



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIK TANISI
KONULAN HASTALARDA ALEKSİTİMİ VE BAĞLANMA
BİÇİMLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. İBRAHİM ÖZKAN GÖNCÜOĞLU

Ankara – 2015



1993

T.C.

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIK TANISI
KONULAN HASTALARDA ALEKSİTİMİ VE BAĞLANMA
BİÇİMLERİ**

**Dr. İbrahim Özkan GÖNCÜOĞLU
UZMANLIK TEZİ**

Tez DanıŐmanı: Prof. Dr. Nilgün TAŞKINTUNA

Ankara – 2015

TEŞEKKÜR

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

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

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

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

Eğitim hayatım süresince bilgilerini esirgemeyen, sorularımı sabırla yanıtlayan pek çok şey öğrendiğim değerli uzmanlarım Yrd. Doç. Dr. Burcu Akın Sarı'ya, Öğr. Gör. Dr. Nurhak Çağatay Birer'e ve Öğr. Gör. Dr. Özgün Karaer Karapıçak'a ve tez hazırlama sürecimde yardımlarını esirgemeyen değerli Öğr. Gör. Dr. Güler Alpaslan'a

Tezimin veri toplama aşamasındaki desteklerinden dolayı Yrd Doç.Dr. Serkan Öcal'a, Uzm Dr Fatih Ensarioğlu'na, istatistik analizinde katkılarından ve desteğinden dolayı değerli Doç.Dr. Sedat Işıklı'ya;

Asistanlığa başladığım ilk günden itibaren desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Ercan Altınöz'e, Uzm. Dr. Selvi Ceran'a ve Uzm. Dr.Talha Yurdakul'a,

Başkent Üniversitesi Psikiyatri ABD'de birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve tezim için yardımcı olan değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım Dr. Ceyda Oktay'a, Dr. Berna Bulut Çakmak'a, Dr. Nadide Elmas Gülcü Ok'a ve Dr.Zeynep Kolcu'ya ve takım ruhu içinde çalıştığımız Sayın Hemş. Sevgi Özel'e, Sayın Nurcihan Koparal'a,

Tezim süresince desteklerini esirgemeyen Uzm Dr Rıfat Tarhan'na, Uzm. Dr Soner Sağıroğlu'na, Uzm. Dr. Gülüzar Özçelik'e ve Uzm. Dr. Reşat Kendirlihan'a ;

Beni sevgi, eğitim ve kitaplarla dolu bir ortam içinde yetiştirip her koşulda eğitimimi destekleyen sevgili ailem annem Kadriye Göncüoğlu'na, babam Mahmut Göncüoğlu'na, ağabeyim Ömür Göncüoğlu'na ve kardeşim Özgür Göncüoğlu'na;

Tezim süresince ve her zaman desteğini hissettiğim, sevgili kardeşim Yrd. Doç Dr. M. Önder Göncüoğlu'na teşekkür ederim.

Dr. İbrahim Özkan GÖNCÜOĞLU

ÖZET

Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık Tanısı Konulan hastalarda Anksiyete Depresyon Aleksitimi ve Bağlanma Biçimleri İlişkisi

Bu çalışmada Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık (FGİH) tanısı konulan hastalarda anksiyete depresyon birlikteliği, aleksitimi düzeyleri ve bağlanma biçimlerini incelemek, aralarındaki olası ilişkileri belirlemek amaçlanmıştır.

FGİH tanısı konulan 106 hasta ile 94 sağlıklı kontrol grubu yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu açısından eşleştirilerek çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara araştırmacılar tarafından bu tez çalışması için geliştirilmiş Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri uygulandı.

FGİH tanısı konulan hastalarda sağlıklı kontrol grubuna kıyasla güvensiz bağlanma biçimlerinden kaçınan bağlanma biçimi ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından anlamlı derecede yüksek değerler elde edildi. FGİH alt ve üst FGİH olarak karşılaştırıldığında değişkenler açısından anlamlı bir fark bulunamadı.

FGİH etiolojisi tam olarak açıklanamayan pek çok etkenin rol oynadığı düşünülen bir grup hastalıktır. Psikojenik faktörlerle ilişkisi bilinmektedir. Klinikte FGİH tanısı konulan hastaları değerlendirirken, bağlanma biçimlerini dikkate almak, güvensiz bağlanma biçimlerinin tedavi arayışı ile ilişkisini göz önünde bulundurarak hasta merkezli yaklaşımlar oluşturmak, hastanın tedavi uyumunu bozmasını ve/veya tedaviyi bırakmasını önlemeyi sağlayabilir. FGİH'de sıkça psikiyatrik eş tanı görülmesi disiplinler arası işbirliği içinde tedavinin sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir. Bu işbirliği hastalık gidişini olumlu etkileyebilir. FGİH hastalarında gerektiğinde farmakolojik psikiyatrik ilaç tedavisi yanı sıra psikoterapötik yaklaşımlar tedaviye önemli katkı sağlayabilir

Anahtar Sözcükler: FGİH, Aleksitimi, Bağlanma

SUMMARY

The Relations between Anxiety, Depression, Alexithymia, and Attachment styles in the patients diagnosed with Functional Gastrointestinal Disorder

The primary objective of this study was to analyze the correlation between the anxiety and the depression, the prevalence of alexithymia and the attachment styles in the patients diagnosed with Functional Gastrointestinal Disorder in order to underline finally the probable relations between these dimensions.

The study was carried out with 106 patients with FGID, and 94 healthy control subjects who were similar with respect to their age, gender and educational background. In accordance with the aim of the study, Socio-demographic and Clinical Data Collection Form, Hospital Anxiety and Depression Scale, Toronto Alexithymia Scale (TAS), and Experiences in Close Relationships Inventory, all developed by researchers for this dissertation, were applied to the participants.

Compared to the healthy control group, FGID patients were detected with higher values in terms of avoidant attachment, Alexithymia, anxiety and depression levels. However, when FGID was analyzed as upper and lower FGID, a significant difference in terms of the variables was not found.

Since a great number of factors, the etiology of which cannot be fully explained, are thought to play role in its emergence, FGID is deemed as a group of disease. Yet, the relationship between psychogenic factors and FGID are known. Clinically, when examining the FGID diagnosed patients, by considering the relation between their insecure attachment styles and treatment needs, paying attention to their attachment style, and accordingly creating patient-centered approaches can help the patients stay in tune with the treatment process. Because of the psychiatric comorbidity, FGID seems to require a treatment applied through some interdisciplinary collaboration. This collaboration can positively affect the disease course. When needed pharmacological psychiatric medication in addition to psychotherapeutic approaches can make an important contribution to the treatment of FGID diagnosed patients.

Key Words: FGID, Alexithymia, Attachment

İÇİNDEKİLER

Teşekkür.....	iii
Özet.....	v
İçindekiler.....	vii
Kısaltmalar.....	viii
Tablolar Dizini.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar.....	3
2.1.1. Tanım ve Sınıflama.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji:.....	5
2.1.3. Etiyolojik Faktörler.....	5
2.1.3.1. Biyolojik Faktörler.....	5
2.1.3.2. Psikolojik Faktörler.....	7
2.1.3.3. Biyopsikososyal model.....	8
2.1.4. Psikiyatrik Hastalıklar.....	8
2.1.5. Tedavi.....	9
2.2. Somatizasyon (Bedenselleştirme).....	10
2.3. Aleksitimi.....	10
2.4. Bağlanma Kuramı.....	12
2.5. Ergenlik ve Erişkinlikte Bağlanma.....	14
2.6. FGİH ve Bedenselleştirme, Bağlanma ile İlişkisi.....	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	18
3.1. Örneklem Oluşturulması.....	18
3.2. Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama.....	18
3.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	21
4.2. Grup Karşılaştırmaları.....	23
4.3. Değişkenler arası ilişki.....	27
4.4. Grup Karşılaştırma Sonuçları.....	29
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	38
7. KAYNAKLAR.....	39
8. EKLER.....	48

KISALTMALAR

- CRH: Kortikotropin salgılayıcı hormon (Corticotropin- releasing hormone)
- FD: Fonksiyonel Dispepsi
- FGİH: Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık
- GİS: Gastro İntestinal Sistem
- HPA: Hipotalamo-pituiter-adrenal aks
- İBS: İrritabl Bağırsak Sendromu
- SSRİ: Seçici serotonin gerilim baskılayıcı (Selektif Serotonin reuptake İnhibitörü)
- SSS: Santral sinir sistemi
- TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği
- TAÖ-1: Toronto Aleksitimi Ölçeği; Duygularını Tanımada Güçlük Alt Ölçeği
- TAÖ-2: Toronto Aleksitimi Ölçeği; Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Ölçeği
- TAÖ-3: Toronto Aleksitimi Ölçeği; Dışa-vuruk Düşünme Alt Ölçeği
- TAD: Trisiklik Antidepresan
- YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1: Erişkinler için Roma III'te yer alan Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar	3
Tablo 2: Dört bağlanma biçimi	15
Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	23
Tablo 4: Katılımcıların yaş, hastalık süresi, anne sütü alma süresi açısından betimsel istatistiksel sonuçları	24
Tablo 5: FGİH ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	25
Tablo 6: FGİH ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Bağlanma Biçimlerinin Karşılaştırılması	26
Tablo 7: Alt ve Üst FGİH Gruplarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	27
Tablo 8: Depresyon Anksiyete Aleksitimi ve Bağlanma Biçimi Değişkenlerinin Birbirleriyle İlişkilerine Dair Korelasyon Katsayıları	28
Tablo 9: FGİH Grubunda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi ve Bağlanma Biçiminin İlişkilerine Dair Korelasyon Katsayıları	29
Tablo 10: FGİH Grubunda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi ve Bağlanma Biçiminin İlişkilerine Dair Korelasyon Katsayıları	29
Tablo 11: Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi ve Bağlanma Biçiminin Anne Sütü Alma Süresi ile ilişkisine Dair Korelasyon Katsayıları	30
Tablo 12: Cinsiyet ve Tanı için Yapılan MANOVA Analizi sonucu Elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu	32
Tablo 13: Alt FGİH ve Üst FGİH Grupları için Yapılan MANOVA Analizi sonucu Elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu	33

1.GİRİŞ

Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar (FGİH) yaygın görülen ve gastroenteroloji polikliniğine oldukça sık başvuru nedeni olan bir hastalık grubudur. FGİH heterojen bir gruptur ve başvuru belirtilerini açıklayacak organik ya da biyokimyasal anormalliklerin olmaması olarak tanımlanır [1]. FGİH içinde özefagus bozukluklarından, fonksiyonel anorektal bozukluklara kadar değişen 24 alt grup vardır.

FGİH, yaygın görüldüğü, işlev kaybı yarattığı ve ekonomik bir yük olduğu için toplum sağlığı açısından önemlidir [2]. Roma çalışma grubu FGİH'yi sınıflandırma, yeni gelişen bilgileri yayma ve bu konudaki çalışmaların hız kazanmasında çok önemli rol oynamıştır [3].

Psikolojik faktörlerle gastrointestinal sistem (GİS) fizyolojisi arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Son dönemdeki çalışmalar, psikolojik durumlarla GİS işleyişi arasında tek yönlü ilişki aramak yerine, karşılıklı ilişkiye odaklanmaktadır [4]. Hastalığın biyopsikososyal model içinde ele alınması ile FGİH daha anlaşılır hale gelmiştir. Drosman (2006) genetiğe ek olarak, yaşamın erken dönemindeki aile etkileri, istismar, kayıplar gibi çevresel faktörler üzerinde durmuştur. Yaşam streslerine duyarlılık, kişinin psikolojik gelişimi ya da baş etme becerileri gibi faktörlerin de GİS işleyişinde bozulmaya neden olabileceğini belirtilmiştir [3].

Hastalığın nedenine yönelik yapılan çalışmalarda psikosomatik hipotez, somatopsişik hipotez ve hastalık davranışı gibi hipotezler öne sürülmüştür. Psikosomatik hastalar üzerindeki klinik gözlemlerin zaman içinde artması ve bütünlük kazanması ile birlikte aleksitimi kavramı ortaya çıkmıştır. Aleksitimi, öznel duyguları tanıma, tanımlama ve farklı duyguları ayırt etme becerisinde azalma, düşlem kurmada yetersizlik ve dışa odaklı bir bilişsel tarz olarak tanımlanır. Aleksitimik kişilerin bedenselleştirme eğiliminin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Ayrıca somatizasyon bozukluğu olan hastalarda aleksitimik özelliklerin sağlıklı kontrol grubundan ve psikosomatik hasta grubundan daha yüksek olduğu bilinmektedir [5]. Aleksitimi ile FGİH arasında yakın bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir. Yaygınlığı, farklı değerlendirme kriterlerine göre yapılan araştırmalar sonucuna göre %43-66 arasında değişmektedir.

Tıbbi hastalıklarda bağlanma biçimleri çeşitli araştırmalarda incelenmiş ve güvenli olmayan bağlanma biçimlerinin çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yaygın olduğu, açıklanamayan bedensel belirtilere eşlik ettiği ve tedaviye uyumu güçleştirdiği öne

sürülmüştür [6]. Literatürde FGİH'si olan hastalarda bağlanma biçimlerini konu alan araştırma sayısı çok azdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada FGİH grubundan olan Fonksiyonel Dispepsi (FD) ile Organik Dispepsi (OD) bağlanma biçimleri bakımından karşılaştırılmıştır. FD grubunun daha kaygılı bir grup olup ve güvensiz bağlanmanın dispeptik yakınmaları olan olgularda genel bir özellik olduğu ve FD grubunda kaçınan bağlanma biçimin daha belirgin olduğu belirtilmiştir [7]. Bir başka çalışmada ise İBS hastalarında, uygunsuz ebeveynlik tarzında yetişmiş bireyler ile somatizasyon (bedenselleştirme) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur [8].

FGİH'yi bir bütün olarak ve kendi alt grupları arasında karşılaştırmaya giderek, bağlanma kuramı açısından ele alan bir çalışmaya literatürde bilindiği kadarıyla rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın hipotezi "FGİH tanısı konulmuş hastalarda aleksitimi oranı kontrol grubundan yüksektir; kişiler arası ilişkilerde hastalığın gelişiminde ve sürdürülmesinde rolü olabilen güvenli olmayan bağlanma biçimleri daha sıktır"dır. Amaç, FGİH tanısı konulmuş hastalarda bağlanma özelliklerini ve aleksitimi yaygınlığını belirlemek ve hastalığın alt gruplarındaki olası farklılıkları saptamaktır. Araştırma Soruları:

Araştırma örnekleminde FGİH'de üst GİS ve alt GİS hastalıkları ne oranda bulunmaktadır?

FGİH'si olan hastalardaki bağlanma biçimleri nelerdir? Alt ve üst FGİH arasında bu açıdan fark var mıdır?

FGİH'de aleksitimi ne sıklıkta görülmektedir? Alt ve üst FGİH arasında aleksitimi görülme sıklığı açısından fark var mıdır?

FGİH'de bağlanma biçimleri ile aleksitimi arasında bir ilişki var mıdır?

FGİH ile depresyon ve anksiyete ilişkisi nedir? Bağlanma biçimleri ile nasıl değişim göstermektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar

2.1.1. Tanım ve Sınıflama

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGİH) sağlık açısından önemli olduğu bilinen, heterojen ve sık rastlanılan, hem sosyal hem de ekonomik yük yaratan bir hastalık grubudur. FGİH'si olan hastalar endoskopik ve biyokimyasal tetkiklerle patofizyolojik olarak açıklanamayan, kronik ve tekrar eden GİS yakınmalarıyla hekime başvurur [9]. Bu hastalarda tanı koyabilmek için bir takım belirtiler temel alınmıştır. En yaygın kabul gören sınıflandırma, Roma komitesi tarafından, Roma Kriterlerine göre yapılan sınıflandırmadır. Kriterler; yıllar içinde yenilenerek gelişmektedir, başlangıçta Roma I, ardından Roma II ve en son 2006'de Roma III Kriterleri olarak tanımlanmıştır. Roma III Kriterlerine göre FGİH içinde Fonksiyonel özofageal, gastroduedonal, bağırsak, safra kesesi, anorektal bozukluklar olmak üzere 24 alt tip belirlenmiştir. Roma III kriterlerinde tanımlanan fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar Tablo 1' de gösterilmiştir [3-10].

Tablo 1. Erişkinler için Roma III'te Yer Alan Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar :

A. Fonksiyonel özefagus bozuklukları

A1. Fonksiyonel yanma (heartburn)

A2. Özofagus kaynaklı olduğu düşünülen fonksiyonel göğüs ağrısı

A3. Fonksiyonel disfaji

A4. Globus

B. Fonksiyonel gastroduedonal bozukluklar

B1. Fonksiyonel dispepsi

B1a. Postprandiyal sıkıntı (distres) sendromu

B1b. Epigastrik ağrı sendromu

B2. Geğirme bozuklukları

B2a. Aerofaji

B2b. Tanımlanmamış asırı geğirme

Erişkinler için Roma III'te Yer Alan Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar Devamı :

B3. Bulantı ve kusma bozuklukları

B3a. Kronik idiyopatik bulantı

B3b. Fonksiyonel kusma

B3c. Döngüsel kusma sendromu

B4. Yetişkinlerdeki ruminasyon sendromu

C. Fonksiyonel bağırsak bozuklukları

C1. İrritabl bağırsak sendromu

C2. Fonksiyonel şişkinlik

C3. Fonksiyonel kabızlık

C4. Fonksiyonel diyare

C5. Tanımlanmamış fonksiyonel bağırsak bozukluğu

D. Fonksiyonel karın ağrısı bozukluğu

E. Fonksiyonel safra kesesi ve Oddi Sfinkteri (OS) bozuklukları

E1. Fonksiyonel safra kesesi bozukluğu

E2. Fonksiyonel biliyer OS bozukluğu

E3. Fonksiyonel pankreatik OS bozukluğu

F. Fonksiyonel anorektal bozukluklar

F1. Fonksiyonel fekal inkontinans

F2. Fonksiyonel anorektal ağrı

F2a. Kronik proktalji

F2a1. Levator ani sendromu

F2a2. Tanımlanmamış fonksiyonel anorektal ağrı

F2b. Proktalja fugaks

F3. Fonksiyonel defekasyon bozuklukları

F3a. Dissinerjik defekasyon F3b. Yetersiz defekasyon (propülasyon)

2.1.2 Epidemiyoloji:

FGİH oldukça yaygın görülen bir hastalık grubu olup bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Gastroenteroloji bölümüne başvuran hastaların %50'sine FGİH tanısı konulduğu bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan 12 yıllık bir çalışmada, elde edilen veriler, nüfusun % 42' sinde FGİH olduğunu göstermektedir [2-11]. En yaygın görülen FGİH, FD ve İBS'dir ve genel popülasyonda yaygınlık oranları sırasıyla %22 ile %50'dir. Asya ülkelerindeki yaygınlık Avrupa'ya göre %8 ile %14 oranlarında daha düşüktür. Türkiye'de ise bu oran özellikle İBS için İzmir, Sivas, Kilis, Elazığ ve Diyarbakır'da %6,2 ile %19,1 arasında bildirilmiştir [12-13]. Türkiye'de, 2005 yılında birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 7520 hasta ile otuzdan fazla ilde yapılan bir çalışmada, GİS belirtileriyle başvuran 742 olgunun 141'inde (%19) İBS tanısı konulduğu bildirilmiştir [12].

2.1.3 Etiyolojik Faktörler

2.1.3.1 Biyolojik Faktörler

Genetik Faktörler

Genetik faktörler farklı pek çok başlık altında fizyopatolojide rol oynayabilir. Literatürde bu konuda çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; antiinflamatuvar sitokin olan İL-10 seviyesindeki düşüklüğün, İBS hastalarındaki bağırsak mukozasında sinir hücrelerinde duyarlılığa etki edebileceği bildirilmiştir [14-16]. Serotonin (5HT) nörotransmitter seviyelerini etkileyen serotonin geri alım taşıyıcı polimorfizmi veya G protein polimorfizminin, hem santral sinir sistemini hem de GİS hareketlerini etkileyebileceği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır [15-17].

Beyin GİS Etkileşimi

GİS ve beyin birbirleriyle iki yönlü etkileşim halindedir. SSS içerisinde GİS kontrol yeri hayatta kalmayı, sosyal iletişimi sağlayan ve öğrenmeyi hızlandıran limbik sistem içindedir. Bu sistem organizmanın hem eksternal hem internal homeostazından sorumludur.

FGİH'nin SSS GİS eksenindeki bozukluktan ortaya çıkan bir durum olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir. Genel olarak, İBS ve diğer FGİH'de otonomik fonksiyonun değiştiği yönünde görüşler bulunmaktadır. Santral ve psikolojik faktörler

değişmiş otonom sistem aktivitesiyle ilişkili olabilir. Birkaç çalışma, İBS'deki değişmiş otonom fonksiyonlarla anksiyete ve depresyon arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Diğer yandan bu ilişkiyi desteklemeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalar, hem metodolojik olarak sınırlı, hem de psikiyatrik bozukluklarla otonomik fonksiyon arasındaki etkileşimi reddedememiş çalışmalardır [18-19-20].

FGİH ile Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Aks Etkileşimi

FGİH'de Hipotalamo-pitüiter-adrenal aks (HPA) ile ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlar ortaya koymakta ve hala çalışılmaya devam edilmektedir. İBS'de kortikotropin salgılayıcı hormon (CRH) salınımı artmaktadır ve böylece GİS duyarlılık ve hareketliliği etkilenmektedir. Bir grup araştırmacı kortizol miktarında artış da tespit etmişlerdir. Ancak bunu desteklemeyen araştırmalar da vardır [21]. HPA aksı aynı zamanda immün cevapları etkilemektedir. İBS'de immün yanıt değişikliği gösterilmiştir [130-22]. Drosman (2006), SSS bağlantılı genetik anormalliklerin çalışılması, HPA-CRH aktivitesindeki değişikliklerin İBS ile bağlantısı ve İBS'de yaygın olarak gözlenen TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluğu ile arasındaki ilişkinin incelenmesi gerektiğini vurgulamıştır [3].

Visseral Duyarlılık

FGİH'de visseral uyarılara yüksek duyarlılık önemli bir patofizyolojik mekanizma olarak kabul edilir ve gastrointestinal kasılmalardaki öngörülen ağrı ile ilişkisini anlamak için de yardımcı olur. FGİH'si olan hastalarda visseral ağrı ve visseral duyarlılığın arttığı saptanmıştır [23-24]. Duyarlılığın GİS mukozası ve myenterik plexusta değişmiş reseptör duyarlılıklarına bağlı gelişebileceği bildirilmektedir. Bir başka açıklaması ise, spinal kordun arka boynuzundaki nöronların yüksek duyarlılığıdır [24]. Bu yüksek duyarlılığın periferel doku irritasyonuna karşılık olarak gelişebileceği ya da beyin kökünden ortaya çıkan etkilere bağlı olabileceği belirtilmektedir. Özellikle İBS'nin, bu merkezler arasındaki kopuk koordinasyon nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmektedir [25].

Ağrı Modülasyonundaki Değişiklikler

FGİH'de ağrının şiddeti başvuru için belirleyici olabilmektedir [26]. Serotonin peristaltik refleksin başlangıcında yeri olduğu kadar, ağrı yollarının etkinleşmesinde ve ketlenmesinde de rol oynar. Serotonin intestinal sinir sistemindeki (İSS) modülasyonun yanı sıra, ruh hali, iştah, uyku, öğrenme, hafıza gibi fonksiyonlar için de önemlidir. Bu etki, İBS gibi GİS fonksiyon bozukluğu olan hastalarda, GİS dışı belirtiler ve eş hastalanmalar olarak rapor edilmekte ve FGİH için daha genel bir SSS işlev bozukluğunu düşündürmektedir.

Anksiyolitik ve antidepresan kullanımı gibi serotonin transmisyonunu hedefleyen tedaviler, İBS ile ilişkili belirtilerin tedavisinde etkili bulunmuştur [131-27]. Bu durum, 5HT, dopamin ve noradrenalin transmisyonundaki değişkenlerin, Beyin-GİS ilişkisinde önemli rol oynayabileceğini gösterir [28].

Anormal Motilite:

Sağlıklı bireylerde, stres faktörleri özefagus, mide, ince bağırsak, kolondaki motilitede artışa yol açabilir. Ancak, FGİH'si olanlar, normal bireylerle kıyaslandığında psikolojik veya fizyolojik stres faktörlerine karşı daha yüksek bir duyarlılık içindedir. Bağırsak hareketlerinde değişikliklerle oluşan motor tepkiler, GİS belirtileriyle özellikle de kusma, ishal ve kabızlıkla ilişkilidir. Ancak yine de kronik ya da tekrarlayıcı abdominal ağrıları açıklamakta yeterli değildir [29-30-31].

2.1.3.2 Psikolojik Faktörler

İstismar:

FGİH'si olan hastalar, organik sindirim bozukluğu olan hastalarla kıyaslandığında, istismar öyküsü FGİH'de daha yaygın olup, %30-56 şeklinde raporlanmıştır [38-32]. İstismar öyküsü olan hastalarda, şiddetli sindirim belirtileri görülme ihtimali yüksek olup beraberinde daha fazla GİS dışı belirti ve daha fazla tedavi başvurusu bildirilmiştir [32]. Hastanın çoklu organ sistemlerine ait belirtileri olması ya da tedaviye yanıt alınamayan GİS belirtisinin olması ve tedavi arayışındaki sıklık, fiziksel ya da cinsel istismar öyküsünü hekime düşündürmelidir [33].

Yaşam Stresi:

Biyopsikososyal modele göre stres homeostaza bir tehdit olup, FGİH'de önemli rol oynar [3-34]. FGİH'si olan hastalar organik veya sağlıklı kontrol grupları ile kıyaslandığında, strese maruziyet ve olumsuz yaşam değişiklikleri ile ilgili daha çok belirti getirirler. Bu belirtilerin, yakın ilişkilerde bozulma ile daha çok görüldüğü bildirilmiştir [35]. Çalışmalar İBS'si olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu kıyaslandığında İBS'si olan hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir [36].

Psikososyal Etmenler:

Tıbbın 21. yüzyılda hastalarda patofizyolojik açıdan açıklayamadığı bazı belirtiler olmuştur. İlerleyen süreçte bu tür vakalarda fonksiyonel ve somatik sendrom terimi yaygınca

kullanılmıştır [37]. Psikososyal faktörlerin GİS fonksiyonlarını etkilediği ve bunların da FGİH’de belirti oluşumu üzerine etkili olduğu düşünülmüştür [38]. Drosman (2006), FGİH’de psikososyal özelliklerin üç başlık altında incelenebileceğini belirtmiştir:

i.Psikososyal stres GİS fonksiyonlarını etkiler ve sağlıklı bireylerde de belirtiler ortaya çıkarırken, FGİH’si olan hastalarda bu oran daha yüksek düzeydedir.

ii.Psikososyal faktörler hastalık davranışlarını ve sağlık arayışını etkilemektedir. FGİH’si olan hastaların sağlıklı bireylere kıyasla ruhsal hastalık düzeyi daha yüksektir.

iii.FGİH’nin psikososyal sonuçları vardır ve günlük yaşamlarında sürekli belirtiler üzerine odaklanmaları, hastaların işlevselliklerini azaltır [3].

2.1.3.3 Biyopsikososyal Model

FGİH’nin patofizyolojisi tam olarak anlaşılacak kadar basit değildir. FGİH gelişiminde hem genetik hem çevresel faktörler etken olabilir. Biyopsikososyal modele göre, GİS ve beyin çift yönlü etkileşim halindedir ve belirtiler fizyoloji ile psikososyal durum arasındaki etkileşim sonucu oluşmaktadır [4].

Stres, gerçek veya algılanan, içsel veya dışsal kaynaklı olabilir. Pek çok stres faktörü sürekli ya da geçici olarak fizyolojik stres yanıtını değiştirebilir [34]. Genetik yatkınlık, enterit gibi fizyolojik olaylar veya ihmal, istismar, taciz, ebeveyn yoksunluğu ve erken yaşam olayları gibi psikolojik faktörler FGİH gelişimi için yatkınlığa neden olabilir. Sonraki stres yaşantıları da GİS belirtilerini tetikleyip etkileyebilir [4].

2.1.4 Psikiyatrik Hastalıklar

FGİH’de özellikle de ağır düzeyde ve tedavisi zor belirtileri olan hastalarda %42-61 oranında psikiyatrik tanı yaygınlığı bildirilmiştir [39]. Bunlar anksiyete bozuklukları, depresyon ve somatoform bozukluklarını içerir [40]. Psikiyatrik hastalıkların başlangıcı genellikle İBS ile kesişir [4-41]. Bu birliktelik, visseral duyarlılıktaki değişikliklere artan sayıda kanıt işaret etmektedir [42-43].

Belirtiye özgü anksiyete, şartlanmış korku ve visseral duyarlılık, FGİH’si olan hastaların çoğunluğunda belirti tanımlanmasında önemli rol oynar. İBS’si olan hastalar, belirtilerinin daha ciddi hastalıkları işaret ettiği ile ilgili endişe yaşarlar ve sıklıkla bu

endişelerini azaltacak bilgileri de önemsemezler. Aynı zamanda hipokondriyazis, sağlık kaygısı ve bedensel belirtiler İBS hastalarında daha yüksek oranda görülür [44].

2.1.5 Tedavi

FGİH'de, hastaya, fonksiyonel bozuklukların yaygınlığı, belirtilerin oluşum şekli ve seyrinin açıklanması tedavide önemli bir yer tutmaktadır. Genel olarak psikoterapi ve farmakolojik tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır [3-46] FGİH'de standart bir farmakolojik tedavi yaklaşımı yoktur. Örneğin en sık görülen FGİH alt tipi olan İBS'de hastanın belirtilerine yönelik olarak laksatif, antidiyareik, antispazmotik, antikolinergik, antibiyotik, motilite düzenleyici gibi ilaçlar önerilmektedir [38]. FGİH'de antidepresanlar ve anksiyolitikler de kullanılmaktadır. Sık kullanılan antidepresanlar amitriptilin, doksepin, imipramin, nortriptilin, trazadon olarak belirtilmektedir . Belirli bir antidepresan seçimi için yeterli veri olmadığı, bu sebeple antidepresan seçilirken genel klinik görünüm ve olası yan etkilerin belirleyici olduğu ifade edilmektedir. Fonksiyonel karın ağrısı ile ilgili yapılan bir çalışmada, trisiklik antidepresanların (TAD) selektif serotonin reuptake inhibitörlerinden (SSRİ) daha etkili olduğu bildirilmiştir [46]. FGİH hastalarında, ağrının incelendiği çalışmalarda da benzer şekilde, TAD'lerin SSRİ'lardan üstün olduğu belirtilmiştir. Literatürde etyolojisinde santral serotonin sisteminde işlev bozukluğu düşünülen FD'de SSRİ'ların etkili olduğu belirtilmektedir [4]. Bağırsak hareketliliğini artırıcı etkisi olan SSRİ'ların, fonksiyonel kabızlığı olan hastalarda da etkili olabileceği belirtilmektedir. [4-47] Diğer yandan, karın ağrısı, diyare bulantı gibi belirtileri olan hastaların, SSRİ'ların GIS yan etkileri nedeniyle, TAD'den daha fazla faydalanabileceği belirtilmektedir [47]. Anksiyolitik ajanların ise kısa sürede SSS'i üzerinde sedasyon etkisi ve bağımlılık yapma potansiyeli taşımasından dolayı, psikiyatri ile işbirliği yapılarak kullanılabilirliği belirtilmektedir [4].

FGİH'de psikolojik tedavi yaklaşımları içinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Dinamik Psikoterapi, Hipnoterapi, Gevşeme Eğitimi gibi tedaviler de kullanılmaktadır. Herhangi bir tedavinin FGİH için üstün olup olmadığı gösterilmemiştir. Psikoterapide hastanın bu terapiye ihtiyacının olup olmadığını belirlemek ve terapiye devam için yeterli motivasyonunun olup olmadığını saptamak önemlidir [38].

2.2. Somatizasyon (Bedenselleştirme)

Somatizasyon, ruhsal sıkıntının bedensel ifadesi, psikosomatik hastalıklarda yaşanan ruhsal acının bedensel bir bozukluk yaratması veya tetikleme, şiddetini arttırması, beden dili ile anlatılması gibi anlamlar içerir. FGİH’de sağlıklı bireylere göre somatizasyon daha yaygındır [48]. FGİH’si olan hastalar daha fazla GİS dışı belirtiden şikâyetçidir. Bunlar fibromiyalji, kronik baş ağrısı, dismenore, astım gibi hastalıklar olarak bildirilmiştir [49]

DSM V’de Somatizasyon Bozukluğu Bedensel Belirti Bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Kişi sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir veya daha çok bedensel belirti taşır. Ayrıca kişide bu belirti ya da buna eşlik eden kaygı ile ilişkili aşırı düzeyde düşünce ve duygular vardır [50]

Bedenselleştirme şiddeti, bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneği kişiler arasında değişkenlik göstermektedir [52]. Bedenselleştirme görülen kişilerin strese yanıtları bilişsel olmaktan çok bedenseldir [53]. Psikanalitik bakış açısıyla bedensel belirtiler, kabul edilemeyen dürtü ya da isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma düzenekleriyle olur ve rahatsız edici uyarıların inkârı, bastırılması bedenselleştirme ile sonuçlanmaktadır [51-50].

Psikosomatik hastalar üzerindeki klinik gözlemlerin zaman içinde aleksitimi kavramını doğurduğu söylenebilir [54]. Aleksitimik bireylerin duyguları tanıma ve ayırt etme zorluğuna sahip oldukları, hayal kurma yeteneklerinin az olduğu bilinmektedir. Aleksitimik bireylerde söze dökülemeyen duygular bedensel belirtiler olarak ifade edilmektedir [55].

2.3. Aleksitimi

Aleksitimi Türkçeye “duygulara söz bulamamak” ya da “duygular için söz yokluğu” olarak geçmiş Latince kökenli bir terimdir [56-57]. Klinik özellikleri açısından kavramın kullanılması, özellikle yirminci yüzyıl sonlarında Sifneos’un çalışmaları ve sonrasında da Nerniah’ın katkılarıyla temellendirilmiştir. Aleksitimik bir bireyde görülen en belirgin özellik duygularını fark edip bunları ifade etmede güçlük çekiyor olmasıdır. Bu bireyler hem duygu ve düşünceleri arasında bir bağ kurmakta zorlanır hem de bunları ifade etmede sorun yaşarlar [57-58].

Aleksimik bireyler duygularını birbirinden ayırtamadıkları veya duygularının farkında olmadan yaşadıkları için kişilerarası ilişkilerinde sorun yaşarlar. Aleksitimi, psikiyatri alanında yapılan çalışmalar sonucunda, “duyguları tanıma, ayırt etme ve ifade

etmede güçlük”, “hayal kurmaktan yoksun olma”, “işlemsel düşünme” ve “dış merkezli bilişsel yapı” olarak dört alt başlık altında incelenmektedir [63-60]:

Duyguları Tanıma, Ayırt-etme ve İfade Etmede Güçlük: Bu zorluk durumuna göre bireyler duygularını tanıyamaz ve tanımlayamazlar. Kendilerine duyguları sorulduğunda iletişim kurmakta sorun yaşarlar ve sorulan soruları yanıtlarken kelime bulmakta zorlanır ve sıklıkla bedensel yakınmalardan bahsederler. Duygusal anlamada kısıtlılık yaşamaları, yüzlerinde duygusal ifadelerin azlığıyla da kendini gösterebilir [61]. Aleksitimik bireylere yaşadıkları olaylarla ilgili o anda neler hissettikleri sorulursa, olayla ilgili neler düşündüklerini ayrıntılı olarak anlatabilirler. Duygularından bahsetmesi için ısrar edilirse ise bu konuda zorlandıkları gözlenebilmektedir [63-61].

Hayal Kurmaktan Yoksun Olma: Aleksitimik bireylerde hayal kurma becerileri zayıftır. Bu sebeple hayalleri ve düşlemleri oldukça renksiz ve genellikle gerçeklik sınırları içinde kalır. Aleksitimik bireyler bir olayın hayal edilmesi istenildiğinde bunu canlı ve duygu yüklü olarak canlandıramazlar. Yaşantılarını duygu yüklü canlandıramadıkları gibi rüyalarını da genellikle hatırlamazlar. Aleksitimik kimseler çevreleri tarafından sıkıcı ve duygusuz olarak tarif edilirler [63]. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler. Bu nedenle yaratıcı olmakta zorlanır ve işlemsel düşünmeye meyillidirler [62-64].

İşlemsel Düşünme: Yaratıcılıkları az olan aleksitimik bireyler hayal güçlerinin eksik olmasına rağmen çevreleriyle uyum içinde yaşayabilirler. Çünkü düşünme becerileri işlemsel ve mekanik bir eğilimdedir. Bu nedenle, bir problemle karşılaştıklarında bunu genellikle somut ve kestirme çözümlerle aşmaya çalışırlar. Kişilerle olan ilişkileri de benzer bir şekilde karşılık bulur. Çünkü kişilerle yaşadıkları sorunları da kökene inmeden yüzeysel etmenleri göz önünde tutarak çözmeye çalışırlar. Bir bütün olarak düşünüldüğünde bu bireyler tüm bu özelliklerinden dolayı çevreleriyle uyumlu sorunsuz insanlar gibi görünürler [60-59-65].

Dış Merkezli Bilişsel Yapı: Çevreleriyle olan ilişkilerinde uyumlu gibi görünen aleksitimik bireyler davranışlarında iç etkenlerden çok dış uyaranlar tarafından yönlendirildiği için sorunsuz ve uyumlu bireylermiş gibi bilinebilir ya da değerlendirilebilirler. Günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar noktasında çevrenin beklentisi ve olaylarda ayrıntılara oldukça takıldıklarından aleksitimik bireyler daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler. Uğraşları daha çok duygularını gizlemek ve uyum

sağlama çabaları için zekalarını kullanmak şeklindedir. Bu sebeple görüntüdeki bu normallikleri için Mc Dougal (1974) “yalancı normallik (pseudonormality) tanımlaması yapar [66].

Aleksitimik kişiler paylaşıma açık bireylermiş gibi görünmek isterler ama çoğu kez doğal davranamazlar. Aleksitimik bireylerin diğerlerine karşı empati kurma yetenekleri de zayıftır ve aleksitimik bir birey sosyal ortama girdiğinde uyum sağlamaya çalışır fakat diğer insanlar gibi olamadığını bilip bunu belli etmemek ister [67]. Aleksitimi ile FGİH arasında yakın bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. Farklı değerlendirme kriterlerine göre bunların bildirilen yaygınlığı %43 ile %66 arasında belirtilir. Yapılan bir çalışmada aleksitimi ve GİS’e özgü anksiyete düzeyi, İBS şiddeti açısından yordayıcı olarak incelenmiş, anlamlı bulunmuştur [68]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada FGİH içinde yaygın olan İBS hastalarında kontrol grubuna göre anksiyete ve aleksitimi düzeylerinin daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir [69]. Yapılan çalışmalar aleksitiminin, duygusal düzensizlik ile acı veren uyaranlara karşı düşük toleransa yol açan psikopatolojiyi (örn. somatoform bozukluk, panik bozukluk, kronik ağrı, hastalıkların ağrı ile ilişkili belirtilerinin artması) ve tedavi arama davranışını etkileyebildiğini belirtmektedir. Aleksitimi, psikolojik ve tıbbi sendromların başlangıcını, seyrini ve iyileşmesini etkileyebilmektedir [70].

2.4. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, ebeveyn ile kurulan erken dönem ilişki dinamiklerinin, yetişkinlik döneminde, bireyin duygudurumunu nasıl etkilediğini inceler. Bowlby (1969, 1997), yaşam boyu kullanılabilirliği olan bir toplumsal ve duygusal gelişim kuramı olarak bağlanma kuramını geliştirmiştir. Bowlby bağlanma sisteminin, çocuğun gelişen bilişsel kapasiteleri ile bakım verenlerin çevresel bağlamdaki yanıtları arasındaki etkileşim yoluyla oluştuğunu belirtmiştir [71]. Bowlby tarafından ortaya konulan bağlanma kuramı, daha sonra başka araştırmacılarca da desteklenip geliştirilmiştir. Araştırmaların büyük bir çoğunluğu erken dönem bağlanma yönelimlerinin, bireyin erişkinlik dönemine geçerken de kalıcı etkilerini sürdürdüğü yönündedir [71-72].

Bowlby’nin ileri sürdüğü bu kuramda bağlanma; çocuk ve ona bakım veren kişi (çoğunlukla ebeveyn) arasında, özellikle stres durumlarında belirginleşen, devamlılığı ve tutarlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır. Bowlby’nin temellendirdiği bu araştırmaya göre; yalnız insan türü değil, diğer primat infantlarda da, ayrılık anında ortaya çıkan gerilim duygusal tepkilerle kendini gösterir. Bu tepkilerden ilki “protesto” dur. Bu ilk

evre, ağlama, aktif olarak arama ve herhangi bir uzlaşım nesnesine karşı koyma şeklindedir. İkinci evre umutsuzluk evresidir. Bu evrede mutsuzluk ve edilgenlik hali hakimdir. Sadece insanlara atıf yapılarak tartışılan 3. evre kopma evresidir. Bu evrede anne dönse bile, anneye karşı savunmacı bir ilgisizlik ve sakınma hali söz konusudur [71].

Ainswort ve arkadaşları (1967,1978), Bowlby'nin bağlanma kuramını,“ yabancı durum deneyi” (Strange Situation Protocol) adını verdikleri deneysel bir yöntemle sınavarak, ikisi güvensiz biri güvenli olmak üzere üç tip bağlanma biçimi olarak geliştirmişlerdir [73-74]. Bu protokol temel olarak 1 yaş civarı bebeklerde bağlanma biçimlerini değerlendirmek için kullanılmıştır. Bu deneye göre bebek önce annesinden ayrılıp sonra tanımadığı biriyle yalnız bırakılıp en son olarak anne ile bir araya getirilmiştir. Bu yöntemle sırası ile güvenli (secure), kaygılı-kararsız (anxious-ambivalent), kaygılı kaçınan (anxious-avoidant) olmak üzere üç tip bağlanma biçimi tanımlanmıştır. Kaygılı-kararsız grubundaki infantların sıklıkla sergilediği davranış modelleri Bowlby'nin “protest” olarak tanımladığı evreye karşılık gelirken, kaygılı kaçınan infantların sıklıkla sergilediği davranış modelleri Bowlby' nin kopma evresine karşılık gelmektedir.“detachment” [74].

Ainswort'un (1970) bu çalışması alandan pek çok araştırmacının ilgisini çekip konu ile ilgili yeni araştırmalar yapılmasını sağlamış ve Main ve Solomon (1986) bu üç tip bağlanma biçimine, yönelim sorunlu/dezorganize (disorganized/disoriented) bağlanma adıyla dördüncüsünü eklemiştirler [75]. Bağlanma biçimleri aşağıda sıralanmıştır:

Güvenli bağlanma: Bu gruptaki bebekler yalnız kaldıklarında, bakım verenin yokluğuna direnç gösterir, yabancı birinin varlığından ise çok huzursuzluk duymayıp, kolayca sakinleşip, anneleri ortama geri döndüğünde ise kızgınlık belirtisi veya direnç göstermeden uyumlu davranışlarını sürdürürler. Bu gruptaki bebeklerin bakım verenlerinin ulaşılabilir, yerinde zamanında ve tutarlı olarak ihtiyaçları yanıtladıkları gözlenmiştir [76].

Kaygılı-kararsız bağlanma: Bu gruptaki bebekler bakım verenle güvenli bir bağ kurmakta zorlanır. Bakım verenle birlikteyken dahi temas kurmakta ve keşif davranışı göstermekte güçlük yaşar. Bakım verenin ayrılmasıyla ise endişeleri artar, öfkeye kapılır ve bakım veren döndükten sonra bile direnç gösterir ve uyumlu davranış göstermede zorlanır. Bu gruptaki bakım verenler, ihtiyaçları yanıtlamada tutarsız ve ihmalkar davranış sergilerler [74].

Kaygılı-kaçınan bağlanma: Bu gruptaki bebekler çevresi ile ilişkisinde sıkıntı belirtisi az gösterir. Bakım verenin yokluğunda az ya da gözlemlenemeyen düzeyde tepki verir. Bakım veren döndüğünde yakınlaşmayı reddedip uzaklaşır. Benzer biçimde

tanımadıkları biriyle iletişimleri de aynı mesafeyi gösterir. Bu grupta bakım verenler ihtiyaçları karşılama noktasında mesafeli, yakın olma isteğini reddeden kişilerdir [77-78].

Yönelim Sorunlu bağlanma: Bu grupta yer alan bebek çelişkili davranışlar gösterip, bakım verene karşı başını diğer yana çevirme, donakalma, yarı bilinçli bir şekilde kaçınma, ilk temasta çılgınlık atma ya da herhangi bir duygu belirtisi göstermeme gibi dağınık davranışlar sergiler. Bu gruptaki bakım verenler, bebeği korkutucu, müdahaleci, zaman zaman kendini geri çeken, negatif, rol karmaşası içinde, etkili iletişim kuramayıp yanlış davranış kalıpları sergileyen kişilerdir [75-79].

Bağlanmanın varlığı, niteliklerinden bağımsız bir olgudur ve bebeklerin etraflarında iletişim kurabilecekleri biri olduğu sürece, bağlanma biçimlerinden biri oluşacaktır.

2.5 Ergenlik ve Erişkinlikte Bağlanma

Bowlby'nin (1969,1997) kuramına göre göre, bebeklikte oluşan bağlanma biçimleri zaman içerisinde içsel çalışan modeller aracılığı ile, sonraki ilişkiler için de bir prototip oluşturur. Bowlby bağlanma biçimini “beşikten mezara kadar” süren bir olgu olarak tanımlarken, erken dönem bağlanma biçiminin ergenlik ve erişkinliğe uzanan bir yapıda olduğuna işaret etmektedir. Bowlby içsel çalışma modellerine ait iki temel özellik ileri sürer. Bunlardan ilkinde bebeğin başkalarına ait düşüncesi ve görüşü söz konusu iken ikincisinde kendine dair fikri ve tasarısı söz konusudur [78]. Son dönem çalışmalar içsel çalışan modellerin, bireyin bakım verenle kurduğu bağlanma biçimleri ile bağlantılı olduğunu göstermiştir [80-81]. Bir başka araştırma, benzer şekilde 12 ve 18. aylardaki bağlanma şeklinin, kişinin yetişkinlik dönemine uzanan sosyal ve duygusal ilişkileneceklerini belirlediğini saptamıştır [82]. Kanıtlar aslında bağlanma ile ilişkili davranışların devamlılığını gösteriyor olsa da, araştırmacılar ancak yakın zamanda bağlanma modelleri ile sosyal ve duygusal uyum ilişkisinin, erişkinler için de söz konusu olduğunu göstermişlerdir [83-84-85].

Benzerliklerine rağmen erişkinlik dönemi bağlanma, bebeklik/çocukluk dönem, bağlanmadan farklılıklar gösterir. Bebeklik/çocukluk dönemi bağlanmalar için tamamlayıcı bir ilişki ağı vardır, yani bu evrede bebek güvenlik temin edemez sadece güvenlik arar. Erişkinlik döneminde ise bağlanma ilişkisi tamamlayıcı değil karşılıklıdır. Bu nedenle erken dönem bağlanmada, bağlanma kişisi ebeveynlerden biriyken, erişkinlik dönemi bağlanmada bunu genellikle bir akran ya da bir partner olduğu görülür. Yani yakınlık arayışını neyin tetiklediği farklılık gösterebilir. Kaygı hali her yaş grubu için temel duygulanımlardan

biriyken, erişkin dönemde böylesi bir arayış yalnız korunma değil ayrıca koruma, rahatlama ve hatta cinsel bir ilişki kurma isteği ile de tetiklenebilir [86-87].

Hazan ve Shaver (1987) erişkinlik dönemi romantik ilişkilerin de bir bağlanma süreci olduğuna vurgu yaparken, daha erken dönemlerdeki bağlanma biçimlerinden etkilendiğini de belirtmiş ve üç kategoriden oluşan bir model ileri sürmüşlerdir [72].

Bartholomew ve Horowitz (1991) ise erişkinlik dönemi bağlanmayı, Bowlby'nin zihinsel modelleri temelinde ele almış ve bağlanma çeşitlerini güvenli, saplantılı, kayıtsız kaçınan ve korkulu kaçınan şeklinde tiplendirmiştir. Önce kişinin kendisine dair soyut imgesi, olumlu ya da olumsuz olarak iki zıt parçaya bölünür (kişi kendiliğinin, değerli sevilesi ve destek gösterilesi olup olmaması) ve sonra kişinin ötekine dair soyut düşüncesi olumlu veya olumsuz iki zıt parçaya bölünür (diğer insanların güvenilir kabul edilebilir ve buna karşıt güvenilmez ve reddedilir olması). Bu paradigmaya göre dört kombinasyon tanımlanır.[88]

Tablo 2'de görüldüğü üzere iki boyutlu bir kombinasyondan oluşturulan dört bağlanma ölçütü vardır. Bu şekildeki her bir alan kuramsal bir prototipe karşılık gelir [88- 90].

Tablo 2. Dört bağlanma biçimi

		<i>KENDİLİK</i>	
		Olumlu	Olumsuz
<i>ÖTEKİ</i>	Olumlu	Güvenli	Saplantılı
	Olumsuz	Kayıtsız-Kaçınan	Korkulu-Kaçınan

Tabloda görüldüğü üzere *güvenli bağlanma biçimi* hem kendilikle ilgili olumludur hemde başkalarıyla yakınlık kurabilir, geriye kalan bağlanma biçimleri ise güvensizdir.

Saplantılı bağlanma biçiminde, kendilerini sevmeye layık bulmazken, başkalarından onay beklerler. Kaygı düzeyleri yüksektir ve güvence arayışındadırlar. Bu nedenle gerçekçi olmayan beklentiler, saplantılı bağlanma biçiminin güvensizliğini gösterir.

Kayıtsız-kaçınan bağlanma biçiminde, reddedilme kaygısı yaşayan bu gruptaki bireyler olası herhangi bir hayal kırıklığını engellemek için bağlanma nesnesini kendinden uzak tutarak özerkliklerini korumaya çalışırlar.

Korkulu-kaçınan bağlanma biçiminde, bireyler kendini değersiz görüp ötekini de güvenilmez bulur ve yakınlık kurmazlar [88-91-92].

2.6 FGİH ve Bedenselleştirme, Bağlanma ile İlişkisi

Stoudemire (1991) kişilerin aleksitimik özelliklerinin, içinde yaşadıkları sosyal ortamda bir model alma ve öğrenme sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Çocukların ailelerinden duygularını ifade etme yerine bastırmayı veya bedenselleştirmeyi öğrendikleri takdirde aleksitimik özellikler geliştireceğini belirtmiştir (53). Jones ve arkadaşları (2013) FD'si olan hastalarda yaptıkları bir çalışmada, aleksitimi ve istismar öyküsünün bedensel belirti bildirme ile ilişkisini incelemişler ve istismar öyküsünün doğrudan bedensel belirti bildirmeyi etkilediğini, aleksitiminin ve artmış gastrik duyarlılığın da somatik belirti bildirme ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [94].

Literatür bilgileri bedenselleştirme ile İBS arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Yetişkin İBS'si olan bireyler, çocukluk dönemlerinde hasta olduklarında özel ilgi gördükleri, hediyeler aldıkları ile ilgili bilgi vermişlerdir. Ayrıca kendi ebeveynlerinde de benzer hastalık davranışları olduğunu belirtmişlerdir [95]. FGİH'nin en yaygın görülen alt tipi olan İBS ile ilgili yapılan bir başka çalışmada, bedenselleştirme açısından İBS ile kontrol grubu karşılaştırılmış; bedenselleştirme puanı ve belirti sayısının İBS'de daha fazla olduğu bildirilmiştir [96].

Hunter ve Maunder (2001) bağlanma biçimi ve hastalık davranışını ilişkilendiren çalışmalarında, güvenli bağlanma biçimi olan bireylerin, hastalıkla ilişkili sıkıntıyla daha kolay baş edebildiklerini belirtmiştir. Kaygılı bağlanma biçimi olanların ise, zayıf duygulanım düzenlenmesine sahip olduğunu, duygusal dışavurumlarının fazla olduğunu ve başkalarına bağımlı olma güdülerini olduğunu vurgulamışlardır. Kaçınma tarzı bağlanma biçimi olanların duygulanımı aşırı düzenledikleri ve sağlık arayışında talepkar olmadıklarını, çok az duygu ifadesi gösterdiklerini belirtmişlerdir. Bu sebeple kaçınma tarzı bağlanma biçimi olanlarda belirtilerin az bildirilmesi ve tıbbi tedaviye direnç bulunabilir. Aslında bu davranışın tedaviyi engellediği de ileri sürülür [97].

Sağlık alanında, bağlanma biçimleri çeşitli araştırmalarda incelenmiştir. Taylor ve arkadaşları (2000), açıklanamayan fiziksel belirtilerle doktora başvurmayı organik belirtilerle başvurmayla karşılaştırmış ve açıklanamayan fiziksel belirtilerle doktora başvurmanın güvensiz bağlanma stili ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [98]. Ciechanowski

ve arkadaşları (2001) yaptıkları bir çalışmada, hasta bakım veren ilişkisini ve tedaviye uyumu bağlanma açısından incelemiş; kayıtsız bağlanma biçimi olan diyabetik hastalarda, tedavi uyumunun daha kötü olduğunu belirtmiştir [99]. Yapılan bir başka çalışmada ise, sağlık hizmeti alma ile bedenselleştirme bağlanma kuramı açısından incelemiştir, saplantılı ve korkulu bağlanması olanların daha fazla belirti bildirdiği belirtilmiştir [6].

Meredit ve arkadaşları (2008) kronik ağrıyla bağlanma biçimi arasındaki ilişkiyi incelemişler; güvensiz bağlanmanın ağrıya düşük toleransa neden olduğunu belirtmişlerdir. Sonuç olarak; bağlanma kuramının, kronik ağrı oluşumu için gelişimsel bir model olabileceğini öne sürmüşler, Kronik Ağrı İçin Bağlanma-Yatkınlık Modeli (The Attachment-Diathesis Model of Chronic Pain) isimli bir model ortaya koymuşlardır. Bu model, çerçevesinde kişide var olan erişkin bağlanma biçiminin ağrıya uyumu, sosyal destek arayışını ve ağrıyla ilgili bilişsel değerlendirmelerini etkileyebileceğini belirtmişlerdir (100).

FGİH'si olan hastalarda bağlanma biçimlerini konu alan araştırma sayısı çok azdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, FGİH grubundan FD ve OD bağlanma biçimleri açısından karşılaştırılmıştır. FD grubunun daha kaygılı bir grup olduğu ve güvensiz bağlanmanın dispeptik yakınmaları olan olgularda genel bir özellik olmakla birlikte, FD grubunda kaçınan bağlanma biçiminin daha belirgin olduğu belirtilmiştir [7]. İBS hastalarında yapılan bir çalışmada ise uygun olamayan bir tarzda kurulan ebeveyn çocuk ilişkisi ile bedenselleştirme arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur [8]. FGİH olmayan organik GİS hastalığı olanlarda da bağlanma biçimi araştırılmıştır. Ülseratif kolit ile ilgili yapılan bir çalışmada ülseratif kolitin güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [101]. Başka bir çalışmada ise yine organik bir GİS hastalığı olan Chron hastalığı olanlarla sağlıklı kontrol grubu bağlanma biçimi açısından kıyaslanmış ve Chron hastalığı tanısı konulan bireylerde güvensiz bağlanma biçiminin daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir [102].

Literatürde FGİH'de bağlanma biçimleri İBS, FD gibi hastalıklar açısından ayrı ayrı incelenmiş olmakla birlikte; FGİH'yi bir bir bütün olarak ele alıp üst ve alt FGİH olarak kendi içinde ayrıca sağlıklı kontrollerle bağlanma biçimleri açısından kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada anatomik olarak Fonksiyonel Bağırsak Bozukluklarına kadar olan hastalık grupları üst FGİH, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları ve altında yer alan gruplar alt FGİH olarak ele alınmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje No:KA15/30, Etik Kurul Onay Tarihi:18.02.2015) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3.1 Örneklem Oluşturulması

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğine 1.3.2015 -1.6.2015 tarihleri arasında muayene ve tedavi amacıyla başvuran Roma kriterlerine göre bir gastroenteroloji uzmanı tarafından FGİH tanısı konulan 18 ila 64 yaşları arasında, okuma yazma bilen, değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasitesi olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 106 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Bilinen gastroenterolojik hastalığı olmayan yaş, cinsiyet ve eğitim durumu FGİH grubuyla eşleştirilmiş 94 sağlıklı birey de çalışmadaki kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 6 kişi vaktinin olmadığını belirtmiştir. Bütün katılımcılar bilgilendirilmiş onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Değerlendirme ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmayanlar, alkol ve madde kullanım bozukluğu, psikotik bozukluğu, bilinen kronik GİS hastalığı olanlar çalışma dışında bırakılmıştır.

3.2 Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama

Her iki gruptaki katılımcılara araştırmacı tarafından çalışma ve ölçekler hakkında bilgi verildikten sonra Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu uygulandı, ardından katılımcılardan Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini (HADÖ) doldurmaları istenmiştir.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu:

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

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE):

Brennan ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen, bağlanmada temel iki boyut olan yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçen 36 maddelik bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde, likert tipi 7 dereceli (1=hiç katılmıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum) bir ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Ters yüklü maddeler 3., 15., 19., 22., 25., 27., 29., 31., 33. ve 35. maddelerdir. Kaçınma skorunu hesaplamak için tek sayılı maddelerin ortalamaları alınırken kaygı skorunu hesaplamak için çift sayılı maddelerin ortalamaları alınmaktadır. Katılımcılar bu iki boyut temelinde değerlendirilebilecekleri gibi Bartholomew ve Horowitz'in (1991) önerdiği gibi, Dörtlü Bağlanma Modeli kapsamında da ele alınabilmektedirler. Brennan ve arkadaşları dört bağlanma biçiminin iki boyut üzerinde küme analizi yapılarak ölçekten kategorik ölçüm alınabileceğini ve dörtlü bağlanma modeli temelinde sınıflandırmalar yapılabileceğini önermektedir. Buna göre, her iki boyuttan görece düşük puan alanlar güvenli; her iki boyuttan da yüksek puan alanlar korkulu; kaçınmadan düşük, kaygıdan yüksek puan alanlar saplantılı; kaçınmadan yüksek, kaygıdan düşük puan alanlar kayıtsız bağlanma biçimi içerisinde ele alınmaktadırlar (103). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır (104).Sümer (2006) de ölçek üzerinde yapmış olduğu çalışmalar sonucunda, "kaygı" ve "kaçınma" olmak üzere iki boyut elde etmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, sırasıyla 0.86 ve 0.90 olarak bulmuştur (105). (Ek-2)

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ):

Yirmi maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2), dışa-vuruk düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Bireyden, her madde için "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bu ölçek, Bagby ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir (106). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Kesme puanı 61 olarak belirlenmiştir (107).(Ek-3)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) :

Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek Zigmond ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir [108]. Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır [109]. Anksiyete (HADÖ-A) ve depresyon (HADÖ-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 soru içerir. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyete şiddetini, diğer yedisi de (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. (Ek-4)

3.3.İstatistiksel Değerlendirme

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizinde SPSS 17 programı kullanılmıştır. Veri analizinin ilk aşamasında katılımcıların demografik bilgilerine dair ortalama ve sıklık değerlerine bakılmıştır. Tanı ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların çeşitli sosyodemografik değişkenler üzerinden karşılaştırılması Ki-kare Analizi ve Bağımsız Gruplar İçin T-Testi Analizi yoluyla yapılmıştır. Değişkenler arası ilişki katsayıları Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi kullanılarak elde edilmiştir. Son olarak bağımsız değişkenlerin puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark araştırması da İki-yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) ile bakılmıştır.

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 sayıltılarını karşıladığı görülmüş ve analizler 200 kişiden elde edilen veriler üzerinden yapılmıştır.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Bu bölümde, 106 FGİH'si olan hasta 106 (%53) ve kontrol grubundan 94 sağlıklı (%47) olmak üzere toplam 200 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 3'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde tanı grubu üst ve alt FGİH olarak ayrıldığında 41'i Üst FGİH (%38.7), 65'i Alt FGİH (%63.1) grubundadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, alışkanlıkları ve tıbbi öyküleri incelendiğinde 200 katılımcının 150'si kadın (%75), 50'si erkektir (%25). Örneklem grubunun yaş ortalaması $39.3 \pm 13,1$ dir.

Medeni durumlar açısından bakıldığında 200 katılımcıdan 121'inin evli (%60.8), 5'inin dul (%2.5), 2'sinin ayrı yaşadığı (%1.0), 6'sının boşanmış (%3.0) ve 65'inin de hiç evlenmemiş olduğu (%32.7) bildirilmiştir.

Eğitim durumuna göre örneklem grubunda 25 kişi ilkokul (%12,6), 14 kişi ortaokul (%7,0), 34 kişi Lise (%17.1), 126 kişi üniversite (%63.3) mezunudur.

Sosyodemografik değişkenlerin sıklık ve ortalama değerleri Tablo 3 ve 4' de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sıklık N	Yüzde %	
	Kontrol Grubu Tanı Grubu	94 106	47 53
FGİH	Üst Alt	41 65	38.7 63.1
Cinsiyet	Kadın Erkek	150 50	75 25
Medeni Durum	Evli Dul Ayrı yaşıyor Boşanmış Evlenmemiş	121 5 2 6 65	60.8 2.5 1.0 3.0 32.7
Eğitim Durumu	İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	25 14 34 126	12.6 7.0 17.1 63.3
Çalışma Durumu	Hiç çalışmamış Öğrenci Aralıklı çalışmış İşten ayrılmış Emekli Halen Çalışıyor	19 19 2 4 25 130	9.5 9.5 1.0 2.0 12.6 65.3
Meslek	İşçi Memur Serbest meslek	58 49 24	44.3 37.4 18.3
Gelir Düzeyi	Çok düşük Düşük Orta Yüksek	17 50 67 58	8.9 26.0 34.9 30.2
Hastalık Başlama Yaşı	Ergenlik Genç Yetişkinlik Yetişkinlik	20 63 23	18.9 59.4 21.7
Fiziksel Hastalık	Var Yok	60 137	30.5 69.5
Psikiyatrik hastalık	Var Yok	19 179	9.6 90.4
Geçmişte Ruhsal Hastalık	Var Yok	37 161	18.7 81.3
Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var Yok	36 162	18.2 81.8

Tablo4. Katılımcıların yaş, hastalık süresi, anne sütü alma süresi açısından betimsel istatistiksel sonuçları

	Ortalama	Ss
Yaş	39.3	13.1
Hastalık Süresi	8.5 (yıl)	8.6
Anne sütü	13.1 (ay)	8.1

4.2. Grup Karşılaştırmaları

Tanı ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılar sahip oldukları bazı özellikler açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 5’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 5. FGH ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Tanı Grubu (n=106)	Kontrol Grubu (n=94)	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	81	69	0.24	1	0.62
Erkek	25	25			
Medeni Durum					
Evli	66	55	2,7	4	0.6
Dul	3	2			
Ayrı	2	0			
Boşanmış	3	3			
Evlenmemiş	31	34			
Eğitim					
İlk	15	10	2.4	3	0.5
Orta	8	6			
Lise	21	13			
Üniversite	62	64			
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	60	71	7.9*	1	0.005
Çalışmıyor	46	23			
Gelir Düzeyi					
Çok düşük	6	11	12.8*	3	0.005
Düşük	20	30			
Orta	36	31			
Yüksek	41	17			
Meslek					
İşçi	23	35	3.5	2	0.2
Memur	23	26			
Serbest	15	9			
Fiziksel Hastalık					
Var	40	20	6.2*	1	0.01
Yok	65	72			
Psikiyatrik Hastalık					
Var	14	5	3.4	1	0.06
Yok	92	87			

*p<0.05

Son olarak, YİYE ölçeğinden alınan puanlara göre tüm grup güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Elde edilen yeni değişkenin tanı ve kontrol grubunda olmaya bağlı değişip değişmediğine Ki-kare analizi ile bakılmış ve sonuç Tablo 6’da verilmiştir. Buna göre, tanı grubunda olma ile güvensiz bağlanma arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Tablo 6. FGİH ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Bağlanma Biçimlerinin Karşılaştırılması

	Tanı Grubu (n=106)	Kontrol Grubu (n=94)			
	n	n	Ki-Kare	sd	p
Bağlanma Biçimi					
Güvenli Bağlanma	28	38	4.4*	1	0.05
Güvensiz Bağlanma	78	56			

*p<0.05

FGİH grubundaki katılımcılar alt FGİH ve üst FGİH olmak üzere ikiye ayrılmış ve bu iki grup bazı değişkenler açısından karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 7).

Tablo 7. Alt ve Üst FGİH Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Alt FGİH Grubu (n=65)	ÜST FGİH Grubu (n=41)			
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	t	sd	p
Yaş	40.4 (13.9)	41.1 (13.4)	0.3	104	0.8
	n	n	Ki-Kare	sd	p
Cinsiyet					
Kadın	48	33	0.62	1	0.4
Erkek	17	8			
Medeni Durum					
Evli	42	24			
Dul	2	1			
Ayrı	1	1	1.3	4	0.87
Boşanmış	1	2			
Evlenmemiş	19	12			
Eğitim					
İlk	8	7			
Orta	6	4	4.2	3	0.24
Lise	10	11			
Üniversite	43	19			
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	42	18	4.4*	1	0.03
Çalışmıyor	23	23			
Meslek					
İşçi	16	7			
Memur	14	9	1.6	2	0.45
Serbest meslek	12	3			
Gelir Düzeyi					
Çok düşük	2	4			
Düşük	10	10	4.6	3	0.21
Orta	22	14			
Yüksek	29	12			
Hastalık Başlama Yaşı					
Ergenlik	15	5			
Genç Yetişkinlik	38	25	2.4	2	0.29
Yetişkinlik	12	11			

*p<0.05

Üst ve alt FGİH gruplarındaki katılımcıların yaş açısından farklı olup olmadıklarına t-testi ile bakılmış ve gruplar arasında yaş farkının anlamlı olmadığı görülmüştür ($t=0.25$, $sd=104$, $p>0.05$).

Alt veya Üst FGİH gruplarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine Ki-kare testi ile bakılmıştır. Analiz sonucuna göre kadın ve erkeklerin alt veya üst FGİH gruplarında olmaları açısından bir fark bulunamamıştır (Ki-kare=0.97, $sd=1$, $p>0.05$). Aynı gruplar arasında medeni durum (Ki-kare=1.3, $sd=4$, $p>0.05$), eğitim durumu (Ki-kare=4.2, $sd=3$, $p>0.05$), meslek (Ki-kare=1.6, $sd=2$, $p>0.05$), gelir düzeyi (Ki-kare=4.6, $sd=3$, $p>0.05$), hastalık başlama yaşı (Ki-kare=2.4, $sd=2$, $p>0.05$) için değerlendirilmiş ve bakılan parametrelerin alt veya üst FGİH gruplarında olmaları açısından bir fark bulunamamıştır. Ayrıca, çalışma durumu (Ki-kare=4.4, $p<0.05$) açısından alt veya üst FGİH gruplarında olma durumu anlamlı bulunmuştur. Parametrelere göre çalışan grup içerisinde alt FGİH daha fazla bulunmaktadır.

4.3 Değişkenler arası ilişki

Katılımcılara ait elde edilen tüm ölçümlerin birbirleriyle olan ilişkilerine Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile bakılmış ve sonuçlar Tablo 8’de verilmiştir. TAS-C ile Anksiyete puanı arasındaki ilişki hariç diğer tüm katsayıların anlamlı oldukları gözlenmiştir.

Tablo 8. Depresyon Anksiyete Aleksitimi ve Bağlanma Biçimi Değişkenlerinin Birbirleriyle İlişkilerine Dair Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8
Depresyon	-							
Anksiyete	0.67**	-						
TAS-A	0.46**	0.63**	-					
TAS-B	0.25**	0.44**	0.68**	-				
TAS-C	0.14*	0.07	0.22**	0.29**	-			
Toplam Aleksitimi Puanı	0.39**	0.52**	0.87**	0.84**	0.60**	-		
Kaçınma	0.27**	0.37**	0.52**	0.57**	0.19*	0.55**	-	
Kaygı	0.20**	0.39**	0.32**	0.27**	0.18*	0.33**	0.24**	-

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

Hem tanı hem sağlıklı kontrol grubu için kendi aralarında tüm değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisine de bakılmıştır. Tanı grubu için katsayılar Tablo 9’da ve kontrol grubu için katsayılar da Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 9. FGİH Grubunda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi ve Bağlanma Biçiminin İlişkilerine Dair Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8
Depresyon	-							
Anksiyete	0.67**	-						
TAS-A	0.38**	0.58**	-					
TAS-B	0.15	0.42**	0.68**	-				
TAS-C	0.06	0.07	0.21*	0.25*	-			
Toplam Aleksitimi Puanı	0.28**	0.49**	0.88**	0.83**	0.58**	-		
Kaçınma	0.23*	0.37**	0.46**	0.52**	0.14	0.49**	-	
Kaygı	0.17	0.36**	0.33**	0.17	0.08	0.26**	0.14	-

*p<0.05; **p<0.01

Tablo 10. Sağlıklı Kontrol Grubunda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi ve Bağlanma Biçiminin İlişkilerine Dair Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8
Depresyon	-							
Anksiyete	0.62**	-						
TAS-A	0.55**	0.67**	-					
TAS-B	0.35**	0.42**	0.64**	-				
TAS-C	0.22*	-0.02	0.16	0.30**	-			
Toplam Aleksitimi Puanı	0.50**	0.50**	0.83**	0.85**	0.59**	-		
Kaçınma	0.26*	0.32**	0.57**	0.59**	0.20	0.60**	-	
Kaygı	0.28**	0.43**	0.31**	0.38**	0.33**	0.43**	0.36**	-

*p<0.05; **p<0.01

FGİH ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların tüm bağımlı değişkenler ile anne sütü alma süreleri arasındaki ilişki katsayıları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi ve Bağlanma Biçiminin Anne Sütü Alma Süresi ile ilişkisine Dair Korelasyon Katsayıları

	Tanı Grubu	Kontrol Grubu
Depresyon	-0.10	-0.02
Anksiyete	-0.08	-0.14
TAS-A	0.05	-0.08
TAS-B	0.01	-0.24*
TAS-C	0.07	-0.13
Toplam Aleksitimi Puanı	0.05	-0.18
Kaçınma	0.07	-0.04
Kaygı	-0.07	-0.22*

*p<0.05

4.4. Grup Karşılaştırma Sonuçları

FGİH tanısı alıp almamanın ve cinsiyetin depresyon, anksiyete, TAS-A, TAS-B, TAS-C, Toplam Aleksitimi Puanı ,kaygı ve kaçınma puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olup olmadığına 2x2 MANOVA analizi ile bakılmıştır. Sonuçlar, Tablo 12’de verilmiştir.

Yapılan Çok Yönlü Varyans Analizine göre FGİH tanısı alıp almama ile cinsiyetin elde edilen puanlar açısından etkileşimi anlamlı çıkmamıştır (Wilk’s Lambda=0.98, $F_{7,176}=0.27$, $p=0.96$). Öte yandan, cinsiyet temel etkisi ve tanı grubunda olup olmamanın temel etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla; Wilk’s Lambda=.85, $F_{7,176}=4.3$, $p=0.000$, Wilk’s Lambda=.93, $F_{7,176}=1.9$, $p=0.05$). Elde edilen post-hoc ANOVA sonuçları Tablo10’da verilmiştir. Buna göre, cinsiyetin anksiyete düzeyi, TAS-A, TAS-C, ve kaygılı bağlanma puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Özetle, kadınların anksiyete düzey ortalamasının ($X_{ort.}=7.9$, $sh=0.3$) erkeklerin anksiyete düzey ortalamasından ($X_{ort.}=5.6$, $sh=0.6$) anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların TAS-A puan ortalamasının ($X_{ort.}=15.5$, $sh=0.49$) erkeklerin puan ortalamasından ($X_{ort.}=13.03$, $sh=0.86$) anlamlı bir biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Ek olarak kadınların TAS-C puan ortalamasının ($X_{ort.}=20.7$, $sh=0.36$) erkeklerin puan ortalamasından ($X_{ort.}=22.2$, $sh=0.62$) anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Son olarak kaygılı bağlanma puanı açısından

kadınların puan ortalamasının ($X_{ort.}=67.1$, $sh=1.6$) erkeklerin puan ortalamasından ($X_{ort.}=56.6$, $sh=2.8$) yüksek olduğu saptanmıştır.

FGİH tanısı alıp almamanın depresyon, anksiyete, TAS-A, TAS-B, TAS-C, Toplam Aleksitimi Puanı ve kaçınma puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Buna göre, FGİH'si olan kişilerin depresyon puan ortalamasının ($X_{ort.}=6.3$, $sh=0.5$) FGİH'si olmayan kişilerin puan ortalamasından ($X_{ort.}=4.8$, $sh=0.5$) anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. FGİH grubunun anksiyete puan ortalaması ($X_{ort.}=7.6$, $sh=0.5$) sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasına göre ($X_{ort.}=5.9$, $sh=0.5$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yanı sıra, FGİH'si olanların TAS-A puan ortalamasının ($X_{ort.}=15.6$, $sh=0.7$) FGİH'si olmayanların puan ortalamasından ($X_{ort.}=12.9$, $sh=0.7$) anlamlı olarak yüksek olduğu; FGİH'si olan grubun TAS-B puan ortalamasının ($X_{ort.}=13.2$, $sh=0.5$) FGİH'si olmayan grubun puan ortalamasından ($X_{ort.}=11.5$, $sh=0.5$) anlamlı olarak yüksek olduğu; FGİH'si olan grubun TAS-C puan ortalamasının ($X_{ort.}=22.2$, $sh=0.5$) FGİH'si olmayan grubun puan ortalamasından ($X_{ort.}=20.7$, $sh=0.5$) anlamlı olarak yüksek olduğu; FGİH'si olan grubun Toplam Aleksitimi puan ortalamasının ($X_{ort.}=50.1$, $sh=1.4$) FGİH'si olmayan grubun puan ortalamasından ($X_{ort.}=45.2$, $sh=1.4$) anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Ek olarak, FGİH'si olanların kaçınmacı bağlanma puan ortalamasının ($X_{ort.}=57.1$, $sh=2.5$) olmayanların puan ortalamasından ($X_{ort.}=50.7$, $sh=2.4$) anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 12. Cinsiyet ve Tanı için Yapılan MANOVA Analizi sonucu Elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu

Kaynak	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama Kare	F	p	(Kısmi Eta) ²
Cinsiyet (A)	Depresyon	3.33	1	3.326	.188	.665	.001
	Anksiyete	187.69	1	187.689	11.718	.001	.060
	TAS-A	221.22	1	221.216	6.387	.012	.034
	TAS-B	11.57	1	11.571	.594	.442	.003
	TAS-C	66.98	1	66.979	3.695	.056	.020
	Toplam Aleksitimi Puanı	101.83	1	101.827	.783	.377	.004
	Kaçınma	963.576	1	963.576	2.362	.126	.013
	Kaygı	3869.571	1	3869.571	10.121	.002	.053
FGİH (B)	Depresyon	77.437	1	77.437	4.385	.038	.024
	Anksiyete	104.365	1	104.365	6.516	.012	.035
	TAS-A	237.753	1	237.753	6.865	.010	.036
	TAS-B	96.984	1	96.984	4.982	.027	.027
	TAS-C	78.696	1	78.696	4.342	.039	.023
	Toplam Aleksitimi Puanı	1165.425	1	1165.425	8.963	.003	.047
	Kaçınma	1409.557	1	1409.557	3.455	.05	.019
	Kaygı	5.115	1	5.115	.013	.908	.000
A*B	Depresyon	2.141	1	2.141	.121	.728	.001
	Anksiyete	.674	1	.674	.042	.838	.000
	TAS-A	3.242	1	3.242	.094	.760	.001
	TAS-B	2.285	1	2.285	.117	.732	.001
	TAS-C	9.356	1	9.356	.516	.473	.003
	Toplam Aleksitimi Puanı	7.673	1	7.673	.059	.808	.000
	Kaçınma	5.905	1	5.905	.014	.904	.000
	Kaygı	23.721	1	23.721	.062	.804	.000
İstatistik Hata Payı	Depresyon	3214.18	182	17.660			
	Anksiyete	2915.13	182	16.017			
	TAS-A	6303.37	182	34.634			
	TAS-B	3542.95	182	19.467			
	TAS-C	3298.90	182	18.126			
	Toplam Aleksitimi Puanı	23665.07	182	130.028			
	Kaçınma	74256.33	182	408.002			
	Kaygı	69581.69	182	382.317			

FGİH grubundaki katılımcılar alt ve üst olarak iki gruba ayrıldıktan sonra her iki grup arasında tüm ölçümler açısından anlamlı bir farkın olup olmadığı Tek Yönlü MANOVA analiziyle bakılmıştır. Analiz sonucuna göre iki grup arasında hiçbir değişken açısından anlamlı bir puan farkı gözlenmemiştir (Wilk's Lambda=.95, $F_{7,86}=0.55$, $p=0.79$). Analiz sonucu elde edilen katsayılar Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Alt FGİH ve Üst FGİH Grupları için Yapılan MANOVA Analizi sonucu Elde Edilen Post-hoc ANOVA Sonucu

FGİH Tanısı Alanlar	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Ortalama Kare	F	p	(Kismi Eta)²
FGİH Alt/Üst						
Depresyon	.610	1	.610	.029	.865	.000
Anksiyete	.005	1	.005	.000	.987	.000
TAS-A	48.270	1	48.270	1.059	.306	.011
TAS-B	7.834	1	7.834	.359	.551	.004
TAS-C	.916	1	.916	.040	.841	.000
Aleksitimi toplam puanı	77.256	1	77.256	.487	.487	.005
Kaçınma	841.818	1	841.818	2.058	.155	.022
Kaygı	156.599	1	156.599	.359	.551	.004
İstatistik Hata Payı						
Depresyon	1936.369	92	21.047			
Anksiyete	1721.739	92	18.715			
TAS-A	4192.836	92	45.574			
TAS-B	2007.538	92	21.821			
TAS-C	2081.510	92	22.625			
Toplam Aleksitimi puanı	14603.095	92	158.729			
Kaçınma	37637.288	92	409.101			
Kaygı	40137.103	92	436.273			

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada FGİH tanısı konulan hastalar sağlıklı kontrol grubuyla anksiyete ve depresyon birlikteliği, aleksitimi görülme sıklıkları, bağlanma biçimlerinden hangisine sahip oldukları açısından karşılaştırılmıştır. Bu bölümde bu değişkenliklerin FGİH'si olan kişilerde birlikte ve ayrı ayrı görülmelerinin ne anlam ifade ettiği, giriş bölümünde de bahsedilen araştırma soruları açısından sırayla tartışılmıştır.

Sosyodemografik değişkenlere ilişkin analizler değerlendirildiğinde; sosyodemografik bilgi formunda yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu gibi temel tanımlayıcı bilgilerin yanı sıra anne sütü alma süresi, gelir düzeyi gibi ek sorular sorulmuş ve bu değişkenler için istatistikler yapılmıştır. Cinsiyet açısından bakıldığında çalışmamızdaki örnekleme kadınlar %75 oranında bir sıklıkta yer almıştır. Literatürde FGİH'nin kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren yayınlar bulunmaktadır. Bazı istisnai alt tipler hariç FGİH'nin kadınlarda daha sık görüldüğü ve bu oranın kadın erkek açısından yaklaşık 2:1 olduğunu belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır [110-111-112]. Ancak çalışmamızda üst ve alt FGİH gruplarında cinsiyet bakımından anlamlı bir fark saptanmaması bu gruplarda cinsiyetin FGİH hastası olma üzerinde bir etkisi olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Literatürde FGİH'yi alt ve üst olarak ikiye ayıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sosyodemografik değişkenlerden yaş ortalaması söz konusu olduğunda çalışmamızda yer alan FGİH hastaları orta yaş grubundadır ve literatürdeki yaş ortalaması ile uyumludur. Bu da bulgularımızı genellemek açısından önemli olabilir. Sosyodemografik değişkenlerden medeni durum ve eğitim durumu değerlendirildiğinde örneklem grubu yüksek oranda üniversite mezunu ve evli bireylerden oluşmaktadır. Alt FGİH ile halen bir işte çalışıyor olma değişkeni arasında anlamlı oranda bir birliktelik elde edilmiştir. Çalışmamızda alt FGİH'de daha çok İBS hastalığı temsil edildiği göz önüne alınarak literatürde İBS ile çalışma durumu ve medeni durum ilişkisi incelendiğinde çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır. Sözü geçen çalışmalarda İBS'nin işsizlerde, bekarlarda daha fazla görüldüğünü ve düşük sosyoekonomik durumla ilişkili olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur [113-127-128]. Yine bu araştırmaların bazılarında İBS'nin yüksek sosyoekonomik durumla ilgili olduğu ve ofis tipi çalışıyor olma, oturarak çalışma, idareci konumda olma gibi stres düzeyi yüksek kişilerde görülen bir hastalık olduğu da belirtilmektedir [114-115]. Bu farklılık yüksek gelir durumunun daha sık hekim başvurusuna imkan veren bir etken olması ile ilgili olabilir [2] ki bu çalışmada da Başkent Üniversitesi

Hastanesi orta üst gelir düzeyindeki hastaların başvurduğu bir hastane olduğu için benzeri bir durum söz konusu olabilir. Sonuç olarak sosyodemografik değişkenler açısından bizim çalışmamızdaki verilere göre FGİH'nin genel olarak eğitim düzeyi yüksek, evlilerin çoğunlukta olduğu, gelir durumu açısından orta-üst düzey geliri olan, 40 yaş civarı bir yaş ortalamasında sıkça görülen bir hastalık olduğu söylenebilir ki bu durum literatürle uyumludur [110-2]. Bu da sonuçların genellenebilirliği bakımından önemlidir.

FGİH'de anksiyete ve depresyon düzeyleri öngörüldüğü üzere anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. FGİH'de psikiyatrik tanı yaygınlığının genel olarak görüldüğü bildirilmektedir [4]. Bu çalışmadaki bulgular da literatürdeki anksiyete, depresyon, somatizasyon gibi eş tanı sıklığını vurgulayan diğer çalışmalarla örtüşmektedir. Ayrıca FGİH'de içsel veya dışsal kaynaklı olabilen, pek çok stres faktörünün sürekli ya da geçici olarak fizyolojik stres yanıtlarını değiştirebileceğini öngören psikososyal faktörlerin etkisi hipotezini teyit etmektedir [1-26]. Duygudurum üzerindeki bu etkilenme yaşam kalitesindeki bozulmaya, kronik bir hastalık taşımaya ve yine kronik ağrı yaşamaya bağlı olabilir. Literatürdeki psikiyatrik eş tanı birlikteliği araştırması daha çok FGİH alt grupları ele alınarak yapılmıştır. Örneğin İBS için anksiyete ve depresyon birlikteliğinin %42-61 oranında görüldüğünü belirten çalışmalar vardır [4]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da İBS hastalarında anksiyete bozukluğunun %57, depresif bozukluğun %24 olarak bulunduğu ve depresyonun nispeten daha az olduğu görülmektedir [116]. Diğer alt grup FGİH'lerden FD'de de anksiyete ve depresyonun yaygın birlikteliğini vurgulayan çalışmalar vardır [117]. Nihayetinde farklı oranlarda olsa da FGİH ile depresyon ve anksiyete birlikteliği genel bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda da anksiyete FGİH ile depresyondan kısmen daha fazla ilişkili bulunmuştur. FGİH hastaları ağrılı ve kronik bir hastalıkları olması nedeniyle depresyona yatkın olabilirler. Ayrıca Chessick'in (1995) bir sindirim sistemi hastalığı olan ülseratif kolit'de yaptığı çalışmada belirttiği gibi FGİH hastalarının depresyona yatkınlıklarında saldırganlığı ifade etmede zorlanma, narsisistik zedelenme ve çaresizlik duygusu ile birlikte, erken dönem bakım verenlere karşı öfkeyi hissetmekte geçmişe ait bir yetersizliğin varlığı da rol oynayabilir. Fakat neticede, belki bu çalışmada da, iç çatışmalarını bedenselleştiren bu hastalarda artan anksiyete düzeyi depresyona kıyasla onları nispeten daha çok yardım arama davranışına yönlendiriyor olabilir [118].

FGİH'de sağlıklı bireylere göre bedenselleştirmenin daha yaygın görüldüğü ve bedenselleştirme ile aleksitiminin ilişkili olduğu bilinmektedir [4-129]. Bu çalışmada FGİH'de saptanan yüksek oranda aleksitimi varlığı şaşırtıcı değildir ve aleksitiminin tanımı

gereği bu hastaların da dillerinin söyleyemediğini bedenlerinin söylediğini düşündürtebilir. Alt ve üst FGİH’de aralarında anlamlı bir fark saptanmaksızın bu çalışmada elde ettiğimiz yüksek aleksitimi düzeyleri bu birlikteliğin %43 ile %66 arasında bir değiştiğini bildiren literatürle uyumludur [119]. FGİH’si olan hastalarda görülen aleksitimi kavramına daha derinlemesine bakacak olursak çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar bu hastaların özellikle duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük çektikleri yönündedir. Literatürde FGİH ile aleksitimi birlikteliğini konu alan çalışmalarda da özellikle bu iki alt ölçekle FGİH’nin ilişkili görüldüğünün belirtilmesi bu çalışmayla paralellik göstermektedir [124-125-68]. Bu araştırmada aleksitimi düzeyinin yüksekliği FGİH tanısı konulan bireylerde duyguları tanıma ve ifade etme güçlüğünden dolayı depresyon ve kaygının artışına doğrudan etki etmiş olabilir. Yapılan çalışmalarda, aleksitimik bireylerin kaygı, depresyon, olumsuz benlik algısı, öfke gibi psikolojik belirtileri daha fazla gösterdiği belirtilmekte ve bulgularımızla uyumlu görünmektedir. [89-120-121]. FGİH hastalığının kronik doğası, yaşam kalitesinde bozulma yaratması ve buna bağlı benlik saygısında azalma ve öfke hali oluşturması bu hastaların duygudurumları açısından bir kısır döngü içinde olduklarını düşündürmektedir.

FGİH’de bağlanma biçimlerinin incelenmesi FGİH’yi biyopsikososyal model içine yerleştirip daha anlaşılır hale getirebilecektir. Bu araştırmada öngördüğümüz üzere elde ettiğimiz veriler FGİH’si olan hastaların kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde güvensiz bağlandıklarını ve güvensiz bağlanma biçimlerinden de kaçınan bağlanma biçimine sahip olduklarını ortaya koymuştur. Literatürde FGİH’de bağlanma biçimini genel olarak ölçen bir çalışmaya rastlanmamıştır. FGİH alt grupları açısından da çok az çalışmaya rastlanmıştır. FGİH grubundan olan FD ile OD ülkemizde yapılan bir çalışmada, bağlanma biçimleri açısından karşılaştırılmış ve her ikisinde de güvensiz bağlanma olduğu ve FD grubunda kaçınan bağlanma biçiminin OD ve kontrollerden daha belirgin olduğu belirtilmiştir [7]. Her ne kadar biz FGİH ile sadece sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış olsak da FD’de kaçınan bağlanma biçiminin daha belirgin olduğunun belirtilmesi bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bir sindirim sistemi hastalığı olan Chron hastalarıyla sağlıklı kontrol grubunun bağlanma biçimi açısından kıyaslandığı bir başka çalışmada da Chron hastalarında güvensiz bağlanma biçiminin daha yüksek oranda saptandığı belirtilmiştir. [102]. Ayrıca İBS hastalarının sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığı bizim çalışmamızla gruplar açısından oldukça benzer olan bir çalışmada ise güvensiz bağlanma biçimlerinden kaçınan bağlanma biçiminin İBS ile anlamlı derecede ilişkili bulunması da bulgularımızla paralellik göstermektedir [122].

Bu çalışmada kaçınan bağlanma biçimi ile aleksitiminin duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük alt ölçekleri yüksek düzeyde pozitif yönde ilişkili saptanmıştır. Bu haliyle kaçınan bağlanması olan FGİH hastalarının sağlık ekipleri tarafından fark edilmesi oldukça zor görülmektedir. Çünkü hem aleksitimik bir yapıları hem de kaçınma biçimi bağlanması olan bireylerin içsel işleyen modellerine göre kendilerine karşı olumlu, diğer kişilere karşı olumsuz bakış açıları vardır ve bu sağlık ekipleriyle mesafe doğurur. Bu durum kaçınılmaz olarak onların ihtiyaç hissettiklerinde yardım arama davranışından uzak kalmalarına sebep olabilir. Hunter ve Munder'in (2001) belirttiği gibi bu kişiler bir rahatsızlık yaşadığında kendilerine dönük oluşları bir sorun olarak karşımıza çıkabilecek ve bu noktada hasta olmayı algılayış biçimleri çok az bir hastalık belirtisi ortaya koymalarına neden olabilecektir. Bu kişilerin rahatsızlıkları ile ilgili belirtileri yanlış veya yetersiz gösterebileceği, empati kurmakta zorlanacağı ve başkalarından gelen yardımı reddedebileceği beklenebilir [97]. Bu açıdan bakıldığında çalışmamızda elde ettiğimiz yüksek aleksitimi düzeyi ve güvensiz-kaçınan bağlanma biçimi gibi veriler FGİH'si olan hastaların yardım arama davranışlarını ve tedaviden faydalanmalarını olumsuz etkileyecek gibi görünmektedir. Elde ettiğimiz veriler ışığında klinikte FGİH2si olan hastalar değerlendirilirken, aleksitimik ve kaçınan bağlanma yapılarında olduklarını göz önünde bulundurmamak, hasta merkezli yaklaşımlar oluşturmak, gerektiğinde disiplinler arası işbirliği kurmak hastanın tedavi uyumunu bozmasını ve/veya tedaviyi bırakmasını önlemeyi sağlayabilir. Yapılan bir çalışmada bedenselleştirme bağlanma kuramı sağlık yardımı arama davranışı açısından incelenmiş, güvensiz bağlanma biçimlerinden saplantılı ve korkulu bağlanması olanların daha fazla belirti bildirdiği belirtilmiştir [6]. Bu durum FGİH'si olan hastalar incelenirken hangi tip güvensiz bağlanmaya sahip olduklarının bilinmesinin tedavi yaklaşımı açısından önemini gösterebilir.

Bağlanmanın oluşumunda erken dönem bakım veren ile çocuk ilişkisi rol oynamaktadır. FGİH ile ilgili bu konuda yapılan bir çalışmada uygun olmayan bir tarzda kurulan ebeveyn çocuk ilişkisi İBS ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur [8]. Bu, FGİH'de genel olarak erken dönem ilişkiler neticesinde oluşan bağlanma biçiminin etkisini doğrular niteliktedir. Çalışmamızda FGİH'de güvensiz bağlanma biçimlerinden kaçınan bağlanma biçimine dair yüksek değerler elde edilmesi, kaçınan bağlanma biçimi değerleri arttıkça yükselen anksiyete-depresyon düzeyi, duyguları tanıma ve ifade etmede güçlük puanlarına dair bulgular bağlanma biçiminin FGİH etiyojisinde önemli bir rolü olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde açıklanamayan fiziksel belirtilerle organik belirtileri bağlanma açısından karşılaştıran ve açıklanamayan fiziksel belirtilerle doktora

başvurmanın güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkili olduğu ve güvensiz bağlanma biçimi olanlarda daha fazla psikiyatrik belirti görüldüğünün bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır [98].

Anne sütü alma süresi de bu çalışmada bağlanma biçimine etkisi bakımından incelenmiş ve sağlıklı kontrol grubunda şaşırtıcı olmayan biçimde anne sütü alma süresi arttıkça kaygılı bağlanma biçiminin azaldığı saptanmış, FGİH grubunda ise böyle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca yine şaşırtıcı olmayan biçimde anne sütü alma süresi arttıkça kontrol grubunda aleksitiminin duyguları ifade etmede güçlük alt ölçeğinin puanının azaldığı, FGİH grubunda ise bunun anlamlı olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu da psikosomatik bozukluklarda ruhsal patolojilerin oldukça erken dönemde gelişmeye başladığını düşündürmektedir. Psikanalitik literatürde GİS hastalıkları ile ilgili çalışmalar vardır. Örneğin Garma (1960) anne sütü değişkenini incelemiş, Peptik Ülser hastalarının bebeklik dönemlerinde anneleri tarafından anne sütü alma açısından iyi beslenen bebekler olduğunu saptamıştır. Garma yalnız ülser değil diğer sindirim sistemi bozukluklarının psikanalitik açıdan iyi anlaşılması için “oral” teriminin ilk güdüsel organizasyon olarak “oral sindirim” şeklinde genişletilmesi gerektiğinin önerildiğini belirtmiş en önemli sindirim görevinin ağızda değil mide, duodenum ve bağırsakta meydana geldiğini vurgulamıştır [123]. Alt ve üst FGİH açısından anlamlı bir fark bulamadığımız bu çalışma Garma'nın bulgu ve düşüncelerine benzer sonuçlar vermiştir.

Bu çalışmada bir bütün olarak erken dönemde bakım verenlerle kurulan ilişki sonucu oluşan bağlanma biçimleri, bedenselleştirme ile ilişkisi bilinen aleksitimi özellikleri ve eşlik eden anksiyete-depresyon birlikteliği açısından FGİH'si olan hastalar ele alınmıştır. Çalışmanın avantajı FGİH'de psikososyal özellikleri etkileyecek tüm bu değişkenlerin birlikte ele alınmış olmasıdır. Ayrıca bu çalışma erken dönem bakım verenlerle kurulan bağlanma biçimi göz önüne alarak bütünsel olarak FGİH'yi değerlendirmesi açısından önemlidir ve bu alanda ülkemizde yapılan/yapılacak olan bilimsel yayınlara katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın sınırlılıklarından ilki örneklem büyüklüğünün, her ne kadar anlamlı sonuç doğuracak kadar yeterli olsa da, kimi analizlere imkan sağlayacak kadar büyük olmamasıdır. Diğer bir sınırlılık ise organik bağırsak hastalıkları kontrol grubunun olmaması, karşılaştırmaların alt-üst FGİH ve sağlıklı kontrol grubuyla yapılmış olmasıdır. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerin hepsi öz-bildirim ölçeğidir ve bu çalışma sonuçlarını etkileyebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

FGİH'si olan bireylerin kendi içlerinde alt FGİH-üst FGİH olarak ve sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bu çalışmada, FGİH'de güvensiz bağlanma biçimlerinden kaçınan bağlanma biçimi ve aleksitimi düzeyi, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından anlamlı derecede yüksek değerler elde edildi. Bulgular, FGİH'nin etiolojisindeki psikososyal faktörlerin rolü hipotezini destekler niteliktedir. FGİH alt ve üst FGİH olarak karşılaştırıldığında değişkenler açısından anlamlı bir fark bulunamadığı gibi, bunun tek istisnası bir işte çalışılmasının alt FGİH görülme sıklığını arttıran önemli bir değişken olmasıdır. Sağlıklı bireylere kıyaslandığında FGİH'si olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde güvensiz/kaçınan bağlanma biçimi saptanmıştır ki bu bulgunun FGİH etiopatogenezinde yeri olduğu düşünülmektedir. Elde edilen bulguların daha geniş örneklem grubunda ileriye dönük çalışmalarda genişletilmesine gereksinim vardır.

Sonuç olarak, FGİH etiolojisi tam olarak açıklanamayan pek çok etkenin rol oynadığı düşünülen bir grup hastalıktır. Psikojenik faktörlerle ilişkisi bilinmektedir. Klinikte FGİH'si olan hastalar değerlendirilirken, bağlanma biçimlerini dikkate almak, güvensiz bağlanma biçimlerinin tedavi arayışı ile ilişkisini göz önünde bulundurarak hasta merkezli yaklaşımlar oluşturmak, hastanın tedavi uyumunu bozmasını ve/veya tedaviyi bırakmasını önlemeyi sağlayabilir. FGİH'si olan hastalarda sıkça psikiyatrik eş tanı görülmesi disiplinler arası işbirliği içinde tedavinin sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir. Bu işbirliği hastalık gidişini olumlu etkileyebilir. FGİH'si olan hastalarda gerektiğinde farmakolojik psikiyatrik ilaç tedavisi yanı sıra psikoterapötik yaklaşımlar tedaviye önemli katkı sağlayabilir

7. KAYNAKLAR

1. Drossman, D.A; Dumitrascu, D.L (2006) Rome III: New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders; J Gastrointestin Liver Dis September 2006 Vol.15 No.3, 237-241
2. Talley,N.J. (2008) Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. Neurogastroenterol Motil (2008) 20 (Suppl. 1), 121–129
3. Drossman, D.A. (2006) The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process, Gastroenterology;130:1377–1390
4. Drossman,D.A;Creed,F.;Olden,K.J.ve ark.(1999) Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. Gut 1999;45(Suppl II):II25–II30
5. Taymur,İ.,Özen,N.E,Boratav.C, Güliter,S.,(2007) İrritabl Barsak Sendromlu Hastaların Aleksitimi, Mizaç,Karakter Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı Açısından Değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17:186-194
6. Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E ve ark.(2002). Association of attachment style to lifetime medically unexplained symptoms in patients with hepatitis C. Psychosomatics; 43(3):206-12
7. Şahan,H, Yıldırım,E.A. (2014) Fonksiyonel dispepsisi olan hastaların organik dispepsisi olan hastalar ile bağlanma özellikleri açısından karşılaştırılması.s,1-79 <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tez>
8. Lackner, Jeffrey M., Gregory D. Gudleski, and Edward B. Blanchard. "Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients." Behaviour research and therapy 42.1 (2004): 41-56.
9. Ólafsdóttir, Linda Björk. "Epidemiological study on the prevalence and natural history of functional gastrointestinal disorders in Iceland." (2011).
10. available at <http://www.romecriteria.org/criteria/>
11. Halder SL, Locke GRI, Schleck CD, Zinsmeister A, Melton LJI, Talley NJ. Natural history of functional gastrointestinal disorders: A 12-year longitudinal population-based study. Gastroenterology. 2007;133(3):799-807.
12. Özden A, Köksal A vd. “Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarında irritabl barsak sendromu görülme sıklığı” akademik gastroenteroloji dergisi, 2006; 5 (1): 4-15
13. Yalçın Kepekçi ,Can Boğa, vd. “Kilis’te Kolonik Semptomlar ve İrritabl Bağırsak Sendromu” Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1996; 7:31 36 .
14. Yeo, A., et al. "Association between a functional polymorphism in the serotonin transporter gene and diarrhoea predominant irritable bowel syndrome in women." Gut 53.10 (2004): 1452-1458.
15. Camilleri, Michael, et al. "Serotonin-transporter polymorphism pharmacogenetics in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome."Gastroenterology 123.2 (2002): 425-432.

16. Lee HJ, Lee SY, Choi JE, et al. G protein beta3 subunit, interleukin-10, and tumor necrosis factor-alpha gene polymorphisms in Koreans with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22:758–763.
17. Kim, Han Gyeol, et al. "G-protein beta3 subunit C825T polymorphism in patients with overlap syndrome of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome." *Journal of neurogastroenterology and motility* 18.2 (2012): 205.
18. Drossman, Douglas A., et al. "AGA technical review on irritable bowel syndrome." *Gastroenterology* 123.6 (2002): 2108-2131.
19. Waring, W. Stephen, et al. "Autonomic cardiovascular responses are impaired in women with irritable bowel syndrome." *Journal of clinical gastroenterology* 38.8 (2004): 658-663.
20. Aggarwal, Avanish, et al. "Predominant symptoms in irritable bowel syndrome correlate with specific autonomic nervous system abnormalities." *Gastroenterology* 106.4 (1994): 945-950.
21. Posserud, Iris, et al. "Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress." *Gut* 53.8 (2004): 1102-1108.
22. Heitkemper, Margaret, et al. "Increased urine catecholamines and cortisol in women with irritable bowel syndrome." *The American journal of gastroenterology* 91.5 (1996): 906-913.
23. Delgado-Aros S, Camilleri M. Visceral hypersensitivity 2. *J ClinGastroenterol* 2005;39:S194–S203
24. Mayer, Emeran A., and G. F. Gebhart. "Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia." *Gastroenterology* 107.1 (1994): 271-293.
25. Drossman, Douglas A. "Review article: an integrated approach to the irritable bowel syndrome." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 13.s2 (1999): 3-14.
26. Creed, Francis. "The relationship between psychosocial parameters and outcome in irritable bowel syndrome." *The American journal of medicine* 107.5 (1999): 74-80.
27. Cremonini F, Talley NJ: Diagnostic and therapeutic strategies in the irritable bowel syndrome. *Minerva Med* 2004; 95:427–441
28. Jarrett, Monica E., et al. "Anxiety and depression are related to autonomic nervous system function in women with irritable bowel syndrome." *Digestive diseases and sciences* 48.2 (2003): 386-394.
29. Parkman, Henry P., William L. Hasler, and Robert S. Fisher. "American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis." *Gastroenterology* 127.5 (2004): 1592-1622.
30. Quigley, Eamonn MM, William L. Hasler, and Henry P. Parkman. "AGA technical review on nausea and vomiting." *Gastroenterology* 120.1 (2001): 263-286.

31. Drossman, D. A., et al. AGA Technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002; 123: 2108–2131.
32. Delvaux, Michel, Philippe Denis, and Hubert Allemand. "Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry." *European journal of gastroenterology & hepatology* 9.4 (1997): 345-352.
33. Leroi, A. M., et al. "Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract." *International journal of colorectal disease* 10.4 (1995): 200-206.
34. Mayer, Emeran A., et al. "V. Stress and irritable bowel syndrome." *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology* 280.4 (2001): G519-G524.
35. Creed F, Craig T, Farmer R: Functional abdominal pain, psychiatric illness, and life events. *Gut* 1988; 29:235–242
36. Lydiard, R. Bruce. "Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links?." *Journal of Clinical Psychiatry* (2001).
37. Wessely, Simon, Chaichana Nimnuan, and Michael Sharpe. "Functional somatic syndromes: one or many?." *The Lancet* 354.9182 (1999): 936-939.
38. Levy, Rona L., et al. "Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders." *Gastroenterology* 130.5 (2006): 1447-1458.
39. Toner BB, Garfinkel PE, Jeejeebhoy KN: Psychological factors in irritable bowel syndrome. *Can J Psychiatry* 1990; 35:158–161
40. Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, et al: Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993; 34:229–234
41. Walker, Edward A., Peter P. Roy-Byrne, and Wayne J. Katon. "Irritable bowel syndrome and psychiatric illness." *The American journal of psychiatry* 147.5 (1990): 565.
42. Naliboff BD, Derbyshire SW, Munakata J, et al: Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med* 2001; 63:365– 375
43. Mertz H, Morgan V, Tanner G, et al: Regional cerebral activation in irritable bowel syndrome and control subjects with painful and non-painful rectal distention. *Gastroenterology* 2000; 118:842– 848
44. Jones, J., et al. "British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome." *Gut* 47.suppl 2 (2000): ii1-ii19.
45. Jackson, Jeffrey L., et al. "Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis." *The American journal of medicine* 108.1 (2000): 65-72.
46. Sperber, A. D., and D. A. Drossman. "Review article: the functional abdominal pain syndrome." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 33.5 (2011): 514-524.

47. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. In: Drossman DA, Talley NJ, Thompson WG, Corazziari E, Whitehead WE, eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology and treatment; A multinational consensus. McLean, VA: Degnon and Associates, 2000 (in press).
48. Locke, G. Richard, et al. "Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study." *The American journal of gastroenterology* 99.2 (2004): 350-357.
49. Whitehead, William E., Olafur Palsson, and Kenneth R. Jones. "Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications?." *Gastroenterology* 122.4 (2002): 1140-1156.
50. American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:: DSM-5*. ManMag.
51. Kellner, Robert. "Somatization: theories and research." *The Journal of nervous and mental disease* 178.3 (1990): 150-160.
52. Lipowski, Zbigniew J. "Somatization and depression." *Psychosomatics* 31.1 (1990): 13-21.
53. Stoudemire, Alan. "Somatothymia: parts I and II." *Psychosomatics* 32.4 (1991): 365-381.
54. Dereboy, F. "Aleksitimi: Bir gözden geçirme." *Türk Psikiyatri Dergisi* 1.3 (1990): 157-165.
55. Lundh, Lars-Gunnar, and Margareta Simonsson-Sarnecki. "Alexithymia, emotion, and somatic complaints." *Journal of Personality* 69.3 (2001): 483-510.
56. Nemiah, John C., and Peter E. Sifneos. "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders." *Modern trends in psychosomatic medicine* 2 (1970): 26-34..
57. Sifneos, Peter E. "Alexithymia: past and present." *The American journal of psychiatry* 153.7 (1996): 137.
58. Motan İ, Gençöz T Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri 2007; 18(4): 333-343
59. Mc Dougall, J.(1982).; Alexithymia; A Psychoanalytic Viewpoint, *Psychotherapy Psychosomatics*. 38,81-90.
60. Taylor, Graeme J., R. Michael Bagby, and James DA Parker. "The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine." *Psychosomatics* 32.2 (1991): 153-164.
61. Sifneos, 1977 Sifneos, Peter E., Roberta Apfel-Savitz, and Fred H. Frankel. "The phenomenon of 'alexithymia'." *Psychotherapy and Psychosomatics* 28.1-4 (1977): 47-57.

62. Krystal, 1979, Krystal, Henry. "Alexithymia and psychotherapy." *American journal of psychotherapy* (1979)
63. Lesser IM (1981) A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, (6): 531-54 Lesser, I.M., A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 1981. 43(6): p. 531-543.
64. Sifneos, P. E. "Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity." *Psychiatric Clinics of North America* (1988).
65. Lesser, Ira M. "Current concepts in psychiatry: Alexithymia." *The New England journal of medicine* (1985).
66. McDougall, Joyce. "The psychosoma and the psychoanalytic process." *International Review of Psycho-Analysis* 1.4 (1974): 437-460.
67. Vorst, Harrie CM, and Bob Bermond. "Validity and reliability of the Bermond–Vorst alexithymia questionnaire." *Personality and individual differences* 30.3 (2001): 413-434.
68. Porcelli, Piero, Massimo De Carne, and Gioacchino Leandro. "Alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome." *Comprehensive psychiatry* 55.7 (2014): 1647-1653.
69. Taymur, İbrahim, et al. "İrritabl Barsak Sendromlu Hastaların Aleksitimi, Mizaç, Karakter Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı Açısından Değerlendirilmesi." *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 17.4 (2007).
70. Porcelli, Piero, et al. "Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology." *General hospital psychiatry* 35.5 (2013): 521-527.
71. Bowlby, J (1979). *The Making and Breaking of Affectional bonds*: London: Tavistock
72. Hazan, C. and P. Shaver, Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 1987. 52(3): p. 511.
73. The origins of attachment theory: john bowlby and mary ainsworth inge bretherton reference: *developmental psychology* (1992), 28, 759-775.
74. Ainsworth, M.D., Blehar, M, Waters, E, & Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, p.282
75. Main M., Solomon J. (1986) Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In Brazelton T., Youngman M., *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood, NJ
76. Ainsworth, M. D.; Bell, S. M. (1970). "Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation". *Child Development*-Sroufe, A.; Waters, E. (1977). "Attachment as an Organizational Construct". *Child Development* 48: 1184–1199.

77. Sroufe, L. Alan, and Everett Waters. "Attachment as an organizational construct." *Child development* (1977): 1184-1199.
78. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss.* Vol. 2. Separation. New York:Basic Books.204
79. Lyons-Ruth, Karlen, et al. "Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal." *Attachment & human development* 15.5-6 (2013): 562-582.
80. Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.81. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 1989;8(3):343-61.
81. Kaplan, N., & Main, M. (1985, April). Internal representations of attachment at six years as indicated by family drawings and verbal responses to imagined separations. In M. Main (Chair), *Attachment: A move to the level of representation*. Symposium conducted at the meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto, Ontario, Canada.
82. Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, Serial No. 209), 3-35.
83. Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Developmental history, personality, and family relationships: Toward an emergent family system. In R. A.Hinde & J. Stevenson Hinde (Eds.), *Relationships within families*(pp. 193-217). Oxford, England: Clarendon Press.
84. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression.*New York: Basic Books.
85. Ricks, M. (1985). The social transmission of parental behavior: Attachment across generations. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research*, Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 211-230.
86. Shaver, P. and C. Rubenstein, *Childhood attachment experience and adult loneliness.* Review of personality and social psychology, 1980. 1: p. 42-73.
87. Hazan, C. and P.R. Shaver, *Attachment as an organizational framework for research on close relationships.* *Psychological Inquiry*, 1994. 5(1): p. 1-22
88. Bartholomew, K. and L.M. Horowitz, *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model.* *Journal of personality and social psychology*, 1991. 61(2): p. 226.
89. Oktay, Burcu, and Ayşegül Durak Batıgün. "Aleksitimi: Bağlanma, Benlik Algısı, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke." *Haziran* 2014, 17 (33), 31-40
90. Horowitz, L. M., Wright, J. C., Lowenstein, E., & Parad, H. W. (1981).The prototype as a construct in abnormal psychology: 1. A method for deriving prototypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90. 568-574.
91. Collins, N.L. and B.C. Feeney, *Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies.* *Journal of personality and social psychology*, 2004. 87(3): p. 363.

92. Mikulincer, M., Nachshon, Orna, Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991. 61(2): p. 321.
93. Stoudemire, Alan. "Somatothymia: parts I and II." *Psychosomatics* 32.4 (1991): 365-381.
94. Jones, Michael P., et al. "A multidimensional model of psychobiological interactions in functional dyspepsia: a structural equation modelling approach." *Gut* 62.11 (2013): 1573-1580.
95. Whitehead WE, Crowell MD, Heller BR, et al: Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness-behavior. *Psychosom Med* 1994; 56:541–550
96. Patel, P., et al. "Irritable bowel syndrome is significantly associated with somatisation in 840 patients, which may drive bloating." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 41.5 (2015): 449-458.
97. Hunter, J. J., ve Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23, 177–182
98. Taylor,R.E,Mann,A.H. ;White,N.J.;Goldberg,D.P. (2000)Attachment style in patients with unexplained physical complaints.*Pscychol Med.* ;30(4):931-41.
99. Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E. ve ark. (2001). The patient provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 158, 29–35.
100. Meredith,P.; Ownsworth,T., Strong,J. (2008) A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review* 28 (2008) 407–429
101. Maunder, R. G., Lancee, W. J., Greenberg, G. R., ve ark.(2000) Insecure attachment in a subgroup with ulcerative colitis defined by ANCA status. *Digestive Diseases and Sciences*, 45, 2127–2132.
102. Agostini, Alessandro, et al. "Adult attachment and early parental experiences in patients with Crohn's disease." *Psychosomatics* 51.3 (2010): 208-215.
103. Brennan, K.A., C.L. Clark, and P.R. Shaver, Self-report measurement of adult attachment. *Attachment theory and close relationships*, 1998: p. 46-76.
104. Sümer, N. and D. Güngör, Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1999. 14(43): p. 71-106.
105. Sümer, N., Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2006. 21(57): p. 1-22.

106. Bagby, R.M., J.D. Parker, and G.J. Taylor, The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 1994. 38(1): p. 23-32.
- 107 Sayar, K., Güleç, H, Ak, I, Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. , in 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı 02-06 Ekim 2001: İstanbul. p. 130.
108. Zigmond, Anthony S., and R. Philip Snaith. "The hospital anxiety and depression scale." *Acta psychiatr scand* 67.6 (1983): 361-370.
109. Aydemir, Ömer, et al. "Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği." *Türk Psikiyatri Dergisi* 8.4 (1997): 280-7.
110. Chang, L. "Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 20.s7 (2004): 31-39.
111. Mayer, E. A., et al. "Review article: gender-related differences in functional gastrointestinal disorders." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 13.s2 (1999): 65-69.
- 112 Chang, Lin, et al. "Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders." *Gastroenterology* 130.5 (2006): 1435-1446.
113. Drossman, Douglas A., et al. "US householder survey of functional gastrointestinal disorders." *Digestive diseases and sciences* 38.9 (1993): 1569-1580.
114. Howell, Stuart, et al. "The irritable bowel syndrome has origins in the childhood socioeconomic environment." *The American journal of gastroenterology* 99.8 (2004): 1572-1578.
115. Grodzinsky, Ewa, et al. "Could gastrointestinal disorders differ in two close but divergent social environments." *Int J Health Geogr* 11.1 (2012): 5.
116. Ağargün, Mehmet Yücel, et al. "İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Anksiyete ve Mizaç Bozuklukları." *Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology* 6.3 (1995): 188-191.
117. Mak, A. D. P., et al. "Dyspepsia is strongly associated with major depression and generalised anxiety disorder-a community study." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 36.8 (2012): 800-810.
118. Chessick, R.D. (1995). *The Psychoanalytic Treatment of Ulcerative Colitis Revisited*. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatr.*, 23:243-261
119. Porcelli, Piero, et al. "Alexithymia and functional gastrointestinal disorders." *Psychotherapy and psychosomatics* 68.5 (1999): 263-269
120. Leweke, Frank, et al. "Is alexithymia associated with specific mental disorders." *Psychopathology* 45.1 (2012): 22-28.
121. Batıgün, Ayşegül Durak, and Ayda Büyükşahin. "Aleksitimi: Psikolojik belirtiler ve bağlanma stilleri." *Klinik Psikiyatri Dergisi* 11.3 (2008): 105-114.

122. Ben-Israel, Yuval, et al. "Possible Involvement of Avoidant Attachment Style in the Relations Between Adult IBS and Reported Separation Anxiety in Childhood." *Stress and Health* (2015).
123. Garma, A. (1960). Symposium on Disturbances of the Digestive Tract—I. the Unconscious Images in the Genesis of Peptic Ulcer. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:444-449
- 124 Jones, Michael P., et al. "Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia." *Psychosomatics* 45.6 (2004): 508-516.
- 125 Arun, Priti. "Alexithymia in irritable bowel syndrome." *Indian journal of psychiatry* 40.1 (1998): 79.
126. Mazaheri, Mina, et al. "Alexithymia and functional gastrointestinal disorders (FGID)." *Med Arh* 66.1 (2012): 28-32.
127. Canavan, Caroline, Joe West, and Timothy Card. "The epidemiology of irritable bowel syndrome." *Clinical epidemiology* 6 (2014): 71.
128. Andrews, E. B., et al. "Prevalence and demographics of irritable bowel syndrome: results from a large web-based survey." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 22.10 (2005): 935-942.
129. Porcelli, Piero, et al. "Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders." *Psychosomatic Medicine* 65.5 (2003): 911-918.
130. Parkes, Gareth C., et al. "Gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome: their role in its pathogenesis and treatment." *The American journal of gastroenterology* 103.6 (2008): 1557-1567.
131. Crowell, Michael D., and Sarah B. Wessinger. "5-HT and the brain-gut axis: opportunities for pharmacologic intervention." (2007): 761-765.

8.EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Tarih:				İşten ayrılmış	4	
FGİH:	Var	1	Yok	2	Emekli	5
FGİH varsa Tanı:				Malulen emekli	6	
Ad – Soyad :				Halen çalışıyor	7	
Protokol No:				Halen çalışıyorsa ne iş yaptığı:		
Adres ve telefon:				İşçi	1	
Yaş:				Memur	2	
Doğum Yeri:				Serbest meslek	3	
Cinsiyet:		Kadın		Gelir durumunuz nedir?		
1				0-1000 TL	1	
	Erkek	2		1000-2000 TL	2	
Medeni Durumu:	Evli			2000-4000 TL	3	
1				4000 ve üzeri	4	
Dul	2			Aynı bütçeden geçinen kişi sayısı :		
Ayrı yaşıyor	3			Diğer (yazınız):.....		
Boşanmış	4			Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?		
Hiç evlenmemiş	5			Sigara	1	
Çocuk Sayısı:				Alkol	2	
Aile Tipi:				Madde	3	
Çekirdek aile	1			Hiçbiri	4	
Geniş aile	2			Hepsi	5	
Parçalanmış Aile	3			Mide- barsak şikayetinin süresi (yıl olarak) :		
Eğitim durumu:					
Okuryazar	1			FGİH hastalığınızın başlangıç yaşı?		
İlkokul	2			0-12 yaş	1	
Ortaokul	3			12-18 yaş	2	
Lise	4			19-45 yaş	3	
Y.okul-Üniv.	5			46-64 yaş	4	
Çalışma durumu:				Sosyal ortamlarda etkilenme derecesi?		
Hiç çalışmamış	1					
Öğrenci	2					
Aralıklı çalışmış	3					

Hiç 1

Hafif 2

Orta 3

Ağır 4

Oldukça 5

Bilinen fiziksel rahatsızlığınız var mı?

Var 1

Yok 2

Varsa

yazınız.....

.....

Bilinen bedensel hastalık süresi:

Her gün düzenli kullandığınız ilaç var mı?

Var 1

Yok 2

Varsa

yazınız.....

Şu anda tedavi gördüğünüz bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet 1

Hayır 2

Varsa tanıyı

yazınız.....

Geçmişte tedavi gördüğünüz herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse tanıyı

yazınız.....

.....

Geçmişte kullandığınız psikiyatrik herhangi bir ilaç var mı ?

Evet 1

Hayır 2

Evetse isimlerini

yazınız.....

.....

Ailede bedensel hastalık :

Var 1

Yok 2

Varsa belirtiniz.....

Ailede mide-barsak hastalığı :

Var 1

Yok 2

Varsa belirtiniz.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı ?

Var 1

Yok 2

Varsa belirtiniz.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan varsa kim ?

.....

Yetişme Ortamı

Çekirdek aile 1

Geniş aile 2

Diğerleri 3

Anne-Babanız

Boşanmış 1

Evli 2

Boşanmışlarsa siz kaç yaşındayken

.....

Anne-Baba kaybı var mı?

Var 1

Yok 2

**Varsa Kim/kimler, kaç yaşındaydınız
ve nedeni?**

.....

Çocukken sizi büyüten kişi?

Anne 1

Baba 2

**Anne/Baba dışında büyüten kişi varsa
kim ve kaç yaşına kadar?**

.....

Kaç ay anne sütü aldınız?

EK 2. YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ANKETİ

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

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

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

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

Hiç
katılmıyorum

Kararsızım/
fikrim yok

Tamamen
katılıyorum

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

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

EK 3. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

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

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

EK 4. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADS)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç

günüünüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki

kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu

olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendirmiyor.

Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek