

**T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**



**FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA SOMATİZASYONUN,  
ZİHİNSELLEŞTİRMEİNİN VE TEMEL DUYGULANIM  
ÖZELLİKLERİNİN ROLÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İREM HAVLE**

**İSTANBUL, 2023**

T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI



FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA SOMATİZASYONUN,  
ZİHİNSELLEŞTİRMEİNİN VE TEMEL DUYGULANIM  
ÖZELLİKLERİNİN ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İREM HAVLE

İSTANBUL, 2023

## KABUL VE ONAY

**İREM HAVLE** tarafından hazırlanan “**Fibromiyalji Sendromunda Somatizasyonun, Zihinselleştirmenin Ve Temel Duygulanım Özelliklerinin Rolü**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 27.07.2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Tubanur BAYRAM  
KUZGUN

(İstanbul Arel Üniversitesi)

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Betül ÇETİNTULUM  
HUYUT

(İstanbul Arel Üniversitesi)

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ece Naz ERMIŞ

(İstanbul Kültür Üniversitesi)

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
..... tarih ve ..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

## **YEMİN METNİ**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Fibromiyalji Sendromunda Somatizasyonun, Zihinselleştirmenin Ve Temel Duygulanım Özelliklerinin Rolü**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

27.07.2023

İREM HAVLE

## ÖZET

**FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA SOMATİZASYONUN,  
ZİHİNSELLEŞTİRMENİN VE TEMEL DUYGULANIM ÖZELLİKLERİNİN  
ROLÜ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
İREM HAVLE  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ  
(DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ TUBANUR BAYRAM KUZGUN)**

**İSTANBUL, 2023**

Bu araştırmada fibromiyalji sendromunda somatizasyon düzeylerinin, zihinselleştirme kapasitesinin ve temel duygulanım özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla 110 fibromiyalji grubu ve 104 kontrol grubu olmak üzere toplam 214 kişi çalışmaya katılarak Sosyo-demografik Veri Formu, Belirti Tarama Listesi Somatizasyon Alt Boyutu (SCL-90), Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (RFQ-54) ve Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ) ölçeklerini yanıtlamıştır. Sonuçlara göre fibromiyalji grubu kontrol grubuna kıyasla daha yüksek düzeyde somatizasyon bildirmiştir. Fibromiyalji grubu, zihinselleştirmenin alt boyutu olan belirsizlik boyutu ve olumsuz temel duygulanımların tamamında kontrol grubundan yüksek puanlar bildirirken olumlu temel duygulanımlar olan merak ve oyun için daha düşük puanlar bildirmiştir. Yapılan regresyon analizlerinde bu faktörlerin fibromiyalji tanısını yordamak için etkili olabilceği görülmüştür. Elde edilen sonuçlar literatür kapsamında tartışılmış ve klinik açıdan önemine değinilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Fibromiyalji, Somatizasyon, Zihinselleştirme, Afektif Sinirbilim

## **ABSTRACT**

### **THE ROLE OF SOMATIZATION, MENTALIZATION AND BASIC AFFECTIVE FEATURES IN FIBROMYALGIA SYNDROME**

**MSC THESIS**

**İREM HAVLE**

**GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY**

**DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY**

**CLINICAL PSYCHOLOGY**

**(SUPERVISOR: DR. ÖĞR. ÜYESİ TUBANUR BAYRAM KUZGUN)**

**İSTANBUL, 2023**

The aim of the study was to explore the role of somatization levels, mentalization capacity and basic affective features in fibromyalgia syndrome. For this purpose, a total of 214 adults participated, 110 in the fibromyalgia group and 104 in the control group, on a number of measures including the Socio-demographic Information Form, Symptom Checklist Somatization Somatization sub-dimension (SCL-90), Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-54) and Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS). According to the results, the fibromyalgia group reported higher levels of somatization compared to the control group. While the fibromyalgia group reported higher scores than the control group in the uncertainty dimension of mentalization and all of the sub-dimension of negative basic affective features and they reported lower scores for the positive basic features including seek and play. Regression analyzes showed that these factors may be effective in predicting the diagnosis of fibromyalgia. The results obtained are discussed within the scope of the literature and their clinical importance is mentioned.

**Key Words:** Fibromyalgia, Somatization, Mentalization, Affective Neuroscience

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>viii</b>
<b>1 GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemin Tanımı.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı .....	2
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.4 Araştırmanın Alt Problemleri.....	3
1.5 Araştırmanın Önemi .....	3
1.6 Sayıtlar .....	4
1.7 Sınırlılıklar .....	5
1.8 Çalışma Planı .....	5
<b>2 KURAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>7</b>
2.1 Fibromiyalji Sendromu .....	7
2.1.1 Fibromiyalji Sendromunun Tarihçesi .....	7
2.1.2 Klinik Bulgular ve Tanı Kriterleri.....	8
2.1.3 Fibromiyalji Sendromunun Epidemiyolojisi.....	10
2.1.4 Fibromiyalji Sendromunun Etiyolojisi.....	11
2.1.5 Risk Faktörleri ve Komorbidite .....	12
2.2 Somatizasyon .....	13
2.2.1 Kavramın Tarihsel Gelişimi.....	14
2.2.2 Tanısal Kriterler .....	15
2.2.3 Somatizasyonun Etiyolojisi.....	16
2.2.3.1 Genetik Faktörler .....	16
2.2.3.2 Biyolojik Faktörler.....	17
2.2.3.3 Psikolojik Faktörler.....	17
2.2.3.3.1 Bilişsel Faktörler .....	17
2.2.3.3.2 Davranışsal Faktörler.....	17
2.2.3.3.3 Duygusal Faktörler .....	18
2.3 Zihinselleştirme.....	19
2.3.1 Gelişimsel Perspektif .....	19
2.3.2 Zihinselleştirmenin Boyutları.....	21
2.3.3 Şemsiye Kavram Olarak Zihinselleştirme .....	22
2.3.4 Zihinselleştirme ve Somatizasyon İlişkisi.....	24
2.4 Afektif Sinirbilim Kuramı.....	24
2.4.1 Temel Duygu Sistemleri .....	27
2.4.1.1 Arayış Sistemi.....	27
2.4.1.2 Öfke Sistemi .....	28
2.4.1.3 Korku Sistemi .....	28
2.4.1.4 Arzu Sistemi .....	28
2.4.1.5 Bakım Sistemi.....	29

2.4.1.6	Panik Sistemi .....	30
2.4.1.7	Oyun Sistemi.....	30
<b>3</b>	<b>YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
3.1	Araştırma Modeli .....	32
3.2	Araştırmanın Örnekleme.....	32
3.3	Veri Toplama Araçları .....	33
3.3.1	Sosyo-demografik Veri Formu .....	33
3.3.2	Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) (Somatizasyon Ölçeği).....	33
3.3.3	Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (RFQ-54) .....	33
3.3.4	Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ).....	34
3.4	İşlem.....	35
3.5	Verilerin Analizi.....	35
<b>4</b>	<b>BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
4.1	Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri.....	37
4.2	Normal Dağılım Analizleri .....	37
4.3	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular .....	38
4.4	Fibromiyalji Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	40
4.5	Fibromiyalji Tanı Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	43
4.6	Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi .....	45
4.7	Fibromiyalji Tanısı Olasılığının Tahmin Edilmesine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	48
4.8	Somatizasyon Puanlarının Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	49
<b>5</b>	<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>52</b>
5.1	Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi.....	52
5.2	Fibromiyalji ve Kontrol Grubu Arasındaki Farkların Değerlendirilmesi ..	53
5.3	Fibromiyalji Sendromu Tanı Süresi ile İlişkili Bulguların Değerlendirilmesi .....	58
5.4	Temel Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi .....	59
5.5	Regresyon Analizleri Bulgularının Değerlendirilmesi.....	59
<b>6</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>61</b>
6.1	Sonuçlar.....	61
6.2	Öneriler .....	61
6.3	Kısıtlılıklar .....	62
<b>7</b>	<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>63</b>
<b>8</b>	<b>EKLER.....</b>	<b>78</b>
Ek 1:	Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	78
Ek 2:	Demografik Bilgi Formu .....	79
Ek 3:	Belirti Tarama Listesi (Somatizasyon Ölçeği) .....	80
Ek 4:	Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği – (RFQ-54).....	81
Ek 5:	Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ) .....	85
Ek 6:	Etik Kurul Kararı .....	94
<b>9</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>95</b>



## ŞEKİL LİSTESİ

### Sayfa

- Şekil 2.1** Fibromiyalji Sendromunda Hassas Noktalar (Bellatto ve diğeri, 2012) .. 9  
**Şekil 2.2** Beyinde Duygusal Sistemlerin Seviyeleri (Panksepp, 2010) ..... 26

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa

<b>Tablo 4.1</b> Ölçeklerin Cronbach-alfa Değerleri.....	37
<b>Tablo 4.2</b> Değişkenlerin Betimsel İstatistikleri.....	38
<b>Tablo 4.3</b> Fibromiyalji Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Bulgular	38
<b>Tablo 4.4</b> Fibromiyalji ve Kontrol Grubunun SÖ, YİÖ, ASKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.5</b> Fibromiyalji Tanı Süresine Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması Tek Yönlü Anova Sonuçları.....	43
<b>Tablo 4.6</b> Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	46
<b>Tablo 4.7</b> Fibromiyalji Tanı Olasılığı Tahmin Eden Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	49
<b>Tablo 4.8</b> Somatizasyon Puanlarının Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	51

## KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
- ICD** : International Classification of Diseases- Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
- FMS** : Fibromiyalji Sendromu
- SŞ** : Semptom Şiddeti İndeksi
- YAI** : Yaygın Ağrı İndeksi
- ACR** : America College of Rheumatology - Amerikan Romatoloji Koleji
- SCL-90** : Belirti Tarama Listesi
- YİÖ** : Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği
- ASKÖ** : Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans sürecimin gerek ders aşamasında gerekse de zorlu tez aşamasında desteğini ve anlayışını esirgemeyen, akademik bilgisiyle yol göstericim olan sevgili danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tubanur BAYRAM KUZGUN' a en içten teşekkürlerimi sunarım. Tezimin çerçevesinin belirlenmesi aşamasında değerli bilgilerini paylaşan, dersleriyle mesleki gelişimime katkı sağlayan sevgili hocam Prof. Dr. Defne TAMAR GÜROL'a teşekkürü borç bilirim.

Beni ben yapan her şeyi borçlu olduğum, eğitimim için her türlü fedakarlığı gösteren annem Serpil HAVLE, babam Mehmet Ali HAVLE ve kardeşim Ecem HAVLE başta olmak üzere tüm aileme minnettarım. Lisans hayatımın başından beri yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili meslektaşlarım Ceylan, Feyza, Kesire ve Merve'ye çok teşekkür ediyorum. Varlığıyla güç veren ve her zaman destekçim olan yoldaşım Tugay'a tüm sevgisi için teşekkür ederim. Hayatımın en karanlık günlerinde bana bir ışık olan, saf sevgiyi her an deneyimleme fırsatı sunan, bütün güzel huylarıyla hayatımın en tatlı eşlikçisi sevgili kedim Vişne, bana yaşama gücü veriyorsun, iyi ki varsın.

Son teşekkürüm artık aramızda olmayanlar için. Yüksek lisans sürecinde kaybettiğim anneannem Suat ve teyzem Nurhan'ı büyük bir özlemlerle anıyorum. Bana armağan ettiği harika çocukluğuma teşekkür olarak bu tezi teyzem Nurhan'a ithaf ediyorum. Son olarak 6 Şubat depremlerinde kaybettiğimiz tüm canlarımızı anıyorum ve artık her ayrıntısını zihnimizde yaşamak zorunda olduğumuz, geçmişimiz, anılarımız, hayallerimiz olan canım memleketim Antakya'ya bir gün yeniden kavuşmayı hayal ediyorum.

27.07.2023

**İREM HAVLE**

# 1 GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı

Fibromiyalji sendromu kronik ve yaygın ağrı ile giden, kişinin günlük işlevlerini etkileyen, sebebi organik hasarla açıklanamayan bir klinik olgudur (Clauw, 2009). Hassas bağırsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu gibi bedensel kaynakları tam olarak açıklanamayan somatik sendromlar arasında yer almaktadır ve bu bakımdan psikolojik faktörlerin incelenmesi elzem hale gelmektedir. Bu tip olguları çok faktörlü olarak ele almak ve biyopsikososyal perspektiften incelemek hem onları oluşturan sebepleri anlamak için hem de klinik müdahaleleri şekillendirebilmek adına kritik öneme sahiptir. Psikojenik ve somatojenik faktörlerin bağımsız değerlendirildiği geleneksel yaklaşım özellikle kronik ağrı gibi bir olguyu ele almak için yetersizdir (Turk ve Adams, 2016). Biyopsikososyal modelin, temel önermesi olan zihin-bedenin karşılıklı etkileşimini vurgulamasıyla fibromiyalji sendromu ve ilişkili faktörleri incelerken ana yaklaşım olması hedeflenmektedir.

Somatizasyon, organik sebeple açıklanamayan bedensel hastalıkların temelinde yer alan bir iletişim biçimidir (Lipowski, 1987). Dile gelmeyen duyguların bedende ortaya çıkardığı semptomlar tarih boyunca merak konusu olmuş ve açıklanmaya çalışılmıştır. Somatizasyonun etiyolojisinde yer alan psikolojik faktörler zihinselleştirmenin gelişimi ile büyük örtüşmeler yaşamaktadır. Somatizasyon ve zihinselleştirme konuları bedensel durumları değerlendirebilme, duyguları tanıma ve ifade etme becerisi gibi özellikler bakımından araştırmalara konu olmuştur.

Zihinselleştirme, kişinin kendinin ve başkalarının zihinsel durumlarını anlayabilme becerisi olup kişinin dünyayla ve diğerleriyle kurduğu ilişki için çok önemli bir kavramdır (Luyten ve Fonagy, 2015). Doğumdan itibaren bakımverenle kurulan ilişki zihinselleştirmenin gelişimi için kritik önem arz etmektedir. Zihinselleştirmeye ilgili araştırmalar yaygın gelişimsel bozukluklar ve kişilik bozukluklarını ele alacak şekilde yoğunlaşmış olsa da somatoform bozukluklar ve fibromiyalji sendromu ile ilişkisi de araştırmalara konu olmuştur (Fonagy ve Bateman, 2007; Frith, 2001). Bu araştırmalar bağlanma stilleri ve zihinselleştirmedeki

eksikliklerle yüksek somatizasyon düzeylerinin ve fibromiyalji sendromunun ilişkili olabileceğini göstermeleri açısından önemlidir (Ayhan ve diğerleri, 2021; Subic-Warna, 2010; Schöenberg ve diğerleri: 2014). Buna rağmen bu konudaki çalışmaların sayısı özellikle ülkemizde yetersiz sayıdadır.

Afektif sinirbilim kuramı, davranışın anlaşılabilmesi için duygusal sistemlerin anlaşılması gerektiğini öne süren ve bu duygu sistemlerinin evrimsel bir gelişim ile insanlardaki mevcut haline ulaştığını öne süren bir teoridir. Buna göre temel duygulanım sistemleri memeliler tarafından paylaşılmaktadır ve aynı nöral mekanizmaların üstüne kuruludur (Panksepp ve Watt, 2011). Temel duygulanım sistemlerinin nöroanatomisini, işleyiş mekanizmasını ve nörokimyasal ajanlarını ampirik kanıtlara dayalı olarak sunan kuram, primer duyguların anlaşılabilmesi için evrimsel açıdan eski beyin bölgelerinin incelenmesi gerektiğini işaret etmiştir. Bu kuram ışığında temel duygulanım özelliklerindeki kişisel farklılıkları ölçmek üzere “Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği” geliştirilmiştir (Davis, Panksepp ve Nomansel, 2003). Literatür incelendiğinde fibromiyalji sendromunun duygular ve kişilik yönünden incelendiği çalışmalar mevcuttur (Van Middendorp, 2008; Borg ve diğerleri, 2018; Malin ve Littlejohn, 2012). Ancak afektif sinirbilim kişilik boyutlarına göre değerlendirme yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada fibromiyalji sendromunda somatizasyon düzeylerinin, zihinselleştirme kapasitesinin ve temel duygulanım özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla fibromiyalji grubu ve kontrol grubu arasındaki farklar araştırılarak fibromiyalji grubuyla ilgili klinik açıdan önemli olabilecek bulgulara ulaşılması beklenmektedir.

## **1.3 Araştırmanın Hipotezleri**

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanabilir:

H1: Fibromiyalji grubunun somatizasyon puanları kontrol grubu puanlarından anlamlı şekilde yüksektir.

H2: Fibromiyalji grubunun zihinselleştirme kapasitesi kontrol grubundan anlamlı şekilde düşüktür.

H3: Fibromiyalji grubunun pozitif temel duygulanım puanları (merak, bakım, oyun) kontrol grubu puanlarından anlamlı şekilde düşüktür.

H4: Fibromiyalji grubunun negatif temel duygulanım puanları (korku, öfke, üzüntü) kontrol grubunun puanlarından anlamlı şekilde yüksektir.

H5: Araştırmanın temel değişkenleri fibromiyalji tanısı olasılığını yordamaktadır.

#### **1.4 Araştırmanın Alt Problemleri**

1. Fibromiyalji grubu ve kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler bakımından farklılaşma var mıdır?
2. Fibromiyalji tanı süresine göre ölçek puanlarında farklılaşma var mıdır?
3. Araştırmanın temel değişkenleri arasındaki ilişkiler ne yönde ve ne derecededir?

#### **1.5 Araştırmanın Önemi**

Fibromiyalji sendromu, kişinin hayatının akışını olumsuz yönde etkileyen, işlevselliğini bozan ve kronik ağrı ile etkili şekilde baş etmesini gerektiren bir durumdur. Araştırmalar fibromiyalji sendromunda etkili ve geçerli bir tedavi planı oluşturmanın zorluklarından bahsetmekte olup vakaların %50'sinden azında somatik semptomlarda tam iyileşme, %30'undan azında ise 3 sene içerisinde iyileşme olduğunu bildirmektedir (Gomez-de-Regil ve Estrella-Castillo, 2020). Farmakolojik tedaviyle eş zamanlı yürütülen psikoterapilerin hem fiziksel hem psikolojik semptomların azalmasında yardımcı olduğu bildirilmektedir. Bu açıdan fibromiyalji sendromu ile ilişkili psikososyal faktörlerin tespit edilmesi önem arz etmektedir.

İyi bir zihinselleştirme kapasitesi duygu regülasyonu seviyesini, duygusal ve fiziksel farkındalığı beraberinde getirmektedir. Fibromiyalji sendromu gibi kronik ağrılı durumlarda bu becerilerin varlığı semptomlarla mücadele için önemlidir. Çalışmada fibromiyalji sendromunda zihinselleştirmedeki bozulmaların meydana

gelip gelmediğinin araştırılması bu açıdan kritik öneme sahiptir. Bozulmanın olup olmadığını, eğer varsa hangi şekilde olduğunu anlamak klinik müdahaleyi geliştirmek açısından yol gösterici olacaktır.

Fibromiyaljinin duygularla ilişkisini gösteren çalışmalar literatürde nispeten azdır. Daha çok duygu regülasyonu gibi bilişsel faktörlere odaklanan çalışmalar tespit edilmiştir. Afektif sinirbilim kuramının önerdiği temel duygulanım özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Araştırma bu yönden bir ilk olma özelliği taşıyacaktır.

Zihinselleştirme ve afektif sinirbilim kuramının insan zihnini çok boyutlu olarak inceleme şekli dikkat çekmektedir. Bu kuramlar ayrıca klinik açıdan yol gösterici temeller sunması açısından önemlidir. Fibromiyalji sendromu üzerine yoğunlaşan bu çalışmanın hipotezlerinin sağlanması durumunda klinik açıdan değerli sonuçlar elde edilmesi beklenmektedir. Zihinselleştirme temelli psikoterapilerde ise bireyi kişilerarası etkileşime açıklığını canlandırmak amacı üzerine çeşitli teröpatik yöntemler önerilmektedir (Allen ve Fonagy, 2014). Araştırmanın öngördüğü üzere fibromiyalji sendromu ile zihinselleştirme bozuklukları arasında bir ilişki tespit edilmesi halinde klinik olarak bu bulgular tartışılabilir.

Afektif sinirbilim duygu temelli bir psikoterapi modeli önermekte olup klinisyenler tarafından duyguların iyi anlaşılması gerektiğini dile getirir. Olumsuz duyguların, olumlu duygular bağlamında yeniden çerçeveleme ve yeniden bağlamsallaştırma yöntemlerini kullanarak çalışılabileceğini önermektedir (Panksepp, 2022). Bu çalışma, amacı tam olarak çeşitli bozukluklarda temel duygulanım özelliklerini daha iyi tahmin edebilmek olan “Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği”ni kullanarak bu özellikleri fibromiyalji sendromu için belirleyerek ilk katkıyı yapmayı hedeflemektedir.

## **1.6 Sayıtlar**

Bu araştırmada:

1. Veri toplama araçlarının ölçülmesi arzu edilen niteliği doğru şekilde ölçtüğü,
2. Örneklemin evreni temsil gücünün yüksek olduğu,



3. Katılımcıların ölçeklere samimi şekilde cevap vererek kendileriyle ilgili doğru bilgileri paylaştıkları,
4. Fibromiyalji grubu katılımcıların ilgili hekim tarafından kriterlerine uygun şekilde tanı aldığı varsayılmıştır.

### **1.7 Sınırlılıklar**

1. Bu araştırma 2022 yılının Kasım ve Aralık aylarında çalışmaya katılan 110 fibromiyalji grubu ve 104 kontrol grubu olmak üzere 214 kişi ile sınırlıdır.
2. Araştırma bulguları, “SCL-90 Somatizasyon Ölçeği”, “Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği” ve “Afektif Sinirbilim Ölçeği” enstrümanlarının ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
3. Verilerin büyük çoğunluğu çevrimiçi yollarla toplanmış olup araştırmanın sınırlılıklarındandır.

### **1.8 Çalışma Planı**

Bu araştırma toplam sekiz bölümde sunulmuştur. “Giriş” bölümünde araştırmanın problemi tanımlanmış, araştırmanın amacı, hipotezleri, alt problemleri, önemi, sayıltılar ve sınırlılıklar açıklanarak genel çerçeve sunulmuştur.

İkinci bölüm olan “Kuramsal Çerçeve” araştırmaya konu olan temel kuram ve kavramların literatür taraması yapılarak tanıtılmasını içermektedir. Söz konusu başlıklar fibromiyalji sendromu, somatizasyon, zihinselleştirme ve afektif sinirbilim kuramını kapsamaktadır.

Araştırmanın üçüncü bölümü, araştırma modelinin bilimsel çerçevesinin tanıtıldığı, örneklem, veri toplama araçları, yapılan işlemler ve verilerin istatistiksel analizi hakkında bilgiler içeren “Yöntem” bölümüdür.

Dördüncü bölüm olan “Bulgular” bölümünde, araştırmadan elde edilen verilerin uygun istatistiksel yöntemlerde değerlendirilmesinden oluşan bilimsel sonuçlar paylaşılmıştır. Söz konusu analizler, fibromiyalji grubu ve kontrol grubuna ait sosyodemeografik verilerin ve ölçek puanlarının değerlendirilmesini ve regresyon analizlerini içermektedir.

Araştırmanın beşinci bölümü olan “Tartışma” bölümünde, verilerin istatistiksel analizlerinden doğan bulgular literatür ışığında değerlendirilmiş ve tartışılmıştır.

Altıncı bölümde “Sonuç ve Öneriler” yer almakta olup bu bölümde araştırmanın sonuçları kısa ve net şekilde sunularak gelecek araştırmalar için öneriler sıralanmıştır.

Araştırmanın yedinci bölümünde tüm çalışma boyunca yararlanılan bilimsel kaynaklara yer verilmiş ve “Kaynaklar” bölümü oluşturulmuştur.

Sekizinci ve son bölümü, araştırmada kullanılan formlar, ölçekler ve etik kurul iznini içeren “Ekler” bölümüdür.

## 2 KURAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1 Fibromiyalji Sendromu

Fibromiyalji sendromu (FMS), genellikle kişinin günlük fonksiyonlarını etkileyen çok faktörlü ve karmaşık bir durumdur (Pinto ve diğerleri, 2023). Vücudun çeşitli bölgelerindeki hassasiyet ve yaygın ağrılar bu sendromun en öne çıkan semptomları olmakla birlikte uykuda ve bilişte bozulma, yorgunluk gibi durumlar da eşlik etmektedir (Wolfe ve diğerleri, 1990). Fibromiyalji sendromu, patolojik sebepler veya yapısal organik hasarlarla açıklanamayan ve bu yönüyle fonksiyonel somatik sendromlar arasında yer alan bir durumdur (Sarzi-Puttini ve diğerleri 2020; Henningsen ve diğerleri, 2018). Bu sendromun doğasında nesnel biyobelirteçlerin bulunmaması özellikle ağırlı bir deneyim de olması bakımından tanının belirlenmesi zorlaştırmakta ve konuda çeşitli fikir ayrılıkları yaratmaktadır (Giorgi ve diğerleri, 2022).

#### 2.1.1 Fibromiyalji Sendromunun Tarihçesi

Fibromiyalji sendromu, günümüz modern tanımlarına kavuşmadan çok uzun yıllar önce literatürde kas-iskelet sistemi ağrılarını tanımlamaya yönelik bir çaba vardı ve bu durumun 16. Yüzyıla kadar dayandığını söylemek mümkündür. Fransız Doktor Guillaume Baillou tarihte romatizma tanımını ilk kullanan kişi olmuş ve kas ağrılarını, romatizmal ateşi bu tanım yoluyla açıklamıştır (İnanıcı ve Yunus, 2004).

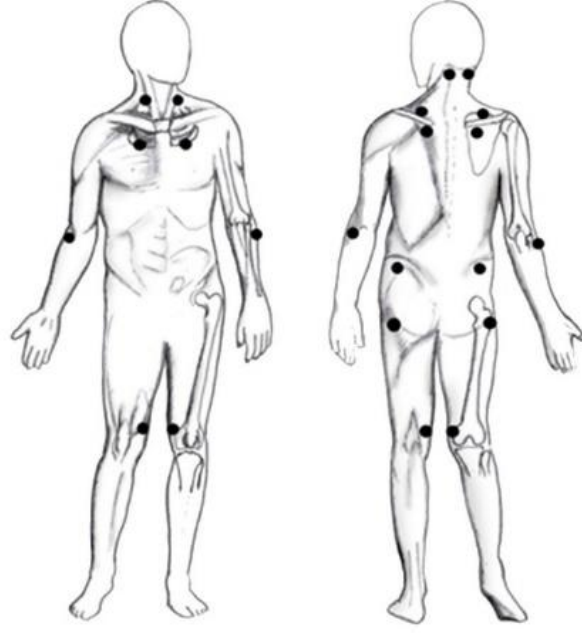
1800'lü yıllara gelindiğinde fibromiyalji benzeri semptomların literatürde çeşitli isimlerle anıldığını görebiliriz. William Balfour bu yıllarda yaptığı çalışmalarla, kas dokusundaki enflamasyonlar olarak nodülleri ve hassas noktaları tanımlamıştır (Thompson, 1990).

İlerleyen dönemde Nörolog Gowers, kas romatizmasının sebebinin kas dokudaki enflamasyonlar olduğunu öne sürmüş ve "fibrozit" kavramını 1904 yılında önermiştir (Özçetin, 2014). 1900'lü yıllar boyunca literatüre çeşitli kavramlar eklenmekle birlikte 1977 yılında Hench tarihte ilk kez fibromiyalji terimini kullandı (İnanıcı ve Yunus, 2004). Bu aşamadan sonra fibromiyaljinin modern anlamdaki yapısı anlaşılmaya başlanmış olup çalışmalar birbirini takip etmiştir. 1977 yılında

Smythe ve Moldofsky, fibrosit sendromunun temel özelliklerinin belirlenmesinde literatüre önemli katkılar sunmuşlardır. Bu sendromla bağlantılı buldukları kriterler arasında basınca duyarlı hassas noktalar ve dinlendirici olmayan uyku yer almaktadır (Wolfe ve Hauser, 2011). 1990 yılına gelindiğinde Amerikan Romatoloji Koleji tarafından fibromiyalji sendromu için tanı kriterleri belirlenmiştir (Sumpton ve Moulin, 2014). Bu çalışma, fibromiyalji sendromu tanınır bir klinik olgu haline gelmesini temin etmiş ve kronik ağrı kavramının oluşmasında öncü bir rol üstlenmiştir.

### **2.1.2 Klinik Bulgular ve Tanı Kriterleri**

Doğası gereği çok faktörlü ve karmaşık olan fibromiyalji sendromunun tanı kriterlerini belirlemede zaman boyunca çeşitli zorluklar yaşanmıştır. Vücuttaki hassas noktaların belirlenmesi ve bunlardan kaçınım varlığının tanı için yeterli olacağını belirlemek oldukça titiz çalışmalar gerektirmekteydi. Amerikan Romatoloji Koleji (ACR), 1990 yılında 22 romatoloğun gönüllü çalışması sonucunda tanı kriterlerini bilimsel bir düzlemde şekillendirmiştir (Wolfe, 2010). Bu kriterlere göre koşullardan biri yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı yakınmasının en az 3 aydır devam ediyor olmasıdır (Özçetin, 2014). Söz konusu yaygın ağrının vücudun hem sağ hem sol tarafında, bel bölgesinin hem üst hem alt tarafında olması gerekmektedir. Çalışmacılar tarafından tespit edilen 18 hassas noktanın 11'inde (%61), ağrının bulunması ise diğer bir koşuldur (Wolfe ve Hauser, 2011). Bu tanı kriterlerinin yayınlanması fibromiyalji sendromu açısından bir mihenk taşı olsa da hassas noktalardaki ağrının ölçeklendirilememesi, hekimlerin teşhis yöntemlerinde başkalıkların olması gibi sebeplerle tartışılmaya ve geliştirilmeye müsait duruma gelmiştir.



**Şekil 2.1** Fibromiyalji Sendromunda Hassas Noktalar (Bellatto ve diğerleri, 2012)

2010 yılına gelindiğinde ACR tanı kriterleri güncellenerek hassas noktaların muayenesi teşhis yönteminden çıkarılmış olup yaygın ağrı dışındaki belirtiler de kriterlere dahil edilmiştir (Özkan, 2017). Yaygın ağrı dışındaki belirtilerde uyku ve bilişteki bozulmalar, yorgunluk ve çeşitli somatik belirtiler yer almaktadır (Sarzi-Puttini ve diğerleri, 2018). 2010 kriterlerinde getirilen yenilikle belirtilerin şiddetinin ölçülmesi amaçlanmış ve bundan hareketle “Yaygın Ağrı İndeksi (YAI)” ve “Semptom Şiddeti İndeksi (SŞ)” ölçüm araçları oluşturulmuştur (McBeth ve Mulvey, 2012). YAI’de hastanın ağrı hissettiği bölge sayısı değerlendirilir. SŞ’de ise ağrı dışındaki belirtilerin şiddeti değerlendirilir. Hastaya fibromiyalji tanısı alınabilmesi için YAI puanının 7’den büyük veya eşit ve SŞ puanının 5’ten büyük veya eşit olması ya da YAI puanının 3-6 arasında olup SŞ puanının 9’dan büyük veya eşit olması gerekmektedir. Bu belirtilerin en az 3 ay sürüyor olması beklenmektedir (Salaffi ve Sarzi-Puttini, 2012). 2011 yılında bu ölçekler birleştirilerek “Fibromiyalji Belirti Ölçeği” oluşturulmuştur.

ACR kriterleri 2013 yılında yeniden düzenlenmiş ve “Ağrı Yerleşim Puanı” ve “Belirti Etki Değerlendirmesi” önerilmiştir. Ağrı Yerleşim Puanı 17 ve üzeri olup Belirti Etki Değerlendirmesi puanı 21 ve üzeri olan kişiler fibromiyalji tanısı alabiliyordu (Türk, 2019).

Tanı kriterlerinin 2016 yılındaki revizyonunda dört tanı kriteri Wolfe ve ekibi tarafından belirlenmiştir. Bu kriterlere göre belirtiler en az 3 aydır devam ediyor olmalıdır, YAİ puanı 7'den büyük veya eşit ve SŞ puanı 5'ten büyük veya eşit ya da YAİ puanının 4-6 arasında olup SŞ puanının 9'dan büyük veya eşit olmalıdır, belirlenen 5 bölgenin en az 4'ünde tanımlanmış ağrı olmalıdır (Wolfe ve diğerleri, 2016). Ayrıca fibromiyalji tanısı diğer hastalıklardan bağımsız şekilde geçerlidir ve bu hastalıkların varlığını dışlamamaktadır.

### **2.1.3 Fibromiyalji Sendromunun Epidemiyolojisi**

İlgili literatür tarandığında fibromiyalji sendromunun prevalansının genel popülasyonda %0.5-5 arasında değiştiği görünmektedir (White ve Harth, 2001). Dünya çapında kadın-erkek oranı ortalama olarak 3/1'dir (Queiroz, 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada kadınlar arasındaki prevalans (%3.4), erkekler arasındaki prevalansın yüksek olduğu tespit edilmiştir (Lawrence ve diğerleri, 1998). Avrupa örneğini incelediğimizde 5 ülkenin verilerine göre (Portekiz, Almanya, İspanya, İtalya ve Fransa) genel nüfusta prevalans %4.7 olarak bulunmuştur (Sarzi-Puttini ve diğerleri, 2020). Batı Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmalarda yayınlanan sonuçlara göre prevalans Almanya'da %3, İtalya'da %2.2, İsveç'te %2,5, İspanya'da %2.4 ortalamalara sahiptir. Bu oranlardan biraz farklı olarak Kuzey ülkelerinde Finlandiya'da %0.8 ve Danimarka'da %0.7 olarak bulunmuştur. (Branco ve diğerleri, 2010).

Türkiye'deki çalışmaları incelediğimizde Trabzon örneğinde Topbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genel prevalans 3.6 olarak bulunmuştur. 50-59 yaş grubunda ise prevalans pik yapmakta ve %10.1 olarak ölçülmektedir (Topbaş ve diğerleri, 2005). Denizli'de tekstil işçileri örneğinde yapılan bir çalışmada ise prevalans %7.3 olarak tespit edilmiştir (Çobankara ve diğerleri, 2011). Diyarbakır'da yürütülen bir çalışmada ise prevalans %8.8 olarak bulunmuştur (Turhanoglu ve diğerleri, 2009).

Birçok çalışmaya göre fibromiyalji sendromunda prevalans 30-50 yaş arasında ve 50 yaşın üstündeki gruplarda diğer yaş gruplarından daha yüksektir (Queiroz, 2013). Hem erkek hem kadın popülasyonunda prevalans yaşla beraber artmaktadır

(White ve diğeri, 1999). Düşük eğitim düzeyi gruplarında ve düşük ekonomik gelir gruplarında prevalansın yükseldiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Queiroz, 2013).

#### **2.1.4 Fibromiyalji Sendromunun Etiyolojisi**

Fibromiyalji sendromunun patogenezi ve etiolojisi ile ilgili son yıllarda ilerlemeler kaydedilmekle beraber bu kompleks sendromun nedenleri kesin bir şekilde açıklanamamıştır (Mease, 2005). Literatürü incelediğimizde etiyojinin açıklanmasına yönelik çok faktörlü yaklaşımların yer aldığını görebiliriz. Bu yaklaşımlar arasında nörofizyolojik ve nöroendokrinolojik nedenlerin incelendiği biyolojik kökenli yaklaşımlar ve psikososyal kökenli yaklaşımlar mevcuttur (Eich ve diğeri, 2000).

Fibromiyalji sendromunun nörofizyolojik nedenlerinden birisi olarak merkezi sinir sisteminin artmış hassasiyetidir. Buna göre merkezi sinir sistemini oluşturan nöronlar, ağırlı bir uyarıyı normalden daha güçlü algılayacak şekilde hassaslaşmıştır ve bu durum N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerinin aracılığıyla oluşur ((Bellato ve diğeri, 2012). Bu hassasiyeti yaratabilecek bir diğeri faktör serotonin seviyesidir. Serotonin nörotransmitteri ağrı regülasyonunda rol almaktadır ve bazı çalışmalarda fibromiyalji sendromlu kişilerin beyin omurilik sıvısında ölçülen serotonin miktarı kontrol grubunun miktarından daha düşük bulunmuştur (Hauvenagel ve diğeri, 1990). Ayrıca çeşitli nörogörüntüleme yöntemleri ile yapılan çalışmalarda nöral yollar ve nöral tepkiler açısından fibromiyalji tanılı kişilerdeki farklılığı ortaya koymaktadır (Bellato ve diğeri, 2012). Nöroendokrinolojik sebepleri incelediğimizde ise fibromiyalji sendromunda kortizol, büyüme hormonu, ACTH gibi hormonların normalden farklı seviyelerini rapor eden çalışmaları görmemiz mümkündür (Özkan, 2017). Biyolojik sebepler kapsamında bazı enfeksiyonların da etkisi araştırma konusu olmuş ve Lyme hastalığı, Hepatit C, HIV gibi durumların fibromiyalji için tetikleyici olabileceği raporlanmıştır (Buskila ve diğeri, 2008).

Biyolojik faktörlerin eksiksiz şekilde fibromiyalji sendromunu açıklamada yetersiz kalması, araştırmacıları psikososyal etkenleri de göz önünde bulundurmaya itmiştir ve FMS ile psikolojik faktörler arasında güçlü ilişkileri gösteren çalışmalar literatüre kazandırılmıştır (Gür, 2008). Stresli yaşam olayları, fibromiyaljinin başlangıcıyla ve alevlenme dönemleriyle ilişkili bulunmuştur (Bennett ve diğeri,

2007). Yapılan çalışmalarda özellikle çocukluk ve ergenlik çağı travmaları ile FMS arasındaki ilişki ortaya koyulmuştur. Bu travmalar arasında cinsel ve fiziksel istismar, kötüye kullanım, ihmal ve diğer olumsuz yaşantılar bulunmaktadır (Sarzi-Puttini ve diğerleri, 2020). Gelişimin erken veya kritik bir aşamasında bu travmalara maruz kalmak ilerleyen dönemde kişileri stres ile ilişkili bozukluklara duyarlı hale getirebilir. Bir çalışmada fibromiyaljisi olan kadınlar tanısı olmayan kadınlara göre 3 kat daha fazla cinsel ve fiziksel istismar öyküsü bildirmiştir (Ciccone ve diğerleri, 2005).

FMS ile ilişkili bir diğer psikolojik faktör ise depresyondur. Depresyon, FMS ile diğer kas-iskelet sistemi hastalıklarından daha yüksek ilişkiye sahiptir (McBeth ve Silman, 2001). Hastaların yaklaşık %30'u FMS tanısı aldığında depresyona sahipken bu oran yaşamboyu incelendiğinde %74'tür (Buskila ve Cohen, 2007). 191 çalışmanın gözden geçirildiği bir meta-analiz çalışmasında kronik ağrı ve depresyon ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Fishbain ve diğerleri, 1997). Depresyon dışında başka psikiyatrik bozuklukların da FMS ile ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bunlardan en yaygınları anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, psikosomatik bozukluklar ve distimidir (Katon, Sullivan ve Walker, 2001).

### **2.1.5 Risk Faktörleri ve Komorbidite**

Fibromiyalji sendromunda risk faktörlerini inceleyen bir tarama çalışmasına göre cinsiyet ve yaş risk faktörleridir. Kadın olmak ve orta/ileri yaşta olmak FMS için risk sebepleridir (Creed, 2020). Alkol kullanımı, yüksek vücut kitle endeksi, sigara tüketmek, fiziksel hareketsizlik de risk faktörleri arasındadır. Başka bir araştırma, FMS'yi çalışma durumu ve gelir durumu ile ilişkili bulmuştur. Buna göre çalışmamak ve düşük ekonomik gelir bir risk faktörüdür (Ruiz-Perez ve diğerleri, 2009).

Fibromiyalji sendromu ile birlikte görülen hastalıklar/bozukluklar incelendiğinde, psikiyatrik komorbiditeler arasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete en yaygın görülenleridir. Romatolojik komorbiditeler arasında Akdeniz ateşi ve Behçet hastalığı bulunmaktadır. En yaygın görülen gastroenterolojik komorbiditeler ise çölyak ve hassas bağırsak sendromudur (Lichtenstein ve diğerleri, 2018).



## 2.2 Somatizasyon

Somatizasyon (bedenselleştirme), çeşitli tanımlara sahip olmakla birlikte hepsinin ortak özelliği yakınmaların organik sebeplerle yeterli ölçüde açıklanamamasıdır (De Gucht ve Fischler, 2002). Lipowski'nin tanımına göre somatizasyon, psikolojik kökenli problemin fiziksel olarak deneyimlenmesidir (Lipowski, 1988). Ortaya çıkan bedensel yakınmalar kişileri medikal yardım aramaya yöneltmektedir. Şikayetlerin bedensel kaynaklı algılanması yönüyle tıbbi bilimleri, organik kanıtların bulunamaması yönüyle psikoloji ve psikiyatri alanlarının kesişiminde kendine yer bulan somatizasyon, zihin-beden etkileşiminin doğasını anlamaya yönelik önemli bir çalışma alanı, bir klinik fenomendir.

Somatizasyon, beraberinde getirdiği sağlık arama davranışı dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemleri için maddi sorunları da beraberinde getirmektedir. Yakınmanın kaynağının bulunmasına yönelik tıbbi girişimlerin sayısı sorunun kökeni bulunamadıkça artmakta ve hem hastalar hem de sağlık sistemleri için zorluklara yol açmaktadır (Allen ve diğerleri, 2001). Nedeni tıbbi olarak çözülemeyen bedensel yakınmalar birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygın olarak görünmekte olup bu hastalarda psikososyal sorunların varlığını işaret eden çalışmalar mevcuttur (Şahin ve diğerleri, 2001). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların %30 ila %60'ının tıbbi kökeni olmayan belirtilerden yakındıkları tahmin edilmektedir (Stuart ve Noyes Jr, 1999).

Somatizasyon, bir anlamda ifade edilememiş duyguların yeni bir form kazanarak bedensel duyular haline gelmesidir. Böylece aslında psikolojik/duygusal sıkıntı görmezden gelinerek/fark edilmeyerek bedensel bir semptomun üzerinde durulur ve bu bedensel semptomun tedavisi için çareler aranır. Bu yönüyle somatizasyon duyguların fark edilmesinin önünde bir savunma mekanizması olarak düşünülebilir (Katon ve diğerleri, 1982). Baş edilmesi güç bir psikolojik sıkıntının, görece materyalist bir zemine oturtularak sorunun kökeninin bedende aranması daha az irrite edici bir durum olarak algılanabilir. Rahatsız edici olanın dile gelmesinden önce bedensel şikayetlerin öne sürülmesi birçok kültürde görülen bir durumdur. Doğu ve Batı kültürlerinde somatizasyon prevelansları ile ilgili farklılıklar ortaya koyan çalışmalar olsa da bu olgunun evrensel olduğunu işaret eden çalışmalar da mevcuttur. (Sayar ve Ak, 2001).

Somatizasyonun iki temel boyutu araştırmacılar tarafından ele alınmıştır. Buna göre somatizasyon psikolojik sıkıntının ikincil semptomu olarak ortaya çıkabilir veya tıbbi olarak açıklanamayan hastalığın ana semptomu olabilir. (De Gucht ve Fischler, 2002). Tıbbi olarak açıklanamayan hastalıklar fonksiyonel somatizasyon olarak bilinmektedir. Katon ve meslektaşlarına göre tıbbi olarak açıklanamayan hastalık süreci 4 aşamadan oluşmaktadır. Başlangıçta bireyde bir belirti vardır ve kişi bunun farkına varır. İkinci adımda semptomun tıbbi önemini kestirebilmek için kişi inançları ve tecrübelerinden yola çıkar ve bir sonuca varır. Başlangıçta vardığı bu sonuç genellikle kişiye önemsiz göründüğü için tıbbi yardım arayışına girmez. nc adımda kişi sağlık yardımı ve bakım aramaya başlar. Son olarak hasta hekim birlikteliği başlar ve bu ilişkinin niteliğine göre derdine are bulabilir veya yardım aramaya devam eder (Katon ve diğerleri, 2001).

Lipowski, somatizasyon kavramını  komponentte incelemeyi önerir. Bunlar somatizasyonun deneyimsel, bilişsel ve davranışsal yönleridir. Kişinin kendi bedeninde tecrübe ettiği fiziksel olgular (ağrı, acı, işlev kaybı gibi) somatizasyonun deneyimsel yönüdür. Bu yalnızca kişinin kendisi tarafından bilinebilir. Bedensel belirtinin algılanması ve yorumlanması, kişinin bunu kendi varoluşu ile değerlendirmesi süreci bilişsel yndr. Davranışsal yn ise deneyimlenen olgunun iletişim yoluyla eylemselleştirilmesidir. Bu aşamada kişiler sağlık arama davranışını gösterirler ve tedavi için bir yol ararlar (Lipowski, 1988).

### **2.2.1 Kavramın Tarihsel Gelişimi**

Organik sebeplerle açıklanamayan bedensel belirtilerin merak edilmesi ve açıklama yapma gayreti yaklaşık dört bin yıllık bir zamana yayılmaktadır. Somatizasyon tanımına varana dek bu kavram tarihsel yolculuğuna histeri benzeri tariflerle M 1900'lerde başlamıştır (Fink, 1996). Antik Mısır dönemi papirüslerinde histerinin tarif edililişine dair ilk kanıtlar mevcuttur. Bu yazılara göre histerinin sebebi olarak rahmin vücut içinde yer değiştirmesi gösterilmektedir (nal, 1999). Bu bilgiyle paralel olarak histeri kelimesi Yunanca'da rahim anlamını taşımaktadır (Bailey, 1966). Rahmin açlığı ve yer değiştirdiği fikri uzun bir süre yaygın inanış olmaya devam etmektedir. Bergamalı Galen (MS 129-216), histeriyi cinsel açlığa attetti. Fakat bu durumu sadece kadınlar için değil erkekler için de tanımlayarak sperm tutulmasını sebep olarak öne sürdü (Bailey, 1966).

Orta Çağ'a gelindiğinde fiziksel özellikleri sebebiyle kadınların erkeklerden daha aşağı kabul edildiği bir ortam vardı. Özellikle Avrupa'da yaygın olan inanışa göre kadınlar kötülüğün sebebi olarak kabul ediliyor ve kadın histerisinin nedeni olarak şeytani varlıkları gösteriliyordu (Tasca ve diğerleri, 2012). 1600'lere gelindiğinde modern tıbbın ayak sesleri duyulmaya başlanmıştır. Willis, histeriyi rahim merkezli düşünmeyip beyin ve sinir sistemi ile ilişkilendirmiştir. 1680'de ise Sydenham devrimci bir çalışma ortaya koyarak somatik ve psikolojik nedenleri sentezleyen ilk kişi olmuştur.

1800'lerin sonunda Jean Martin Charcot, histerinin nörolojik bozukluklardan kaynaklandığını öne sürdü ve hipnozu önerdi. Histeri ve hipokondriyazis kavramları psikanalitik kuramın inşasında çok önemli kavramlar olmuşlardır. Freud'a göre bedensel olgular bilinçdışı bir anlam taşımaktadır ve bu anlam kendini somatik olarak göstermektedir. Dile getirilemeyen duygulanımlar bedensel yola kolayca sapma eğilimindedir (Parman, 2005). Somatizasyon kavramı DSM-III'te "somatoform bozukluklar" başlığı altında incelenmiş ve sınıflandırılmıştır (Ünal, 1999). Günümüze değin DSM tanı kriterleriyle beraber somatizasyonu kavrayışımız da değişmiştir.

### **2.2.2 Tanısal Kriterler**

Somatizasyon bozuklukları için zaman içinde çeşitli tanı kriterleri önerilmiş ve geliştirilmiştir. ICD (International Classification of Diseases) ve DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gibi tanı taksonomilerinde yer alan somatizasyon bozukluklarının tanısı için kesin bir fikir birliğine varılamamakta ve amprik kanıtlar yetersiz kalmaktadır (Creed ve Barsky, 2004).

DSM tanı kriterleri, süreç içinde yapılan çalışmalar bağlamında değişmiştir. 1980 yılında DSM-III yeni bir kategori olarak somatoform bozuklukları oluşturmuştur. Bu kategoride çeşitli organ sistemlerini etkileyen çeşitli somatik belirtiler sınıflanmıştır (Mai, 2004). Konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, psikojenik ağrı ve somatizasyon kategoriyi oluşturmaktadır. DSM-III-R baskısında bu kategori somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, fiziksel şikayetlerle uyum bozuklukları ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk tanılarından oluşmaktadır (Temizel Kırışman, 2022).

DSM-IV’te tanı kriterleri basitleştirilerek dört semptom grubunun her birinden bir veya daha fazla semptomun varlığının tanı için yeterli olduğu söylenmiştir (Ünal, 1999). Somatoform ağrı bozukluğu, ruhsal etkenlerle ilişkili ağrı bozukluğu olarak değiştirilmiştir. Kriterlere göre semptomların birkaç yıllık dönemde ortaya çıkması, işlevsellikte azalma olması ve 30 yaşından önce başlayan fiziksel yakınma olması gerekmektedir (APA, 1994).

DSM-5’te somatizasyon bozukluğu “bedensel belirti bozukluğu” olarak değişmiştir. Yeni kriterler belirli sayıda somatik semptomun varlığını gerektirmemektedir. Somatik semptomlara uyumsuz düşünceler, duygular ve davranışlar da dahil edilmiştir (APA Division of Research, 2013). DSM-5 birbiriyle karıştırılan tanıları azaltmak amacıyla somatizasyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve hipokondriyazis bozukluklarının kaldırmıştır (Temizel Kırışman, 2022).

### **2.2.3 Somatizasyonun Etiyolojisi**

Somatizasyonun etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla beraber çok faktörlü bir etkiden söz etmek mümkündür. Bu faktörleri genetik, biyolojik ve psikososyal olarak gruplandırmak mümkündür (Mai, 2004).

#### **2.2.3.1 Genetik Faktörler**

Genetik faktörler tüm bozukluklar için olduğu gibi somatizasyon için de etkilidir. Aynı aile içindeki bireylerde somatizasyon eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur (Mai, 2004). Genetik çalışmalarda popüler olan homozigot ve heterozigot ikizlerle yapılan araştırmalar somatizasyon için de gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada monozigot ikizlerde %30 oranında eş somatik belirti skorları ölçülürken bu oran heterozigot ikizler için %17’dir (Rief ve diğerleri, 2010). Fibromiyalji sendromu gibi çoklu somatik belirtilerin görüldüğü durumlar için de genetik faktörlere bakılmış ve çeşitli nörotransmitter sistemlerinden sorumlu genlerin bu sendromda rol oynayabileceği gösterilmiştir (Buskila ve Sarzi-Puttini, 2006). Serotinerjik yolların genetiğinin somatizasyonla ilişkili olabileceğine dair kanıtlar da mevcuttur (Suzuki ve diğerleri, 2004).

### **2.2.3.2 Biyolojik Faktörler**

Somatizasyonun biyolojik faktörleri hakkındaki çalışmalar ağırlıklı olarak nöromodülasyon sistemlerin ve nörolojik fonksiyonların araştırılmasına dayanmaktadır. Bir araştırmada histeri tanılı hastaların %30'unda nöral fonksiyonel bozukluklar tespit edilmiştir (Almgren ve diğerleri 1978). Aynı zamanda somatizasyonu yüksek kişilerin nöropsikolojik testlerde normalden daha kötü performans sergilediklerine dair bulgular mevcuttur (Niemi ve diğerleri, 2002). Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini yoluyla kortizol mekanizmasının somatizasyonda rolü olduğu düşünülmektedir (Maes, 2009).

### **2.2.3.3 Psikolojik Faktörler**

Somatizasyonun psikolojik faktörlerini üç ana başlıkta incelemek mümkündür: Bilişsel, davranışsal ve duygusal faktörler (Rief ve Broadbent, 2007).

#### **2.2.3.3.1 Bilişsel Faktörler**

Bilişsel boyutları incelediğimizde hastalık inançları önem kazanmaktadır. Hem hipokondriyazis hem de somatizasyon için felaketleştirme skorları yüksek bulunmuştur (Rief ve diğerleri, 1998). Ayrıca somatik semptomların artışı kişilerin hastalıklarına ilişkin hem somatik hem de organik atıf yapma ihtimalini arttırmaktadır. Ancak somatik atıfta bulunan kişilerin, yani hastalığının bedensel kaynaklı olduğunu düşünen ve psikolojik boyutunu düşünmeyen kişilerin, semptom şiddetinin daha yüksek olduğuna dair bulgular vardır (Schmaling ve diğerleri, 2003). Somatizasyon düzeyi yüksek kişilerin kendi bedenlerine yönelik dikkatleri normalden daha yüksektir ve ağrı eşikleri düşüktür (Rief ve Broadbent, 2007). Somatizasyonu olan kişilerin hastalık kaygıları yüksek bulunmuştur (Watt ve Stewart, 2000).

#### **2.2.3.3.2 Davranışsal Faktörler**

Somatizasyonun davranışsal yönü temel olarak sağlık arama girişimleridir. Kişi tekrar tekrar tıbbi yardıma başvurabilir, farklı alanlarda çeşitli testleri yineleyici şekilde yaptırabilir. Diğer bir davranışsal bulgu ise fiziksel aktiviteden kaçınılmasıdır (Rief ve Broadbent, 2007).

### 2.2.3.3.3 Duygusal Faktörler

Somatizasyonun duygusal faktörlerinin başında aleksitimi yer almaktadır. Kişinin duygularını tanıyabilme ve ifade edebilme becerisi somatizasyon süreci ile yakından ilişkili görülmektedir. İlgili literatüre bakıldığında aleksitimi kavramı bu olguyu açıklamak için önerilmiş en geniş kapsamlı kavramdır. Aleksitimik kişiler, duygularını tanımlayamaz ve onları detaylandıramazlar. Bununla paralel olarak içsel olarak ulaşamadıkları duygularının somatik tezahürlerine odaklanırlar (Bach ve diğerleri, 1996). Aleksitimi, duyguları tanıma ve tanımlamada zorlukları, duygular ve bedensel süreçler arasında ayırım yapamamayı kapsar (Bankier ve diğerleri, 2001). Kooiman, aleksitimin tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtilerin gelişimi ve kalıcılığı için bir risk faktörü olarak göstermektedir (Kooiman, 1998). Araştırmacılar aleksitimi bir bilişsel/duygusal eksiklik çerçevesinde değerlendirmekte ve bu eksikliğin gelişimi için erken çocukluk dönemini ve travma geçişini işaret etmektedirler (Bach ve diğerleri, 1996).

Somatizasyonun risk faktörleri arasında duygusal düzenleme üzerinde etkisi olan travmatik deneyimler kuşkusuz bulunmaktadır. Bir meta analiz çalışmasında travmanın türü fark etmeksizin travmaya maruz kalmanın somatizasyon olasılığını 2.7 kat arttırdığı bulunmuştur (Afari ve diğerleri, 2014). Fibromiyalji hastalarıyla yapılan bir deneyde denekler hoş ve hoş olmayan görüntülere maruz bırakılmıştır. Rahatsız edici görseller sırasında somatosensöriyel bilgilerin anormal işlenmesi söz konusu olmuştur. Organik kökenli ağrı hastalarına karşın fibromiyalji hastaları rahatsız edici görüntülere daha yüksek yanıtlar vermişlerdir. Buna göre olumsuz duygular sadece ağrının bir sonucu değil aynı zamanda ağrı algısının bir modüle edicisidir (Rief ve Broadbent, 2007).

Araştırmalar somatizasyonun erken dönem çocukluk yaşantıları ve bağlanma stilleriyle de bağlantılı olduğunu göstermektedir. Özellikle güvensiz bağlanma stilleri somatizasyon için risk faktörüdür. Bu tip bağlanmalar yetişkinlik döneminde sorunlu kişilerarası iletişime yol açabilmekte ve somatizasyonla korelasyon gösterebilmektedir (Stuart ve Noyes, 1999).

## 2.3 Zihinselleştirme

Zihinselleştirme kavramı, Pierre Marty tarafından geliştirilen psikosomatik kavramlarından birisidir. Marty 1972 yılında Paris Psikosomatik Okulu'nun kurulmasına öncülük etmiş bir psikanalistir (Marty, 2012: 7). Zihinselleştirme, Marty'nin geliştirdiği psikosomatik kavramları birleştiren ve psikosomatik yaklaşımda anahtar niteliği taşıyan bir kavramdır. Buna göre ruhsal temsiller ve imgeler zihinselleştirmeyi oluşturan unsurlardır. Ruhsal temsillerin niteliği ve niceliği zihinselleştirme kapasitesini belirlemektedir. Zihinselleştirmede yaşanan güçlükler (düşlemsel fakirlik), somatik işleyişte düzensizliğe yol açmaktadır (Debray, Dejours ve Fedida, 2015: 25).

Zihinselleştirme kavramı daha sonra 1989 yılında Peter Fonagy tarafından daha geniş bir kavram olarak ele alınmış ve operasyonelleştirilmiştir (Bateman ve Fonagy, 2010). Tanımsal olarak kişinin kendini ve ötekileri zihinsel durumlar açısından (istekler, duygular, tutumlar vb.) anlama kapasitesidir (Luyten ve diğerleri, 2020). Zihinselleştirme, karmaşık bir sosyal çevreye uyumlanabilmeyi, kişilerarası ilişkileri ve işbirliğini sürdürebilmeyi sağlayan zihinsel bir beceridir (Fonagy ve diğerleri, 2015). Türe özgü bir beceri olan zihinselleştirme, insanlarda ve ilkel bir biçimiyle yakın akrabalarımız primatlarda bulunmaktadır (Luyten ve diğerleri, 2020).

Zihinselleştirme kapasitesinin ölçülebilir ve araştırılabilir duruma gelmesi yansıtıcı işleyiş kavramının ortaya çıkması ile mümkün olmuştur (Katznelson, 2014). Yansıtıcı işleyiş, zihinselleştirme kapasitesinin bileşenleri olan psikolojik süreçleri ifade etmektedir (Fonagy ve diğerleri, 1998). Yansıtıcı işleyiş, bireyin kendi ve ötekilerin davranışlarının deneyimini organize eden bir zihinsel işlevidir.

### 2.3.1 Gelişimsel Perspektif

Zihinselleştirme kapasitesinin erken dönem bağlanma stilleriyle yakın ilişkide olduğu düşünülmektedir. Özellikle bakımveren hem kendi hem bebeğin deneyimleri üzerinde düşünme becerisinin rolünün oldukça önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır (Luyten ve diğerleri, 2020). Güvenli bağlanmayı sağlayacak gelişim aşamaları yansıtıcı işleyişi artırarak sonuçta duygu regülasyonu ve kişilerarası ilişki potansiyelini besler. Yüksek yansıtıcı işleyiş kapasitesine sahip bakımveren, çocuğun subjektif

deneyimine uygun duygusal yanıtı vererek çocuğun zihinsel temsillerinin gelişmesinde yardımcıdır (Luyten ve diğerleri, 2017). Çocuğun içinde bulunduğu duruma uygun duygusal tepki veren bir bakımveren çocuğun bir iç deneyim anlayışı oluşturmasını sağlar. Bu durumda yalnızca bir yansıtma süreci değil çocuğun durumunu yeniden işleyerek sunma süreci de mevcuttur. Bu da çocuğun benlik duygusunun ve zihinselleştirme kapasitesinin gelişimini destekler (Choi-Kain ve Gunderson, 2008).

Bebeklik döneminde zihinselleştirmenin gelişim aşamaları için üç süreç önerilmiştir (Luyten ve diğerleri, 2020). İlk olarak psişik denklik modunda duygular ve düşünceler çok reel algılanır ve akla gelen başka bir alternatif bakış açısı mevcut değildir (Fonagy ve Luyten, 2016). Bu işleyişte bebeğin zihinindeki ve dış gerçeklik eşitir, dış dünyanın kendi zihninden ibaret olduğuna karşı şüphe yoktur.

Teolojik modda ise yalnızca reel, gözlemlenebilir, hedef odaklı davranışlar ve bunları potansiyel olarak limitleyebilecek objektif olarak fark edilebilir olaylar tanınır. Bu sebeple bebek, zihinsel durumların potansiyel varlığını tanıyabilir fakat bunlar çok nesnel olgularla sınırlıdır (Fonagy ve Luyten, 2016).

Son olarak temsili modda ise duygular ve düşünceler gerçeklikten kopar, hipermentalleştirme yaşanır. Gerçekle ilişkisi olmayan bilişsel temsiller vardır. Dış gerçeklikten bir ayrışma vardır, derealizasyon yaşanır (Luyten ve diğerleri, 2020).

Kendilik organizasyonu başlangıçta beden deneyimine dayanmaktadır ve benlik fiziksel sınırlarla çizilmiştir (Fonagy, Gergely ve Jurist, 2018). Fiziksel sınırların inşasından sonra sosyal etkileşimler ve sosyal sınırlar gündeme gelir. Doğumdan 5. aya kadar bakımveren ile bebek arasındaki yüz yüze duyguların aktarımının gerçekleşmesi, bebeğin zihinsel temsillerinin oluşmasında rol oynar. Bebeğin bakımverene girdiği bu yüz yüze iletişim hem özdüzenleme hem ötekinin durumunu anlamının gelişmesi açısından önemlidir. Bu iletişim sırasında bakımverenin bebeğin davranışını öngörerek verdiği hızlı ve uygun tepkiler bebekte iyi bir bilişsel becerinin gelişmesine katkıda bulunur. Yüksek koordinasyonlu iletişim sağlanabildiğinde bebek bakımverene güvenli ilişkiyi inşa edebilir ve sonrasında bakımverenden başka bir yabancı ile de güvende hissettiği bir iletişim kurabilir (Fonagy, Gergely ve Jurist, 2018).



Bakımveren ile kurulan tutarlı ilişki ve bağlanma şekli zihinselleştirme kapasitesinin arzu edilen şekilde gelişmesi için elzemdir. Bu konuda önemli hususlardan biri de bakımverenin zihinselleştirme kapasitesinin yeterli olmasıdır. Bir meta-analiz çalışmasına göre bakımverenin zihinselleştirme kapasitesi ile bebeğin güvenli bağlanması arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur (Luyten ve diğerleri, 2020). Bakımverenin zihinselleştirme kapasitesi bağlanma ile ilişkili olduğu kadar çocuğun zihinselleştirme kapasitesi ile de ilişkilidir. Yapılan araştırmalar, zihinselleştirme kapasitesinin kuşaklararası aktarılma eğiliminde olduğuna işaret etmektedir (Luyten ve diğerleri, 2020). Bakımverenin erken dönem zorlantılı yaşamı ve travma geçmişi de çocuğun zihinselleştirme kapasitesine etki edebilmektedir. Örneğin ihmal ve cinsel istismar öyküsü olan bakımverenlerin yüksek travma puanları, bebek bağlanması için düzensizlik riski taşımaktadır.

Sonuç olarak bireyde zihinselleştirme kapasitesinin gelişimi, bakımverene kurulan tutarlı ilişkiye, bakımverenin çocuğun zihinsel durumlarına verdiği uygun tepkilere, bakımverenin erken dönem çocukluk yaşantıları ve kendi zihinselleştirme kapasitesine bağlı olup bu durumlar arasında sıkı bir ilişkiden söz etmek mümkündür.

### **2.3.2 Zihinselleştirmenin Boyutları**

Zihinselleştirme kapasitesinin ölçülebilir hale gelmesi, Fonagy ve meslektaşlarının geliştirdiği “yansıtıcı işleyiş” kavramı ile mümkün olmuştur (Katnelson, 2014). Bu amaçla bir ölçek geliştiren ekibin hedefi bireyin kendi ve ötekilerin zihinsel durumları hakkında farkındalığını ölçmektir. Yansıtıcı işleyişte iki bozulma türü tanımlanmıştır. Bunlar hipermentalizasyon ve hipomentalizasyondur (Fonagy ve diğerleri, 2016). Bu bozulmalar zihinselleştirmenin gelişimi aşamasında meydana gelen sorunlardan kaynaklanmaktadır.

Hipomentalizasyon, kişinin kendi ve/veya ötekilerin zihinsel süreçlerini ayırt etmedeki eksikliğini ifade eder (Fonagy ve diğerleri, 2016). Bu durum psişik denklik modu ile karakterize edilmiş sürece benzemektedir. Borderline kişilik bozukluğu ve depresyon gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklar hipomentalizasyon ile ilişkili bulunmuştur. Örnek olarak hipomentalizasyon yatkınlığı olan bir kişi, davranışlarının etrafındaki kişileri zihinsel yönden nasıl etkileyeceğini öngörmekte ve onların bakış açılarını anlamakta zorlanabilmektedir (Horvath ve diğerleri, 2023).

Hipermentalizasyon, hipomentalizasyonun tersi olarak sahte ve/veya aşırı zihinselleştirmeyi tarif eder (Fonagy ve diğerleri, 2016). Kişi kendinin ve ötekilerin zihinsel durumlarının yanlışı/çarpık modellerini geliştirme eğilimindedir. Gerçeklikten kopuk şekilde uzun ve ayrıntılı hesaplamalar hipermentalizasyonun karakteristik özelliğidir. Örnek olarak hipermentalizasyon eğilimli bir kişi, ötekinin niyeti hakkında gerçek dışı çıkarımlar yapmaya, yani çarpıtılmış bir niyet okuma eylemine yakındır (Horvath ve diğerleri, 2023).

Hipomentalizasyon ve hipermentalizasyonun aksine gerçek zihinselleştirme, zihinsel olguların saydamlığının tanınmasını gerektirir (Fonagy ve diğerleri, 2016). Yani hipomentalizasyondaki belirsizliği ya da hipermentalizasyondaki kesinliği değil orta düzeydeki bir belirsizliği içermektedir (Horvath ve diğerleri, 2023). İyi bir zihinselleştirmede, ötekilerin zihinsel durumları hakkında bilgi sahibi olmak hakkında alçakgönüllülük esastır.

### **2.3.3 Şemsiye Kavram Olarak Zihinselleştirme**

Zihinselleştirme geniş kapsamlı bir kavram olarak aleksitimi, empati, zihin teorisi, empati, bilinçli farkındalık gibi kavramlarla benzeşmektedir (Luyten ve diğerleri, 2017). Empati ve zihin teorisi zihinselleştirmenin, “öteki” ilişkiler yanını temsil ederken aleksitimi ve bilinçli farkındalık temelde kişinin kendi iç durumlarının farkında olmasını temsil etmektedir. Empati ve bilinçli farkındalık zihinselleştirmenin duygusal boyutunu gösterirken zihin teorisi bilişsel boyutu işaret etmektedir. Zihinselleştirme sabit bir özellikten ziyade dinamik ve akışta bir durumdur. Anlık uyarımlarla şekillenebilmektedir. Bu sebeple fonksiyonel bir zihinselleştirme, yansıtıcı işleyişler ve altında yatan mekanizmalarla optimal bir dengede olmayı gerektirir. Bu açıdan zihinselleştirmenin kapsadığı ve yakın olduğu kavramları tartışmak, klinik uygulamalar için fikir vermesi yönünden de önemlidir (Choi-Kain ve Gunderson, 2008).

Aleksitimi, duyguları tanıma ve tanımlamayla ilgili duygusal ve bilişsel zorlukları ifade eder (Moriguchi ve diğerleri, 2006). Aleksitimi, başkalarının ne düşündüğünü ve hissettiğini anlamanın eksikliğinin yaşadığı psikiyatrik bulgularla ilişkilidir (Cedro ve diğerleri, 2001). Bu sebeple aleksitiminin duygu regülasyonunda ve kişilerarası ilişkilerde zorlukların kaynağı olabilecek uygun olmayan

zihinselleştirme ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Moriguchi ve diğerleri, 2006). Bir çalışmada aleksitimi skorları yüksek ve düşük olmak üzere iki grup katılımcıya çeşitli yüz ifadeleri gösterilmiş ve duygusal bulaşma fenomeni incelenmiştir. Sonuçlara göre aleksitimi skorları yüksek olan grup duygusal bulaşmada yani empatide eksiklikler yaşamıştır (Sonnby-Borgström, 2009). Aleksitimi ve zihinselleştirmenin gelişimsel perspektifine bakıldığında da travma geçmişi ve bağlanma gibi ortak faktörlerin varlığını görmek mümkündür (Taylar ve Bagby, 2013).

Bilinçli farkındalık kavramı da zihinsel durumları tanımlama ve gözleme becerisi olması yönüyle zihinselleştirme kapasitesi ile örtüşen bir kavramdır. Kişinin duygularına ve bilişlerine yönelik farkındalığı onun dürtüsel aktivitelere olan eğilimini azaltır ve bu durum hem bilinçli farkındalık hem de zihinselleştirme için geçerlidir. Bilinçli farkındalıkta kişinin kendi deneyiminin ön planda olması, ötekilerin zihnini de kapsayan zihinselleştirmeden farklılaştığı noktadır. (Choi-Kain ve Gunderson, 2008).

Psikolojik farkındalık, duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki nedensellikleri görme yeteneği olarak tarif edilmekte olup zihinselleştirme ile örtüşen yanları bulunmaktadır. Zihnin çalışmasına yönelik bir merak ile tariflenen bu olguda zihinsel durumların bilinçli bir şekilde değerlendirilme aşaması zihinselleştirmenin bir parçasıdır (Choi-Kain ve Gunderson, 2008).

Empati, ötekilerin duygu ve düşünceleri hakkında bilgi sahibi olmamıza yarayan duygusal ve bilişsel bir beceridir. Ötekinin duygusunu paylaşabilmek, fikir dünyasını anlayabilmek, zihinselleştirmenin ötekinin zihinsel durumunu anlayabilmeye yönelik boyutuyla eşleşmektedir (Choi-Kain ve Gunderson, 2008).

Winnicott'ın kişinin iç ve dış dünyaları arasında bulunan psikolojik deneyim alanı olarak tanımladığı potansiyel alan kavramı da zihinselleştirme ile benzerlikler göstermektedir. Potansiyel alanın benliğin oluşmasında önemli bir rolü olduğu kabul edilir. Bebek ve bakımveren ilişkisinde başlayan bu durum daha sonra diğer ilişkiler bağlamında ortaya çıkar. Bu yönüyle zihinselleştirme ile benzerdir. Her iki kavram da fikirlerle oynamayı ve düşünmeyi kapsayan yaratıcı süreçlerdir (Bram ve Gabbard, 2001).

### **2.3.4 Zihinselleştirme ve Somatizasyon İlişkisi**

Somatizasyonun risk faktörleri arasında yer alan travma geçmişi ve güvensiz bağlanma kötü zihinselleştirme için de geçerlidir. Zihinselleştirmede sorun yaşayan kişilerin fiziksel duyuları olumsuz duygusal durumlar olarak algıladığına yönelik bulgular mevcuttur (Spaans ve diğerleri, 2009). Bu tip hatalı yorumlamalar somatik bozukluklarda karakteristiktir. Somatizasyon bozukluğu olan kişiler bedensel belirtilerle psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi okumak yönünden eksiklik yaşarlar ve bu durum somatik belirtilere odaklanmaya yol açabilir (Riem ve diğerleri, 2018). Bu sebeple zihinselleştirmedeki eksikliklerin somatizasyon düzeylerinde etkili olabileceği düşünülebilir. Somatoform bozukluklarda zihinselleştirme üzerine yapılan bir çalışmada erken dönem bağlanmadaki sıkıntıların zihinselleştirmede bozulma ve stres düzeyinde artış gibi bir dizi nedensel sonuçlara varılmıştır (Luyten ve diğerleri, 2020).

Sonuç olarak bu kavramları gelişimsel perspektiften değerlendirdiğimizde ortak sayılabilecek kritik süreçlere rastlamaktayız. Bu süreçlerin dinamiğini çok faktörlü ve etkileşimli yorumlamak onları daha iyi anlamamızı ve biyopsikososyal perspektiften insanı kavrayabilmemizi kolaylaştıracaktır.

### **2.4 Afektif Sinirbilim Kuramı**

Afektif Sinirbilim Kuramı, temelde davranışsal eylemlerin anlaşılabilmesi için en kestirme yolun duygulardan geçtiğini, davranış süreçlerinin çoğu bilinçdışı sistemler tarafından şekillendirilse de insanlarda ve hayvanlarda ortak olarak bulunan ortak duygusal mekanizmaların davranışın belirleyicisi olduğunu savunan, Jaak Panksepp tarafından geliştirilmiş bir kuramdır (Panksepp, 2021: 27). Bu kurama göre tüm memelilerin sinir sistemlerindeki işlevsel organizasyon evrimsel süreçle şekillenmiş olup temel duygu sistemlerinde nörolojik benzeşimler oldukça yüksektir. Özellikle son dönemde nörobilimsel çalışmalarda kat edilen yol ve edinilen bilgiler ışığında, bu ortak sistemlerin araştırılarak memelilerle ortak içsel yaşantıları ne ölçüde paylaştığımızı görmemiz mümkün olacaktır.

Duygusal sistemler davranışa öncülük eden karmaşık nörobiyolojik aktivitelerin bir sonucudur (Panksepp, 2021: 36). Evrimsel ilerlemenin getirisi olarak memeli beyinde, nörokimyasal, nöroanatomik ve fonksiyonel seviyelerde kazanmış sistemler bulunmaktadır (Panksepp ve diğerleri, 2012). Evrimsel olarak daha eski fonksiyonlar daha arkaik beyin yapılarında görülürken, daha yüksek fonksiyonlar daha gelişmiş beyin bölgelerinde yani kortekse yakın bulunmaktadır. Bu durum sinir sisteminin hiyerarşik yapısını göstermektedir. Duygulanımların korteks altı beyin bölgeleriyle ilişkili olduğuna dair bulgular vardır (Panksepp, 1993). Özellikle evrimsel olarak korunmuş limbik sistem duygusal tepkilerin üretim merkezidir. Beynin hipokampus ve amigdala bölgeleri arasındaki projeksiyonlar duygu sistemleri için önemli mekanizmalardır (Davidson ve Sutton, 1995).

Benliğin evrimsel süreçle tabakalaşmış olduğu fikri Sigmund Freud başta olmak üzere psikanalistler tarafından yaygın olarak kullanılmış bir fikir olmakla beraber güncel nörobilimsel gelişmelerle ampirik olarak desteklenmiştir (Alcaro, Carta ve Panksepp, 2017). MacLean tarafından modern nörobilime kazandırılan nöroevrimsel görüşe göre insan beyni 3 katmandan oluşmaktadır: Neokortikal-rasyonel beyin, limbik-duygusal beyin ve içgüdüsel beyin. Bu teoriye göre neokortikal beyin insan türüne özgü bir yapı, limbik beyin memelilerce paylaşılan bir yapı ve içgüdüsel beyin sürüngenlerin karakteristiğinde bir yapıdır (Alcaro, Carta ve Panksepp, 2017).

Bu hiyerarşik yapı görüşü evrimsel olarak tutarlı bir fikir vermekle birlikte benliği açıklamakta eksiklikleri vardır. Artan ampirik kanıtlara göre bu hiyerarşinin ilk seviyelerinde de ilkel bir öznellik biçimi için işaretler mevcuttur. Bu kanıtlar ışığında Panksepp ve Vandekerckhove tarafından MacLean'in kuramı nöropsikanalitik çerçevede genişletilmiştir (Vandekerckhove ve Panksepp, 2009).

<b>Birincil Süreç, Temel-Primordial Duygusal Durumlar</b>	
i)	Duyusal Hisler (çevresel olarak tetiklenen hoşça giden ve hoşça gitmeyen hisler)
ii)	Homeostatik Hisler (acıkma, susama vb.)
iii)	Duygusal Hisler (duygu eylem sistemleri)
<b>İkincil Süreç, Duygusal Hafıza</b>	
i)	Klasik Koşullanma
ii)	Edimsel Koşullanma
iii)	Davranışsal ve Duygusal Alışkanlıklar
<b>Üçüncül Süreç, Neokortikal Farkındalık Fonksiyonları</b>	
i)	Bilişsel Yürütücü İşlevler
ii)	Duygu Ruminasyonları ve Regülasyonları
iii)	Özgür İrade (eylem için niyet)

**Şekil 2.2** Beyinde Duygusal Sistemlerin Seviyeleri (Panksepp, 2010)

MacLean'in teorisine benzer olarak Panksepp de en üst işlevler için (dil ve öz farkındalık gibi bilişsel işlevler) neokortikal beyinin görevini tanımlamıştır. Fakat limbik beyin için Panksepp, koşulsuz duygu üretimi görevi yerine duygusal öğrenme gibi yüksek düzenleyici süreçlerin mevcut olduğunu önermiştir. Panksepp'e göre içgüdüsel beyin yalnızca temel homeostatik süreçlerden değil temel ilkel duyguların oluşmasında da görevlidir (Alcaro, Carta ve Panksepp, 2017). Araştırmalar genellikle insana özgü olduğu öne sürülen üst seviyelere odaklanmıştır. Panksepp, insan duygularını anlamak için korteksaltı sistemlere yoğunlaşılması gerektiğini öne sürmektedir (Panksepp, 2021: 159).

Panksepp tüm memelilerin ilkel duygusal deneyimlerini paylaştığını öne sürerek bu deneyim düzeylerinin farkındalık olarak adlandırılmaması gerektiğini savunur. Bu yüzden üç bilinç biçimi önermiştir (Panksepp ve diğerleri, 2012). Bunlardan ilki anoetik bilinçtir. Anoetik bilinç beynin hiyerarşisi açısından içgüdüsel beyine denk gelmektedir. Temel duygulanımlar, çevresel uyaranlar neticesinde organizmanın hayatta kalma davranışlarında rol oynarlar. Örneğin temel beslenme kaynaklarını bulabilmek için arama davranışına veya tehlikeden kaçınabilmek için korku eğilimine yönlendirirler. Bu temel duygulanımlar, çekirdek benliğin oluşmasını sağlayan beynin primal tabakasında şekillenmektedir ve bu da anoetik bilince denk

düşmektedir (Alcaro, Carta ve Panksepp, 2017). Noetik bilinç ise bellek süreçleri ve dikkate dayanan bir farkındalık boyutunu temsil etmekte ve limbik sistem yapılarıyla şekillendirilmektedir (Alcaro, Carta ve Panksepp, 2017). Otonetik bilinç ise neokortikal yapıların ürettiği, dil edinimi, düşünme, bilinçli hatırlama, gelecekteki olayları hayal etme gibi becerilerle karakterize bir bilinç durumudur. Anoetik bilinçten noetik ve otonetik bilince geçiş insanların sahip olduğu evrimsel bir sıçramadır (Alcaro, Carta ve Panksepp, 2017).

### **2.4.1 Temel Duygu Sistemleri**

Duygu sistemlerinin anlaşılması için birincil süreci ve subkortikal beyin bölgelerini işaret eden Panksepp, tüm memelilerin paylaştığı yedi temel duygu sistemini tanımlamıştır (Panksepp, 2010). Panksepp, temel duyguların sinirbilimsel analizini şu gerçeklere dayandırmıştır:

1. Tutarlı duygusal-içgüdüsel davranışlar beynin özelleşmiş subkortikal bölgelerini elektiriksel olarak uyararak uyandırılabilir.
2. Elektiriksel stimülasyon ile duygusal eylem kalıpları uyandırılırsa buna duygusal deneyimler eşlik eder.
3. Neokorteksin elektiriksel stimülasyonu ile duygusal deneyimler üretilemez. Ancak bu bölge duygu regülasyonunda rol oynar.

#### **2.4.1.1 Arayış Sistemi**

Arayış sistemi, hayvanların hayatta kalabilmek adına ihtiyaç duydukları kaynakları elde edebilmek için gerekli olan motivasyon sistemini ifade eder (Panksepp, 2022). İhtiyaçların giderilmesine yönelik kaynak arayışı beynin ödül sistemi ile ilişkilidir (Montag ve Panksepp, 2017). Temel olarak keşif için bir heves ve öğrenmek için heyecanı tetikler. Bu sistem çevreyi araştırmak ve incelemek adına bir istek uyandırır, temel sinirsel ileticisi dopamindir ve ihtiyaç sensörleri hipotalamustan yola çıkarak çeşitli beyin bölgelerine projeksiyonlar yapar (Solms ve Turnbull, 2013: 118). En sıradan ihtiyaçlardan en yüksek entelektüel meraklara kadar motivasyonumuzu sağlayan bu sistemin aşırı aktivitesi manik düşünceleri ve dürtüselliği tetikleyebilir (Panksepp, 2022). Olumlu değerlendirilmiş arayış sistemi,

öğrenme süreçleriyle bağlantılıdır ve insanı dünyayla ve diğerleriyle ilişki kurmaya teşvik eder (Panksepp, 2005).

#### **2.4.1.2 Öfke Sistemi**

Öfke sistemi, amaca yönelik eylemler engellendiğinde aktifleşen bir sistemdir (Panksepp, 2010). Birçok çevresel uyarının öfkeyi tetikleme potansiyeli olsa da öfke yalnızca bu çevresel uyarılarla açıklanamayacak ilkel bir duygudur (Panksepp, 2021: 390). İnsanın kötülük potansiyeli perspektifinde tartışılan bir duygu olsa da öfke, diğer memelilerle paylaşılan nöroanatomik bir sisteme sahiptir. Bu nöral yol amigdalanın medyal alanlarından hipotalamus bölgelerine oradan da periakvaduktal gri maddeye ilerlemektedir (Panksepp, 2021: 390). Burada saldırganlıkla öfke arasındaki ayrımı yapmak önemlidir. Saldırganlığa her zaman öfke eşlik etmemekle birlikte öfke de kontrol edilebildiğinde saldırganlığa sebep olmamaktadır. Bu sistem hayvanlarda ortaya çıkardığı agresif davranışlarla rakipte korku uyandırarak savunmaya yardımcı olur (Panksepp, 2022). Beslenme ve eş bulma gibi alanlarda rakiplerle mücadele edebilmek açısından öfke sistemi evrimsel olarak avantaj sağlayan otomatik bir nörobiyolojik altyapı sunmaktadır (Solms ve Turnbull, 2013: 126).

#### **2.4.1.3 Korku Sistemi**

Korku sisteminin işlevi organizmayı ağrı ve yıkımdan korumaya yardımcı olur (Panksepp, 2022). Korku deneyimi tehlike karşısında hayvanların kaçma ya da donakalma tepkilerini vermesini sağlar (Panksepp, 2021: 431). Nöral mekanizma olarak merkez amigdala ile periakvaduktal gri madde arasında gerçekleşmektedir. Bu sistemin insanlarda uyarılması aşırı kaygı ya da dehşet hislerinin doğmasına sebep olmaktadır (Solms ve Turnbull, 2013: 127). Sistemi düzenleyen temel nörokimyasallar nöropeptid Y ve kortikotropin salınım faktörüdür (Panksepp, 2022). Bazı kaygı giderici ilaçlar bu sistemleri baskılama yoluyla çalışırlar (Panksepp, 2021: 432).

#### **2.4.1.4 Arzu Sistemi**

Arzu sistemi, cinsiyetler arası farklılık gösteren beyin devreleri ve hormonlar ile aktifleştirilen, soyun devamı için cinsel isteklerin uyandırıldığı bir devredir (Panksepp, 2022). Oksitosin iletimi kadınlarda östrojen ile vazopressin iletimi erkeklerde testosteron ile sağlanır. Bu nörokimyasallar cinsiyete özgü cinsel



davranışın üretilmesini sağlar. Kadınlarda cinsel hazırlığın ve güven duygusunun öncülü oksitosinken erkeklerde harekete geçmeyi teşvik eden kimyasal vazopressindir. Ergenlik döneminde gonadal hormonların aktivitesiyle fenotipik değişimler gözlenir ve cinsel arzu hissedilmeye başlanır (Panksepp, 2022).

Solms ve Turnbull, arzu sistemini arayış sistemiyle ilişkilendirir. Arayış sisteminin ihtiyacı gidermesine yönelik davranışından sonra arzu mekanizması haz verici hisleri üretir. Bu sistemin nöral yolu hipotalamustan başlayarak bazal ön beyinde septal bölgelere ve hipotalamik çekirdeklere projeksiyon yapar, hazzın algılandığı bölge olan periakvaduktal gri maddede sonlanır. Arzu sisteminin düzenleyici nörobileşeni endorfindir.

#### **2.4.1.5 Bakım Sistemi**

Bakım sistemi, anne ve babanın yenidoğana bakım vermesini sağlayan beyin sistemidir (Panksepp, 2021: 522). Türe göre değişmekle birlikte bu bakım genellikle anne tarafından üstlenilmektedir. İnsanlarda bu sistem daha bilinç temelli görünse de özellikle annede beliren yoğun ilgi ve sıcak bakım eğilimi ile bebekle duygusal bir bağ kurulmaktadır. Toplumsal bir anlaşma etrafında babaların da anneler kadar bakım verdiği bir düzen olsa da besinin sağlayıcısı ve beyinsel hazır bulunma yönünden annelik davranışı, bakım sistemi için daha çok incelenmektedir.

Temelde cinsellikle ilgili olan beyinsel mekanizmalar bakım sistemiyle de ilişkilidir. Oksitosin nörokimyasal cinsel davranış için önemliyken bakım verme mekanizmasında da rol oynar (Panksepp, 2022). Bakım vermeye yönelik davranışsal değişiklik annenin bedeninde ve beyinde meydana gelen değişimler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Örnek olarak yeni doğum yapmış bir fareden alınan kanın doğum yapmamış başka bir dişi fareye nakledilmesi o dişide annelik davranışını tetiklemiştir (Panksepp, 2021: 525). İnsanda ise doğum öncesinde progesteron düzeyi düşer, prolaktin, östrojen ve oksitosin artış gösterir. Bu nörokimyasal değişim annelik davranışını tetikleyerek yenidoğanla yakın bağların kurulmasını sağlar (Panksepp, 2022).

#### **2.4.1.6 Panik Sistemi**

Memeli olmak, sosyal bağımlılığı beraberinde getirmektedir. Yavrunun bakımverenden ilgi istemeye yönelik davranışsal özellikleri evrimsel süreç içerisinde gelişmiştir (Panksepp, 2021: 117). Ebeveynini göremediği anda ağlayarak arama davranışı buna bir örnektir. Bağlanma stilleri de bu sistemin bir getirisi. Güvenli bağlanan çocuklar sosyal destek alma konusunda ebeveynlerinden başka kişilere de güvenirlir ve sosyal temastan çekinmezler. Fakat güvensiz bağlanma stillerinde sosyal temastan bir kaçınma ve ebeveynden daha fazla ilgi bekleme söz konusudur (Panksepp, 2021: 555).

Panik sisteminin nöral devresinin merkesi anterior singulat girustur (Solms ve Turnbull, 2013: 130). Glutamak ve kortikotropin salıcı hormon sistemi aktive ederken oksitosin ve prolaktin inhibe etmektedir (Panksepp, 2022). Bu kimyasallar bakım sistemi ve bağlanma ile de ilişkilidir. Güvenli bir bağlanma, gelecekteki psikolojik sağlığın da öncülüdür. Panik sisteminin nöral yapılarının uyarılması insanlarda ani başlayan panik atağa, hayvanlarda ise sıkıntılı ses çıkarmaya sebep olabilmektedir (Solms ve Turnbull, 2013: 130). Solms ve Turnbull'a göre bu sistem sadece ayrılık kaygısıyla değil sevilen birinin/bir şeyin kaybı ile de ilişkilidir. Bu tarz durumlar panik sisteminin etkinliğini artırır ve acı verici deneyimler olarak yaşanır.

#### **2.4.1.7 Oyun Sistemi**

İnsanlar da dahil olmak üzere tüm memeli yavrularının koşmak, kovalamak, boğuşmak gibi temel oyun oynama dürtüleri vardır. Bu eyleme cıvıltı sesleri ve sosyal bir neşe eşlik etmektedir (Panksepp, 2022). Oyun oynamanın temel fonksiyonları arasında sosyal bağların geliştirilmesi ve sosyal kaideleri öğrenmek bulunmaktadır. Bu da gelecek yaşamda ihtiyaç duyulacak olan sosyal becerilerin oluşturulması için bir alan yaratır (Colonnello ve diğerleri, 2011).Oyun sırasında beyinde opioid salınımı olur ve bu üzüntü deneyimi ile ters ilişkilidir (Panksepp, 2005). Bu sistem diğerkamlık ve empati gibi duyguların nöral temelini anlamak için fırsat sunmaktadır. Oyun aynı zamanda çocuklar için frontal lob becerilerinin olgunlaşmasını sağlar ve dürtüsel davranışların inhibe edilebilmesi için gerekli olan mekanizmanın gelişmesinde rol oynar (Panksepp, 2007). Gelişim aşamasında oyundan mahrum kalmak yetişkinlikte sosyal işlevlerin eksikliğine sebep olabilir. Panksepp, oyundan yoksun kalınan şehir

hayatının çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sebep olabileceğini öne sürer (Panksepp, 2007).

### 3 YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, araştırma modeline, örneklem bilgilerine, veri toplama araçlarına, araştırma verilerinin nasıl topladığı ile ilgili bilgilere ve toplanan verinin istatistiksel analizinde kullanılan yöntemler sıralanmaktadır.

#### 3.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma, nicel araştırma türlerinden ilişkisel tarama modeli ile yürütülmüştür. Fibromiyalji grubunda ve kontrol grubunda somatizasyon, zihinselleştirme ve temel duygulanım özellikleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. İlişkisel araştırma, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin, araştırmacının müdahalesi söz konusu olmaksızın incelendiği bir modeldir (Fraenkel ve Wallen, 2006). İlişkisel tarama yönteminde elde edilen bulgular nedenselliğe dair fikirler verebilir. Fakat unutulmamalıdır ki bu bulgular kesin bir neden-sonuç ilişkisine işaret etmemektedir (Büyüköztürk, 2014).

#### 3.2 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmaya fibromiyalji tanısı olan 110 kişi ve fibromiyalji tanısı olmayan (kontrol grubu) 104 kişi olmak üzere toplamda 214 kişi katılmıştır. Katılımcılara, uygun örnekleme ve kartopu örnekleme yollarıyla ulaşılmıştır. Katılımcıların araştırmaya iştiraki gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgilendirilmiş onam formunu onaylayan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir.

Fibromiyalji grubu katılımcılarının 8'ine İzmir'de bulunan özel bir fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi aracılığıyla ve geri kalanına çevrimiçi platformlar üzerinden ulaşılmıştır. Yaşları 18-65 arasında değişen grupta (M= 41.57, SD= 9.02) 99 kadın (%90) ve 11 erkek (%10) katılımcı bulunmaktadır.

Kontrol grubu katılımcılarına çevrimiçi platformlar üzerinden ulaşılmıştır. Yaşları 18-57 arasında değişen grupta (M=36.39, SD= 10.30) 57 kadın (%54.8) ve 45 erkek (%43.3) katılımcı bulunmaktadır.

### **3.3 Veri Toplama Araçları**

Katılımcılara, “Bilgilendirilmiş Onam Formu” da dahil olmak üzere form ve ölçeklerden oluşan bir anket paketi sunulmuştur. Kullanılan enstrümanların ayrıntılı bilgisi aşağıda yer almaktadır.

#### **3.3.1 Sosyo-demografik Veri Formu**

Bu form, araştırmacı tarafından belirlenmiş olup gerekli görülen kişisel bilgileri içermektedir. Bunlar cinsiyet, yaş, eğitim durumu, algılanan ekonomik durum, ilişki durumu gibi bilgilerden oluşmaktadır.

#### **3.3.2 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) (Somatizasyon Ölçeği)**

Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R), Hopkins Üniversitesi’nde 1976 yılında Derogatis ve ekibi tarafından geliştirilmiş 90 sorudan oluşan bir semptom envanteridir (Derogatis ve Savitz, 1999). Ölçek, bireylerin psikolojik belirtilerinin düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin alt boyutları obsesif-kompulsif, kaygı, depresyon, psikotizm, paranoid düşünce, kişiler arası duyarlılık, düşmanlık, fobik kaygı ve somatizasyondan oluşmaktadır (Koğar, 2019). 5’li Likert tipine sahip olan ölçekte maddeler 0’dan (hiç) 4’e (ileri derecede) olarak kodlanmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin yalnızca somatizasyon alt ölçeği kullanılmıştır ve bu alt ölçek 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 ve 58. sorularını kapsamaktadır.

Ölçeğin Türkçe’ye kazandırılması 1991 yılında İhsan Dağ tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan çalışma ile olmuştur. Orijinal çalışmada Derogatis ve arkadaşlarının somatizasyon alt boyutu için hesapladıkları iç yapı güvenirlik katsayısı 0.86 iken Kılıç’ın Türkçe çalışmasında 0.82 olarak bulunmuştur (Kılıç, 1991). Dağ’ın çalışmasında ise güvenirlik katsayıları 0.63 ile 0.84 arasında değişkenlik göstermektedir.

#### **3.3.3 Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (RFQ-54)**

Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (Reflective Functioning Questionnaire) 2008 yılında Fogany ve Ghinai tarafından geliştirilen, 54 maddeden oluşan ve 7’li likert tipinde (1 kesinlikle katılmıyorum ile 7 kesinlikle katılıyorum) puanlanan bir kişisel bildirim

ölçeğidir. Bu ölçeğin amacı kişinin içsel ve dışsal durumları zihinselleştirme kapasitesini ölçebilmektir. Ölçeğin psikometrik özellikleri 2016 yılında Fogany ve arkadaşları tarafından araştırılmış ve geçerlilik, güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek kesinlik (hipermentalizasyon) ve belirsizlik (hipomentalizasyon) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. İki alt boyut için de yüksek puanların alınması zihinselleştirme kapasitesindeki bozulmalar anlamına gelmektedir.

2016 yılında yapılan psikometrik çalışmalara göre ölçeğin kesinlik alt boyutu için ölçülen Cronbach's Alfa değerleri klinik örnekleme .65 iken klinik olmayan örnekleme .67 olarak bulunmuştur. Belirsizlik alt boyutu içinse klinik örnekleme .77 iken klinik olmayan örnekleme .63 olarak ölçülmüştür.

Ölçeğin Türkçe versiyonunu geliştiricileri açık erişime sunmuştur ve web sitelerinde yayınlamışlardır. Ölçeğin Türkçe versiyonu güvenirlik ve geçerlilik çalışması henüz mevcut olmamakla birlikte bu versiyonun geçerliliği için ilk kanıtlardan birini sunan araştırmada kesinlik alt boyutu için Cronbach's Alfa .91 ve belirsizlik alt boyutu için .82 olarak bulunmuştur (Köksal, 2017). Mevcut çalışmada ise bu değerler kesinlik alt boyutu için .87 ve belirsizlik alt boyutu için .78 olarak bulunmuştur.

### **3.3.4 Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ)**

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (The Affective Neuroscience Personality Scales), Davis ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen, Panksepp'in afektif sinirbilim kuramına dayanan bir kişisel bildirim ölçeğidir. Bu kurama göre temel duygulanım özellikleri tüm memeliler tarafından paylaşılan arkaik beyindeki duygusal sistemlerin kuvvetli ve zayıf yönlerinden kaynaklanmaktadır (Özkarar-Gradwohl ve diğerleri, 2014). 110 maddeden oluşan ölçek 7 alt boyuta sahiptir; merak, bakım, oyun, korku, öfke, üzüntü ve maneviyat alt boyutlardır. Her alt boyutta 7'si olumlu ve 7'si olumsuz olmak üzere 14 soru bulunmaktadır. Maneviyat alt boyutunda ise 6'sı olumlu ve 6'sı olumsuz olmak üzere 12 soru bulunmaktadır. Sorular 4'lü likert tipi olmak üzere 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır.

Alt boyutların 3 tanesi pozitif duygulanım başlıklarını oluşturmaktadır. Merak (keşfetme arzusu, merak duygusu, bilmece çözme isteği), oyun (mizah, neşeli olma

hali, eğlenme) ve bakım (empati kurabilme, şefkat gösterebilme, hayvanlara karşı merhametli olmak) pozitif duygulanımları oluşturmaktadır. Negatif duygulanımlar ise korku (gerginlik hali, geçmiş hakkında derin düşünceler, endişelilik), üzüntü (yalnızlık hissi, geçmiş ilişkileri düşünme) ve öfkeden (çabucak sinirlenme, hüsrana duyguları) oluşmaktadır. Maneviyat ise yaratılışla bir bütünlük duygusu hissetmek, hayatta anlam aramak ve içsel huzuru sağlamak anlamına gelmektedir (Davis ve diğerleri, 2003).

Orijinal çalışmanın psikometrik sonuçlarına göre bulunan Cronbach's Alfa değerleri .65 ile .86 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasına dair İçöz tarafından yapılan ilk çalışmada Cronbach's Alfa değerleri arayış için .56, bakım için .72, oyun için .70, korku için .70, öfke için .73, üzüntü için .78 ve maneviyat için .78 olarak bulunmuştur.

### **3.4 İşlem**

Çalışmanın veri toplama aşamasına geçmeden önce İstanbul Arel Üniversitesi'ne Etik Kurul başvurusu yapılmış ve gerekli izinler alınmıştır. Anket formu çevrimiçi platformlara Google Forms aracılığıyla iletilmiş, katılımcılardan bire bir toplanacak olan veriler ise basılı şekilde iletilmiştir. Katılımcılardan kimlik bilgileri istenmemiş Bilgilendirilmiş Onam Formu üzerinden çalışmaya gönüllü katılımlarına dair onayları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı onaylayan kişilerden “Sosyo-demografik Veri Formu”, “Belirti Tarama Listesi Somatizasyon Ölçeği”, “Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği” ve “Sinirbilim Kişilik Ölçeği” doldurulması istenmiş ve bu işlem yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Eksik veya hatalı doldurulan ölçekler çalışmaya dahil edilmeyerek elde edilen verilerin uygun şekilde işlenmiştir.

### **3.5 Verilerin Analizi**

Çalışmada elde edilen veriler uygun forma getirildikten sonra IBM SPSS 26.0 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Kullanılacak istatistiksel analiz yöntemlerini belirlemek amacıyla öncelikle veri setinin normallik sayıltıları incelenmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık gibi parametreleri değerlendirilmiş ve ölçek puanlarının normal dağılıma sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bu yüzden parametrik testler yürütülmesine karar verilmiştir.

Ölçek puanları ve demografik değişkenler için betimsel istatistikler incelenmiş ve gruplar arasında demografik özelliklerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Fibromiyalji grubu ve kontrol grubu arasında ölçek puanlarında farklılaşma olup olmadığını ölçmek amacıyla Bağımsız Örneklem T-testi kullanılmıştır. İki'den fazla kategoriye sahip grupların ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Tek Faktörlü ANOVA Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenli grupların etkileşimli etkisini inceleyebilmek adına Faktöriyel ANOVA Testi tercih edilmiştir. Anlamlı farklılıklar tespit edilmesi durumunda farkın kaynağını araştırabilmek adına gerekli post-hoc testleri uygulanmıştır. Bu testler için etki büyüklüğü Eta Kare istatistiği ile belirlenerek raporlanmıştır. Böylece bağımlı değişkendeki varyansın ne oranda bağımsız değişkenden kaynaklandığı bulunmuştur. Değişkenler arasındaki ilişkilerin derecesini görmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yürütülmüştür. Son olarak fibromiyalji tanısını yordayan faktörleri belirlemek amacıyla Lojistik Regresyon ve somatizasyon puanlarının yordanmasına yönelik Hiyerarşik Regresyon analizleri yapılmıştır. Kullanılan tüm analizlerde ön koşullar kontrol edilmiş ve güven aralığı (p değeri) .05 olarak belirlenmiştir.



## 4 BULGULAR

### 4.1 Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri

Araştırmada, Somatizasyon Ölçeği (SRL-90-R ölçeğinin alt boyutu), Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (YİÖ), Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ) ve alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi yapılmış olup, Cronbach-alfa değerleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1** Ölçeklerin Cronbach-alfa Değerleri

Ölçekler ve alt boyutları	Cronbach-alfa	N
Somatizasyon	.93	12
Yaşantı İşleyiş Ölçeği	.84	54
- Kesinlik	.87	26
- Belirsizlik	.78	26
Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği	.84	110
- Merak	.46	14
- Bakım	.21	14
- Oyun	.50	14
- Korku	.19	14
- Öfke	.26	14
- Üzüntü	.37	14
- Maneviyat	.39	12

### 4.2 Normal Dağılım Analizleri

Araştırmadan elde edilen verilerin, normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığını görmek amacıyla gerekli analizler yapılmış ve elde edilen betimsel istatistikler Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2** Değişkenlerin Betimsel İstatistikleri

	N	$\bar{X}$	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Somatizasyon	214	2.51	.91	.241	-1.00
Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği					
-Kesinlik	214	28.81	14.13	.64	.18
-Belirsizlik	214	13.05	8.96	1.62	4.19
Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği					
- Merak	214	24.15	4.76	.00	1.15
- Bakım	214	28.29	6.24	-.59	.76
- Oyun	214	22.25	6.26	-.27	-.30
- Korku	214	24.68	7.55	-.35	-.06
- Öfke	214	24.91	6.66	-.15	.26
- Üzüntü	214	22.23	5.52	-.12	.69
- Maneviyat	214	21.79	5.60	-.10	-.08

Normal dağılım koşulları incelemesinde, basıklık ve çarpıklık katsayılarının kabul edilebilir aralığı  $\pm 2$  olarak belirlenmiştir (George ve Mallery, 2010). YİÖ'nün belirsizlik alt boyutunun basıklık katsayısı dışında bu değerlerden bir sapma görülmemiştir.

### 4.3 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular

**Tablo 4.3** Fibromiyalji Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Bulgular

Sosyo-demografik özellikler		Fibromiyalji Grubu		Kontrol Grubu	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	99	90	57	54.8
	Erkek	11	10	45	43.3
Yaş	18-29 yaş	9	8.2	35	33.7
	30-39 yaş	39	35.5	34	32.7
	40-49 yaş	42	38.2	17	16.3
	50 yaş ve üzeri	20	18.2	18	17.3
Eğitim	İlkokul	10	9.1	9	8.7

	Lise	37	33.6	14	13.5
	Lisans	48	43.6	65	62.5
	Lisansüstü	15	13.6	16	15.4
Gelir	Düşük	40	36.4	36	34.6
	Orta	53	48.2	55	52.9
	Yüksek	17	15.5	13	12.5
İlişki durumu	İlişkim yok	17	15.5	27	26
	Sevgilim var	6	5.5	15	14.4
	Evli/Nişanlı	87	79.1	62	59.6
Birlikte yaşadığı kişiler	Anne/Baba/Kar.	12	10.9	18	17.3
	Eş ve çocuklar	88	80.0	62	59.6
	Diğer	10	9.1	24	23.1
Psikiyatrik tanı durumu	Evet	55	50	18	17.3
	Hayır	55	50	86	82.7
Fibromiyalji süresi	0-5 yıl	37	33.6	0	0
	5-10 yıl	34	30.9	0	0
	10-15 yıl	15	13.6	0	0
	15 yıldan fazla	24	21.8	0	0

Çalışmaya katılan 214 kişiden, fibromiyalji tanısı alanlar 110 kişi ve fibromiyalji tanısı almayanlar ise 104 kişidir. Fibromiyalji grubu katılımcılarının yaşları 18-65 arasında değişmekteyken (M= 41,57, SD= 9,02), kontrol grubunun yaşları 18-57 arasında değişmektedir (M= 36,39, SD= 10,30).

Fibromiyalji grubu ve kontrol grubu arasında, demografik verilerin farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için ki-kare testleri yapılmıştır. Buna göre fibromiyalji tanı durumuna göre gelir dağılımlarının benzer olduğu görülmüştür ( $\chi^2 (2) = 0,61$ ,  $p > .05$ ). Ancak fibromiyoloji tanı durumuna göre cinsiyet ( $\chi^2 (1) = 33,81$ ,  $p < .05$ ), yaş ( $\chi^2 (3) = 26,26$ ,  $p < .05$ ), eğitim durumu ( $\chi^2 (3) = 12,86$ ,  $p < .05$ ), ilişki durumu ( $\chi^2 (2) = 10,16$ ,  $p < .05$ ), birlikte yaşadığı kişiler ( $\chi^2 (2) = 11,31$ ,  $p < .05$ ) ve psikiyatrik tanı durumu ( $\chi^2 (1) = 23,99$ ,  $p < .05$ ) dağılımlarının farklı olduğu görülmüştür.

Fibromiyalji grubunda kadın oranının (%90) kontrol grubundaki kadın oranından fazla olduğu görülmüştür. Fibromiyalji grubunda 40-49 yaş arası katılımcı oranı (%38,2) yüksek iken, kontrol grubunda 18-29 yaş arası katılımcı oranının (%33,7) yüksek olduğu görülmüştür. Fibromiyalji grubunun %33,6'sı lise mezunu ve %43,6'sı üniversite mezunudur. Kontrol grubunun %13,5'i lise mezunu ve %62,5'i lisans mezunudur. Bu bulgulara göre, fibromiyalji grubunun lise mezunu olma oranları kontrol grubuna göre yüksek iken, fibromiyalji grubunun lisans mezunu olma oranları kontrol grubuna göre düşük olduğu görülmüştür. Fibromiyalji grubunun büyük çoğunluğunun evli olduğu (%79,1) ve büyük çoğunluğunun eşi ve çocukları ile birlikte (%80) yaşadığı görülmüştür. Fibromiyalji tanısı alan bireylerin %50'sinde psikiyatrik tanı alma sözü konusu iken, kontrol grubunda bu oran %17,3'tür.

#### 4.4 Fibromiyalji Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Fibromiyalji grubu ve kontrol grubunun SÖ, YİÖ, ASKÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.4** Fibromiyalji ve Kontrol Grubunun SÖ, YİÖ, ASKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Fibromiyalji tanısı alma durumu	<i>N</i>	$\bar{X}$	<i>Ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatizasyon	Evet	110	3.14	0.69	14.69	.000**
	Hayır	104	1.84	0.59		
Kesinlik	Evet	110	27.68	14.44	-1.14	.229
	Hayır	104	30.01	13.76		
Belirsizlik	Evet	110	14.99	9.20	3.33	.001**
	Hayır	104	11.00	8.25		
Merak	Evet	110	23.22	4.88	-3.00	.003**
	Hayır	104	25.13	4.44		
Bakım	Evet	110	28.32	7.13	0.06	.954
	Hayır	104	28.27	5.17		

Oyun	Evet	110	20.55	6.73	-4.24	.000**
	Hayır	104	24.05	5.18		
Korku	Evet	110	26.98	7.20	4.82	.000**
	Hayır	104	22.25	7.16		
Öfke	Evet	110	26.49	6.63	3.67	.000**
	Hayır	104	23.24	6.29		
Üzüntü	Evet	110	23.98	4.92	5.04	.000**
	Hayır	104	20.38	5.54		
Maneviyat	Evet	110	21.86	5.40	0.19	.853
	Hayır	104	21.72	5.83		

Katılımcıların fibromiyalji tanısı alma durumuna göre SÖ, YİÖ, ASKÖ ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız gruplar t-testi yapılmıştır.

Sonuçları incelediğimizde, fibromiyalji tanısı alma durumuna göre somatizasyon puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $t_{(212)}= 14.69$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.50$ ). Fibromiyalji grubunun somatizasyon puanları ortalaması ( $\bar{X}= 3,14$ ,  $S= 0.69$ ) kontrol grubunun somatizasyon puan ortalamasından ( $\bar{X}=1,84$ ,  $S= 0.59$ ) anlamlı şekilde yüksektir. Fibromiyalji tanısı alma durumu somatizasyon puanlarındaki varyansın %50'sini açıklamaktadır.

Fibromiyalji tanısı alma durumuna göre kesinlik puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $t_{(212)}= -1.14$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2= .01$ ). Ancak fibromiyalji tanısı alma durumuna göre belirsizlik puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $t_{(212)}= 3.33$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2= .05$ ). Fibromiyalji grubunun belirsizlik puanları ortalaması ( $\bar{X}= 14,99$ ,  $S= 9.20$ ) kontrol grubunun belirsizlik puan ortalamasından ( $\bar{X}= 11$ ,  $S= 8.25$ ) anlamlı şekilde yüksektir. Fibromiyalji tanısı alma durumu belirsizlik puanlarında görülen varyansın %5'ini açıklamaktadır.

Fibromiyalji tanısı alma durumuna göre bakım puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $t_{(211.45)} = 0.06$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2= .00$ ). Fibromiyalji tanısı alma

durumuna göre maneviyat puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $t_{(212)} = 0.19, p > .05, \eta^2 = .00$ ).

Fibromiyalji tanısı alma durumuna göre merak puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $t_{(212)} = -3.00, p < .01, \eta^2 = .04$ ). Fibromiyalji grubunun merak puanları ortalaması ( $\bar{X} = 23.22, S = 4.88$ ) kontrol grubunun merak puan ortalamasından ( $\bar{X} = 25.13, S = 4.44$ ) anlamlı şekilde düşüktür. Fibromiyalji tanısı alma durumu merak puanlarında görülen varyansın %4'ünü açıklamaktadır.

Fibromiyalji tanısı alma durumuna göre oyun puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $t_{(212)} = -4.24, p < .01, \eta^2 = .08$ ). Fibromiyalji grubunun oyun puanları ortalaması ( $\bar{X} = 20.55, S = 6.73$ ) kontrol grubunun oyun puan ortalamasından ( $\bar{X} = 24.05, S = 5.18$ ) anlamlı şekilde düşüktür. Fibromiyalji tanısı alma durumu oyun puanlarında görülen varyansın %8'ünü açıklamaktadır.

Fibromiyalji tanısı alma durumuna göre korku puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $t_{(212)} = 4.82, p < .01, \eta^2 = .10$ ) Fibromiyalji grubunun korku puanları ortalaması ( $\bar{X} = 26.98, S = 7.20$ ) kontrol grubunun korku puan ortalamasından ( $\bar{X} = 22.25, S = 7.16$ ) anlamlı şekilde yüksektir. Fibromiyalji tanısı alma durumu korku puanlarında görülen varyansın %10'unu açıklamaktadır.

Fibromiyalji tanısı alma durumuna göre öfke puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $t_{(212)} = 3.67, p < .01, \eta^2 = .06$ ). Fibromiyalji grubunun öfke puanları ortalaması ( $\bar{X} = 26.49, S = 6.63$ ) kontrol grubunun öfke puan ortalamasından ( $\bar{X} = 23.24, S = 6.29$ ) anlamlı şekilde yüksektir. Fibromiyalji tanısı alma durumu öfke puanlarında görülen varyansın %6'sını açıklamaktadır.

Fibromiyalji tanısı alma durumuna göre üzüntü puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $t_{(212)} = 5.04, p < .01, \eta^2 = .11$ ). Fibromiyalji grubunun üzüntü puanları ortalaması ( $\bar{X} = 23.98, S = 4.92$ ) kontrol grubunun üzüntü puan ortalamasından ( $\bar{X} = 20.38, S = 5.54$ ) anlamlı şekilde yüksektir. Fibromiyalji tanısı alma durumu üzüntü puanlarında görülen varyansın %11'ini açıklamaktadır.

Bu bulgulara göre fibromiyalji grubunun merak ve oyun puanları kontrol grubunun puanlarından düşükken ; korku, öfke ve üzüntü puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

#### 4.5 Fibromiyalji Tanı Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Fibromiyalji tanı süresine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasına dair Tek Yönlü Anova sonuçları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5** Fibromiyalji Tanı Süresine Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması Tek Yönlü Anova Sonuçları

	Fibromiyalji süresi	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Somatizasyon	0-5 yıl	37	3.03	0.65	1.12	0.343
	5-10 yıl	34	3.14	0.76		
	10-15 yıl	15	3.05	0.81		
	15 yıldan fazla	24	3.34	0.55		
Kesinlik	0-5 yıl	37	27.51	14.65	0.37	0.772
	5-10 yıl	34	26.47	12.84		
	10-15 yıl	15	31.20	13.05		
	15 yıldan fazla	24	27.46	17.37		
Belirsizlik	0-5 yıl	37	16.46	10.63	1.31	0.274
	5-10 yıl	34	14.29	9.17		
	10-15 yıl	15	11.27	6.09		
	15 yıldan fazla	24	16.04	8.16		
Merak	0-5 yıl	37	23.43	4.99	0.20	0.898
	5-10 yıl	34	23.24	4.50		
	10-15 yıl	15	22.33	6.26		
	15 yıldan fazla	24	23.42	4.52		
Bakım	0-5 yıl	37	27.62	6.31	1.34	0.266
	5-10 yıl	34	28.24	7.64		
	10-15 yıl	15	26.47	7.55		
	15 yıldan fazla	24	30.67	7.16		
Oyun	0-5 yıl	37	19.95	5.15	1.98	0.122
	5-10 yıl	34	19.21	6.61		
	10-15 yıl	15	20.67	8.75		
	15 yıldan fazla	24	23.33	7.22		

Korku	0-5 yıl	37	26.43	7.69	0.37	0.778
	5-10 yıl	34	27.74	6.75		
	10-15 yıl	15	25.80	6.75		
	15 yıldan fazla	24	27.50	7.59		
Öfke	0-5 yıl	37	26.73	6.35	0.58	0.633
	5-10 yıl	34	26.26	6.88		
	10-15 yıl	15	24.73	6.65		
	15 yıldan fazla	24	27.54	6.85		
Üzüntü	0-5 yıl	37	23.19	4.59	1.36	0.259
	5-10 yıl	34	23.76	4.68		
	10-15 yıl	15	23.67	5.64		
	15 yıldan fazla	24	25.71	5.16		
Maneviyat	0-5 yıl	37	21.30	3.70	3.79	0.013*
	5-10 yıl	34	22.71	5.77		
	10-15 yıl	15	18.33	7.44		
	15 yıldan fazla	24	23.75	4.68		

Fibromiyalji tanı süresine göre somatizasyon, kesinlik, belirsizlik, merak bakım, oyun, korku, öfke ve üzüntü puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $F_{(3,106)} = 1.12, p > .05, \eta^2 = .03$  ;  $F_{(3,106)} = 0.37, p > .05, \eta^2 = .01$  ;  $F_{(3,106)} = 1.31, p > .05, \eta^2 = .04$  ;  $F_{(3,106)} = .20, p > .05, \eta^2 = .01$  ;  $F_{(3,106)} = 1.34, p > .05, \eta^2 = .04$  ;  $F_{(3,106)} = 1.98, p > .05, \eta^2 = .05$  ;  $F_{(3,106)} = 0.37, p > .05, \eta^2 = .01$  ;  $F_{(3,106)} = .58, p > .05, \eta^2 = .02$  ;  $F_{(3,106)} = 1.36, p > .05, \eta^2 = .04$ ).

Fibromiyalji tanı süresine göre maneviyat puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ( $F_{(3,106)} = 3.79, p < .05$ ). Yapılan post-hoc analizi bu farkın 10-15 yıldır tanısı olan grubun puanlarının ortalamasının ( $\bar{X} = 18.33$ ), 15 yıldan fazla tanısı olan grubun puanlarının ortalamasından ( $\bar{X} = 23.75$ ) anlamlı şekilde yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.



#### **4.6 Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi**

Fibromiyalji tanısı ile SÖ, YİÖ, ASKÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiler Nokta Çift Serili Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsıyısı ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.6** Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Fibromiyalji Tanısı	-										
2. Somatizasyon	.710**	-									
3. Kesinlik	-.083	-.077	-								
4. Belirsizlik	.223**	.248**	-.323**	-							
5. Merak	-.202**	-.173*	.261**	-.176**	-						
6. Bakım	.004	.043	.220**	-.018	.300**	-					
7. Oyun	-.280**	-.264**	.194**	-.206**	.425**	.297**	-				
8. Korku	.314**	.409**	-.295**	.306**	-.126	.112	-.350**	-			
9. Öfke	.245**	.358**	-.145*	.289**	-.126	-.040	-.271**	.553**	-		
10. Üzüntü	.327**	.478**	-.320**	.259**	-.211**	.103	-.352**	.700**	.466**	-	
11. Maneviyat	.013	.038	.185**	-.082	.196**	.423**	.251**	.161*	.092	.223**	-

$p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

Bu sonuçlara göre, fibromiyalji tanısı ile somatizasyon arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=.71, p<.05$ ). Fibromiyalji tanısı ile belirsizlik arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=.22, p<.05$ ). Bu bulgulara göre, belirsizlik puanları arttıkça, fibromiyalji tanısı alma olasılığı artacaktır.

Fibromiyalji tanısı ile merak ve oyun puanları arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= -.20, p<.05; r= -.28, p<.05$ ). Fibromiyalji tanısı ile korku, öfke ve üzüntü puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=.31, p<.05; r=.25, p<.05; r=.33, p<.05$ ). Bu bulgulara göre, merak ve oyun puanları arttıkça, fibromiyalji tanısı alma olasılığı azalacak, korku, öfke ve üzüntü puanları arttıkça, fibromiyalji tanısı alma olasılığı ise artacaktır.

Somatizasyon puanları ile belirsizlik, korku, öfke ve üzüntü puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= .25, p<.05; r= .41, p<.05; r= .36, p<.05, r= .48, p<.05$ ). Somatizasyon puanları ile merak ve oyun puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= -.17, p<.05; r= -.26, p<.05$ ).

Kesinlik puanları ile belirsizlik, korku, öfke ve üzüntü puanları arasında düşük ve orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir edilmiştir ( $r= -.32, p<.05; r= -.30, p<.05; r= -.15, p<.05, r= -.32, p<.05$ ). Kesinlik puanları ile merak, bakım ve maneviyat puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= .26, p<.05; r= .22, p<.05; r= .19, p<.05$ ).

Belirsizlik puanları ile merak ve oyun puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= -.18, p<.05; r= -.21, p<.05$ ). Belirsizlik puanları ile korku, öfke ve üzüntü puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= .31, p<.05; r= .29, p<.05; r= .26, p<.05$ ).

Merak puanları ile bakım, oyun ve maneviyat puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= .30, p<.05; r= .43, p<.05; r= .20, p<.05$ ). Merak puanları ile üzüntü puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r= -.21, p<.05$ ).

Bakım puanları ile oyun ve maneviyat puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .30, p < .05$ ;  $r = .42, p < .05$ ).

Oyun puanları ile korku, öfke ve üzüntü puanları arasında düşük ve orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = -.35, p < .05$ ;  $r = -.27, p < .05$ ;  $r = -.35, p < .05$ ). Oyun puanları ve maneviyat puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .25, p < .05$ ).

Korku puanları ile öfke ve üzüntü puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .55, p < .05$ ;  $r = .70, p < .05$ ). Korku puanları ile maneviyat puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .16, p < .05$ ).

Öfke puanları ile üzüntü puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .47, p < .05$ ).

Üzüntü puanları ile maneviyat puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .22, p < .05$ ).

#### **4.7 Fibromiyalji Tanısı Olasılığının Tahmin Edilmesine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Regresyon analizleri uygulanmadan önce varsayımların karşılanıp karşılanmadığı test edilmiştir. Bunun için öncelikle bağımsız değişkenler arasında çoklu ortak doğrusallık olup olmadığına bakılmıştır. Çoklu ortak doğrusallık olması için bağımsız değişkenler arasında .9 ve üzerinde korelasyon olması gerekmektedir. Bağımsız değişkenler (somatizasyon, belirsizlik, merak, oyun, korku ve üzüntü) arasındaki korelasyonlar incelendiğinde en yüksek değer .70 olduğu ve çoklu ortak doğrusallık olmadığı bulunmuştur. Ek olarak Tolerance ve VIF değerleri de incelenmiştir. Tolerance değerlerinin .454 ile .872, VIF değerlerinin ise 1.147 ile 2.200 arasında değiştiği görülmektedir. Bu değerler kabul edilebilir sınırlar içerisindedir.

Uç değerlerin varlığı Mahalonobis Mesafesi ile kontrol edilmiş ve kritik değer analizde 7 bağımsız değişken olduğu için 24.32 olarak belirlenmiştir. Yapılan analizde regresyon varsayımlarını ihlal edecek bir durum olmadığı görülmüştür.

Fibromiyalji tanısını yordayan faktörleri belirlemek üzere yapılan lojistik regresyon analizlerine göre somatizasyon, belirsizlik, merak, oyun, korku, öfke ve üzüntü puanlarının fibromiyalji tanısını anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur ( $\chi^2(7)=143.302$ ,  $p<.01$ ). Kurulan model bir bütün olarak fibromiyalji tanısı olasılığındaki varyansın Cox & Snell'e göre %48.8'ini, Nagelkerke'ye göre %65.1'ini açıklamaktadır ve katılımcıların %83,2'sini doğru biçimde sınıflandırabilmiştir. Bağımsız değişkenlerden sadece somatizasyon modele, kendine özgü istatistiksel olarak anlamlı katkıda bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerden belirsizlik, merak, oyun, korku, öfke ve üzüntü modele, kendine özgü istatistiksel olarak anlamlı katkıda bulunamamıştır. Sonuçlar Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7** Fibromiyalji Tanı Olasılığı Tahmin Eden Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	B	S.E.	Wald	sd	p	İhtimal Oranı	95% C.I.İhtimal Oranı İçin	
							Düşük	Yüksek
Somatizasyon	-2.73	.38	53.30	1	.00	.07	.03	.14
Belirsizlik	-.02	.03	.59	1	.44	.98	.93	1.03
Merak	.03	.05	.30	1	.58	1.03	.93	1.13
Oyun	.06	.04	2.54	1	.11	1.07	.99	1.15
Korku	-.03	.05	.55	1	.46	.97	.89	1.06
Öfke	.02	.04	.22	1	.64	1.02	.94	1.11
Üzüntü	.08	.06	1.90	1	.17	1.08	.97	1.21
Sabit	3.39	1.79	3.59	1	.06	29.69		

#### 4.8 Somatizasyon Puanlarının Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Hiyerarşik çoklu regresyon analizleri yürütülmeden önce varsayımların karşılanıp karşılanmadığı test edilmiştir ve varsayımların ihlal edilmediği görülmüştür. Somatizasyon puanlarını yordamak üzere kurulan Model 1'e üzüntü değişkeni dahil edilmiş ve somatizasyon puanlarındaki varyansın %23'ünü açıkladığı görülmüştür ( $F_{(1, 213)} = 62.82$ ,  $p<.01$ ). Model 2'ye korku puanları dahil edilmiş ve bu modelin somatizasyon puanlarındaki varyansın %24'ünü açıkladığı bulunmuştur ( $R$  kare değişim = .01  $F$  değişim  $(2, 213) = 3.05$ ,  $p<.01$ ). Model 3'te belirsizlik ve öfke puanları dahil edilerek ulaşılan nihai modelin somatizasyon puanlarındaki varyansın %26'sını

açıklamaktadır. Bu modelde sadece üzüntü puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Beta = .35,  $p < .01$ ). Sonuçlar Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8** Somatizasyon Puanlarının Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

		B	Std. Hata	Beta	t	p	R	Adjusted R2	F	P
Model 1	Sabit	.75	.23		3.31	.00	.48	.23	62.82	.00
	Üzüntü	.08	.01	.48	7.93	.00				
Model 2	Sabit	.69	.23		3.02	.00	.49	.23	3.05	.08
	Üzüntü	.06	.01	.38	4.47	.00				
	Korku	.02	.01	.15	1.75	.08				
Model 3	Sabit	.46	.25		1.84	.07	.51	.25	3.44	.03
	Üzüntü	.06	.01	.35	4.13	.00				
	Korku	.01	.01	.06	.70	.48				
	Belirsizlik	.01	.01	.10	1.59	.11				
	Öfke	.02	.01	.13	1.83	.07				

## 5 TARTIŞMA

Bu araştırmada, fibromiyalji sendromunda somatizasyonun, zihinselleştirilen ve temel duygulanım özelliklerinin rolünün araştırılması amaçlanmıştır. Tartışma bölümünde araştırmanın verilerinin istatistiksel analizlerinden elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılacaktır. Öncelikle sosyodemografik verilerin değerlendirilmesine yer verilmiştir. Sonrasında fibromiyalji ve kontrol grubu arasındaki temel değişkenlerin farklılıkları geçmiş çalışmalar ışığında değerlendirilmiştir. Daha sonra temel değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş ve son olarak regresyon analizlerinin incelemesi yapılmıştır.

### 5.1 Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi

Bu araştırmadaki fibromiyalji grubu 99 kadın (%90) ve 11 erkek (%10) katılımcıdan oluşmaktadır. Dünya çapında fibromiyalji sendromunun kadın-erkek oranı yaklaşık 3/1 olarak rapor edilmektedir (Queiroz, 2013). Bu çalışmada kadın katılımcı oranı literatürde belirtilenden daha yüksektir. Fibromiyalji grubu katılımcıların yaş ortalaması 42 olup yoğunlaşma daha çok 30-39 yaş (%35.5) ve 40-49 yaş (%38.2) gruplarında olmuştur. Araştırmalar orta/ileri yaşlı fibromiyalji sendromu için risk faktörü olarak göstermektedir (Creed, 2020). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar yaş gruplarının dağılımı açısından literatür ile tutarlıdır.

Fibromiyalji ve kontrol grubu sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ilişki durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve psikiyatrik tanı açısından farklılıklara rastlanmıştır. Fibromiyalji grubunda kadın katılımcı oranı (%90) kontrol grubundan (%55) yüksektir. Fibromiyalji grubunun yaş ortalaması 42 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 36'dır. Fibromiyalji grubu katılımcıların eğitim düzeylerinin kontrol grubu katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Fibromiyalji grubunun büyük çoğunluğu evli olduğunu (%79) ve eşi ve çocuklarıyla yaşadıklarını (%80) beyan etmiştir. Son olarak fibromiyalji grubu katılımcıları %50 oranında psikiyatrik tanı bildirirken bu oran kontrol grubunda %17'dir. Literatürde düşük eğitim düzeyi ve düşük ekonomik gelir grubunda olmak fibromiyalji için risk faktörü olarak geçmektedir (Queiroz, 2013). Araştırma eğitim



düzeıı bakımından literatürle benzer bir sonuca ulaşırken gelir düzeyleri konusunda fibromiyalji grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatür evli kadınlarda fibromiyalji sendromu yaygınlığının diğır medeni durumlara göre yüksek olduğunu göstermektedir (Ruiz-Perez ve diğırleri, 2009). Bu çalışmada elde edilen veriler medeni durum bakımından literatür ile tutarlı bulunmuştur. Literatüre göre fibromiyalji sendromuyla eş tanılı olarak bir psikiyatrik bozukluğa sahip olma oranları yüksektir. Fibromiyalji tanılı kişilerin yaşamboyu depresyon prevalansı %74 iken kaygı bozukluğu oranı %60'tır (Buskila ve Cohen, 2007). Bu çalışmada da en sık bildirilen psikiyatrik bozukluklar depresyon ve kaygı bozuklukları olup oransal olarak literatür ile örtüşen sonuçlara ulaşılmıştır.

## **5.2 Fibromiyalji ve Kontrol Grubu Arasındaki Farkların Değırlendirilmesi**

Fibromiyalji ve kontrol grubunun ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda somatizasyon, belirsizlik, merak, oyun, korku, öfke ve üzüntü puanlarında gruplar arası farklılaşma tespit edilmiştir. Bu bölümde farklılaşmanın kaynakları literatür ışığında değırlendirilecektir.

Fibromiyalji grubunun somatizasyon puanları beklendiği üzere kontrol grubunun puanlarından yüksek bulunmuştur. Fibromiyalji grubunun somatizasyon puanı ortalaması yüksek düzeydeyken, kontrol grubunun ortalaması orta düzeydedir. Somatik semptomlar fibromiyalji sendromunun teşhis kriterlerini oluşturmakla birlikte bu semptomların sayısı fibromiyalji sendromunun şiddetinin belirlenmesi için önem arz etmektedir (Creed, 2022). Fibromiyalji sendromlu kişilerin genel popülasyona kıyasla somatik semptom bozukluklarına daha yatkın olduğu yönünde araştırmalar vardır (Hauser ve diğırleri, 2020). Çalışmalar fibromiyalji sendromundan muzdarip kişilerin sendromun başlangıcından önce de yüksek somatizasyon skorlarına sahip olabileceğini ve bunun yüksek bir risk faktörü olabileceğini bildirmektedir (Creed, 2022).

Fibromiyalji grubu ve kontrol grubu arasında zihinselleştirmenin boyutları olan kesinlik puanlarında farklılaşma görülmezken belirsizlik puanları arasında farklılaşma bulunmuştur. Fibromiyalji grubunun belirsizlik puanları ortalaması kontrol grubunun belirsizlik puanları ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Literatürde spesifik

olarak fibromiyalji sendromu örneklemeyle yapılan zihinselleştirme kapasitesi araştırmalarında çeşitli sonuçlar yer almaktadır. Bazı araştırmalar fibromiyalji grubunun zihinselleştirme kapasitesini kontrol grubundan düşük bulurken (İnanç ve diğerleri, 2019; Di Tella ve diğerleri, 2015), bazı araştırmalarda gruplar arası farklılık tespit edilmemiştir (Ayhan ve diğerleri, 2021). Bununla birlikte zihinselleştirme ve kapsadığı kavramların fibromiyalji sendromu ve ilişkili bozukluklarla ilişkisini ortaya koyan çalışmalar literatürde oransal olarak çok daha yüksek bulunmuştur.

Zihinselleştirme kapasitesindeki düşüklüğün somatik şikayetleri arttıracadığı yönünde bulgular mevcuttur. Özellikle duyguların farkında olunması ve dile getirilebilmesi ile psikosomatik belirtilerin arasındaki ilişkiler çok güçlü şekilde vurgulanmış olsa da bu duygusal farkındalığa ulaşabilmek için gerekli olan süreçlerden biri de iyi bir zihinselleştirme kapasitesinin gelişmiş olmasıdır. Gelişimsel olarak bakıldığında zihinselleştirme süreci, duyguların zihinsel temsillerinin oluşturulacadığı aşamadır ve duygular sembolik bir forma bürünürler (Subic-Wrana ve diğerleri, 2010). Fibromiyalji sendromu ile komorbidite gösteren ve benzer psikosomatik yakınmaların ortak olduğu hassas bağırsak sendromunun zihinselleştirme ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Hassas bağırsak sendromuna sahip kişilerin zihinselleştirme kapasitesi kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Dzirlo ve diğerleri, 2021). Somatoform bozukluklarda zihinselleştirme kapasitesinin azlığı, güvensiz bağlanma paternleri ve stres yanıtındaki bozulmalar etkileşim içindeki bir dizi süreç olarak önerilmektedir (Luyten, 2019). Araştırmalar zihinselleştirmenin iki alt boyutu olan kesinlik ve belirsizliğin somatizasyon için risk faktörü olduğunu bildirirse de mevcut çalışmada sadece belirsizlik puanlarında farklılık bulunmuştur. Örneğin depresif semptomlar için de hem kesinlik hem belirsizlik boyutunda farklılaşmalar rapor edilmiştir (Li, Carracher ve Bird, 2020). Fibromiyalji sendromu özelinde bir bulguya rastlanmamakla birlikte özellikle duygular hakkında belirsizliğin ve zihinsel durumların inkarının bu sendrom için karakteristik olması yalnızca belirsizlik boyutunda farklılık bulunmasına yol açmış olabilir.

Zihinselleştirme, duyguları tanıma ve tanımlama zorluğu olan aleksitimi kavramıyla örtüşmektedir. Bu örtüşmeden yola çıkarak aleksitimi kavramının fibromiyalji sendromuyla ilişkisi incelenebilir. Fibromiyalji sendromunda aleksitimi

skorlarının anlamlı şekilde yüksek olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Montoro, del Paso ve Dusckek, 2016; Di Tella ve diğerleri, 2017; Di Tella ve Castelli, 2013). Bilişsel işleme ve duygu düzenleme becerilerinde eksiklik olarak tanımlanan aleksitiminin karakteristiği duygular ve bedensel hisler arasında ayırım yapılmasını zorlaştırmaktadır (Gil ve diğerleri, 2008). Aleksitimin gelişimi ve özelliklerinin büyük açıdan zihinselleştirme ile eşleşmesi bakımından fibromiyalji sendromuyla olan ilişkilerinin de benzer sonuçlar vermesi beklenebilir. Nitekim literatürdeki araştırmalar da bunu desteklemekte olup mevcut çalışmada da fibromiyalji grubunda belirsizlik puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışma fibromiyalji sendromu örneğinde “Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği”nin kullanıldığı ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Sonuçlara yönelik beklenti pozitif duygulanım özelliklerinin fibromiyalji grubunda kontrol grubuna göre düşük olması ve negatif duygulanım özelliklerinin kontrol grubuna göre yüksek olması yönündeydi. Nitekim pozitif duygulanım özellikleri olan merak ve oyun puanları fibromiyalji grubunda kontrol grubuna nazaran anlamlı şekilde düşük, negatif duygulanım özellikleri olan korku, öfke ve üzüntü puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bakım ve maneviyat puanlarında gruplar arası bir farklılaşma gözlenmemiştir. Literatürde fibromiyalji sendromunda kişilik yapılarını inceleyen çalışmalar mevcuttur. Sonuçlar fibromiyalji sendromunun yüksek nevrozizm, düşük özyeterlilik, düşük farkındalık, yüksek zarardan kaçınma, kötümserlik, korku, düşük yenilik arayışı gibi özelliklerle ilişkili olduğuna yönelik bulgular sunmaktadır (Malin ve Littlejohn, 2012; Seto ve diğerleri, 2019; Conversano ve diğerleri, 2018). Bazı çalışmalarda ise fibromiyalji sendromu ve diğer kronik ağrı hastalıkları karşılaştırılmış ve gruplar arasında kişilik özellikleri bakımından farklılık gözlenmemiştir (Torres ve diğerleri, 2013). Bu durum, kronik ağrının bir sonucu olarak bazı kişilik tiplerine yatkınlık oluştuğu fikri ile açıklanmıştır.

Mevcut çalışmada, keşfetmeye ilgi duymak, sorunlara çözümler bulmak için istekli olmak gibi özelliklerle tanımlanmış merak puanları fibromiyalji grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Literatürde fibromiyalji sendromu zarardan kaçınma ve düşük yenilik arayışı özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (Santos ve diğerleri, 2017; Garcia-Fontanals ve diğerleri, 2016). Anksiyete ve

depresyon puanları kontrol edildiği koşulda bile düşük düzeyde yenilik arayışı fibromiyalji sendromu ile ilişkili görülmüştür. Fibromiyalji sendromu ve yenilik arayışı arasında ortak bir biyolojik temelden bahsetmek mümkündür. Dopaminerjik yapılarıdaki bozukluklar depresif belirtiler, fibromiyalji sendromu ve düşük yenilik arayışı için ortak bir organik temeli oluşturur (Santos ve diğerleri, 2017). Bu biyolojik açıklama afektif sinirbilim kuramının merak/arayış mekanizması için önerdiği açıklamayla örtüşmektedir. Sonuç olarak bu çalışmada merak puanlarından elde edilen veri literatür ile tutarlı görünmektedir.

Gruplar arası farklılığın bulunduğu bir diğer boyut eğlenmek, fiziksel temasta olmak, neşeli olmak gibi özelliklerle tanımlanan oyun puanlarıdır. Fibromiyalji grubunun puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde düşüktür. Literatürde fibromiyalji sendromu, yüksek duygusal dengesizlik ve yüksek zarardan kaçınma ile ilişkili bulunmuştur (Sto ve diğerleri, 2019; Leombruni ve diğerleri, 2016). Duygusal dengesizlik beş faktörlü kişilik kuramının bir faktörü olup güvensizlik, öfke, alınganlık gibi özelliklere sahiptir (Doğan, 2013). Bu açıdan bakıldığında bu özelliklere sahip kişilerin kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşamaları olasıdır ve oyun temel duygulanımıyla zıt düşmesi olası görünmektedir. Beş faktörlü kişiliğin başka bir boyutu olan dışadönüklük fibromiyalji sendromunda kontrol grubuna kıyasla düşük bulunmuştur (Montoro ve del Paso, 2015). Dışadönüklük özelliği ise oyun temel duygulanımıyla yüksek oranda benzer özellikler göstermekte olup insanlarla yakın ilişkiler kurmayı, sıcakkanlı olmayı kapsamaktadır (Doğan, 2013). Zarardan kaçınma davranışı fibromiyalji grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Leombruni ve diğerleri, 2016). Bu özellik de endişeli olma, belirsizlikten korkma ve utangaç tavırlarla karakterize bir özelliktir (Kaçar Başaran, Özyağcı ve Arkar, 2019). Tüm bu kişilik özelliklerinin fibromiyalji ile ilişkisi, bu araştırmada oyun puanlarının bulguları ile tutarlı görünmektedir.

Çalışmada tüm olumsuz duygulanım puanları (korku, öfke, üzüntü) beklendiği üzere fibromiyalji grubunda kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Korku, tedirgin hissetme, gerginlik, geçmiş hakkında yoğun düşüncelerle karakterize bir temel duygulanımdır. Bu sistem Panksepp'in teorisinde bakımverenden ayrılma korkusu ve bağlanma stilleriyle ilişkilendirilmiştir. Fibromiyalji sendromunun güvensiz bağlanma stilleriyle ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır

(Penacoba ve diğeri, 2018; Oliveira ve Costa, 2009). Endişeli ve kaçınan bağlanma stillerinin fibromiyalji sendromunda anlamlı şekilde yüksek görünmesi, korku puanlarıyla ilgili bulguları anlamak açısından ilk adım olabilir. Bu bulgularla tutarlı olarak araştırmalar, fibromiyalji sendromunda duyguları işlemek ve düzenlemek yerine duygusal olarak kaçınan olmanın ve korku dahil olumsuz duyguların daha fazla deneyimlendiğini ortaya koymaktadır (van Middendorp ve diğeri, 2008). Bağlanma stilleriyle ilişkili olarak çocukluk çağı travmaları da fibromiyalji sendromuyla ilişkilidir (Weissbecker ve diğeri, 2006, Waller ve diğeri, 2016). Çocuklukta maruz kalınan fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın yüksek kortizol yanıtına sebep olduğu düşünüldüğünde korku ve kaçınmacı davranışlar için ortak bir zemin yarattığı görülmektedir. Oyun puanlarının düşüklüğünü de göz önünde bulundurursak sosyal açıdan içedönük, kişilerarası işbirliğinde kaçınmacı, düşük yenilik arayışına sahip kişilik profillerini temsil eden fibromiyalji sendromunda korku puanlarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Gruplar arası farklılığın görüldüğü bir diğer temel duygulanım özelliği, kızgın olmak, kolay tahrik olmak, öfkeyi sözlü veya fiziksel şekilde ifade etmek anlamına gelen öfke puanlarıdır. Çalışmanın bulguları fibromiyalji sendromunda öfkenin araştırıldığı önceki çalışmalarla tutarlıdır. Çalışmalar fibromiyalji sendromunda öfke puanlarının kontrol gruplarından daha yüksek olduğunu göstermektedir (van Middendorp, 2010; Sayar, Güleç ve Topbaş, 2004). Öfke kontrolünü yapamayan kişilerin daha düşük ağrı eşiğine sahip olduğuna dair bulgular vardır (Janssen ve diğeri, 2001). Öfke düzeyleri ağrı yoğunluğu ile ilişkilendirilse de romatizmal ağrı hastalıkları ve fibromiyalji grubu ağrı yoğunluğu kontrol edilerek karşılaştırıldığında bile fibromiyalji grubunda öfke puanları daha yüksek bulunmuştur (Sayar, Güleç ve Topbaş, 2004). Öfkenin içselleştirilmesi ve bastırılması fibromiyalji sendromlu kişiler için tipik görünmektedir (Galvez-Sanchez ve diğeri, 2022). Panksepp'e göre öfke, eylemler engellendiğinde aktifleşen bir sistemdir. Toplumsal olarak öfke ifadesinin özellikle kadınlarda kısıtlanması bu duygunun bastırılmasına yol açıyor olabilir (van Middendorp, 2010). Panksepp öfkeyi aynı zamanda arayış sistemiyle ilişkilendirir ve arayış sisteminde gerçekleşmemiş beklentinin engellenmeyle ilişkili nöral devreleri ateşlediğini ve bunun da öfke sistemini uyandırdığını ifade eder (Panksepp, 2021: 395). Bununla paralel olarak çocukluk çağı örselenme yaşantıları fibromiyalji sendromuyla ilişkili bulunmuştur (Bayram ve Erol, 2014). Özellikle çocuklukta oyun

davranışı ile pekiştirilen dışadönüklük, sosyal iletişim beceriler öfke ile ters bir ilişki içindedir. Yetersiz düzeyde oyun, sosyal deneyimlerin azalmasıyla ve kişinin sosyal ödüllere daha az duyarlı hale gelmesiyle sonuçlanmaktadır (Davis, Panksepp ve Nomansel, 2014). Bu durum örselenme ve reddedilme yaşantılarıyla ortaya çıkabilir ve içedönük eğilimlerin gelişmesine yol açabilir. Benzer çocukluk çağı yaşantıları fibromiyalji sendromu için de risk faktörü olmakla birlikte öfke ile ilgili analizler literatürdeki çalışmaları doğrulamaktadır.

Gruplar arası anlamlı farklılık bulunan son negatif duygulanım üzüntüdür. Üzüntü, yalnızlık hissi, sevdiklerinden ayrıyken yaşanan sıkıntı, geçmiş ilişkileri düşünmek anlamına gelmektedir (Özkarar-Gradwohl ve diğerleri, 2014). Fibromiyalji grubunun üzüntü puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Gündelik yaşamda ayrılık kaygısı, yas, keder gibi durumlar üzüntü sistemini aktive etmektedir (Panksepp, 2021: 548). Sevilen birinin kaybı ve yas sürecini fibromiyalji sendromuyla ilişkilendiren çalışmalar vardır (Furness ve diğerleri, 2018). Fibromiyalji sendromunda kontrol grubuna nazaran daha yüksek öfke ve üzüntü bildiren çalışmalar mevcuttur (van Middendorp ve diğerleri, 2013; van Middendorp ve diğerleri, 2010). Üzüntü duygusu sosyal bağlarla yakından ilişkilidir. Diğer negatif duygulanım özelliklerinde de tartışıldığı üzere bağlanma stilleri, erken dönem çocukluk yaşantıları, duygusal ihmal gibi durumların üzüntü temel duygulanımı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Azalan serotonin seviyelerinin kronik ağrı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalardan yola çıkarak üzüntü ile ortak bir nöral mekanizmadan söz etmek mümkün olabilir (Bardin,2011).

### **5.3 Fibromiyalji Sendromu Tanı Süresi ile İlişkili Bulguların Değerlendirilmesi**

Mevcut araştırmada fibromiyalji sendromu tanı sürelerine göre maneviyat puanları hariç hiçbir temel değişkende anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Maneviyat puanlarındaki farklılığın da 4 gruptan yalnızca iki tanesindeki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur. Literatürde fibromiyalji sendromunun tanı süresini çeşitli kriterlere göre değerlendiren çalışmalarda da benzer sonuçlar mevcuttur (Sönmez ve diğerleri, 2015; Wigers, 1996). İstisna olarak bir çalışmada fibromiyalji sendromu tanı süresinin depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Altunören ve diğerleri, 2011).

#### **5.4 Temel Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi**

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda zihinselleştirmenin bir boyutu olan kesinlik puanları olumlu temel duygulanımlar olan merak, bakım ve oyun ile düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon gösterirken olumsuz temel duygulanımlar olan korku, öfke ve üzüntü ile düşük ve orta düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. Belirsizlik puanları ise aksi şekilde merak ve oyun ile düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı korelasyon gösterirken korku, öfke ve üzüntü ile düşük ve orta düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir.

Literatürde zihinselleştirme boyutları ve afektif sinirbilim kişilik özelliklerinin beraber incelendiği bir çalışmaya rastlanamamıştır. Zihinselleştirme ve kişilik ile ilgili çalışmalar da kısıtlıdır. Zihinselleştirmenin boyutlarını değil zihinselleştirme kapasitesini ele alan bazı çalışmalar A ve B kümesi kişilik bozukluklarını düşük zihinselleştirme kapasitesiyle ilişkili bulurken merhamet, empati gibi özellikleri yüksek zihinselleştirme kapasitesiyle ilişkili bulmuştur (Nazzaro ve diğerleri, 2017; Allen ve diğerleri, 2017). Bir çalışmada belirsizlik boyutunun ilgi/merak puanları ile negatif yönlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Bu durum mevcut çalışmanın analizi ile tutarlıdır.

Kesinlik ve belirsizlik zihinselleştirmenin alt boyutları olup ikisi de kötü zihinselleştirmeye işaret etmektedir. Olumlu ve olumsuz duygulanımlarla ters korelasyonlar göstermeleri düşünülmesi gereken bir bulgudur. Bu konudaki araştırmaların kısıtlılığı sebebiyle yapılabilecek yorumlar kısıtlıdır.

#### **5.5 Regresyon Analizleri Bulgularının Değerlendirilmesi**

Fibromiyalji ve kontrol grubu arasındaki farklardan yola çıkarak fibromiyalji tanısını en güçlü şekilde öngöreceğ model lojistik regresyon analizi kullanılarak oluşturulmuştur. Bu modele somatizasyon, belirsizlik, arayış, oyun, korku, öfke ve üzüntü puanları dahil edilmiştir. Literatürde yoğunluklu olarak öne çıkan risk faktörleri için regresyon analizleri yürütülmüş olup modele dahil edilen en yaygın değişkenler aleksitimi, yaş, eğitim durumu, depresyon gibi faktörler olduğu görülmektedir. Kurulan bu model zihinselleştirmenin belirsizlik düzeyi ve temel

duygulanım özelliklerinin de güçlü belirleyiciler olabileceğini göstermektedir. Özellikle klinik açıdan önemli sayılabilecek bir bulgu olması olasıdır.

Yürütülen ikinci regresyon analizinde somatizasyon puanlarını öngörebilecek faktörler bulunmaya çalışılmıştır. Hiyerarşik regresyon analizinde kurulan modeller incelediğinde somatizasyonun en önemli yordayıcısı üzüntü puanları olarak bulunmuştur. Somatizasyon literatürde özellikle depresyon ile ele alınan bir olgudur (Sayar ve Ak, 2001). Depresif kişilerin kötümser bakış açıları, haz almada düşüklük gibi faktörler üzüntü ile etkileşimli düşünülebilir.



## 6 SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Yapılan araştırmada fibromiyalji sendromunda etkili olması beklenen somatizasyon, zihinselleştirme ve temel duygulanım özellikleriyle ilgili anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Söz konusu değişkenlerin bu örneklem için kullanıldığı ilk çalışma olup klinik bakış açısı kapsamında katkı sağlaması beklenmektedir. Bu değişkenlere ek olarak sosyodemografik verilerin de fibromiyalji sendromuyla ilişkisi ortaya konmuştur. Risk faktörlerinin daha iyi anlaşılması fibromiyalji sendromunun tedavisinde etkili yöntemler bulmak adına önemli olacaktır.

### 6.2 Öneriler

Bu çalışmada zihinselleştirme ve temel duygulanım özelliklerinin incelenmesiyle fibromiyalji sendromunun psikolojik dinamikleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Böylelikle klinik uygulamalar yönünden öneriler verilmesi hedeflenmiştir. Medikal tedavilerin tek başına yetersiz kalması psikoterapötik uygulamaları beraberinde getirmiştir. Literatürde fibromiyalji sendromlu kişilere uygulanıp sonuç alınan psikoterapi yöntemleri bildirilmiştir. Bunlar bilişsel davranışçı terapiler, psikodinamik terapiler, ağrıyla baş etmeye yönelik psikoeğitimler ve grup terapilerini kapsamaktadır (Gomez-de-Regil ve Estrella-Castillo, 2020; Şen, Hocaoğlu ve Berk, 2019; Scheidt ve diğerleri, 2013).

Fibromiyalji sendromunun zihinselleştirme kapasitesiyle ilişkili bulunması sonucuna dayanarak, psikoterapide bu faktörün de göz önünde bulundurulmasının sürece katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Zihinselleştirme temelli terapilerin odağı danışanın zihinselleştirmenin farkında olması ve var olan becerilerinin güçlendirilmesi yönündedir (Fonagy ve Bateman, 2006). Kötü zihinselleştirmenin yüksek derecede ilişkili olduğu bağlanma stilleri de bu süreçte çalışılabilecek bir olgudur. Danışan-psikoterapist ilişkisinde inşa edilen güvenli bir bağlanmanın tedavide etkili olacağı öngörülmektedir.

Afektif sinirbilim çalışmaları temel duygulanımları açıklamakla kalmamış psikoterapiler için de önerilerde bulunmuştur. Duygu temelli psikoterapiler için diğer

yöntemlerde de olduğu gibi terapötik ittifak elzemdir. Temel duygulanımlar terapide sadece konuşulan değil aynı zamanda yaşanan deneyimler haline getirilmelidir (Watt, 2003). Klinisyenin empati, sezgi ve klinik duyarlılık yetenekleriyle danışanın duygusal durumlarını etkileşimli olarak düzenlemesi amaçlanmaktadır (Schore, 2007). Hem sinirbilim hem psikoloji hakkındaki bilgilerimizin arttığı bir çağda bu disiplinler arasındaki köprüyü kurmanın ve bu etkileşimi psikoterapi uygulamalarına yansıtmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Fibromiyalji sendromuyla ilişkili bulunan temel duygulanımlardan yola çıkarak psikoterapi sürecinin içinde duygu temelli bir yaklaşım sergilenmesinin yararlı olacağı öngörülmektedir.

Son olarak fibromiyalji sendromunda psikolojik faktörlerin anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Örneğin kontrol grubu olarak romatizmal ağrılı bir rahatsızlığın eklendiği bir çalışma yapılarak anlamlı bulunan etkilerin ağrı deneyiminden kaynaklı olup olmadığı test edilebilir. Zihinselleştirme kavramı ile benzer olarak metakognitif işlevlerin fibromiyalji sendromu ile ilişkisi de araştırma konusu olabilir ve metakognitif terapiler açısından öneriler geliştirilebilir. Zihinselleştirme ve afektif sinirbilim alanındaki çalışmaların artması da sonuçlar arasında bağlantı kurmaya ve daha sağlıklı bir tartışma zemini yaratmaya yardımcı olabilir.

### **6.3 Kısıtlılıklar**

Örnekleme seçimi yapılırken herhangi bir sosyodemografik veri açısından homojenize edilmemiş olması araştırmayı kısıtlamaktadır. Daha yüksek kontrollü bir çalışma daha sağlıklı sonuçlar elde etmeyi sağlayabilir. Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı ise ölçeklerdeki soru sayılarının katılımcılar tarafından fazla bulunmasıdır. Bu durum katılımcıların dikkatini dağıtmış ya da motivasyonlarını düşürmüş olabilir. Söz konusu ölçekler için kısa formların geliştirilmesi etkili olabilir. Sinirbilim kişilik ölçeğinin boyutlarının Cronbach's Alfa değerleri öncü çalışmaların aksine .19 ila .50 arasında bulunmuştur. Bu da çalışmanın başka bir kısıtlılığı olup psikometrik iyileştirmeler yapılabileceği önerilebilir.

## 7 KAYNAKLAR

Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., Cuneo, J. G. (2014). Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*. 76(1), 2.

Alcaro, A., Carta, S., & Panksepp, J. (2017). The Affective Core of the Self: A Neuro-Archetypal Perspective on the Foundations of Human (And Animal) Subjectivity. *Frontiers in Psychology*. 8, 1424.

Allen, J. G., Fonagy, P. (2014). Mentalizing in Psychotherapy. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & L. W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (pp. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc

Allen, L. A., Gara, M. A., Escobar, J. I., Waitzkin, H., Silver, R. C. (2001). Somatization: A Debilitating Syndrome in Primary Care. *Psychosomatics*. 42(1), 63-67.

Allen, T. A., Rueter, A. R., Abram, S. V., Brown, J. S., ve Deyoung, C. G. (2017). Personality and neural correlates of mentalizing ability. *European journal of personality*, 31(6), 599-613.

Almgren, P. E., Nordgren, L., Skantze, H. (1978). A Retrospective Study of Operationally Defined Hysterics. *The British Journal of Psychiatry*. 132(1), 67-73.

Altunören, Ö., Orhan, F. Ö., Nacitarhan, V., Özer, A., Karaaslan, M. F., ve Altunören, O. (2011). Fibromiyalji sendromlu kadınların depresyon ve mizaç karakter özellikleri açısından değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48(1), 31 - 38

American Psychiatric Association Division of Research. (2013). Highlights of changes from dsm-iv to dsm-5: Somatic symptom and related disorders. *Focus*, 11(4), 525-527.

American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (Vol. 4). Washington, DC: American psychiatric association.

Ayhan, B. G., Ayribas, B., Sanal, C., Ünalın, P. C. (2021). Social Cognition and Attachment Profiles of Fibromyalgia Syndrome Patients in Comparison with Healthy Subjects. *Authorea Preprints*.

Bach, M., Bach, D., Zwaan, M. D. (1996). Independency of Alexithymia and Somatization: A Factor Analytic Study. *Psychosomatics*. 37(5), 451-458.

Bailey, P. (1966). Hysteria: The History of a Disease. *Archives of General Psychiatry*. 14(3), 332-333.

- Bankier, B., Aigner, M., Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics*. 42(3), 235-240.
- Bardin, L. (2011). The complex role of serotonin and 5-HT receptors in chronic pain. *Behavioural pharmacology*, 22(5 and 6), 390-404.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2010). Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder. *World Psychiatry*. 9(1), 11.
- Bayram, K., ve Erol, A. (2014). Fibromiyalji ve Romatoid Artritte Çocukluk Çağı Örselenmeleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 51(4).
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Pain Research and Treatment*. 2012.
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J., & Matallana, L. (2007). An Internet Survey of 2596 People with Fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 8(1), 1-11.
- Borg, C., Chouchou, F., Dayot-Gorlero, J., Zimmerman, P., Maudoux, D., Laurent, B., Michael, G. A. (2018). Pain and Emotion as Predictive Factors of Interoception in Fibromyalgia. *Journal of Pain Research*. 823-835.
- Bram, A. D., Gabbard, G. O. (2001). Potential Space and Reflective Functioning: Towards Conceptual Clarification and Preliminary Clinical Implications. *The International Journal of Psychoanalysis*. 82(4), 685-699.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, J. A., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubere, J. P., Lay, K. L., Taieb, C., Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 39(6), 448-453.
- Buskila, D., Atzeni, F., & Sarzi-Puttini, P. (2008). Etiology of Fibromyalgia: The Possible Role of Infection and Vaccination. *Autoimmunity Reviews*. 8(1), 41-43.
- Buskila, D., Cohen, H. (2007). Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorder. *Current Pain and Headache Reports*. 11, 333-338.
- Buskila, D., Sarzi-Puttini, P. (2006). Biology and Therapy of Fibromyalgia. Genetic Aspects of Fibromyalgia Syndrome. *Arthritis Research & Therapy*. 8(5), 1-5.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *DeneySEL Desenler: Öntest-Sontest, Kontrol Grubu, Desen ve Veri Analizi*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık (2. baskı tarihi 2016)

- Cedro, A., Kokoszka, A., Popiel, A., Narkiewicz-Jodko, W. (2001). Alexithymia in Schizophrenia: An Exploratory Study. *Psychological Reports*. 89(1), 95-98.
- Choi-Kain, L. W., Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 165(9), 1127-1135.
- Ciccone, D. S., Elliott, D. K., Chandler, H. K., Nayak, S., & Raphael, K. G. (2005). Sexual and Physical Abuse in Women with Fibromyalgia Syndrome: A Test of the Trauma Hypothesis. *The Clinical Journal of Pain*. 21(5), 378-386.
- Clauw, D. J. (2009). Fibromyalgia: An Overview. *The American Journal of Medicine*. 122(12), 3-13.
- Cobankara, V., Unal, U. O., Kaya, A., Bozkurt, A. I., Ozturk, M. A. (2011). The Prevalence of Fibromyalgia Among Textile Workers in the City of Denizli in Turkey. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 14(4), 390-394.
- Colonnello, V., Iacobucci, P., Fuchs, T., Newberry, R. C., & Panksepp, J. (2011). Octodon Degus. A Useful Animal Model For Social-Affective Neuroscience Research: Basic Description of Separation Distress, Social Attachments and Play. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 35(9), 1854-1863.
- Conversano, C., Marchi, L., Ciacchini, R., Carmassi, C., Contena, B., Bazzichi, L. M., Gemignani, A. (2018). Personality Traits in Fibromyalgia (FM): Does FM Personality Exists? A Systematic Review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*. 14, 223.
- Creed, F. (2020). A Review of the Incidence and Risk Factors for Fibromyalgia and Chronic Widespread Pain in Population-Based Studies. *Pain*. 161(6), 1169-1176.
- Creed, F. (2022). The Risk Factors for Self-Reported Fibromyalgia With and Without Multiple Somatic Symptoms: The Lifelines Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research*. 155, 110745.
- Creed, F., Barsky, A. (2004). A Systematic Review of the Epidemiology of Somatisation Disorder and Hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 56(4), 391-408.
- Dağ, I. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)' nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2(1), 5-12.
- Davidson, R. J., Sutton, S. K. (1995). Affective Neuroscience: The Emergence of a Discipline. *Current Opinion in Neurobiology*. 5(2), 217-224.
- Davis, K. L., Panksepp, J. ve Normansell, L. (2003). *The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative Data and Implications*. *Neuropsychoanalysis*, 5(1), 57-69.

- Davis, K. L., Panksepp, J., Normansell, L. (2003). The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative Data and Implications. *Neuropsychoanalysis*. 5(1), 57-69.
- De Gucht, V., Fischler, B. (2002). Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics*. 43(1), 1-9.
- Debray, R., Dejours, C., Fedida, P. (2015). *Beden Deneyimi Psikopatolojisi*. Ö. Alemdar (çev.). İstanbul: Bağlam Yayıncılık (1. baskı 2015)
- Derogatis, L. R., Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and Matching Clinical Rating Scales. *The Use of Psychological Testing For Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 679-724.
- Di Tella, M., Castelli, L. (2013). Alexithymia and Fibromyalgia: Clinical Evidence. *Frontiers in Psychology*. 4, 909.
- Di Tella, M., Castelli, L., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., Ardito, R. B., Adenzato, M. (2015). Theory of Mind and Emotional Functioning in Fibromyalgia Syndrome: An Investigation of the Relationship Between Social Cognition and Executive Function. *PLoS One*. 10(1).
- Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., Castelli, L. (2017). Pain Experience in Fibromyalgia Syndrome: The Role of Alexithymia and Psychological Distress. *Journal of Affective Disorders*. 208, 87-93.
- Doğan, T. (2013). Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Öznel İyi Oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 14(1), 56-64.
- Dzirlo, L., Richter, F., Steinmair, D., Löffler-Stastka, H. (2021). Reflective Functioning in Patients with Irritable Bowel Syndrome, Non-Affective Psychosis and Affective Disorders-Differences and Similarities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(5), 2780.
- Eich, M., Hartmann, A., Müller, H., & Fischer, W. (2000). The Role of Psychosocial Factors in Fibromyalgia Syndrome. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29(109), 30-31.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., Rosomoff, R. S. (1997). Chronic Pain-Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*. 13(2), 116-137.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A Multilevel Perspective on the Development of Borderline Personality Disorder. *Developmental Psychopathology: Maladaptation and Psychopathology*. 726-792.
- Fonagy, P., Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*. 16(1), 83-101.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2018). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Routledge (4. baskı 2018)
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders*. 29(5), 575-609.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghina, R., Fearon, P., Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS One*. 11(7).
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., Lowyck, B. (2008). A Self-Report Measure of Mentalizing: Development and Preliminary Test of the Reliability and Validity of the Reflective Function Questionnaire. *PLOS One*. 11(7).
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998). Reflective-Functioning Manual Version 5 for Application to Adult Attachment Interviews.
- Fonagy, P., ve Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.
- Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., Hyun, H. H. (2006). *How to Design and Evaluate Research in Education*. New York: McGraw-Hill Companies (8. baskı tarihi 2011)
- Frith, U. (2001). Mind Blindness and the Brain in Autism. *Neuron*. 32(6), 969-979.
- Furness, P. J., Vogt, K., Ashe, S., Taylor, S., Haywood-Small, S., ve Lawson, K. (2018). What causes fibromyalgia? An online survey of patient perspectives. *Health psychology open*, 5(2), 2055102918802683.
- Galvez-Sánchez, C. M., Reyes del Paso, G. A., Duschek, S., ve Montoro, C. I. (2022). The link between fibromyalgia syndrome and anger: a systematic review revealing research gaps. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 844.
- Garcia-Fontanals, A., García-Blanco, S., Portell, M., Pujol, J., Poca-Dias, V., García-Fructuoso, F., López-Ruiz, M., Gutiérrez-Rosado, T., Gomà-I-Freixanet, M., Deus, J. (2016). Cloninger's Psychobiological Model of Personality and Psychological Distress in Fibromyalgia. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 19(9), 852-863.
- George, D., Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step. A Simple Study Guide and Reference*. Boston: Pearson Education, Inc (10. baskı tarihi 2010)

- Gil, F. P., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E., Winkelmann, A. (2008). Parental Bonding and Alexithymia in Adults With Fibromyalgia. *Psychosomatics*. 49(2), 115-122.
- Giorgi, V., Sirotti, S., Romano, M. E., Marotto, D., Ablin, J. N., Salaffi, F., Sarzi-Puttini, P. (2022). Fibromyalgia: One Year in Review 2022. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 40(6), 1065-1072.
- Gomez-de-Regil, L., Estrella-Castillo, D. F. (2020). Psychotherapy For Physical Pain in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review. *Pain Research and Management*. 2020, 1-11.
- Gür, A. (2008). Fibromiyaljide Etiyopatogenez. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 54, 4-9.
- Häuser, W., Hausteiner-Wiehle, C., Henningsen, P., Brähler, E., Schmalbach, B., Wolfe, F. (2020). Prevalence and Overlap of Somatic Symptom Disorder, Bodily Distress Syndrome and Fibromyalgia Syndrome in the German General Population: A Cross Sectional Study. *Journal of Psychosomatic Research*. 133, 110111.
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., Creed, F. (2018). Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 87(1), 12-31.
- Horváth, Z., Demetrovics, O., Paksi, B., Unoka, Z., Demetrovics, Z. (2023). The Reflective Functioning Questionnaire–Revised–7 (RFQ-R-7): A New Measurement Model Assessing Hypomentalization. *PLOS One*. 18(2).
- Houvenagel, E., Forzy, G., Leloire, O., Gallois, P., Hary, S., Hautecoeur, P., Dhondt, J. L. (1990). Cerebrospinal Fluid Monoamines in Primary Fibromyalgia. *Revue Du Rhumatisme et Des Maladies Osteo-Articulaires*. 57(1), 21-23.
- Inanici, F. F., Yunus, M. B. (2004). History of Fibromyalgia: Past to Present. *Current Pain and Headache Reports*. 8, 369-378.
- İçöz, F. J. (2012). *The Reliability and Validity Study of the Turkish Version of Affective Neuroscience Personality Scale*. Doctoral Dissertation. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İnanç, L., Eren-Bodur, N., Çınar-Parlak, S., Sarıkaya, M., Sarı, A., Güleç, H., Çıtak, S. Fibromiyalji Hastalarında Zihinselleştirme, Bağlanma Biçimleri, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyi Arasındaki İlişki. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological*. 1-22.
- Janssen, S. A., Spinhoven, P., ve Brosschot, J. F. (2001). Experimentally induced anger, cardiovascular reactivity, and pain sensitivity. *Journal of Psychosomatic research*, 51(3), 479-485.



Kaçar-Başaran, S., Özyağcı, B., Arkar, H. (2019). Zarardan Kaçınma, Tekrarlayıcı Düşünme, Kontrol Odağı ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkiler: Durumsal Aracılık Modeli. *Türk Psikoloji Dergisi*. 34(83), 57-69.

Katon, W., Kleinman, A., Rosen, G. (1982). Depression and Somatization: A Review: Part I. *The American Journal of Medicine*. 72(1), 127-135.

Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical Symptoms Without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits. *Annals of Internal Medicine*. 134(9), 917-925.

Katon, W., Sullivan, M., Walker, E. (2001). Medical Symptoms Without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 917-925.

Katznelson, H. (2014). Reflective Functioning: A Review. *Clinical Psychology Review*. 34(2), 107-117.

Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) 'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 1(2), 45-52.

Koğar, H. (2019). Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Mokken Ölçekleme Analizleri. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 9(54), 689-705.

Kooiman, C. G. (1998). The Status of Alexithymia as a Risk Factor in Medically Unexplained Physical Symptoms. *Comprehensive Psychiatry*. 39(3), 152-159.

Köksal, G. (2017). *The Moderator Effect of Mentalization on the Link Between Attachment and Somatization*. Doctoral Dissertation. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Lawrence, R. C., Helmick, C. G., Arnett, F. C., Deyo, R. A., Felson, D. T., Giannini, E. H., Heyse, S. P., Hirsch, R., Hochberg, M. C., Hunder, G. G., Liang, M. H., Pillemer, S. R., Steen, V. D., Wolfe, F. (1998). Estimates of the Prevalence of Arthritis and Selected Musculoskeletal Disorders in the United States. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 41(5), 778-799.

Leombruni, P., Zizzi, F., Miniotti, M., Colonna, F., Castelli, L., Fusaro, E., Torta, R. (2016). Harm Avoidance and Self-Directedness Characterize Fibromyalgic Patients and the Symptom Severity. *Frontiers in Psychology*. 7, 579.

Li, E. T., Carracher, E., Bird, T. (2020). Linking Childhood Emotional Abuse and Adult Depressive Symptoms: The Role of Mentalizing Incapacity. *Child Abuse & Neglect*. 99, 104253.

- Lichtenstein, A., Tiosano, S., Amital, H. (2018). The Complexities of Fibromyalgia and its Comorbidities. *Current Opinion in Rheumatology*. 30(1), 94-100.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The Experience and Communication of Psychological Distress as Somatic Symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 47(3-4), 160-167.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The Concept and its Clinical Application. *Am J Psychiatry*. 145(11), 1358-1368.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 16, 297-325.
- Luyten, P., De Meulemeester, C., Fonagy, P. (2019). Psychodynamic Therapy in Patients With Somatic Symptom Disorder. *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy*. 191-206.
- Luyten, P., Fonagy, P. (2015). The Neurobiology of Mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 6(4), 366.
- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., Mayes, L. C. (2017). Parental Reflective Functioning: Theory, Research, and Clinical Applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 70(1), 174-199.
- Maes, M. (2009). Inflammatory and Oxidative and Nitrosative Stress Pathways Underpinning Chronic Fatigue, Somatization and Psychosomatic Symptoms. *Current Opinion in Psychiatry*. 22(1), 75-83.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 49(10), 652-662.
- Malin, K., Littlejohn, G. O. (2012). Personality and Fibromyalgia Syndrome. *The Open Rheumatology Journal*. 6, 273.
- Malin, K., Littlejohn, G. O. (2012). Personality and Fibromyalgia Syndrome. *The Open Rheumatology Journal*. 6, 273.
- Marty, P. (2012). *Zihinselleştirme ve Psikosomatik*. A. E. Y. Sever (çev.). İstanbul: Bağlam Yayınları (1. baskı 2012)
- McBeth, J., Mulvey, M. R. (2012). Fibromyalgia: Mechanisms and Potential Impact of the ACR 2010 Classification Criteria. *Nature Reviews Rheumatology*. 8(2), 108-116.
- McBeth, J., Silman, A. J. (2001). The Role of Psychiatric Disorders in Fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*. 3(2), 157-164.
- Mease, P. (2005). Fibromyalgia Syndrome: Review of Clinical Presentation, Pathogenesis, Outcome Measures, and Treatment. *The Journal of Rheumatology Supplement*. 75, 6-21.

- Montag, C., Panksepp, J. (2017). Primary Emotional Systems and Personality: An Evolutionary Perspective. *Frontiers in Psychology*. 8, 464.
- Montoro, C. I., del Paso, G. A. R. (2015). Personality and Fibromyalgia: Relationships With Clinical, Emotional, and Functional Variables. *Personality and Individual Differences*. 85, 236-244.
- Montoro, C. I., del Paso, G. A. R., Duschek, S. (2016). Alexithymia in Fibromyalgia Syndrome. *Personality and Individual Differences*. 102, 170-179.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., Komaki, G. (2006). Impaired Self-Awareness and Theory of Mind: An fMRI Study of Mentalizing in Alexithymia. *Neuroimage*. 32(3), 1472-1482.
- Nazzaro, M. P., Boldrini, T., Tanzilli, A., Muzi, L., Giovanardi, G., ve Lingiardi, V. (2017). Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality?. *Psychiatry Research*, 256, 169-175.
- Niemi, P. M., Portin, R., Aalto, S., Hakala, M., Karlsson, H. (2002). Cognitive Functioning in Severe Somatization –A Pilot Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 106(6), 461-463.
- Oliveira, P., ve Costa, M. E. (2009). Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. *Journal of Health Psychology*, 14(8), 1184-1195.
- Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk Mu, Yoksa Birliktelik Mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(3), 34-44.
- Özkan, N. (2017). Fibromiyalji Sendromunda Bütüncül Yaklaşım. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi*. 11(1), 12-19.
- Özkarar-Gradwohl, F.G., Panksepp, J., İçöz, F.J., Çetinkaya, H., Köksal, F., Davis, K.L., Scherler, H.N. (2014). The Influence of Culture on Basic Affective Systems: The Comparison of Turkish and American Norms on the Affective Neuroscience Personality Scales. *Culture and Brain*. 2(2), 173-192.
- Panksepp, J. (1993). Neurochemical Control of Moods and Emotions: Amino Acids to Neuropeptides. *Handbook of Emotions*. 87-107.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press (1. baskı 1998)
- Panksepp, J. (2005). Affective Consciousness: Core Emotional Feelings in Animals and Humans. *Consciousness and Cognition*. 14(1), 30-80.
- Panksepp, J. (2007). Can PLAY Diminish ADHD and Facilitate the Construction of the Social Brain? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 16(2), 57.

- Panksepp, J. (2010). Affective Consciousness in Animals: Perspectives on Dimensional and Primary Process Emotion Approaches. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. 277(1696), 2905-2907.
- Panksepp, J. (2010). Emotional Causes and Consequences of Social-Affective Vocalization. *Handbook of Behavioral Neuroscience*. 19, 201-208.
- Panksepp, J. (2021). Afektif Nörobilim. *İnsan ve Hayvan Duygularının Temeli*. Ü. Süheyla (çev.). İstanbul: Alfa Kitabevi (1998).
- Panksepp, J. (2022). Affective Neuroscience of the Emotional BrainMind: Evolutionary Perspectives and Implications for Understanding Depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 12(4), 533-545.
- Panksepp, J., Asma S., Curran, G., Gabriel R., Greif, T. (2012). The Philosophical Implications of Affective Neuroscience. *Journal of Consciousness Studies*. 19, 6-48.
- Panksepp, J., Watt, D. (2011). What is Basic About Basic Emotions? Lasting Lessons From Affective Neuroscience. *Emotion review*. 3(4), 387-396.
- Parman, T. (2005). *Psikanaliz Yazıları 11-Psikomatik*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık (1. baskı tarihi 2005)
- Peñacoba, C., Perez-Calvo, S., Blanco, S., ve Sanroman, L. (2018). Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 535-544.
- Pinto, A. M., Luís, M., Geenen, R., Palavra, F., Lumley, M. A., Ablin, J. N., Amris, K., Branco, J., Buskila, D., Castelhana, J., Castelo-Branco, M., Crofford, L. J., Fitzcharles, M. A., Hauser, W., Kosek, E., Mease, P. J., Marques, T. R., Jacobs, J. W. G., Castilho, P., da Silva, J. A. (2023). Neurophysiological and Psychosocial Mechanisms of Fibromyalgia: A Comprehensive Review and Call for An Integrative Model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105235.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*. 71, 356
- Rief, W., Broadbent, E. (2007). Explaining Medically Unexplained Symptoms-Models and Mechanisms. *Clinical Psychology Review*. 27(7), 821-841.
- Rief, W., Hennings, A., Riemer, S., Euteneuer, F. (2010). Psychobiological Differences Between Depression and Somatization. *Journal of Psychosomatic Research*. 68(5), 495-502.
- Rief, W., Hiller, W., Margraf, J. (1998). Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*. 107(4), 587.

- Riem, M. M., Doedée, E. N., Broekhuizen-Dijksman, S. C., Beijer, E. (2018). Attachment and Medically Unexplained Somatic Symptoms: The Role of Mentalization. *Psychiatry Research*. 268, 108-113.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Cáliz-Cáliz, R., Rodríguez-Calvo, I., García-Sánchez, A., Ferrer-González, M. Á., López-Chicheri García, I. (2009). Risk Factors for Fibromyalgia: The Role of Violence Against Women. *Clinical Rheumatology*. 28, 777-786.
- Salaffi, F., Sarzi-Puttini, P. (2012). Old and New Criteria For the Classification and Diagnosis of Fibromyalgia: Comparison and Evaluation. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 30(6), 3-9.
- Santos, D. M., Lage, L. V., Jabur, E. K., Kaziyama, H. H., Iosifescu, D. V., De Lucia, M. C. S., Fráguas, R. (2017). The Influence of Depression on Personality Traits in Patients With Fibromyalgia: A Case-Control Study. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 35(3), 13-19.
- Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F., Masala, I. F., Salaffi, F., Chapman, J., Choy, E. (2018). Are the ACR 2010 Diagnostic Criteria for Fibromyalgia Better Than the 1990 Criteria? *Autoimmunity reviews*. 17(1), 33-35.
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: An Update on Clinical Characteristics, Aetiopathogenesis and Treatment. *Nature Reviews Rheumatology*. 16(11), 645-660.
- Sayar, K., Ak, İ. (2001). The Predictors of Somatization: A Review. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 11, 266-271.
- Sayar, K., Gulec, H., ve Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 23, 441-448.
- Sayar, K., ve Ak, I. (2001). The predictors of somatization: A review. *Bull Clin Psychophar*, 11, 266-271.
- Scheidt, C. E., Waller, E., Endorf, K., Schmidt, S., König, R., Zeeck, A., ... ve Lacour, M. (2013). Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial. *General hospital psychiatry*, 35(2), 160-167.
- Schmaling, K. B., Fiedelak, J. I., Katon, W. J., Bader, J. O., Buchwald, D. S. (2003). Prospective Study of the Prognosis of Unexplained Chronic Fatigue in a Clinic-Based Cohort. *Psychosomatic Medicine*. 65(6), 1047-1054.
- Schore, A. N. (2007). Psychoanalytic research: Progress and process. Developmental affective neuroscience and clinical practice. *Psychologist-Psychoanalyst*, 27(3), 6-15.
- Schönenberg, M., Mares, L., Smolka, R., Jusyte, A., Zipfel, S., Hautzinger, M. (2014). Facial Affect Perception and Mentalizing Abilities in Female Patients with Persistent Somatoform Pain Disorder. *European Journal of Pain*. 18(7), 949-956.

- Seto, A., Han, X., Price, L. L., Harvey, W. F., Bannuru, R. R., Wang, C. (2019). The Role of Personality in Patients With Fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*. 38, 149-157.
- Solms, M., Turnbull, O. (2013). *Beyin ve İç Dünya: Öznel Deneyimin Sinirbilimine Giriş*. H. Atalay (çev.). İstanbul: Metis Yayınları (2002).
- Sonnby-Borgström, M. (2009). Alexithymia as Related to Facial Imitation, Mentalization, Empathy, and Internal Working Models-of-Self and -Others. *Neuropsychoanalysis*. 11(1), 111-128.
- Sönmez, İ., Köşger, F., Karasel, S., ve Tosun, Ö. (2015). Kadın fibromiyalji hastalarında hastalık algısının ağrı ve depresyonla ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(5).
- Spaans, J. A., Veselka, L., Luyten, P., Bühring, M. E. (2009). Bodily Aspects of Mentalization: A Therapeutic Focus in the Treatment of Patients with Severe Medically Unexplained Symptoms. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*. 51(4), 239-248.
- Stuart, S., Noyes Jr, R. (1999). Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*. 40(1), 34-43.
- Subic-Wrana, C. (2010). Emotion Regulation and Mentalization in Somatoform Disorders. *Emotion Regulation and Well-Being*. New York, NY: Springer New York. 245-260
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., Lane, R. D. (2010). Theory of Mind and Emotional Awareness Deficits in Patients With Somatoform Disorders. *Psychosomatic Medicine*. 72(4), 404-411.
- Sumpton, J. E., Moulin, D. E. (2014). Fibromyalgia. *Handbook of Clinical Neurology*. 119, 513-527.
- Suzuki, R., Rygh, L. J., Dickenson, A. H. (2004). Bad News From the Brain: Descending 5-HT Pathways That Control Spinal Pain Processing. *Trends in Pharmacological Sciences*. 25(12), 613-617.
- Şahin, E. M., Özer, C., Dağdeviren, N., Şahin, Ö., Aktürk, Z. (2001). Birinci Basamakta Somatizasyon Bozukluğuna Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 10(1), 12-14.
- Şen, E. T., Hocaoğlu, A., ve Berk, Ö. S. (2019). Group psychotherapy with fibromyalgia patients: A systematic review. *Archives of Rheumatology*, 34(4), 476.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 61(1), 99-133.

Temizel Kırışman, S. (2022). *An Interpretative Phenomenological Analysis Of Somatization Experiences*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi SBE

Thompson, J. M. (1990). Tension Myalgia as a Diagnosis at the Mayo Clinic and its Relationship to Fibrositis, Fibromyalgia, and Myofascial Pain Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings*. 65(9), 1237-1248.

Topbas, M., Cakirbay, H., Gulec, H., Akgol, E., Ak, I., Can, G. (2005). The Prevalence of Fibromyalgia in Women Aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol*. 34(2), 140-4.

Torres, X., Bailles, E., Valdes, M., Gutierrez, F., Peri, J. M., Arias, A., Gomez, E., Collado, A. (2013). Personality Does Not Distinguish People With Fibromyalgia But Identifies Subgroups of Patients. *General Hospital Psychiatry*. 35(6), 640-648.

Turhanoglu, A. D., Yilmaz, Ş., Kaya, S., Dursun, M., Kararmaz, A., Saka, G. (2008). The Epidemiological Aspects of Fibromyalgia Syndrome in Adults Living in Turkey: A Population Based Study. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 16(3), 141-147.

Turk, D. C., Adams, L. M. (2016). Using a Biopsychosocial Perspective in the Treatment of Fibromyalgia Patients. *Pain Management*. 6(4), 357-369.

Türk, A. Ç. (2019). Fibromiyalji Tanısı İçin Eski ve Yeni Kriterler: Değerlendirme ve Karşılaştırma. *Ankara Medical Journal*. 19(1), 83-95.

Ünal, S. (1999). Somatoform Bozukluklar; Nozoloji ve Tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 1(1), 1-6.

van Middendorp, H., Lumley, M. A., Houtveen, J. H., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., ve Geenen, R. (2013). The impact of emotion-related autonomic nervous system responsiveness on pain sensitivity in female patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 75(8), 765-773.

van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., ve Geenen, R. (2010). The effects of anger and sadness on clinical pain reports and experimentally-induced pain thresholds in women with and without fibromyalgia. *Arthritis care & research*, 62(10), 1370-1376.

Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., Van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., Geenen, R. (2008). Emotions and Emotional Approach and Avoidance Strategies in Fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*. 64(2), 159-167.

van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., ve Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.

- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., ve Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14(2), 176-182.
- Vandekerckhove, M., Panksepp, J. (2009). The Flow of Anoetic to Noetic and Auto-noetic Consciousness: A Vision of Unknowing (Anoetic) and Knowing (Noetic) Consciousness in the Remembrance of Things Past and Imagined Futures. *Consciousness and Cognition*. 18(4), 1018-1028.
- Waller, E., Scheidt, C. E., Endorf, K., Hartmann, A., ve Zimmermann, P. (2016). Unresolved trauma in fibromyalgia: A cross-sectional study. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2457-2465.
- Watt, D. F. (2003). Psychotherapy in an age of neuroscience: Bridges to affective neuroscience. Revolutionary connections. *Psychotherapy and neuroscience*, 79-115.
- Watt, M. C., Stewart, S. H. (2000). Anxiety Sensitivity Mediates the Relationships Between Childhood Learning Experiences and Elevated Hypochondriacal Concerns in Young Adulthood. *Journal of Psychosomatic Research*. 49(2), 107-118.
- Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., ve Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312-324.
- White, K. P., Harth, M. (2001). Classification, Epidemiology, and Natural History of Fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*. 5, 320-329.
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., & Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: The Prevalence of Fibromyalgia Syndrome in London, Ontario. *The Journal of Rheumatology*, 26(7), 1570-1576.
- Wigers, S. H. (1996). Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events—a 4.5 year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(3), 235-243.
- Wolfe, F. (2010). New American College of Rheumatology Criteria for Fibromyalgia: A Twenty-Year Journey. *Arthritis Care & Research*. 62(5), 583-584.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Philip, J. M., Russell, A. S., Russell, I. J., Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 46(3), 319-329.
- Wolfe, F., Häuser, W. (2011). Fibromyalgia Diagnosis and Diagnostic Criteria. *Annals of Medicine*. 43(7), 495-502.



Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 33(2), 160-172.

## 8 EKLER

### Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Dr. Öğr. Üyesi Tubanur Bayram Kuzgun danışmanlığında İstanbul Arel Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi İrem Havle tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, fibromiyalji sendromunda somatizasyon ve zihinselleştirme düzeyleri ile temel duygulanım özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Soruların doğru veya yanlış bir cevabı bulunmamaktadır. Sorulara, size en doğru gelen şekilde cevap vermeniz ve eksiksiz yanıtlamanız araştırmanın sonuçları açısından önem arz etmektedir. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayalı olup sizden herhangi bir kimlik bilgisi istenmeyecektir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı değerlendirilecektir. Bu araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi adına lütfen her ölçeğin başında yer alan önerileri dikkatlice okuyunuz, soruları eksiksiz ve size en uygun şekilde yanıtlayınız.

Yaklaşık 15 dakika sürecek olan çalışmanın beklenen hiçbir riski ve yaratabileceği rahatsızlık yoktur. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Çalışmaya ilişkin detaylı bilgi almak isterseniz, İrem Havle ile iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamıza katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul ediyorum.

## **Ek 2: Demografik Bilgi Formu**

**Cinsiyetiniz:** ( ) Kadın ( ) Erkek ( ) Belirtmek istemiyorum

**Yaşınız:**.....

**Eğitim durumunuz:**

( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Lise ( ) Lisans ( ) Lisansüstü

**Türkiye şartlarında maddi durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?:**

( ) Düşük gelir düzeyi ( ) Düşük-orta gelir düzeyi ( ) Orta gelir düzeyi ( ) Orta-üst gelir düzeyi ( ) Üst gelir düzeyi

**Çalışıyor musunuz?:** .....

**Çalışıyorsanız, mesleğiniz nedir? :** .....

**İlişki durumunuz:** ( ) İlişkim yok ( ) Sevgilim var ( ) Sözlüyüm/Nişanlıyım  
( ) Evliyim ( ) Diğer: (belirtiniz)

**Şu anda kiminle yaşıyorsunuz?:** ( ) Anne/Baba/Kardeş ( ) Eş ve/veya çocuklar ( ) Arkadaş/Akraba ( ) Yalnız ( ) Diğer: (belirtiniz)

**Psikolojik/psikiyatrik bir hastalığınız/şikâyetiniz var mı veya daha önce geçirdiniz mi?**

( ) Evet ( ) Hayır

**Evet ise, lütfen belirtiniz**.....

**Hekim tarafından konmuş fibromiyalji tanınız var mı?** ( ) Evet ( ) Hayır

**Varsa şikayetleriniz ne kadar zamandır devam ediyor?** .....

### Ek 3: Belirti Tarama Listesi (Somatizasyon Ölçeği)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanını işaretleyiniz.

	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Oldukça Fazla	İleri Derecede
1.Baş ağrısı					
2.Baygınlık veya baş dönmesi					
3.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
4.Belin alt kısmında ağrılar					
5.Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
6. Adale(kas) ağrıları					
7.Nefes almada güçlük					
8.Soğuk veya sıcak basması					
9. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
10.Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi					
11.Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
12.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					

#### Ek 4: Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği – (RFQ-54)

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her bir cümle için, cümleye ne kadar katıldığınızı ifade etmek üzere 1 ile 7 arasında bir numara seçerek işaretleyiniz. İfadeler üzerinde çok fazla düşünmeyiniz. İlk yanıtlarınız çoğunlukla en iyisidir.

Kesinlikle Katılmıyorum	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Katılıyorum
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

1. \_\_ İnsanların düşünceleri benim için gizemlidir.
2. \_\_ Birinin ne düşündüğünü ya da hissettiğini anlamak benim için kolaydır.
3. \_\_ Ben değiştikçe ebeveynlerimin zihnimdeki resmi de değişir.
4. \_\_ İnsanların ne düşündüğü ve ne hissettiği konusunda oldukça endişelenirim.
5. \_\_ Yaptıklarımın/Eylemlerimin başkalarının duyguları üzerindeki etkisini dikkate alırım.
6. \_\_ İnsanların ne düşündüğünü ve hissettiğini anlamam uzun zaman alır.
7. \_\_ Yakın arkadaşlarımın ne düşündüğünü tam olarak bilirim.
8. \_\_ Ne hissettiğimi her zaman bilirim.
9. \_\_ Nasıl hissettiğim, başka birinin davranışını anlamamı kolayca etkileyebilir.
10. \_\_ Birinin nasıl hissediyor olduğunu gözlerine bakarak söyleyebilirim.
11. \_\_ En yakın arkadaşlarımın tepkilerini bazen yanlış anlayabileceğimin farkındayım.
12. \_\_ Ne hissettiğim konusunda sık sık kafam karışır.

13. \_\_ Rüyalarımın ne anlama geldiğini merak ederim.
14. \_\_ Başkalarının zihnindekileri anlamak benim için hiçbir zaman zor değildir.
15. \_\_ Ebeveynlerimin bana karşı davranışlarının onların nasıl yetiştirildikleriyle açıklanmaması gerektiğine inanıyorum.
16. \_\_ Yaptıklarımın nedenlerini her zaman bilmem.
17. \_\_ İnsanların başkalarına verdikleri tavsiyelerin aslında kendi yapmak istedikleri şeyler olduğunu fark ettim.
18. \_\_ Başkalarının zihninden geçenleri anlamak benim için gerçekten zordur.
19. \_\_ İnsanlar bana iyi bir dinleyici olduğumu söyler.
20. \_\_ Sinirlendiğim zaman neden söylediğimi gerçekten bilmediğim şeyler söylerim.
21. \_\_ Başkalarının eylemlerinin ardındaki anlamları genellikle merak ederim.
22. \_\_ Başka insanların hislerine anlam vermeye gerçekten çabalarım.
23. \_\_ İnsanları genellikle onlardan yapmalarını istediğim şeyi yapmaları için zorlamam gerekir
24. \_\_ Bana yakın olanlar genellikle yaptığım şeylerin nedenini anlamakta zorlanır.
25. \_\_ Eğer dikkatli olmazsam başka bir insanın hayatına burnumu sokabileceğimi hissediyorum.
26. \_\_ İnsanların düşünceleri ve hisleri kafamı karıştırıyor.
27. \_\_ Başka birinin ne yapacağını çoğunlukla tahmin edebilirim.
28. \_\_ Güçlü hisler genellikle düşüncelerimi bulandırır.

29. \_\_ Birinin nasıl hissediyor olduğunu tam olarak bilmek için ona sorma ihtiyacı duyarım.
30. \_\_ Biri hakkındaki sezgilerimde neredeyse hiç yanılmam.
31. \_\_ İnsanların olayları kendi inanç ve deneyimlerine bağlı olarak oldukça farklı görebileceğine inanırım.
32. \_\_ Bazı zamanlar kendimi bazı şeyleri söylerken bulurum ve neden onları söylediğime dair bir fikrim yoktur.
33. \_\_ Eylemlerimin ardındaki nedenler üzerine düşünmekten hoşlanırım.
34. \_\_ İnsanların zihindekilere dair genellikle iyi bir fikrim var.
35. \_\_ Hislerime güvenirim.
36. \_\_ Sinirlendiğimde sonradan pişman olacağım şeyler söylerim.
37. \_\_ İnsanlar hisleri hakkında konuştuklarında kafam karışır.
38. \_\_ İyi bir zihin okuyucuyum.
39. \_\_ Genellikle zihnimin boş olduğunu hissedirim.
40. \_\_ Güvensiz hissedersen başkalarını çok sinirlendirecek şekilde davranabilirim.
41. \_\_ Başka insanların bakış açılarını anlamakta güçlük çekerim.
42. \_\_ Başka insanların ne hissettiğini genellikle tam olarak bilirim.
43. \_\_ Hislerimin şiddetle/gerçekten inandığım şeyler hakkında dahi değişebileceğini ön görmekteyim.
44. \_\_ Bazı şeyleri bazen nedenini gerçekten bilmeden yapıyorum.
45. \_\_ Hislerime önem veririm.

46. \_\_ Bir tartışmada, başkalarının bakış açısını aklımda tutarım.
47. \_\_ Birinin ne dūřündüėü hakkındaki içgüdüsel duygum genellikle doėrudur.
48. \_\_ İnsanların tepkilerininin nedenini anlamak onları affetmem için bana yardımcı olur.
49. \_\_ Herhangi bir durumu anlamak için doğru bir yolun olmadığına inanırım.
50. \_\_ İgüdelerimdense nedenler tarafından yönlendirilirim.
51. \_\_ Çocuk olduğum zamanları çok hatırlayamıyorum.
52. \_\_ Birinin zihninden geçeni tahmin etmeyi denemenin hiçbir anlamı olmadığına inanıyorum.
53. \_\_ Benim için eylemler kelimelerden daha çok şey ifade eder.
54. \_\_ İnsanların onları anlama zahmetine girmek için fazla kafa karıştırıcı olduklarına inanıyorum.



### Ek 5: Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ)

Seçtiğiniz rakamı lütfen (○) şekilde yuvarlak içine alın ve her madde için tek şikkı işaretleyin. Anahtar:

1. Kesinlikle katılıyorum
2. Katılıyorum
3. Katılmıyorum
4. Kesinlikle katılmıyorum

1. Hemen hemen her küçük problem veya bilinmeyen ilgimi çeker	1	2	3	4
2. Beni iyi tanıyanlar benim kaygılı bir insan olduğumu söyleyebilirler	1	2	3	4
3. Başkalarıyla ilgilenmek ve onlara bakmak için genellikle güçlü bir ihtiyaç hissedirim	1	2	3	4
4. Engellendiğimde çoğunlukla kızgın olurum	1	2	3	4
5. Kolayca eğlendirilebilen ve bolca gülen biriyim	1	2	3	4
6. Çoğu zaman kendimi üzgün hissedirim	1	2	3	4
7. Evrenle bir bütün olduğumu hissetmek hayatıma daha fazla anlam katar	1	2	3	4
8. Hislerim ve duygularımın farkında olmak için çaba gösteririm	1	2	3	4

9. Özel olayları beklemekten fazla zevk almam	1	2	3	4
10. Çoğu zaman karar vermekte zorlanmam	1	2	3	4
11. Bazı insanların yavru hayvanlara karşı sergiledikleri abartılı tutumları çok saçma buluyorum	1	2	3	4
12. Eğer istediğimi elde etmekte engellenmişsem genellikle durumu olduğu gibi kabullenirim	1	2	3	4
13. Arkadaşlarım beni muhtemelen çok ciddi biri olarak tanımlarlar	1	2	3	4
14. Birçok insana kıyasla reddedilmekten daha az etkilenirim	1	2	3	4
15. Hayatımın anlamı diğer canlılarla bağlantımın olduğunu hissetmekten kaynaklanmaz	1	2	3	4
16. Zaman zaman az da olsa dedikodu yaparım	1	2	3	4
17. Yeni deneyimleri yaşamayı beklemekten gerçekten keyif alırım	1	2	3	4
18. Çoğunlukla, fırsat kaçıktan sonra nasıl yakalayabilirdim diye düşünürüm	1	2	3	4
19. Çocuklarla ilgilenmek, onlara bakmak hoşuma gidiyor	1	2	3	4
20. Arkadaşlarım beni muhtemelen fevri (çabuk sinirlenen) biri olarak tanımlarlar	1	2	3	4
21. Yapılan işi eğlenceli hale getiren biri olarak bilirim	1	2	3	4

22. Çoğu zaman ağlama isteği duyuyorum	1	2	3	4
23. Genelde, yaradılışın güzelliğinden manevi bir haz alırım	1	2	3	4
24. Müzik dinlerken bazen kendimi o kadar kaptırırım ki etrafımda olan biteni bile fark etmem	1	2	3	4
25. Ulaşılamayacak büyük planlar yerine pratik hedefler seçmeyi tercih ederim	1	2	3	4
26. Kendimi bir savaşçı olarak tanımlamam	1	2	3	4
27. Hasta bir insana bakmak bana yük olur	1	2	3	4
28. Bir şeyleri kırmak isteyecek kadar kızgın olduğum bir zaman hatırlayamıyorum	1	2	3	4
29. İtiş kakış içeren sert oyunlar genellikle hoşuma gitmez	1	2	3	4
30. Birçok insana kıyasla daha az üzgün hissediyorum	1	2	3	4
31. Önemli zorlukların üstesinden gelmek için nadiren maneviyata sığınırım	1	2	3	4
32. Her zaman doğruyu söylerim	1	2	3	4
33. Cevabı aramak çözümü bulmak kadar zevklidir	1	2	3	4
34. Çoğu zaman, kendimi dışarıdakilerin fark ettiğinden daha gergin hissedirim	1	2	3	4
35. Yavru hayvanların yanında olmayı severim	1	2	3	4

36. Kızdığımda çoğu zaman içimden küfretmek gelir	1	2	3	4
37. Genellikle iyi zamanları düşünür, mutlu olurum	1	2	3	4
38. Çoğunlukla yalnız hissederim	1	2	3	4
39. Bütün canlılarla bir olduğumu hissetmek benim için önemli bir ilham kaynağıdır	1	2	3	4
40. Sabun köpüğündeki renkler gibi küçük şeylerden keyif almak hoşuma gider	1	2	3	4
41. Genellikle, hedeflerim hakkında az hevesli ve az beklentili olurum	1	2	3	4
42. Hayatta çok az sayıda korkum vardır	1	2	3	4
43. Çocukların etrafında olmaktan özellikle bir keyif almam	1	2	3	4
44. Engellendiğimde nadiren sinirlenirim	1	2	3	4
45. Saçmalığa varan esprilerden hoşlanmam	1	2	3	4
46. Aileme çok bağlıyım	1	2	3	4
47. Benim için maneviyat içsel huzur ve uyumu sağlayan öncelikli bir kaynak değildir	1	2	3	4
48. Bazen içimden küfretmek gelir	1	2	3	4
49. Bir amaç uğruna çaba sarfetmek ve sonucunu beklemekten o amaca ulaşmak kadar zevk alırım	1	2	3	4

50. Bazen sorunlarım hakkında kaygılanmaktan kendimi alamam	1	2	3	4
51. Genellikle başı boş kalmış hayvanlara karşı yufka yürekliyim	1	2	3	4
52. Biri beni kızdırdığında uzun süre etkisinde kalırım	1	2	3	4
53. Beni tanıyanlar benim eğlenceyi seven biri olduğumu söylerler	1	2	3	4
54. Çoğu zaman, sevmiş olduğum, artık yanımda olmayan insanlar hakkında düşünürüm	1	2	3	4
55. Manevi konular üstünde yoğunlaşmak genellikle içimde güçlü bir hayranlık (duygu seli) ve imkânların sonsuzluğu hissini uyandırır	1	2	3	4
56. Kendimi hiç şiir yazarak ifade etmeyi denemedim	1	2	3	4
57. Genellikle sadece çözmüş olmak için problem veya bilinmeyenleri çözmekle ilgilenmem	1	2	3	4
58. Arkadaşlarım benim cesur olduğumu ve beni korkutmanın zor olduğunu söyler	1	2	3	4
59. Genelde evde hayvan beslemenin, değdiğinden daha fazla sorun çıkardığını düşünürüm	1	2	3	4
60. Beni iyi tanıyanlar benim neredeyse hiç kızmadığımı söyler	1	2	3	4
61. Şakalaşmaktan özellikle bir keyif duymam	1	2	3	4
62. Arkadaşlarımın veya ailemin beni onaylamaması beni özellikle üzmez	1	2	3	4

63. Hayatımın anlam ve amacını manevi değerlerim belirlemez	1	2	3	4
64. Bir şeyden kaçmak için hiç hasta rolü yapmadım	1	2	3	4
65. Meraklılığım beni bazen başkalarının boşa harcanan zaman olarak nitelendirdiği şeyleri yapmaya iter	1	2	3	4
66. Çoğu zaman gelecek hakkında kaygılanırım	1	2	3	4
67. Evsizler için üzülürüm	1	2	3	4
68. Birisi yapmak istediğim şeyi yapmama engel olmaya çalışırsa rahatsız olurum	1	2	3	4
69. Çoğu zaman mutluluk duyarım	1	2	3	4
70. Sık sık sevdiğim kişileri kaybettiğimi düşünürüm	1	2	3	4
71. İnsanlığın bir parçası olduğumu hissetmek beni daha etik seçimler yapmaya iter	1	2	3	4
72. Şiirsel bir dil veya süslü hitap beni özellikle etkilemez	1	2	3	4
73. Çıkıp yeni şeyler keşfetme ihtiyacını nadiren duyarım	1	2	3	4
74. Bende kaygı uyandıran çok az şey vardır	1	2	3	4
75. Başkalarının bana ihtiyaç duyduğunu hissetmek hoşuma gitmez	1	2	3	4
76. Birisine vurmaya isteyecek kadar nadiren kızarım	1	2	3	4

77. Bir çok insanın komik bulduğu şeyler genelde bana komik gelmez	1	2	3	4
78. Arkadaşlarımdan uzağa gitmek beni üzmez	1	2	3	4
79. Koyduğum hedefler manevi değerlerimden etkilenmez	1	2	3	4
80. Hayatımda karanlıktan korktuğum zamanlar olmuştur	1	2	3	4
81. Yeni bir ortama girdiğimde, hep etrafımı incelemekten ve daha iyi tanımaktan hoşlanırım	1	2	3	4
82. Çoğunlukla “Doğru kararı veriyor muyum?” diye kaygılanırım	1	2	3	4
83. Sık sık başkalarını iyi hissettirecek ufak tefek şeyler yaparım	1	2	3	4
84. Olaylar istediğim gibi gelişmeyince bazen içimden bir şeylere tekme atmak veya vurmak gelir	1	2	3	4
85. Fiziksel temas içerenler dâhil her türlü oyundan zevk alırım	1	2	3	4
86. Arkadaşlarımla olamadığım zamanlar çoğunlukla sikkın ve bunalmış hissedirim	1	2	3	4
87. Manevi değerler sınırlarımı aşmama yardımcı olur	1	2	3	4
88. Bir film ya da benzeri bir şey izlerken kendimi o kadar kaptırıyorum ki sanki onun bir parçasıymışım gibi hissediyorum	1	2	3	4
89. Sorunları irdeleyip inceleyen biri değilim	1	2	3	4

90. Geleceğim hakkında nadiren endişelenirim	1	2	3	4
91. İnsanların benimle duygusal yakınlık kurmalarını özellikle istemem	1	2	3	4
92. Birine bağırarak isteyecek kadar kızgın hale genellikle hiç gelmem	1	2	3	4
93. Sadece eğlencesi için oynanan ve açık bir kazananı olmayan oyunlardan daha az zevk alırım	1	2	3	4
94. Kaybettiğim insanları ve ilişkileri nadiren düşünürüm	1	2	3	4
95. “İnsanlara, onların istediği gibi davran” sözü benim hayat görüşüme uymaz	1	2	3	4
96. Kasten hiç yalan söylemedim	1	2	3	4
97. Çoğu zaman sanki her şeyi başarabilirdim gibi hissedirim	1	2	3	4
98. Çoğu zaman sinirli hissedirim ve gevşemekte güçlük çekerim	1	2	3	4
99. Başkalarının kayıplarının acılarını çok güçlü bir şekilde hissedebilen bir insanım	1	2	3	4
100. Bazen, insanların çevirdiği dolambaçlı işler gerçekten sınırlarıma dokunur	1	2	3	4
101. Hayatı, eğlenmek için fırsatlarla dolu olarak görürüm	1	2	3	4
102. Hüznü ve kayıp acısını güçlü hissedenden biriyim	1	2	3	4
103. Bazen müzik dinlerken tüylerim diken diken olur, ürperirim	1	2	3	4



104. Çoğu zaman hayat anlamsız gelir	1	2	3	4
105. Aşırı derecede irdeleyici (araştırmacı) biri değilim	1	2	3	4
106. Genellikle bir şeyler hakkında kaygılanmaktan dolayı uykusuzluk çekmem	1	2	3	4
107. Pek şefkatli değilim	1	2	3	4
108. İnsanlar beni sinirlendirdiğinde onlara kötü şeyler söyleme ihtiyacını nadiren duyarım	1	2	3	4
109. Başkalarıyla birlikte oyunlar oynamak benim için özellikle keyif veren bir şey değildir	1	2	3	4
110. Başkalarıyla iletişim kurmaktan hemen hemen her zaman mutlu olurum	1	2	3	4

## Ek 6: Etik Kurul Kararı



T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-69396709-050.06.04-241221  
Konu : Etik Kurul Kararı (İrem HAVLE)

08.11.2022

Sayın İrem HAVLE

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 04.11.2022 tarih ve 2022/22 sayılı toplantısında alınan karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A. Ercan GEGEZ  
Rektör

Ek:etik kurul 7 nolu karar örneği (1 Sayfa)



T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
Etik Kurul 04/11/2022 tarih ve 2022/22 No'lu  
Kurul Karar Örneği

**KARAR NO-07:** Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans programı öğrencisi İrem Havle'ye ait "Fibromiyalji Sendromunda Somatizasyonun, Zihinselleştirmenin ve Temel Duygulanım Özelliklerinin Rolü" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci İrem Havle'nin çalışmasının, raportörün görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Ali AKDEMİR  
Kurul Başkanı  
ASLI GİBİDİR  
04/11/2022

## 9 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : İREM HAVLE

Doğum Yeri ve Tarihi :

Elektronik posta :

İletişim Adresi :

ORCID Numarası : 0000-0002-3329-8996

### Öğrenim Durumu

2014 – 2019 Lisans: Ege Üniversitesi – Psikoloji Bölümü

2020 – 2023 Yüksek Lisans: İstanbul Arel Üniversitesi – Klinik Psikoloji