

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Safnaz Ataoglu¹
Handan Ankaralı²
Ahmet Ataoglu³
Seyit Ankaralı⁴
B.Bahar Ataoglu³
S. Bahar Ölmez³

¹ Düzce Üniversitesi
Tıp Fakültesi Fiziksel
Tıp ve Rehabilitasyon
AD

²İstanbul Medeniyet
Üniversitesi Tıp
Fakültesi Biyoistatistik
ve Tıp Bilişimi AD

³Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Psikiyatri
AD3

⁴İstanbul Medeniyet
Üniversitesi Tıp
Fakültesi Fizyoloji AD

Yazışma Adresi:

Safnaz Ataoglu
Düzce Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon AD, Düzce,
Türkiye
Tel: +90 3805421416
Email:sarfinazataoglu@duzce.edu.tr

Geliş Tarihi: 05.03.2018
Kabul Tarihi: 04.06.2018
DOI: 10.18521/kt.412881

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralptipdergisi@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Fibromyalji Hastalarında Travmatik Yaşantıların Hastalığa Etkisi

ÖZET

Amaç: Kompleks ve çok boyutlu bir klinik sendrom olan Fibromiyalji sendromunda (FMS), birçok somatik ve psikolojik yakınmalar olduğu için, hastanın yaşadığı travmatik olayları; romatolojik ve psikiyatrik hastalarla karşılaştırarak, travmanın hastalığa ne kadar etkisi olduğunu araştırmak istedik.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 111 FMS hastası ile kontrol grubu olarak 209 osteoartrit (OA), 60 romatoid artrit (RA) ve 59 depresyonlu hasta alınmıştır. Çalışmada veri toplamak için sosyodemografik bilgi formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: FMS, OA, RA hastalarının ÇÇTÖ ve DYÖ puanları, depresyonlu hastalardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. FMS, OA, RA hastaları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır. FMS, OA ve RA hastalarının benzer şekilde stresle başa çıkma yollarını yoğun kullandıkları, buna karşın depresyonlu hastaların ise stresle başa çıkma yollarının tamamını daha az kullandıkları görülmüştür. TYÖ puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak ölçeğin her bir sorusuna verilen ‘evet’ cevapları karşılaştırıldığında; ‘duygusal ihmal, vücutça istismar ve cinsel tacize uğrama’sıklığı depresyonlu hastalarda daha fazla saptanmıştır. FMS ve depresyonlu hastalarda anksiyete oranı yüksek ve benzer görülmüştür.

Sonuç: Travma hem fonksiyonel hem de organik kökenli ağrılara yol açabilir. Fonksiyonel ağrıları olan FMS hastalarının travma durumları, dissosiyatif yaşantı özellikleri depresyonlu hastalardan farklı ancak organik etkenli ağrıları olan OA ve RA hastaları ile benzerdir. Travmaya bağlı stresle başa çıkma yollarını FMS, OA ve RA hastalarının sık kullandıkları, depresyonlu hastaların ise daha az kullandığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar, Fibromiyalji Sendromu, Osteoartrit, Romatoid Artrit, Stresle Başa Çıkma Tarzları

The Effect of Traumatic Experiences on Disease in Patients with Fibromyalgia Syndrome

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the relationship between FMS patients' traumatic experiences of patients with Osteoarthritis (OA), Rheumatoid Arthritis (RA) and Depression.

Methods: Patients with fibromyalgia (n = 120), osteoarthritis (n = 224), rheumatoid arthritis (n = 61) and depression (n = 59) who were agree to participate in the study were included in the study. A total of 6 scales performed including childhood trauma, dissociative experiences, stress-coping style, traumatic experiences checklist (TEC), Beck Anxiety Scale (BAS) and socio-demographic information form to achieve the aim of the study.

Results: The scores of childhood trauma and dissociative experiences of FMS, OA, RA groups were significantly lower than the patients with depression. There was no significant difference between the FMS, OA and RA groups in terms of these characteristics. Moreover, it was found that patients with depression used less stress coping methods differed from the other groups which used similar stress coping styles. There was no significant difference between all groups in terms of traumatic experiences checklist results. However, when each “yes” answers of TEC were compared, it was found that frequency of physical and sexual abuse, and emotional neglect in patients with depression were higher than other groups. Anxiety levels of FMS and patients with depression were both similar and high.

Conclusion: Trauma can lead to both functional and organic pain. Traumatic experiences, dissociative behaviors of FMS patients, who have functional pain, were lower than patients with depression. However, these characteristics of patients with FMS were similar with OA and RA patients, who have organic pain.

Keywords: Anxiety, Childhood Trauma, Depression, Dissociative Experiences, Fibromyalgia, Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Stress Coping Style

GİRİŞ

Fibromiyalji sendromu (FMS); yaygın vücut ağrısı ile seyreden beraberinde birçok semptomun eşlik edebildiği kompleks bir klinik tablodur (1). FMS'nin etiyolojisi ve patofizyolojisi henüz tam olarak bilinmemektedir. Araştırmacıların bir bölümü fiziksel hastalıklar üzerine odaklanmış, diğer bir bölümü psikiyatrik sorunları ele almıştır (2-4). Daha az bir bölümü ise kalıtsal yapıyı ve ağrı eşiği ile ilişkisini değerlendirmiştir (5).

Hastalığa yol açan tek bir neden veya faktör yoktur. Nöroendokrin, santral sinir sistemi, genetik, psikososyal değişkenler, enfeksiyon, fiziksel ve psikolojik travma, stres faktörleri patofizyolojide rol oynayabilmektedir (6,7). İnflamatuvar, immünolojik, hormonal faktörler, gastrointestinal sistem sorunları, uyku bozuklukları, depresyon ve anksiyete hastalığı tetikleyebilmektedir (8-13).

FMS'de temel sorun olan ağrının, genellikle kaslarda ve yumuşak dokularda hissedilmesi nedeni ile uzun yıllar, kaslarla ilgili bir hastalık olduğu düşünülmüş, ancak kaslarda patolojik bulgu saptanamamıştır. Kaslarda gözlenen bazı değişikliklerin ise ağrı ve ağrıya bağlı ortaya çıkan hareketsizlik, harekette azalmaya bağlı sekonder geliştiği sanılmaktadır. FMS'de ağrıya yol açan bir neden olmasından çok, ağrının algılanmasında değişiklik olduğu ve buna bağlı ağrı duyarlılığının arttığı düşünülmektedir. FMS ağrısının ortaya çıkmasında ve devamında santral afektif ve/veya duyuşsal ağrı belleği disfonksiyonun rol oynadığı sanılmaktadır (14,15).

Akut travmaya bağlı ortaya çıkan stres sonucu analjezi geliştiği bilinirken, rat çalışmalarında kronik stresin analjeziyi ortadan kaldırdığı saptanmıştır (16). Kronik strese bağlı sürekli salgılanan serotonin, noradrenalin, dopaminin hiperanaljeziye yol açtığı gösterilmiştir (17). Somatizasyon, sağlık arayışı davranışı ve kötü uykunun kronik yaygın ağrı gelişim riskini orta derecede arttıran üç psikososyal faktör olduğu belirlenmiştir (18). FMS psikojenik faktörlerle de ilişkilendirildiği için psikolojik travma, buna bağlı sekonder gelişen dissosiyatif yaşantılar, anksiyete, bireyin strese başa çıkma tarzları da bu hastalığa etkili olabilir.

Bu kadar geniş risk faktör perspektifine sahip olan FMS'nin risk faktörlerini ortaya koyabilmek için yapılan çalışmalara ait sonuçlar çelişkilidir (2-5,14,17,18). Bu nedenle araştırmaların çok iyi planlanması ve hastalık öncesi sorunların birlikte ele alınması büyük önem taşımaktadır.

Amacımız FMS hastaların da travmanın etkisini; travmatik yaşantılar, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, strese başa çıkma tarzları, anksiyete düzeylerini romatoloji ve depresyon hastaları ile karşılaştırarak belirlemektir.

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran 2010 American College of

Rheumatology (ACR) Kriterlerine göre FMS tanısı konan 111 hasta ile kontrol grubu olarak ACR kriterlerine göre tanı konan 209 diz osteoartriti (OA), 60 romatoid artrit (RA) olmak üzere 269 romatolojive; Psikiyatri Polikliniğine başvuran depresyon tanısı konan ve takip edilen 59 psikiyatri hastası alınmış ve toplam 439 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya alınan hastalara, bilgilerinin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılacağını içeren bilgilendirilmiş olur formu verilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır.

Çalışmada; 17 sorudan oluşan sosyodemografik bilgiler ve bazı klinik özellikleri sorgulayan sosyodemografik bilgi formu, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇCTÖ), Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi, Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) olmak üzere toplam 8 ölçek kullanılmıştır (19-25). Ancak Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesine ait 5 soruya sadece 5 hasta cevap verdiği için çalışma dışı bırakılmıştır. Ölçeklere ait ayrıntılı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Ölçeklerde yer alan bazı sorulara cevap vermeyen hastalar olduğu için değerlendirmede gruplardaki hasta sayılarında değişimler dikkate alınarak analiz uygulanmıştır.

Kesitsel tipte düzenlenen araştırmada veriler ölçekler aracılığı ile toplanmış olup; veri toplama aşamasından önce elde edilen bilgiler veri tabanına aktarılarak veri kalite kontrolünden geçirilmiştir.

İstatistik Analiz: Elde edilen verilerin uygun tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, sayı ve yüzde frekanslar) hesaplanarak tablolar halinde verilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayısı ile, geçerliliği ise Spearman Rank korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Sosyodemografik özellikler bakımından grupların karşılaştırmada veri tipine bağlı olarak Fisher-Freeman-Halton testi veya tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Anlamli farklılıklar Tukey post-hoc testi ile incelenmiştir. Bazı sosyodemografik özelliklerin gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermesi nedeniyle, bu özelliklerin ölçek puanları üzerindeki etkileri Kovaryans analizi ile giderilerek yeniden değerlendirme yapılmıştır.

ANOVA modelinden elde edilen ölçek puanlarına ait ortalamalar düzeltilmemiş ortalama, ANCOVA modelinden sonra elde edilen puan ortalamaları ise düzeltilmiş ortalama olarak adlandırılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır ve hesaplamalarda SPSS (ver. 18) programı kullanılmıştır.

Tablo 1. Kullanılan Ölçeklere Ait Bilgiler

Ölçek Adı	Alt Boyutlar	Formdaki soru numaraları	Toplam Puan
Çocukluk Çağı Travma ölçeği (ÇÇTÖ ²³ , 28 madde)*,‡	Cinsel istismar	20, 21, 23, 24, 27	VAR
	Fiziksel istismar	9, 11, 12, 15, 17	
	Duygusal istismar	3, 8, 14, 18, 25	
	Duygusalihmal	5, 7, 13, 19, 28	
	Fiziksel ihmial	1, 4, 6, 2, 26	
Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES ¹⁹ , 28 madde)	YOK	----	VAR
Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği (SBÇTÖ ²⁰ , 30 madde)	Kendine Güvenli Yaklaşım(KGY)	8, 10, 14, 16, 20, 23, 26	VAR
	İyimser Yaklaşım (İY)	2, 4, 6, 12, 18	
	Sosyal Destek Arama (SDA)	1, 9, 29, 30	
	Boyun Eğici Yaklaşım (BEY)	5, 13, 15, 17, 21, 24	
	Çaresiz Yaklaşım (ÇY)	3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28	
Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ ²⁵ , 29 madde)	YOK	----	VAR
Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ, 21 madde) ²²	YOK	----	VAR

*: Puanlar hesaplanmadan önce ÇÇTÖ' nin olumlu maddeleri olan 2,5,7,13,19,26 ve 28 nolu maddeler önce ters çevrilmelidir.

‡: Olumlu ifadelerden olan 10, 16 ve 22 nolu sorular minimizasyonla ilgilidir ve travmanın inkarını ölçer, ölçeğin toplam puana veya alt boyut puanlarına dahil edilmez. Bu 3 soruya verilen cevaplardan sadece 5 işaretleyenlere 1 puan verilerek toplanır ve 0-3 arasında bir puan elde edilerek travmanın inkarı ölçülür.

BULGULAR

Altı ölçeğin kendi maddeleri arasındaki iç tutarlılıkları incelendiğinde; bütün koşullarda ölçeklere ait iç tutarlılık düzeyleri istatistik olarak anlamlı ve oldukça iyi düzeyde olduğu

belirlenmiştir (Tablo 2). Grupların yaşları incelendiğinde; depresyonlu hastaların en genç, OA hastaların ise en yaşlı olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 2. Ölçek maddelerinin iç tutarlılık sonuçları

		Cronbach's Alpha Katsayısı (iç tutarlılık)			
		Fibromiyalji	Osteoartrit	Romatoid Artrit	Depresyon
DES	28 madde	0,945	0,967	0,969	0,954
SBÇTÖ	30 madde	0,857	0,907	0,887	0,849
TYÖ	29 madde	0,852	0,765	0,558	0,927
ÇÇTÖ	28 madde	0,866	0,828	0,867	0,873
BAÖ	21 madde	0,923	0,785	0,906	0,945

DES: Disosiyatif yaşantılar ölçeği, SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, TYÖ: Travmatik Yaşantılar Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Tablo 3. Hastaların yaşlarına ait tanımlayıcı değerler

		Fibromiyalji			Osteoartrit			Romatoid Artrit			Depresyon			P
		N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	
Yaş	111	40,28 ^b	11,57	209	54,52 ^d	15,67	60	46,92 ^d	15,00	59	30,74 ^a	10,79	<0,0001	

Sosyodemografik ve bazı klinik özelliklerin kategorileri incelendiğinde; kadın hasta sayısı FMS hastalarında diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur (p<0.0001). Eğitim düzeyi FMS ve depresyonlu hastalarda, OA ve RA hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.0001). Evli olanların oranı depresyonlu hastalarda diğer gruplardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0.003).

Daha önce psikiyatrik bir tanı alma özelliklerine göre gruplar incelendiğinde; daha önce anksiyete tanısı alma oranı OA hastalarında diğerlerinden daha düşük, başka bir psikiyatrik hastalık tanısı alma oranı ise RA ve depresyonlu hastalarda daha yüksek saptanmıştır. Bunların dışında yer alan sorulara verilen cevaplar bakımından gruplar arasında anlamlı farka rastlanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Kategorik yapıdaki sosyodemografik özelliklerin gruplara göre tanımlayıcı değerleri

		Fibromiyalji		Osteoartrit		Romatoid Artrit		Depresyon		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	101	91,0 ^a	137	65,6 ^b	43	71,7 ^b	37	62,7 ^b	<0,0001
	Erkek	10	9,0	72	34,4	17	28,3	22	37,3	
	Toplam	111		209		60		59		
Eğitim	Eğitim Yok	5	3,7 ^a	37	17,9 ^b	11	18,3 ^b	2	1,9 ^a	<0,0001
	İlk-Orta	43	39,3 ^a	111	52,8 ^b	29	48,3 ^b	23	41,5 ^a	
	Lise	26	23,4 ^a	28	13,7 ^b	10	16,7 ^b	18	28,3 ^a	
	Yüksek	37	33,6 ^a	33	15,6 ^b	10	16,7 ^b	16	28,3 ^a	
	Toplam	111		209		60		59		
Medeni Durum	Evlenmemiş	25	19,8 ^a	9	4,5 ^b	8	13,6 ^a	35	66,7 ^c	0,003
	Evli	79	73,3 ^a	181	87,1 ^b	47	78,0 ^{ab}	21	29,2 ^c	
	Boşanmış	2	2,0 ^a	2	1,0 ^a	0	0,0 ^a	3	4,2 ^a	
	Eşi ölmüş	5	5,0 ^a	17	7,5 ^a	5	8,5 ^a	0	0,0 ^a	
	Toplam	111		209		60		59		
Daha önce anksiyete	Evet	12	16,7 ^{ab}	9	9,2 ^b	8	26,7 ^b	15	26,3 ^b	0,018
	Toplam	72		98		30		57		
Başka psikiyatrik hastalık	Evet	3	4,3 ^a	7	7,0 ^a	6	20,7 ^b	18	32,7 ^b	<0,0001
	Toplam	70		100		29		55		
Tiroit hastalığı	Evet	11	15,3	14	14,0	5	16,7	7	12,5	0,938
	Toplam	72		100		30		56		
Vitamin eksikliği	Evet	39	54,2	38	37,6	12	38,7	24	42,9	0,168
	Toplam	72		101		31		56		
Sindirim sistemi problemi	Evet	21	29,6	32	31,7	9	31,0	16	28,6	0,984
	Toplam	71		101		29		56		
Nörolojik hastalık	Evet	11	15,5	8	8,2	5	16,1	7	12,5	0,384
	Toplam	71		98		31		56		

Çalışmada kullanılan ölçeklere ait puanlar, gruplar arasında karşılaştırıldığında düzeltilmemiş elde edilen ortalamalar Tablo 5’de verilmiştir. Farklı sosyodemografik özellikler bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunması nedeniyle, bu farklılığın ölçek puanlarını etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Bu özelliklerin ÇÇTÖ, TYÖ ve BAÖ puanlarını etkilemediği görülmüştür. Depresyonlu hastalarda SBÇTÖ puanı ile yaş arasında anlamlı negatif ilişki bulunmasına karşın, yaşa göre yapılan düzeltme sonrasında da sonucun değişmediği yani depresyonlu hastalarda SBÇTÖ puanının diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu bulgulara göre düzeltilmiş ölçek puanı ortalamalarının bu çalışma için farklı bir anlam ifade etmediği söylenebilir.

FMS, OA, RA ve depresyonlu hastaların ayrı ayrı ÇÇTÖ toplam puanı ile kullanılan diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiler karşılaştırıldığında; FMS, OA, RA ve depresyonlu hasta gruplarında ortalama DYÖ puanı ile toplam ÇÇTÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.008$, $p=0.029$, $p=0.049$ ve $p=0.002$) (Tablo 6). Depresyonlu hastalarda TYÖ puanı ile ÇÇTÖ puanı arasında pozitif ilişki

görülmüştür ($p<0.001$). FMS hastaları ile depresyonlu hastalarda BAÖ puanı ile toplam

ÇÇTÖ puanı arasında da pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.049$ ve $p=0.031$) (Tablo 6).

ÇÇTÖ’nin alt boyutlarından; duygusal (emosyonel) istismar puanı, duygusal ihmal puanı, DYÖ puanı depresyonlu hastalarda diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p<0.001$, $p=0.033$ ve $p=0.048$). Ancak diğer gruplar arasında anlamlı farka rastlanmamıştır. SBÇTÖ (alınan puanın yüksekliği, stresle başa çıkma yollarının yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir) toplam puanı ve alt boyut puanları ise depresyonlu hastalarda daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 5).

OA ve RA hastaları, anksiyete sorularına düşük oranda, FMS ve depresyonlu hastalar ise büyük bir oranda cevap vermiştir. Bu nedenle OA ve RA hastaları ile FMS ve depresyonlu hastaları BAÖ açısından karşılaştırma sonuçlarının çok sağlıklı bilgi vermeyeceği düşüncesiyle genelleme yapılmamıştır. FMS ve depresyonlu hastalarda ise anksiyete puanları istatistiksel anlamlılıkta yüksek çıkmış ve birbirine benzer bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 5).

Tablo 5. Düzeltilmemiş Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı Değerler

	Fibromiyalji			Osteoartrit			Romatoid Artrit			Depresyon			P*
	N	Ort	SD	N	Ort	SD	N	Ort	SD	N	Ort	SD	
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puan	88	36,02 ^a	11,74	96	37,16 ^a	11,57	33	36,03 ^a	11,80	55	42,36 ^b	13,28	0,014
Minimizasyon Puanı	88	0,90 ^a	1,10	96	1,08 ^a	1,09	33	0,79 ^{ab}	1,05	55	0,55 ^b	0,83	0,024
Emosyonel İstismar	88	6,88 ^a	2,70	96	6,54 ^a	2,89	33	6,48 ^a	2,84	55	8,65 ^b	4,18	0,001
Fiziksel İstismar	88	6,07	2,59	96	5,82	2,15	33	5,97	3,64	55	6,47	3,10	0,563
Emosyonel İhmal	88	10,17 ^a	4,64	96	11,05 ^{ab}	5,33	33	10,45 ^a	4,64	55	12,69 ^b	5,46	0,033
Fiziksel İhmal	88	7,23	2,72	96	8,02	3,08	33	7,91	2,94	55	8,47	3,08	0,085
Cinsel İstismar	88	5,78	2,11	96	5,72	2,18	33	5,21	0,86	55	6,07	3,04	0,386
Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	72	13,13 ^a	13,06	101	14,80 ^a	16,07	33	18,22 ^{ab}	18,73	58	20,15 ^b	16,80	0,048
Stresle Başa Çıkma ölçeği	86	150,1 ^a	18,58	105	146,8 ^a	23,35	38	153,7 ^a	22,36	56	128,9 ^a	20,59	0,001
Kendine Güvenli Yaklaşım	86	21,92 ^a	3,19	105	21,51 ^a	3,88	38	21,87 ^a	3,89	56	18,29 ^b	4,45	0,001
İyimser Yaklaşım	86	15,42 ^a	2,36	105	15,29 ^a	2,72	38	15,79 ^a	2,45	56	12,50 ^b	3,06	0,001
Çaresiz Yaklaşım	86	85,69 ^a	10,86	105	83,54 ^a	13,80	38	87,87 ^a	12,85	56	74,73 ^b	11,94	0,001
Boyun Eğici Yaklaşım	86	15,14 ^a	3,31	105	14,61 ^a	3,55	38	16,21 ^a	3,38	56	13,11 ^b	3,21	0,001
Sosyal Destek Arama	86	11,95 ^a	2,06	105	11,87 ^a	2,42	38	11,97 ^a	2,34	56	10,34 ^b	2,23	0,001
Probleme yönelik/aktif	86	49,29 ^a	6,03	105	48,67 ^a	7,67	38	49,63 ^a	7,45	56	41,13 ^b	8,08	0,001
Duygulara yönelik/pasif	86	100,8 ^a	13,65	105	98,15 ^a	16,76	38	104,1 ^a	15,79	56	87,84 ^b	13,92	0,001
Travmatik Yaşantılar Ölçeği	35	3,11	3,88	73	2,96	3,00	24	1,83	1,79	53	3,75	5,47	0,259
Beck Anksiyete Ölçeği	102	44,02 ^a	13,9	9	36,67	7,26	8	37,38	9,44	54	43,93 ^a	14,90	0,001

Minimizasyon puanı travmanın inkar düzeyini ölçmekte olup puan yükseldikçe hastanın travmayı inkar ettiği gözlenir. Bu puanın değerlendirilmesi sonucunda gruplar arasında anlamlı farka rastlanmamıştır (p=0.251) (Tablo 7). TYÖ yer alan 29 soruya “evet” cevabını verenlerin

gruplara göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. Buna göre ‘Diğer aile bireyleri ve aile dışı bireyler tarafından duygusal ihmale uğrama’ sıklığının depresyonlu hastalarda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0.012).

Tablo 6. Çocukluk Çağı Travma Ölçek puanı ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiler

		Çocukluk Çağı Travma Ölçeği		
		r	p	N
Ortalama Dissosiyatif Yaşantılar Ölçek puanı	Fibromiyalji	0,329	0,008	64
	Osteoartrit	0,247	0,029	78
	Romatoid Artrit	0,395	0,049	24
	Depresyon	0,400	0,002	55
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanı	Fibromiyalji	-0,112	0,327	79
	Osteoartrit	0,047	0,662	90
	Romatoid Artrit	-0,159	0,402	30
	Depresyon	-0,128	0,352	55
Toplam Travmatik Yaşantılar Ölçek puanı	Fibromiyalji	0,144	0,491	25
	Osteoartrit	0,218	0,137	48
	Romatoid Artrit	0,390	0,122	17
	Depresyon	0,481	0,001	52
Beck Anksiyete Ölçek Puanı	Fibromiyalji	0,513	0,049	102
	Osteoartrit	0,147	0,706	9
	Romatoid Artrit	0,228	0,588	8
	Depresyon	0,293	0,031	54

Tablo 7. Travma İnkarının Gruplara Göre Değişimi

Minimizasyon puanı	Fibromiyalji		Osteoartrit		Romatoid Artrit		Depresyon	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	47	53,4	40	41,7	19	57,6	35	63,6
1	14	15,9	21	21,9	5	15,2	12	21,8
2	16	18,2	22	22,9	6	18,2	6	10,9
3	11	12,5	13	13,5	3	9,1	2	3,6
Total	88		96		33		55	

Ayrıca “Aile içi ve aile dışındaki bireyler tarafından vücutça istismara uğrama sıklığı” ve “Anne baba ya da kardeşleri tarafından cinsel tacize

uğrama sıklığı” depresyonlu hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla; p=0.046 ve p=0.049) (Tablo 8).

Tablo 8. Travmatik Yaşantılar Ölçeğinin sorularına “ever” cevabı verenlerin gruplara dağılımı

Travmatik Yaşantılar Ölçek Soruları	Fibromiyalji		Osteoartrit		Romatoid Artrit		Depresyon		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Çocukluğunuzda Anne Babanıza ya da kardeşlerinize bakmak zorunda olma	11	31,4	21	28,8	10	41,7	10	18,9	0,201
Ailenizde sorunlar olması (örneğin Anne Babanızda alkolizm, ruhsal sorunlar olması, fakirlik)	6	17,1	12	16,4	7	29,2	14	26,4	0,373
Anne Babanızın boşanması	4	11,4 ^a	24	32,9 ^b	4	16,7 ^a	8	15,1 ^b	0,026
Kendinizin boşanması	9	25,7 ^a	22	30,1 ^a	2	8,3 ^b	4	7,5 ^b	0,006
Erişkinliğinizde aile bireylerinden birinin (çocuk ya da eş) ölümü	1	2,9	7	9,6	2	8,3	4	7,5	0,669
Siz çocukken aile bireylerinden birinin ölümü (kardeş ya da Anne Baba)	8	22,9	16	21,9	5	20,8	12	22,6	0,998
Vücutça ağır yaralanma (örneğin kol bacak kaybı, ağır yanık)	5	14,3	4	5,5	1	4,2	10	18,9	0,064
Şiddetli ağrı çekme (örneğin yaralanma, ameliyat nedeni ile),	4	11,4 ^{ab}	5	6,8 ^b	0	0,0 ^b	10	18,9 ^a	0,047
Hastalık, ameliyat ya da kaza nedeniyle hayati tehlike geçirme	3	8,6	6	8,2	0	0,0	2	3,8	0,381
Birisinin sizi ölümle tehdit etmesi (örneğin gasp sırasında)	9	25,7	27	37,0	3	12,5	14	26,4	0,121
Başkasının travmaya uğramasına tanık olma.	2	5,7	5	6,8	0	0,0	3	5,7	0,641
Savaş koşullarında yaşanan olumsuz olaylar (örneğin esir düşme, yakınların ölümü, mahrumiyet, yaralanma)	1	2,9	7	9,6	0	0,0	1	1,9	0,108
İkinci kuşak olarak savaşın etkilerine maruz kalma (Anne Baba ya da yakın akrabalarınızın başına savaş koşullarında kötü olaylar gelmiş olması)	8	22,9	18	24,7	5	20,8	11	20,8	0,956
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin yalnız bırakılma, yetersiz sevgi görme)	4	11,4	14	19,2	3	12,5	17	32,1	0,068
Diğer aile bireyleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba)	2	5,7 ^a	5	6,8 ^a	1	4,2 ^a	12	22,6 ^b	0,012
Aileniz dışındaki kişiler tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler)	2	5,7	3	4,1	1	4,2	6	11,3	0,396
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından duygusal tacize uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	4	11,4 ^{ab}	3	4,1 ^b	0	0,0 ^b	8	15,1 ^a	0,049
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	2	5,7	4	5,5	0	0,0	5	9,4	0,440
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	4	11,4	3	4,1	0	0,0	7	13,2	0,095
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi ya da yaralanmanız)	2	5,7 ^{ab}	1	1,4 ^b	0	0,0 ^b	6	11,3 ^a	0,046
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız)	2	5,7 ^{ab}	0	0,0 ^b	0	0,0 ^b	6	11,3 ^a	0,013
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler) tarafından vücutça istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız)	2	5,7 ^{ab}	1	1,4 ^b	0	0,0 ^b	6	11,3 ^a	0,046
Size çok ağır cezalar verilmesi	2	5,7	1	1,4	0	0,0	4	7,5	0,209
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	3	5,7 ^b	0,049
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	1	2,9	1	1,4	0	0,0	2	3,8	0,687
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	4	11,4	1	1,4	0	0,0	4	7,5	0,065
Anne Baba ya da kardeşler tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	2	5,7	1	1,4	0	0,0	4	7,5	0,209
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	1	2,9	2	2,7	0	0,0	2	3,8	0,825
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, öğretmenler) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	4	11,4	2	2,7	0	0,0	4	7,5	0,148

Tablo 8. Travmatik Yaşantılar Ölçeğinin sorularına “evet” cevabı verenlerin gruplara dağılımı

Travmatik Yaşantılar Ölçek Soruları	Fibromiyalji		Osteoartrit		Romatoid Artrit		Depresyon		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Çocukluğunuzda Anne Babanıza ya da kardeşlerinize bakmak zorunda olma	11	31,4	21	28,8	10	41,7	10	18,9	0,201
Ailenizde sorunlar olması (örneğin Anne Babanızda alkolizm, ruhsal sorunlar olması, fakirlik)	6	17,1	12	16,4	7	29,2	14	26,4	0,373
Anne Babanızın boşanması	4	11,4 ^a	24	32,9 ^b	4	16,7 ^a	8	15,1 ^b	0,026
Kendinizin boşanması	9	25,7 ^a	22	30,1 ^a	2	8,3 ^b	4	7,5 ^b	0,006
Erişkinliğinizde aile bireylerinden birinin (çocuk ya da eş) ölümü	1	2,9	7	9,6	2	8,3	4	7,5	0,669
Siz çocukken aile bireylerinden birinin ölümü (kardeş ya da Anne Baba)	8	22,9	16	21,9	5	20,8	12	22,6	0,998
Vücutta ağır yaralanma (örneğin kol bacak kaybı, ağır yanık)	5	14,3	4	5,5	1	4,2	10	18,9	0,064
Şiddetli ağrı çekme (örneğin yaralanma, ameliyat nedeni ile),	4	11,4 ^{ab}	5	6,8 ^b	0	0,0 ^b	10	18,9 ^a	0,047
Hastalık, ameliyat ya da kaza nedeniyle hayati tehlike geçirme	3	8,6	6	8,2	0	0,0	2	3,8	0,381
Birisinin sizi ölümle tehdit etmesi (örneğin gasp sırasında)	9	25,7	27	37,0	3	12,5	14	26,4	0,121
Başkasının travmaya uğramasına tanık olma.	2	5,7	5	6,8	0	0,0	3	5,7	0,641
Savaş koşullarında yaşanan olumsuz olaylar (örneğin esir düşme, yakınların ölümü, mahrumiyet, yaralanma)	1	2,9	7	9,6	0	0,0	1	1,9	0,108
İkinci kuşak olarak savaşın etkilerine maruz kalma (Anne Baba ya da yakın akrabalarınızın başına savaş koşullarında kötü olaylar gelmiş olması)	8	22,9	18	24,7	5	20,8	11	20,8	0,956
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin yalnız bırakılma, yetersiz sevgi görme)	4	11,4	14	19,2	3	12,5	17	32,1	0,068
Diğer aile bireyleriniz tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba)	2	5,7 ^a	5	6,8 ^a	1	4,2 ^a	12	22,6 ^b	0,012
Aileniz dışındaki kişiler tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler)	2	5,7	3	4,1	1	4,2	6	11,3	0,396
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından duygusal tacize uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	4	11,4 ^{ab}	3	4,1 ^b	0	0,0 ^b	8	15,1 ^a	0,049
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	2	5,7	4	5,5	0	0,0	5	9,4	0,440
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler) tarafından duygusal istismara uğrama (örneğin küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit edilme, haksız yere ceza verilmesi)	4	11,4	3	4,1	0	0,0	7	13,2	0,095
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından vücutta istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi ya da yaralanmanız)	2	5,7 ^{ab}	1	1,4 ^b	0	0,0 ^b	6	11,3 ^a	0,046
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından vücutta istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız)	2	5,7 ^{ab}	0	0,0 ^b	0	0,0 ^b	6	11,3 ^a	0,013
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler) tarafından vücutta istismara uğrama (örneğin, size vurulması, eziyet edilmesi, ya da yaralanmanız)	2	5,7 ^{ab}	1	1,4 ^b	0	0,0 ^b	6	11,3 ^a	0,046
Size çok ağır cezalar verilmesi	2	5,7	1	1,4	0	0,0	4	7,5	0,209
Anne Baba ya da kardeşleriniz tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	3	5,7 ^b	0,049
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	1	2,9	1	1,4	0	0,0	2	3,8	0,687
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, üvey ana baba öğretmenler) tarafından cinsel tacize uğrama (bedensel temas ya da dokunma OLMAKSIZIN cinsel davranışlarda bulunulması)	4	11,4	1	1,4	0	0,0	4	7,5	0,065
Anne Baba ya da kardeşler tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	2	5,7	1	1,4	0	0,0	4	7,5	0,209
Diğer aile bireyleriniz (örneğin amca, dayı, teyze, hala, yeğen, büyükanne ve büyükbaba) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	1	2,9	2	2,7	0	0,0	2	3,8	0,825
Aileniz dışındaki kişiler (örneğin komşular, arkadaşlar, öğretmenler) tarafından cinsel istismara uğrama (bedensel temas ya da dokunmanın olduğu istenmeyen cinsel davranışlar)	4	11,4	2	2,7	0	0,0	4	7,5	0,148

TARTIŞMA

Travma, kişinin çaresizlik ve korkunun en uç noktaları ile yüz yüze gelmesine neden olur, sonunda da tehdide karşı uygun cevap verilemediği zaman travmatizasyon ortaya çıkar.

Ağrı ve ağrılı durumların psikososyal stres etmenleri, psikolojik travmalar ile yakın ilişkili olduğu bulunmuştur (2-4,9). Kronik ağrılı hastalarda, çocukluk döneminde yaşanan travmaların daha yüksek olduğu bilinmektedir (10). Romatolojik hastalıklar olan FMS, OA ve RA'da ağrı mekanizmaları ve patogenepler birbirinden farklıdır. FMS'de ağrıya neden olan her hangi bir organik neden bulunamamasına karşın OA ve RA'da ağrı organik kökenlidir (10). Psikiyatrik hastalıklardan depresyonda da ağrı görülebilmektedir. Depresyonu olan hastalardaki depresif mizaç olumsuz düşünceler oluşturarak ağrı eşiğini düşürmekte, böylece hasta hem kendisinde var olan ağrıyı daha şiddetli algılamakta hem de ağrı ile ilgili korkuya bağlı somatik uğraşlara girmektedir.

Kronik ağrılı FMS hastalarının yaşanan travmalar ile ilişkisini araştırdığımız çalışmamızda, FMS hastalarını, inflamatuvar ve dejeneratif kökenli RA ve OA hastaları, çoğunluğunda çocukluk çağı travmaları olan psikiyatrik hastalıklardan depresyonlu hastalarla karşılaştırdığımızda; FMS, OA ve RA hastalarında çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı fark bulamazken, depresyonlu hastalarda yüksek saptadık (13, 25-29).

Bazı araştırmalarda FMS hastalarında çocukluk çağı travmaları yüksek bulunmuştur (9-11,13,23). Semiz ve ark. tarafından yapılan çalışmada, FMS hastalarında çocukluk çağı travma puanı bizim ortalamamıza çok yakın bulunmuş, ancak RA hastalarından anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır (14). Bu sonuç bizim çalışmamızı desteklememekle birlikte FMS hastalarımızın çocukluk çağı travma puanı bu çalışmadaki puana yakındı.

Bayram ve Erol tarafından yapılan çalışmada FMS hastaları, çocukluk çağı travmaları açısından RA hastaları ve sağlıklı kontrol bireyleri ile karşılaştırılmış, FMS ve RA hastalarında çocukluk çağı travmalarının duygusal istismar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş, bunun dışındaki parametrelerde anlamlı farka rastlanmamıştır (23). Bu araştırmada ÇCTÖ için 40 madde kullanılmıştır. Ölçeğin fiziksel ve duygusal ihmal ve istismarı ölçen boyutları, bizim kullandığımız ölçekten sayısal olarak fazladır. Bu nedenle duygusal ve fiziksel ihmal ve istismarı gösteren boyutlara ait puanlar bakımından çalışmamızdaki grupların sonuçları karşılaştırılamamıştır. Sadece cinsel istismar boyutu aynı sayıda soru içerdiği için karşılaştırılmış, bu çalışmadaki puana göre FMS hastalarımızda bu boyut daha yüksek görülmüştür. Duygusal istismar puanı dışında diğer bulgularla bizim sonuçlarımız benzerdir (23). Bu çalışmayla bizim çalışmamız

arasındaki Duygusal istismar puan farkı ise sayısal fark nedeni ile çıkmış olabilir.

Kanada'da çok geniş örneklem ile yapılan nüfusa dayalı bir araştırmada çocukluk çağı travmaları olan kişilerde artrit riskinde artış saptanmıştır (12). Bu çalışma bizim romatolojik hastalıklarda bulduğumuz benzer sonuçları desteklemektedir.

Çocukluk çağı travmalarının erişkinde majör depresyon yaptığı bulunmuştur (30). Bizde depresyonlu hastalarda çocukluk çağı travmalarını romatolojik hastalardan yüksek bulduk.

Çocukluk çağı travmaları yaşamın ileri dönemlerinde kişinin travmaya karşı direncini kırmakta ve kişiyi travmalara karşı daha duyarlı hale getirmektedir. Bu nedenle özellikle de erişkin dönemde yaşanan travmalar, eğer çocukluk çağında yaşanan travmaları çağrışım yapıyorsa çok daha yıkıcı olmaktadır. Bu kişilerde sürekli hipotalamopitüiter aksın uyarılmasına bağlı santral sinir sisteminde nörotransmitterler azalarak depresyon ortaya çıkar ve/veya var olan hastalıklar şiddetlenir (29,30). Bulgularımız, çocukluk çağı travmalarının hem organik hem de organik olmayan ağrılı durumlar ile ilişkili olabileceğini ancak depresyonlu hastalarla daha fazla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Travmatik yaşantılar; hayatın normal akışı sırasında ortaya çıkan, kişinin başa çıkma mekanizmalarını devre dışı bırakarak, hayatla uyumunu bozan durumlardır (31). Bu yaşantılar, kişinin sahip olduğu çevre ve beden üzerindeki hakimiyetinin tehlikeye girmesine, tehdit edilmesine, zarar görmesine ve mağduriyet yaşamasına neden olur. Çalışmamızda travmatik yaşantılar bakımından FMS, OA, RA ve depresyonlu hastalar arasında anlamlı fark bulamadık. Ancak ölçeğin her bir sorusuna verilen 'evet' cevaplarını karşılaştırdığımızda; 'duygusal ihmal, vücutça istismar ve cinsel tacize uğrama' sıklığını depresyonlu hastalarda diğer hastalıklardan daha fazla bulduk. FMS hastalarının travmaya maruz kalma sıklığı ile ilgili yapılan çalışmaların bir kısmında FMS hastalarının daha fazla travmaya maruz kaldığı saptanırken, bir kısmı ise çalışmamızla benzer sonuçlar bulmuştur (9,11,23). Bu da FMS hastalarının travmatik yaşantılar açısından OA ve RA hastalarından farklı olmadığı, travmatik yaşantının depresyonlu hastalarda daha fazla olduğunu bize göstermektedir.

Dissosiyatif bozukluklar; herhangi bir organik neden olmaksızın, travma sonucu ortaya çıkan bilinç, bellek, algılama, kişilik alanlarında görülen bozukluklardır. Kendini ağrı gibi farklı belirtilerle ortaya koyabilir ve travma sonucu sıklıkla görülen savunma mekanizmalarından biridir (32). Dissosiyatif yaşantıları; depresyonlu hastalarda yüksek, FMS, OA ve RA hastalarında benzer bulduk. Depresyonlu hastalarda dissosiyatif yaşantıların yüksek olması ve dört hastalıkta da

dissosiyatif yaşantılar skoru ile toplam travma puanı arasında pozitif korelasyon olması literatürle uyumludur (33-35). Bu bize dissosiyatif yaşantıların, FMS hastalarında diğer romatizmal hastalıklardan farklı olmadığını göstermektedir. Kişi hastalığının oluşturduğu ağrı yanında, yaşadığı dissosiyatif bozuklukları savunma mekanizması olarak kullanarak var olan ağrısını daha da arttırabilmektedir.

Kronik ağrılı hastalarda depresyon ve anksiyete yüksek saptanmıştır (23). Çalışmamızda OA ve RA hastaları anksiyete sorularına düşük oranda cevap verdikleri için anksiyete durumlarını FMS ve depresyonlu hastalarla karşılaştıramadık. FMS ve depresyonlu hastalarda anksiyete oranını yüksek ve benzer bulduk. Bu durum FMS ve depresyon hastalığının, kişilerde anksiyete oluşturmaya bağlıdır. Ayrıca FMS ve depresyonlu hastalarda BAÖ ile ÇÇTÖ arasında korelasyon gördük. Çocukluk çağı travmalarının erişkinde anksiyete bozukluklarının çoğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (13,25-27). Bu yüzden FMS ve depresyonlu hastalarda, geçirilmiş çocukluk çağı travmaları, erişkin dönemde hastalığın oluşturduğu anksiyeteye ilave olarak ayrıca anksiyete oluşturabilir.

Yaşamın herhangi bir döneminde veya dönemlerinde kişinin yaşadığı herhangi bir travma anksiyete yaratır. Kişi eğer bu durumu çözemezse yani sorunu ortadan kaldıramazsa, yaşadığı anksiyeteye bağlı vücutta fizyolojik olarak ortaya çıkan somatik belirtileri fark eder. Anksiyetede olan kişi bu değişiklikleri hastalık belirtisi gibi algılar ve hastalık korkusu başlar. Bu korkuyu yaşadıkça fizyolojik belirtiler daha da artarak devam eder. Bu da kişide hastalık korkusunun artmasına neden olur. Bu sırada kendi bedenine dikkat etme alışkanlığı kazanır ve normal fizyolojik beden uyarılarını bile

hastalık belirtisi olarak algılar. Böylece ağrı ve diğer somatik uğraşlara başlar ve sonunda semptomlar kronik olarak devam edebilir.

Kişiler yaşadıkları travma sonucu oluşan stresle çeşitli yöntemlerle başa çıkma yolları oluşturabilmektedir. FMS, OA ve RA hastalarının benzer şekilde stresle başa çıkma yollarını yoğun kullandıkları, buna karşın depresyonlu hastaların ise stresle başa çıkma yollarının tamamını daha az kullandıklarını saptadık ve bu sonuçlarımız literatürle de uyumluydu (35-37). Depresyonlu hastalar romatolojik hastalardan farklı olarak stresin üstesinden gelememekte, yaşanan travmalar kendilerinde çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına veya sahip oldukları hastalıkların şiddetlenmesine, kronik hale gelmesine neden olabilmektedir.

Sonuç olarak; organik bir neden bulunamayan, başta ağrı olmak üzere birbirleri ile ilişkisi olmayan çok sayıda semptomlar içeren FMS hastalarının, yaşanan travmalarla ilişkisi olup olmadığını araştırmak için, organik kökenli romatolojik hastalar ve depresyonlu hastalarla karşılaştırıldığında; yaşanan travmaların FMS, OA ve RA hastalarında hastalık üzerine etkili ancak etkinin benzer olduğu, depresyonlu hastalarda ise daha yüksek oranda etkili olduğu bulundu. Anksiyete; RA ve OA hastalarında değerlendirilemedi, FMS ve depresyonlu hastalarda ise benzer ve yüksek orandaydı. Çalışmanın temel kısıtlılıkları; kontrol grubu olarak sağlıklı kontrol grubunun alınmaması, ölçeklerin öz bildirime dayalı olması nedeniyle tüm katılımcıların ölçeklere aynı oranda yeterli cevap vermemesidir. Ancak bu çalışmada yer alan ölçek puanları bakımından literatürde FMS ve RA hastalarının sağlıklı kontrol bireyleri ile karşılaştırması yapılmış ve bu etkinin varlığı saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American Collage of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Res* 2010;62:600-10.
2. Gupta A, Silman AJ. Psychological stress and fibromyalgia: A review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Res Ther* 2004;6(3):98-106.
3. Thiagarajah AS, Guymer EK, Leech M, et al. The relationship between fibromyalgia, stress and depression. *Int. J. Clin. Rheumatol* 2014;9(4):371-84.
4. Elmas O, Yildiz S, Bilgin S, et al. Physiological parameters as a tool in the diagnosis of fibromyalgia syndrome in females: A preliminary study. *Life Sci* 2016;145:51-6.
5. Bradley LA. Pathophysiology of Fibromyalgia. *Am J Med* 2009;122(12):3-13.
6. Elvin A, Siosteen AK, Nilsson A, et al. Decreased muscle blood flow in fibromyalgia patients during standardised muscle exercise: a contrast media enhanced colour Doppler study. *Eur J Pain* 2006;10:137-44.
7. Ablin JN, Beilinson N, Aloush V, et al. Association between fibromyalgia and coronary heart disease and coronary catheterization. *Clin Cardiol* 2009;32:7-11.
8. Clauw DJ. Fibromyalgia: A clinical review. *JAMA* 2014;311(15):1547-55.
9. Goldberg RT, Goldstein RA. Comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disabil Rehabil* 2000;22:756-63.
10. Semiz M, Kavakcı Ö, Pekşen H, et al. Post-traumatic stress disorder, Alexithymia and Somatoform Dissociation in Patients with Fibromyalgia, *Türk J Phys Med Rehab* 2014;60:245-51.
11. Walker EA, Keegan D, Gardner G, et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997;59:572-7.

12. Kopec JA, Sayre EC. Traumatic experiences in childhood and the risk of arthritis: A prospective cohort study. *Can J Public Health* 2004;95:361-5.
13. Ölmez SB, Ataoglu BB, Kocagöz ZB, et al. The investigation of childhood trauma in panic disorder. *Nobel Med* 2018;14(1):39-48.
14. Hakkinen A, Hakkinen K, Hannonen P, et al. Force production capacity and acute neuromuscular responses to fatiguing loading in women with fibromyalgia are not different from those of healthy women. *J Rheumatol* 2000;27:1277-82.
15. Lund E, Kendall SA, Janerot-Sjoberg B, et al. Muscle metabolism in fibromyalgia studied by P-31 magnetic resonance spectroscopy during aerobic and anaerobic exercise. *Scand J Rheumatol* 2003;32:138-45.
16. Graven-Nielsen T, AspegrenKendall S, HenrikssonKG, et al. Ketamine reduces muscle pain, temporal summation, and referred pain in fibromyalgia patients. *Pain* 2000;85: 483-91.
17. Su SY, Chen JJ, Lai CC, et al. The association between fibromyalgia and polymorphism of monoamineoxidase a and interleukin-4. *Clin Rheumatol* 2007;26:12-6.
18. Al-Allaf AW, Dunbar KL, Hallum NS, et al. A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:450-3.
19. Yargıç LI, Utkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1994;2(4):338-47.
20. Ergin A, Uzun SU, Bozkurt AI. Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Fırat Tıp Derg* 2014;19(1):31-7.
21. Güleç H, Sayar K, Topbaş M, et al. Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Derg* 2004;15(3):191-8.
22. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(4):1054-63.
23. Bayram K, Erol A. Fibromiyalji ve romatoid artritte çocukluk çağı örselenmeleri, anksiyete ve depresyon. *Arch Neuropsychiatry* 2014;51:344-9.
24. Nijenhuis ERS, Vander Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients clinical psychology and psychotherapy. *Clin. Psychol. Psychother* 2002;9:200-10.
25. Stein MB, Walker JR, Anderson G, et al. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996;153:275.
26. Mancini C, Van Ameringen M, MacMillan H. Relationship of childhood sexual and Physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:309-14.
27. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, et al. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2011;12:130-36.
28. Cortes AM, Saltzman KM, Weems CF, et al. Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: A preliminary longitudinal evaluation. *Child Abuse Negl* 2005; 29:905-14.
29. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 2007;24:256-63.
30. Saleh A, Potter GG, McQuoid R, et al. Effects of early life stress on depression cognitive performance and brain morphology. *Psychol Med* 2017;47:171-81.
31. Yüksel Ş. Felakete uyum ve ruh sağlığı. *Turk J of Clin Psych* 2000;3:5-11.
32. Langeland W, Draijer N, van den Brink W. Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: towards a resolution of inconsistent findings. *Compr Psychiatry* 2002;43:195-203.
33. Gül A, Gül H, Özen NE, Battal S. Çocukluk Çağı Travmaları Zemininde Depresyon Anksiyete ve Dissosiasyon Semptomları İlişkisinin Araştırılması. *JMOOD* 2016;6:107-15.
34. Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 2004;41(4):472.
35. Merckelbach H, Muris P. The causal link between self-reported trauma and dissociation: A critical review. *Behav res and ther* 2001; 39(3):245-54.
36. Goldenberg DL, Kaplan KH, Nadeau MG, et al. A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *J of Musculoskelet Pain* 1994; 2(2):53-66.
37. Zautra AJ, Hamilton NA, Burke HM. Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: Fibromyalgia and osteoarthritis. *Cog ther and res* 1999; 23(2):209-30.