

Fibromiyalji Sendromu Olan Kadın Hastalarda Aleksitimi, Mizaç ve Karakter Özellikleri

Alexithymia, Temperament and Character Characteristics in Women with Fibromyalgia Syndrome

Erkan KAYA, Deniz ERDEN, Ali Hikmet KAYAR, Mehmet Zeki KIRALP*

Bursa Asker Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servisi, Bursa, Türkiye

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servisi, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Fibromiyalji sendromunda bedensel ve psöşik belirtiler görülür ve bu psöşik etmenlerin hastalığın kliniğinde önemi rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışma; karakter ve mizaç özellikleri ile aleksitiminin hastanın kliniğinde oynadığı rolü araştırarak, fibromiyaljinin daha iyi anlaşılması amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran fibromiyalji sendromu tanısı konan 36 kadın hasta ve 34 sağlıklı kontrolle yürütüldü. Bireyler Mizaç ve Karakter Ölçeği, 20x Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği, Fibromiyalji Etkilenme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği ve sosyodemografik özellikleri sorgulayan bir görüşme formu kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grup eğitim yılı, medeni durum ve ekonomik durum açısından birbirine benzer yapıda idi. Zarardan kaçınma, sebat etme alt ölçeği, aleksitimi ve depresyon puanları fibromiyalji grubunda sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Fibromiyalji grubunun zarardan kaçınma puanları ile depresyon puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulundu.

Sonuç: Fibromiyaljili hastalarında karakter ve mizaç özelliklerinin belirlenmesinin ardından, fibromiyalji tedavisinde özellikle serotonin seviyelerini yükseltecek farmakolojik ajanlar kullanılmalıdır. Aynı zamanda aleksitimik kişilik yapısının sık görülmesi de göz önünde bulundurulmalı ve kişilerin duygularını açığa çıkarabilecek, kelime hazinesini güçlendirebilecek başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2010;56:105-10.*

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, depresyon, fibromiyalji, karakter, mizaç

Summary

Objective: Somatic and psychic symptoms are seen in the fibromyalgia syndrome. And it is suggested that these psychic factors plays an important role in the clinical presentation of this syndrome. This study was planned to understand fibromyalgia through investigating the role of alexithymia, temperament and character in the clinic of this illness.

Materials and Methods: This study was carried out in the Physical Therapy and Rehabilitation outpatient clinic on 36 women with fibromyalgia syndrome and 34 healthy women. The subjects were evaluated by the Temperament and Character Inventory, the 20-item Toronto Alexithymia Scale, Fibromyalgia Impact Questionnaire, Beck Depression Scale, and sociodemographic data form.

Results: These two groups were similar to each other in terms of age, years of education, and marital and economical status. Harm avoidance subscale, persistence, depression and alexithymia scores were higher in the fibromyalgia syndrome group compared to the healthy control group. A statistically significant correlation was detected between harm avoidance scores and depression scores in the fibromyalgia group.

Conclusion: After determination of character and temperament characteristics of patients with fibromyalgia, pharmacological agents especially increasing the serotonin levels should be used in the treatment of fibromyalgia. At the same time, the prevalence of alexithymic personality should be kept in mind, and coping strategies for strengthening the patient's vocabulary and revealing his/her emotions should be developed. *Turk J Phys Med Rehab 2010;56:105-10.*

Key Words: Alexithymia, character, depression, fibromyalgia, temperament

Giriş

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın kas ağrıları, yorgunluk, bitkinlik ve uyku bozukluğu ile seyreden hassas noktaların tanıda önemli yer aldığı kronik bir ağrı sendromudur. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, FMS'li hastaların hissettikleri yaygın ve kronik ağrının gelişiminde, anormal periferik ve santral ağrı mekanizmalarının veya her ikisinin genetik faktörlerle birlikte rol oynadığına işaret etmektedir (1-4). FMS'de psikiyatrik bozukluk eş tanısı sık görülmekte olup en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon, somatoform bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluktur (5-8). Son yıllarda etiolojide psikobiyolojik yaklaşım ve genetik araştırmalar yaygınlık kazanmıştır. Cloninger'in (9) geliştirdiği psikobiyolojik kişilik kuramı nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgiler sentezi üzerine kurulmuştur. Cloninger'in kişilik modeli dört mizaç (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir. Duyguları tanımada, ayırt etmede ve tanımlamada yetersizlik olarak tanımlanan aleksitimik kişilik yapısında duygusal durumların yanlış olarak fiziksel hastalık şeklinde algılanması ve yorumlanması çok sık görülür (10,11). Biz, bu çalışmamızda FMS olan kadın hastalarda Cloninger'in psikobiyolojik kuramı çerçevesinde mizaç-karakter özelliklerini ve aleksitiminin belirlenmesini ve depresyonla ilişkilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Ocak 2007-Nisan 2008 tarihleri arasında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran Amerikan Romatoloji Birliği sınıflama kriterlerine göre FMS tanısı alan kadın hastalar alınmıştır. Çalışmada kullanılacak ölçeklerden sağlıklı bilgi edinilebilmesi için lise mezunu olmayan hastalar psikolojik değerlendirmeye alınmamıştır. Devam eden intihar düşüncesi, psikotik bozukluk, ilerlemiş nörolojik bozukluğu ve son bir ay içinde psikotrop ilaç kullanma hikayesi olan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Yaşları 32-67 arasında olan toplam 36 kadın hasta FMS grubunu oluştururken, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, ağrı şikayeti bulunmayan, araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden yaşları 30-57 arasında değişen eğitim düzeyi lise ve üstü olan toplam 34 kadın kontrol grubunu oluşturmuştur. Değerlendirmeler fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı ve uzman psikolog tarafından yapılmıştır.

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Beck depresyon Ölçeği (BDÖ), Mizaç-Karakter Envanteri (MKE), Fibromiyalji Etkilenme Anketi (FEA) uygulanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen 21 belirti kategorisini içeren bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (12) tarafından yapılmıştır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ): Evet-hayır şeklinde cevaplanan 26 sorudan oluşan kendinden bildirim ölçeğidir. Onbir puanın üstü aleksitimik olarak değerlendirilir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy (13) tarafından yapılmıştır.

Fibromiyalji Etkilenme Anketi (FEA): On maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. İlk madde her biri 0-3 arasında puanlanan Likert tipi 10 sorudan oluşmuştur. İkinci ve üçüncü maddelerde hastalıktan etkilenme ve işe gidememe tespiti için gün işaretlemesi istenir. Elde edilen puan 10'a uyarlanır. Kalan yedi soru Görsel Eşdeğer Ölçeği'nde uygun yerin işaretlenmesi esasına dayanır. Puan aralığı 0-100'dür (14). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarmer ve ark. (15) tarafından yapılmıştır.

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE): 240 maddeden oluşan doğru/yanlış tarzında doldurulan 17 yaş ve üzeri kişilere uygulanabilen kendinden bildirim ölçeğidir. Yanıtlama süresi sınırsız olup genellikle 30 ile 45 dakika arasında yanıtlanabilmektedir. MKE yedi mizaç ve karakter boyutunu temsil eden toplam 24 alt boyuttan oluşmaktadır. Söz konusu kişilik tanımında; yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme (SE) mizaç boyutunu, kendini yönetme (KY), iş birliği yapma (İY) ve kendini aşma (KA) ise karakter boyutunu oluşturmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirliği Köse ve ark. (16) tarafından yapılmıştır.

Tüm istatistiksel analizler SPSS 15.0 programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma olarak verildi. İki grubun değerlerini karşılaştırmak için parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanıldı. Bireylerin tüm ölçeklerden elde ettiği puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplandı. Her bir grup için FEA değerlerine MKE alt gruplarının, TAÖ ve BDÖ'nün etkileri için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. p değeri için p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Yaş ortalaması FMS grubunda ortalama 49,44±8,73 yıl (32-67 arasında) iken kontrol grubunda ise ortalama 37,50±5,85 yıl (30-57 arasında) olarak saptandı. FEA skoru FMS grubunda ortalama 68,14±12,98 (32,18-1,53 arasında), kontrol grubunda ortalama 18,74±14,50 (0-48 arasında) idi. BDÖ puanı ise FMS grubunda ortalama 20,81±12,27 (1-68 arasında), kontrol grubunda ortalama 6,88±4,08 (1-16 arasında) saptandı. Her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu (p<0,001) (Tablo 1).

FMS grubunun TAÖ puanı ortalama 13,81±3,21 (8-22 arasında) iken kontrol grubunda TAÖ puanı ortalama 10,41±3,32 (2-18 arasında) idi. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001) (Tablo 1).

Her iki grubun MKE alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo-1'de verilmiştir. FMS grubunun ZK ve SE alt boyutundan aldığı ortalama puan yüksektir ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

KY karakter alt boyutunda kontrol grubunun aldığı puan ortalaması FMS grubunun ortalamasından yüksekti ve iki grubun ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Her iki grubun YA, ÖB, İY, KA alt ölçeklerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

FMS grubunun FEA, BDÖ, TAÖ ve MKE'nin alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar arasındaki korelasyon katsayıları Tablo-2'de verilmiştir. Hastaların ZK puanları ile BDÖ puanları arasında anlamlı yüksek düzeyde ilişki bulundu. Bireylerin ZK puanları

yükseldikçe depresyon puanları da yükselmiştir. Buna karşın ZK puanları ile TAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. BDÖ, TAÖ puanları ile KY karakter alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak ters yönde ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde TAÖ puanları ile KA puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki saptandı.

Kontrol grubunun FEA, BDÖ, TAÖ ve MKE'nin alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 3'de verilmiştir. FEA puanları ile KY puanları arasında anlamlı ters yönde korelasyon bulundu. BDÖ puanları ile TAÖ, ZK ve ÖB puanları arasında, TAÖ puanları ile BDÖ, ZK, YA, KY, İB, SE puanları arasında korelasyon bulundu.

Her iki grup için FEA'nın bağımlı değişken alındığı doğrusal regresyon analizinde FMS grubunda FEA değerinin sadece %11'ni BDÖ puanı açıklamıştır (Tablo 4). Diğer alt gruplar arasında ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 5).

Tartışma

FMS konusundaki ilk çalışmalar 60 yıl öncesine kadar uzanmaktadır. 1942'de yayınlanan bir makalede fibrozit tanısı konmuş olan hastaların %70'inde psikolojik bozukluk saptandığı bildirilmektedir (8). 1950 ve 1960 yıllarında genellikle FMS'nin bir psikojenik romatizma manifestasyonu olduğu düşünülmekte ve bu hastalar histerik olarak görülmekteydi. Günümüzde bile birçok klinisyende bu görüşün izleri sürmektedir (17). Son yıllardaki çalışmaların bir kısmında primer fibrozitli hastalar mükemmeliyetçi, kendini aşırı zorlayan ve aşırı duyarlı olarak tanımlanmıştır (18).

FMS ile birlikte en yaygın bulunan bozukluklar majör depresyon, somatisasyon bozukluğu, panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluktur (19). Cloninger ve ark. (9) yaptıkları çalışmada kronik ağrı tanısı alan hastalarla sağlıklı kontrol grubunun kişilik bozuklukları ve mizaç-karakter

Tablo 1. Fibromiyalji Sendromu grubu ve kontrol grubunun karşılaştırılması.

	FİBROMİYALJİ SENDROMU GRUBU				KONTROL GRUBU				
	n	Minimum	Maksimum	Ortalama±SS	n	Minimum	Maksimum	Ortalama±SS	p
Yaş	36	32	67	49,44±8,73	34	30	57	37,5±5,85	,000**
FEA	36	32,18	91,55	68,14±12,98	34	0	48	18,74±14,15	,000**
TAÖ	36	8	22	13,81±3,21	34	2	18	10,41±3,32	,000**
BDÖ	36	1	68	20,81±12,27	34	1	16	6,88±4,08	,000**
KY	36	14	43	25,75±6,95	34	14	42	32±7,18	,001**
SE	36	2	8	5,36±1,72	34	2	8	4,58±1,74	,049*
ÖB	36	9	20	15±2,55	34	9	21	13,94±3,06	,078
ZK	36	6	32	19,41±6,46	34	6	26	14,76±5,11	,002**
İY	36	19	40	30,03±5,83	34	17	37	29,94±5,2	,944
KA	36	9	28	18,19±5,06	34	5	28	15,82±6,56	,107
YA	36	3	27	16,44±4,81	34	11	25	18,23±4,06	,125

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi, ZK: Zarardan Kaçınma, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, TAS: Toronto Aleksitimi Skoru, YA: Yenilik Arayışı, KY: Kendini Yönetme, SE: Sebat Etme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma, SS: Standart Sapma
**P<0,01 *P<0,05

Tablo 2. FMS grubunun fibromiyaljiden etkilenme düzeyi, depresyon, aleksitimi ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları.

		FEA	TAÖ	BDÖ	KY	SE	ÖB	ZK	İY	KA	YA
FEA	r	1	-,031	,333	,176	,139	-,077	,138	,005	-,143	-,049
	p		,858	,047*	,304	,304	,655	,421	,978	,407	,775
	n	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
TAÖ	r	-,031	1	,158	-,505	,219	,087	,201	-,204	,386	-,061
	p	,858		,358	,002**	,199	,614	,241	,233	,020*	,725
	n	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
BDÖ	r	,333	,158	1	-,384	-,060	-,138	,433	-,003	,051	-,364
	p	,047*	,358		,021*	,728	,423	,008**	,987	,767	,029*
	n	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi, ZK: Zarardan Kaçınma, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, YA: Yenilik Arayışı, KY: Kendini Yönetme, SE: Sebat Etme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma
**P<0,01 *P<0,05

özelliklerini karşılaştırmışlar, kronik ağrılı hastaların ZK mizaç boyutunda yüksek puan, İY ve KY boyutlarında ise düşük puan aldığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Anderberg ve ark. (20) FMS tanısı alan kadın hastalarda kişilik profillerini MKE ile incelemiş, FMS tanısı alan hastaların ZK mizaç boyutunda sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek puan aldığı ve ZK ile anksiyete, depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Tse ve Bond (21) da ZK boyutu ile depresif durum ve kaygı bozuklukları arasında pozitif ilişki saptamıştır. Biz de çalışmamızda FMS'li hastaların ZK puanlarını kontrol grubuna göre yüksek ve ZK puanları ile depresyon ölçüm sonuçları arasında anlamlı ilişki bulduk.

FMS'nin etiyojisine ilişkin hipotezler arasında üzerinde en çok durulanlardan biri seratonin hipotezidir (22). Bilindiği gibi seratonin ağrı oluşumunda depresyon ve anksiyete bozukluklarının etiyojisindeki rolü en çok tartışılan nörotransmitterlerden biridir. Yunus ve ark. (23) da FMS hastalarında BOS'da seratonin, noradrenalin ve dopamin metabolik düzeylerinin belirgin derecede düşük olduğunu saptamışlardır. Cloninger'in kişilik modeli davranış görünümleri ile nörotrans-

mitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Mizaç ve karakter alt boyutlarında YA dopamin, ZK seratonin, ÖB norepinefrin, SE ise glutaminerjik aktivasyon arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Cloninger'in psikobiyojik yaklaşımına dayalı geliştirilen MKE genetik temele dayandığı ZK eğiliminin seratonin aktivasyonla ilişkili olduğu ve ZK eğilimi yüksek bireylerde serotoninerjik aktivasyon arasında ters ilişki olduğuna dair araştırma sonuçları da mevcuttur (24). ZK boyutu korku-kaçınma davranışına yatkınlığı artıran kişilik boyutu olarak ele alınmıştır. Korku-kaçınma modelinde ağır felaket habercisi olarak yorumlanır ve korku-kaçınma davranışı doğar. Böylece de uzun vadede ağır probleminin kötüleşmesine yol açıldığı düşünülmektedir.

Aleksitimi önceleri psikosomatik hastaların kişilik özelliği olarak düşünülüp kişinin oluşan sıkıntıyı bedensel belirti geliştirerek cevap verme şekli olarak yorumlanmaktaydı. Aleksitiminin FMS gibi kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğu bildirilmekle birlikte bu görüşü desteklemeyen yayınlar da mevcuttur. Sayar ve ark. (25) TAÖ kullanarak yaptıkları çalışmada FMS gurubunu sağlıklı kontrol gurubundan daha

Tablo 3. Kontrol grubunun fibromiyaljiden etkilenme düzeyi, depresyon, aleksitimi ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları.

		FEA	TAÖ	BDÖ	KY	SE	ÖB	ZK	İY	KA	YA
FEA	r	1	,021	,047	-,347	-,298	-,080	,188	,013	-,118	-,059
	p	-	,908	,791	,044*	,087	,651	,288	,943	,507	,740
	n	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
TAÖ	r	,021	1	,526	-,480	-,546	,229	,466	-,489	,259	,544
	p	,908	-	,001**	,004**	,001**	,193	,005**	,003**	,139	,001**
	n	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
BDÖ	r	,047	,526	1	-,322	-,296	-,382	,585	-,052	,336	,282
	p	,791	,001**	-	,063	,089	,026*	,000**	,772	,052	,106
	n	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34

FEA: Fibromiyalji Etki Anketi, ZK: Zarardan Kaçınma, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, YA: Yenilik Arayışı, KY: Kendini Yönetme, SE: Sebat Etme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma
**P<0,01 *P<0,05

Tablo 4. FMS grubunda FEA'nın bağımlı değişken olarak alındığı lineer regresyon modelinde belirleyici değişkenler.

n=36	B	Standart hata	Beta	t	p
Yaş	0,292	0,3	0,196	0,975	0,339
TAÖ	0,306	0,852	0,076	0,359	0,723
BDÖ	0,504	0,238	0,477	2,124	0,044*
KY	0,734	0,479	0,393	1,531	0,138
SE	1,324	1,413	0,176	0,937	0,358
ZK	0,217	0,444	0,108	0,488	0,63
İY	-0,237	0,486	-0,107	-0,487	0,63
ÖB	0,222	1,102	0,044	0,201	0,842
KA	-0,194	0,565	-0,076	-0,344	0,734
YA	0,649	0,595	0,241	1,09	0,286

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, KY: Kendini Yönetme, SE: Sebat Etme, ZK: Zarardan Kaçınma, İY: İşbirliği Yapma, ÖB: Ödül Bağımlılığı, KA: Kendini Aşma, YA: Yenilik Arayışı
*P<0,05

aleksitimik bulmuşlardır. Ancak kronik ağrısı olan romatoid artrit olan hastalarla arasında anlamlı fark bulamamışlardır. Benzer şekilde Madenci ve ark. (26) FMS'li hastaların depresyon, anksiyete ve aleksitimi puanlarının kontrol grubunda daha yüksek olduğunu, aleksitiminin etiyolojisi tam olarak bilinmeyen hastalıklarda dikkate alınması gerektiği belirtmişlerdir. Öte yandan Malt ve ark. (27) çalışmalarında FMS'li hasta grubu ile kontrol grubunun aleksitimi puanları arasında anlamlı fark bulamamışlardır. Bizim yapmış olduğumuz çalışmamızda ise FMS grubunun kontrol grubundan daha aleksitimik olduğu görülmüştür.

Aleksitimik insanlar, duygularını tanımadıkları için, kendilerini hep işlerine yoğunlaştırarak düşünürler hayal de kuramazlar. Sayar aleksitimi kavramına Türkçe olarak 'duygu sağırlığı' adını vermiş ve aleksitimisi olan insanları "Daha robotik, kuru, etrafına sıcaklık vermeyen insanlar" olarak tanımlamıştır. Bu insanların anlamak ve anlatmak zorlukları olduğu için en büyük zararları yine kendilerine verilirler. Öncelikle bedensel rahatsızlıklara daha sık yakalanırlar, çünkü ifade edilmeyen duygular bir şekilde vücutta kendilerine çıkış kanalı bulurlar. Somatizasyon dediğimiz durum, ruhsal çatışmaların bedensel hadiselerle dışarı verilmesidir. Bu tür insanlar daha fazla somatizasyon gösterirler, duygularını tarif edemedikleri için ya baş ağrısı, ya da karın ağrısı çekerler (25). Çalışmamızda da görüldüğü gibi kronik ağrı çeken hastalarda da aleksitimi sık görülmektedir. Bu nedenle de diyebiliriz ki ağrı aleksitimi düzeyini etkileyebilmektedir.

Aleksitimi ve depresyon arasındaki ilişki ise uzun zamandan beri incelenmiş olup çalışmaların çoğunda ortaya çıkan sonuç aleksitimi varlığının depresyonda depresif belirti örüntüsünü ve şiddetini etkilediği yönündedir (28). Aleksitimi ölçeği olarak kullanılan TAÖ; duyguları tanımda güçlük, duyguları söze dökmeye güçlük ve dışa dönük düşünmede güçlük olmak üzere 3 alt boyuta, BDÖ ise umutsuzluk, kendine yönelik olumsuz duyguları, bedensel kaygılar ve suçluluk duyguları olmak üzere 4 alt boyutu içermektedir. BDÖ kişinin soruları sağlıklı yanıtlayabilmesi için depresif temadaki duygularının farkındalığına sahip olması gerekmektedir. Halbuki aleksitimik bireyler duygu farkındalığı sorununu yaşayan bireylerdir. Sağlıklı kontrol grubun-

da bireylerin aleksitimi puanları ile depresyon ölçümleri arasında anlamlı ve yüksek korelasyon bulunmuştur. FMS grubunun depresyon puanları kontrol grubundan daha yüksek çıkmıştır. Elde edilen sonuç daha önce bu konuda yapılan çalışma sonuçları ile tutarlıdır. Doğan ve Hizmetli (29) FMS'li hastalarda saptadıkları depresyon oranının (%54,8) genel toplumda rastlanan depresyon (%8,20) oranında daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Taşkın ve ark. (30) FMS'de depresyonun önemli oranda tabloya eşlik ettiği sonucuna ulaşırken benzer şekilde Bilgici ve ark. (31) FMS'li hastaların kontrol grubundan daha yüksek oranda depresyon ve anksiyeteye sahip olduğunu gözlemlemişlerdir.

Yazarlar genel tıbbi pratikte FMS'li hastalarda rastlanan depresyonun psikiyatride gözlenenenden farklı bir karakteri olduğunu, intihar sıklığının daha düşük bulunduğunu, kötümserlik, çaresizlik ve anksiyetenin ise daha fazla görüldüğünü ileri sürmüşlerdir. Nispeten daha az suçluluk duygusu yaşayan bu hastaların, diğer insanları suçlamaya eğilimli oldukları ve benlik saygılarını iyi düzeyde korudukları bildirmişlerdir. Yaşadıkları depresyon kasvetli ve anlaşılmaz bir duygu durum, hayattan zevk almada azalma, zayıf bir motivasyon ve konsantrasyon bildirilen somatik semptomlarda artış ile karakterizedir (30,31). Bu bilgiler ışığında BDÖ yerine depresyonun şiddetini ölçen başka bir ölçekle çalışıldığında sonuçların nasıl olacağı düzenlenecek bir başka araştırma konusu olabileceği kanaatindeyiz.

FMS'li hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı daha farklı TAÖ, BDÖ, ZK, KY ve SE puanları vardır. Ancak FEA'nın bağımlı değişken olarak alındığı çoklu doğrusal regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sadece BDÖ puanları FEA'nın %11 gibi düşük bir oranı açıklamaktadır. FMS olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri hastalığın oluşumuna etki göstermekle birlikte hastalığın şiddetine bir etki göstermemektedir.

FMS'li hastalar genellikle tanı konmadan önce uzun süren invaziv tetkiklerden geçmiş, farklı doktorlar tarafından değerlendirilip, anlaşılmadığı duygusuna kapılmış olabilirler. "Hastalık hastası" olarak değerlendirilecekleri ve rahatsızlıklarının önemsenmeyeceği ile ilgili endişe hissedebilirler. Bu nedenle tedavide hekimin FMS'li hastalarla iyi bir iletişim içinde olması önemlidir.

Tablo 5. Kontrol FEA'nın bağımlı değişken olarak alındığı lineer regresyon modelinde belirleyici değişkenler.

n=36	B	Standart hata	Beta	t	p
Yaş	0,827	0,494	0,342	1,674	0,38
TAÖ	-2,369	1,308	-5,556	-1,811	0,083
BDÖ	-0,56	0,875	-0,162	-0,64	0,528
KY	-0,928	0,471	-0,471	-1,97	0,61
SE	-2,327	1,924	-0,287	-1,21	0,239
ZK	1,094	0,845	0,395	1,295	0,208
İY	0,445	0,606	0,163	0,734	0,47
ÖB	-2,681	1,337	-0,58	-2,006	0,057
KA	0,512	0,545	0,237	0,94	0,357
YA	1,367	0,93	0,393	1,47	0,155

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, KY: Kendini Yönetme, SE: Sebati Etme, ZK: Zarardan Kaçınma, İY: İşbirliği Yapma, ÖB: Ödül Bağımlılığı, KA: Kendini Aşma, YA: Yenilik Arayışı
*P<0,05

Bizim çalışmamızda da FMS'li hastalarda aleksitimik kişilik yapısının sık görülmesini göz önünde bulundurursak, FMS tedavisinde kişilerin duygularını açığa çıkarabilecek, kelime hazinelerini güçlendirecek, kendi kendilerini yönetebilecek, kendi kendilerini aşabilecek başa çıkma stratejileri geliştirmenin gerekli olduğu kanaatine vardık.

Kaynaklar

- Nordahl HM, Stiles TC. Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry* 2007;9:6-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Bradley LA, Alarcon GS. Fibromyalgia. In: Kopman WJ (ed). *Arthritis and Allied Conditions*. 14th edition. Philadelphia: Zippincot&Williams&Wilkins; 2001.p.1811-44.
- McBeth J, Silman AJ. The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001;3:157-64. [Abstract]
- Gür A. Fibromiyalji'de etiopatogenez. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2008;54:4-11. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000;27:212-9. [Abstract]
- Soran N, Altındağ Ö, Demirkol A. Fibromiyalji sendromunda depresyon düzeyi ve klinik parametrelerle ilişkisi. *Romatizma* 2008; 23:1-4. [Abstract] / [PDF]
- Yunus MB. Fibromyalgia an overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36:339-56. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Tot Ş, Toros F. Fibromiyalji sendromunun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:232-9. [Abstract] / [PDF]
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90. [Abstract] / [PDF]
- Güleç H, Sayar K, Topbaş M, Karakucak M. Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15:191-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristic in psychosomatic patients. *Psychother Psychom* 1973;22:255-62. [Abstract] / [PDF]
- Hisli N. Beck Depresyon Ölçeğinin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1988;6:118-22.
- Dereboy F. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1990;1:157-66.
- Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728-33. [Abstract]
- Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000;20:9-12. [Abstract] / [Full Text]
- Köse S, Sayar K, Ak I, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar I, et al. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlilik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004;4:107-31. [Abstract] / [PDF]
- Goldenberg DL. Psychiatric and psychologic aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989;15:105-14. [Abstract]
- Smythe HA. Fibrositis and other diffuse musculoskeletal syndromes. In: WN Kelley, ED Harris (eds). *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: WB Saunders; 1980. p.485-93.
- Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med* 2001;134:917-25. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J. Personality traits on basis of the temperament and character inventory in female fibromyalgia syndrome patients. *Nord J Psychiatry* 1999;53:353-9. [Abstract] / [Full Text]
- Tse WS, Bond AJ. Serotonergic involvement in the psychosocial dimension of personality. *J Psychopharmacol* 2001;15:195-8. [Abstract] / [PDF]
- Nampiarampil DE, Shmerling RH. A review of fibromyalgia. *Am J Manag Care* 2004;10:794-800. [Full Text] / [PDF]
- Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991;34:15-21. [Abstract]
- Peirson AR, Heuchert JW. The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Personality and Individual Differences* 2001;30:391-9. [Abstract] / [PDF]
- Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2001;2:36-42.
- Madenci E, Herken H, Keven S ve ark. Fibromiyalji sendromlu hastalarda aleksitimi. *Türkiye Klinikleri* 2007;27:32-5.
- Malt EA, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disord* 2002;3:12. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000;48:99-104. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Doğan O, Hizmetli S. Fibromiyozitisi hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Fiz Ted Rehabil Derg* 1990;16:6-8.
- Taşkın EO, Tıkız C, Yüksel EG, Fırat A, Tüzün Ç, Aydemir Ö. Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ilk kez başvuran ve fibromiyalji tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007;8:248-55. [Abstract] / [PDF]
- Bilgici A, Akdeniz O, Güz H, Ulusoy H. Fibromiyalji sendromunda depresyon ve sosyal uyumun rolü. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005; 51:98-102. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]