Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(3):191-198

Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi ve Öfke

Dr. Hüseyin GÜLEÇ[1], Dr. Kemal SAYAR[2], Dr. Murat TOPBAŞ[3], Dr. Murat KARKUCAK[4], Dr. İsmail AK[5]

ÖZET

Amaç: Fibromiyalji sendromunda bedensel ve psişik belirtiler görülür ve bu psişik etmenlerin, hastalığın kliniğinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışma; aleksitimi ile öfkenin, hastalığın kliniğinde oynadığı rolü araştırarak, fibromiyaljinin daha iyi anlaşılması amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran fibromiyalji sendromu tanısı konan 101 kadın hasta ile romatoid artrit tanısı konan 30 kadın hasta ve 59 sağlıklı kontrolle yürütülmüştür. Bireyler Görsel Analog Ölçeği, 20-Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği, Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Fibromiyalji Etkilenme Anketi ve sosyodemografik özellikleri sorgulayan bir görüşme formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Gruplar yaş, eğitim yılı, medeni durum ve ekonomik durum açısından birbirine benzer yapıda idi. Fibromiyalji sendromlu grupta anksiyete ve içe döndürülmüş öfke puanları, diğer gruplardan anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Depresyon ve aleksitimi puanları, fibromyalji grubunda sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek bulundu.

Sonuç: Bu bulgular fibromiyalji hastalarının romatoid artritli hastalara oranla daha fazla anksiyete ve öfke-içe yaşadıklarını göstermektedir. Hasta grupları sağlıklı kontrol grubundan daha fazla aleksitimik olmasına rağmen kendi aralarında anlamlı fark bulunmadı. Bu durum bir öfke ifade tarzı olan bastırılmış ve içe döndürülmüş öfkenin, yüksek anksiyeteyle birlikte hastalığın bir parçası olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Fibromiyalji, aleksitimi, öfke

SUMMARY: Alexithymia and Anger in Women With Fibromyalgia Syndrome

Objective: Fibromyalgia syndrome is characterizted by both somatic and psychic symptoms and it is suggested that psychic factors contribute to the clinical presentation of this syndrome. This study was planned to have a better understanding of fibromyalgia through elaborating the role of alexithymia and anger in the pathogenesis of this illness.

Method: The study was carried out in the Physical Therapy and Rehabilitation outpatient clinic with 101 women with fibromyalgia syndrome, 30 women with rheumatoid arthritis and 59 healthy women with no current or past medical history. The subjects were evaluated by the Visual Analog Scale, Toronto Alexithymia Scale-20 items, Spielberger State-Trait Anger Inventory, Beck Depression Scale, Fibromyalgia Impact Questionnaire and a sociodemographic data form.

Results: All these groups were similar to each other in means of age, years of education, marital and economical status. In the fibromyalgia syndrome group, the scores of anxiety and anger-in were calculated significantly higher than other groups. The depression and alexithymia scores were found higher than healthy group.

Discussion: These findings suggest that fibromyalgia patients suffer more anxiety and anger toward oneself, which is anger-in, than rheumatoid arthritis patients. Though the patient groups were more alexithymic than the healthy group, alexitimia scores of the two patient groups were not different. This situation suggest that anger-in, which is suppressed and unexpressed anger style is a part of the fibromyalgia syndrome together as well as high anxiety.

Key Words: Fibromyalgia, alexithymia, anger

[1]Uzm., [2]Doç., [5]Prof., Psikiyatri AD., [3]Uzm., Halk Sağlığı AD., [4]Araş Gör., Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD., KTÜ Tıp Fak., Trabzon.

GİRİŞ

Fibromiyalji, etiyolojisi hala aydınlatılamamış, patogenezi tam olarak açıklanamayan, belli anatomik bölgelerde hassas noktalarla nitelenen kronik ve yaygın kas ağrılarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Hastaların ağrıyla ilgili davranışları sıklıkla doku hasarıyla orantılı olmayıp, anksiyete ve depresyon gibi kişinin ruhsal durumuyla ilişkili olması nedeniyle fibromiyalji sendromu (FMS), psikiyatri hekimlerinin ilgisini çekmektedir ve bu yönüyle biyopsikososyal modelin uygulanabileceği sahalardan biridir.

FMS'nin yaygınlığı, araştırılan nüfusa ve kullanılan yönteme bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Amerikan Romatoloji Birliği (ARB) ölçütlerine göre yapılan genel nüfus çalışmalarında yer alan kadınlarda fibromiyalji yaygınlığı % 3.2-4.9 (Wolfe ve ark. 1995, White ve ark. 1999) oranlarında bulunmuştur. Bu oranın aile hekimliği kliniğinde % 2.1, genel tıp kliniğinde % 5.7, bir hastane kliniğinde % 6-8.5 ve bir romatoloji kliniğinde % 14-20 olduğu saptanmıştır (Çebi 2001). Çebi (2001) Trabzon'da benzeri yöntemle yapılan genel nüfus çalışmasında ise kadınlardaki yaygınlığın % 6.8 olduğunu bulmuştur. Hastaların % 80-90 kadarı kadınlardan oluşmaktadır (Yunus 1994). Risk etmenleri olarak, kadın cinsiyet, orta yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük aile geliri, boşanmış olmak ve engelli olmak gösterilmiştir. Yunus (1994) FMS'nin, kadınlarda erkeklerden daha sık görülmesiyle birlikte klinik olarak daha ağır seyrettiğini bildirmektedir. Prognozunun, evrensel olarak kötü olduğu ve yayımlanan tüm hastane serilerinde çok nadir olarak iyileşme bildirildiği bilinmektedir (Richards ve Cleare 2000).

FMS gibi birçok psikosomatik hastalığın temelinde aleksitimi yattığı öne sürülmüştür. Aleksitimi, ilk olarak Sifneos tarafından, kişinin kendi ve diğer insanların hislerini algılama yetisinden yoksun olma durumunu tanımlamak için kullanılmıştır. Kendini tanıma, anlatma ve dışa yönelik düşünmede zorluğun olduğu bir kişilik örüntüsüdür (Taylor 1984). Taylor ve arkadaşları (1992) fibromiyaljide aleksitimik kişilik yapısının yaygın olduğunu bildirmiştir. Aleksitimik kişiler, emosyonel durumlarını fiziksel hastalık işareti olacak şeklinde yanlış yorumlama eğiliminde olabilirler (Lumley ve ark. 1996).

Öfke ve bastırılmış düşmanlık, somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etmen olarak tanımlanmıştır (Koh 2003). İfade etme şekline göre; depresif bozukluktaki somatizasyonun ise öfke dışavurumuna, anksiyete bozukluklardaki somatizasyonun ise öfkenin bastırılmasına bağlı gelişebileceği belirtilmektedir. Araştırmalarda kronik ağrı hastalarının öfke yaşadıklarına ama inkar etmelerinden dolayı buna gerekenden daha az önem verdiklerine işaret edilmektedir (Sayar 2004a). Kronik ağrı hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre, artmış ağrı ve yeti yitimi ile ilişkili bulunan bastırılmış öfke ve/veya düşmanlık puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sayar 2004a). Araştırmacılar öfke ve ağrı çalışmalarında dört ayrı yapıya odaklanmaktadır; öfke, düşmanlık, saldırganlık ve öfkesini ele alış tarzı (Smith 1994). Kronik ağrı hastalarında öfkesini ele alış tarzının, hastalığın gelişmesi ve devam etmesinde etken olabileceğine ve özellikle yakın tarihli araştırmalarda, öfkeyle başetme tarzının ve ifade etme biçiminin önemine değinilmektedir. Yoğun öfkenin bastırılması kronik ağrının gelişmesine neden olmakta, içe dönük öfke puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmaktadır (Sayar ve ark. 2001a).

Bu çalışmada, kronik ağrı hastalarında sık rastlanan öfke ifade tarzı ve aleksitimi özellikleri açısından iki değişik ağrı hasta grubu olan FMS ve romatoid artrit hastaları ile sağlıklı gönüllüler arasında fark olup olmadığı araştırıldı. Cinsiyetin, öfke boyutları ve aleksitimi açısından karıştırıcı bir değişken olabileceği (Wolfe ve ark. 1995) düşünüldüğü için örneklemimizi FMS'nin daha yaygın olduğu kadın hastalarla sınırladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Örneklem Grupları

Bu çalışma Mayıs 2002–Ekim 2003 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesine (KTÜ-TF) ayaktan başvuran hastalarla yürütüldü. KTÜ-TF Doğu Karadeniz Bölgesi'nde yer alan çevre altı il yaşayanlarına sağlık hizmeti sunan bir üniversite hastanesidir. Bu anlamda, sağlık hizmetleri sunumu açısından üçüncü basamak danışma (referans) hastanesi olarak da değerlendirilmektedir. Çalışma, olgu kontrol çalışması şeklinde yapılmıştır. KTÜ-TF Etik Kurulu'ndan çalışma için onay alınmıştır.

TABLO 1. FMS, RA ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri.

	FMS (n=101) Ort.±SD		FMS RA (n=30) Ort.±SD		KONTROL (n=59) Ort.±SD		F	p
Yaş	40.6±9.7		45.0±14.7		39.6±9.9		2.689	>0.05
Eğitim	5.9±3.3		5.0±4.3		6.3±3.8		1.277	>0.05
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Medeni durum*								
Bekar	2	2.0	1	3.3	5	8.5		
Evli	90	89.1	25	83.3	50	84.7		
Diğer	9	8.9	4	13.3	4	6.8		
Ekonomik durum**								
Kötü	27	26.7	9	30.0	11	18.6		
Orta	60	59.4	19	63.3	41	69.5		
İyi	14	13.9	2	6.7	7	11.9		

*p>0.05, ** p>0.05 (ki kare testi p değeri)

Hastalar, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniğine muayene ve tedavi amacıyla başvuran Amerikan Romatoloji Birliği (ARB) kriterlerine göre FTR uzmanı tarafından FMS tanısı konan kadınlar arasından seçildi. Tanı alan hastalar psikiyatri polikliniğinde değerlendirilmeye alındı. Devam eden intihar düşüncesi, psikotik bozukluğu olan hastalar, konjestif kalp yetmezliği ve/veya koroner kalp hastalığı gibi şiddetli kalp hastalığı olanlar, ilerlemiş nörolojik bozukluğu olanlar ve son bir ay içinde psikotrop ilaç kullanımı olanlar araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 118 hasta ile görüşme yapıldı. 17 hasta yukarda belirtilen gerekçelerle çalışma dışında tutuldu, 101 hasta ile çalışma yapıldı. Karşılaştırma grubu olarak Amerikan Romatizma Derneği (ARD) kriterlerine göre FTR polikliniğinde ayaktan takip edilen romatoid artrit (RA) tanısı konmuş kadın hastalar alındı. RA tanılı ve çalışmaya katılmayı kabul eden 35 hastanın 30'u çalışmayı tamamlayabildi.

Sağlıklı kontrol grubu, halen ve geçmişinde psikiyatrik hikayesi olmayan, ağrı şikayeti bulunmayan, hastanede çalışan veya hasta refakatçisi olan gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlar arasından seçildi. Sağlıklı kontrol grubunun seçiminde hasta gruplarının yaş ve eğitim süreleri dikkate alındı. İstatistiksel olarak parametrik karşılaştırmalar için kontrol grubu, RA grubunun sayısının iki katı olarak seçildi. Altı kişi bataryaya uyum sağlayamadığından çalışmaya 59 kişi alındı.

İkinci aşamada kendilerine sosyodemografik veri toplama formu, Görsel Eşdeğerlik Ölçeği (GEÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİT), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Fibromiyalji Etkilenme Anketi (FEA) içeren test bataryası verildi. Tüm batarya kendini değerlendirme formu niteliğinde olup, bağımsız bir şekilde tamamlandı. Okuma yazma sorunu olanlara test uygulama merkezinde çalışan klinik psikologlar tarafından, testin doldurması hakkında bilgi verildikten sonra test okunarak, uygun cevaplar işaretlendi.

Gereçler

Sosyodemografik Veri Toplama Formu; hastalara yaş, eğitim, hastalık süresi, başka tıbbi hastalık, psikiyatrik hastalık, ailede psikiyatrik öykü ve kullanmakta olduğu ilaç ve sürelerini araştıran soruları içeren form verildi.

Görsel Eşdeğerlik Ölçeği (GEÖ), Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen bir ölçek olup, hastada ağrının şiddetini ölçmektedir. Geçerlik ve güvenilirliği yapılan bu ölçek 10 cm uzunluğunda olup, dikey veya yatay hat üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir (0 = ağrı yok, 10 = en şiddetli ağrı). Hastadan, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konan nokta ile, hattın en düşük ucu (0 = ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir.

TABLO 2. FMS, RA ve Sağlıklı Kontrol Gruplarındaki Psikolojik Ölçümler Arasındaki Farklılıklar.

	FMS	RA	KONTROL	F*	p
BAÖ	28.2 ± 13.0	20.0 ± 9.0	14.4 ± 11.1	20.4	0.0005
BDÖ	19.0 ± 10.4	18.4 ± 9.4	11.9 ± 6.9	10.8	0.000
FEA	51.0 ± 16.4	45.2 ± 13.2	–	1.8**	>0.05
GEÖ	52.2 ± 30.0	48.2 ± 23.2	–	0.529***	>0.05
Öfke-Dışa	16.9 ± 5.5	16.3 ± 4.3	16.9 ± 4.6	0.070****	>0.05
Öfke-İçe	18.7 ± 4.9	15.3 ± 4.6	16.6 ± 3.9	8.2	0.000
Öfke-Kontrol	20.2 ± 5.7	19.2 ± 4.7	19.9 ± 4.8	0.4	>0.05
Sürekli-Öfke	25.3 ± 7.2	23.2 ± 7.2	23.5 ± 6.1	1.9	>0.05
TAÖ-1	19.3 ± 6.8	16.8 ± 4.7	14.2 ± 4.7	14.1	0.000
TAÖ-2	13.8 ± 4.1	12.9 ± 3.4	11.9 ± 3.2	4.5	0.012
TAÖ-3	22.0 ± 3.9	21.5 ± 4.0	21.8 ± 4.0	0.2	>0.05
TAÖ-Toplam	55.3 ± 11.2	51.2 ± 8.2	47.9 ± 7.4	11.11	0.000

*Varyans analizi F testi, **Student t testi t değeri, ***Mann Whitney U testi z değeri,
****Kruskal Wallis kikare değeri.
BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği,
FEA: Fibromiyalji Etki Anketi, GEÖ: Görsel Eşdeğerlik Ölçeği,
TAÖ-1: Kendini tanıma güçlüğü, TAÖ-2: Kendini ifade etme güçlüğü,
TAÖ-3: Dışa-vuruk düşünce, TAÖ-Toplam : Toplam aleksitimi skoru

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanımaması olarak tanımlanan aleksitimiyi değerlendiren ölçektir. 20 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2), dışa-dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Bireyden, her madde için "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bu ölçek, Bagby ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve arkadaşları (2001b) tarafından yapılmıştır.

Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİT), öfke duygusu ve ifadesini ölçmektedir. 34 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sürekli öfke (10 madde) ve öfke ifade tarzının; öfke içe (8 madde), öfke dışa (8 madde) ve öfke kontrollü (8 madde) alt ölçekleri vardır. Ölçeğin, durumluk öfkeyi (10 madde) değerlendiren alt testiyle ilgili çalışmalar henüz tamamlanmamıştır. Bireyin kendisinden, yanıt olarak "Hiç", "Biraz", "Oldukça" ve "Tümüyle" seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Spielberger (1983) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Özer (1994) tarafından yapılmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiden, her madde için "Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede" ve "Ciddi derecede" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Puan aralığı 0-63'tür. Toplam puanın yüksekliği, kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden, her bir kategorideki dört seçenekten kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır.

Fibromiyalji Etkilenme Anketi (FEA), fibromiyalji tanılı hastaların durumlarını ve sonuçlarını takip eden ölçektir. 10 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. İlk madde, her biri 0-3 arası 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. Burckhardt ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Sarmer ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır.

İstatistik

Ölçümlerle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uyan verilerin çözümlemesinde Varyans Analizi (post hoc olarak Tukey HSD), uymayanların çözümlemesinde Kruskal Wallis Varyans Analizi (post hoc olarak Mann Whitney U testi) kullanıldı. RA ve FMS grupları GAÖ açısından karşılaştırılırken normal dağılıma uymadığından Mann Whitney U testi kullanıldı.

Sayımla elde edilen verilerin çözümlemesi ki kare testi ile yapıldı. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama ± standart sapma, sayımla elde edilen veriler ise sayı % olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı. Ancak Kruskal Wallis Varyans Analizi'nden sonra yapılan post hoc karşılaştırmada anlamlılık düzeyi "<p/karşılaştırma sayısı" olarak alındı.

BULGULAR

Çalışmayı 101 FMS'li, 30 RA'lı hasta ve 59 sağlıklı kontrol tamamladı (Tablo 1). FMS'li grubun yaş ortalaması 40.6±9.7, RA'lı grubun 45.0±14.7 ve sağlıklı grubun 39.6±9.9 olarak bulundu. Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($F=2.689$, $df=2$, $p>0.05$). Çalışmaya katılanların eğitim yıllarının ortalamaları FMS grubunda 5.9±3.3, RA grubunda 5.0±4.3, sağlıklı kontrol grubunda ise 6.3±3.8 yıl bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($F=1.277$, $df=2$, $p>0.05$). Medeni duruma bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($x^2=4.883$, $df=4$, $p>0.05$). Gelir durumlarının karşılaştırmasında da gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($x^2=2.977$, $df=4$, $p>0.05$).

Gruplar arasındaki psikolojik verilerin karşılaştırmasında ise, BAÖ skorları FMS'li grupta 28.2±13.0, RA'lı grupta 20.0±9.0 ve kontrol grubunda 14.4±11.1 olarak bulundu (Tablo 2). Post hoc analiz sonuçlarına göre, FMS grubunun hem RA grubu ile hem de sağlıklı kontrol grubu ile arasındaki farkın ve RA grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($F=20.4$, $df=2$, $P<0.001$). BDÖ puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grubun BDÖ ortalaması 19.0±10.4, RA'lı grubun ortalaması 18.4±9.4, sağlıklı kontrol grubunun ortalaması ise 11.9±6.9 olarak bulundu ($F=10.8$, $df=2$, $p<0.001$). Bu farklılığın, FMS ve RA gruplarının arasında istatistiksel fark olmayıp, sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı. FEA puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grupla RA'lı grubun arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($t=1.785$, $df=2$, $p>0.05$). GEÖ puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grupla RA'lı grubun arasında fark bulunmadı ($z=0.529$, $p>0.05$). Öfke puanlarının (SÖ-ÖİT) karşılaştırmasında; Öfke-Dışa puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grupla RA'lı grubun arasında anlamlı fark bulunmadı ($x^2=0.070$, $df=2$, $p>0.05$). Öfke-İçe puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grubun Öfke-İçe ortalaması 18.7±4.9, RA'lı grubun ortalaması 15.3±4.6, sağlıklı kontrol grubunun ortalaması ise 16.6±3.9 olarak bulundu. İstatistiksel olarak FMS grubunda hem RA hem de sağlıklı kontrol grubu arasındaki fark anlamlı olarak farklı bulunurken, bu fark RA ile sağlıklı kontrol grubu arasında bulunmadı ($F=8.2$, $df=2$, $p<0.001$). Öfke-Kontrolü ve Sürekli-Öfke puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grupla RA'lı grubun arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla, $F=0.4$, $df=2$, $p>0.05$, $F=1.9$, $df=2$, $p>0.05$). TAÖ-1 puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grubun TAÖ-1 ortalaması 19.3±6.8, RA'lı grubun ortalaması 16.8±4.7, sağlıklı kontrol grubunun ortalaması ise 14.2±4.7 olarak bulundu. İstatistiksel olarak FMS ile RA arasında anlamlılık bulunmazken, FMS grubunun TAÖ-1 puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu ($F=14.1$, $df=2$, $p<0.001$). TAÖ-2 puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grubun TAS-2 ortalaması 13.8±4.1, RA'lı grubun ortalaması 12.9±3.4, sağlıklı kontrol grubunun ortalaması ise 11.9±3.2 olarak bulundu. İstatistiksel olarak FMS ile RA arasında anlamlılık bulunmazken, FMS grubunun TAÖ-2 puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu ($F=4.5$, $df=2$, $p=0.012$). TAS-3 puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($F=0.2$, $df=2$, $p>0.05$). TAÖ-Toplam puanlarının karşılaştırmasında FMS'li grubun TAÖ-Toplam ortalaması 55.3±11.2, RA'lı grubun ortalaması 51.2±8.2, sağlıklı kontrol grubunun ortalaması ise 47.9±7.4 olarak bulundu. İstatistiksel olarak FMS ile RA

arasında anlamlılık bulunmazken, FMS grubunun TAÖ-Toplam puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu ($F=11.11$, $df=2$, $p<0.001$).

TARTIŞMA

FMS, son yıllarda gündeme gelen, iş gücü kayıpları nedeniyle RA kadar kısıtlılık gösteren bir hastalıktır (Çebi 2001). Kronik ağrı için model oluşturma özelliğiyle de disiplinler arası araştırmalar yapılmasına uygun bir sendromdur. Hastalar sözel bildirimleri ve günlük aktiviteleri ile orantısız patolojiye sahiptirler. FMS'de psikiyatrik ektanı bulunması ve iş gücü kaybı görülmesine rağmen tedavi arayışı olmayan olguların varlığıyla da dikkat çekicidir (Kersh ve ark. 2001, Güleç ve ark. 2003).

FMS'nin karakteristik yönünün araştırılması için sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, çalışmamıza katılan FMS tanısı olan hastalar, literatürde belirtildiği gibi daha çok orta yaşlı kadınlardan oluşmaktadır. Her ne kadar literatürde düşük sosyoekonomik durumda daha yaygın olduğu belirtilse de bu çalışmadaki hastaların sosyoekonomik durumu daha çok orta düzeyde idi. Aradaki bu fark düşük eğitim düzeyi ile açıklanabilir. (Wolfe ve ark. 1995, Makela ve ark. 1991, Callahan ve ark. 1989, Sayar ve ark. 1999).

FMS'nin duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğunu düşündürten birçok çalışma vardır (Hudson ve ark. 1985). Depresyonun FMS'de neden ya da sonuç olmasından çok ortak bir spektrum olabileceğinden bahsedilmektedir (Hudson ve ark. 1985). Bu çalışmada gruplar arasında depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi açısından BDÖ ve BAÖ testlerini uyguladık. FMS ve RA grubunun her ikisi de sağlıklı kontrol grubundan daha depresif ve anksiyeteli bulunurken, FMS grubunun, RA grubuna göre anlamlı ölçüde anksiyeteli idi. Depresyon puanlarını FMS grubunda RA grubundan daha yüksek bulmamıza rağmen, bu fark anlamlı değildi. Hudson ve arkadaşları, (1985) FMS'li hastalarla RA'lı hastaları karşılaştırdıkları çalışmada, hem depresyon hem de anksiyete oranını yüksek bulmuşlardır. Çeliker ve arkadaşları (1997) FMS grubunun % 35.9'unda BDÖ puanlarını yüksek bulurken, Sayar ve arkadaşları (1999) Hamilton Depresyon Ölçeği ile yaptıkları çalışmada FMS'li grupta kontrol grubuna göre yüksek değerler saptamışlardır. Literatürde depresyon ve anksiyetenin FMS'de sık görüldüğü belirtilmekle birlikte, RA'da da görülebileceği bildirilmektedir (Frank ve ark. 1996, Aaron ve ark. 1996, Sayar ve ark. 2004b). FMS'de görülen depresyonun, RA'da görülenden daha kötümser, çaresiz ve anksiyeteli olduklarından, farklı bir karakteri olduğu bildirilmiştir (Ercolani ve ark. 1994). RA'lı hastalarda fiziksel sakatlığın varlığı, öğrenilmiş çaresizlik modeliyle uyumlu olarak anksiyeteden çok depresyona yol açar şeklinde yorumlanabilir.

Rolmann'in (1989), bir çalışmasında FMS'li hastalarda ağrı şiddetini RA'lı hastalardan daha yüksek bulmasına karşın, literatürde bunu destekleyen ve çelişen yayınlar mevcuttur (Viitanen ve ark. 1993, Leavitt ve ark. 1986, Perry ve ark. 1988). Biz çalışmamızda GAÖ ve FEA skorlarını FMS'li grupta yüksek bulmamıza karşın bu fark anlamlı değildi.

Aleksitimi, önceleri psikosomatik hastaların kişilik özelliği olarak düşünülüp kişinin oluşan sıkıntıyı bedensel belirti geliştirerek cevap verme şekli olarak yorumlanmaktaydı. Bu, bir durum (state) veya özellik (trait) olarak da tanımlanmıştır. Aleksitiminin FMS gibi kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğu bildirilmekle birlikte bu görüşü desteklemeyen yayınlar da mevcuttur (Sayar ve ark. 2001a, Nyklicek ve Vingerhoets 2000, Malt ve ark. 2002). Brosschot ve Aarse (2001), Sayar ve arkadaşları (2004a) TAÖ-20 kullanarak yaptıkları çalışmalarda FMS grubunu sağlıklı kontrol grubundan daha aleksitimik bulmuşlardır. Bu bulgular bizim bulgularımızla uyumludur. Biz çalışmamızda FMS grubunu sağlıklı kontrol grubundan daha aleksitimik bulduk. Alt ölçeklerde ise -dışa-vuruk düşünce dışında- FMS grubu sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek puan almıştır.

Öfke ifade etme biçimi, nedeni bulunamayan kronik ağrı hastalarında dikkati çekmektedir. Fernandez ve Turk (1995), içe dönük öfke puanlarının kronik ağrılı hastalarda daha yaygın olduğunu, ağrının bu yoğun öfke duygularının bastırılmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Gaskin ve arkadaşları (1992) sürekli öfke puanlarının, ağrı değerlerinin belirleyicisi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Okufiji ve arkadaşlarının (1999) bir çalışmasında kronik ağrılı hastalarının % 70'inde öfke duygusunun varlığını bildirmişlerdir. Biz ça-

lışmamızda, FMS'li olgularda öfke-içe puanlarını hem RA'lı hem de sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulduk. Diğer alt ölçeklerde anlamlı fark bulunmadı. Bu bulgularla uyumlu çalışmalar bulunurken (Sayar ve ark. 2004a), çelişen çalışmalar da mevcuttur (Sayar ve ark. 2001a). Amir ve arkadaşları (2000), FMS, RA ve kronik bel ağrılı hastalarla yaptığı çalışmada, gruplar arasında öfke ölçümlerinde bir fark bulmamışlardır.

Sonuç olarak, çalışmamızda FMS hastalarında, başka bir kronik ağrı hastalığı olan RA hastalarına göre anksiyetelerinin daha şiddetli olduğunu ve öfkelerini daha fazla içe yönelttiklerini saptadık. Bulgularımız; öfke ifade etme biçiminin, FMS gibi etiyolojisi aydınlatılamamış sendromlarda daha fazla yer almasının önemini göstermektedir.

KAYNAKLAR

Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS ve ark. (1996) Psychiatric diagnoses in patient with fibromyalgia related to health care-seeking behavior rather than to illness. Arthritis Rheum, 39:436-445.

Amir M, Neumann L, Bor O ve ark. (2000) Coping styles, anger, social support, and suicide risk of women with fibromyalgia syndrome. J Musculoskel Pain, 8:7-20.

Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA ve ark. (1994) The 20-Item Toronto-Alexithymia-Scale-2. Convergent, discriminant, and concurrent validity. J Psychosom Res, 38:33-40.

Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 56:893-897.

Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.

Brosschot JF, Aarsse HR (2001) Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. Int J Psychiatry Med, 31:127-146.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM ve ark. (1991) The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. J Rheumatol, 18:728-733.

Callahan LF, Smith WJ, Pincus T ve ark. (1989) Self-report questionnaires in five rheumatic diseases: comparisons of health status constructs and associations with formal education level. Arthritis Care Res, 2:122-131.

Çebi A (2001) Trabzon'da fibromiyalji prevalansı ve demografik özellikler. (Tıpta uzmanlık tezi) Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.

Çeliker R, Borman P, Oktem F ve ark. (1997) Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. Clin Rheumatol, 16:179-184.

Ercolani M, Trombini G, Chattat R ve ark. (1994) Fibromyalgic syndrome: Depression and abnormal illness behavior. Psychother Psychosom, 61:178-186.

Fermandez E, Turk DC (1995) The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. Pain, 61:165-175.

Frank R, Hagglund K (1996) Mood disorder. Clinical Care in the Rheumatic Diseases. Wegener S, Belza B, Gall E (Ed), Atlanta, American College of Rheumatology, s:125-130.

Gaskin GE, Greene AF, Robinson ME ve ark. (1992) Negative affect and the experience of chronic pain. J Psychosom Res, 36:707-713.

Güleç H, Sayar K, Akgöl E ve ark. (2003) Hastaneye başvuran fibromiyalji hastaları daha mı "nörotik"? Doğu Karadeniz Bölgesinde ön çalışma bulguları. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 14-19 Ekim 2003, Antalya, s.659.

Hisli N (1988) Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 6:118-122.

Hudson J, Hudson M, Pliner L ve ark. (1985) Fibromyalgia and major depressive disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry, 142:441-446.

Kersh BC, Bradley LA, Alarcon GS ve ark. (2001) Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. Arthritis Rheum, Aug; 45:362-371.

Koh KB (2003) Anger and somatization. J Psychosom Res, 55:113.

Leavitt F, Katz R, Golden H ve ark. (1986) Comparison of pain properties in fibromyalgia and rheumatoid arthritis patients. Arthritis Rheum, 6:775-781.

Lumley MA, Stettner L, Wehmer F (1996) How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. J Psychosom Res, 41:505-518.

Makela M, Heliovaara M (1991) Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. BMJ, 303:216-219.

Malt EA, Olafsson S, Lund A ve ark. (2002) Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. BMC Musculoskel Dis, 3:12-21.

Nyklicek I, Vingerhoets A (2000) Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimuli. Pain, 65:471-475.

Okifuji A, Turk DC, Curran SL (1999) Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. J Psychosom Res, 47:1-12.

Özer AK (1994) Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 9:26-35.

Perry F, Heller PH, Levine JD (1988) Differing correlations between pain measures in syndromes with or without explicable organic pathology. Pain, 34:185-189.

Price DD, McGrath PA, Rafii A ve ark. (1983) The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain, 17:45-56.

Richards S, Cleare AJ (2000) Fibromyalgia: Biological Correlates. Curr Opin Psychiatry, 13:623-628.

Rolmann G (1989) Measurement of pain in fibromyalgia in clinic and laboratory. J Rheumatol, 16(Suppl.16):113-119.

Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G (2000) The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rheumatol Int, 20:9-12.

Sayar K, Acar B, Aydın T (1999) Fibromiyalji hastalarında umutsuzluk ve depresyon. Nöropsikiyatri Arşivi, 36:27-32.

Sayar K, Bilen A, Arıkan M (2001a) Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 2:36-42.

Sayar K, Güleç H, Ak I (2001b) Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 02-06 Ekim 2001, İstanbul, s.130.

Sayar K, Güleç H, Topbas M (2004a) Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. Clin Rheumatol (baskıda).

Sayar K, Güleç H, Topbas M ve ark. (2004b) Affective distress and fıbromyalgia. Swiss Medical Weekly, 134:248-253.

Smith T (1994) Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. Anger, Hostility, and The Heart. Siegman A and Smith T (Ed), Lawrence Earlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Spielberger CD, Johnson EH, Russel FS ve ark. (1983) Assessment of anger: The state trait anger scala. Advances in Personality Assessment, Cilt II, Butcher JN, Spielberger CD (Eds), LEA, Hillsdade NJ; s:159-187.

Taylor G (1984) Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. Am J Psychiatry, 141:725-732.

Taylor GJ, Parker JDA, Bagby MA ve ark. (1992) Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients. J Psychosom Res, 36:417-424.

Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother, 12:163-172.

Viitanen JV, Kautiainen H, Isomaki H (1993) Pain intensity in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol, 22:131-135.

White KP, Speechley M, Harth M ve ark. (1999) The London fibromyalgia epidemiology study: the prevalance of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. J Rheumatol, Jul; 26:1570-1576.

Wolfe F, Ross K, Anderson J ve ark. (1995) The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum, 38:19-28.

Yunus MB (1994) Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. The Fibromyalgia Syndrome: Current Research and Future Directions in Epidemiology, Pathogenesis and Treatment. Pillemer R (Ed), New York, The Haworth Medical Press Inc, s. 5-21.