYA-Psikolojize alt ölçek puanının, analize ikinci aşamada dahil olan TAS-20 DTG alt ölçek puanı ile birlikte toplam varyansın %53.5’ini açıkladığı tespit edilmiştir ($R = .732$; $R^2 = .535$) (Tablo 19). Tüm bu sonuçlar ise, *hipotez 2a* bağlamında öne sürülen görüşle çelişmemekte ve hipotezde belirtilen değişkenlerden SYA-Psikolojize ve TAS-20 DTG alt ölçek puanlarının SYA-Belirti Sayısı üzerindeki yordayıcı etkisine dair önemli bir kanıt sunmaktadır.

Tablo 19. Adımsal Doğrusal Çoklu Regresyon Analizine göre FSS’lu grubun SYA-Belirti Sayısı üzerindeki anlamlı yordayıcılar

Model	Değişkenler	B	Std. H	β	t	p	R	R ²	ΔR^2	F	p
1	Sabit	3.050	1.102	-	2.769	.008*					
	SYA-P	.190	.034	.650	5.668	.000**	.650	.422	.422	32.122	.000***
2	Sabit	2.060	1.045	-	1.971	.055					
	SYA-P	.127	.036	.434	3.516	.001*	.732	.535	.113	24.765	.000***
	TAS20DTG	.145	.045	.400	3.238	.002*					

* $p < 0.01$

** $p < 0.001$

Hipotez 2b. FSS'lu hastaların TYAD puanları üzerinde; TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanlarının yordayıcı etkisi bulunmaktadır.

Yordayıcı etki analizi gerekliliği sebebiyle, bu hipotezde yordanan (bağımlı) değişken olan TYAD puanı üzerindeki yordayıcı etkilere bakılabilmesi için yordayıcı (bağımsız) değişkenlerin yordanan değişken olan TYAD puanı ile arasında korelasyon olmalıdır. Bu amaçla bu hipotezde yordanan değişken olan TYAD puanının normal dağılım göstermediği görülmüş ve bu sebeple söz konusu analizler Spearman Korelasyon Analizi ile gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar Tablo 19'da özetlenmektedir.

Buna göre, FSS'lu grubun TYAD puanları ile analize dahil edilen hiçbir değişken arasında anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır. Bu sonuçlar yukarıda belirtilen *hipotez 2b* doğrultusunda korelasyon analizine dahil edilen hiçbir değişkenin TYAD üzerindeki yordayıcı etkisine dair analize sokulamayacağını göstermiştir (Tablo 20). Dolayısıyla *hipotez 2b*'de öne sürülen yordayıcı etkiden bahsedilememektedir.

Tablo 20. FSS'lu grubun TYAD puanları ile SYA-Belirti Sayısı, SYA-Psikolojize, SYA-Somatize, SYA-Normalize, TAS-20 Toplam, TAS-20 DTG, TAS-20 DSDG, BDAÖ ve BDE puanları arasındaki ilişkiler

	SYA-B	SYA-P	SYA-S	SYA-N	TAS20T	TAS20DTG	TAS20DSDG	BDAÖ	BDE
TYAD	.208	.081	-.055	-.091	.158	.079	.169	.270	.168

SONUÇ

Bu çalışmanın iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi ve araştırmanın üzerine oturduğu en temel önerme, FMS ve BBCS'lerinin her ikisinin de FSS olarak değerlendirilmesi gerektiğine yöneliktir. İkincisi ise, FSS'ların hem kendilerine hem de sağlık sistemine yaşattığı zorlukların odağında yer alan ve hastalıkların prognozu açısından da son derece önemli olduğu düşünülen TYAD ve literatürün bunun en güçlü yordayıcısı olduğunu belirttiği belirti sayısının yordayıcılarının belirlenmesine yöneliktir. Aşağıda, bu araştırmadan elde edilen bulguların literatür bağlamında tartışılması yer almaktadır. Ancak çalışmanın sonuçlarının kapsamının ve genellenebilirliğinin belirlenebilmesi açısından öncelikle üzerinde çalışılan örneklemin demografik özelliklerinin hatırlatılması ve bu bulguların literatürle karşılaştırılması yararlı olacaktır.

Tanımsal İstatistiklere İlişkin Bulgular. Bu çalışma, FMS tanısı almış 35 birey ile BBCS tanısı almış 12 bireyden oluşan toplam 47 kişilik FSS grubuna ek olarak; 47 katılımcıdan oluşan SK ve toplam 56 katılımcıdan oluşan KHK gruplarından oluşan tamamı kadın toplam 150 katılımcı ile yürütülmüştür. SK grubu FSS grubu ile yaş ve eğitim açısından birebir eşlenmiştir. Araştırmada cinsiyetin aleksitimi gibi kişilik özellikleri ve ağrı yaşantısını etkileyen temel faktörler açısından karıştırıcı bir değişken olabileceği (Wolfe ve ark. 1995) düşünüldüğünden örneklemin FMS ve BBCS'unun çok daha yaygın olduğu kadın katılımcılardan (Feder ve ark. 2001) oluşturulması uygun görülmüştür.

Öte yandan, araştırmamızda, yer alan katılımcıların yaşları 19-62 arasında olup, yaş ortalaması 41.8 ve standart sapması da 8.9'dur. Araştırma grubuyla yaş ve eğitim açısından eşleştirilmiş olan sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılar ise 20-60 yaşları arasındadır ve yaş ortalamaları 41.8, standart sapması da 8.7'dir. Kronik hastalıklı kontrol grubundaki katılımcıların yaş ranjı 24-60 arasındadır, yaş ortalaması 42.8 ve standart sapması 8.5'dir. Yaş açısından bu çalışmada elde edilen bulgularla literatürden gelen sonuçları karşılaştırdığımızda sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Sözgelimi, ülkemizde FMS'lu kadın hastaların aleksitimi ve öfke düzeylerini belirlemek adına 101 FMS'li, 30 Romatoid Artritli ve

59 SK grubundan oluşan bir örnekleme gerçekleştirilen çalışmada, FMS grubunun yaş ortalaması 40.6 standart sapması ise 9.7 olarak bulunmuştur (Güleç ve ark. 2004). Yine ülkemizde FMS'ndaki depresyon ve aleksitimi sıklığını araştırmak adına gerçekleştirilen diğer bir çalışmada, yaş ranjı 19-65, ortalaması 40.7 standart sapması ise 9.9 olarak belirlenmiştir (Taşkın ve ark. 2007). Bu sonuçlar, bu çalışmadaki araştırma grubunun yaş dağılımının ülkemizde aynı grupla yapılan çalışmalardakine benzer bir patern izlediğini ve bu sendromların orta yaş grubunda daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdaki grupların eğitim seviyesi dağılımlarının da yine literatürdeki sonuçlarla uyumlu olduğu ve bu gruptakilerin büyük kısmının (%61.3) ilkokul ve ortaokul eğitim seviyesine sahip katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Nitekim, yine ülkemizde 48 kronik ağrı hastasıyla gerçekleştirilen çalışmada da benzer şekilde katılımcıların büyük oranının (%45.8) ilk ve orta okul mezunu olduğu saptanmıştır (Sertel-Berk, 2006). Ayrıca, yine ülkemizde gerçekleştirilen bir başka çalışmada da, 50 FMS hastasından oluşan araştırma grubunun eğitim durumlarında %58'lik oranıyla ilk ve ortaokul mezunlarının en büyük paya sahip olduğu belirlenmiştir (Taşkın ve ark. 2007).

Gelir düzeyine yönelik karşılaştırmalarda ise FSS, SK ve KHK gruplarının her üçünde de orta gelir düzeyli katılımcıların ağırlıklı olduğu (sırasıyla; %70.5, %62.2, %58.2) ve gelir düzeyine yönelik bu dağılımın üç gruba göre değişmediği ortaya konmuştur ($X^2_{(6)}=2.838$, $p>0.05$). Buna benzer şekilde, Erdine de, 2005 yılında yaptığı çalışmasında ağrısı olanlar ile olmayanların gelir dağılımlarının birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığını bulgulamıştır.

Medeni durum açısından bu çalışmadan elde edilen sonuçların literatürle kıyaslanmasında da önemli bir örtüşme görülmektedir. Bu çalışmada, her üç grubun da büyük çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; %78.7, %83, %89.3). Ülkemizde 110 kronik ağrı hastasıyla yapılan araştırmada da sonuçlarımızla paralel bir şekilde, bu hastaların %78.2'sinin evli olduğu tespit edilmiştir (Kandemirci, 2010). Yine aynı çalışmada, kronik ağrı hastalarının %79.1'inin an itibariyle herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir ki bu sonucun da FSS'lu hastaların çalışma durumlarına yönelik araştırmamızdaki dağılıma (%64.3) paralel olduğu söylenebilir.

Özetle, bu araştırmanın örnekleminin demografik özelliklerinin literatür bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, bu çalışmadaki örneklemin demografik dağılımlarının birkaç önemli özelliği olduğu ve bu özellikler sebebiyle araştırmada test edilen hipotezlere yönelik sonuçların genellenebilirliğini arttırdığı söylenebilir. Kısaca bu özellikleri; araştırmadaki her üç grubunda birbirine yakın sayıda katılımcıdan oluşması, SK grubunun araştırmanın hipotezleri açısından önemli olabileceği düşünülen yaş ve eğitim açısından FSS grubuyla birebir eşlenmesi, her üç grubun demografik özelliklerine dair karşılaştırmalarda herhangi bir farklılığın tespit edilmemesi ve bu üç gruptan demografik değişkenlere dair elde edilen sonuçların literatür bulgularıyla uyumlu olması şeklinde sıralayabiliriz. Dolayısıyla aşağıda verilecek olan hipotez testlerinin bu bağlamda değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

FMS ve BBCS'nun Hipotez 1a Bağlamında Karşılaştırılmasına Dair Çalışmalar. Bu çalışmadaki hipotezlerden birincisi (*hipotez 1a*), araştırmanın da üzerine oturduğu en temel önerme olan FMS ve BBCS'nun her ikisinin de FSS olduğuna yöneliktir. Bu bağlamda öncelikli olarak, 35 FMS ve 12 BBCS sendromlu hasta kronik hastalık ve ağrı soygeçmişi ve psikopatoloji soy ve öz geçmişi gibi gelişimsel özelliklere ek olarak hem ağrı süresi, şiddeti ve ağrılı bölge sayısı gibi semptomatolojik hem de TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları gibi psikolojik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Bu klinik görüngülerin ikili karşılaştırılmasına yönelik yürütülen analizler, her iki sendromun da yukarıda belirtilen değişkenlerin hiçbirinde farklı bir örüntü sergilemediğini göstermiştir. Bu sonuçlarsa araştırmacı tarafından her iki klinik görüngünün de FSS üst başlığı altında değerlendirilebileceğine yönelik bir kanıt olarak yorumlanmıştır.

Literatüre bakıldığında ise, FMS'nin FSS olduğuna dair çeşitli görüşlerin yer aldığı ve bazı çalışmalarla da FMS'nin bir çeşit FSS olup olmadığının biyolojik ve tanısal açıdan test edildiği; ancak hiçbir çalışmada BBCS'unun FSS olarak ele alınmadığı ve bu bağlamda herhangi bir sendrom ile kıyaslanmadığı dikkati çekmektedir. Bunun yanı sıra, FMS'nun FSS olup olmadığını çalışmamızdaki gibi gelişimsel, semptomatolojik ve psikolojik açıdan ele alan herhangi bir özgün araştırmadan da bahsedilememesinin konu ile ilgili yürütülen tartışmanın büyük

oranda kavramsal düzeyde kalmasına ve dolaylı bulgulara dayanmasına neden olduğunun da altı çizilmelidir.

FMS'na yönelik ülkemizde ve yurtdışında yapılan güncel çalışmaların genelinde FMS'nin bir tür FSS olduğu doğrudan ifade edilmese de, bu çalışmaların büyük çoğunluğunda FMS'nun bir tür FSS olduğuna yönelik bir anlayışla ele alındığı görülmektedir (Bağış, 2008; Özen, Serhadlı, Türkcan ve Ülker, 2010; Stuifbergen, Phillips, Voelmeck ve Browder, 2006; Tot ve Toros, 2002; Wessely ve White, 2004). Bu anlayışın belirlenmesindeki en önemli kriteri ise, araştırmacıların FMS'nu tıbbın açıklamakta yetersiz kaldığı ve çeşitli hastalık davranışlarının tablonun şekillenmesinde önemli bir rolü olduğu (Fink ve ark. 2002) yönündeki vurgusu oluşturmaktadır.

Bizim tespit edebildiğimiz kadarıyla yurtiçinde FSS kavramının ilk kullanılışı Şendağ'ın 1989 yılında "Fonksiyonel Somatik Semptomlar ve Hipokondriazis" isimli makalesi ile olmuştur. FMS'nin FSS olup olmadığına yönelik herhangi bir görüş bildirilmeyen ya da herhangi bir bulgu sunulmayan çalışmada "fonksiyonel somatik semptom" kavramının somatizasyon kavramıyla eş anlamlı kullanıldığı ve bu durumun bir başka klinik durum olan hipokondriazis'ten farkının aktarıldığı dikkati çekmektedir.

Yurtiçinde yapılan ve FMS'nin bir tür FSS olduğunu ifade eden bir diğer çalışma da 2002 yılında Sayar tarafından ortaya konmuştur. FSS'nin "Tıbben Açıklanamayan Belirti" (TAB) kavramı üzerinden ifade edildiği bu derleme yazısında TAB'ler; ya FMS ve Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS) gibi çeşitli sendromların bir parçası şeklinde ya da depresyon ve anksiyete durumları gibi temel psikopatolojiler sebebiyle ortaya çıkan klinik durumlar olarak tanımlanmıştır (Sayar, 2002). Öte yandan, yazıda TAB'li hastaların en önemli özelliklerinin başında bu hastalarda görülen yüksek psikopatoloji komorbiditesinin ve bu hastaların bitmek tükenmek bilmeyen tıbbi yardım arama davranışlarının geldiği vurgulanmış ve TAB'lerin ortaya çıkmasına etkisi dolayısıyla tıp sisteminde var olan batılı dualistik anlayış eleştirilmiştir.

FMS'nin bir tür FSS olduğunu belirten ülkemizdeki çalışmalardan bir başkası da Kırılı'nın (2003) Stahl'un (2003) makalesini çevirmesi yoluyla elde edilmiştir. Bu makalede FMS'nun FSS içerisinde yer alan ve "belirgin ağırlı somatik belirtilerle

giden tablolar” şeklinde ifade edilen bir alt gruba dahil edildiği görülmektedir. Ayrıca; Güleç (2008), Güleç ve Sayar (2005) ve Güleç, Sayar ve Yazıcı Güleç (2007) farklı çalışmalarda FMS’unun bir tür FSS olduğunu ifade etmişlerdir.

Öte yandan, konuyla ilgili yurt dışındaki çalışmaların genelinin de yurt içindeki çalışmalarla benzer bir patern izleyerek FMS’nun FSS olduğu yönündeki görüşlerini herhangi bir araştırma bulgusuyla desteklemediği görülmektedir. Sözgelimi, Mayou 2002 yılındaki makalesinde; FMS, KYS ve Huzursuz Barsak Sendromu (HBS) gibi tanıların FSS olarak adlandırılan bir üst kategoride yer almalarını gerektiğini ifade etmiş; ancak buna yönelik herhangi bir araştırma bulgusu sunmamıştır. Ayrıca makalede, bu klinik görüngüler için bedenin fonksiyonlarındaki sıkıntıyı ifade eden FSS teriminin kullanılmasıyla, duruma “somatoform bozukluklar” ifadesinde olduğu gibi salt psikojenik bir bakışla yaklaşılmasının da önüne geçileceğinin altı çizilmektedir.

Yine bu bağlamda, Schröder ve Fink (2011); FMS, KYS, HBS vb. tanıların modern tıbbın aşırı uzmanlaşma amacı sonucunda oluşan yapay tanıları olduğunu ve aslında bunların tamamının FSS olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Onlara göre, FSS içerisinde yer alan farklı tanıların tamamı kökenini bedensel huzursuzluk’tan (bodily distress) almaktadır. Dolayısıyla bu tanıların hepsinin çeşitli yatkınlık faktörleri tarafından tayin edilen bedensel huzursuzluğun farklı görünimleri olduğu öne sürülmektedir. Bizim çalışmamızda da FMS ile BBS tanısı alan vakaların Schröder ve Fink’in sözünü ettiği FSS’lerdeki yatkınlık faktörleri arasında ele alınabilecek semptom yorumlama ve bedensel duyumları abartma hipotezleri açısından derinlemesine karşılaştırılmak sureti ile benzerlik göstermiş olmaları FSS olabileceklerine dair ampirik bir kanıt olarak sunulmuştur.

Nitekim, Schröder ve Fink’in (2011) bahsettiği FSS tanılarının modern tıbbın yapay tanıları olduğu yönündeki görüşlerinin Houdenhove’un (2003) makalesinin “Fibromiyalji: Modern Tıbbı Karşı Bir Meydan Okuma” isimli başlığında çarpıcı bir şekilde ortaya konduğu görülmektedir. Yine bu bağlamda literatürde, pek çok araştırmacının FMS, KYS, HBS ve Kronik Ağrı Sendrom’larını (KAS) FSS olarak ele aldığından bahsedebiliriz (Fink ve Rosendal, 2008; Kroenke, 2003; Sullivan, Smith ve Buchwald, 2002).

Öte yandan, FMS ve KYS türünden klinik görüngülerin FSS olarak ele alınması gerektiğini yürüttükleri araştırma bulgusuyla destekleyen az sayıdaki çalışmadan da bahsedilmelidir. Bunlara, Kato ve arkadaşlarının (2009) FMS'nun da içinde olduğu FSS'ların aynı etiyolojik kökenlere sahip olduğunu, Landgrebe ve arkadaşların da (2008) FSS içerisinde değerlendirilen FMS, KYS vb. farklı tanılarının aynı nörobiyolojik kökene sahip olduğunu bulgulayan çalışmalarını örnek olarak verebiliriz (Kato, Sullivan, Evengard ve Pedersen, 2009; Landgrebe ve ark. 2008).

Ayrıca, FMS, KYS ve HBS türünden klinik tabloların aslında bir tür FSS olduğuna yönelik en önemli kanıtlardan biri de Fink ve Schröder'in (2010) çalışmasından gelmektedir. 58 FMS, 54 KYS, 43 HBS, 129 kardiyak olmayan göğüs ağrısı ve 178 somatoform bozukluk tanılı hasta ile yürütülen çalışmada bütün katılımcıların semptomları yarı yapılandırılmış klinik görüşmelerle incelenmiş ve bu klinik görüngülerin semptomları arasındaki örtüşmeye bakılmıştır. Yürütülen analizler sonucunda, farklı tanı gruplarındaki katılımcıların semptom örüntülerinin %95 oranında bir örtüşme sağladığı bulgulanmıştır (%95; kappa 0.86, $p<0.001$). Bu sonuçlar, araştırmacı tarafından farklı tanımlarla değerlendirilen bu klinik görüngülerin FSS ortak başlığı altında ele alınmasının daha yararlı olacağına dair bir kanıt olarak yorumlanmıştır.

Konuyla ilgili bu bölümde aktarılan gerek yurtiçi gerekse yurtdışındaki çalışmalara bakıldığında bunların hiçbirinde, FMS ile BBCS'lerinin her ikisinin de FSS bağlamında ele alınmadığı ve bu sendromların gelişimsel, semptomatolojik ve psikolojik özellikleri açısından karşılaştırılmasına yönelik herhangi bir bulgu ortaya konmadığı görülmektedir. Bu nedenle, FMS ve BBCS'ni FSS olarak ele alıp değerlendirmek yerine bu sendromları farklı amaçlarla bir araya getirerek bunları çeşitli açılardan birbiri ile kıyaslayan çalışmalardan elde edilen dolaylı bulgulara dair araştırmalar da önem kazanmıştır.

Bu bağlamda, Balasubramaniam ve arkadaşlarının (2007) 32 FMS ve 19 FBSS hastası ile bu gruplardaki temporomandibüler bozukluk prevalansını incelemek amacıyla yürüttüğü çalışmadan bahsedebiliriz. Her iki grubun tempormandibüler bozukluk dağılımına ek olarak ağrı ve psikososyal yaşantılar açısından da karşılaştırıldığı çalışmada, bizim araştırmamızdakine benzer şekilde FMS ve BBCS hastalarının Görsel Analog Skalası (VAS-Visual Analogue Scale) ile

100 puan üzerinden ölçülen ağrı şiddet puan ortalamalarına göre farklılaşmadığının bulgulandığı dikkati çekmektedir (sırasıyla; ort= 46.0-39.5, ss= 11.1-14.9, $p>0.05$). Yine aynı çalışmada, FMS ve BBCS gruplarının gözden geçirilmiş Semptom Tarama Listesi-90 (SCL-90R: Symptom Check List-90Revised) ile elde edilen depresyon puan ortalamaları açısından da değişmediği saptanmıştır (sırasıyla; ort= 64.4-61.8, ss= 9.0-10.8, $p>0.05$). Bu bulgunun da bizim araştırmamız sonuçlarıyla tutarlı olduğu görülmektedir.

FMS ile BBCS'nu karşılaştırmalı bir şekilde ele alan çalışmalardan bir diğeri ise Thomson ve Jacques tarafından 2009 yılında gerçekleştirilmiştir. BBCS hastalarının demografik özelliklerinin; Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu, Romatoid Artrit, Osteoartrit ve FMS hastaları ile karşılaştırılmasının hedeflendiği çalışmada BBCS'na ait bilgiler; Avrupa, Kanada, Avustralya ve İsrail'deki 12 farklı hastanede tedavi olan 100 BBCS hastasının resmi kayıtlarından elde edilirken diğer gruplara dair demografik bilgiler ise araştırmacı tarafından yapılan yapılandırılmış literatür taraması sonucunda elde edilmiştir. Ancak bu bilgilere dair herhangi bir istatistiksel analiz yapılmamış ve ortaya çıkan sonuçlar literatür bulguları ışığında tartışılmıştır. Buna göre; VAS ile 100 puan üzerinden ölçülen ağrı şiddet puan ortalamasının BBCS için 74.7 FMS içinse 67 olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da VAS ile 10 puan üzerinden ölçülen ağrı şiddet puan ortalamalarının bu çalışmadaki sonuçlara yakın bir şekilde FMS için 7.31 BBCS içinse 6.66 olduğu ve bu ortalamaların birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ortaya konmuştur ($t_{(45)}= 1.074$, $p>0.05$). FMS ve BBCS'larının semptomatolojik ve psikolojik olarak farklılaşp farklılaşmadığına dair yukarıda bahsedilen çalışmalara yakından bakıldığında sözkonusu klinik görüngüler arasındaki karşılaştırmaların hiçbirinin bizim çalışmamızdaki kadar kapsamlı yürütülmediği görülse de bu çalışmaların sunduğu az sayıdaki bulgunun çalışmamız bulgularıyla uyumlu olduğu söylenebilir.

Özetle, tüm bu bulgular ve literatürden edinilen bilgiler, daha önce ülkemizdeki ve yurtdışındaki hiçbir çalışmada FMS ve BBCS'nun FSS bağlamında ele alınarak psikolojik ve semptomatolojik açıdan kıyaslanmadığını göstermektedir. Bu durum ise, bu iki sendromun FSS olarak ele alındığı ve çeşitli özellikler açısından birbiri ile kıyaslandığı çalışmamızdan elde edilen bulguların önemini ortaya koymaktadır.

FMS ve BBCS'nun Birarada Ele Alındığı FSS Grubunun Hipotez 1b Bağlamında Karşılaştırılmasına Dair Çalışmalar. Bu araştırmanın birinci amacı, şu ana dek sıkça ifade edildiği üzere FMS ve BBCS'nun FSS ortak başlığı altında değerlendirilebileceğine yönelik görüşün test edilmesidir. Bu noktada, bu çalışmanın birinci amacının birbirini destekler nitelikteki iki hipotez (*hipotez 1a ve hipotez 1b*) ile test edildiğinin bir kez daha altı çizilmelidir.

Bu doğrultuda, bir önceki bölümde, *hipotez 1a* kapsamında ortaya konan FMS ve BBCS'nun FSS olarak değerlendirilebileceği yönündeki bulgulara dair tartışmalara yer verilmiştir. Bu bölümde ise bu kez *hipotez 1b* kapsamında ortaya konan; FMS ve BBCS'nun FSS olarak ele alındığı grubun kronik hastalık ve ağrı soygeçmiş ve psikopatoloji soy ve öz geçmişi gibi gelişimsel özelliklere ek olarak hem ağrı süresi, şiddeti ve ağırlı bölge sayısı gibi semptomatolojik hem de TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları gibi psikolojik özellikler açısından SK ve KHK gruplarından farklılaştığına yönelik bulguların literatür ışığında tartışılmasına yer verilecektir.

Bu bölümde araştırmamız bulgularıyla karşılaştırmalı bir şekilde verilecek olan araştırmaların seçiminde, aslen FSS olduğunu düşündüğümüz FMS, KAS ve Somatoform Bozukluk (SB) tanıli katılımcılardan elde edilen verilerin bizim çalışmamızda olduğu gibi farklı kontrol gruplarıyla karşılaştırılmasının kriter alındığı belirtilmelidir.

Literatüre bakıldığında, FMS ve BBCS'nun bir arada ele alındığı FSS grubunun SK ve KHK gruplarından farklılaştığı özellikler arasında psikopatoloji özgeçmişinin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Çünkü pek çok araştırmacı, bu grup hastada görülen depresyon ve anksiyete komorbiditesinin hastalığın prognozu açısından oldukça belirleyici olduğuna işaret etmektedir (Henningsen ve ark. 2005; Henningsen, Zimmermann ve Sattel, 2003; Rief, Nanke, Emmerich, Bender ve Zech, 2004).

Bu bağlamda, Hollanda'daki iki farklı hastaneden elde edilen ve ACR kriterlerine göre FMS tanısı konan 403 katılımcı ile 196 SK'ün verilerinin karşılaştırıldığı çalışmada, FMS grubunun %17'sinde SK grubunun ise %4'ünde psikopatoloji özgeçmişine rastlandığı ve bu farkın anlamlı olduğu bulgulanmıştır

($X^2= 21.94$, $p<0.001$). Bizim çalışmamızda da FSS grubunda SK grubuna göre daha yüksek oranda KHK grubuna göre ise daha düşük oranda psikopatoloji özgeçmişine rastlandığı ortaya konmuş (sırasıyla; %19.1-%8.5-%23.6); ancak bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ($X^2_{(2)}=4.163$, $p>0.05$). Bu açıdan bakıldığında, araştırmamızda üç grubun psikopatoloji dağılımlarına dair elde edilen bulgunun literatürle kısmen uyumlu olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda FSS grubunun diğer iki kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılaştığına dair ortaya konana bir diğer bulgu, bu üç grubun TAS-20 toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Buna göre, FSS grubunun TAS-20 toplam puan ve TAS-20 Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAS-20 DSDG) alt ölçek puanları açısından diğer iki kontrol grubuna kıyasla farklılaştığı ve bu farkın anlamlı düzeyde olduğu ortaya konmuştur (sırasıyla; $F_{(2,142)}=22.06$, $p<0.001$; $F_{(2,147)}=16.54$, $p<0.001$). Duruma TAS-20 Duyguları Tanımada Güçlük (TAS-20 DTG) açısından yaklaşıldığında ise; KHK grubunun SK grubundan, FSS grubunun ise her iki gruptan anlamlı derecede daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir ($F_{(2,147)}=16.54$, $p<0.001$).

Bu noktada, Gregory ve arkadaşlarının (2005) Amerika’da genel polikliniğe başvuran ve ağrısı olmayan 45, şiddetli bel ağrılı 49 ve vücudunun bel dışındaki bölgelerinde ağrılı 46 katılımcı ile yürüttükleri çalışmanın sonuçlarından da bahsedilmelidir. Araştırmada, yaş değişkeni kontrol edildiğinde üç grubun TAS-20 toplam puanlarının farklılık gösterip göstermediği “Bağımlı Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi” ile test edilmiştir. Sonuçlar, üç gruptaki katılımcıların TAS-20 toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğunu göstermiştir ($p=0.003$, $p<0.001$). Üç grubun TAS-20 toplam puan ortalamalarına bakıldığında vücudun bel dışındaki bölgelerinde ağrısı olan grubun hem sadece bel ağrısı hem de ağrısı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla; ort-ss= 58.8-13.1; 47.6-14.6; 48.4-13.9). Bizim FSS grubumuzun büyük çoğunluğunun ($n=35$) vücutlarının tamamına yayılan ağrı şikayetleri olduğu düşünüldüğünde bu araştırma sonuçlarının bizim çalışmamız açısından anlamı artmaktadır.

Konuyla ilgili sonuçları bakımından önemli olan bir diğer araştırmada, Japonya’daki bir hastanenin psikosomatik kliniğinde ayaktan takip edilen 48 hastanın TAS-20 alt ölçek puanlarının çalışmaya karşılaştırma grubu olarak dahil edilen 33

sağlıklı katılımcıdan elde edilen TAS-20 alt ölçek puanları ile karşılaştırıldığı görülmektedir (Nakao ve ark. 2002). Bu araştırmadaki grupların yaşa göre dağılımları arasında fark olduğu bulgulandığından, grupların TAS-20 alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmasına yaş değişkeni kovaryans olarak girilmiştir. Ortaya çıkan sonuç, psikosomatik grubun sağlıklı gruba kıyasla daha yüksek TAS-20 DTG ve DSDG alt ölçek puan ortalamasına sahip olduğunu göstermiştir ($p<0.001$). Örneklemimizdeki güvenilirlik değerinin yetersiz olması dolayısıyla analizlere dahil etmediğimiz TAS-20 Dışa Dönük Düşünme (TAS-20 DDD) puan ortalamalarının iki gruba göre değişiminin anlamsız oluşu da bulgularımızla uyumluluğu açısından da bahsedilmesi gereken bir diğer noktayı oluşturmaktadır. Örneklem sayısının bizim çalışmamızdakine çok yakın olduğu bu çalışmada, TAS-20 alt ölçeklerinden DTG ve DSDG alt ölçek puanlarına dair elde edilen gruplar arasındaki farkın bizim bulgularımızı destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Öte yandan, çalışmamızda yine *hipotez 1b* bağlamında FSS grubundaki nedensel atıfların diğer iki kontrol gruplarına göre değişip değişmediği Semptom Yorumlama Anketi'nden (SYA) elde edilen alt ölçek puanları açısından kıyaslanmıştır. Sonuçlar, FSS grubunun SYA-Psikolojize alt ölçek puan ortalamalarının SK ve KHK gruplarına kıyasla anlamlı derecede farklılaştığına işaret etmiştir ($F_{(2,141)}=17.65$, $p<0.001$). Ayrıca, üç grubun SYA-Somatize alt ölçek ile SYA-Belirti Sayısı puan ortalamaları arasındaki farka yönelik yapılan analiz sonucunda, her iki değişken açısından da KHK grubunun puan ortalamalarının SK grubundan, FSS grubunun puan ortalamalarının ise yine her iki gruptan anlamlı derecede farklılaştığı ortaya konmuştur (sırasıyla; $F_{(2,142)}=53.65$, $p<0.001$, $F_{(2,141)}=55.99$, $p<0.001$). Ek olarak, her üç grubun SYA alt ölçek puan ortalamaları açısından birbirinden farklılaşmadığı tek alt ölçeğin SYA-Normalize olduğu bulgulanmıştır ($F_{(2,143)}=2.71$, $p>0.05$).

Bu sonuçlara dair literatüre bakıldığında ise oldukça benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu bağlamda, Türkiye'de Güleç'in (2008) yaptığı çalışmanın sonuçları önemlidir. Örneklemi, hali hazırda tedavi arayışında olan 37 ve son 10 yıldır herhangi bir tedavi arayışı olmayan 38 FMS hastasına ek olarak 34 sağlıklı kontrolden oluşan çalışmada, her üç grubun SYA alt ölçeklerinden elde edilen farklı nedensel atıflarına dair puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre, üç grubun

SYA-Normalize alt ölçek puanları açısından anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür ($F_{(3,109)}=14.48$, $p<0.001$). Yapılan post hoc test sonuçları, beklenildiği üzere SYA-Normalize puan ortalamaları en düşük olan grubun tedavi arayışı olan FMS grubundan ve SYA-Normalize puan ortalaması en yüksek olan grubun ise tedavi arayışında olmayan FMS grubundan oluştuğunu göstermiştir (sırasıyla; ort-ss= 8.97-4.15; 14.39-5.04). Bizim çalışmamızdaki FSS grubunun aktif olarak tedavi arayışında bulunan FSS'lilerden oluştuğu düşünüldüğünde bu sonucun çalışmamızdakilerle oldukça paralel seyrettiği görülmektedir. Ayrıca aynı çalışmada, her üç grubun SYA-Somatize puan ortalamaları açısından da anlamlı düzeyde farklılaştığı ortaya konmuştur ($F_{(3, 109)}=14.48$, $p<0.001$). Yapılan post hoc test sonuçları ise bu kez beklenmedik bir şekilde tedavi arayışında bulunmayan FMS hastalarının SYA-Somatize puan ortalamalarının hem tedavi arayışındaki FMS hastalarından hem de sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermiştir (sırasıyla; ort-ss= 14.05-8.75; 10.73-5.18; 6.76-5.37). Ek olarak, bu çalışmanın bizim araştırmamız bulgularıyla uyumlu olmayan tek sonucunun SYA-Psikolojize alt ölçeğinin üç gruba göre değişmediği yönündeki bulgusu olduğu belirtilmelidir ($F_{(3,109)}=2.416$, $p>0.05$).

Araştırmamızda FSS grubunun BDAÖ ile hesaplanan Bedensel Duyumları Abartma (BDA) puan ortalamalarının diğer iki kontrol grubundan yüksek olup olmadığı da test edilmiştir. Sonuçlar, FSS ve KHK gruplarının BDAÖ puan ortalamalarının SK grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğuna işaret etmiştir ($F_{(2,144)}=17.67$, $p<0.001$).

Bu sonuçlarla karşılaştırabileceğimiz sonucun ise literatürde Duddu ve arkadaşları (2003) tarafından ortaya konduğu söylenebilir. SB, Majör Depresif Bozukluk (MDB) ve SK gruplarından 30'ar kişiyle yürütülen çalışmada üç grubun BDAÖ puan ortalamalarının birbirinden anlamlı düzeyde farklılaştığı bulgulanmıştır ($F_{(3,90)}=31.2$, $p<0.05$). Bu farkın hangi ortalamalar arasında olduğunun tespit edilebilmesi için yapılan post hoc testi sonuçları da; MDB grubunun BDAÖ puan ortalamalarının SK grubundan, FSS grubunun BDAÖ puan ortalamalarının da MDB grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir.

Öte yandan, çalışmamızda üç grubun BDE puan ortalamaları açısından farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik analizler de yer almaktadır. Bu amaçla

yürütülen tek yönlü varyans analizi sonuçları, BDE puan ortalamalarının üç gruba göre değiştiğini oraya koymuştur ($F_{(2,145)}=37.51$, $p<0.001$).Yapılan post hoc testi ile de; KHK grubu BDE puan ortalamasının SK grubundan; FSS grubunun BDE puan ortalamasının ise her iki kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlarla kıyaslanabilir bir bulguya sahip araştırmanın yine tedavi arayışı olan ve olmayan FMS hastalarına ek olarak SK katılımcılarının verilerinin karşılaştırıldığı çalışmadan çıktığını görmekteyiz (Güleç ve ark. 2007b). Aktif olarak tedavi arayışında bulunan 37 ve son 10 yıldır herhangi bir tedavi arayışında bulunmayan 38 FMS hastasına ek olarak 41 SK grubu katılımcısıyla yürütülen çalışmada, FMS hastalarında yaygın görülen yoğun TYAD'nı etkileyen psikolojik faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Sonuçlar, her iki FMS grubunun BDE puan ortalamalarının SK grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir ($F_{(3,116)}= 18.60$, $p<0.001$).

Sonuç olarak, bu bölümde şu ana dek aktarılan bulgulardan yola çıkarak, FSS, KHK ve SK gruplarının *hipotez 1b* bağlamında; hastalık ve psikopatoloji soy ve öz geçmişlerine ek olarak TYAD, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları gibi psikolojik değişkenler açısından karşılaştırıldığı çalışmamız sonuçlarının literatür bulgularıyla büyük oranda örtüşme sağladığı söylenebilir. Bu durumun ise, *hipotez 1b*'ye dair sonucun *hipotez 1a*'da FMS ve BBCS'nun FSS olarak ele alınabileceğine yönelik elde edilen sonucu destekleyici niteliğini bir kat daha arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

FSS grubunun TYAD puanı ve SYA-Belirti Sayısı üzerinde Ölçek Puanlarının Yordayıcı Etkisine Dair Çalışmalar. Bu araştırmanın ikinci amacı, FSS'lerin hastaların hem kendilerine hem de sağlık sistemine yaşattıkları zorlukların merkezinde yer alan ve hastalıklarının prognozu açısından da son derece önemli olduğu düşünülen TYAD'nın ve literatürün bunun en güçlü yordayıcısı olduğunu belirttiği belirti sayısının incelenmesine yöneliktir. Bu bağlamda, çalışmanın ikinci amacının, TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçekleri, BDAÖ ve BDE toplam puanları gibi psikolojik değişkenlerin SYA-Belirti Sayısı üzerindeki (*hipotez 2a*) ve

TYAD puanı üzerindeki (*hipotez 2b*) yordayıcı etkilerinin belirlenmesi şeklinde ikiye ayrıldığı hatırlatılmalıdır.

Bu doğrultuda, aşağıda, TYAD'nın en güçlü ve doğrudan yordayıcısı olduğunun düşünülmesi (Kolk ve ark. 2004; Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006) sebebiyle öncelikli olarak Belirti Sayısı üzerindeki yordayıcı etkilere ardından da TYAD üzerindeki yordayıcı etkilere dair literatür bulgularının tartışılmasına yer verilecektir.

Çalışmamızda, birbiri ile korelasyon göstermeyen değişkenlerin birbiri üzerindeki yordayıcı etkisine bakılamayacağı prensibinden hareketle ilk olarak SYA-Belirti Sayısı ile diğer bütün değişkenler arasındaki korelasyona bakılmıştır. Sonuçlar, SYA-Belirti Sayısı'nın TYAD puanı hariç analize dahil edilen diğer bütün ölçek puanları ile anlamlı korelasyon gösterdiğine işaret etmiştir. Bu bulgudan hareketle ise daha sonra SYA-Belirti Sayısının yordanan olarak TYAD puanı hariç diğer bütün değişkenlerin ise yordayıcı olarak analize dahil edildiği Adımsal Doğrusal Çoklu Regresyon Analizi yürütülmüştür. Ortaya çıkan sonuç; tüm bu değişkenlerden yalnızca SYA-Psikolojize ve TAS-20 DTG alt ölçeklerinin SYA-Belirti Sayısı'ndaki değişimin %53.5'luk kısmını açıkladığına işaret etmiştir. Bu noktada, SYA-Belirti Sayısı üzerindeki değişimin %42.2'sini açıkladığı görülen SYA-Psikolojize'nin yordayıcı etkisinin altı çizilmelidir. Çalışmamızda, FSS'lu hastaların bedensel duyularına yönelik en fazla kullandığı nedensel atfın "Psikolojize" olarak bulgulanması (bkzn. Tablo 15) sebebiyle bu aslında beklendik bir sonuçtur.

Konu ile ilgili literatüre baktığımızda ise, FSS'lu hastaların "Somatize" atfını daha fazla kullandıklarını belirtenlerin yanında (Cornally ve McCarthy, 2011; Kolk ve ark. 2002); "Psikolojize" (Duman ve ark. 2004; Gagliese ve Melzack, 1997) ve "Normalize" (Davis ve ark. 2002; Güleç, 2008) atıflarını daha fazla kullandıklarını belirten yayınlara da rastlamamız mümkündür. Bu sonuçlar, araştırmamızda SY'ya yönelik bulguların, çelişen bulguları barındıran literatürle kısmi bir uyum sağladığını düşündürse de; teorik açıdan bakıldığında FSS'lu hastaların semptomlarına yönelik anormal durumlara atıflarda (Psikolojize-Somatize) bulunmalarının semptomlarının sıklık, şiddet ve sayısı gibi özelliklerini etkileyeceği daha beklendik olandır (Duman ve ark. 2004). Bu durum ise, FSS'lu hastaların Robbins ve Kirmayer'in (1991) öne

sürdüğü “psikosomatik şema”ya sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir. “Psikosomatik şema” kavramı ile anlatılmak istenen, FSS’lu hastaların daha önceki psikolojik ve bedensel rahatsızlıklarından yaptıkları çıkarımla duygularını bedensel belirtilerle ilişkilendirdikleridir. Buna göre, “psikosomatik şema”ya sahip bireylerin atıflarının yalnızca psikolojik ya da yalnızca bedensel atıflar olarak ayrılmasının mümkün olmadığı ve bu hastalarda görülen atıfların her iki alana yayıldığı belirtilmektedir. Ayrıca pek çok araştırmacı tarafından da bahsedildiği üzere, literatürde FSS’lu hastaların “Somatize” atıflarının yoğunluğuna işaret eden bulgular toplumda ruhsal ya da psikolojik olana kıyasla bedensel olanın daha meşru kabul edilmesi (Ünal, 2002) sebebiyle içerisinde kişilerin ifade etmekten geri durdukları “Psikolojize” atfını da barındırıyor olabilir. Konuyla ilgili literatür bulgularına bu türden bir yaklaşımın “Psikolojize” atfının FSS’lu hastaların belirti sayısı açısından önemini gözler önüne seren çalışmamız sonuçlarının önemini arttırdığı söylenebilir.

Öte yandan, literatürde “Psikolojize” atfının FSS’lu hastaların belirti sayısı, şiddeti ve sıklığı gibi semptomatolojik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisini ortaya koymayı amaçlayan görece çok daha az çalışmanın olduğundan da bahsedilmelidir. Bunlardan, Hilbert ve arkadaşlarının (2010) 127 tıbben açıklanamayan belirtili hastanın hastalık atıflarının ve davranışlarının araştırıldığı çalışmanın sonucu oldukça önemlidir (Hilbert, Martin, Zech, Rauh ve Rief, 2010). Araştırmada, yürütülen Hiyerarşik Doğrusal Çoklu Regresyon Analizi sonuçları SYA’ndan elde edilen “Somatize” ve “Psikolojize” atıflarının bu hastaların semptom şiddetlerinin önemli bir yordayıcısı olduğuna işaret etmiştir ($p<0.05$; orta ve yüksek etki boyutu). Bu noktada, elde edilen bu sonucun, yukarıda ifade edilen “psikosomatik şema” kavramının bu hastalarda görülen “Psikolojize” ve “Somatize” atıflarının birbirinden ayrılmadığı ve birbirine paralel seyrettiği yönündeki temel önermesini desteklediğinin de altı çizilmelidir.

Ek olarak, konuyla ilgili çalışmamızdan elde edilen bulguları destekleyen bir başka çalışmada (Duman ve ark. 2004) ise; SYA-Psikolojize alt ölçeğinden elde edilen puanın yine araştırmamızdakiyle benzer bir şekilde SYA-Belirti Sayısı ile anlamlı korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur (sırasıyla; $r=.349$, $p<0.001$; $r=.650$, $p<0.001$). Görüldüğü üzere “Psikolojize” atfının FSS’lu hastaların belirti sayısı,

şiddeti ve sıklığı gibi semptomatolojik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisine dair çalışmalar oldukça kısıtlıdır.

Ayrıca, çalışmamızda yapılan analizler sonucu SYA-Belirti Sayısını yordadıklarını bulguladığımız SYA-Psikolojize ve TAS-20 DTG alt ölçek puanları ilişkisine dair görece daha fazla sayıda yayın göze çarpmaktadır. Bunlardan oldukça net bulgular ortaya koyanlardan biri Wise ve Mann (1995) tarafından yapılmıştır. Buna göre, açıklanamayan bedensel belirtiler ortaya koyan 51 erkek 49 kadın hastanın 26 soruluk TAS (TAS-26) ile ölçülen “Duyguları Tanımada Zorluk” ve “Duyguları İfade Etmede Zorluk” alt ölçek puanlarının SYA ile ölçülen “Psikolojize” puanını yordadığı ortaya konmuştur. Öte yandan, ayaktan takip edilen 100 psikiyatri hastası üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise; katılımcıların sosyodemografik değişkenleri, tıbbi hastalık öyküsü ve depresif belirti sayısı kontrol edildiğinde dahi bu kez SYA-Psikolojize alt ölçek puanlarının TAS-20 ile ölçülen genel Aleksitimi düzeylerinin önemli bir yordayıcısı olduğu sonucuna varılmıştır (Kirmayer ve Robbins, 1993). Söz konusu değişkenlerin yüksek ilişki düzeyine dair elde edilen bu sonuçların, araştırmamızda SYA-Belirti Sayısı üzerindeki yordayıcı etkisinin tespiti amacıyla analize dahil edilen değişkenler içerisinde neden sadece bu iki değişkenin yordayıcı etkide bulunduğu dair dolaylı bir cevabı da içerdiği söylenebilir.

Bunlarla birlikte yukarıda da bahsedildiği üzere, SYA-Belirti Sayısını SYA-Psikolojize ile birlikte yordadığı tespit edilen TAS-20 DTG alt ölçeğinin SYA-Belirti Sayısı üzerindeki yordayıcı etkisinin daha fazla literatür bilgisi ile desteklendiği de belirtilmelidir. Sözgelimi, Deary ve arkadaşları (1997), 244 FSS’lu hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinden elde edilen anksiyete düzeyi ile TAS-20 DTG alt ölçek puanlarının bir arada bu hastalardaki SYA-Belirti Sayısının %29.8’ini açıkladığını ortaya koymuşlardır (Deary, Scott ve Wilson, 1997). Bu çalışmada, katılımcıların anksiyete düzeyleri ele alınmamış olsa dahi SYA-Belirti Sayısı üzerinde alekstiminin bizim çalışmamızda olduğu gibi sadece DTG alt boyutunun yordayıcı etkisinin bulunmasının, araştırmamız sonuçlarını desteklemesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Öte yandan, bir başka çalışmada ise, birincil sağlık hizmetine başvuran 318 FSS’lu hastanın TAS-20’den elde edilen toplam ve alt ölçek puanlarının Belirti

Sayısı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuçlar, bizim çalışmamızda da gösterildiği gibi sadece TAS-20 DTG alt ölçek puanının Belirti Sayısı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğuna işaret etmiştir (De Gucht, Fischler ve Heiser, 2004b). Bu çalışmalara ek olarak, literatürdeki pek çok araştırmacının da aleksitiminin Belirti Sayısı üzerindeki etkisini gösteren benzer bulgular ortaya koyduğu görülmektedir (Cooper ve Halmstrom, 1984; De Gucht, Fischler ve Heiser, 2004a; Sayar ve ark. 2003a; Taylor ve ark. 1992; Tooyserkani ve ark. 2011; Wearden, Lamberton, Crook ve Walsh, 2005).

Ancak, görece çok daha az sayıdaki çalışmada ise aleksitiminin Belirti Sayısı üzerinde herhangi bir etkisi olmadığının bulgulandığından da bahsedilmelidir (Kooiman ve ark. 2000; Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001). Sözgelimi, toplum örnekleminde elde edilen 137 katılımcı ile yürütülen çalışmada, anksiyete ve depresyon puanları kontrol edildiğinde aleksitiminin tüm boyutları ile Belirti sayısı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır (Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001). Öte yandan, bu çalışmanın TAS-20 DTG alt ölçeğinin Belirti Sayısının önemli bir yordayıcısı olduğu yönündeki bulgumuzu desteklemeyen az sayıdaki çalışmadan biri olmasının birkaç sebebinin olabileceği düşünülmektedir. Bunlar içerisinde ise bu çalışmanın bizim çalışmamızdan farklı olarak klinik olmayan toplum örnekleminde gerçekleştirilmiş olmasının altı çizilmelidir. Bununla birlikte, bu çalışmada depresyon ve anksiyete'nin kontrol edilmesinin aleksitimi üzerinde karıştırıcı bir etkiye bulunabileceğini de öne sürebiliriz. Çünkü pek çok araştırmacı aleksitimi ile depresyonun yüksek birlikteliğine vurgu yapmakta (örn. Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, Viinamaki, 2000) ve yine pek çok araştırmacı da (örn. Parker, Bagby ve Taylor, 1991) Beck Depresyon Envanteri ile TAS-20'nin zayıf ayırıcı geçerliğe sahip olduğunu bildirmektedir. Bu açılarından bakıldığında, Lundh ve Simonsson-Sarnecki'nin (2001) hem literatürle hem de araştırmamız bulgularıyla aksi yönde sonuç veren araştırmasının çalışmamız sonuçlarıyla kıyaslanabilmesini kolaylaştırdığı söylenebilir.

Özetle, çalışmamızda *hipotez 2a* bağlamında ortaya konan SYA-Psikolojize ve TAS-20 DTG alt ölçek puanlarının FSS'lu hastaların SYA-Belirti Sayısının %53.5'ini açıkladığı yönündeki sonucun, literatürün geneliyle büyük oranda örtüşme sağladığı görülmektedir. Bu doğrultuda, aşağıdaki bölümlerde de; FSS'lu hastaların

belirti sayısı, şiddeti ve sıklığı gibi semptomatolojik özellikleri tarafından doğrudan yordandığı öne sürülen (Kolk ve ark. 2004; Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006) TYAD üzerindeki yordayıcı etkilere dair çalışmamız bulgularının literatür ışığında tartışılmasına yer verilecektir.

Hatırlatmak gerekirse, çalışmamızda *hipotez 2b* bağlamında FSS'lu hastaların TAS-20 toplam ve alt ölçek, SYA alt ölçek ve BDE ile BDAÖ'nün toplam puanlarının TYAD'ları üzerindeki yordayıcı etkisi test edilmek istenmiş; ancak söz konusu değişkenlerden hiçbirinin araştırmacı tarafından hesaplanan TYAD puanı ile anlamlı korelasyon göstermemesi sebebiyle bu etkiye dair analizlere geçilememiştir. Bu noktada vurgulanması gereken bir diğer noktayı da, araştırmacı tarafından hesaplanan TYAD puanının Rickwood ve arkadaşlarının (2005) görüşleri doğrultusunda; ayaktan doktor vizitlerini, hastaneye yatışları ve acil servis başvurularını kapsayacak şekilde, FSS'lu hastaların şikayetlerinin en başından bu yana bu türden kaç farklı başvurusu olduğunun şikayetlerinin başlangıcından bu yana geçen süreye (yıl olarak) bölünmesiyle elde edildiği oluşturmaktadır. Nitekim, literatürde de TYAD puanının benzer şekilde; Barsky ve arkadaşları (2005) tarafından FSS'lu hastaların son 12 aydaki doktor vizitleri üzerinden; Hilbert ve arkadaşları (2010) tarafından FSS'lu hastaların son 6 aydaki doktor vizitleri üzerinden yıl başına ya da yarı yıl başına düşen doktor başvuru sayısı üzerinden değerlendirildiği görülmektedir. Ancak bu noktada her iki çalışmanın da TYAD puanının hesaplanmasında bizim çalışmamızdan farklı bir yol izleyerek bu hastaların bir doktora yaptıkları tekrarlı kontrol başvurularını da sözkonusu puanın hesaplanmasına dahil ettikleri görülmektedir. Araştırmamızla konuyla ilgili temel teşkil eden bu iki çalışma arasında görülen TYAD puanının hesaplanmasına dair farklılığın sözkonusu değişken açısından literatürle çalışmamız arasındaki farklılığı yansıttığı söylenebilir. Çünkü literatürde yukarıda ifade edilen yol ile TYAD'na dair herhangi bir puan elde etmek isteyen çalışmaların bizim tespit edebildiğimiz kadarıyla tamamında bu hastaların bir doktora yaptıkları kontrol başvurularını da dahil edecek şekilde bir hesaplamada bulundukları dikkati çekmektedir. TYAD puanının hesaplanması açısından araştırmamızla literatür arasında görülen bu farklılığın sebeplerine ve yaratacağı sonuçlarına dair tartışmalara konuyla ilgili literatür bulgularının özetlenmesinden sonra ayrıntılı olarak yer verilecektir.

Bu bölümde araştırmamız bulgularıyla karşılaştırmalı bir şekilde verilecek olan araştırmaların seçiminde, *hipotez 2a* bağlamındaki analizler sonucunda FSS’lu hastaların Belirti Sayıları üzerinde yordayıcı etkiye sahip olduğu tespit edilen SYA-Psikolojize ve TAS-20 DTG alt ölçeklerinin ya da bu ölçeklerin yakın ilişki içinde olduğu aynı ölçeğe ait diğer alt boyutların TYAD üzerindeki yordayıcı etkilerine bakılmasının kriter alındığı belirtilmelidir. Bu kriterin belirlenmesinin altında ise; literatürden elde edilen bilgiler ışığında (Kolk ve ark. 2004; Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006) FSS’lu hastaların Belirti Sayısının TYAD’larının en önemli ve doğrudan yordayıcısı olduğunu düşünmemiz yatmaktadır.

Bu noktada, bahsedilmesi gereken çalışmalardan ilki Hilbert ve arkadaşları (2010) tarafından birincil sağlık hizmetine başvuran tıbben açıklanamayan belirtili 127 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu hastaların TYAD puanlarının son 6 ayda gerçekleştirdikleri doktor viziti sayısı ile elde edildiği çalışmada, anksiyete, baş etme ve “Psikolojize” atfının TYAD puanları üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Buna göre, tıbben açıklanamayan belirtili bu hastaların anksiyete puanları kontrol edildiğinde TYAD üzerinde “Psikolojize” atfının herhangi bir yordayıcılık değerinin olmadığı bulgulanmıştır. Bu sonucun, araştırmamızdan elde edilen sonuca paralel olduğu söylenebilir.

TYAD üzerindeki yordayıcılara dair araştırmamız bulgularını kıyaslayabileceğimiz bir diğer çalışma ise; yine birincil sağlık hizmetine tıbben açıklanamayan belirtilerle başvuran 233 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir (Rief ve ark. 2004). Yukarıda bahsedilen çalışmadan farklı olarak bu çalışmada, katılımcıların TYAD puanlarının Hastalık Davranışı Değerlendirme Ölçeği’nin (Scale for the Assessment of Illness Behavior-SAIB) bir alt boyutu olarak ele alındığı dikkati çekmektedir. Hastaların; depresyon, anksiyete, SYA ölçeği ile elde edilen nedensel atıflarının TYAD üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmada, sonuçlar; TYAD’nı da içine alan “Hastalık Davranışı” puanının sadece SYA-Somatize alt ölçek puanı tarafından yordandığına işaret etmiştir. Ancak, bu bulgunun araştırmamız sonuçlarıyla uyumlu olmadığı dikkati çekmektedir.

Nedensel atıfların TYAD üzerindeki yordayıcı etkisine dair literatür bulgularının ardından *hipotez 2a*’da SYA-Belirti Sayısı üzerindeki yordayıcı etkisi tespit edilen bir diğer değişken olan Aleksitimi puanlarının TYAD üzerindeki

yordayıcı etkisine dair araştırma sonuçlarından da bahsedilmelidir. Bu doğrultuda; birincil sağlık hizmetine başvuran tıbben açıklanamayan belirtili 169 ve tıbben açıklanabilir belirtileri olan 152 katılımcı ile yürütülen çalışma oldukça önemlidir. Hastaların TYAD puanlarının son iki yılda başvurdıkları doktor ve acil servis sayısı üzerinden değerlendirildiği çalışmanın sonuçları, TAS-20 ile ölçülen aleksitiminin hiçbir alt boyutunun TYAD ile ilişkili olmadığını göstermiştir (Kooiman ve ark. 2000). Bu sonucun, bu çalışmayla benzer şekilde TAS-20'nin hiçbir alt ölçek puanının TYAD ile ilişkili olmadığını ortaya koyan araştırmamız bulgularını destekleyici nitelikte olduğu söylenebilir.

Öte yandan, alekstiminin TYAD üzerindeki yordayıcı etkisine yönelik 68 FMS tanılı hasta ile yürütülen çalışmanın sonuçları da dikkate değerdir. FMS'lu hastaların TYAD'larının "Hastalık Davranışı Ölçeği"nin (Illness Behaviour Questionnaire-IBQ) hipokondriyazis alt boyutu ile değerlendirildiği çalışmada; bir önceki çalışmanın aksine TAS-20 ile ölçülen alekstim puanının TYAD'nı da içine alan hipokondriyazis puanını anlamlı derecede yordadığı ortaya konmuştur (Huber ve ark. 2009). Ancak bu çalışmada, bizim araştırmamızda ve konuyla ilgili yukarıda bahsedilen araştırmalarda olduğu gibi TYAD puanının doğrudan hesaplanmamasının sonuçların bizim araştırmamız açısından genellenbilirliğini azalttığı belirtilmelidir.

Özetle, konuyla ilgili literatür sonuçlarının birbiriyle çelişen bulgulardan oluştuğu söylenebilir. Bu noktada, araştırmamızın başındaki beklentimizin *hipotez 2a* bağlamında SYA-Belirti Sayısı üzerinde yordayıcı etkide bulunan değişkenlerin *hipotez 2b*'de de benzer bir patern izleyerek TYAD puanlarını yordayacağı yönünde olduğu ifade edilmelidir. Bu bağlamda, her ne kadar *hipotez 2a*'da SYA-Belirti Sayısı üzerinde yordayıcı etkide bulunan değişkenlerin *hipotez 2b*'de TYAD puanı üzerinde yordayıcı etkide bulunmadığına dair bulgumuzun literatürün bir kısmı tarafından desteklendiği görülse de, araştırmamızdan elde edilen bu sonucun neden beklentimiz doğrultusunda gerçekleşmediği tartışılmalıdır.

Bu doğrultuda, ilk olarak *hipotez 2b*'de yer alan en temel ölçüm olan TYAD puanının hesaplanma şeklinden bahsedebiliriz. Araştırmamızda TYAD puanı FSS'lu hastaların şikayetlerinin en başından bu yana başvurdıkları farklı doktor/tedavi sayısının bu hastaların şikayetlerinin sürdüğü yıl sayısına bölünmesiyle elde edilerek bir nevi yıl başına düşen farklı doktor/tedavi sayısı olarak ele alınmıştır. Literatüre

baktığımızda da bu çalışmaların genelinde TYAD puanının hesaplanması için herhangi bir ölçüm aracı kullanılmadığı ve bu puanın FSS'lu hastaların son bir yılda ya da son 6 ayda başvurdıkları toplam doktor sayısı üzerinden hesaplandığı görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmalarda herhangi bir FSS'lu hastanın bir doktora yaptığı tekrarlı kontrol başvuruları da farklı doktor başvurusu olarak ele alınmakta ve TYAD puanı olarak çok daha yüksek miktardaki başvuru sayısı analize dahil edilmektedir. Bu durum, araştırmamızla konuyla ilgili literatür araştırmalarını birbirinden ayıran en temel nokta olarak göze çarpmaktadır.

Araştırmamızda literatürden farklılaşan böyle bir yol izlenmesinin birkaç sebebi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi ve en önemlisi, literatürün genelindeki gibi kontrol başvurularının da dahil edildiği durumda, gerçekleşen kontrol/izlem başvurularının daha çok doktorların inisiyatifinde gerçekleşmiş olmasıdır. Oysa bizim bu hastaların TYAD puanını hesaplamamızdaki temel amacımız, onların aleksitimik kişilik özelliklerine ek olarak semptom yorumlama ve bedensel duyuları abartma şeklindeki bilişsel tarzları sebebiyle kendi niyetleriyle gerçekleştirdikleri tıbbi tedavi başvuru sayılarını değerlendirmeye almaktır. Bu açıdan bakıldığında, TYAD puanını hesaplamak adına başvurduğumuz ölçüm tarzının amacı daha fazla anlam kazanmaktadır. Ancak bu ölçümün objektif değil, öz bildirime dayalı bir ölçüm olmasının bu sonuçlar üzerindeki etkisi yine de göz ardı edilmemelidir.

Öte yandan, bu hastaların TYAD puanlarını farklı doktor/televi sayısı üzerinden ele almamızın bir başka nedeni ise, farklı doktor/televi başvuru sayısının aynı doktorlara yapılan tekrarlı kontrol başvurularına oranla hastalar tarafından daha kolay hatırlanabilir olmasıdır. Çalışmamızda bu sayede öz bildirime dayalı yanlılığın bir nebze de olsa azaltılması hedeflenmiştir. Hem araştırmamızda hem de konuyla ilgili literatürdeki araştırmaların genelinde TYAD sayısının geriye dönük olarak sorgulandığı ve bu hastalarda en sık görülen semptomlardan birinin de hafıza, hatırlama problemlerini de içeren zihinsel kapasiteye yönelik olduğu düşünüldüğünde (Park, Glass, Minear ve Crofford, 2001) ise TYAD puanına yönelik araştırmamızda kullanılan ölçümün işlevselliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Bu noktada araştırmamızda kullanılan TYAD puanı ölçümüne yönelik yapılabilecek eleştirilerden biri, bu puanın hesaplanmasında şikayetlerin en başından

bu yana olan TYAD sayısının baz alınması olabilir. Eğer bu çalışmadaki TYAD puanı literatürün genelindeki gibi son bir yılda ya da son altı ayda başvuru TYAD sayısını baz alıyor olsa idi, hastaların araştırmaya dahil edildiği güncel haline yönelik daha tutarlı bilgiler elde edilmiş olabilirdi. Tüm bu noktalar bir arada ele alındığında ise TYAD puanının hesaplanmasındaki en ideal yöntemin, bazı araştırmalarda yapıldığı gibi (örn. Green ve Pope, 1999) bu puanın hastaların resmi Sağlık Kayıtlarındaki başvuru sayıları ile elde edilmesi olduğu düşünülmektedir.

Sonuç. Bu bölümde araştırmamızın bulguları genel olarak gözden geçirildiğinde elde edilen sonuçların özetlenmesinin yanında araştırmanın önemine, sınırlılıklarına ve ardından daha sonra yapılacak çalışmalara dair önerilere yer verilecektir.

Araştırmamızda çıkan en temel sonuç FMS ve BBCS gibi iki farklı klinik görüngünün psikolojik özellikleri açısından FSS ortak başlığı altında değerlendirilebileceğine yöneliktir. Bu bağlamda, bu araştırmanın hem FMS ve BBCS’nu birbiriyle karşılaştırmalı olarak ele alması hem de bu iki klinik görüngüyü bir arada ele aldığı FSS grubunun özellikle de tıbben açıklanabilir kronik hastalıklı grup ve aynı zamanda sağlıklı bir grup ile karşılaştırılması açısından önemli bir ilki gerçekleştirdiği söylenebilir.

Duruma FSS kavramının getireceği fayda üzerinden yaklaşıldığında ise; bu çalışmanın hem tıbbi göstergelere ve psikolojik özelliklere hem de FMS gibi tıbbi kökenli tanımlar ile Somatoform Bozukluklar gibi psikolojik kökenli tanımları birleştirmeye yaptığı vurgu ile Tıp-Psikoloji (Psikiyatri) düalizmini ortadan kaldırmaya aday olduğu görülmektedir. Nitekim, 2013 yılı içerisinde yayınlanan DSM 5’te de (APA, 2013) daha önce farklı tanı sistemlerinde FMS, Huzursuz Barsak Sendromu, Kronik Yorgunluk Sendromu ve Somatoform Bozukluklar olarak ifade edilen tanımların aynı ekseninde değerlendirilmesi bu yöndeki çabalarımızın aslında ne derece güncel bir yaklaşımı yansıttığına kanıt oluşturmaktadır. Ayrıca, ilk olarak tıbbi ortamlara başvurduğu bilinen bu hasta grubunun FSS ortak dili ve yaklaşımıyla ele alınmasının tıbbi tedavi programlarına psikolojik değerlendirme ve müdahalenin dahil edilmesinin de önünü açabileceğinin altı çizilmelidir.

Çalışmamızdan elde edilen bir diğer sonuç ise FMS ve BBCS’nin bir arada ele alındığı FSS grubunun Belirti Sayısı ve TYAD üzerindeki psikolojik

yordayıcıların belirlenmesine yöneliktir. Bu doğrultuda, FSS grubundaki Psikolojize nedensel atfının ve Aleksitiminin Duyguları Tanımada Güçlük boyutunun bu hastaların Belirti Sayıları üzerinde önemli derecede yordayıcı etkisinin olduğu bulgulanırken, araştırmaya dahil edilen hiçbir değişkenin ise bu hastaların TYAD üzerinde yordayıcı etkisinin olmadığı bulgulanmıştır. FSS'lu hastaların TYAD'larının en önemli ve doğrudan yordayıcısı olduğu belirtilen (Kolk ve ark. 2004; Lumley ve ark. 2007; Özkorumak ve ark. 2006) Belirti Sayısının yordayıcılarına yönelik sonucun TYAD açısından görülmemesinin daha önce bahsedildiği üzere TYAD puanının hesaplanmasındaki problemlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yukarıda bahsedilen sonuçlardan Belirti Sayısı'na yönelik olanın özellikle ülkemizde daha sonra yapılacak araştırmalarla desteklenmesi, FSS'lu hastaların çok geniş bir spektrumda seyreden belirtileri üzerinde ne gibi psikolojik faktörlerin etkili olabileceğini daha iyi anlamamızı sağlayarak bu hastalar için yürütülecek olan araştırma ve tedavi programlarına yön verebilecektir. Bu sonuçtan TYAD'na yönelik olanın ise, bizim tespit edebildiğimiz kadarıyla daha önce konuyla ilgili ülkemizde yalnızca bir çalışma yapılması sebebiyle, bu hastaların TYAD örüntüsünün ele alınmasına yönelik çalışmalara öncülük edebilmesi açısından önemli görüldüğü söylenebilir.

Öte yandan, araştırmamızın sınırlılıklarından bahsetmeden önce bir takım güçlü yanlarından bahsetmek yerinde olacaktır. Bu bağlamda öne çıkanlarından ilki, araştırmamıza FSS grubu olarak dahil edilen tüm katılımcıların araştırma bataryasının uygulanmasından önce araştırmacı tarafından psikolojik değerlendirme sürecinden geçmiş olmalarıdır. Bu durumun ise; asıl şikayeti FMS ve BBSCS olmayan, psikolojik açıdan acil yardım gerektiren başka bir psikopatolojisi olan ve formlarda yöneltilen soruları anlama, cevaplama konusunda ciddi düzeyde sıkıntı yaşayabileceğine kanaat getirilen katılımcıların araştırma sürecinden elenmesinde önemli bir avantaj sağladığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda bahsedilecek bir diğer önemli özellik ise; FSS grubunun Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı doktorlar tarafından FSS tanımında da ifade edildiği gibi tıbbi göstergelerin hastanın durumunu tam olarak açıklayamadığına veya psikolojik bileşenin vakanın şikayetlerinin şekillenmesinde belirleyici olduğuna

kanaat getirilen vakalar arasından belirlenmiş olmasıdır. Bu durumun ise, araştırma grubunun FSS klinik görüngüsünün özelliklerini iyi yansıtan homojen bir gruptan oluşması açısından önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmanın güçlü yanları arasında öne çıkanlardan bir diğeri de; araştırmamızda, hem FMS ve BBCS gruplarının ayrı ayrı ele alınarak birbiriyle karşılaştırıldığı durumda hem de bu iki klinik görüngünün FSS olarak ele alındığı durumda bu gruplardan elde edilen verilerin karşılaştırılabileceği iki farklı kontrol grubunun (SK ve KHK) bulunmasıdır. Bu noktada, tıbbi göstergelerin tabloyu açıklamakta yetersiz kaldığı FMS ve BBCS gruplarıyla kontrol grupları arasında yapılacak olan karşılaştırmalarda, kontrol gruplarından birinin tıbbi göstergelerle net olarak açıklanabilen kronik hastalıklı katılımcılardan oluşturulmasının incelenen değişkenlere özelleşmiş sonuçlar doğurduğu düşünülmektedir. Öte yandan, SK grubundaki katılımcıların FSS grubundaki katılımcılar ile psikolojik değişkenler açısından karıştırıcı etkide bulunabileceği düşünülen yaş ve eğitim açısından bire bir eşlenmesinin de, SK ve FSS gruplarının karşılaştırılmasından elde edilen sonuçların kalitesini arttırdığı dolayısıyla bu iki grup arasındaki karşılaştırmaların da temsil ediciliğinin yüksek olduğunun altı çizilmelidir. İleride yapılacak çalışmalarda ise bu kontrol gruplarına; FMS ve BBCS gibi klinik görüngülerde en temel semptomun ağrı olması sebebiyle yine temel semptomun ağrı olduğu; fakat bu kez tıbbi açıklanabilirliği net olan sözgelimi bel fıtığı gibi vakalardan oluşan bir grubun eklenmesinin incelenen değişkenlere yönelik daha da özel sonuçlar elde edilmesini sağlayabileceği vurgulanmalıdır.

Ek olarak, tartışma bölümünün geneline yayılmış bir şekilde daha önce farklı bölümlerde bahsedilen araştırmanın sınırlılıklarına dair de bir özet yapılmalıdır. Bu doğrultuda bahsedilmesi gereken ilk özellik araştırmamızda kullanılan TYAD puanının hesaplanmasına yöneliktir. Bilindiği üzere bu çalışmada, TYAD puanı FSS'lu hastaların şikayetlerinin en başından bu yana başvurdıkları farklı doktor/tedavi sayılarının bu hastaların şikayetlerinin en başından bu yana geçen süreye bölünmesiyle elde edilmiş ve bu bilginin elde edilmesinde hastaların beyanları temel alınmıştır. Literatürdeki araştırmaların da TYAD puanlarını hastaların beyanlarına dayanarak son bir yıl ya da son altı ayda başvurdıkları doktor sayısı üzerinden ele aldıkları; fakat bunu yaparken farklı doktor/tedavi sayısını değil

bu hastaların bir doktora yapılan tekrarlı kontrol başvurularını da kapsayacak şekilde kaç kez doktora gittiklerini hesaba kattıkları görülmektedir. *Hipotez 2b*'ye yönelik bulguların tartışıldığı bölümde ayrıntılı olarak aktarıldığı üzere TYAD puanının FSS'lu hastaların tekrarlı kontrol başvurularını kapsayacak şekilde hesaplanması araştırmamız amaçları açısından uygun görülmemiştir. Ancak, bu doğrultuda, literatürdeki bazı çalışmaların da uyguladığı gibi (örn. Green ve Pope, 1999) FSS'lu hastaların TYAD puanlarının hesaplanmasındaki en ideal yöntemin, söz konusu puanın bu hastaların resmi Sağlık Kayıtları üzerinden elde edilen farklı doktor/tedavi başvuru sayısı üzerinden hesaplanması olduğu düşünülmektedir. Bu yolla, hem FSS'lu hastaların beyanlarından kaynaklanan yanlışlıkların önüne geçilebilecek hem de bu başvuruların yıllar içerisindeki dağılımına yönelik en doğru bilgiye ulaşılabilecektir. Bu başvuruların yıllar içerisindeki dağılımına ulaşılmasının avantaj sağlayabileceği nokta, ilgili hastanın şikayetlerinin yoğunlaştığı ya da kontrol altına alındığı evrelerdeki başvuru sayılarına dair de veriler sunabilecek olmasıdır. Ancak bu bilgiye ulaşılabilmesi için hastanın kapsamlı anamnezinin alınması ve tıbbi kayıtlarının tutulması gerekliliği de ortadadır.

Öte yandan, Güleç'in (2007) araştırmasında yaptığı gibi bu hastaları TYAD'nda bulunan ve bulunmayanlar olarak ikiye ayırmak da bu hastaların TYAD puanlarının değerlendirilmesi açısından alternatif bir yol olabilir. Aynı hastalık grubunda yer alan bu hastaların TYAD değişkeni açısından ikiye ayrılmaları ile her iki grubu birbirinden ayıran en temel noktanın TYAD olması, elde edilecek bilgilerin genellenebilirliğini ve TYAD'ye özgü oluşunu arttırabilecektir.

Bu araştırmada var olduğu düşünülen bir diğer sınırlılığın ise bu hastalardaki psikolojik değişkenlerin ölçüm yöntemine yönelik olduğu belirtilmelidir. Yöntem kısmında bahsedildiği üzere araştırmaya dahil edilen bütün katılımcıların psikolojik değişkenler açısından değerlendirilmeleri kendini bildirim ölçekleri ile sağlanmıştır. Ancak bu durumun, bu araştırmada FSS olarak ele alınan KAS'larında (Turk ve Swanson, 2008) oldukça sık görülen içgörü eksikliği nedeniyle önemli bir dezavantaj yaratabileceği düşünülmektedir. Konuyla ilgili literatüre baktığımızda da, bu içgörü eksikliğinin özellikle bazı değişkenlerin kendini bildirim ölçeği ile değerlendirilmesi açısından önemli sınırlılık yaratabileceğine işaret ettiği görülmektedir (Kooiman, 1998). Araştırmacıların içgörü eksikliğinin bazı değişkenler açısından ciddi problem

yaratabileceğine dair bu görüşlerini, sözkonusu değişkenlerin doğası gereği kendini bildirim ölçeğiyle ölçülmelerine imkan tanımayan yapılarına dayandırdığı belirtilmelidir (Kirmayer ve ark. 1994; Kooiman, 1998).

Buna; Hiller ve arkadaşlarının 2010 yılında, DSM IV ölçütlerine göre Somatoform Bozukluk tanılı grup ile KAS'lu hastalardan oluşan grubu semptomlarına yönelik nedensel atıflarına göre karşılaştırdığı çalışmada, bu hastaların nedensel atıflarını yarı yapılandırılmış Nedensel Atıf Görüşmesi (The Causal Attributions Interview-CAI) ile değerlendirmesini örnek olarak verebiliriz (Hiller, Cebulla, Korn, Leibbrandt, Röers ve Nilges, 2010). Bu çalışmada araştırmacılar, FSS'lu olarak değerlendirebileceğimiz bu hasta gruplarında nedensel atıflar ölçmeye yönelik hem var olan kendini bildirim ölçeklerinin geçerliliğini sorgulamakta hem de bu değişkenin herhangi bir kendini bildirim ölçeğiyle ölçülmesinin doğru olmayacağını düşünmektedirler. Bu sebeple araştırmalarında Nedensel Atıfları yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile değerlendirmişlerdir.

Ek olarak, FSS'lu hastalardaki iç görü eksikliği sebebiyle ölçülmesinde ciddi problem yaşanabileceği düşünülen temel değişkenlerden bir diğeri ise Aleksitimi'dir (Kirmayer ve ark. 1994). Her ne kadar Aleksitimi konusunda en önemli kuramcılardan olan Sifneos (1991) bu kişilik özelliğini değerlendirmede kullanılan kendini bildirim ölçekleri arasında geçerlilik açısından TAS-20'yi öne çıkarsa da, Kirmayer ve arkadaşları (1994) da kişide yokluğuyla tanımlanan böyle bir kavramın kendini değerlendirme ölçeğiyle değerlendirilmesinin ne derece doğru olacağını sorgulamaktadır. Sözkonusu içgörü eksikliğiyle öne çıkan FSS'lu hastalar olduğunun hesaba katılması ise kişide yokluğuyla tanımlanan alekstiminin kendini bildirim ölçeğiyle ölçülmesinin yaratacağı zorluğun daha net ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Bu bilgiler ışığında, özellikle literatürün kendini bildirim ölçeğiyle ölçülmesi konusunda dikkatli yaklaşılmasına işaret ettiği Nedensel Atıflara ve Aleksitimi'ye yönelik ölçümlere yukarıda bahsedilen eleştiriler doğrultusunda yaklaşılmasının daha doğru olacağını düşünmekteyiz.

Son olarak, bu araştırmadaki bir diğer sınırlılığın, FSS'lu hastaların hastalık yaşantılarının sosyokültürel boyutlarına dair herhangi bir ölçüme yer verilmemesi olduğundan bahsedebiliriz. Literatür, bu hastaların hastalık yaşantıları açısından oldukça önemli gördüğü bu değişkenleri temel olarak; stigmatizasyonun (toplumsal

damgalanma), toplumun hastalık algısının ve hasta-doktor etkileşiminin etkileri bağlamında ele almaktadır (Kirmayer ve Sartorius, 2007; Shin, 2002). Pek çok yazar, FSS tablolarında özellikle hasta-doktor iletişiminin önemine vurgu yapmaktadır (örn., Mayou ve Farmer, 2002). Sözelimi, Asbring ve Narvanen (2002) FMS ve Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS) hastalarıyla niteliksel bir çalışma yürüterek bu hastaların hastalık algılarını stigmatizasyon boyutu açısından ele almışlardır. Çalışma sonucunda, hastaların stigmatizasyon algıları üzerinde en çok etkide bulunan değişkenlerin başında hastaların; doktorların onların semptomlarının gerçekliğini sorguladıklarını ya da semptomlarının psikolojik yönüne vurgu yaptıklarını düşünmelerinin geldiği ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu çalışmada, bu hastaların stigmatizasyon algılarının tıbbi bir tanı olarak gördükleri FMS ve KYS tanımlarını almaları ile büyük oranda azaldığının tespit edilmesi de dikkate değer bir başka noktayı oluşturmaktadır. Bu sonuçlar, FSS’lu hastaların hastalık algıları ve yaşadıkları semptom örüntüsü üzerindeki sosyokültürel öğelerin rolünü ortaya koyar niteliktedir.

Hasta-doktor iletişimde hastaların algıladıklarını yansıtan bu araştırmanın aksine Ring ve arkadaşları (2005) da hasta-doktor iletişimde bu kez doktorların bu türden FSS’lu hastaları nasıl algıladıklarına yönelik bir çalışma ortaya koymuşlardır. Birincil sağlık hizmetine açıklanamayan bedensel yakınmalarla başvuran 422 hastanın muayeneleri esnasında doktorları ile gerçekleştirdikleri konuşmaların niteliksel olarak incelendiği çalışmada, doktorların bu türden hastaları nasıl algıladığına dair çarpıcı sonuçlar ortaya konmuştur. Yapılan değerlendirmede bu hastaların büyük çoğunluğunda psikolojik zorluklar yaşadığına dair açık ipuçları bulunduğu tespit edilmiş; ancak doktorların bu ipuçlarına kayıtsız kalarak sözkonusu hastalara fiziksel hastalık ve müdahaleleri önerdikleri bulgulanmıştır. Dolayısıyla, tıbben açıklanamayan belirtili bu hasta gruplarına yapılan fiziksel müdahalelerin hastaların taleplerinden çok doktorların bu hastalara yönelik algıları sebebiyle ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır. Tüm bu sonuçlar ise, araştırmacı tarafından “Somatizasyon” olarak değerlendirilen bu büyük gruba dair değerlendirmelerin hastaların psikopatolojileri ile ilişkili olmaktan çok “hasta-doktor” iletişimi ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bu noktada, bizim görüşümüz ise FSS’lu hastaların semptom örüntüsünün ne tek başına psikolojik özellikler tarafından ne de tek başına

“hasta-doktor” etkileşimi gibi sosyal faktörler tarafından şekillenebileceğidir. Ancak bu sonucun ortaya koyduğu durumun, FSS’lu grubumuzu oluşturan FMS ve BBCS hastalarının TYAD’larının yanında, özellikle de BBCS hastalarımızın maruz kaldığı, sıklıkla tekrarlayan ancak bir sonuç alınamayan bel ameliyetlerinin anlaşılmasında son derece kritik bir role sahip olabileceğinden bahsedilmelidir. Dolayısıyla, FSS’lu hastaların etiyojisi, semptom örüntüsü ve prognozu açısından psikolojik faktörlerin yanında yukarıda bahsedildiği türden sosyokültürel öğelerin de ele alınmasının daha kapsamlı bir değerlendirmeye imkan tanıyacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada, ele alınan hasta gruplarına yönelik öne sürülen FSS genel anlayışının, bu klinik görüngülerin gerek tıp gerekse psikoloji disiplinlerinde ortak bir dil ve anlayış ile ele alınması açısından son derece önemli bir işleve sahip olduğu vurgulanmış ve tıbbi açıdan iki farklı tanı olarak ele alınan FMS ve BBCS gruplarının FSS olarak değerlendirilebileceğine dair kanıtlar sunulmuştur. Ayrıca, araştırmada FSS’lu bu grupların, sağlık sistemine ve kendilerine yaşattıkları problemler sebebiyle oldukça kritik bir role sahip semptom örüntülerine ve bununla doğrudan bağlantılı olan TYAD’larına yönelik de önemli bulgular ortaya konarak söz konusu grubun hastalık yaşantılarının anlaşılmasına katkı sağlanması hedeflenmiştir. Ortaya koyduğu bu sonuçlar itibarıyla araştırmamızın ülkemizdeki “Fonksiyonel Somatik Sendrom”, “Somatizasyon”, “Kronik Ağrı Sendromu” ve “Tıbben Açıklanamayan Belirti” literatüründe orijinal bir yer teşkil ettiğini söyleyebiliriz. Ancak, yukarıda belirtilen değişkenlerden TYAD puanının sağlık kayıtlarından elde edildiği; aleksitimi gibi kendini bildirim ölçeğiyle ölçülmesinde zorluk yaşanan değişkenlerin klinisyen değerlendirmesine dayanan ölçekler ya da yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri ile değerlendirildiği, kontrol gruplarına incelenen FSS klinik görüngüsünün ana belirtisiyle aynı ya da benzer belirti örüntüsüne sahip tıbben açıklanabilir bir hastalık grubunun da eklendiği ve hem Sharp’ın (2001) “Yenilenmiş Bilişsel Davranışçı Model”inde hem de Melzack’ın (1999) “Nöromatriks Teorisi”nde yer alan motivasyonel ve bilişsel faktörlere etkisi bakımından önemli görülen sosyokültürel öğeleri de ele alan çalışmalara ihtiyaç duyulduğunun altı çizilmelidir.

KAYNAKÇA

- Aaron, L. A., Buchwald, D.: 2001
“A Review Of The Evidence For Overlap Among Unexplained Clinical Conditions”, **Annals Of Internal Medicine**, 134: 9, Part 2, 868-881.
- Ablin, K., Clauw, D. J.: 2009
“From Fibrositis To Functional Somatic Syndromes To A Bell-Shaped Curve Of Pain And Sensory Sensitivity: Evolution Of A Clinical Construct”, **Rheumatic Diseases Clinics Of North America**, 35/2, 233.
- Aggarwal, V. R., Mcbeth, J., Zakrzewska, J. M., Lunt, M., Macfarlane, G. J.: 2006
“The Epidemiology Of Chronic Syndromes That Are Frequently Unexplained: Do They Have Common Associated Factors?”, **International Journal Of Epidemiology**, 35: 2, 468-476.
- Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Salazar, A., Gaminde, I., Sanchez, A.: 2008
“The Diagnostic Challenges Presented By Patients With Medically Unexplained Symptoms In General Practice”, **Scandinavian Journal Of Primary Health Care**, 26, 99-105.
- American Psychiatric Association (APA): 2000
Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders: Dsm-Iv-Tr. American Psychiatric Publishing, Inc..
- Andersson, G. B.: 1999
“Epidemiological Features Of Chronic Low-Back Pain”, **The Lancet**, 354: 9178, 581-585.
- Aronson, K. R., Barrett, L. F., Quigley, K. S.: 2001
“Feeling Your Body Or Feeling Badly: Evidence For The Limited Validity Of The Somatosensory Amplification Scale As An Index Of Somatic Sensitivity”, **Journal Of Psychosomatic Research**, 51: 1, 387-394.

- Åsbring, P., Närvänen, A. L.: 2003 "Ideal Versus Reality: Physicians Perspectives On Patients With Chronic Fatigue Syndrome : Cfs And Fibromyalgia", **Social Science Medicine**, 57: 4, 711-720.
- Asmundson, G. J., Norton, G. R., Allardings, M. D.: 1997 "Fear And Avoidance In Dysfunctional Chronic Back Pain Patients", **Pain**, 69: 3, 231-236.
- Aytar, A.: 2007 "Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Bağlı Kronik Ağrıların Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri", **Yüksek Lisans Tezi**, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J.: 1994 "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale- I. Item Selection An Cross-Validation Of The Factor Structure", **Journal Of Psychosomatic Research**, Vol. 38, No. 1, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Ryan, D. P.: 1986 "The Measurement Of Alexithymia: Psychometric Properties Of The Schalling-Sifneos Personality Scale", **Comprehensive Psychiatry**, 27: 4, 287-294.
- Bagis, A.: 2008 "Fuzzy Rule Base Design Using Tabu Search Algorithm For Nonlinear System Modeling", **Isa Transactions**, 47: 1, 32.
- Barsky, A. J., Borus, J. F.: 1999 "Functional Somatic Syndromes", **Annals Of Internal Medicine**, 130: 11, 910-921.

- Barsky, R. M., Goodson J. D., Lane, R. S., Cleary, P. D.: 1988 “The Amplification Of Somatic Symtoms”, **Psychosomatic Medicine**, 50, 510-519.
- Barsky, A. J., Wyshak, G.: 1990b “Hypochondriasis And Somatosensory Amplification”, **The British Journal Of Psychiatry**, 157: 3, 404-409.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Klerman, G. L.: 1992 “Determinants Of Perceived Health Status Of Medical Outpatients”, **Social Science Medicine**, 34: 10, 1147-1154.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., Cleary, P. D.: 1988 “The Amplification Of Somatic Symptoms”, **Psychosomatic Medicine**, 50: 5, 510-519.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., Bates, D. W.: 2005 “Somatization Increases Medical Utilization And Costs Independent Of Psychiatric And Medical Comorbidity”, **Archives Of General Psychiatry**, 62: 8, 903.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L.: 1990a “The Somatosensory Amplification Scale And Its Relationship To Hypochondriasis”, **Journal Of Psychiatric Research**, 24: 4, 323-334.
- Basler, S. C., Grzesiak, R. C., Dworkin, R. H.: 2002 “Integrating Relational Psychodynamic And Action-Oriented Psychotherapies: Treating Pain And Suffering”, **Psychological Approaches To Pain Management: A Practitioner’s Handbook**, 94-127.

- Bass, C., Peveler, R., House, A.: 2001 "Somatoform Disorders: Severe Psychiatric Illnesses Neglected By Psychiatrists", **The British Journal Of Psychiatry**, 179: 1, 11-14.
- Benzon, H., Rathmell, J. P., Wu, C. L., Turk, D. C., Argoff, C. E.: Eds. : 2008 "**Raj's Practical Management Of Pain**", Mosby.
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., Oster, G.: 2007 "Characteristics And Healthcare Costs Of Patients With Fibromyalgia Syndrome", **International Journal Of Clinical Practice**, 61: 9, 1498-1508.
- Berker, E.: 2002 "Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu", **Bel Ağrısı, Tanı Ve Tedavi**, (Ed.) Özcan, E., Ketenci, A., 1.İnci Baskı, Nobel Kitabevi, İstanbul.
- Boonen, A., Van Den Heuvel, R., Van Tubergen, A., Goossens, M., Severens, J. L., Van Der Heijde, D., Van Der Linden, S.: 2005 "Large Differences In Cost Of İllness And Wellbeing Between Patients With Fibromyalgia, Chronic Low Back Pain, Or Ankylosing Spondylitis", **Annals Of The Rheumatic Diseases**, 64: 3, 396-402.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D.: 2006 "Survey Of Chronic Pain İn Europe: Prevalence, Impact On Daily Life, And Treatment", **European Journal Of Pain**, 10: 4, 287-287.
- Bunge, M.: 2010 "Matter And Mind", **The Philosophy Of Science**, Vol. 287, Springer.

- Charmandari, E., Tsigos, C., Chrousos, G.: 2005 "Endocrinology Of The Stress Response 1", **Annu. Rev. Physiol.**, 67, 259-284.
- Clauw, D. J.: 2007 "Fibromyalgia: Update On Mechanisms And Management", **Jcr: Journal Of Clinical Rheumatology**, 13: 2, 102-109.
- Cornally, N., Mccarthy, G.: 2011 "Help-Seeking Behaviour For The Treatment Of Chronic Pain", **British Journal Of Community Nursing**, 16: 2, 90-98.
- Craig, K. D., Versloot, J.: 2011 "Psychosocial Perspectives On Chronic Pain", **Clinical Pain Management: A Practical Guide**, 24-31.
- Creed, F., Tomenson, B., Guthrie, E., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Read, N., .. Thompson, D. G.: 2008 "The Relationship Between Somatisation And Outcome In Patients With Severe Irritable Bowel Syndrome", **Journal Of Psychosomatic Research**, 64: 6, 613-620.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., Eelen, P.: 1998 "When Somatic Information Threatens, Catastrophic Thinking Enhances Attentional Interference", **Pain**, 75: 2, 187-198.
- Çelik, B., Çağlar, N.: 2007 "Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu: Nedenleri, Tanı Ve Tedavi", **Türk Fiz. Tıp. Rehab. Derg.**, 53, 30-4.

- Çeliker, R.: 2005 "Kronik Ağrı Sendromları", **Türk Fiz. Tıp. Rehab. Derg.**, 51, B14-B18.
- Davis, D. A., Luecken, L. J., Zautra, A. J.: 2005 "Are Reports Of Childhood Abuse Related To The Experience Of Chronic Pain In Adulthood?: A Meta-Analytic Review Of The Literature", **The Clinical Journal Of Pain**, 21: 5, 398-405.
- De Gucht, V., Heiser, W.: 2003 "Alexithymia And Somatisation: A Quantitative Review Of The Literature", **Journal Of Psychosomatic Research**, 54: 5, 425-434.
- De Gucht, V., Fischler, B., Heiser, W.: 2004 "Neuroticism, Alexithymia, Negative Affect, And Positive Affect As Determinants Of Medically Unexplained Symptoms", **Personality And Individual Differences**, 36: 7, 1655-1667.
- De Gucht, V., Fischler, B., Heiser, W.: 2004 "Personality And Affect As Determinants Of Medically Unexplained Symptoms In Primary Care: A Follow-Up Study", **Journal Of Psychosomatic Research**, 56: 3, 279-285.
- De Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., Van Hemert, A. M.: 2004 "Somatoform Disorders In General Practice Prevalence, Functional Impairment And Comorbidity With Anxiety And Depressive Disorders", **The British Journal Of Psychiatry**, 184: 6, 470-476.
- Deary, I. J., Scott, S., Wilson, J. A.: 1997 "Neuroticism, Alexithymia And Medically Unexplained Symptoms", **Personality And Individual Differences**, 22: 4, 551-564.

- Diatchenko, L., Nackley, A. G., Slade, G. D., Fillingim, R. B., Maixner, W.: 2006 “Idiopathic Pain Disorders? Pathways Of Vulnerability”, **Pain**, 123: 3, 226-230.
- Dimsdale, J., Creed, F.: 2009 “On Behalf Of The Dsm-V Workgroup On Somatic Symptom Disorders”, The Proposed Diagnosis Of Somatic Symptom Disorders In Dsm-V To Replace Somatoform Disorders In Dsm-Iv—A Preliminary Report. **J Psychosom Res**, 66, 473-6.
- Dobkin, P. L., De Civita, M., Bernatsky, S., Kang, H., Baron, M.: 2003 “Does Psychological Vulnerability Determine Health-Care Utilization In Fibromyalgia?”, **Rheumatology**, 42: 11, 1324-1331.
- Duddu, V., Isaac, M. K., Chaturvedi, S. K.: 2003 “Alexithymia In Somatoform And Depressive Disorders”, **Journal Of Psychosomatic Research**, 54: 5, 435.
- Duddu, V., Isaac, M. K., Chaturvedi, S. K.: 2006 “Somatization, Somatosensory Amplification, Attribution Styles And Illness Behaviour: A Review”, **International Review Of Psychiatry**, 18: 1, 25-33.
- Duman, O. Y., Usubütün, S., Göka, E.: 2004 “Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Ve Güvenilirliği”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15: 1, 26-40.
- Ekman, M., Jönhagen, S., Hunsche, E., Jönsson, L.: 2005 “Burden Of Illness Of Chronic Low Back Pain In Sweden: A Cross-Sectional, Retrospective Study In Primary Care Setting”, **Spine**, 30: 15, 1777-1785.

- Elbi, H.: 1997 “Psikojenik Ağrı Ve Ağrı Bozukluğu”, **Psikiyatri Temel Kitabı**, 1, 555-568.
- Engel, G. L.: 1959 “Psychogenic” Pain And The Pain-Prone Patient”, **The American Journal Of Medicine**, 26: 6, 899-918.
- Fink, P.: 2000 “Somatization Disorder And Related Disorders”, **New Oxford Textbook Of Psychiatry**, Mg Gelder, Jj López-Ibor, N Andreasen. Oxford University Press, Oxford.
- Fink, P., Rosendal, M.: 2008 “Recent Developments In The Understanding And Management Of Functional Somatic Symptoms In Primary Care”, **Current Opinion In Psychiatry**, 21: 2, 182-188.
- Fink, P., Rosendal, M., Olesen, F.: 2005 “Classification Of Somatization And Functional Somatic Symptoms In Primary Care”, **Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry**, 39: 9, 772-781.
- Fink, P., Rosendal, M., Toft, T.: 2002 “Assessment And Treatment Of Functional Disorders In General Practice: The Extended Reattribution And Management Model--An Advanced Educational Program For Nonpsychiatric Doctors”, **Psychosomatics**, 43: 2, 93.
- Fink, P., Toft, T., Hansen, M. S., Ørnbøl, E., Olesen, F.: 2007 “Symptoms And Syndromes Of Bodily Distress: An Exploratory Study Of 978 Internal Medical, Neurological, And Primary Care Patients”, **Psychosomatic Medicine**, 69: 1, 30-39.

- Fordyce, W.P.: 1986 "Learning Process In Pain", **The Psychology Of Pain**, Ed. R.A. Sternbach, New York-Raven Press, 49-56.
- Freud, S.: 1917 "**Mourning And Melancholia**", Standard Edition, 14: 237-258
- Fukunishi, I., Berger, D., Wogan, J., Kuboki, T.: 1999 "Alexithymic Traits As Predictors Of Difficulties With Adjustment In An Outpatient Cohort Of Expatriates In Tokyo", **Psychological Reports**, 85: 1, 67-77.
- Gagliese, L., Melzack, R.: 1997 "Chronic Pain In Elderly People", **Pain**, 70: 1, 3-14.
- Goldenberg, D. M.: 2003 "Advancing Role Of Radiolabeled Antibodies In The Therapy Of Cancer", **Cancer Immunology, Immunotherapy**, 52: 5, 281-296.
- Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G. A., Grandi, S., Ottolini, F., Porcelli, P., .. Sonino, N.: 2007 "Psychosomatic Characterization Of Adjustment Disorders In The Medical Setting: Some Suggestions For Dsm-V", **Journal Of Affective Disorders**, 101: 1-3, 251-254.
- Greco, M.: 2012 "The Classification And Nomenclature Of 'Medically Unexplained Symptoms': Conflict, Performativity And Critique", **Social Science Medicine**.

- Green, C. A., Pope, C. R.: 1999 "Gender, Psychosocial Factors And The Use Of Medical Services: A Longitudinal Analysis", **Social Science & Medicine**, 48, 1363-1372.
- Gulec, S. A.: 2007 "Pet Probe-Guided Surgery", **Journal Of Surgical Oncology**, 96: 4, 353-357.
- Gureje, O., Simon, G. E., Von Korff, M.: 2001 "A Cross-National Study Of The Course Of Persistent Pain İn Primary Care", **Pain**, 92: 1, 195-200.
- Güleç, H., Sayar, K., Güleç, M. Y.: 2007a "The Relationship Between Psychological Factors And Health Care-Seeking Behavior İn Fibromyalgia Patients", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 18(1), 1-8.
- Güleç, H., Sayar, K., Güleç, M. Y.: 2007b "Fibromiyalji de Tedavi Arayışının Psikolojik Etkenlerle İlişkisi", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 18, 22-30.
- Gündoğan, N. Ü.: 2005 "Öğrenme ve Davranışlarda Sol ve Sağ Yarım Kürelerinin Fonksiyonel Asimetrisinin Önemi", **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi**, 25: 3, 333-336.
- Hartz, A. J., Noyes, R., Bentler, S. E., Damiano, P. C., Willard, J. C., Momany, E. T.: 2000 "Unexplained Symptoms İn Primary Care: Perspectives Of Doctors And Patients", **General Hospital Psychiatry**, 22: 3, 144-152.

- Haug, T. T., Mykletun, A., Dahl, A. A.: 2004 “The Association Between Anxiety, Depression, And Somatic Symptoms In A Large Population: The Hunt-II Study”, **Psychosomatic Medicine**, 66: 6, 845-851.
- Hendler, N.: 1984 “Depression Caused By Chronic Pain”, **Journal Of Clinical Psychiatry**.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenwolf, M., Weiss, M. G.: 2005 “Somatization Revisited: Diagnosis And Perceived Causes Of Common Mental Disorders”, **The Journal Of Nervous And Mental Disease**, 193: 2, 85-92.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., Sattel, H.: 2003 “Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, And Depression: A Meta-Analytic Review”, **Psychosomatic Medicine**, 65: 4, 528-533.
- Hilbert, A., Martin, A., Zech, T., Rauh, E., Rief, W.: 2010 “Patients With Medically Unexplained Symptoms And Their Significant Others: Illness Attributions And Behaviors As Predictors Of Patient Functioning Over Time”, **Journal Of Psychosomatic Research**, 68: 3, 253-262.
- Hölzl, R., Kleinböhl, D., Huse, E.: 2005 “Implicit Operant Learning Of Pain Sensitization”, **Pain**, 115: 1, 12-20.
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., Carli, G.: 2009 “Alexithymia In Fibromyalgia Syndrome: Associations With Ongoing Pain, Experimental Pain Sensitivity And Illness Behavior”, **Journal Of Psychosomatic Research**, 66: 5, 425-433.

- Hughes, G., Martinez, C., Myon, E., Taïeb, C., Wessely, S.: 2006
“The Impact Of A Diagnosis Of Fibromyalgia On Health Care Resource Use By Primary Care Patients In The Uk: An Observational Study Based On Clinical Practice”, **Arthritis Rheumatism**, 54: 1, 177-183.
- Kandemirci, D.: 2010
“Kadınlarda Baş Ağrısını Tetikleyen Günlük Stres Faktörleri, Ağrıyı Değerlendirme Biçimi Ve Baş Etme Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yüksek Lisans Tezi**, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kano, M., Hamaguchi, T., Itoh, M., Yanai, K., Fukudo, S.: 2007
“Correlation Between Alexithymia And Hypersensitivity To Visceral Stimulation In Human”, **Pain**, 132: 3, 252-263.
- Kato, K., Sullivan, P. F., Evengard, B., Pedersen, N. L.: 2009
“A Population-Based Twin Study Of Functional Somatic Syndromes”, **Psychological Medicine**, 39: 3, 497.
- Katz, R. S., Wolfe, F., Michaud, K.: 2006
“Fibromyalgia Diagnosis: A Comparison Of Clinical, Survey, And American College Of Rheumatology Criteria”, **Arthritis Rheumatism**, 54: 1, 169-176.
- Kirmayer, L. J.: 1999
“Rhetorics Of The Body: Medically Unexplained Symptoms In Sociocultural Perspective”, İçinde **Somatoform Disorders** : Pp. 271-286 Springer Japan.
- Kirmeyer, S. L.: 1988
“Coping With Competing Demands: Interruption And The Type A Pattern”, **Journal Of Applied Psychology**, 73: 4, 621-629.

- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M.: 1991 “Three Forms Of Somatization In Primary Care: Prevalence, Co-Occurrence, And Sociodemographic Characteristics”, **The Journal Of Nervous And Mental Disease**, 179: 11, 647-655.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M.: 1993 “Cognitive And Social Correlates Of The Toronto Alexithymia Scale”, **Psychosomatics**, 34: 1, 41-52.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Paris, J.: 1994 “Somatoform Disorders: Personality And The Social Matrix Of Somatic Distress”, **Journal Of Abnormal Psychology**, 103: 1, 125.
- Kirmayer, L. J., Taillefer, S.: 1997 “Somatoform Disorders”, **Adult Psychopathology And Diagnosis**, Ed. N. J. Hoboken, John Wiley & Sons Press.
- Kirmayer, L. J., Young, A.: 1998 “Culture And Somatization: Clinical, Epidemiological, And Ethnographic Perspectives”, **Psychosomatic Medicine**, 60: 4, 420-430.
- Kirmayer, L. J., Young, A.: 1999 “Culture And Context In The Evolutionary Concept Of Mental Disorder”,
- Koçak, R.: 2002 “Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 35: 1-2, 183-212.

- Kooiman, C. G.: 1998 "The Status Of Alexithymia As A Risk Factor In Medically Unexplained Physical Symptoms", **Comprehensive Psychiatry**, 39: 3, 152-159.
- Kooiman, C. G., Bolk, J. H., Brand, R., Trijsburg, R. W., Rooijmans, H. G.: 2000 "Is Alexithymia A Risk Factor For Unexplained Physical Symptoms In General Medical Outpatients?", **Psychosomatic Medicine**, 62: 6, 768-778.
- Kosturek, A., Gregory, R. J., Sousou, A. J., Trief, P.: 1998 "Alexithymia And Somatic Amplification In Chronic Pain", **Psychosomatics**, 39: 5, 399-404.
- Kouyanou, K., Pither, C. E., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S.: 1998 "A Comparative Study Of Iatrogenesis, Medication Abuse, And Psychiatric Morbidity In Chronic Pain Patients With And Without Medically Explained Symptoms", **Pain**, 76: 3, 417-426.
- Kroenke, K.: 2003 "Patients Presenting With Somatic Complaints: Epidemiology, Psychiatric Co-Morbidity And Management", **International Journal Of Methods In Psychiatric Research**, 12: 1, 34-43.
- Kroenke, K.: 2006 "Physical Symptom Disorder: A Simpler Diagnostic Category For Somatization-Spectrum Conditions", **Journal Of Psychosomatic Research**, 60: 4, 335.
- Kroenke, K.: 2007 "Efficacy Of Treatment For Somatoform Disorders: A Review Of Randomized Controlled Trials", **Psychosomatic Medicine**, 69: 9, 881-888.

- Kroenke, K., Sharpe, M., Sykes, R.: 2007 "Revising The Classification Of Somatoform Disorders: Key Questions And Preliminary Recommendations", **Psychosomatics**, 48: 4, 277-285.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., Löwe, B.: 2007 "Anxiety Disorders In Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, And Detection", **Annals Of Internal Medicine**, 146: 5, 317-325.
- Krystal, H.: 1979 "Alexithymia And Psychotherapy", **American Journal Of Psychotherapy**, 33: 1, 17.
- Lesser, I. M.: 1981 "A Review Of The Alexithymia Concept", **Psychosomatic Medicine**, 43: 6, 531-543.
- Lesser, I. M.: 1985 "Current Concepts In Psychiatry: Alexithymia", **The New England Journal Of Medicine**.
- Lieb, R., Meinlschmidt, G., Araya, R.: 2007 "Epidemiology Of The Association Between Somatoform Disorders And Anxiety And Depressive Disorders: An Update", **Psychosomatic Medicine**, 69: 9, 860-863.
- Lillrank, A.: 2003 "Back Pain And The Resolution Of Diagnostic Uncertainty In Illness Narratives", **Social Science Medicine**, 57: 6, 1045-1054.

- Linaker, C. H., Walker-Bone, K., Palmer, K., Cooper, C.: 1999, "Frequency And Impact Of Regional Musculoskeletal Disorders", **Best Practice Research Clinical Rheumatology**, 13: 2, 197-215.
- Lipowski, Z. J.: 1988, "Somatization: The Concept And Its Clinical Application", **Am J Psychiatry**, 145: 11, 1358-1368.
- Looper, K. J., Kirmayer, L. J.: 2001, "Hypochondriacal Concerns In A Community Population", **Psychological Medicine**, 31: 4, 577-584.
- Lowe, S. A., Brown, M. A., Dekker, G. A., Gatt, S., McIntock, C. K., McMahon, L. P., .. Walters, B.: 2009, "Guidelines For The Management Of Hypertensive Disorders Of Pregnancy 2008", **Australian And New Zealand Journal Of Obstetrics And Gynaecology**, 49: 3, 242-246.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., Burger, A. J.: 2007, "The Assessment Of Alexithymia In Medical Settings: Implications For Understanding And Treating Health Problems", **Journal Of Personality Assessment**, 89: 3, 230-246.
- Lumley, M. A., Stettner, L., Wehmer, F.: 1996, "How Are Alexithymia And Physical Illness Linked? A Review And Critique Of Pathways", **Journal Of Psychosomatic Research**, 41: 6, 505-518.
- Lundh, L. G., Simonsson-Sarnecki, M.: 2001, "Alexithymia, Emotion, And Somatic Complaints", **Journal Of Personality**, 69: 3, 483-510.

- Macleod, A. K., Haynes, C., Sensky, T.: 1998 "Attributions About Common Bodily Sensations: Their Associations With Hypochondriasis And Anxiety", **Psychological Medicine**, 28: 01, 225-228.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Maggini, C.: 2000 "Are Alexithymia, Depression And Anxiety Distinct Construcs In Affective Disorders?", **Journal Of Psychosomatic Research**, 49, 43-49.
- Marcus, D.: 2005 "**Chronic Pain A Primary Care Guide To Practical Management**", New Jersey: Humana Press.
- Marcus, D. A., Cope, D. K., Deodhar, A., Payne, R.: 2009 "**Chronic Pain: An Atlas Of Investigation And Management**", Oxford: Clinical Publishing.
- Margolis, R. B., Tait, R. C., Krause, S. J.: 1986 "A Rating System For Use With Patient Pain Drawings", **Pain**, 24, 57-65.
- Mayou, R. A., Gill, D., Thompson, D. R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., Neil, A.: 2000 "Depression And Anxiety As Predictors Of Outcome After Myocardial Infarction", **Psychosomatic Medicine**, 62/2, 212-219.
- Mayou, R., Farmer, A.: 2002 "Abc Of Psychological Medicine: Functional Somatic Symptoms And Syndromes", **Bmj: British Medical Journal**, 325/7358, 265-268.

- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., Sharpe, M.: 2005 "Somatoform Disorders: Time For A New Approach In Dsm-V", **American Journal Of Psychiatry**, 162/5, 847-855.
- McBeth, J., Macfarlane, G. J., Benjamin, S., Morris, S., Silman, A. J.: 1999 "The Association Between Tender Points, Psychological Distress, And Adverse Childhood Experiences: A Community-Based Study", **Arthritis Rheumatism**, 42/7, 1397-1404.
- Mehling, W. E., Krause, N.: 2005 "Are Difficulties Perceiving And Expressing Emotions Associated With Low-Back Pain?: The Relationship Between Lack Of Emotional Awareness : Alexithymia And 12-Month Prevalence Of Low-Back Pain In 1180 Urban Public Transit Operators", **Journal Of Psychosomatic Research**, 58: 1, 73-81.
- Melzack, R.: 1996 "Gate Control Theory On The Evolution Of Pain Concepts", **Pain Forum** 5/1: 128-138.
- Melzack, R.: 1999 "From The Gate To The Neuromatrix", **Pain**, 82, S121-S126.
- Melzack, R.: 2001 "Pain And The Neuromatrix In The Brain", **Journal Of Dental Education**, 65: 12, 1378-1382.
- Melzack, R.: 2003 "Introduction: The Pain Revolution", **Handbook Of Pain Management**, (Ed.) Melzack, R. Ve Wall, P., Churchill Livingstone, Philadelphia.

- Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R., Smythe, H.: 1975 "Musculoskeletal Symptoms And Non-Rem Sleep Disturbance In Patients With 'Fibrositis Syndrome' And Healthy Subjects", **Psychosomatic Medicine**, 37: 4, 341-351.
- Moshiree, B., Price, D. D., Robinson, M. E., Gaible, R., Nicholas Verne, G.: 2007 "Thermal And Visceral Hypersensitivity In Irritable Bowel Syndrome Patients With And Without Fibromyalgia", **The Clinical Journal Of Pain**, 23: 4, 323.
- Nakao, M., Barsky, A. J., Kumano, H., Kuboki, T.: 2002 "Relationship Between Somatosensory Amplification And Alexithymia In A Japanese Psychosomatic Clinic", **Psychosomatics**, 43: 1, 55-60.
- Nettleton, D., Wang, D.: 2006 "Selective Transcriptional Profiling For Trait-Based Eqtl Mapping", **Animal Genetics**, 37: S1, 13-17.
- Nettleton, S.: 2006 "**The Sociology Of Health And Illness**", Polity.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S.: 2001 "Medically Unexplained Symptoms: An Epidemiological Study In Seven Specialities", **Journal Of Psychosomatic Research**, 51: 1, 361-367.
- Nordahl, H. M., Stiles, T. C.: 2007 "Personality Styles In Patients With Fibromyalgia, Major Depression And Healthy Controls", **Ann Gen Psychiatry**, 6: 9, 273-80.

- Nyklíček, I., Vingerhoets, A. J.: 2000 “Alexithymia Is Associated With Low Tolerance To Experimental Painful Stimulation”, **Pain**, 85: 3, 471-475.
- Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., Ülker, G. E.: 2010 “Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon”, **Düşünen Adam**, 23: 60, 65.
- Özkorumak, E., Güleç, H., Kose, S., Borckardt, J., Sayar, K.: 2006 “Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi?”, **Klinik Psikiyatri**, 9: 4, 161-169.
- Page, L. A., Wessely, S.: 2003 “Medically Unexplained Symptoms: Exacerbating Factors In The Doctor–Patient Encounter”, **Jrsm**, 96: 5, 223-227.
- Park, D. C., Glass, J. M., Minear, M., Crofford, L. J.: 2001 “Cognitive Function In Fibromyalgia Patients”, **Arthritis & Rheumatism**, 44/9, 2125-2133.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J.: 1991 “Alexithymia And Depression: Distinct Or Overlapping Constructs?”, **Comprehensive Psychiatry**, 32/5, 387-394.
- Pennebaker, J. W., Epstein, D.: 1983 “Implicit Psychophysiology: Effects Of Common Beliefs And Idiosyncratic Physiological Responses Symptom Reporting”, **Journal Of Personality**, 51: 3, 468-496.

- Petzke, F., Clauw, D. J., Ambrose, K., Khine, A., Gracely, R. H.: 2003
 “Increased Pain Sensitivity In Fibromyalgia: Effects Of Stimulus Type And Mode Of Presentation”, **Pain**, 105: 3, 403.
- Pilowsky, I.: 1990
 “The Concept Of Abnormal Illness Behavior”, **Psychosomatics**, 31: 2, 207.
- Pilowsky, I., Katsikitis, M.: 1994
 “The Classification Of Facial Emotions: A Computer-Based Taxonomic Approach”, **Journal Of Affective Disorders**, 30: 1, 61-71.
- Pither, C. E., Nicholas, M. K.: 1991
 “Psychological Approaches In Chronic Pain Management”, **British Medical Bulletin**, 47: 3, 743-761.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M.: 2001
 “Medically Unexplained Symptoms In Frequent Attenders Of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study”, **Bmj**, 322: 7289, 767.
- Reynolds, D. V.: 1969
 “Surgery In The Rat During Electrical Analgesia Induced By Focal Brain Stimulation”, **Science**, 164: 3878, 444-445.
- Rief, W., Hessel, A., Braehler, E.: 2001
 “Somatization Symptoms And Hypochondriacal Features In The General Population”, **Psychosomatic Medicine**, 63: 4, 595-602.

- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., Zech, T.: 2004 "Causal Illness Attributions In Somatoform Disorders: Associations With Comorbidity And Illness Behavior", **Journal Of Psychosomatic Research**, 57: 4, 367.
- Robbins, J. M., Kirmayer, L. J.: 1991 "Attributions Of Common Somatic Symptoms", **Psychol Med**, 21: 4, 1029-45.
- Robbins, J. M., Kirmayer, L. J., Hemami, S.: 1997 "Latent Variable Models Of Functional Somatic Distress", **The Journal Of Nervous And Mental Disease**, 185: 10, 606-615.
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., Joukamaa, M. I.: 2013 "Alexithymia And Depression In A Chronic Pain Patient Sample", **General Hospital Psychiatry**.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M.: 1986 "Morbid Preoccupations, Health Anxiety And Reassurance: A Cognitive-Behavioural Approach To Hypochondriasis", **Behaviour Research And Therapy**, 24: 5, 597-602.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., Gledhill, A.: 1997 "Effects Of Neutralizing On Intrusive Thoughts: An Experiment Investigating The Etiology Of Obsessive-Compulsive Disorder", **Behaviour Research And Therapy**, 35: 3, 211-219.
- Salkovskis, P., Bass, C.: 1997 "Hypochondriasis", **Science And Practice Of Cognitive Behaviour Therapy**, (Ed.) Clark Dm, Fairburn Cg. Oxford, Uk, Oxford University Press.

- Salmon, P., Dowrick, C. F., Ring, A., Humphris, G. M.: 2004
 “Voiced But Unheard Agendas: Qualitative Analysis Of The Psychosocial Cues That Patients With Unexplained Symptoms Present To General Practitioners”, **The British Journal Of General Practice**, 54: 500, 171.
- Sayar, K.: 2002
 “Tıbben Açıklanamayan Belirtiler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**; 13: 3: 222-231.
- Schäfer, R., Schneider, C., Tress, W., Franz, M.: 2007
 “Cortical Augmenting In Alexithymic Subjects After Unpleasant Acoustic Stimulation”, **Journal Of Psychosomatic Research**, 63: 4, 357-364.
- Schröder, A., Fink, P.: 2011
 “Functional Somatic Syndromes And Somatoform Disorders In Special Psychosomatic Units: Organizational Aspects And Evidence-Based Treatment”, **Psychiatric Clinics Of North America**, 34: 3, 673-87.
- Schröder, A., Heider, J., Zaby, A., Göllner, R.: 2013
 “Cognitive Behavioral Therapy Versus Progressive Muscle Relaxation Training For Multiple Somatoform Symptoms: Results Of A Randomized Controlled Trial”, **Cognitive Therapy And Research**, 37, 296-306.
- Selye, H.: 1950
 “Stress And The General Adaptation Syndrome”, **British Medical Journal**, 1: 4667, 1383.
- Sharpe, M., Carson, A.: 2001
 “Unexplained” Somatic Symptoms, Functional Syndromes, And Somatization: Do We Need A Paradigm Shift?”, **Annals Of Internal Medicine**, 134: 9_Part_2, 926-930.

- Sharpe, M., Mayou, R.: 2004 "Somatoform Disorders: A Help Or Hindrance To Good Patient Care?", **The British Journal Of Psychiatry**, 184: 6, 465-467.
- Shidhaye, R., Mendenhall, E., Sumathipala, K., Sumathipala, A., Patel, V.: 2013 "Association Of Somatoform Disorders With Anxiety And Depression In Women In Low And Middle Income Countries: A Systematic Review", **International Review Of Psychiatry**, 25: 1, 65-76.
- Shin, J. K.: 2002 "Help-Seeking Behaviors By Korean Immigrants For Depression", **Issues In Mental Health Nursing**, 23: 5, 461-476.
- Sifneos, P. E.: 1972 "The Prevalence Of "Alexithymia" Characteristics In Psychosomatic Patient", **Topics Of Psychosomatic Research**. Bâle.
- Sifneos, P. E.: 1977 "**Psychothérapie Brève Et Crise Émotionnelle**", Vol. 68 Editions Mardaga.
- Sifneos, P. E.: 1988 "Alexithymia And Its Relationship To Hemispheric Specialization, Affect, And Creativity", **The Psychiatric Clinics Of North America**, 11: 3, 287.
- Slipman, C. W., Shin, C. H., Patel, R.K., Isaac, Z., Huston, C. W., Lipetz, J. S., Lenrow, D. A., Braverman, D. L., Vresilovic, E. J.: 2002 "Etiologies Of Failed Back Surgery Syndrome", **Pain Medicine**, 3, 200-214.

- Smith, J. A., Lumley, M. A., Longo, D. J.: 2002 “Contrasting Emotional Approach Coping With Passive Coping For Chronic Myofascial Pain”, **Annals Of Behavioral Medicine**, 24: 4, 326-335.
- Soler, J. K., Okkes, I.: 2012 “Reasons For Encounter And Symptom Diagnoses: A Superior Description Of Patients’ Problems In Contrast To Medically Unexplained Symptoms: Mus”, **Family Practice**, 29: 3, 272-282.
- Spaeth, M.: 2009 “Epidemiology, Costs, And The Economic Burden Of Fibromyalgia”, **Arthritis Research And Therapy**, 11: 3, 117.
- Strömqvist, B., Jönsson, B.: 1993 “Computerized Follow-Up After Surgery For Degenerative Lumbar Spine Diseases”, **Acta Orthopaedica**, 64: S251, 138-142.
- Stuifbergen, A. K., Phillips, L., Voelmeck, W., Browder, R.: 2006 “Illness Perceptions And Related Outcomes Among Women With Fibromyalgia Syndrome”, **Women's Health Issues**, 16: 6, 353-360.
- Sullivan, P. F., Smith, W., Buchwald, D.: 2002 “Latent Class Analysis Of Symptoms Associated With Chronic Fatigue Syndrome And Fibromyalgia”, **Psychological Medicine**, 32/5, 881-888.
- Sykes, R.: 2012a “Somatoform Disorder And The Dsm-V Workgroup’s Interim Proposals: Two Central Issues”, **Psychosomatics**, 53/4, 334–338.

- Sykes, R.: 2012b “The Dsm 5 Website Proposals For Somatic Symptom Disorder: Three Central Problems”, **Psychosomatics**, 53/6, 524-531.
- Şenel, T. O. T., Toros, F.: 2002 “Fibromyalji Sendromunun Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 3, 232-239.
- Taşkın, E. O., Tıkız, C., Yüksel, E. G., Fırat, A., Tüzün, Ç., Aydemir, Ö.: 2007 “Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Polikliniğine İlk Kez Başvuran Ve Fibromiyalji Tanısı Konan Hastalarda Depresif Bozuklukların Görülme Sıklığı Ve Aleksitimi İle İlişkisi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 8, 248-255.
- Taylor, C.: 1991 “The Ethics Of Authenticity”, Vol. 30, Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Taylor, G. J., Michael Bagby, R., Parker, J. D.: 1991 “The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm For Psychosomatic Medicine”, **Psychosomatics**, 32: 2, 153-164.
- Turk, D. C.: 2002 “Clinical Effectiveness And Cost-Effectiveness Of Treatments For Patients With Chronic Pain”, **The Clinical Journal Of Pain**, 18: 6, 355-365.
- Turk, D. C., Gatchel, R. J.: Eds. : 2002 “**Psychological Approaches To Pain Management: A Practitioner's Handbook**”, The Guilford Press.

- Turk, D. C., Okifuji, A.: 2002 "Psychological Factors In Chronic Pain: Evolution And Revolution", **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, 70: 3, 678.
- Turk, D. C., Rudy, T. E.: 1992 "Cognitive Factors And Persistent Pain: A Glimpse Into Pandora's Box", **Cognitive Therapy And Research**, 16: 2, 99-122.
- Turk, D. C., Swanson, K. S.: 2008 "Psychological Interventions", **Raj's Practical Management Of Pain**, Ed. Benzon, H., Rathmell, J. P., Wu, C. L., Turk, D. C., Ve Argoff, C. E., Elsevier Health Sciences, Philadelphia.
- Turk, D. C., Theodore, B. R.: 2011 "Epidemiology And Economics Of Chronic And Recurrent Pain", **Clinical Pain Management: A Practical Guide**, 6-13.
- Twaddle, M. L., Cooke, K. J.: 2006 "Assessment Of Pain Common Pain Syndromes", **Current Diagnosis Treatment Of Pain**. New York: Lange Medical Books/Mcgraw-Hill, 10.
- Ünal, S.: 2002 "Bir Anlatım Tarzı Olarak Bedenselleştirme", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 3: 1 :52-55.
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Rotteveel, A. M., Ruesink, R., Heuts, P. H.: 1995 "The Role Of Fear Of Movement: Re Injury In Pain Disability", **Journal Of Occupational Rehabilitation**, 5: 4, 235-252.

- Von Korff, M., Jensen, M. P., “Assessing Global Pain Severity By Self-Report In Clinical And Karoly, P.: 2000 Health Services Research”, **Spine**, 25: 24, 3140-3151.
- Voorhies, R. M., Jiang, X., “Predicting Outcome In The Surgical Treatment Of Lumbar
Thomas, N.: 2007 Radiculopathy Using The Pain Drawing Score, Mcgill Short Form Pain Questionnaire, And Risk Factors Including Psychosocial Issues And Axial Joint Pain”, **The Spine Journal**, 7: 5, 516-524.
- Wallis, B. J., Lord, S. M., “Resolution Of Psychological Distress Of Whiplash Patients
Bogduk, N.: 1997 Following Treatment By Radiofrequency Neurotomy: A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial”, **Pain**, 73: 1, 15-22.
- Warwick, H., Salkovskis, “Hypochondriasis”, **Behaviour Research And Therapy**, 28: 2,
P. M.: 1990 105-117.
- Wassem, R., Hendrix, T. J.: “Direct And Indirect Costs Of Fibromyalgia To Patients And
2003 Their Families”, **Journal Of Orthopaedic Nursing**, 7: 1, 26-32.
- Wearden, A. J., Lamberton, “Adult Attachment, Alexithymia, And Symptom Reporting: An
N., Crook, N., Walsh, V.: Extension To The Four Category Model Of Attachment”, **Journal
2005 Of Psychosomatic Research**, 58: 3, 279.
- Wessely, S., White, P. D.: “There Is Only One Functional Somatic Syndrome”, **The British
2004 Journal Of Psychiatry**, 185: 2, 95-96.

- Wessely, S., Nimnuan, C., Sharpe, M.: 1999 "Functional Somatic Syndromes: One Or Many?", **The Lancet**, 354: 9182, 936-939.
- Winters, C. A.: 1985 "The Proto-Culture Of The Dravidians, Manding And Sumerians", **Tamil Civilization**, 3: 1, 1-9.
- Wise, T. N., Birket-Smith, M.: 2002 "The Somatoform Disorders For Dsm-V: The Need For Changes In Process And Content", **Psychosomatics**, 43: 6, 437-440.
- Wise, T. N., Mann, L. S., Mitchell, J. D., Hryvniak, M., Hill, B.: 1990 "Secondary Alexithymia: An Empirical Validation", **Comprehensive Psychiatry**, 31: 4, 284-288.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., Hebert, L.: 1995 "The Prevalence And Characteristics Of Fibromyalgia In The General Population", **Arthritis Rheumatism**, 38: 1, 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Ve Ark.: 1990 "The American College Of Rheumatology 1990 Criteria For The Classification Of Fibromyalgia: Report Of The Multicenter Criteria Committee", **Arthritis Rheum**, 33/2, 160-172.
- Zautra, A., Smith, B., Affleck, G., Tennen, H.: 2001 "Examinations Of Chronic Pain And Affect Relationships: Applications Of A Dynamic Model Of Affect", **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, 69: 5, 786.

EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İstanbul Üniversitesi
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY

Araştırmacılar: Arş. Gör. Burak DURUK, Yrd. Doç. HANİFE ÖZLEM SERTEL BERK

Çalışmanın Başlama Tarihi

Çalışmanın Bitişi Tarihi

01.12.2011

Araştırmanın Tanıtımı ve Amacı: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Klinik Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans programı kapsamında Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in danışmanlığında Yüksek Lisans tez öğrencisi, aynı zamanda aynı üniversitedeki Araştırma Görevlisi Burak Duruk tarafından yürütülen bu çalışma ile kronik ağrı sendromlu bireylerin duyguyu ifade biçimleri, düşünce biçimleri ve ağrılarına ilişkin tedavi süreçleri arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Uygulama Süreci: Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden hem ağrılarınızı, hem ağrılarınıza dair tedavi deneyimlerinizi, hem de bu ağrı şikayetleriniz ile ilişkili olabilecek duygusal ve düşünsel faktörleri değerlendirmeye yönelik toplam 8 anket doldurmanız istenecektir. Bu anketleri cevaplamanız yaklaşık 30 dakika zamanınızı alacaktır. Tam olarak anlamadığınız tüm soruları lütfen sorunuz.

Araştırmanın Riskleri ve Yaratabileceği Rahatsızlıklar: Bu araştırmanın beklenen riski veya yaratabileceği rahatsızlık yoktur. Cevaplamanız gereken bazı sorularda kendinizi çok rahatsız hissederseniz bu soruları boş bırakabilirsiniz.

Yararlar: Bu araştırma sonunda elde edeceğimiz bulgular, ilgili literatüre katkı sağlamanın yanı sıra size de kendinizle ilgili farkındalık kazanmada yararlı olacaktır.

Gizlilik: Kayıtlarımızın gizli tutulacağından emin olabilirsiniz. Araştırmanın bulguları yayınlansa bile isminiz hiçbir materyalde görünmeyecektir.

Araştırmayı Bırakma: Bu araştırmaya katılımınız tamamen sizin seçiminizdir. Katılmayı reddedebilir ya da araştırmadan istediğiniz an herhangi bir cezai işleme ya da bir kayba uğramaksızın çekilebilirsiniz.

Onay: Gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirilmiş onayı okudum ve anladım. Onayımı geri çekebileceğimi veya istediğim zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebileceğimi ve bırakabileceğimi anladım.

Bu araştırmayla ilgili daha ayrıntılı bilgi almak istediğim takdirde araştırmacıya aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabileceğim söylendi:

*İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı
Arş. Gör. Burak DURUK*

*Adres: İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü Oda No:240
E-posta: burak_duruk@hotmail.com
Telefon İş: 0212 440 00 00 / 15787 Telefon Cep: 0551 217 76 45*

Katılımcının İmzası

Tarih

EK 2. DEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU (FSS GRUBU)

Protokol No:

DEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU

Yaş:

Doğum Tarihi/Yeri:

Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Eğitim: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite'de öğrenci 5. Üniversite 6. Lisansüstü

Meslek:

Gelir Düzeyi: 1. Düşük 2. Orta 3. İyi 4. Çok İyi

Şu An Yaşadığı Yer/Süre: 1. Aile 2. Akraba (.....yıldır) 3. Arkadaşlar (.....yıldır)
4.Yurt (.....yıldır) 5. Yalnız (.....yıldır)

Kardeş Sayısı:

Kaçıncı Çocuk:

Medeni Durum: 1. Evli (.....yıldır) 2. Bekar 3.Dul(.....yıldır)
4. Boşanmış (.....yıldır) 5. Ayrı yaşıyor (.....yıldır)

Ailede Kronik Hastalık: 1. Yok 2. Var ise→ kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

Ailede Psikopatoloji Öyküsü: 1. Yok 2. Var ise→ kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

Ailede Ağrı Öyküsü: 1. Yok 2. Var ise→ kaç yıldır/tanı/tedavi öyküsü:

**EK 3. DEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU (KONTROL
GRUPLARI)**

Protokol No:

DEMOGRAFİK BİLGİLER SORU FORMU

En az 6 aydır belli aralıklarla devam eden-tekrarlayan ağrı şikayeti:

1.Var

2.Yok

(Yukarıdaki soruya "1.Var" cevabını vermişseniz aşağıdakileri ve diğer testleri cevaplamayın. Kronik ağrının varlığına ilişkin bu sorunun cevaplanmasında adet sancıları değerlendirilme dışı tutulmalıdır. Ancak adet dönemlerinizi normalin çok üstünde bir ağrı ya da sancıyla yaşadığınızı düşünüyorsanız, lütfen bunu aşağıdaki alanda belirtiniz).

Adet Dönemleriyle İlgili Açıklama:

Yaş:

Doğum Tarihi/Yeri:

Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Eğitim: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite'de öğrenci 5. Üniversite 6. Lisansüstü

Meslek:

Gelir Düzeyi: 1. Düşük 2. Orta 3. İyi 4. Çok İyi

Şu An Yaşadığı Yer/Süre: 1. Aile 2. Akraba (....yıldır) 3. Arkadaşlar (.....yıldır)
4.Yurt (.....yıldır) 5. Yalnız (.....yıldır)

Kardeş Sayısı:

Kaçıncı Çocuk:

Medeni Durum: 1. Evli (.....yıldır) 2. Bekar 3.Dul(.....yıldır)
4. Boşanmış (.....yıldır) 5. Ayrı yaşıyor (.....yıldır)

Ailede Psikopatoloji (Psikolojik Rahatsızlık) Öyküsü: 1. Yok 2. Var ise→ kimlerde/tanı/kaç yıldır/tedavi öyküsü:

Ailede Ağrı Öyküsü: 1. Yok 2. Var ise→ kimlerde/tanı/kaç yıldır/tedavi öyküsü:

Ailede Kronik Hastalık: 1. Yok 2. Var ise→ kimlerde/tanı/kaç yıldır/tedavi öyküsü:

Protokol No:

Katılımcıda Kronik Hastalık: 1. Yok 2. Var ise → Tanı/kaç yıldır:

(Herhangi bir kronik hastalığınız varsa, kronik hastalığınızla ya da hastalıklarınızla ilgili soruyu aşağıdaki kriterleri göz önüne alarak cevaplayınız).

- Lütfen aşağıdaki soruyu cevaplamaadan önce kronik hastalığınızın başlangıcından bu yana ilgili kronik hastalığınız için başvurduğunuz tüm tedavileri hatırlamaya çalışınız ve ardından bunları tek tek not ediniz.
- Eğer birden çok kronik hastalığınız varsa aşağıdaki soruyu her biri için ayrı ayrı cevaplayınız.
- Tıbbi-tıp dışı tedavilerin yazımında kriter olarak alınması gereken belirtilen kronik hastalığınız için kaç farklı doktora başvurulduğudur. Kontrol altında tutulan herhangi bir kronik hastalığınız için aynı doktorla gerçekleştirilen çok sayıda görüşme tek bir tedavi olarak değerlendirilmelidir.

Bu kronik hastalıkla/hastalıklarla ilgili tıbbi-tıp dışı tedavi ve başvurular (kaç farklı doktor/hangi hastane/ne zaman ya da ne zamandır/ne kadar süre):

(Herhangi bir kronik rahatsızlığınız yoksa aşağıdaki soruyu cevaplayınız).

Son 1 yılda herhangi bir hastalığınız için başvurduğunuz tıbbi tedavi ve başvurular (kaç farklı doktor/hangi hastane/ne zaman ya da ne zamandır/ne kadar süre):

EK 4. GENEL SAĞLIK TARAMA FORMU

GENEL SAĞLIK TARAMA FORMU

Tarih:

Eğitim:

Cinsiyet:

Meslek:

Yaş:

Medeni Durum:

Bir doktor tarafından, sizde HİÇ şu hastalıklardan biri olduğu söylendi mi?

-hipertansiyon

-yakın geçmişte miyokard enfarktüsü

-kalp yetmezliği

-şeker hastalığı

-angina (koroner kalp hastalığı)

-kanser (cilt kanseri hariç)

-yakın zamanda bir psikiyatrik hastalık (ör: son bir yıl içinde depresyon)

-ve başka (ör: multipl skleroz, guatr gibi)

ŞU SİRALARDA (son bir ay içinde), aşağıdaki sorunlardan biri sizde var mı?

(Bu sorunlardan herhangi biri bu son bir ay içinde bir doktora başvurmanıza yol açmış veya doktora başvurmayı düşündürecek kadar yoğun şikayet konusu ise işaretleyiniz)

-artrit (eklem hastalığı) veya romatizma

-siyatik veya sırt veya bel ağrısı gibi sorunlar

-sık tekrarlayan ve/veya şiddetli baş ağrıları

-kronik akciğer hastalığı

-sindirim sistemi rahatsızlığı (ör: gastrit, ülser, enterit, kolit)

-dermatit veya başka kronik deri döküntüleri

-psikolojik sorun (ör: bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurmayı düşündürecek kadar yoğun üzüntü, çöküntü, yoğun kaygı, endişe, sıkıntı, aşırı alkol alma gibi)

-sık veya sürekli kullanılan ilaç (varsa ilaç adı)

-ve başka.

EK5. AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU (FSS GRUBU)

Protokol No:

AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

1) En az 6 aydır belli aralıklarla devam eden-tekrarlayan ağrı şikayeti:

1.Var

2.Yok

(Yukarıdaki soruya "2.Yok" cevabını vermişseniz aşağıdakileri ve diğer testleri cevaplamayın. Kronik ağrının varlığına ilişkin bu sorunun cevaplanmasında adet sancıları değerlendirilme dışı tutulmalıdır. Ancak adet dönemlerinizi normalin çok üstünde bir ağrıyla yaşadığınızı düşünüyorsanız lütfen bunu aşağıdaki alanda ayrı olarak belirtiniz).

Adet Dönemleriyle İlgili Açıklama:

2) Ağrının türü (baş, bel, kol, omuz...):

3) Başlangıç yaşı:

4) Ağrının şiddeti: 1.Hafif 2.Orta 3.Şiddetli 4.Çok Şiddetli 5.Dayanılmaz

5) Ağrının sıklığı: 1.Senede 1'den az 2.Senede birkaç defa 3.Ayda 1-2 4.Haftada 1-2
5. Her gün, günde 1 defa 6.Her gün, günde birkaç defa 7.Devamlı

6) Ağrı Öyküsü: 1. Ağrı başlangıcında ameliyat, enjeksiyon vb. tıbbi bir müdahale var
2. Ağrı başlangıcında ameliyat, enjeksiyon vb. tıbbi bir müdahale yok

7) Ağrının şiddeti (sayıyla): 0: hiç ağrı yok, 10: hayatımda yaşadığım en dayanılmaz ağrı ise;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) Ağrı olacak korkusuyla yapmaktan kaçtığım aktiviteler(okul, iş, sosyal aktiviteler gibi...):.....

9) Ağrı başlar başlamaz ne yapıyorum?(yatmak, eve dönmek, dolaşmak, ilaç almak vb.):.....

10) Ağrı varken yapamadıklarım (okul, sınav, ev işi, gezmek vb.):.....

Protokol No:

11) Yakınlarımla ağrıyla ilgili tepkileri (kızmak, ilaç vermek, masaj, doktora/acile götürme, vb.):.....

12) Bu ağrı şikayeti ile ilgili şu an kullandığım ağrı kesiciler:

İsim:

Ayda kaç tane / kutu:

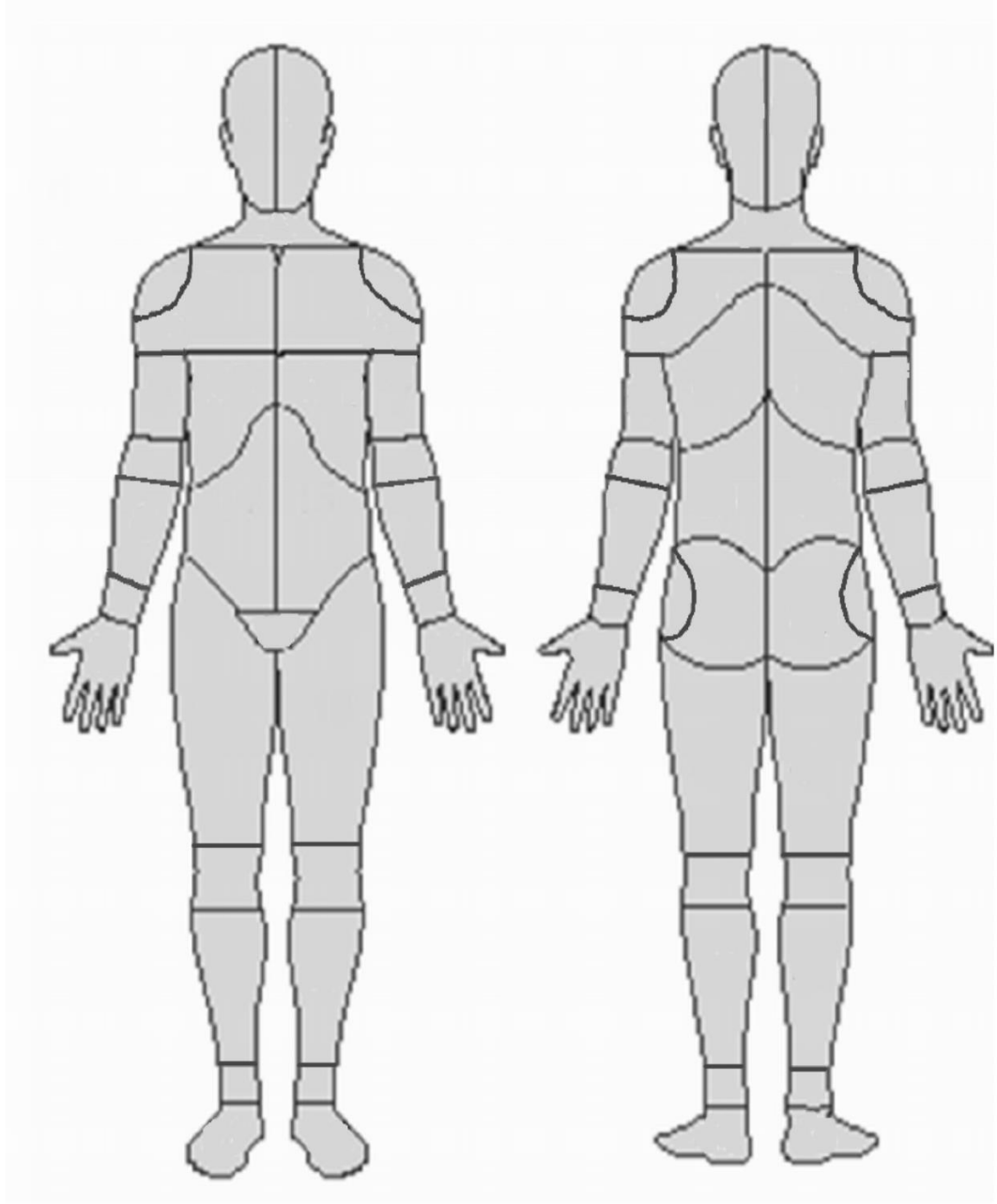
- Lütfen aşağıdaki soruyu cevaplamadan önce ağrılarınızın başlangıcından bu yana ağrılarınız için başvurduğunuz tüm tedavileri hatırlamaya çalışınız ve ardından bunları tek tek not ediniz.
- Tıbbi-tıp dışı tedavilerin yazımında kriter olarak alınması gereken ağrılarınız için kaç farklı doktora başvurulduğudur. Ağrılarınızın bir doktorun gözetiminde olduğu dönemlerde aynı doktorla gerçekleştirmiş olabileceğiniz çok sayıda görüşme tek bir tedavi olarak değerlendirilmelidir.

Bu ağrı şikayeti ile ilgili tıbbi-tıp dışı tedavi ve başvurular (kaç farklı doktor/hangi hastane/ne zaman ya da ne zamandır/ne kadar süre):

**EK 6. AĞRI LOKALİZASYONU VÜCUT DİYAGRAMI (ALVD)
(FSS GURUBU)**

AĞRI LOKALİZASYONU VÜCUT DİYAGRAMI

Lütfen ağrılarınızın bulunduğu **bölge ya da bölgeleri** aşağıdaki vücut diyagramında işaretleyiniz.



EK 7. SEMPTOM YORUMLAMA ANKETİ (SYA)

ÖLÇEK 1

Aşağıda daha önce yaşamış ya da yaşamamış olabileceğiniz durumlar vardır. Her bir durum için durumunuzu en iyi açıkladığını düşündüğünüz açıklamayı işaretleyiniz. Lütfen her soruya cevap veriniz. Aynı zamanda bu durumu **son üç ay** içinde geçirip geçirmediğinizi **EVET** veya **HAYIR** seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve gerekirse yardım isteyiniz.

A Pek değil

B Bazen

C Sık sık

D Çok sık

1. Eğer uzun süren bir baş ağrım olmuşa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Canım sıkındır..... **A B C D**
Kaslarımda, sinirlerimde ya da beynimde bir şey vardır..... **A B C D**
Yüksek bir ses, parlak ışık veya başka bir şey beni rahatsız etmiştir..... **A B C D**

Son üç ayda uzun süren bir baş ağrınız oldu mu?

EVET HAYIR

2. Eğer çok terliyorsa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Bir ateş ya da ateşli hastalığım olmalıdır..... **A B C D**
Gergin veya sinirliyimdir..... **A B C D**
Oda çok sıcaktır, aşırı giyiniğimdir ya da çok çalışmışımdır..... **A B C D**

Son üç ayda çok fazla terlediğinizi fark ettiniz mi?

EVET HAYIR

3. Birdenbire başım dönerse şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Kalbimde ya da kan basıncımda bir sorun vardır..... **A B C D**
Yeterince yemek yemiyordum ya da birden ayağa kalkmışımdır..... **A B C D**
Çok fazla stres altında olmalıyım..... **A B C D**

Son üç ayda başınız döndü mü?

EVET HAYIR

4. Ağzımın kuru olduğunu fark edersem, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Bir şeyden korkmuş ya da heyecanlanmışımdır..... **A B C D**
Daha fazla sıvı içmem gerekir..... **A B C D**
Tükürük bezlerimle ilgili bir sorun vardır..... **A B C D**

Son üç ayda ağız kuruluğu oldu mu?

EVET HAYIR

5. Eğer kalbimin göğsümün içinde güm güm attığını hissedersen, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Çok egzersiz yapmış veya çok kahve içmişimdir..... **A B C D**
Gerçekten heyecanlanmış veya korkmuşumdur..... **A B C D**
Kalbimde bir sorun vardır..... **A B C D**

Son üç aydan kalbinizin güm güm attığını hissettiniz mi?

EVET HAYIR

6. Yorgun hissediyorsam, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Duygusal olarak tükenmişimdir veya moralim bozuktur.....A B C D

Aşırı egzersiz yapıyorumdur veya yeterince yapmıyorumdur.....A B C D

Anemi ya da kansızlığım vardır.....A B C D

Son üç ayda kendinizi yorgun hissettiniz mi?

EVET HAYIR

7. Eğer ellerim titriyorsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Nörolojik bir sorunuz vardır.....A B C D

Çok sinirliyimdir.....A B C D

El kaslarım yorulmuştur.....A B C D

Son üç ayda ellerinizde titreme fark ettiniz mi?

EVET HAYIR

8. Uyumakta bir zorluğum varsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Bir tür ağrı veya bedensel rahatsızlık beni uyanık tutmaktadır.....A B C D

Yorgun değilimdir ya da çok kahve veya çay içmişimdir.....A B C D

Çok kaygılıyım ya da bir şeye sinirlenmişimdir.....A B C D

Son üç ayda uyumakta zorlandınız mı?

EVET HAYIR

9. Midem bozuksa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Çok endişelendiğim için hastalanmışımdir.....A B C D

Nezle olmuşumdur ya da midem tahriş olmuştur.....A B C D

Yediğim bir şey dokunmuştur.....A B C D

Son üç ayda midenizin bozulduğu oldu mu?

EVET HAYIR

10. Eğer iştahım kesikse şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Çok yiyorumdur veya vücudumun eskisi kadar gıdaya ihtiyacı yoktur.....A B C D

O kadar endişeliyimdir ki gıdadan tat alamıyorumdur.....A B C D

Bir mide veya barsak sorunuz vardır.....A B C D

Son üç ayda iştahınızda kesilme oldu mu?

EVET HAYIR

11. Çok sık nefes alıp veriyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Akciğerlerimde su toplanması veya mikrop vardır veya kalbimde sorun vardır.....A B C D

Oda çok boğucudur ve hava çok kirlidir.....A B C D

Aşırı heyecanlı veya gerginimdir.....A B C D

Son üç ayda çok sık nefes alıp verdiğiniz oldu mu?

EVET HAYIR

12. El ve ayaklarımda hissizlik ve karıncalanma fark edersem şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Duygusal stres altındayım.....A B C D

Sinirlerimde veya kan dolaşımda yanlış bir şeyler vardır.....A B C D

Üşümüşümdür veya elimde ayağımda uyuşma olmuştur.....A B C D

Son üç ayda el ve ayaklarınızda hissizlik ve karıncalanma hissettiniz mi? **EVET HAYIR**

13. Eğer kabız olmuşsam ve düzenli büyük abdeste çıkamıyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Yeterince meyve veya posalı gıda almıyorumdur.....A B C D

Çok gergin olduğum için düzenli dışarı çıkamıyorumdur.....A B C D

Bağırsaklarımda bir sorun vardır.....A B C D

Son üç aydır kabız olduğunuz ve düzenli olarak dışarı çıkamadığınız oldu mu? **EVET HAYIR**

EK 8. TORONTO ALEKSİTİMİ SKALASI (TAS-20)

ÖLÇEK 2

Lütfen aşağıdaki sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

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

		Hiçbir 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 çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6.	Keyfim kaçtığı anda 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 hazı azaltır.	1	2	3	4	5

EK 9. BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ (BDAÖ)

ÖLÇEK 3

Aşağıda bazı cümleler yer almaktadır. Her bir madde için sizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz açıklamayı **Tamamen bana uymaz (1)....., Tamamen bana uyar (5)** olacak şekilde işaretleyiniz. Durumların sizi ne ölçüde yansıttığına karar verirken aklınızdan geçen ilk maddeyi işaretlemeye özen gösteriniz. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve gerekirse yardım isteyiniz.

		Tamamen bana uymaz	Nadiren bana uyar	Bazen bana uyar	Sık sık bana uyar	Tamamen bana uyar
1.	Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2.	Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3.	Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4.	Bir yerim morardığından uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
5.	Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6.	Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7.	Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8.	Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9.	Ufak bir böcek ya da sinek ısırgı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10.	Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK 10. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

ÖLÇEK 4

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 çeşit seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki rakamın üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
8. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum.
13. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
16. (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
19. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3) Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum.
Evet Hayır
20. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.