

CİNSEL TRAVMA MAĞDURU KADINLARDA TRAVMATİK STRES BELİRTİLERİ İLE DİĞER TIBBİ NEDENLERLE AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER VE ALEKSİTİMİNİN İLİŞKİSİ

Ahmet Tamer AKER¹, Feyza ÇELİK², Nermin GÜNDÜZ³

¹ Bilgi Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

² Serbest Hekim Bursa, Turkey.

³ Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Corresponding Author: Nermin GÜNDÜZ

Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ngunduz2798@hotmail.com

Cinsel Travma Mağduru Kadınlarda Travmatik Stres Belirtileri ile Diğer Tıbbi Nedenlerle Açıklanamayan Belirtiler ve Aleksitiminin İlişkisi

The Relationship Between Post-Traumatic Stress Symptoms, Symptoms That Can Not Be Explained With Other Medical Conditions And Alexithymia Among Sexually Traumatized Women

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı cinsel travmaya maruz kalmış 18 yaş ve üzerindeki kadınlar arasında travma sonrası stres belirtileri, diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya cinsel travma maruziyeti olan 30 kadın hasta ile kontrol grubu olarak cinsel travma dışında travma yaşantısı olan 30 katılımcı dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ), "Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Somatizasyon Alt Ölçeği", "İşlevsel Somatik Sendromlar Listesi" (İSS), "Somatizasyon ile İlişkili Ruhsal Bozukluklar Listesi" (SRB), Toronto Aleksitimi Ölçeği-R (TAÖ-20) kullanılmıştır.

Bulgular: Hasta grubunun OEÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları, SCL-90 somatizasyon alt ölçeği puan ortalamaları ile aleksitimik kişi sayısı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. OEÖ toplam puanı, OEÖ yeniden yaşama ve aşırı uyarılmışlık alt ölçekleri ile SCL-90 somatizasyon alt ölçeği toplam puanı ve TAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. OEÖ kaçınma alt ölçeği ile SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ve TAÖ-20 arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda cinsel travma mağdurlarında travmatik stres belirtileri, diğer tıbbi nedenlerle açıklamayan belirtiler ve aleksitiminin birbirleriyle ilişkili olduğunun bulunması bu hasta grubunun tanımlanması ve tedavi planlamasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel travma, travmatik stres belirtileri, diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler, aleksitimi.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between post-traumatic stress symptoms, symptoms that can not be explained with other medical conditions and alexithymia among sexually traumatized women over the age of 18.

Method: 30 female patients who were exposed to sexual trauma and 30 participants who had trauma experiences other than sexual trauma as the control group were included in the study. The participants were evaluated by Impact of Event Scale-R (IES-R), Symptom Checklist-R (SCL-90-R) Somatization Subscale, Functional Somatic Syndromes (FSS) List, The List of Mental Disorders Related with Somatization, Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20).

Results: The mean scores of total and subscales of IES-R, SCL-90-R somatization subscale and the number of alexithymic individuals have been found significantly higher in sexually traumatized women group. In the correlation analysis, there was a statistically significant positive correlation between IES-R total score, IES-R re-experiencing and IES-R avoidance subscales and SCL-90-R somatization subscale and TAS-20. There was no statistically significant correlation between IES-R avoidance subscale and SCL-90-R somatization subscale and TAS-20.

Conclusion: Relationship that we found between post-traumatic stress symptoms, the symptoms that can not be explained with other medical conditions and alexithymia among sexually traumatized women is important to recognize and to treat posttraumatic stress symptoms in treatment seeking patients with the symptoms that can not be explained with other medical conditions.

Key Words: Sexual trauma, posttraumatic stress symptoms, medically unexplained symptoms, alexithymia.

GİRİŞ

Travmaya maruz kalan kişilerde yeniden yaşantılama, kaçınma, küntleşme ve aşırı uyarılmışlık gibi travma sonrası stres belirtilerinin yanısıra çökkünlük ve kaygı belirtileri, bedensel yakınmalar, uyku sorunları, cinsel işlev sorunları ortaya çıkmakta ve madde kötüye kullanımında artış olmaktadır (1-4). Travma sonrası verilen tepkilerde bireysel, toplumsal ve biyolojik etkenler, travmatik olayın şiddeti ile yaşanma biçimi gibi değişkenler etkilidir. Travmatik olay sonrası ortaya çıkan ruhsal belirtilerin önemli belirleyicilerinden biri de travmanın tipidir (5). Yapılan araştırmalarda cinsel travma sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ortaya çıkma olasılığının diğer travmalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (6, 7). Cinsel travma yaşayan bireylerde TSSB yanı sıra, Major Depresif Bozukluk (MDB), anksiyete bozuklukları, yeme bozukluğu, uyku bozuklukları, özkıyım girişimi, cinsel sorunlar ile diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ortaya çıkabilmektedir (8-11).

Cinsel istismar çoğu kez mağdurları tarafından gizlenmek durumunda kaldığı için gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır. Yapılan bir metaanalizde çocukluk çağı cinsel istismarının yaygınlığı kızlarda %8-31, erkeklerde ise %3-17 arasında olduğu, tecavüzün ise kızlarda %9, erkeklerde ise %3 olduğu bulunmuştur (12). Ayrıca bu alanda yapılan araştırmalar kadın cinsiyet, genç yaş, bekar olma ve düşük sosyoekonomik düzeyin cinsel travmaya uğrama açısından daha riskli olduğunu göstermiştir (13).

Cinsel şiddete uğrayan kişiler utanç, suçluluk, zarar görme korkusu, damgalanma endişesi gibi nedenlerden dolayı olayı gizlemektedir. Bu durum, mağdurların tıbbi ve toplumsal yardımlardan mahrum kalmalarına, ortaya çıkan ruhsal sorunlarla yaşamlarını sürdürmekte zorlanmalarına ya da birçok bedensel yakınma ile sık hekim başvurusu nedeniyle gereksiz tıbbi tetkik ve müdahalelere maruz kalmalarına yol açmaktadır (14). Cinsel şiddet mağduru kişilerin sık hekim başvurularının önde gelen nedeni yapılan bütün tıbbi tetkik ve araştırmalara rağmen kökeninin açıklanamadığı bedensel belirtilerdir (15). İlgili yazında bu durumu tarif etmek için diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler, somatizasyon belirtileri ve fonksiyonel somatik sendromlar gibi çeşitli tanımlar kullanılmıştır (16). Klinikte sıklıkla karşılaşılan başka tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler arasında yorgunluk, sırt ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı ve anksiyete yer almaktadır (17).

Diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtilerin klinik görünümü üç farklı şekilde olabilmektedir. Birinci olarak henüz tam olarak açıklanamamış işlevsel somatik sendromların (İSS) (örneğin kronik yorgunluk sendromu (KYS), irritabl barsak sendromu (İBS), fibromiyalji (FMS), migren vb.) bir parçası olabilmektedirler. İkinci olarak anksiyete ve depresyonun görünümleri olabilmekte-

tedirler. Son olarak da tanımlanmış bir organik tanı olmaksızın çeşitli bedensel belirtilerle ortaya çıkabilmektedirler (17, 18).

Bedensel belirtiler değişik kültürel ortamlarda o kültüre özgü farklılıklar gösterebilmekle birlikte duygusal nitelikli sorunların bedensel belirti şeklinde kendini göstermesi evrensel bir olgudur (17). Farklı travma grupları ile yapılan araştırmalarda travma yaşayan kişilerde bedensel yakınmaların artmış olduğu gösterilmiştir (19-28). Birinci basamak tedavi hizmetlerine başvuran kişilerde TSSB tanılı hastalarda kas-iskelet, gastrointestinal ve nörolojik belirtiler nedeni ile tıbbi başvurunun çökkünlük, kaygı veya stres belirtilerine göre daha yaygın olduğu saptanmıştır (27). Ayrıca TSSB'si olan kişilerde olmayanlara göre somatizasyon görülme olasılığının 90 kat artmış olduğu bulunmuştur (29).

Aleksitimi, duygularını tanıma ve sözel ifade güçlüğü, hayal ve düşlem yaşamında kısıtlılık, işe vuruk düşünme eğilimi, çatışma ve engellenme durumlarındaki sorunlarını bedensel belirtiler olarak yansıtmaya gibi özelliklerle belirgindir (30, 31). En belirgin özellikleri duygularını tanımlamak için doğru sözcükleri bulma ve duygularını ifade etmekte güçlük çekme olan bu kişilerin çok sayıda bedensel belirti gösterdikleri gözlenmiştir (32, 33). Aleksitimi, başlangıçta çeşitli klinisyenler tarafından psikosomatik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (31). Daha sonra yapılan araştırmalarda aleksitiminin somatik hastalıklara özgü olmadığı, çökkünlük, kaygı bozuklukları, İSS ve yeme bozuklukları gibi pek çok hastalıkta ve normal kişilerde de görülebildiği bulunmuştur (34, 35). İlgili yazında TSSB ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar kısıtlı sayıda olmakla birlikte (36-39) yapılan bir metaanaliz çalışmasında TSSB ile aleksitiminin ilişkili olduğu bulunmuştur (40). Aynı metaanalizde cinsel travma mağdurlarında aleksitimin cinsel travma ile ilişkili olduğu da ortaya konmuştur (40). Ayrıca yazında TSSB alt kümeleleri ile aleksitimi arasındaki ilişkinin de araştırıldığı ancak çalışmalardan farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir (41-43).

Yapılan araştırmalar travmatik olay yaşamış kişilerde TSSB, somatizasyon ve aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu desteklemekle birlikte henüz yeterli düzeyde değildir (42, 44, 45). Ayrıca uzunlamasına çalışmaların yetersizliği nedeniyle aleksitimi ile diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ve TSSB arasında neden-sonuç ilişkisi kurmak mümkün değildir. Bu ilişkinin anlaşılması diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ile hekime başvuran hastalarda hekimlerin altta yatan travma öyküsünü ve eşlik eden TSSB'yi sorgulama konusunda farkındalık kazanmalarına, bu hastalara yönelik uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini ve bu kişilerin maruz kaldıkları ilaç yan etkisi, gereksiz tıbbi müdahaleler gibi risklerin ortadan kalkmasını ve tedavi maliyetlerinin azalmasını sağlayabilir (46, 47). Bu bağlamda bu çalışmanın amacı cinsel travmaya maruz kalmış 18 yaş ve üzerindeki

kadınlar arasında travma sonrası stres belirtileri, diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştırmak ve ilgili yazına katkı sağlamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya 01.12.2010-01.12.2013 tarihleri arasında cinsel travma maruziyeti nedeniyle mahkeme tarafından adli rapor talebi ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na yönlendirilmiş kişiler dahil edilmiştir. Kayıtlar incelenerek araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan 117 kişinin iletişim bilgileri alınmıştır. Telefonla ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 54 kişi bireysel görüşme yapılmak üzere Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniklerine davet edilmiştir. Kırk dört katılımcı şehir dışında yaşamaları nedeniyle gelebileceklerini belirttiklerinden bilgilendirme formu ve araştırmada kullanılan formlar bu katılımcılara posta yolu ile ulaştırılmıştır. Kırk dört katılımcının 20'si formları uygun şekilde doldurarak posta yolu ile araştırmacılara iletmiştir. Diğer 10 katılımcıya formlar yüz yüze uygulanmış olup toplamda 30 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışma öncesinde hastalardan gönüllü onam formu alınmış, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiş ve etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi'nin ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırmaya 18 yaş ve üzerinde olan, okuma-yazma bilen, psikoaktif madde kullanımı ve psikotik bozukluğu olmayan, görüşmeyi engelleyecek zihinsel ve bedensel belirtileri açıklayacak tıbbi hastalığı bulunmayan kişiler dahil edilmiştir. Kontrol grubuna ise cinsel travma dışında travmatik yaşantılar (doğal afet, trafik kazası, yaralanma gibi) nedeniyle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniklerine başvuran, cinsel travma yaşantısı olmayan, hasta grubu ile yaş ve eğitim durumu açısından benzer olan 30 katılımcı dahil edilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik veri formu, Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ), tıbben açıklanamayan belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla "Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Somatizasyon Alt Ölçeği", bedensel belirtilerle psikiyatri dışı tedavi başvuruları sırasında İSS tanısı alıp almadıklarının değerlendirilmesi için "İşlevsel Somatik Sendromlar Listesi" (İSS), bedensel belirtilerle psikiyatriye başvuruların ve somatizasyon ile ilişkili ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi için "Somatizasyon ile İlişkili Ruhsal Bozukluklar Listesi" (SRB), Toronto Aleksitimi Ölçeği-R (TAÖ-20) kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Bu formda katılımcılara yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleki durum, daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü ve tedavi başvuruları, şimdiki psikiyatrik hastalıkları ve tedavi ihtiyacına yönelik öznel algıları sorgulanmıştır.

Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ-R): Horowitz ve arka-

daşları tarafından geliştirilmiştir (48). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları mevcuttur (49). Yetişkinlere uygulanan, 22 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır (49).

SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği: Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) psikiyatrik belirtileri tarama ve bireyin yaşadığı zorlanmanın ya da olumsuz stres tepkisinin düzeyini ölçmek amacı ile geliştirilmiştir (50). Türkçe uyarlaması mevcuttur (51). Bu araştırmada SCL-90'ın 12 maddelik somatizasyon alt ölçeği kullanılmıştır. Bedensel belirtilerin diğer tıbbi bir nedene bağlı olup olmadığının ayırt edilebilmesi için "Daha önce size bir uzman tarafından yukarıda belirttiğiniz yakınmalarınızı açıklayacak bedensel bir hastalığınızın olduğu söylenmiş miydi? sorusu eklenmiş ve katılımcıların "Evet" ya da "Hayır" şeklinde yanıtlanması istenmiştir.

İşlevsel Somatik Sendromlar (İSS) Listesi: Henningsen ve arkadaşlarının gözden geçirmesi kaynak alınarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (52). Yaygın olarak görülen 28 İSS'u içermektedir. Kişilerin daha önce herhangi bir İSS tanısı alıp almadığının belirlenmesi amacıyla daha önce bir uzman tarafından İSS tanısı alıp almadıklarını "Evet" ya da "Hayır" şeklinde belirtmeleri istenmiştir.

Somatizasyon ile ilişkili Ruhsal Bozuklukların Değerlendirilmesi Listesi (SRB): Kişilerden araştırmacılar tarafından ilgili yazın incelenerek oluşturulmuş olan bedensel yakınmaların ön planda olduğu psikiyatrik hastalıkları (somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu, yeme bozukluğu, uyku bozukluğu) içeren bir liste verilmiş ve daha önce bu hastalık tanılarında bir veya daha çoğunu alıp almadıklarını sorusunu "Evet" ya da "Hayır" şeklinde yanıtlamaları istenmiştir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20): Ölçeğin 20 maddelik kısa formu Bagby, Parker ve Taylor tarafından yapılan düzenleme ile oluşturulmuştur (53, 54). Türkçe uyarlaması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (55). Duygularını tanımada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa-dönük düşünme olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır (55).

SAYISAL ÇÖZÜMLEMELER

Çalışmaya katılan cinsel travma yaşantısı olan katılımcılar ve kontrol grubu katılımcıların verileri SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Science) programına girilmiştir. Verilerin analizleri SPSS Programının ortalama ve yaygınlıklarının yanı sıra, örnek sayısının küçüklüğü ve normal dağılım ölçütlerinin karşılanmaması nedenleri ile parametrik olmayan testler kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında aralarında ardışıklık bulunmayan (kategorik) değişkenlerin karşılaştırılması için, ki kare testi, ardışık bir süreklilik arzeden değişkenlerin karşılaştırılması

için ise Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Bağımlı örneklerde McNemar Testi, bağıntı çözümlenmelerinde Spearman'ın Sıralama Bağıntı Katsayısı kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarında anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya cinsel travma yaşantısı olan 30 kadın hasta ile cinsel travma yaşantısı olmayan ancak diğer travma yaşantısı olan 30 kadın kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Yaş ve eğitim durumları açısından eşleştirilmiş

olan grupların yaş ortalaması 25,6 (SD= 7,75) yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında eğitim durumu, medeni durum, meslek ve çocuk sayısı dağılımı açısından fark bulunmamıştır (Tablo 1). Hasta grubundaki katılımcılar kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla geçmişte bir uzman tarafından psikiyatrik hastalık tanısı aldıklarını, geçmişteki psikiyatrik sorunlar nedeniyle tedavi arayışında bulduklarını, şu anda psikiyatrik bir hastalıklarının olduğunu düşündüklerini ve psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir. Geçmişteki psikiyatrik tedaviden fayda görme açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Verileri

		Hasta (n, %)	Kontrol (n, %)	p
Eğitim**	İlköğretim	18 (60)	18 (60)	1,000
	Lise ve üzeri	12 (40)	12 (40)	
Medeni durum**	Bekar	19 (63,3)	18 (60)	0,791
	Evli	11 (36,7)	12 (40)	
Meslek**	Çalışmıyor	22 (73,3)	19 (63,3)	0,405
	Çalışıyor	8 (26,7)	11 (36,7)	
Çocuk sahibi olma**	Hayır	16 (53,3)	18 (60)	0,602
	Evet	14 (46,7)	12 (40)	
Geçmişte Psikiyatrik Bozukluk**	Var	25 (83,3)	3 (10)	<0,001
	Yok	5 (16,7)	27(90)	
Geçmişte Tedavi Arayışı**	Evet	17 (56,7)	4 (13,3)	<0,001
	Hayır	13 (43,3)	26 (86,7)	
Geçmişteki Tedaviden Fayda**	Evet	13 (76,5)	3 (75)	0,950
	Hayır	4 (23,5)	1 (25)	
Şimdiki Psikiyatrik Hastalık Algısı**	Evet	12 (40)	4 (13,3)	0,020
	Hayır	18 (60)	26 (86,7)	
Psikiyatrik Destek İhtiyacı**	Yok	5 (16,7)	16 (53,3)	0,003
	Var	25 (83,3)	14 (46,7)	
Yaş*		Ortalama± (SD) 25,6 yıl (7,75)	Ortalama± (SD) 25,6 yıl (7,75)	0,970

* Mann-Whitney U Testi **Ki kare testi

Tablo 2:Grupların ölçek puan ortalamaları

	Hasta Ortalama± (SD)	Kontrol Ortalama± (SD)	P
OEÖ Toplam	44,46 (15,04)	30,23 (21,73)	0,006
OEÖ Yeniden Yaşama	15,03 (8,21)	10,90(9,97)	0,063
OEÖ Kaçınma	16,53 (3,30)	11,70 (7,46)	0,003
OEÖ Aşırı Uyarılmışlık	10,60 (6,10)	6,33 (6,29)	0,007
SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği	18,00 (11,93)	11,13 (11,92)	0,030
İSS Türü Toplamı	0,50 (1,47)	0,40 (1,19)	0,739
SRB Türü Toplamı	0,40 (0,92)	0,16 (0,64)	0,238
SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği	18,00 (11,93)	11,13 (11,92)	0,030
TAÖ Toplam Puan	52,80 (13,7)	49,06 (14,4)	0,287

*Mann Whitney U Testi, OEÖ: Olayların Etkisi Ölçeği, İSS: İşlevsel Somatik Sendromlar, SRB:Somatizasyon ile İlişkili Ruhsal Bozukluklar Türü Toplamı, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

OEÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Her iki grup arasında OEÖ toplam puanı ile kaçınma ve aşırı uyarılmışlık alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken yeniden yaşama alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2). Gruplar somatik belirtiler açısından karşılaştırıldıklarında hasta grubundaki katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla somatik belirti bildirmiştir. Bir uzman tarafından İSS ve/veya SRB tanısı alma açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 2). Hasta ve kontrol grubu arasında TAÖ-20 toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 2). Ayrıca hasta ve kontrol grubu arasında TAÖ-20 kesme puanının üstünde puan alan kişi sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. TAÖ-20 kesme puanının üstünde puan alan kişi sayısı hasta grubunda 14 (%46,7), kontrol grubunda ise 7 (%23,3) olarak saptanmıştır (ki kare testi, $p=0,58$). Grupların ölçek puan ortalamalarına ilişkin veriler Tablo 2'de sunulmuştur.

Her iki grupta da somatik belirtisi olan kişi sayısının travmatik olaydan sonra anlamlı derecede arttığı saptanmıştır (Tablo 3 ve Tablo 4). Her iki grup travmatik olaydan sonra somatik belirtileri olan kişi sayısı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olmamakla birlikte (ki kare testi, $p=0,389$) her iki grupta da travmatik olay sonrasında somatik belirtileri olan kişi sayısının arttığı gözlenmiştir (Tablo 5).

Hasta grubunda olaydan önce de somatik belirtilerinin olduğunu belirten 9 kişiden 5'i (%55,5) yaşadıkları travmatik olaydan sonra somatik belirtilerinin şiddetinde artma olduğunu bildirmiştir. Bu oran kontrol grubunda %33,3 olarak bulunmuştur.

Tablo 3: Hasta Grubunda Olaydan Önce ve Sonra Somatik Belirtileri Olan Kişi Sayısının Karşılaştırılması

		Somatik Belirtiler			p*
		Var	Yok	Toplam	
Cinsel Travma	Öncesi	9	21	30	<0,001
	Sonrası	28	2	30	

* Related Samples McNemar Test

Tablo 4: Kontrol Grubunda Olaydan Önce ve Sonra Somatik Belirtileri Olan Kişi Sayısının Karşılaştırılması

		Somatik Belirtiler			p*
		Var	Yok	Toplam	
Travmatik Olay	Öncesi	15	15	30	0,001
	Sonrası	26	4	30	

* Related Samples McNemar Test

Tablo 5: Travmatik Olaydan Sonra Somatik Belirtileri Olan Kişi Sayısının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

		Cinsel Travma		p*
		Var (n,%)	Yok (n,%)	
Somatik Belirti	Var	28 (93,3)	26 (86,7)	0,389
	Yok	2 (6,7)	4 (13,3)	

*Ki kare Testi

Her iki grupta da OEÖ toplam puanı, OEÖ yeniden yaşama ve aşırı uyarılmışlık alt ölçekleri ile SCL-90 somatizasyon alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Her iki grupta da OEÖ kaçınma alt ölçeği ile SCL-90 somatizasyon alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte kontrol grubunda ilişki aynı yönlü iken hasta grubunda ters yönlü olarak bulunmuştur. Her iki grupta da OEÖ toplam puanı ve alt ölçekleri ile İSS türü toplam sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zıt yönde ilişki saptanmıştır. Her iki grupta da OEÖ toplam puanı ve alt ölçekleri ile SRB toplam sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte hasta grubunda ilişkinin yönü zıt olarak bulunmuştur (Tablo 6, Tablo 7).

Her iki grupta da katılımcıların OEÖ toplam puanı ile TAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Her iki grupta da OEÖ yeniden yaşama alt ölçeği ile TAÖ-20 toplam puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Her iki grupta da OEÖ aşırı uyarılmışlık alt ölçeği ile TAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 6, Tablo 7). Hasta grubunda OEÖ kaçınma alt ölçeği ile TAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ilişkinin yönü zıt olarak saptanmıştır (Tablo 6). Kontrol grubunda OEÖ kaçınma alt ölçeği ile TAÖ toplam puanı arasında ilişkinin yönü aynı olmakla birlikte anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 7).

Hasta grubunda SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile TAÖ-20 toplam puanı arasında istatistiksel olarak aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6). Kontrol grubunda SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile TAÖ-20 ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 7).

Tablo 6: Cinsel Travma Yaşantısı Olan Katılımcıların Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

	OEÖ	OEÖ1	OEÖ2	OEÖ3	SCL-90 Som	İSS	SRB	TAÖ-20
OEÖ	1	,935**	,138	,138	,584**	-,120	-,139	,408*
OEÖ1	,935**	1	-,070	,825**	,616**	-,046	-,091	,377*
OEÖ2	,138	-,070	1	-,131	-,020	-,237	-,178	-,137
OEÖ3	,900**	,825**	-,131	1	,580**	-,056	-,075	,529**
SCL-90 Som	,584**	,616**	-,020	,580**	1	,328	,226	,646**
İSS	-,120	-,046	-,237	-,056	,328	1	,554**	,116
SRB	-,139	-,091	-,178	-,075	,226	,554**	1	,130
TAÖ-20	,408*	,377*	-,137	,529**	,646**	,116	,130	1

** p < 0,001 , * p < 0,05

OEÖ: Olayların Ölçeği Toplam Puanı, OEÖ1: Olayların Etkisi Ölçeği Yeniden Yaşantılama Alt Ölçeği, OEÖ2: Olayların Etkisi Ölçeği Kaçınma Alt Ölçeği, OEÖ3: Olayların Etkisi Ölçeği Aşırı Uyarılmışlık Alt Ölçeği, SCL-90 Som: SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği, İSS: İşlevsel Somatik Sendromlar, SRB: Somatizasyon ile ilişkili ruhsal bozukluklar, TAÖ-20: Toronto Aleksitimii Ölçeği-20 Toplam Puan

Tablo 7: Cinsel Travma Yaşantısı Olmayan Katılımcıların Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Tablosu

	OEÖ	OEÖ1	OEÖ2	OEÖ3	SCL-90 Som	İSS	SRB	TAÖ-20
OEÖ	1	,918**	,713**	,938**	,586**	-,140	,213	,525**
OEÖ1	,918**	1	,448*	,857**	,561**	-,098	,191	,443*
OEÖ2	,713**	,448*	1	,613**	,317	-,268	,136	,304
OEÖ3	,938**	,857**	,613**	1	,649**	-,090	,239	,496**
SCL-90 Som	,586**	,561**	,317	,649**	1	,149	,283	,348
İSS	-,140	-,098	-,268	-,090	,149	1	-,104	-,207
SRB	,213	,191	,136	,239	,283	-,104	1	,371*
TAÖ-20	,525**	,443*	,304	,496**	,348	-,207	,371*	1

** p < 0,001 , * p < 0,05

OEÖ: Olayların Ölçeği Toplam Puanı, OEÖ1: Olayların Etkisi Ölçeği Yeniden Yaşantılama Alt Ölçeği, OEÖ2: Olayların Etkisi Ölçeği Kaçınma Alt Ölçeği, OEÖ3: Olayların Etkisi Ölçeği Aşırı Uyarılmışlık Alt Ölçeği, SCL-90 Som: SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği, İSS: İşlevsel Somatik Sendromlar, SRB: Somatizasyon ile ilişkili ruhsal bozukluklar, TAÖ-20: Toronto Aleksitimii Ölçeği-20 Toplam Puan

TARTIŞMA

Bu çalışmada cinsel travma yaşantısı olan kadın hastalar cinsel travma dışında travmatik yaşantısı olan kadın hastalarla travmatik stres belirtileri, aleksitimi ve diğer tıbbi durumlarla açıklanamayan belirtiler açısından karşılaştırılmıştır. Diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler bütünleştirici bakış açısı ile ele alınmış ve hem belirti düzeyinde (SCL-90 somatizasyon), hem genel tıbbi durumlar (İSS) hem de psikiyatrik bozukluklar (SRB) açısından incelenmiştir. Yazın incelendiğinde ülkemizde bu karşılaştırmanın yapıldığı araştırma bulunmadığı görülmüştür. Bu bağlamda araştırmamızın diğer tıbbi durumlarla açıklanamayan belirtiler ile sık karşılaşan klinisyenlere önemli veriler sunacağı düşünülmektedir.

Geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı alma ve psikiyatrik tedavi arayışı cinsel travma yaşantısı olan kadınlarda olma-

yanlara göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Cinsel travma yaşantısı olan katılımcılar kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek oranda değerlendirmenin yapıldığı anda psikiyatrik bozukluklarının olduğunu düşündüklerini ve psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir. Bulgularımız yazında cinsel travma yaşantısı olan kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini, diğer tıbbi klinikler ve ruh sağlığı kliniklerini daha sık olarak kullandıkları, daha sık bedensel ve ruhsal yakınma bildirdikleri, fiziksel sağlıklarını daha kötü algıladıkları ve daha fazla ruhsal gerginlik yaşadıkları bilgileriyle uyumludur (13, 19, 56, 57).

Cinsel şiddet gibi insan elinden kasıtlı olarak çıkan travmatik olayların daha travmatik yaşandığı bilinmektedir (7). Çalışmamızda bu bilgiyi doğrular şekilde travmatik stres belirtileri cinsel travma yaşantısı olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda SCL-90 somati-

zasyon alt ölçeği puanları cinsel travma yaşantısı olan grupta daha yüksek olarak bulunmuş olup bu veri yazında cinsel travma mağdurlarında yapılan cinsel travma ile bedensel belirtiler arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışma verileri ile uyumludur (15, 23, 26, 58-62). Çalışmamıza benzer olarak cinsel travma yaşamış kişileri diğer travma mağduru kişilerle karşılaştıran Sack ve arkadaşları cinsel travma yaşamış hastaların daha fazla somatoform yakınma bildirdiklerini bulmuşlardır (61). Araştırmamızda ayrıca hem cinsel travma yaşantısı olan grupta hem de kontrol grubunda olaydan sonra somatik belirtisi olan kişi sayısının olaydan önceye göre anlamlı derecede artmış olduğu saptanmıştır. Cinsel travma yaşantısı olan grupta olaydan önce somatik belirtisi olduğunu bildiren 9 kişiden 5'inin (%55,5) travmatik olaydan sonra somatik belirtilerinin şiddetinde artma olduğunu belirttiği saptanmıştır. Yazında İSS ile travma yaşantısı arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (20, 23, 63). Yapılan bir metaanalizde cinsel kötüye kullanılma ile fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar, nonspesifik kronik ağrı, psikojenik nöbetler ve kronik pelvik ağrı arasında, tecavüze uğrayan kişilerde de FMS, kronik pelvik ağrı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (23). Gündüz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada FMS tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve cinsel travmatik yaşantı öyküsü kontrol gruplarına göre daha fazla bulunmuştur (63) as well as moderators of this relationship. Literature searches yielded 62 studies examining the impact of PTSD/PTSS on physical health-related quality of life (HR-QOL. Chen ve arkadaşlarının yaptıkları gözden geçirmede cinsel travma ile somatoform bozukluklar arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (64). Gruplar arasında daha önce bir uzman tarafından İSS ve/veya SRB tanısı alma açısından anlamlı fark bulunmamıştır. İSS ve/veya SRB ile cinsel travma arasında daha belirgin bir ilişki saptanmamasının somatik belirtileri olan kişilerin bir uzmana yönlendirilmemiş olması; İSS ve/veya SRB olup olmadığının hastaların kendi bildirimlerine dayalı olması ve katılımcı sayısının azlığına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Cinsel travma yaşantısı olan grup ile kontrol grubunun aleksitimi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olmakla birlikte cinsel travma yaşantısı olan grupta aleksitimi oranı kontrol grubunun iki katı bulunmuştur. Ayrıca hem hasta hem kontrol grubunda travmatik stres belirtileri ile aleksitimi aynı yönde ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızın bu verisi kontrol grubuna cinsel travma dışında travmatik yaşantısı olan katılımcıların dahil edilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüş olup bu bulgu konu ile ilgili araştırma verileri ile uyumlu olarak yorumlanmıştır (36-40). Frewen ve arkadaşları yaptıkları metaanalizde TSSB ile aleksitiminin ilişkili olduğunu; özellikle de savaşla ilişkili TSSB'si olan erkeklerde bu ilişkinin daha belirgin olduğunu belirtmişlerdir (40). Zeitlin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada tecavüze bağlı TSSB'si olan ve olmayan kişilerin aleksitimi açısından farklılık göstermediğini, tecavüze maruz

kalan kişilerin tecavüze maruz kalmamış kişilere göre daha fazla aleksitimik olduklarını, birden fazla tecavüze maruz kalanların ise bir kez tecavüze maruz kalanlara göre daha fazla aleksitimik olduklarını göstermişlerdir (36). Aleksitimi cinsel şiddet gibi TSSB doğurma olasılığı daha yüksek olduğu bilinen travmanın mağdurlarında travma ile baş etme yöntemi olabileceği, aleksitiminin acıveren duygulardan kaçınmak amacıyla ortaya çıktığı öne sürülmüştür (36, 40). Çalışmamızın verileri bu görüşü doğrular niteliktedir.

Çalışmamızda ayrıca travmatik stres alt kümeleri ile aleksitimi ilişkisi de araştırılmıştır. İlgili tıbbi yazında çalışmamızın bu bölümüne benzer şekilde desenlenmiş çalışmalar da bulunmakla birlikte araştırma sonuçları çelişkilidir (41, 42, 43, 65-68). Aleksitiminin her üç travmatik stres kümesi (kaçınma, duygusal küntleşme, aşırı irkilmişlik) ile de ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmaların yanı sıra (43, 66, 67), aleksitimin travmatik stres kümelerinden sadece bir ya da ikisi ile ilişkili olduğunu bulan çalışmalar da bulunmaktadır (41, 40, 65). Araştırmamızda cinsel travma yaşantısı olan grupta aleksitimi travmatik stres kümelerinden aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşama ile ilişkili bulunmuşken kaçınma ile ilişkili bulunmamıştır. Ayrıca cinsel travma yaşantısı olan grupta en yüksek ilişki aşırı uyarılmışlık ile aleksitimi arasında ve aynı yönlü olarak bulunmuştur. Bu veri bazı çalışma verileri ile uyumludur (41, 40). Buna karşın araştırmamızda kaçınma belirtileri ile aleksitimi arasında ise anlamlı düzeyde olmamakla birlikte zıt yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu veri bazı araştırma verileri ile uyumlu iken (41) bazı çalışma verilerinden farklıdır (68). Fukunishi ve arkadaşları yaralı hastalarda yaptıkları çalışmada TSSB belirti kümelerinden kaçınma ve duygusal küntleşmenin aleksitimi ile aynı yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (68). Yazındaki veriler değerlendirildiğinde aşırı uyarılmışlık ile aleksitimi arasında ilişki olduğuna dair büyük oranda görüş birliği bulunmaktadır (40, 41, 66, 67). Buna karşın yazında aleksitimi ile kaçınma ve küntleşme belirtilerinden kaçınma ile ilişki bulunmazken küntleşme ile ilişki olduğu belirtilmektedir (40, 41). Araştırmamızda kaçınma ile aleksitimi arasında ilişki bulunmamamız, bu çalışmada bulunan kaçınma ve SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile olan ilişkisizlikle de uyumludur. Bu durum OEÖ'nin kaçınma alt ölçeğinin küntleşme belirtilerini yeterli düzeyde temsil etmemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Bulgumuz kaçınma ve küntleşmenin ayrı yapılar olabileceğini; kaçınmanın travma sonrası strese özgü olmadığını belirten klinik ve doğrulayıcı faktör analitik çalışmaları ile de uyumludur (69-71). Ayrıca bazı araştırmalar, kaçınma ve duygusal küntleşmenin yanı sıra aşırı uyarılmışlık ve uyku bozukluğunun da bölündüğü beş faktörlü bir belirti kümesi tanımlanmasının gerekliliğini savunmuştur (72, 73). Araştırmamız, ilgili yazında kaçınma ve küntleşmenin tek faktörde yer aldığı DSM-IV'ün yönlendirdiği üç belirti kümeli TSSB yapısının eleştirildiği bulgulara yeni

kanıtlar eklemiş gibi görünmektedir. Ayrıca, duygusal küntleşmenin kronik aşırı uyarılmışlıktan kaynaklanan duygusal tükenmenin sonucu ortaya çıkabileceğini ifade eden yazarların yanısıra (74), uyarıcı karşısında duygusal tepkilerin bastırılmasının aşırı uyarılmışlığı tetiklediğini ifade eden yazarlar da bulunmaktadır (75). Her iki yorumun da geçerli olması ve her ikisinin de aslında birbirini pekiştirmesi mümkündür. Aşırı uyarılmışlık belirtileri bireylerin duygularını tanımlama zorluğu yani aleksitimi ile daha yakından ilişkili olabilir. Aleksitimik bireylerin duygulanımları hakkında bilinçli bir içgörüsü ya da bilinçli bir farkındalığı olmadığı için, aleksitimi aşırı uyarılmışlık belirtilerini ortaya çıkarabilir ya da artırabilir. Bundan sonraki araştırmalarda travmatik stres belirtilerinin her 4 belirti kümesini de eşit düzeyde yansıtan ölçeklerin kullanılması önerilmektedir.

Araştırmamızda cinsel travma yaşantısı olan grupta SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile travmatik stres belirtileri arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu veri cinsel travma ile somatik belirtiler arasındaki ilişkiye travmatik stres belirtilerinin eşlik ettiğini öne süren araştırma verilerini destekler niteliktedir (76-78). Eadie ve arkadaşları 153 psikoloji bölümü öğrencisi ile yaptıkları araştırmada travma sonrası stres belirtilerinin şiddetinin cinsel kötüye kullanıma şiddeti ve kişilerin kendi bildirdikleri fiziksel sağlıkları arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermişlerdir (76). Smith ve arkadaşları tarafından 83 kadın gazide yapılan araştırmada ise cinsel saldırıya uğramanın travma sonrası stres belirtileri ve gastrointestinal, genitoüriner, kas-iskelet ve nörolojik belirtilerle ilişkili olduğu, travma sonrası stres belirtilerinin ise cinsel saldırı ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir (77). Campbell ve Raja'nın 268 kadın askerde yaptıkları araştırmada TSSB'nin cinsel travma ve fiziksel sağlık arasında aracı olduğunu bulmuşlardır (79).

Ayrıca araştırmamızda cinsel travma yaşantısı olan grupta olaydan önceye göre somatik belirtisi olan kişi sayısının anlamlı derecede arttığı, kontrol grubuna göre daha fazla somatik belirti bildirdikleri saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda travmatik olaylardan sonra hem travmatik belirtilerin hem de somatik belirtilerin anlamlı düzeyde arttığının gösterilmesi bunlar arasında bir ilişki olup olmadığı sorusunu gündeme getirmiştir (80, 81). İki durum arasındaki olası ilişkinin nedenlerine yönelik birtakım olasılık etmenleri ortaya atılmıştır. Birinci hipotezde birinin diğerine neden olabileceği (örn: anksiyete ağrıya neden olabilir ya da ağrı anksiyeteye neden olabilir) ortaya atılmıştır. İkinci hipotezde iki durumun ortak sürdüren bir yol ile birbirlerini etkileyebileceği (örn: ağrı kaygı bozukluğu belirtilerini artırabilir ya da kaygı bozukluğu belirtileri ağrıyı artırabilir.) ortaya atılmıştır. Buna göre TSSB'nin psikolojik, affektif ve davranışsal bileşenlerinin ağrı belirtilerini artıracığı ya da sürdüreceği, benzer şekilde, kronik kas-iskelet ağrısının bilişsel, affektif ve davranışsal bileşenlerinin TSSB belirtilerini artırabileceği veya sürdürebileceği öne sürülmektedir (81). Üçün-

cü hipotezde ortak bir yatıklaştırıcı ya da bir çevresel olayın her ikisine de yatıklılığı artırabileceği öne sürülmüştür (80, 81). Araştırma bulgularımız üçüncü hipotezi destekler niteliktedir.

Araştırmamızda SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile travmatik stres belirtileri alt kümeleri ilişkisi, aleksitimi ile travmatik stres belirtileri alt kümeleri ilişkisine benzer şekilde yorumlanmıştır. Cinsel travma yaşantısı olan grupta SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile yeniden yaşama arasında aynı yönde anlamlı olarak saptanan ilişki ilgili yazın ile uyumlu olarak değerlendirilmiş (26) olup yeniden yaşama belirtilerinin sayısının travmatik stresin şiddeti ve sürekliliğini öngördürmediğini gösteren bir çalışma da bulunmaktadır. Yine cinsel travma yaşantısı olan grupta bulduğumuz SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile aşırı uyarılmışlık arasındaki aynı yönlü anlamlı ilişki yazın ile uyumludur (82). Bununla birlikte araştırmamızda cinsel travma yaşantısı olan grupta SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olmakla birlikte aralarında zıt yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu veri ilgili yazında bazı veriler ile uyumlu değilken (25, 26, 82), aleksitimi ile de benzer ilişkinin bulunmuş olması aleksitiminin travmatik stres belirtileri ile bedensel belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık edebileceğini düşündürmüş olup bu ilişkinin ortaya konması için uzunlamasına daha fazla örneklem grubunda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamızda cinsel travma yaşantısı olan grupta SCL-90 somatizasyon alt ölçeği ile aleksitimi arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmamızın sonuçları diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ile aleksitiminin ilişkili olduğuna dair verileri desteklemektedir (35). Gucht ve arkadaşlarının yaptıkları gözden geçirmede aleksitimi ile somatik belirtiler arasında düşük-orta etki gücünde ilişki bulunmuştur (35). Bizim araştırmamızda TSSB, aleksitimi, diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtilerin birbiri ile ilişkili olduğu bulunmuş olup katılımcı sayısının az olması nedeniyle regresyon analizi yapılamadığından aleksitiminin yordayıcı etkisi desteklenememiştir. Araştırmamızda aleksitimi, travmatik stres belirtileri ve diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtilerin her üçü de birbirleri ile ilgili yazın ile uyumlu olarak ilişkili bulunmuştur (24, 42). Kronik TSSB'si olan 127 savaş gazisi ile yapılan bir çalışmada ise aleksitimi ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, aleksitiminin kronik TSSB'si olan kişilerde somatik hastalıkların gelişmesi için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (42). Eski kadın askerler arasında yapılan başka bir araştırmada ise duygularını tanımlama becerisindeki bozukluğun bedensel yakınmalar ve acil servisleri kullanma yaygınlığında artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır (24). Araştırmacılar, içsel duygusal durumlarını tanımlama güçlüğü olan kişilerin travma ile ilişkili ruhsal sıkıntıları bedensel belirtiler olarak yorumlamaları nedeniyle daha fazla bedensel belirti bildirme ve/veya tedavi arayışı ile acil servise başvurma eğiliminde olabilecekle-

rini öne sürmüşlerdir (24). Aleksitiminin tedavi yanıtı üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalarda aleksitiminin terapiden olumsuz sonuç alma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (83-85). Naugle ve arkadaşları birden fazla cinsel travma öyküsü olan kadınların terapi sırasında duygularını tanımada güçlük yaşadıklarını gözlemlemişlerdir (85). Bu bağlamda TSSB, başka tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ve aleksitimi arasındaki ilişkinin anlaşılması bu hastalara yönelik uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini sağlayabilir (46).

Van der Kolk'a göre travmatik bir yaşantı bellekte bedensel-duyusal bir düzeyde örgütlenir. Bu nedenle travmatik anı yalnızca bedensel duyular, davranışsal yeniden yaşantılar, rüyalar ve geriye dönüşler biçiminde hatırlanır (86). Travmanın duygulanımı ayırt edememe ile sonuçlandırıldığı ve özgül duyguları tanımlamanın zorlaştığı vurgulanmıştır. Böylece bedensel belirtiler sözel ifadenin olmadığı yerdeki sessiz ifade biçimleri olurlar (86). Bu durum çalışmamızda da bulmuş olduğumuz travmatik stres belirtileri ile diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtiler arasındaki ilişkiyi de açıklamaktadır.

Bununla birlikte araştırmamızın birtakım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Araştırmamızda bedensel belirtiler ve bazı ölçümler geçerlik güvenilirlik çalışması olmayan soru listeleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca travma öncesi ve sonrasına ait değerlendirmeler de öz bildirime dayalıdır. Katılımcılar öz bildirim ölçeklerle değerlendirilmişler ve tamamına yüz yüze ulaşılamamıştır. Öz bildirim ölçümlerin kişinin savunucu yaklaşımına ya da kendini olduğundan kötü gösterme eğilimine açık olması nedeniyle nesnellik kısıtlıdır. Araştırma grubumuzun adli vakalar arasından seçilmesi ve vakaların bir kısmının halen mahkeme sürecinin devam ediyor olmasının sorulara yanıt verirken yanlılığa neden olması olasıdır. Örneklem sayısının sınırlı olması ve adli tıpa başvuran vakalar arasından seçilmesi araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Araştırmanın yönteminin kesitsel olması nedeniyle travmatik stres belirtileri, diğer tıbbi nedenlerle açıklanamayan belirtiler ve aleksitimi arasında bir neden sonuç ilişkisi kurmak olası olmamaktadır.

Sonuç olarak cinsel şiddet gibi travmatik olayları sadece TSSB ile değerlendirmek kısıtlılık yaratacaktır. Bu nedenle, özellikle bedensel belirtileri de araştırmak, bu belirtilerle başvuran kişilerde cinsel şiddet yaşantısının olabileceğini unutmamak gerekmektedir. Benzer durum aleksitimi için de geçerlidir. Duyguları tanımlama ve söze dökmesi kısıtlı olan bu kişilerde travma ve stres belirtilerinin araştırılması önemlidir. Böylece hem aleksitimi hem de İSS'da travma odaklı terapilerin etkili olabilmesi mümkündür. Ayrıca bu araştırmanın sonuçları bedensel belirtilerin her uzmanlık alanı tarafından ayrı ayrı tanı koyma ve tedavi yaklaşımından vazgeçilip genel tıp ile psikiyatrinin bir arada olduğu bir yaklaşımın gerekli olduğu bütüncül yaklaşım gerekliliğini vurgulamaktadır (87).

KAYNAKLAR

1. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T ve ark. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000 ; 61 [suppl 7]:22-32.
2. Sikharulidze G, van Geloven N, Gugushvili N ve ark. Post-Traumatic stress disorder and comorbidity : the role of mediation and relation between PTSD and somatic complaints in mental health management. *Georgian Med News*. 2018 ;98-105.
3. Cheung Chung M, AlQarni N, AlMazrouei M ve ark. The impact of trauma exposure characteristics on post-traumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees. *Psychiatry Res*. 2018 ; 259:310-315.
4. Thapa P, Acharya L, Bhatta BD ve ark. Anxiety, Depression and Post-Traumatic Stress Disorder after Earthquake. *J Nepal Health Res Counc*. 2018 ; 16(1):53-57.
5. Aker T (2006). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Ed. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları.
6. Kuwert P, Glaesmer H, Eichhorn S ve ark. Long-term effects of conflict-related sexual violence compared with non-sexual war trauma in female World War II survivors: a matched pairs study. *Arch Sex Behav*. 2014 ; 43(6):1059-64.
7. Smith HL, Summers BJ, Dillon KH ve ark. Is worst-event trauma type related to PTSD symptom presentation and associated features? *J Anxiety Disord*. 2016 ; 38:55-61.
8. Dworkin ER. Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2018 ; 25:1524838018813198.
9. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J ve ark. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017 ; 56 :65-81.
10. Afzali MH, Sunderland M, Batterham PJ ve ark. Trauma characteristics, post-traumatic symptoms, psychiatric disorders and suicidal behaviours: Results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust NZJ Psychiatry*, 2017 ; 51(11):1142-1151.
11. Gilmore AK, Brignone E, Painter JM ve ark. Military Sexual Trauma and Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder, Depressive Disorders, and Substance Use Disorders among Returning Afghanistan and Iraq Veterans. *Womens Health Issues*. 2016 ; 26(5):546-54.
12. Barth j, Bermetz L, Heim E ve ark. The current pre-

- valence of child sexual abuse worldwide a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013 ; 58(3):469-483.
13. Burman MA, Sorenson SB. Sexual Assault History and Use of Health and Mental Health Services. *Am J Community Psychol*, 1998 ; 16(5):625-44.
 14. Hidalgo BR, Davidson JRT (2000) Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology and Health-Related Considerations. *J. Clin Psychiatry*. 2000 ; 61(suppl 7):5-13.
 15. Nyboe L, Benthholm A, Gyllensten AL. Bodily symptoms in patients with post traumatic stress disorder : A comparative study of traumatized refugees, Danish War veterans, and **healthy controls**. *J Body Mov Ther*. 2017 ; 21(3):523-527.
 16. Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ Health Perspect*, 2001 ; 110(Suppl 4):631-636.
 17. Kandemir G, Ak İ. Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2013 ; 5(4):479-506.
 18. Sayar K. Tıbben Açıklanamayan Belirtiler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2002 ;13 (3):222-231.
 19. Park J, Jun JY, Lee YJ ve ark. The association between alexithymia and posttraumatic **stress symptoms following multiple exposures to traumatic events in North Korean refugees**. *J Psychosom Res*. 2015 ;78(1):77-81.
 20. Pacella ML, Hruska B Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a metaanalytic review. *J. Anxiety Disord*. 2013 ; 27(1):33-46.
 21. Punamäki RL, Qouta SR, El Sarraj E. Nature of torture, PTSD, and somatic symptoms among political ex-prisoners. *J Trauma Stress*, 2010 ; 23(4):532-536.
 22. Aragona M, Catino E, Pucci D ve ark. The Relationship Between Somatization and Posttraumatic Symptoms Among Immigrants Receiving Primary Care Services. *J Trauma Stress*, 2010 ; 23(5):615-622.
 23. Paras ML, Murad MH, Chen LP ve ark. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2009 ; 302(5):550-561.
 24. Polusny MA, Dickinson KA, Murdoch M ve ark. The role of cumulative sexual trauma and difficulties identifying feelings in understanding female veterans' physical health outcomes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 ; 30(2):162-170.
 25. Van den Berg B, Grievink L, Yzermans J ve ark. Medically unexplained physical symptoms in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev*, 2005 ; 27:92-106.
 26. Escolona R, Archilles G, Waitzkın H ve ark. PTSD and Somatization in Women Treated at a VA Primary Care Clinic. *Psychosomatics*, 2004 ; 45(4):291-296.
 27. Lecrubier Y. Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Hidden Diagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2004 ; 65(suppl 1):49-54.
 28. Engel CC, Liu X, McCarthy BD ve ark. Relationship of Physical Symptoms to Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans Seeking Care for Gulf War-Related Health Concerns. *Psychosom Med*, 2000 ; 62(6):739-745.
 29. Solomon SD, Davidson JR. Trauma: Prevalence, Impairment, Service Use, and Cost. *J Clin Psychiatry*. 1997 ; 58(suppl 9):5-11.
 30. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilim Fakültesi Derg*, 2002 ; 35(1-2):183-212.
 31. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry*. 1996 ; 153(7 Suppl):137-142.
 32. Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosom Med*, 1981 ; 43(6):531-543.
 33. Ahrens S, Deffner G. Empirical study of alexithymia: methodology and results. *Am J Psychother*. 1986 ; 40:430-447.
 34. Dereboy F. Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme *Türk Psikiyatri Derg*. 1990 ; 1(3):157-65.
 35. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatization: quantitative review of the literature. *J Psychosom Res*. 2003 ; 54(5):425-34.
 36. Zeitlin SB, McNally RJ, Cassiday KL. Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? *Am J Psychiatry*. 1993 ; 150(4):661-663.
 37. Cloitre M, Scarvalone P, Difede J. Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *J Trauma Stress*, 1997 ; 10 (3):437-452
 38. McLean LM, Toner B, Jackson J ve ark. (2006) The relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples : examination of women treated in community and institutional clinics. *J Child Sex Abus*, 2006 ; 15(3):1-17.
 39. Zlotnick C, Zakriski AL, Shea MT ve ark. The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1996 ;

- 9(2):195–205.
40. Frewen PA, Dozois DJA, Neufeld RWJ ve ark. Meta-Analysis of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2008 ; 21(2):243–246.
41. Declercq F, Vanheule S, Deheegher J. Alexithymia and Posttraumatic Stress: Subscales and Symptom Clusters. *J Clin Psychol*. 2010 ; 66(10):1076–1089.
42. Kusevic Z, Civljak M, Rukavina TV ve ark. The Connection between Alexithymia and Somatic Morbidity in a Population of Combat Veterans with Chronic PTSD. *Acta Inform Med*. 2013 ; 21(1): 7-11.
43. Mc Caslin SE, Metzler TJ, Best SR ve ark. Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: Cross sectional and prospective findings. *J Trauma Stress*. 2006 ; 19 (3) :361–373.
44. Schnurr PP, Green BL. Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes. *Adv Mind Body Med*. 2004 ; 20: 18-29.
45. Krystal JH, Giller EL, Jr., Cicchetti DV. Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosom Med*. 1986 ; 48(1-1):84-94.
46. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR ve ark. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J Consult Clin Psychol*. 2002 ; 70 (5):1067-1074.
47. Calhoun PS, Bosworth HB, Grambow SC ve ark. Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2002 ; 159(12):2081–86.
48. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979 ; 41: 209-218.
49. Çorapçioğlu A, Yargıç İ, Geyran P ve ark. “Olayların Etkisi Ölçeği” (IES-R) Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *New/Yeni Symposium Journal*. 2006 ; 44(1): 14–22.
50. Derogatis LR (1997) SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-I for the Revised Version. Baltimore, MD: John Hopkins Univ, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
51. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 1991 ; 2(1): 5-12.
52. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 2007 ; 369:946-55.
53. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994a ; 38(1):23-32.
54. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*. 1994b ; 38(1):33-40.
55. Güleç H, Köse S, Yazıcı GM. Yirmi soruluk Toronto Aleksimi Ölçeği’nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 2009 ; 19(3):213-9.
56. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic Symptoms, Social Support, and Treatment Seeking Among Sexual Assault Victims. *J Consult Clin Psychol*. 1994 ; 62(2) :333-340.
57. Hulme PA. Symptomatology and Health Care Utilization of Women Primary Care Patients Who Experienced Childhood Sexual Abuse. *Child Abuse Negl*. 2000 ; 24(11):1471-1484.
58. Romans S, Belaise C, Martin J ve ark. Childhood Abuse and Later Medical Disorders in Women. *Psychother Psychosom*. 2002 ; 71(3):141–150.
59. Walker EA, Katon WJ, Hansom J. Medical and Psychiatric Symptoms in Women with Childhood Sexual Abuse. *Psychosom Med*. 1992 ; 54(6):658-664.
60. Stein MB, Lang AJ, Laffaye C ve ark. Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 ; 26(3):178-183.
61. Sack M, Boroske-Leiner K, Lahmann K. Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 ; 32(3):315-320.
62. Samelius L, Wijma B, Wingren G ve ark. Somatization in Abused Women. *J Womens Health*. 2007 ; 16(6):909-918.
63. Gündüz N, Polat A, Erzincan E ve ark. Psychiatric comorbidity and childhood trauma in fibromyalgia syndrome, *Türk J Phys Med Rehab*. 2018 ; 64(2):91-99.
64. Chen LP, Murad MH, Paras ML ve ark. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010 ;85(7): 618–629.
65. Badura AS. Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in post-traumatic stress disorder and alexithymia. *J Anxiety*

- Disord. 2003 ; 17(3):349–360.
66. Monson CM, Price JL, Rodriguez BF ve ark. Emotional Deficits in Military-Related PTSD : An Investigation of Content and Process Disturbances. *J Trauma Stress.* 2004 ; 17(3):275–9.
 67. Sondergaard HP Theorell T. Alexithymia, emotions and PTSD: Findings from a longitudinal study of refugees. *Nord J Psychiatry.* 2004 ; 58(3):185–191.
 68. Fukunishi I, Sasaki K, Chishima Y ve ark. Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase :studies of posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996 ; 18(2):121-7.
 69. Cordova MJ, Studts JL, Hann DM ve ark. Symptom structure of PTSF following breast cancer. *J Trauma Stress.* 2000 ; 13(2):301–319.
 70. Marshall GN. Posttraumatic stress disorder symptom check-list: Factor structure and English-Spanish measurement invariance. *J Trauma Stress.* 2004 ; 17(3): 223–230.
 71. Mc Williams LA, Cox BJ, Asmundson GJG. Symptom structure of posttraumatic stress in a nationally representative sample. *J Anxiety Disord.* 2005 ; 19(6): 626–641.
 72. Simms LJ, Watson D, Doebbeling BN. Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *J Abnormal Psychol.* 2002 ; 111(4) :637–647.
 73. Witteveen AB, Van der Ploeg E, Bramsen I ve ark. Dimensionality of the posttraumatic stress response among police officers and fire fighters: An evaluation of the two self-report scales. *Psychiatric Res.* 2006 ; 141(2).213–228.
 74. Litz BT. Emotional numbing in combat-related posttraumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clin Psychol Rev.* 1992 ; 12(4) :417–432.
 75. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression: Physiology, self-report and expressive behaviour. *J Pers Soc Psychol.* 1993 ; 64(6) :970–986.
 76. Eadie EM, Runtz MG S-RJ. Posttraumatic Stress Symptoms as a Mediator Between Sexual Assault and Adverse Health Outcomes in Undergraduate Women. *J Trauma Stress.* 2008 ; 21(6):540–547.
 77. Smith BN, Shipherd JC, Schuster JL ve ark. Posttraumatic Stress Symptomatology as a Mediator of the Association Between Military Sexual Trauma and Post-Deployment Physical Health in Women. *J Trauma Dissociation.* 2011 ; 12(3) :275-289.
 78. Shipherd JC, Pineles SL, Gradus JL. Sexual Harrassment in the Marines, Posttraumatic Stress Symptoms, and Percived Health: Evidence for Sex Differences. *J Trauma Stress.* 2009 ; 22(1):3-10.
 79. Campbell R, Greeson MR, Bybee D ve ark. The Co-Occurrence of Childhood Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, Intimate Partner Violence, and Sexual Harassment: A Mediatonal Model of Posttraumatic Stress Disorder and Physical Health Outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2008 ; 76(2) :194-207
 80. Asmundson GJG, Katz J. Understanding th co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. *Depress Anxiety.* 2009 ; 26(10):888-901.
 81. Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clin Psychol Rev.* 2001 ; 21(6):857-877.
 82. Buitenhuis J, Jong PJ, Jaspers JPC ve ark. Relationship between post traumatic stress disorder symptoms and the course of whiplash complaints. *J Psychosom Res.* 2006 ; 61(5):681-689.
 83. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ ve ark. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med.* 2003 ; 65(5): 911- 918.
 84. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS (2011) Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Res* 190(1):43–48.
 85. Naugle AE, Bell KM, Polusny MA. Clinical considerations for treating sexually revictimised women. *Natl Cent PTSD Clin Q.* 2003 ; 12:12–16.
 86. Van der Kolk BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry.* 1994 ; 1(5):253-65.
 87. Wessley S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet.* 1999 ; 354(9182):936-39.