



MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Diyareli İrritabl Barsak Sendromu Olan Hastalarda Eşlik Edebilen Aleksitimin
Sorgulanması, Aldığı Tedaviler, Başvurduğu Poliklinikler, Tedavi Sonrası
Alınan Yanıtlar Ve Sosyodemografik Veriler Açısından İncelenmesi**

Dr. Ahmet KARA

Tıpta Uzmanlık Tezi

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Betül BATTALOĞLU İNANÇ

MUĞLA 2019

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI



TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitim sürecinde desteklerini esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Betül BATTALOĞLU İNANÇ'a sabrı, içtenliği ve her konudaki yardımları için teşekkür ederim.

Asistanlık sürecim boyunca emeği geçen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Emine Neőe YENİÇERİ'ye

Beni yetiőtirip bugünlere gelmemi sağlayan sevgili anne ve babam Nesibe - Adnan KARA ve her zaman yanımda olan kardeőtım Alev KARA'ya teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Diyareli irritable barsak sendromu tanısı almış bireylerde, aleksitimiyi incelemek ve sosyodemografik değişkenler ile aleksitimi arasındaki ilişkilerin araştırılması çalışmamızın amacıdır.

Gereç ve Yöntem: Irritable barsak sendromu tanısı almış 110; Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, gastrointestinal sistem yakınması olmayan, sağlıklı gönüllülerden oluşan 103 katılımcı çalışmaya dâhil edildi. Katılımcılardan elde edilen verilerin analizinde, SPSS 22 programı kullanıldı. Veri analizinin ilk aşamasında, katılımcıların demografik bilgilerine dair, ortalama ve sıklık değerlerine bakıldı. Tanı almış ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların, çeşitli sosyodemografik değişkenler üzerinden karşılaştırılması, Ki-kare analizi ve bağımsız gruplar t-testi analizi yoluyla yapıldı.

Bulgular: Irritable barsak sendromlu hastaların, 44'ü erkek (%40), 66'sı kadın(%60); Kontrol hastalarının da, 48'i erkek (%46,6), 55'i (%53,4) kadındır. Irritable barsak sendromlu hastalar, %41,8 (N=46) Dahiliye polikliniğine, %23,6 Dahiliye ve Genel Cerrahi polikliniğine (N=23,6) ve %13,6 Aile Hekimliği (N=15) polikliniklerine başvurmuştur. Irritable barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu olan hastaların, cinsiyet dağılımlarında, kadınlar çoğunlukta, ancak istatistiksel anlamlılık yoktur ($\chi^2(2, N=110)=7,750, P=0.021$). Ancak, irritable barsak sendromlu hastaların, toplam aleksitimi puanları ve kontrol grubunun, toplam aleksitimi puanları istatistiksel anlamlıdır ($\chi^2(729, N=103)=729, P=0.000^{**}$).

Sonuç: Irritable barsak sendromu yakınması olanların, özellikle aleksitimi açısından değerlendirilmesi, anlık muayeneden ziyade, psikiyatrik öykünün derinleştirilmesi, hastaların Aile Hekimlerince, uzun süreli izlemi, nedeni ve etkin tedavisi üzerinde çalışmaların halen sürdüğü, psikosomatik bir hastalık kabul edilen irritable barsak sendromu hastalığının tedavisinde başarıya katkı sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Diyareli irritable barsak sendromu, Aleksitimi, Irritable barsak sendromu, Muğla

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

Aim: The aim of this study was to investigate alexithymia in patients with diabetic rheumatic bowel syndrome and to investigate the relationships between sociodemographic variables and alexithymia.

Material and Method: A total of 110 subjects with ICDs and 103 healthy volunteers without gastrointestinal complaints were included in the Family Medicine outpatient clinic. SPSS 22 program was used to analyze the data obtained from the participants. In the first stage of data analysis, the mean and frequency values of the participants' demographic information were examined. The comparison of the participants in the diagnosis and healthy control group over various sociodemographic variables was performed by chi-square analysis and independent groups t-test analysis.

Results: Of the patients with irritable bowel syndrome, 44 were male (40%), 66 were female (60%); The control patients were 48 male (46.6%) and 55 (53.4%) female. Irritable bowel syndrome patients, 41.8% (N = 46), the internal medicine outpatient clinic, 23.5% of the Department of Internal Medicine and General Surgery (N = 23.6) and 13.6% of family physicians (N = 15) applied to polyclinics. We found that females were predominant in the gender distribution of patients with irritable bowel syndrome and control group, but this was not statistically significant (Mann-Whitney U test, N = 110) = 7,750, P = 0.021). However, total alexithymia scores of the patients with irritable bowel syndrome and total alexithymia scores of the control group were statistically significant (Mann-Whitney U test (729, N = 103) = 729, P = 0.000 **). The total scores of alexithymia patients were significantly higher than the control group.

Conclusion: The evaluation of patients with irritable bowel syndrome, especially alexithymia, may contribute to success in the treatment of irritable bowel syndrome which is accepted as a psychosomatic disease in which the studies on the treatment of the patients and the long-term follow-up, cause and effective treatment of patients, rather than immediate examination, are still continuing.

Keywords: Irritable bowel syndrome, Alexithymia, Irritable bowel syndrome, Mugla

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İRRİTABL BARSAK SENDROMU TANIMI.....	8
2.2. İRRİTABL BARSAK SENDROMU EPİDEMİYOLOJİSİ	2
2.3. İRRİTABL BARSAK SENDROMU ETYOPATOGENEZİ.....	6
2.3.1. İntestinal Motilite.....	7
2.3.2. Visseral Hipersensitivite	7
2.3.3. İntestinal İnfamasyon Ve Enfeksiyonlar.....	8
2.3.4. Barsak Florası	8
2.3.5. Psikososyal Faktörler	9
2.3.6. Genetik.....	10
2.4. İRRİTABL BARSAK SENDROMU KLİNİK ÖZELLİKLER	10
2.4.1. Tekrarlayan Karın Ağrısı	10
2.4.2. Barsak Alışkanlıkları	11
2.4.3. Karında Gaz ve Distansiyon	11
2.4.4. Diğer Semptom Ve Belirtiler	11
2.5. ALEKSİTİMİ.....	12
2.5.1. Aleksitiminin Kuramsal Çerçevesi.....	12
2.5.1.1. Psikanalitik Yaklaşım	12

2.5.1.2. Nörofizyolojik Yaklaşım	14
2.5.1.3. Bilişsel Yaklaşım	16
2.5.1.4. Sosyal Öğrenme Ve Sosyokültürel Yaklaşım.....	17
2.5.2. Aleksitiminin Klinik Belirtileri Ve Kişilik Özellikleri	18
2.5.2.1. Duyguları Tanımak, Ayırt Etmek Ve Söyle İfade Etmekte Güçlük	18
2.5.2.2. Hayal Kurmada Sınırlılık.....	19
2.5.2.3. İşlemsel (Operational) Düşünme	19
2.5.2.4. Dışa Vuruk Düşünme.....	19
2.6. İrritabl Barsak Sendromlu Hastaların Aleksitimi Açısından Değerlendirilmesi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	37
KAYNAKÇA.....	41

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

IBS	İrritabl barsak sendromu
OSS	Otonom sinir sistemi
SSS	Santral sinir sistemi
ESS	Enterik sinir sistemi
GIS	Gastrointestinal sistem
CRF	Corticotropin releasing faktör
HHA	Hipotalamus-hipofiz-adrenal
IBS-D	Diyare predominant irritabl barsak sendromu
SIBO	İnce barsak aşırı bakteri çoğalması
TNF α	Tümör nekrozis faktör alfa
IL	İnterlökin
IgG	İmmunglobulin G
IBS-K	Konstipasyon predominant irritabl barsak sendromu
IBS-M	Mikst tip irritabl barsak sendromu
TCA	Trisiklik antidepresan
SSRI	Selektif seratonin reuptake inhibitörü
Kg	Kilogram
Kg/m ²	Kilogram/metrekare
sn	Saniye
dk	Dakika
mmHg	Milimetre civa
HAD	Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği
VKİ	Vücut kitle indeksi

ŞEKİLLER/ TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Batı ülkelerinde İBS prevalansı	4
Tablo 1.2. Asya ve Afrika ülkelerinde İBS prevalansı	5
Tablo 1.3. Türkiye İBS prevalans çalışmaları	6
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	25
Tablo 3. Toronto aleksitimi ölçeği sorularının, irritable barsak sendromlu hastalardaki cevap dağılımları	27
Şekil 1. İritable barsak sendromlu hastaların, düzenli alınan tedavili çeşitlerinin dağılımı	30
Tablo 4. İritable barsak sendromlu hastaların psikiyatri dışında başvurdukları poliklinikler	31
Tablo 5. İritable barsak sendromlu hastaların, kullandıkları tedavilerle olan rahatlama durumları	31
Tablo 6. İritable barsak sendromlu hastalardan istenen tetkikler sonucu çıkan organik patolojilerin dağılımı	32
Tablo 7. İBS'li ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	33
Tablo 8. Aleksitimi kesim puanlarının irritable barsak sendromlu hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması	35
Tablo 9. Psikiyatri polikliniğine başvuran ve diğer polikliniklerde tedavi alan, irritable barsak sendromlu, hastaların organik patoloji dağılım durumları ve ilişkileri	37

1.GİRİŞ

İrritabl barsak sendromu, tekrarlayan karın ağrısı, karında rahatsızlık, şişkinlik gerginlik gibi majör semptomlar ile birlikte dışkılama değişiklikleriyle seyreden fonksiyonel bir barsak bozukluğu sendromudur. Etiyolojisi tam olarak belirlenmemiş olmakla beraber multifaktöriyel etkenlerin (psikolojik, genetik, çevresel faktörler) sebep olduğu düşünülmektedir. Toplumdaki yüksek prevalansı, tanı ve tedavi maliyetinin yüksek oluşu, hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemesi ve ciddi iş gücü kayıplarına yol açması nedeniyle İBS önemli bir sağlık sorunu olup tanı konması büyük öneme sahiptir.

Yurt içinde yapılan çalışmalarda prevalans değerleri %2,9 ile %19,1 aralığında bulunmuş olup, yurt dışında ise İBS % sıklığı %2,9 ile %14 arasında bildirilmektedir.

Prevalans değerlerinin bu kadar farklı olmasının nedenleri arasında, çalışmalardaki metodolojik farklılıkların yanı sıra İBS için hastalığa özgü diagnostik bir test bulunmaması sayılabilir. Tanı, karışabilen diğer hastalıklar ekarte edildikten sonra semptomlara dayanılarak konulmaktadır. Fakat semptomlar da yeteri kadar spesifik değildir. Ayırıcı tanıda istenilecek test sayısını minimuma indirebilmek, zaman ve mali tasarruf sağlayabilmek maksadıyla 1978'den itibaren çeşitli tanı kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterler Manning, Roma I ve Roma II ve Roma III ve son olarak da Roma IV kriterleridir.

Ülkemizde İBS prevalansını belirlemeye yönelik olan çalışmalarda genel olarak Roma II kriterleri kullanılmıştır. Roma II soru formunun kültürel farklılıklardan ileri derecede etkilendiği bilinmektedir. Roma II'nin eksiklikleri sebebiyle Roma III benzer sebepler nedeniyle son olarak da Rome IV geliştirilmiştir.

Roma III ile Roma IV arasındaki en belirgin fark, Roma III'teki majör semptomlardan olan son zamanlarda tekrarlayan karın ağrısı ve karında rahatsızlık şikayetinin, Roma IV'te 'son zamanlarda tekrarlayan karın ağrısı' şeklinde değiştirilerek daha sınırlayıcı hale getirilmesi olmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İRRİTABL BARSAK SENDROMU TANIMI

İrritabl barsak sendromu karın ağrısı ya da karında rahatsızlık şikâyetleri ile birlikte, dışkılama sıklığında ve dışkı kıvamında değişikliklerle giden gastro-intestinal yolu ilgilendiren bir rahatsızlıktır (1). İBS'nin doğal seyri ara ara tekrarlayan ve geçen semptomlardan oluşmaktadır(2). Hastalığın kronik yapısı ise kayda değer bir ekonomik yüke sebep olmaktadır (3). Doktor konsültasyonları, ileri araştırma için yapılan tetkikler, gerekli, gereksiz reçete edilen ilaçlar, hastalığa bağlı iş gücü kayıpları bunlardan bazılarıdır(4). İBS prevalansı, dünya genelinde coğrafi bölgelere göre değişmekle beraber aşağı yukarı %10 civarlarında olan sık rastlanılan fonksiyonel bir barsak hastalığıdır(5). İBS tanısı koymak güçtür. İBS'yi belirleyecek herhangi bir spesifik laboratuvar testi bulunmaması ve diğer barsak hastalıklarıyla örtüşen semptomları olması buna sebep olmaktadır (6).

2010 yılında ABD gezici sağlık hizmetleri verilerine göre; acil servisler, evde hasta bakımı ve hastanede ayakta hasta ziyaretleri de dahil olmak üzere iki milyondan fazla İBS teşhisi konulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2004'te İBS kaynaklı ekonomik yük hem doğrudan (tıbbi yönetim), hem de dolaylı (verimlilik kaybı, çalışılmayan boş zaman) olarak 1 milyar doları aşmıştır. Bir çalışmada yıllık ortalama işe gelmeme günü 13,4 olarak tespit edilmiştir. ABD'de yapılan farklı çalışmalarda İBS'li kişiler yıllık yaklaşık 3 milyon kez doktor ziyareti gerçekleştirmişlerdir. Bu ziyaretler 1,6 ile 10 milyar dolar arasında sağlık harcamasına ve 19,2 milyar dolar iş gücü kaybına neden olmuştur (7)

2.2. İRRİTABL BARSAK SENDROMU EPİDEMİYOLOJİSİ

Drossman ve arkadaşları tarafından 2002’de yayınlanan 11 çalışmayı içeren (toplam kişi 23294) derlemede total İBS prevalansı %4,3 ile %21,8 aralığında belirlenmiştir (8) Talley’in çalışmasında prevalans 15-44 yaşları arasında %14, 45 yaş üstündeki grupta ise %9 olarak bulunmuştur (7) Hungin tarafından ABD’de 18 yaş üstü bireylerle yapılan çalışmada Roma II kriterleri kullanılarak İBS prevalansı %14, kadın erkek oranını 2:1 olarak bulunmuştur (10)

2012’de yayımlanmış bir sistematik inceleme ve metaanalizde, Manning ve Roma I, II, III kriterlerini içeren 80 farklı çalışmanın (260.960 kişi) prevalansları toplanıp yuvarlanarak bölgesel prevalansları yeniden belirlenmiştir. En fazla çalışmayı içeren Kuzey Avrupa ve Güneydoğu Asya’da prevalanslar %12 ve %7 olarak belirlenmiştir. Kuzey Amerika’da %11,8, Güney Avrupa’da %15, Ortadoğu’da %7,5, Güney Asya’da %17, Güney Amerika’da %21, Avustralya’da %14, Afrika’da %19 olarak belirlenmiştir. Bunlara göre en düşük prevalans %7 ile Güneydoğu Asya’da, en yüksek prevalans ise %21 ile Güney Amerika’da hesaplanmıştır (11). Bir başka çalışmada Japonya’da Miwa ve arkadaşları İBS prevalansını Rome II kriterine göre %9,8, Roma III kriterine göre %13,1 olarak bulmuşlardır (5)

Çin’de Bai ve arkadaşları tarafından Roma III ve Roma IV kriterleri kullanılarak yapılan çalışmada, İBS prevalansı Roma III kriterine göre %12,4, Roma IV kriterine göre ise %6,1 olarak tespit edilmiştir (12). Amerika ve Avrupa’da ülkelerinden bazılarını içeren, Roma III ve Roma IV kriterleriyle yapılan bir çalışmada İBS prevalansı Roma III kriterine göre %10,7, Roma IV kriterine göre %5,7 olarak tespit edilmiştir (13)

Yurdumuzda da prevalans ile ilgili bazı çalışmalarda vardır. Bir çalışmada Elazığ çevresinde %6,3, diğer bir çalışmada ise Sivas bölgesinde %19.1 ve başka bir çalışmada %7,4 olarak bulunmuştur ve bunlarda Roma II kriteri kullanılmıştır (14) 2006 yılında Ege üniversitesinde yapılan farklı illerden toplanan verileri içeren çok merkezli bir çalışmada ise İBS prevalansı %2,4 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada da Roma II kriteri kullanılmıştır (15) Kayseri’de birinci basamak sağlık çalışanları arasında yapılan Roma III kullanılarak yapılan çalışmada İBS prevalansı %12,9

olarak bulunmuştur (16) Çanakkale’de birinci basamakta Roma III kullanılarak yapılan çalışmada ise İBS prevalansı %12,8 olarak bulunmuştur (17).

İBS prevalansları geniş bir şekilde aşağıdaki tablolarda görülmektedir(16).

Tablo 1.1 : Batı ülkelerinde İBS prevalansı

Kaynak	Bölge-yıl	Tanı kriteri	İBS
Jones	BK 1992	Manning>2	21.6
Drossman	ABD 1993	Roma I	9.4
Osterberg	İsveç 1999	Roma I	10.6
Boyce	Avusturalya 2000	Roma II	8.9
Kennedy	BK 2000	Manning	17.2
Mearin	İspanya 2001	Manning, Roma I, Roma II	10.3 / 12,1
Thompson	Kanada 2002	Roma I, modifiye Roma II	13,5 / 12,1
Li	Kanada 2003	Roma II	25.2
Hungin	8 Avrupa ülkesi 2003	Manning, Roma I, Roma II	9.6
Wilson	BK 2004	Roma II	10.5
Dapoigny	Fransa 2004	Roma II	4.7
Andrew	ABD 2005	Roma II	6.6
Hungin	ABD 2005	Manning, Roma I, Roma II	10.4 / 7,9 /
Minocha	ABD 2006	Roma II	9.5
Vandvik	Norveç 2006	Roma II	8.4
Katsinelos	Yunanistan 2009	Roma II	15.7
Jung	ABD 2010	Roma II	13.2
Whitehead	ABD, BK, Kanada	Roma III, Roma IV	10,7 / 5,7
Palsson	ABD 2017	Roma III, Roma IV	11,1 / 6,1
	BK 2017		10,6 / 5,5
	Kanada 2017		11,7 / 5,8
Vork	Hollanda 2017	Roma IV definition 1-21*	87,4 / 61,6

*definition 1 ve 2, Roma III pozitif hastaların Roma IV'e göre pozitif olarak belirlenenlerin oranı. Definition 1, hastalık ağrısı skoru iki ve üzeri olanlar, definition 2, hastalık ağrı skoru 3 ve üzeri olanlar

Tablo 1.2 : Asya ve Afrika ülkelerinde İBS prevalansı

Kaynak	Bölge-yıl	Tanı kriteri	İBS
Masud	Banglades 2001	Roma II	8,5
Kwan	Hong Kong 2002	Roma II	6,6
Lule	Kenya 2002	Manning	8
Tan	Malezya 2003	Roma I	15,8
Lu	Tayvan 2003	Roma I, Roma II	17,5 / 22,1
Hoseini-Asl	İran 2003	Roma II	5,8
Gwee	Singapur 2004	Roma I, Roma II	10,4 / 8,6
Zuckrman	Vietnam 2006	Roma I	7,2
Sperber	İsrail 2007	Roma III	11,4
Park	Güney Kore 2008	Roma II	16,8
Miwa	Japonya 2008	Roma III	13,1
Dai	Çin 2008	Roma III	10,4
Zhao	Çin 2010	Roma II	4,6
Sohrabi	İran 2010	Roma II	4,1
Park	Kore 2010	Roma III	9
Kaji	Japonya 2010	Roma III	14,2
Nam	Kore 2010	Roma III	9,1
Noh	Kore 2010	Roma III	10,1
Makharia	Hindistan 2011	Roma III	4
Bai	Çin 2016	Roma III, Roma IV	12,4 / 6,1

Tablo 1.3 : Türkiye İBS prevalans çalışmaları

Kaynak	Bölge-yıl	Tanı kriteri	İBS
Karaman	Sivas 2003	Roma II	19,1
Çelebi	Elazığ 2004	Roma II	6,2
Yılmaz	Diyarbakır 2005	Roma II	10,2
Özden	32 farklı il 2006	Roma II (A)*	41
		Roma II (B)*	19
Basaranoğlu	Elazığ 2008	Roma II	8,6
Korkut	Ankara 2010	Roma III	7,1
Pangal	Kayseri 2012	Roma III	12,9
Özgen	Çanakkale 2013	Roma III	12,8

*(A) GİS yakınması olan hasta grubu arasında yapılmış, (B) GİS yakınması olmayan hasta grubu arasında yapılmış

Sperber'in yakın zamanda yayınladığı bir literatür taramasında, prevalans sonuçları arasındaki tutarsızlıklar, araştırma yöntemlerinin farklı olmasına ve İBS tanısında kullanılan kriterler arası farklılıklara bağlanmaktadır. Bunun yanı sıra seçilmiş olan nüfusların sosyo-ekonomik değişikliklerinden ve ülkeler arası kültürel etkenlerin prevalans farklılıklarına sebep olan ilişkisinden bahsedilmektedir (18)

2.3. İRRİTABL BARSAK SENDROMU ETYOPATOGENEZİ

Etyopatogenez tam olarak belirlenememiştir. Yapılan çalışmalarda dismotilite, visseral hipersensitivite, barsak inflamasyonu, stres ve psikososyal faktörler, genetik, barsağın bakteriyel enfeksiyonları gibi nedenlerin hastalığın patogenezinde rol aldığı varsayılmıştır (15)

Yapılan çeşitli çalışmalarda barsak hareketlerini sağlayan kaslarla sinirler arasında iletim bozukluğu tespit edilmiştir. Bu da motilite bozukluklarına sebep olmaktadır.

Bunun sonucunda dışkılama değişiklikleri, şişkinlik oluşmaktadır. Ayrıca bazı insanlarda barsak lümeninde visseral hipersensitivite varlığı ve barsak Motilite bozukluğu sonucu oluşan lümen içi gaz artışı karın ağrısına sebep olmaktadır. Bazı çalışmalarda da barsak içinde aşırı bakteriyel çoğalmanın İBS semptomlarına sebep olduğundan bahsedilmektedir (19) Stres, genetik sebepler, dismotilite, Visseral hipersensitivite, barsakta aşırı bakteriyel çoğalmanın yanı sıra son zamanlarda İBS ortaya çıkmasında barsakta gelişen bakteriyel enfeksiyonlarında etkisi olduğu gösterilmiştir (20)

2.3.1. İntestinal Motilite

İBS tanısı alan kişilerde histolojik radyolojik biyokimyasal ve yapısal, değişikliklerin gösterilememesi, İBS oluşumunda barsak motilitesi bozuklukların düşünülmesine sebep olmuştur (8) İBS’de barsak motilitesi, barsak sekresyonların ve barsak sensitivitesinde değişiklikler olmaktadır (21) Sağlıklı kişiler ile İBS kişilerin istirahat halindeki barsak motor aktiviteleri benzerdir. Ancak İBS’li kişilerde psikolojik stres altında, toklukta, çeşitli endojen hormonal uyarılar sırasında barsak hareketlerinde sağlıklı kişilere göre artış saptanmıştır (8) Gastrointesinal sistemin fonksiyonlarının düzenlenmesinde serotonin reseptörlerinin yeri büyüktür. Bu reseptörlerin büyük çoğunluğu barsakta yer almakta ve düz kas hücreleriyle barsak hücreleri arasındaki sinirsel iletişimde rol almaktadırlar (9) İBS’de bu iletim sistemin bozulduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (22). Yapılan çalışmalarda İBS’li kişilerin %25-75’inde dismotilite saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada İBS kabız tipte barsak hareketlerinin yavaşladığı, ishal tipte de barsak motor aktivitesinin arttığı tespit edilmiştir(23).

2.3.2. Visseral Hipersensitivite

İBS etyopatogenezinden sorumlu olduğu düşünülen diğer bir mekanizma ise visseral hipersensitivitedir. Sağlıklı bireylere göre İBS’lilerde barsak aşırı duyarlılığı daha sık görülmektedir (9) İBS’li kişilerin sindirilmiş besinlerin barsak segmentleri arasında geçişlerinde ağrı hissetmeleri gibi normal fizyolojik barsak kontraksiyonları sırasında bile ağrı duymaları visseral afferent sinir iletiminin aşırı duyarlılığından kaynaklandığı tezini desteklemektedir (24).

Barsaktaki anormal sensitiviteye sahip mekanoreseptörler tarafından, barsak duvarında gaz ve distansiyona bağlı olarak oluşan duyu, visseral afferent sinirlerle beyin korteksine ulaşmaktadır. Kortekse anormal hipersensitiviteye bağlı mekanoreseptörlerden ulaşan duyu barsakta dismilitite ve ağrı oluşmasına sebep olmaktadır (Q36). Bir çalışmada İBS'li kişilerde rektuma balonla distansiyon uygulandığında sağlıklı kişilerden daha fazla ağrı oluşturduğu saptanmıştır (22) Bir başka çalışmada İBS'lilerde rektuma ağrılı uyaran uygulandığında, ağrı merkezi olan anterior girus cingulatus'ta aktivite artışı olduğunu fonksiyonel MR ile gösterilmiştir (25).

Bir çalışmada rektosigmoid bölgeye yerleştirilen balon, İBS'li ve sağlıklı bireylerde aynı miktarda şişirilip her iki grupta ağrı hissedenler karşılaştırıldığında İBS'lilere ağrı hissedenler sağlıklı gruba göre daha sık bulunmuştur (25).

2.3.3. İntestinal İnfamasyon Ve Enfeksiyonlar

İBS ile enfeksiyonlar arasında bir ilişki olup olmadığı uzun zamandır araştırılmaktadır. Gastroenterit sonrası bazı kişilerde İBS geliştiği saptanmıştır (27). Enfeksiyon sonrası İBS gelişmesinde etyopatogenez tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Gastroenterit tablosu sonucu barsak mukozasında geçirgenliğin artması mukozada inflamasyona sebep olmaktadır. Bunun sonucunda barsak florasında oluşan değişim, barsak bariyer fonksiyonlarında bozulmaya neden olmaktadır (26) İBS'li kişilerin barsaklarından yapılan biyopsilerin değerlendirildiği bir çalışmada biyopsi alınan on hastanın dokuzunda myenterik pleksusta lenfosit infiltrasyonu artışı, altısında ise nöron dejenerasyonu saptanmıştır (22). İBS'li kişilerde ince barsak ve kolonda mast hücre artışı saptanmıştır. Karın ağrısı semptomunun oluşmasında barsak sinir hücrelerinin yakınında aktive mast hücreleri varlığının etkisi olduğu gösterilmiştir (28).

2.3.4. Barsak Florası

Barsak florası üzerine yapılan son yıllardaki çalışmalarda, barsak florasının İBS oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir. İBS'li kişilerin barsak florasının sağlıklı kişilere göre farklı olduğu gözlenmiştir. İBS'li kişiler ile sağlıklı kişilerin mukozal florası, fekal florasına göre daha benzer olduğu görülmüştür. Fekal

floraları karşılaştırıldığında ise 53 cins bakteride farklılıklar görülmüştür. İBS tanısı alanların mukozalarında Bacteroides fekal flora göre fazla bulunmuştur. Bacteroides vulgatus ise sağlıklı kişilerde İBS tanısı alanlara göre daha fazla saptanmıştır. Bacteroides vulgatus'un barsak mukozasını Escherichia Coliden koruduğu görülmüştür. Aynı bakterinin kanserojen maddelere karşıda koruyucu olduğu görülmüştür (26). Barsak florasındaki değişikliklerin motilite ve visseral hipersensivite üzerine etkisi mevcuttur (29).

Bir çalışmada, barsak florasını düzenleyici probiyotik olan bifidobakterium infantisin İBS semptomlarına iyi geldiğini bunu da antiinflamatuvar sitokinlerin oranlarında değişikliklerle sağladığından bahsedilmektedir (30). Barsak hareketlerinde motilite bozukluğu, barsakta bulunan bakterilerin aşırı üremesine sebep olur. Bu da aşırı gaz oluşumu bağlı olarak şişkinlik, gerginlik, ağrı gibi İBS semptomlarının ortaya çıkmasına sebep olur. Bu tezin dolaylı dolaysız kanıtları bulunmakla, etyopatogenezinin kesinleştirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (31). Diğer bir tezde ise antibiyotik kullanımı sonrası düzelme olması, aynı şekilde barsak florasının değişmesine bağlandığı gibi motilite bozukluğunun düzelmesinin de semptomların iyileşmesine katkısı olduğundan bahsedilmektedir (32). Bazı çalışmalarda İBS karbonhidrat yüklemesi sonrası elde edilen anormal hidrojen nefes seviyesi ve eradikasyon sonrası İBS semptomlarının gerilemesi aşırı bakteriyel çoğalmaya bağlanmaktadır (33).

2.3.5. Psikososyal Faktörler

Duygusal, fiziksel stres ya da cinsel taciz öyküsü varlığı, anksiyete bozuklukları gibi çeşitli psikososyal etkenlerinde İBS etyopatogenezinde rolü olduğu olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (25). Psikolojik stresin sağlıklı kişilerde de gastrointestinal semptomlara yol açtığı bilinmektedir. Ancak İBS'li bireylerin barsakları sağlıklı popülasyona göre daha hassas olup semptomları daha sık ve şiddetli yaşamaktadırlar (34)Yapılan çalışmalarda İBS'li bireylerin hayatlarında stresli olaylara daha çok mağruz kaldıkları tespit edilmiştir (35). İBS'inde diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastanın psikoloji üzerine etkisi olmaktadır (9). İBS'li bireylerde ruhsal hastalıkların görülme sıklığı %40-90 arasında değişmektedir (8). Depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak, uyku bozukluğu,

somatizasyon bozukluğu gibi hastalıklar sık görülmektedir (35). Çalışmada stres hormonu olan kortizol seviyeleri İBS'li hastalarda artırıldığında karın ağrısı ve barsak motilitesi artışı sağlıklı gruba göre daha çok hissedilmiştir (36)

2.3.6. Genetik

İBS'nin genetik etyopatogenezini belirlemede ikizler üzerinde yapılan çalışmalar önemli yer tutmaktadır. Yapılan bir çalışmada tek yumurta ikizlerin, çift yumurta ikizlerini göre karşılaştırıldığında, her iki kardeşinde İBS tanısı alması tek yumurta ikizlerinde daha sık bulunmuştur (37). Farklı çalışmalarda da, tek yumurta ikizlerinde her iki kardeşin İBS yakalanma sıklığı çift yumurta ikizlerine göre daha sık bulunmuştur (38). Aile bireylerini ve ikiz kardeşleri içeren bazı çalışmalarda, İBS'nin genetik yönü olabileceğini düşündüren sonuçlar olmakta beraber tartışmalı bulunmuştur (39). Genetik faktörlerle ilgili bazı bulgular arasında IL-10 düşüklüğü (inflamatuvar sitokin), G-protein polimorfizmi (MSS ve barsak arasındaki iletişimi etkiler) serotonin geri alım reseptörü polimorfizmi ve mü-2 adreno reseptör polimorfizmi (motiliteyi etkiler) sayılabilir (40).

2.4. İRRİTABL BARSAK SENDROMU KLİNİK ÖZELLİKLER

İrritabl barsak sendromunun başlıca semptomları, karın ağrısı, şişkinlik gerginlik dışkılama şekli ve sıklığında değişikliklerdir. Semptomlar sürekli ya da tekrarlayan şekilde olabilir. Semptomlar bazen hafif, bazen şiddetli olmaktadır. Hastaları en çok rahatsız eden semptom karın ağrısı iken, diğer en çok rahatsız oldukları semptomlar ise sırasıyla acil dışkılama hissi, şişkinlik ve dışkılama sayısında artıştır (41).

2.4.1. Tekrarlayan Karın Ağrısı

Karın ağrısı genelde hafif ile çok şiddetli arasında değişebilen, zaman zaman iyilik hali, zaman zaman ise alevlenmelerle seyir göstermektedir. Genellikle alt abdomende sol tarafta sigmoid kolon civarında lokalizedir. Bunun yanı sıra karın ağrısının yerinin ve şeklinin kişiden kişiye büyük değişiklik gösterdiği de görülmektedir (42) Stres ve gıda alımı ağrının artmasına sebep olabilir, dışkılama ve gaz çıkışıyla ağrı azalabilir. Ağrıya majör depresyon gibi bir komorbidite eşlik

etmedikçe iştahsızlık, malnütrisyon ve kilo kaybı görülmemektedir. Gece uykudan uyandıran ağrı İBS'de görülmemektedir (43).

2.4.2. Barsak Alışkanlıkları

İBS'nin en belirgin bulgularından biri de diğer şikâyetlerle birlikte olan dışkılama değişiklikleridir. İBS tanısı alanlar uzun süreli ishal, kabızlık dönemleri yanı sıra birbirini izleyen ishal ve kabızlık atakları yaşayabilirler. İshal genelde az miktarda sık dışkılama ile birlikte yumuşak kıvamlı, daha çok sabah ve yemeklerden sonra olmaktadır. Kabızlık dönemleri bazen uzun sürebilir. Dışkı sert kıvamda ve keçi pisliği tarzında tane tanedir. Normal dışkılama dönemleri de olmaktadır. İBS tanısı alanların bazılarında acil dışkılama ve rektumda boşalamama hissi (tenezm) olabilmektedir. İshal baskın İBS alt tipinde günde üçten fazla cıvık, şekilsiz dışkılama, kabızlık baskın tipe ise haftada üçten az sert kıvamlı dışkılama söz konusudur (44).

2.4.3. Karında Gaz ve Distansiyon

Karında şişkinlik gerginlik gaz olması sıklıkla gözlenir ve genelde alt abdomende görülmektedir. Sabahları azalan gün içerisinde artan distansiyondan hastalar şikâyet etmektedirler(28). Buna karşılık yapılan bazı çalışmalarda kolonda normal miktarda gaz olduğu tespit edilmiştir (45).

2.4.4. Diğer Semptom Ve Belirtiler

İBS tanısı alanlarda gaytada mukusta görülmektedir. Genellikle beyaz renkli veya berrak mukus görülür (21). GÖR, disfaji, dispepsi, bulantı, gibi üst gastrointestinal sistemini içeren belirtiler İBS'li kişilerde sık gözlenmektedir (14). Bir çalışmada İBS ile fonksiyonel dispepsi %57, gastroözofajeal reflü hastalığı ise %40 beraberlik göstermektedir. Bu hastalıkların benzer patofizyolojiye sahip olabileceklerinden bahsedilmektedir (46).

Ayrıca cinsel işlev bozukluğu, dismenore, idrar sıklığında artış ve fibromiyalji gibi GİS dışı semptomlara da sık rastlanılmaktadır (47).

2.5. ALEKSİTİMİ

Aleksitimi kavramı 1970 yıllarında ilk olarak kullanılmaya başlanmış, Yunanca bir kelimedir ve Yunancada yok (a), söz (lexis) ve duygu (thymos) anlamlarına gelen kelimelerden oluşmuştur (48)(49). bu kavramı ilk kullanan ve psikosomatik tıp ile ilgilenen Psikiyatrist Sifneos olmuştur. Sifneos (1973) bu kavramı tanımladıktan sonra, Nemiah ile birlikte aleksitiminin duyguları anlama ve düzenleme zorluğu aynı zamanda da bir kişilik özelliği olduğunu belirterek kavramsallaştırmıştır. Bu terimin ülkemizde, farklı araştırmacı ve bilim insanlarınca kullanılışı farklılaşmaktadır. Dilimize duygular için söz yokluğu olarak çevrilmiş (49) olsa da Şahin (1992), Sayar ve Acar'a (2001) göre sadece söz yokluğu değil aynı zamanda duyguyu anlayamamaktan kaynaklı duygu tepkisizliğidir. Aleksitimi bu anlamda “duygu sağırlığı” olarak ifade edilebilir (50). Dökmen (2000) ise, “düşünce köleliği” şeklinde adlandırmıştır.

Aleksitimik özellikler üzerine geçmiş yıllardaki araştırmalar çoğunlukla klinik gruplarda görüldüğü yönünde savlar ortaya koymaktadır fakat sonraki yıllarda yapılan çalışmalarsağlıklı popülasyonda da sıklıkla karşılaşıldığına dikkat çekmiştir (51). Günümüzde psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülme sıklığı da sağlıklı kişilerde görülme sıklığı da arttığı bilinen aleksitiminin, farklı örneklerle yapılan araştırmalarca farklı sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir. Candansayar (1993), sağlıklı nüfusla yaptığı araştırmada %6,7-18,8 arası aleksitimi yaşanma sıklığı tespit ederken, Loas (1995) %23, Kokkonen ve arkadaşları (2001) kadınlarda %5,2, erkeklerde %9,4 oranlarının olduğunu belirtmiştir.

Aleksitimi çoğunlukla psikosomatik hastalıklarla ve belirtilerle ilişkilendirilmiş (Dereboy, 1990) olmasının yanı sıra psikolojik bozukluk, klinik bir belirti, nörolojik bir bozukluk ya da bilişsel bir problem, sosyal desteğin olmadığı ya da az olduğu durumlarda ortaya çıkan bir semptom veya kişilik özelliği olarak ele alınmış birbirinde farklı görüşlerin hâkim olduğu ve değerlendirdiği karmaşık bir kavramdır (52)(53).

2.5.1. Aleksitiminin Kuramsal Çerçevesi

2.5.1.1. Psikanalitik Yaklaşım

Aleksitimi kavramı 1970'li yıllarda ortaya çıkmış yeni bir kavram olmasına rağmen, anlamsal ve içerik yönünden bakıldığında psikanalitik yaklaşımı benimseyenler tarafından epey incelemelere ve değerlendirmelere tabi olduğu görülmektedir. Çalışmalarda psikosomatik semptomlarla aleksitimik özellikler birbirleriyle örtüşen belirtiler olarak ele alınmıştır (54).

Psikanalitik yaklaşıma göre duyguların sözlerle ifade bulmaması ve bilinç düzeyine ulaşamaması ego savunma mekanizmalarıyla bağlantılıdır ve aleksitimik özellikler bu sağlıklı savunma mekanizmalarından yadsıma (denial), bastırma (repression) ve tepki oluşumu (reaction formation) ile karakterize olarak değerlendirilmektedir (55). Yadsıma (denial) savunma mekanizması Freud tarafında 1923'te kişiye acı veren duygu ve durumların inkâr edilerek bilinçaltı seviyesinde yokmuş gibi davranılması şeklinde tanımlanır(56). Bastırma (repression) savunma mekanizması baskılama (suppression) ile benzer görülmekle birlikte istenmeyen duygu ve dürtülerin genellikle yıkıcı ve olumsuz bir yaşantı sonrası bilinçaltı düzeyine atılması, bloklanması ve unutulması anlamına gelmektedir (57). Karşıt tepki geliştirme (reaction formation) savunma düzeneği ise, suçluluk ve kaygı yaratabilecek duyguların karşında tam tersi yönde tutum geliştirmeyi ifade eder(58). Bu anlamda aleksitimik özellikler savunma mekanizmalarıyla benzerlikler göstermektedir. Benliğe acı veren duyguların sözlere dökülebilmesi için bilinçaltı katmanından bilinç düzeyine ulaşması gerekir, aksi durumda içsel çatışmalar sözel ifadelerle değil somatik belirtilerle ortaya çıkar (59). Savunma mekanizmalarının sağlıklı bir şekilde kullanımı fiziksel yakınmalara yani somatizasyona evrilir ve kişinin asıl içsel problemlerinden uzaklaşmasına sebep olur (60).

Psikanalitik kuramcıların aleksitimiye açıklama girişimleri incelendiğinde çoğunlukla erken dönem anne-bebek ilişkileri üzerinde yoğunlaştıkları görülmektedir. Wolff (1977), Krystal (1979), McDougal (1982) ve Luminet (1995) bu anlamda görüşleriyle ve kavramsallaştırmalarıyla önemli katkılar yapmışlardır. Onlara göre, erken dönem ebeveyn tutumları çocuğun imgesel dünyasını etkiler niteliktedir.

Aleksitimik özelliklerin ortaya çıkması konusunda ebeveyn tutumlarının önemine vurgu yapan Wolff'a (1977) göre, reddeden anne-babalar ya da çocuğun

duygusal gelişimini, kendi benliğini ortaya koymalarını kısıtlayan, sözel ifadelerini desteklemeyen anne-babalar çocuğun kendisini yeterince tanıyamaması açısından riskli davranışlar sergilerler. Erken dönemlerde duygusal yönden anlamlandırma sağlayamayan, desteklenmeyen, baskıya maruz kalan ya da reddedilen çocuk yani ebeveyniyle bozuk bir etkileşime maruz kalan çocuk, kendi gerçek benliğini oluşturamaz, çevresiyle kurduğu iletişimde de duygusuz bir tarz benimser, duygularını tanıyamaz ve ifade edemez. Çocukluk dönemlerinde duygudan yoksunlaşan çocuk, ileriki dönemlerinde de aleksitimik özelliklerin yoğun olarak görüldüğü bir patern geliştirir.

Yine bir başka çalışmacı Krystal (1979), aleksitiminin oluşumunu çocuğun ebeveynleriyle ilk gelişimsel dönemlerindeki yaşantı ve etkileşimlerdeki bozukluğa bağlamanın yanı sıra erken evredeki bu etkileşimlerden doğan travmatik ilişkilerin çocuğun duygusal dünyasındaki etkilerinin yadsınamaz olduğunu belirtir. Bebeğin anneyle arasındaki bağın sağlıklı bir şekilde kurulamamış olması ya da travmatik, yıkıcı bir olaya maruz kalması çocuğu derin bir şekilde yaralar ve duygusal iletişimin gelişmesine ket vurur. Nihai olarak, kişilerin duygusal dünyası zenginleşemez, çocukluktaki ilk dönemlere saplanır, imgelem ve yaratıcılık yetenekleri gelişemediği gibi, duyguları anlama ve söze dökme yetileri de eksik kalır. Çocuğun duygusal dünyasının zenginleşmesi ve çocuğun duygusal açıdan sağlıklı gelişim gösterebilmesi aile içinde ebeveyniyle kurduğu sağlıklı etkileşimlere bağlıdır.

McDougal da (1982), çocuğun ebeveyniyle ilk kurduğu ilişkilerin önemine dikkat çeker. Anne- bebek arasında kurulan iletişimde yaşanan sorunların hatta kurulamayan ilişkilerin, çocuğun ileriki dönemlerinde aleksitimik özellikler geliştirmesi yönünde risk teşkil ettiğinden bahseder. Çocuk böyle durumlarda içsel temsiller oluşturamaz, imgeleme yeteneği kazanamaz ve benliğin oluşumu sarsıntıya uğrar. Duyguları anlamlandırma ve sözel ifadeler güçleşir, kaygı ve istenmeyen çatışmalara savunma olarak aleksitimi gelişir. Luminet de (1995) benzer şekilde ilgisiz, tutarsız ya da aşırı korumacı tutum sergileyen ebeveynlik şekillerinin aleksitimik özelliklerin görülmesinde önemli faktörler olduğunu söyler.

2.5.1.2. Nörofizyolojik Yaklaşım

Aleksitimiye açıklama girişimlerinde nörobiyolojik yaklaşımlar da önemli veriler elde etmiştir. Bu yaklaşıma göre beyin farklı bölgelerindeki işlevsel bozukluklar aleksitimiye sebep olmaktadır.

İki önemli açıklamadan birisi, beyin sağ ve sol lobları arasındaki iletişim kopukluğudur. Sağ beyin yarım küresi ile sol beyin yarım küresi arasında bir bağlantısızlık meydana geldiğinde, bu bağlantı kopukluğu sebebiyle duygular söze dökülememektedir. Söze dökülemeyen duygular kişiler tarafından bedenselleştirme yoluyla ifade edilmektedir (Hoppe ve Bogen,1977). Buchanan ve arkadaşları (1980), yaptıkları çalışmada iki beyin yarım küresi arasında bağlantıyı sağlayan ve yoğun sinir ağlarından oluşan “corpus callosum” ismindeki bölgeyi etkisizleştirmişler ve sonucunda da deneklerin somatik duyularının arttığını gözlemlemişlerdir. Beynin sağ hemisferi duygusal bilgiyi işlerken, sol hemisferi dil ve konuşma ile ilgili alanları yönetmektedir. Bu görevlerin farklılığından dolayı iki yarım kürenin arasındaki disfonksiyon aleksitim oluşumu için bir sebep olarak değerlendirilmektedir.

Diğer nörofizyolojik açıklama ise, aleksitiminin limbik sistem ve korteks arasındaki bağlantıdaki bir bozukluktan ileri geldiği düşüncesidir. Duyguların oluştuğu beyin bölgesi olan limbik sistemden çıkan duygusal uyarılar kortekse geçiş sürecinde aksaklıklarla karşılaşmakta ve bilinçli yaşantısal bir düzeye sağlıklı bir şekilde erişememektedir. Aksaklığa uğrayan uyarılar sözel ifadelere dökülememekte ve bedenselleştirilmektedir (61).

Ayrıca, çocuk ve çocuğu yetiştiren kişiler arasındaki ilişkinin korteksin duyguyu fark etmek ve duyguyu düzenlemekle ilgili görevlerden sorumlu alanlarının gelişimine etki ettiği belirtilmektedir (62). Beynin iki lobunun arasındaki yoğun sinir bağlantılarından oluşan ve bu iki lob için köprü görevi gören corpus callosumun özellikle ergenlik döneminde olgunlaştığı ve insandaki olgunlaşmanın bu bölgenin olgunlaşmasıyla paralel olduğu bilinmektedir (63).

Aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler üzerinde fMRI (Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme) tekniği kullanılarak yapılan araştırmalarda somatosensoriyel ve sensorimotor beyin fonksiyonlarında artış olduğu ve fiziksel duyuları yüksek bir şekilde hissettikleri sonucuna varılmıştır. Bununla bağlantılı olarak aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler, içsel, zihinsel duyulardan ziyade

dışsal, fiziksel belirtilerden yakınırlar. Ayrıca, aleksitimik bireylerin medial prefrontal kortekslerinde düşük aktiviteler gözlenmiş, bununla bağlantılı olarak da aleksitimik kişilerin sadece kendi duygularını anlama ve ifade etme konusunda yetersizliklerinin olmadığını aynı zamanda diğer insanların zihinsel durumlarını ve duygularını anlamada da yetersizliklerinin olduğu belirtilmektedir (64)(65).

2.5.1.3. Bilişsel Yaklaşım

Eski Yunanda filozof Epictetus'a göre, insanları rahatsız eden şey, o şeyin kendisi değil, insanların ondan edindikleri izlenim, onu yorumlayışlarıdır (66). Bilişsel modelin incelediği ve üzerinde önemle durduğu kavram da işlevsiz düşüncelerdir. Psikolojik sorunların ve sıkıntıların kaynağının bireye gelen uyarıcıların sağlıklı olmayan bozulmuş bir bilişle yorumlanması olduğunu ileri sürer (67)(68). Kişinin bilişsel dünyasında, dünyaya gelişi itibariyle çevresiyle etkileşimi sonucu temel inançlar ve tutum, kural ve varsayımlardan oluşan ara inançlar oluşur. Bu bilişsel yapı dolayısıyla birey herhangi bir uyarıcıyla karşılaştığında, inanç sistemleriyle paralel doğrultuda otomatik düşünceler üretir. Üretilen otomatik düşünceler davranış ve duygu olarak tepkiye dökülür (68). Düşünce, duygu ve davranış üçgeninde düşünüldüğünde, bilişsel modelin temel varsayımına göre duygu ve düşüncelerin birbirinden bağımsız olmadığı, lokomotifin vagonları gibi birbirini izleyen yapılar olduğudur. Bilişsel kurama göre, aleksitimi bu bilişsel süreçlerdeki bozukluktan kaynaklanır (69).

Magda Arnold, duyguların bireyler tarafından yorumlanmasında "appraisal" yani ön değerlendirme terimini kullanır. Bu ön değerlendirme duygunun bilişsel kısmına atıftır ve karşılaşılan uyaran ya da olayla ilgili kişisel bir değer biçme, "iyi" ya da "kötü" olarak yorumlama sürecidir. Bu bakımdan, duyguların anlaşılabilirliği ve açıklanabilirliği için öncelikli olarak bilişsel (cognitive) alt yapısının anlaşılması gerekliliğinden bahsedilir (70).

Bilişsel yaklaşımın önemli isimlerinden biri olan Lazarus (1982) kişinin çevresiyle etkileşimi sonucu oluşan bilişsel (cognitive) değerlendirmelerin duygunun oluşmasını sağladığını savunur. Dil öncesi dönemden bilinçli döneme kadar basitten başlayıp karmaşık bir yapıya evrilir bu bilişsel yorumlamamız. Bilincin gelişmiş olduğu evrede duygular sözel olarak ifade edilebilir bu da temelinde farkındalık

gelişimine bağlıdır (71). Bu bakımdan, çocukluk döneminde çevreyle olan etkileşim, dil gelişimi ve duyguların oluşmasına kaynaklık eden bilişsel yorumlamaların gerçekleşebilmesi için önemli bir role sahiptir.

Bilişsel kuramın temelinde olan düşünce ve duygu etkileşimi aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler için düşünüldüğünde, aleksitiminin bilişsel yorumlamalardaki disfonksiyon sonucu olduğu görüşü hâkim olmaktadır. Martin ve Pihl (1986), aleksitimiklerin gelişmiş olmayan bilişsel (cognitive) şemalara sahip olduğunu, basit düzeyde yorumlamalar ve değerlendirmeler yaptıklarını ve buna bağlı olarak da duyguların fark edilmediği, sözel yolla ifade bulmadığını, işlevsiz bilişler ve çarpıtmaların bedensel yolla somatik hastalıklara yol açtığını ifade etmişlerdir.

Lane ve Schwartz (1987) da duyguları fark etme ve söze dökme konusunda benzer açıklamalar yapmışlardır. Aleksitimiklerin bilişsel gelişimin ilk evrelerinde ve devam eden süreçlerde aksaklıklar yaşadıklarını ve bu aksamalara bağlı olarak duyguyu işleme süreçlerinin gelişmediğini, duyguların söze dökülemediğini ve fiziksel duyumlardan ayrılmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Pennebaker (1989), duyguların bilişsel süreçler içerisinde yetersiz işlenmesiyle aleksitimik bireylerin duygu ketlenmesi yaşadıklarını söyler.

2.5.1.4. Sosyal Öğrenme Ve Sosyokültürel Yaklaşım

Sosyal öğrenme kuramı, Bandura tarafından geliştirilmiş insan davranışlarını anlamlandırmak için yapılan çalışmaları kapsayan bir kuramdır. Bu kurama göre, davranışın oluşmasında etkili olan temel faktör gözlemdir. Öğrenme; dikkat, hatırlama, davranışa dönüştürme ve güdülenmeden oluşan bir süreci kapsamaktadır. Kişiler, model aldıkları birini gözlemleyerek ve dikkatlerini odaklayarak davranışlarını o yönde üretirler. Bu davranışlar, kişinin çevresinden aldığı dönütlerle ve pekiştireçlerle devam eder ya da devamı sağlanmaz. Sosyal öğrenme kuramına göre, bireyin tüm davranışları sosyal ilişkileri bağlamında model alarak öğrenmeye dayanır. Bu anlamda sosyal öğrenme kuramcılarına göre, çocuğun öğrenme süreci için çevresi yadsınamaz etkilere sahiptir ve çocuğun normal ve normal dışı davranışlar geliştirmesi için ciddi bir rol oynar. Çocuğun bu öğrenme sürecinde model aldığı ilk kişiler en yakın çevresini oluşturan ebeveynleridir (72).

İnsan davranışlarının tümünün çevreden gözlemlenerek, model alınarak öğrenildiğini savunan sosyal öğrenme kuramı çerçevesinde düşünüldüğünde çocuklar iletişim kurmayı, sosyal ilişki kurmayı, duygu ve düşüncelerini ifade etmeyi yine model alarak aile içerisinde öğrenirler. Eğer bireyler aile içerisinde ve erken dönem çevrelerinde duyguyu fark edip ifade etmeyi öğrenememişlerse aleksitimik özellikler gösterirler. Bu noktada, duygularını söze dökmeyi öğrenmesi ya da bastırması kişinin erken dönem çevresinden aldığı eğitimden ve içerisinde bulunduğu sosyo-kültürel ortamdaki bağımsızlığıdır. Duyguların bastırıldığı ve ifade edilmediği aile ortamı, aleksitimiye zemin hazırlamaktadır (59).

Lesser'e (1985) göre benzer şekilde, aleksitimik özellikler sosyo-kültürel farklılıklara göre şekillenmektedir. Bazı çevrelerde duyguların açığa vurulması ve ifade edilmesi olumlu bir davranış olarak değerlendirilse de bazı kültürlerde duyguların sözel ifadesi hoş karşılanmaz. Kültürel etkenlere bağlı olarak, ödüllendirilen ya da ödüllendirilmeyen bir davranış paterni karşımıza çıkar. Buna bağlı olarak, duygular ya sözel ifadelerle karşılık bulur ya da bastırılır. Pierloot ve Vinck (1977), Lesser ve arkadaşları (1979) ve Kauhanen ve arkadaşları (1993) bireyin aleksitimi geliştirmesini sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel farklılıklarla bağdaştırırlar.

2.5.2. Aleksitiminin Klinik Belirtileri Ve Kişilik Özellikleri

Aleksitimik kişiler Sifneos'un (1988) tanıma göre duygularını tanımada güçlük çeken, bunları ifade etmekten yoksun kişilerdir. Aynı zamanda çevrelerindeki insanlar tarafından duygusuz ve katı olarak algılanırlar (69). Taylor ve arkadaşları (1991), aleksitimik özellikleri dört kategoride toplamışlardır. Bu kategoriler şu şekilde ifade edilmektedir:

Duyguları tanımak, ayırt etmek ve sözle ifade etmekte güçlük,

Hayal kurmada sınırlılık,

İşlemsel düşünme,

Dışa vuruk düşünme.

2.5.2.1. Duyguları Tanımak, Ayırt Etmek Ve Sözle İfade Etmekte Güçlük

Duyguları tanıyıp, onları tanımlayamamak aleksitimiklerin en tipik özelliklerindedir. Günlük hayatta ilişki kurabilir, düşünebilir fakat duyguyu tanımak ve fark etmek anlamında kördürler. Ne hissettikleri sorulduğunda genellikle fiziksel belirtileri ya da olan olayları anlatırlar. Kendi duygu dünyalarında oluşmaları fark edemez ve söze dökemezler. Duygudan bahsedecekleri zaman daha çok düşüncelerden ve olaylardan bahsederler (54). Duygu dünyalarındaki kısıtlılık ve bunu fark edemeyişleriyle dışarıdan daha donuk ve katı bir görünüme sahip olurlar (73). Sosyal yaşamda duyguların tanınması ve ifadesi önemli bir yer tuttuğundan, aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler çevrelerindeki insanlar tarafından duygusuz ve kaba olarak tanımlanırlar (50).

2.5.2.2. Hayal Kurmada Sınırlılık

Duyguları yaşayamama anlamında oldukça mekanik olan aleksitimik bireyler düşlem yaşantılarında da oldukça kısır bir yaşama sahiptirler. Düşlem ve imgelem güçleri hayli zayıf olan bu kişiler çoğunlukla hayal kurmaz, kurdukları hayaller de oldukça gerçekçi ve gerçeklik sınırlarını geçmeyen hayallerdir (74). Hayal dünyalarındaki bu yoksunluk rüyalarına da yansımaktadır. Çok nadiren rüya görürler ve nadiren hatırlarlar. Somut ve günlük hayatla ilişkili rüyaları görmekle beraber imgelemdeki kısıtlılıkları ile yaratıcılıklarının düşük olması da ilişkilendirilmektedir (75).

2.5.2.3. İşlemsel (Operational) Düşünme

Aleksitimik özelliklere sahip olan kişiler duyguları tanıma, fark etme, söze dökmede güçlükler yaşamakla beraber hayal ve imgelem dünyaları zayıf olan kişilerdir. Bu olumsuz özelliklerle birlikte, problemlerin çözümüne yönelik kısa yoldan cevaplar ararlar. Herhangi bir problemle karşılaştıklarında bunu çözmek için adım atarlar. Sorunları ve sıkıntı yaşadıkları konuları derinlemesine incelemeye alıp, duygusal nedenlerine odaklanıp, sebeplerini anlamaya çalışmasalar da konuyla alakalı yüzeysel sebepleri ele alıp tekrar aynı sorunla karşılaşmamak için bir an önce çözmeye çalışırlar. Mekanik ve faydacı bir düşünme eğilimleri olduğundan bunu kolayca gerçekleştirebilirler. Bu özellikleri de her ne kadar duygu dünyasından uzak olsalar da sosyal uyumlarını kolaylaştırıcı etkilere sahiptir (76-77).

2.5.2.4. Dışa Vuruk Düşünme

Aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler, duygusal dünyalarından uzak oldukları için daha çok dış odaklıdır ve çevresinde olup biten olaylara içsel duygularından daha fazla odaklanırlar. Pragmatist ve işlemsel düşünceleri sayesinde dış dünyalarıyla, sosyal çevresiyle uyum içerisinde olmaya çalışırlar. Bu uyum kişiler arasındaki duygusal bağlarla ve ilişkilerle sağlanmazsa da soruna yönelik faydacı tutum ve davranışları sayesinde uyumu yakalayabilirler. İçsel dünyalarına önem verip, duygularını anlamaya ve anlamlandırmaya çalışmaz, daha çok dışa dönük yaşarlar (77)(78). Aynı zamanda, McDougall (1982), aleksitimi düzeyi yüksek olan bireylerin çevresiyle sosyal uyum sağlamasını ve bu yöndeki çabalarını içsel yaşamlarındaki yoksunluk ve iç dünyalarına ehemmiyet vermemelerinden dolayı yalancı normallik (pseudonormality) olarak yorumlamaktadır.

2.6. İRRİTABL BARSAK SENDROMLU HASTALARIN ALEKSİTİMİ TANI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

İrritabl barsak sendromu (İBS) süregen biçimde karında huzursuzluk, kabızlık ve diyare ile giden organik nedeni olmayan bir rahatsızlık olarak tanımlanır. İBS işlevsel gastrointestinal sendromlar arasında yer alır ve yaygınlığı %10-22 arasında değişmektedir. Ek olarak, ağrı ile beraber seyrek dışkılama, ağrıda dışkılama ile azalma, ağrının başlangıcında barsak hareketlerinin sıklığında artış, karın şişkinliği, tam olarak dışkının boşalmama hissi, rektumda mukus yakınmaları da sıklıkla bulunur (79).

İBS, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Rahatsızlığa yönelik tedavi başvurusu genelde 30 ile 50 yaşları arasında olmakla beraber, hastalık genelde genç yaşlarda başlamaktadır. İBS tanısı için, Roma I ve II kriterleri tanımlanmıştır; ancak klinik çalışmalarda genel olarak Roma II kriterleri kullanılmaktadır (80). Hastalığın gidişi genelde süregelen olup, iyileşme ve alevlenme dönemleri ile seyrederek; hastalığın başlangıcından çok, alevlenmelerin stresle ilişkisi olabileceği bildirilmektedir. İBS hastalarında nörotizm ve hastalık davranışlı sergilemede artış gibi psikolojik özellikler, psikiyatrik tanı sıklığında artış ve cinsel-fiziksel kötüye kullanım gözlenmiştir (81).

Gastrointestinal sistem (G<S) ve psikiyatrik yakınmaların birlikteliğini araştıran çalışmalarda İBS olan hastalarda %54-100 gibi oldukça yüksek oranlarda duygu durum ve anksiyete bozukluğu tanımlanmıştır (82).

Hastalığın nedenine yönelik olası hipotezler öne sürülmüştür. Bunlar psikosomatik hipotez, somatopsiflik hipotez, hastalık davranışlığı hipotezleridir (81). İBS, fonksiyonel somatik sendromlardan olup (83), oluş nedeni ile ilgili öne sürülen hipotezlerden biri de beyin-barsak eksenini hipotezidir. Bu görüşe göre, GİS ile ilgili patolojik olaylar merkezi ve barsak sinir sistemi arasında pozitif geri bildirim döngüsünde bozulma hipoteziyle açıklanır (81). Kortikotropin salgılatıcı faktör (KSF) (Corticotrophine Releasing Factor-CRF) güçlü anksiyojenik özelliği olan bir nöropeptittir; stres sırasında hipotalamo–hipofizer-adrenal (HPA) eksen ve korku döngüsünde, beyin barsak etkileşiminde aktif role sahiptir. Anksiyete bozukluğu, depresyon ve stres ile ilişkili yakınması olanlarda otonomik aşırı çalışma, gastrointestinal stres veya organ-sistemler ile ilgili uyaranların yanlış yorumlanması gözlenmektedir. Bunların tamamı İBS olan hastalarda da görülebilmektedir ve KSF nöronları ile ilişkili olabilir (81).

Psikosomatik hastalar üzerindeki klinik gözlemlerin zaman içinde giderek nitelik ve bütünlük kazanmasının bir sonucu olarak aleksitimi kavramı ortaya çıkmıştır. Aleksitimik kişilerin somatizasyon eğiliminin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar yanı sıra, somatizasyon bozukluğu olan hastalarda aleksitimik özelliklerin de hem sağlıklı kontrol grubundan, hem de psikosomatik hasta grubundan daha yüksek olduğu ve psikojenik ağrı bozukluğu olan hastalarda aleksitimik özelliklerin yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir 77.

Psikosomatik bir hastalık olarak İBS'deki kişilik özelliklerinin değerlendirildiği çalışmalar bildirilmiştir (84); ancak mizaç ve karakter değerlendirilmesinin yapıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mizaç (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir.

Kabaca mizaç, kişiliğin genetik yönünü, karakter ise sosyal ve kültürel yönünü içerir (84)

Literatürde IBS’de bağlanma biçimleri IBS, FD gibi hastalıklar açısından ayrı ayrı incelenmiş olmakla birlikte; IBS’yi bir bir bütün olarak ele alıp üst ve alt IBS olarak kendi içinde ayrıca sağlıklı kontrollerle bağlanma biçimleri açısından kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma için, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinin Bilgi İşlemi aracılığı ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Etik Kurul (19.10.2017) ve başhekimlik onayları alındıktan sonra 2016-2017 yılı irritabl barsak sendromu tanısı almış hastaların bilgilerine ulaşıldı. İrritabl barsak sendromu tanısı almış 126 kişi tespit edildi, 110 katılımcıya ulaşıldı. Çalışmaya, polikliniğimize gelen hastalardan, sağlıklı gönüllülerden oluşan, gastrointestinal sistem yakınması olmayan 103 kontrol grubu hastası oluşturuldu.

Araştırmaya başlamadan önce, katılımcıların araştırma ile ilgili bilgilendirildiği bir form hazırlandı. Formun içeriğinde araştırmayı yapanın kimliği, araştırmanın amacı, tahmini uygulama süresi ve katılımcılardan beklentiler açıklandı.

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formunda sırasıyla, katılımcılardan psikiyatrik tedavi alıp almadıkları; tanı için başvurdukları poliklinikler; düzenli aldığı tedaviler ki burada süreyi altı ay ve üzeri olarak belirttik; istenen tetkikler sonucu organik patoloji bulunan hastalar; Şikayetlerde anlamlı / kısmi rahatlama durumu hakkında bilgi alınmıştır.

Katılımcılara, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) uygulandı.

Toronto Aleksitimi Ölçeği Taylor, Ryan ve Bagby, tarafından bireylerdeki aleksitimik özellikleri ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin ilk hali duyguları tanıma, tanıma ve tanımlamada zorluk ile duyguları bedensel hislerden ayıramama, duyguları konusunda başkaları ile iletişim kuramama, düş kurmada sınırlılık nedeniyle içsel deneyimler yerine dışsal olaylara odaklanmak olmak üzere 4 faktörden oluşan 26 maddeli bir ölçektir (85). Daha sonra yapılan değişiklik ve düzenlemelerle 3 faktör ve 20 maddeden oluşan bir aleksitimi ölçeği elde edilmiş ve

bu ölçek TAÖ- 20 olarak isimlendirilmiştir (85). TAÖ-20'nin ilk Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında $\alpha=0.81$ olarak, son olarak da, Güleç ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ise ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılık incelemesinde toplam ölçek için $\alpha=0.78$ olarak belirlenmiştir. Türkçe'ye uyarlanan TAÖ-20'nin, iç tutarlılığı yeterli bulunmuş ve Türk örneklemini için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. (86)

TAÖ-20'nin içerdiği üç alt faktör şu şekildedir: Duyguları tanımada güçlük, duygularını ifade etmede güçlük, dışa dönük düşünce. Duyguları tanıma faktöründe 7 madde (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), duyguları ifade etmede güçlük faktöründe 5 madde (2, 4, 11, 12, 17) ve dışa dönük düşünce faktöründe 8 madde (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) bulunmaktadır (85).

Ölçek beşli likert tipi bir ölçektir. “Hiçbir zaman (1)”, “Nadiren (2)”, “Bazen (3)”, “Sık sık (4)” ve “Her zaman (5)” seçeneklerinden oluşur. Katılımcılardan bu seçeneklerden kendilerine en uygun olanı işaretlemeleri istenir. Puanlama da; Toronto Aleksitimi ölçeği-A (Duygularının tanıma zorluğu): 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14..(7 madde); Toronto Aleksitimi ölçeği-B (Duygularını ifade etme zorluğu): 2, 4(ters), 11, 12, 17..(5 madde); Toronto Aleksitimi ölçeği-C (Dışa-vuruk düşünce): 5(ters), 8, 10(ters), 15, 16, 18(ters), 19(ters), 20..(8 madde) (85). Bu çalışmada ölçeğin Türkçe formu ve puanlama yöntemi kullanıldı. Çalışmamızda, Toronto Aleksitimi ölçeğinde, 51 puan ve altı, aleksitimi yok; 52-60 puan arası muhtemel aleksitimi var; 61 ve üzeri skor da aleksitimi var olarak değerlendirilmiş bu kesim noktaları kullanıldı.

Veri toplama aşamasında katılımcılara öncelikle Gönüllü Katılım Formu ve Bilgi Formu verilmiştir. Daha sonra Toronto Aleksitimi Ölçeği verilmiştir. Araştırmanın verileri Haziran 2016-Temmuz 2017 tarihleri arasında telefonla ya da yüz yüze görüşme şeklinde toplanmıştır.

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizinde SPSS 22 programı kullanılmıştır. Veri analizinin ilk aşamasında katılımcıların demografik bilgilerine dair ortalama ve sıklık değerlerine bakılmıştır. Tanı almış ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların çeşitli sosyodemografik değişkenler üzerinden karşılaştırılması Ki-kare Analizi ve Bağımsız Gruplar İçin T-Testi Analizi yoluyla yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın temel amacı doğrultusunda yanıt aranan sorulara ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Nihai analizlere geçilmeden önce tüm veri seti SPSS programı ile verilerin bilgisayara aktarılmasında hata olup olmaması, kayıp değerler, normal dağılım özelliği gibi yönlerden incelenmiştir. Sonuçta bağımlı değişkenlerin sahip oldukları özelliklerin parametrik istatistik sayılarını karşıladığı görülmüş ve analizler 213 kişiden elde edilen veriler üzerinden yapılmıştır.

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Bu bölümde, 110 IBS'si olan hasta (%51) ve kontrol grubundan 103 sağlıklı (%49) olmak üzere toplam 213 kişiden elde edilen verilerin analiz sonuçlarına ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir.

Çalışmada yer alan gruplara ilişkin klinik ve sosyodemografik özelliklere ait bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, alışkanlıkları ve tıbbi öyküleri incelendiğinde 213 katılımcının 121'i kadın (%56,8), 92'si erkektir(%43,2).Örneklem grubunun yaş ortalaması $49.3 \pm 13,1$ dir. İrritabl barsak sendromlu hastaların, 44'ü erkek (%40), 66'sı kadın(%60); Kontrol hastaları da 103 kişi olup, 48 erkek (%46,6), 55(%53,4) kadındır.

Medeni durumlar açısından bakıldığında 213 katılımcıdan 127'sinin evli (%60.8), 13'inin dul (%2.5), 5'sinin ayrı yaşadığı (%1.0), 6'sının boşanmış (%3.0) ve 75'inin de hiç evlenmemiş olduğu (%32.7) bildirilmiştir.

Eğitim durumuna göre örneklem grubunda 30 kişi ilkokul (%12,6), 19 kişi ortaokul (%7,0), 39 kişi Lise (%17.1), 135 kişi üniversite (%63.3) mezundur.

Tablo 2 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sıklık	Yüzde
	N	%
Kontrol Grubu	103	49
Tanı Grubu	110	51
Cinsiyet		
Kadın	121	56,8
Erkek	92	43,2
Medeni Durum		
Evli	117	60.8
Dul	13	2.5
Ayrı yaşıyor	5	1.0
Boşanmış	6	3.0
Evlenmemiş	72	30.7
Eğitim Durumu		
İlkokul	30	12.6
Ortaokul	19	7.0
Lise	39	17.0
Üniversite	125	63.2
Çalışma Durumu		
Hiç çalışmamış	25	9.5
Öğrenci	25	9.5
Aralıklı çalışmış	3	1.0

İşten ayrılmış	5	1.9
Emekli	25	12.6
Halen Çalışıyor	130	65.5
Meslek		
İşçi	86	44.3
Memur	70	37.4
Serbest meslek	57	18.3
Gelir Düzeyi		
Çok düşük	27	8.9
Düşük	60	26.0
Orta	67	34.9
Yüksek	59	30.2
Hastalık Başlama Yaşı		
Ergenlik	22	18.9
Genç Yetişkinlik	64	59.4
Yetişkinlik	24	21.7
Fiziksel Hastalık		
Var	64	30.5
Yok	149	69.5
Psikiyatrik hastalık		
Var	26	9.6
Yok	187	90.4
Geçmişte Ruhsal Hastalık		
Var	42	18.7
Yok	171	81.3
Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanımı		

Var	40	18.2
Yok	173	81.8



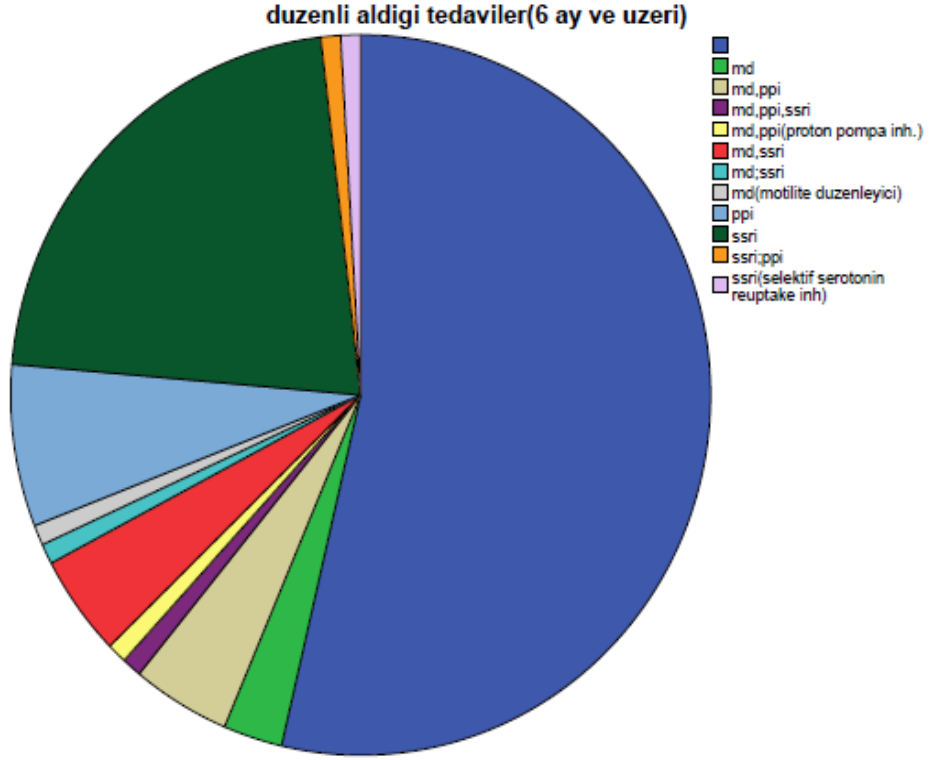
Tablo 3 Toronto aleksitimi ölçeği sorularının, irritabl barsak sendromlu hastalardaki, cevap dağılımları

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1 (%0,9)	17 (%15,5)	45 (%40,9)	31 (%28,2)	16 (%15,5)
2.Duygularım için uygun kelimeleri bulmek benim için zordur.	2 (%1,8)	25 (%22,7)	42 (%38,2)	28 (%25,5)	13 (%11,8)
3.Bednimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	3 (%2,7)	19 (%17,3)	47 (%42,7)	32 (529,1)	9 (%8,2)
4.Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	5 (%4,5)	19 (%17,3)	39 (%35,5)	36 (%32,7)	11 (%10)
5.Soruları yalnızca tanımlamaktansa onları çözmeyi yeğlerim.	6 (%5,5)	15 (%13,6)	38 (%34,5)	40 (%36,4)	11 (%10)
6.Keyfim kaçtığımda üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	4 (%3,6)	19 (%17,3)	43 (%39)	34 (%31)	10 (%9,1)

7.Bedenimdeki duygular çoğu kez kafamı karıştırır.	7 (%6,4)	19 (%17,3)	36 (%32,7)	41 (37,2)	7 (%6,4)
8.Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim.	10 (%9,0)	23 (%20,9)	36 (%32,7)	32 (29,0)	9 (% 8,2)
9.Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	8 (%7,2)	19 (%17,2)	40 (%36,4)	28 (%25,5)	15 (%13,6)
10.İnsanların duygularını tanıması zorunludur	8 (%7,2)	31 (28,1)	34 (%31)	26 (%23,6)	11 (% 10)
11.İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	6 (% 5,5)	29 (%26,3)	36 (%32,7)	30 (%27,2)	9 (% 8,2)
12.insanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	17 (%15,5)	21 (%19,0)	40 (%36,4)	28 (%25,5)	4 (%3,6)
13.İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	11 (%10,0)	24 (%21,8)	42 (%38,1)	25 (%22,7)	8 (%7,2)
14.Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	6 (% 5,5)	26 (%23,6)	38 (34,5)	36 (%32,7)	4 (%3,6)

15.İnsanlarla duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	15 (% 13,6)	20 (%18)	36 (%32,7)	32 (%29,0)	7 (%6,4)
16.Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	10 (% 9,1)	27 (%24,5)	27 (%24,5)	41 (%37,3)	5 (% 4,5)
17.İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	11 (%10,0)	22 (%20,0)	40 (%36,4)	31 (%28,2)	6 (% 5,5)
18.Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	16 (% 14,5)	24 (%21,8)	26 (%23,6)	37 (%33,6)	7 (% 6,4)
19.Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	13 (% 11,8)	26 (%23,6)	34 (% 0,9)	30 (% 7,3)	7 (% 6,4)
20.Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	20 (% 18,2)	43 (%39,1)	23 (%20,9)	18 (% 16,4)	6 (% 5,5)

Şekil 1. İrritabl barsak sendromlu hastaların, düzenli alınan tedavili çeşitlerinin dağılımı



md: motilite düzenleyici, ppi:proton pompa inhibitörü, ssri: selektif serotonin reuptake inhibitörü

Şekil 1. İrritabl barsak sendromlu hastaların, düzenli alınan tedavili çeşitlerinin dağılımı

Tablo 4. İrritabl barsak sendromlu hastaların psikiyatri dışında başvurdukları poliklinikler

Poliklinikler	Dağılım	Yüzdesi
Aile Hekimliği	15	13,6
Dahiliye	46	41,8
Dahiliye ve Genel Cerrahi	26	23,6
Dahiliye, Genel Cerrahi ve Nöroloji	3	2,7
Dahiliye ve Nöroloji	3	2,7
Genel Cerrahi	16	14,5
Nöroloji	1	0,9

Tablo 5. İrritabl barsak sendromlu hastaların, kullandıkları tedavilerle olan rahatlama durumları

	Şikayetlerde kısmi rahatlama	Şikayetlerde anlamlı azalma
Evet	22(%20)	23(%20,9)
Hayır	88(%80)	87(%79,1)
Toplam	110(%100)	110(%100)

Tablo 6. İrritabl barsak sendromlu hastalardan istenen tetkikler sonucu çıkan organik patolojilerin dağılımı

	Dağılım	Yüzdesi
Endoskopi (Gastrit)	4	3,6
Ultrasound (Hepatosteatoz)	2	1,8
Ultrasound (Kolelitiyazis)	4	3,6
Ultrasound (Over kisti)	1	0,9
Kolonoskopi (Crohn hastalığı)	1	0,9
Kolonoskopi (Terminal ileit)	1	0,9

Grup Karşılaştırmaları

Tanı ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılar sahip oldukları bazı özellikler açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 7’de verilmiştir.

Tanı ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş açısından farklı olup olmadıklarına T- testi ile bakılmıştır. Yapılan analize göre kontrol grubunun yaş ortalaması (37.8 ± 12.5) ile tanı grubunun yaş ortalaması (40.6 ± 13.5) arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($t=1.6$, $sd=198$, $p>0.05$).

Tanı alıp almamış olmanın cinsiyete göre farklılaşmasına Ki-kare testi ile bakılmıştır. Analiz sonucuna göre kadın ve erkeklerin tanı grubunda olup olmamaları açısından bir fark bulunamamıştır (Ki-kare=0.30, $sd=1$ $p>0.05$). Tanı ve kontrol grubunda medeni durum (Ki- kare=2.9, $sd=4$, $p>0.05$) ve eğitim durumu (Ki-kare=2.1, $sd=3$, $p>0.05$) açısından değerlendirilmiş ve bu parametreler açısından da bir fark bulunamamıştır. Tanı ve kontrol grubu çalışma durumuna göre değerlendirilmiş ve çalışma durumu ve gelir düzeyi açısından tanı ve kontrol grubunda aynı oranda temsil edilmediği ortaya çıkmıştır (sırasıyla, Ki- kare=7.9, $sd=1$, $p<0.05$; 12.8, $sd=3$, $p<0.05$).

Tablo 7. IBS'li ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n=103)	Tanı Grubu(n=110)	t	sd	P
	Ort. (ss)	Ort. (ss)			
Yaş	40.6 (13.5)	37.8 (12.4)	1.6	198	0.12
	n	n	Ki-Kare	sd	P
Cinsiyet					
Kadın	59	62	0.24	1	0.62
Erkek	44	48			
Medeni Durum					
Evli	59	58	2,7	4	0.6
Dul	8	5			
Ayrı	2	3			
Boşanmış	3	3			
Evlenmemiş	31	41			
Eğitim					
İlk	17	13	2.4	3	0.5
Orta	12	7			
Lise	19	20			
Üniversite	55	70			
Çalışma Durumu					

Çalışıyor	60	77	7.9*	1	0.005
Çalışmıyor	43	23			
Gelir Düzeyi					
Çok düşük	6	15	12.8*	3	0.005
Düşük	20	37			
Orta	36	39			
Yüksek	41	19			
Meslek					
İşçi	23	38	3.5	2	0.2
Memur	23	29			
Serbest	14	10			
Fiziksel Hastalık					
Var	40	30	6.2*	1	0.01
Yok	63	80			
Psikiyatrik Hastalık					
Var	13	13	3.4	1	0.06
Yok	90	97			

İrritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu olan hastaların cinsiyet dağılımlarında kadınların çoğunlukta olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gördük ($\chi^2(2, N=110)=7,750, P=0.021$). Ancak, irritabl barsak sendromlu hastaların toplam aleksitimi puanları ve kontrol grubunun toplam aleksitimi puanları istatistiksel anlamlılık gösteriyordu ($\chi^2(729, N=103)=729, P=0.000^{**}$). İrritabl barsak sendromlu hastaların, aleksitimi toplam puanları beklendiği gibi kontrol grubuna göre daha yüksekti.

Tablo 8.Aleksitimi kesim puanlarının irritable barsak sendromlu hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması

Aleksitimi kesim puanları	≤ 51 (Kontrol grubu)	52-60 (Kontrol grubu)	≥ 61 (Kontrol grubu)	Toplam
≤ 51 (IBS'li hastalar)	15	2	0	17
52-60 (IBS'li hastalar)	7	14	1	22
≥ 61 (IBS'li hastalar)	22	10	32	64
Toplam	44	26	33	103

$P=0.000^{**}$

Toronto aleksitimi ölçeği sorularını, irritable barsak sendromlu ve kontrol grubu hastaları ile kıyasladığımızda bulduğumuz sonuçlar, şu şeklide idi:

1. sorunun cevabı, irritable barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=93, 553, P=0.000^{**}$).
2. sorunun cevabı, irritable barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=93, 080, P=0.000^{**}$).
3. sorunun cevabı, irritable barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=151,630, P=0.000^{**}$).
4. sorunun cevabı, irritable barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=105, 849, P=0.000^{**}$).
5. sorunun cevabı, irritable barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=114,683, P=0.000^{**}$).
6. sorunun cevabı, irritable barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=147, 347, P=0.000^{**}$).

7. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=127,717, P=0.000^{**}$).
8. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=99,474, P=0.000^{**}$).
9. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=112,833, P=0.000^{**}$).
10. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=96,093, P=0.000^{**}$).
11. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=152,820, P=0.000^{**}$).
12. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=155,374, P=0.000^{**}$).
13. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=109,021, P=0.000^{**}$).
14. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=122,695, P=0.000^{**}$).
15. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=117,991, P=0.000^{**}$).
16. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=126,378, P=0.000^{**}$).
17. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=129,895, P=0.000^{**}$).
18. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=109,859, P=0.000^{**}$).
19. sorunun cevabı, irritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=149,510, P=0.000^{**}$).

20. sorunun cevabı, iritabl barsak sendromlu hastalar ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel anlamlı idi ($\chi^2(16, N=103)=135,591, P=0.000^{**}$).

Tablo 9. Psikiyatri polikliniğine başvuran ve diğer polikliniklerde tedavi alan, iritabl barsak sendromlu, hastaların organik patoloji dağılım durumları ve ilişkileri

Poliklinikler	Organik patolojisi olmayan	Endoskopi(Gastrit)	Ultrasound (Hepatosteatoz)	Ultrasound (Kolelitiazis)	Ultrasound (Over kisti)	Kolonoskopi (Crohn Hastalığı)	Kolonoskopi (Terminal ileit)	Toplam
Psikiyatri polikliniğinde tedavi gören	37 (%33,6)	1 (%0,9)	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	38 (%34,5)
Diğer polikliniklerde tedavi gören	60 (%54,5)	3 (%2,7)	2 (%1,8)	4 (%3,6)	1 (%0,9)	1 (%0,9)	1 (%0,9)	72 (%65,5)
Toplam	97 (%88,2)	48 (%3,6)	2 (%1,8)	4 (%3,6)	1 (%0,9)	1 (%0,9)	1 (%0,9)	110 (%100)

$P=0,666$

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Iritabl barsak sendromu (IBS) bireyin yaşam kalitesini bozan, sık görülen ve maliyetli bir kronik rahatsızlıktır. Prevalansı %7-15, kadın erkek oranı da 2-2.5:1 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla 50 yaş altı grupta ve düşük sosyoekonomik gelir seviyesindeki bireylerde rastlanılmaktadır (87,89)

Birçok çalışmada, Asya, Afrika, Kuzey ve Güney Amerika ve Avrupa Birliğinde, Roma II kriterleri kullanılarak, IBS prevalansı, yetişkinlerde %2,6-%32,

adolesanlarda da %4,7-%34 oranında bulunmuştur (82). Prevalansı ülkelere göre değişmekle birlikte, dünya üzerinde ortalama beş kişiden biri bu hastalıktan etkilenmektedir. Hastalık şiddeti, bu hastaların üçte birinde tıbbi destek ihtiyacı doğuracak kadar hayat kalitesini bozmaktadır. IBS'de çok sayıda poliklinik başvurusunun olması, gereğinden fazla tıbbi tetkikin yapılması, gereksiz operasyonlara neden olması, bunlara rağmen tatmin edici sonuçların elde edilememesi ve sonuç olarak sağlık giderlerinde ciddi artış ve işgücü kaybı oluşması nedeniyle, dünya çapında önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (83). Çalışmamız da bu bağlamda, irritabl barsak sendromlu hastalar arasında, kadın:erkek oranı 1,31:1; yaş ortalaması 40,6 olarak bulundu.

Irritabl barsak sendromu (IBS) yaşamı güçleştiren ve depresyonla birlikteliği çok sık karşılaşılan işlevsel bir barsak hastalığı olmasına karşın altında yatan düzenek tam olarak aydınlatılamamıştır. Tanı ölçütleri olarak değişik zamanlarda güncellenen belirti ve bulgular tanımlanmış, son olarak Roma-III olarak belirlenen ölçütlerde karar kılınmıştır. Konstipasyon baskın, diare-baskın ya da karma irritabl barsak sendromu şeklinde görülen, irritabl barsak sendromu sürekli veya yineleyici karın ağrısı ya da karında rahatsızlık hissi ile barsak alışkanlığındaki değişkenlik, hastanın defekasyon ile rahatlaması ve yakınmaları organik yönden açıklayacak fiziksel veya laboratuvar bulgularının olmayışı ile karakterizedir. İrritabl barsak sendromu olan hastalarda major depresif bozukluk sıklığı hastaların üçte ikisini kapsayacak düzeylere kadar çıkmıştır. Ayrıca, major depresif bozukluk tanısı almış olan hastalarda da irritabl barsak sendromu ek tanısının sıkça (%30) görüldüğü bilinmektedir. Uzunca bir süre bir çeşit somatizasyon bozukluğu olduğu düşünülen ve günümüzde işlevsel gastrointestinal hastalıklar içinde yer alan irritabl barsak sendromunun altında yatan düzenek beyin-barsak eksenindedir. Düşük düzeydeki mukozal yangı ile bu yangıdan kaynaklanan sitokinler irritabl barsak sendromunun patofizyolojisine ve depresyonla olan ilişkisinde önemli yer tutmaktadır (90,92). Çalışmamızda da, %34,5 oranında Psikiyatri polikliniğinde tedavi gören ve kullandığı ilaçlar arasında, motilite düzenleyici, proton pompa inhibitörü ilaçların kullanımının yanı sıra, antidepresan ilaçlar arasında birinci sırada güvenlik ve yan etki profili açısından seçici serotonin geri-alım inhibitörlerinin de yer almaları, bu

hastalıkta, hekimlerimizin de uygun tutum içinde olduklarını ve Muğla ilindeki durumunda, ülke geneli ve diğer literatürle uyumlu olduğu göze çarpmaktadır.

Psikolojik durumların mide ve barsaklar üzerine etkileri yüzyıllardır bilinmekte ve tartışılmaktadır. Nitekim, “sıkıntıdan şişmek”, “midesine yumruk yemiş gibi hissetmek” benzeri günlük kullanımda olan, sadece mecazi anlam taşımayan ve fizyolojik kökeni olan durumlar, emosyonlarla gastrointestinal kanalın ne kadar yakından ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Duyguların sindirim organları üzerine etkisini deneysel bir şekilde araştıran ilk kişi büyük bir olasılıkla Beaumont’dur (93). Olumlu ya da olumsuz emosyonel değeri olan bir uyarana karşılaşıldığında korteksin diğer bölgeleri uyarıyı işleyemeden amigdala uyarılır ve beyin sapı ile hipotalamus üzerinden bedensel değişiklikler tetiklenir (94) Bu sırada orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks de uyarıyı işlemeye başlar ve hippokampus, amigdala ve ventral striatumdan uyarana ilişkin anlık ve bellekteki bilgiler çağırılarak işlenir (95-97). Gelişen bedensel değişiklikler yine beyin sapı ve hipotalamus tarafından alınarak bedenın birinci sıra temsilleri beyin sapı ve insulada oluşturulur. Bu temsiller medial parietal kortekse ve anterior singulat kortekse iletilerek ikinci sıra bedensel temsiller oluşturulur (98). Anterior singulat korteks orbitofrontal korteks ve amigdaladan gelen bilgilerle bu bedensel temsilleri bağlam (context) ile uyumlu olarak işler ve emosyonun ne olduğu konusunda bilinç düzeyinde bir değerlendirme elde edilmiş olur (95-98) İşte belki de, buradan yola çıkarak aleksitimiye anlayabiliriz düşüncesindeyiz. Çünkü çalışmamızda, irritabl barsak sendromlu hasta grubunda, kontrol grubuna göre, duygularının tanıma, ifade etme ve dışı vurumda zorluklar yaşandığı, istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Topluma dayalı çalışmaların çoğunda toplumun yaklaşık %80’inde her ay, en az bir, bazen birden fazla bedensel belirti ile hekimlere başvuru olduğu sonuçları elde edilmiştir. Amerikan toplumunda 13538 kişinin katıldığı epidemiyolojik alan çalışmasında %25’inde göğüs ağrısı, %25’inde baş ağrısı, %24’ünde karın ağrısı, %23’ünde sırt ağrısı, %25’inde yorgunluk belirtileri saptanmıştır. Belirtilerin %31’i tıbben açıklanamamıştır ve bu durumu açıklayacak bir ipucu da yoktur. Yakınmaların %84’ü hastayı tedavi almaya, ilaç kullanmaya, yaşam aktivitelerini kısıtlamaya yönlendirmiştir (99-100). Kroenke ve arkadaşları birinci basamak ve

dahiliye bölümüne gerçekleştirilen 1000 başvuruyu 3 yıl süre ile takip etmişler ve 14 yaygın belirtiye ulaşmışlardır. (101) Ağrılı ya da ağrısız bedensel belirtileri olan hastaların incelendiği bir başka çalışmada ise, en az %25-30'unda tıbbi etiyojoloji aydınlatılamamıştır (102). Bizim çalışmamızda da hastalar, %41,8 (N=46) Dahiliye polikliniğine, %23,6 Dahiliye ve Genel Cerrahi polikliniğine (N=23,6) ve %13,6 Aile Hekimliği (N=15) polikliniklerine başvurmuştur. %11,7'sine de, ultrasonografi, endoskopi ve kolonoskopi yapılmıştır. Ve en az 6 aylık ilaç kullanımları da olmuştur. Literatürle uyumlu, hastaların spesifik olmayan yakınmaları ve poliklinik başvuruları vardır.

Epidemiyolojik çalışmalar toplum içinde sıklıkla görülen bedensel belirtileri baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmektedirler. Feder ve arkadaşları çok sayıda tıbben açıklanamayan belirtileri olan 172 birinci basamak sağlık hizmeti hastasını değerlendirdikleri bir çalışmada, tıbben açıklanamayan belirtileri gösteren hastalarda mevcut psikiyatrik bozukluk oranının iki kat artmış bulmuşlardır. Aynı çalışmada kadın cinsiyet, yalnız yaşıyor olmak, düşük ekonomik gelir ve ileri yaş, tıbben açıklanamayan belirtileri ile ilişkili sosyodemografik etkenler olarak saptanmıştır (103). Çalışmamızda da, irritabl barsak sendromlu hastaların, aleksitimi skorları yüksek bulunmuş, kullandıkları ilaçlara rağmen rahatlama görülmemiştir. Hastalık davranışı "bireylerin kendi sağlık durumlarını yaşama, algılama, değerlendirme ve ona tepki verme biçimleri" olarak adlandırılır. Hasta geçmiş deneyimlerinden hastalık davranışını öğrenir. Anormal hastalık davranışı ise uygun ve uyum sağlamaya dönük olmayan, hekimin verdiği tüm bilgilere ve sunduğu kanıtlara rağmen ısrar eden, kişinin sağlığı hakkında düşünme biçiminin anormal olduğu bir durumu tarif etmektedir.

Bu bağlamda, çalışmamızda olduğu gibi, hastayı değerlendirilirken, hastanın yakınmalarının doğası ve hastanın ne istediği belirlenir, hastalıkla ilgili inanç ve korkular aydınlatılır, organik hastalık dışlanır, duygusal bozukluk ve sıkıntıları saptanır, kişinin yeteri kadar kendini ifade edebilmesi sağlanırsa, daha başarılı olunabileceğini düşünmekteyiz. Çünkü çalışmamızda, aleksitimi ölçek puanı yüksek olan hastaların yoğunluğu ve kontrol grubuna göre duygu ve düşüncelerini ifade güçlükleri oldukça anlamlı bulundu.

KAYNAKÇA

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, (2006) et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*; 130:1480–1491.
2. Agréus L, Svärdsudd K, Nyrén O, (1995) et al. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 109:671–680.
3. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. (2002) Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol*; 97:2290–2299.
4. Koloski NA, Talley NJ, Huskic SS, (2003) et al. Predictors of conventional and alternative health care seeking for irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* ; 17:841–851.
5. Miwa H. (2008) Prevalence of irritable bowel syndrome in Japan: internet survey using Rome III criteria. *Patient Prefer Adherence*; 2: 143–7
6. Ford AC, Spiegel BM, Talley NJ, Moayyedi P. (2009) Small intestinal bacterial overgrowth in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 7:1279-1286.
7. Talley NJ, Gabriel SE, (1995) Harmsen WS, et al. Medical costs in Community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*; 109: 1736-41.
8. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, (2002) et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 123, 2108.
9. Drossman Da. (2006) The Functional Gastrointestinal Disorders And The Rome III Process. *Gastroenterology* 1377-90.
10. Hungin APS, Tack J, Mearin F, Whorwell PJ, Dennis E, Barghoui V. (2002) Irritable bowel syndrome: prevalence and impact in the USA—the truth in IBS survey *Amj Gastroenterology*; 97:242

- 11.Lovell RM, Ford AC.(2012) Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol; 10: 712–721.
- 12.Bai T, Xia J, Jiang Y, Cao H. (2017) et al. Comparison of the Rome IV and Rome III criteria for IBS diagnosis: A cross-sectional survey. Journal of Gastroenterology and Hepatology;32: 1018–1025.
- 13.Head WE, Palsson OS, Simren M. Irritabl bowel syndrome: what dı the new Rome IV diagnostic guidelines mean for patient management? Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2017, 11:281-283
- 14.Ünal HÜ.(2012) İrritabl barsak sendromu. Güncel Gastroenteroloji; 16:213-7.
- 15.Baykan AR, Kasap E.(2012) İrritabl Barsak Sendromu ve Genetik. Güncel gastroenteroloji 16/3:53-55
- 16.Pangal M.(2012) Birinci basamak sağlık alışanlarında irritable barsak sendromu prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim dalı Uzmanlık tezi.
- 17.Özgen K.(2013) Çanakkale bölgesi aile sağlığı merkezine başvuranlarda irritable barsak sendromu yaygınlığı ve hastaların özellikleri. anakkale Onsekiz mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Uzmanlık tezi..
- 18.Kristen Ronn(2017) Weaver et al. Irritabl bowel syndrome: An evidence-based review of new diagnostic criteria and treatment recommendations. Clinical feature
- 19.Beser ÖF, okugras F (2012). İrritabl barsak sendromu Türkiye klinikleri journal of PediatricalSciences 8(1): 61-68
- 20.Özdemir M, Perktař G.(2016) İrritabl barsak sendromunda diyet. Güncel gastroenteroloji;20/3:274-279
- 21.Simrén M, Castedal M, Svedlund J,(2000) et al. Abnormal propagation pattern of duodenal pressure waves in the irritable bowel syndrome (IBS). Dig Dis Sci 45:2151-61.
- 22.Mayer EA, Naliboff BD, Chang L.(2001) Basic pathophysiologic mechanisms in irritable bowel syndrome. Dig Dis; 19:212-218

23. Lu Clcy, Chen Chang Fy, Lee Sd (1998). The Characteristics Of Small Bowel Motility In Ibs Patients And Normal Humans. *Clin Sci*; 95:165-9.
24. Kellow JE, Gill RC, Wintage DL.(1990) Prolonged ambulant recordings of small bowel motility demonstrate abnormalities in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*; 98: 1208-1218.
25. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA(2011). Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil*; 17: 131-139
26. Thabane M, Kottachchi DT, (2007) Marshall JK. Systematic review and metaanalysis: The incidence and prognosis of postinfectious irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 26:535-44.
27. Saito YA, Talley NJ.(2007) Irritable Bowel Syndrome. In: Talley NJ, Locke RG III, Saito YA, editors. *GI Epidemiology*. 1st ed. United States: Blackwell Publishing Press, pp. 176-183
28. Mazzawi T, Hausken T, Gundersen D, El-Salhy M. (2013) Effects of dietary guidance on the symptoms, quality of life and habitual dietary intake of patients with irritable bowel syndrome. *Molecular Medicine Reports*;8/3: 845-852.
29. Barbara G, Cremon C, Pallotti F,(2009) et al. Postinfectious irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 48 Suppl 2:S95-7.
30. O'Mahony L, Mc Carthy J, Kelly D,(2005) et al. Lactobacillus and bifidobacterium in IBS: symptom responses and relationship to cytokine profiles. *Gastroenterology*; 128:541-51.
31. Lin HC.(2004) Small intestinal bacterial overgrowth: a framework for understanding IBS. *Jama.*; 292:852-8.
32. Spiegel BM.(2011) Questioning the bacterial overgrowth hypothesis of irritable bowel syndrome: an epidemiologic and evolutionary perspective. *Clin Gastroenterol Hepatol* 9:461-49.

33. Pimentel M, Chow EJ, Lin HC. (2000) Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 95:3503-6.
34. Soyuturk M, Akpınar H, Gürler O. (1994) Irritable Bowel Syndrome In Persons Who Acquired Trichinellosis. *Gastroenterology*; 106:945-50.
35. Lydiard RB, Fosjey MD, Marsh W, (1993) et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients with the irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*; 34:229-34.
36. Sagami Y, Shimada Y, Tayama J, (2004) et al. Effect of a corticotropin releasing hormone receptor antagonist on colonic sensory and motor function in patients with IBS. *Gut* 53: 958-64.
37. Morris-Yates A, Talley NJ, Boyce PM, (1998) et al. Evidence of a genetic contribution to functional bowel disorder. *Am J Gastroenterol*; 93: 1311-7.
38. Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, (2001) et al. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology*; 121:799-804.
39. Walker Ls, Gerber J, Smith Ca, (2001) Et Al. The Relation Of Daily Stressor To Somatic And Emotional Symptoms In Children With And Without Recurrent Abdominal Pain. *J Consult Clin Psychol*; 69: 85-91.
40. Cremon C, Carini G, Wang B, (2011) et al. Intestinal serotonin release, sensory neuron activation, and abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 106:1290-8.
41. Northcutt AR, Harding JP, Kong S, (1999) et al. Urgency as an endpoint in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol*; 116: A1036.
42. Swarbrick ET, Hegarty JE, et al. Site of pain from the Irritable Bowel. *Lancet* 1980; 316: 443 6.
43. Quigley EM. (2003) Current concepts of the irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol*; 237:1-8.

- 44.Lasser, R.B., Bond, J.H., Levitt, M.D.(1975) The Role Of İntestinal Gas İn Functional Abdominal Pain. N Engl J Med.; 293: 524-526.
- 45.Distrutti E, Monaldi L, Ricci P, Fiorucci S.(2016) Gut microbiota role in irritable bowel syndrome: New therapeutic strategies. World J Gastroenterol [Internet]. 2 Feb 21; 22(7): 2219–41.
- 46.Ozden A.(2006) İrritabl Barsak Sendromu. Bölüm: İrritable Barsak Sendromu. 1. Basım, Ankara, TGV Yayınları,;1-5.
- 47.Hershfield NB.(2005) Nongastrointestinal symptoms of irritable bowel syndrome: an officebased clinical survey. Can J Gastroenterol; 19(4): 231-4.
- 48.Beştepe, E. E. (1997). 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Skalası Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Uzmanlık Tezi. Ankara: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- 49.Dereboy, İ.F. (1990). Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 1(3), 157- 165.
- 50.Sayar, K. Ve Acar, B. (2001). Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı ve Aleksitimi. Klinik Psikiyatri, 2, 36-42.
- 51.Gürkan, S. B. (1996). Aleksitimi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(14), 99-103.
- 52.Epözdemir, H. (2012). Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği Mi?. Turk Psikoloji Yazıları, 15(30), 25-33.
- 53.Şasıroğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı/The Concept of Alexithymia. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(4), 507-527.
- 54.Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. Psychosomatic Medicine, 43,(6), 531-543.
- 55.Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. Journal of clinical psychology, 64(3), 318- 331.

56. Dorpat, T. L. (1987). A new look at denial and defense. *Annual of Psychoanalysis*, 15, 23-47.
57. Vaillant, G. E. (1992). The historical origins and future potential of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defence. *International Review of Psycho-Analysis*, 19, 35-50.
58. Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları
59. Stoudemire, A. (1991). Somatothymia: parts I and II. *Psychosomatics*, 32(4), 365-381.
60. Kellner, R. (1990). Somatization, Theories and Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 178.3, 150-160.
61. Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1-4), 199- 206.
62. Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59-87.
63. Tarhan, N. (2014). *Kendinizle Barışık Olmak Duyguların Eğitimi 22. Baskı*. Timaş Yayınları, İstanbul.
64. Moriguchi, Y., & Komaki, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. *BioPsychoSocial medicine*, 7(8), 1-12.
65. Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., (2006) Nemoto, K. & Komaki, G. Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*, 32(3), 1472-1482.
66. Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, staying better: Profound self-help therapy for your emotions*. Impact Publishers.
67. Beck, J. S. (2014). *Bilişsel davranışçı terapi: temelleri ve ötesi*. Nobel Akademik Yayıncılık.

68. Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of general psychiatry*, 9(4), 324-333.
69. Koçak, R. (2003). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve yalnızlığın bazı değişkenler açısından karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(19), 15-24.
70. Cornelius, R. R. (1996). *The science of emotion: Research and tradition in the psychology of emotions*. Prentice-Hall, Inc.
71. Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American psychologist*, 37(9), 1019-1024.
72. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., & Hilgard, E. R. (1995). *Psikolojiye Giriş*. (çev. Kemal Atakay, Mustafa Atakay, Aysun Yavuz). Sosyal Yayınları, İstanbul
73. Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of 'alexithymia'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 47-57.
74. Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doody, K. F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic medicine*, 50(5), 500-509.
75. Bağcı, T. (2008). Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
76. Lesser, I. M. (1985). A critique of contributions to the alexithymia symposium. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(2), 82-88.
77. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
78. Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 35(1), 183-212.
79. Masand PS, Gupta S, Schwartz LT, Virk S, Lockwood K, Hameed A, King M, Kaplan SD.(2002) Paroxetine in patients with irritable bowel syndrome: A pilot open-label study. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* ; 4:12-16

- 80.Kayaçetin E, Uğuz F.(2002) Psikiyatrik hastalar ve irritable barsak sendromu. Akademik Gastroenteroloji Dergisi; 1: 74-76
- 81.Lydiard BR.(2001) Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? J Clin Psychiatry; 62(suppl 8): 38-45
- 82.Walker AE, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jinarek G.(1990) Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. Am J Psychiatry; 147:1656-166
- 83.Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf MJ.(2001) How many functional somatic syndromes? Psychosom Res; 51: 549-557
- 84.Hazlett-Stevens H, Craske MG, Mayer EA, Chang L, Naliboff MD. (2003) Prevalance of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. J Psychosom Res; 55: 501-505
85. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press
86. Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. Y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J., & Sayar, K. (2009). Reliability and Factorial Validity of the Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 19, 214-220
87. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. Aliment Pharmacol Ther 2003;17:643.
88. American College of Gastroenterology Task Force of Irritable Bowel Syndrome. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 2009;104Suppl 1:S1.
89. Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in office based practice in the United States. Gastroenterology 1991;100:998

90. Spiller R. Serotonin, inflammation, and IBS: fitting the jigsaw together? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 45:S115-119.
91. Lydiard RB. Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 8):38-45.
92. Törnblom H, Lindberg G, Nyberg B, Veress B. Full-thickness biopsy of the jejunum reveals inflammation and enteric neuropathy in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123:1972-1979
93. Musial F, Hauser W, Langhorst J, Dobos G, Enck P. Psychophysiology of visceral pain in IBS and health. *J Psychosom Res* 2008; 64:589-597
94. Bechara A, Naqvi N. Listening to your heart: interoceptive awareness as a gateway to feeling. *Nat Neurosci* 2004; 2:102-103.
95. Dagleish T. The emotional brain. *Nat Rev Neurosci* 2004; 5: 582-589.
96. Bechara A, Naqvi N. Listening to your heart: interoceptive awareness as a gateway to feeling. *Nat Neurosci* 2004; 2:102-103.
97. Critchley HD, Mathias CJ, Dolan RJ. Neuroanatomical basis for first and second-order representations of bodily states. *Nat Neurosci* 2001; 4:207-212.
98. Liberzon I, Phan KL, Decker LR, Taylor SF. Extended amygdala and emotional salience: a PET activation study of positive and negative affect. *Neuropsychopharmacol* 2003; 28:726-733.)
99. Richardson RD, Engel CC. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist* 2004; 10:18-30.
100. Tschudi-Madsen H, Kjeldsberg M, Natvig B, Ihlebaek C, Dalen I, Straand J et al. Multiple symptoms and medically unexplained symptoms: closely related concepts in general practitioners' evaluations. A linked doctor-patient study. *J Psychosom Res* 2013; 74:186-190.)
101. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV 3rd et al. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3:774-779).

102. Kroenke K, Spitzer RL, de Gruy FV, Hahn SR, Linzer M. Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:352-358.

103. Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantýgua RA. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics* 2001; 42:261-268.).

