

## Fibromiyalji sendromu tanısı alan ve almayan hastaların erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılması

Özgür Erdem Arıcı<sup>1</sup> , Bahar Köse Karaca<sup>2</sup> , Burcu Köse Dönmez<sup>3</sup> 

### Anahtar kelimeler

fibromiyalji sendromu, FMS, erken dönem uyumsuz şemalar, kronik ağrı, somatizasyon

### Keywords

fibromyalgia syndrome, FMS, early maladaptive schemas, chronic pain, somatization

### Öz

Çalışmanın amacı, fibromiyalji sendromu (FMS) ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın örneklemini, araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan 153'ü klinik ve 153'ü kontrol olmak üzere yaşları 20-65 arasında değişen, 306 kişiden oluşmaktadır. Klinik gruptaki katılımcıların 139'u (%90.8) kadın, 14'ü (%9.2) erkek, kontrol grubundaki katılımcıların ise 135'i (%88.2) kadın, 18'i (%11.8) erkektir. Katılımcılara çalışma kapsamında gönüllü katılım formu imzalatılmış, Young Şema Ölçeği ve Fibromiyalji Etki Anketi uygulanmıştır. Yapılan analizlerde klinik ve kontrol grubunun erken dönem uyumsuz şemalar açısından anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüş, klinik ve kontrol grubundaki bu farklılaşmanın %55'inin erken dönem uyumsuz şemalar tarafından açıklandığı saptanmıştır. Bununla beraber FMS tanılı hastaların, tanı almayanlara göre, iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, dayanıksızlık, terk edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar, cezalandırma, kendini feda ve onay arayıcılık şemalarından daha yüksek, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasından ise daha düşük puanlar aldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Çalışmada FMS hastalarının diğer bütün erken dönem uyumsuz şemalardan daha yüksek puan alırken, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasından daha düşük puan almasında hastaların kendilerini ayrıcalıklı görmeyen, dürtülerini aşırı kontrol eden ve baskılayan, duygularını ifade etmede ve haklarını savunmada zorluk yaşayan yapıya sahip olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

### Abstract

#### A comparison of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome and patients diagnosed without fibromyalgia syndrome in terms of early maladaptive schemas

The goal of this research was to analyze the relationship between fibromyalgia syndrome (FMS) and early maladaptive schemas. The sample of the study consisted of 306 participants, 153 being in the treatment group and 153 being in the control group, with an age range between 20-65 and who have met the criteria for participating in the research. 139 (90.8%) of the participants in the treatment group were women, and 14 (9.2%) were men. 135 (88.2%) of the participants in the control group were women, and 18 (11.8%) were men. The participants signed a voluntary participation form, and the Young Schema Questionnaire Short Form (YSQ-SF3) and the Fibromyalgia Impact Questionnaire Scale (FIQ) were applied. In the conducted analyses, the included group had a significant impact on early maladaptive schema areas, and the group variable (treatment-control) accounted for 55% of the variance on the schemas. Also, it was found that patients with FMS diagnosis, as opposed to undiagnosed patients, leaned more towards enmeshment/dependence, failure, vulnerability to harm, abandonment, emotional deprivation, defectiveness, social isolation/mistrust, pessimism, emotional inhibition, unrelenting standards, punitiveness, self-sacrifice, and approval-seeking schemas while leaning less towards the entitlement/insufficient self-control schema area. In the study, it was found that FMS patients leaned more towards all schemas except entitlement/insufficient self-control. It is thought that FMS patients not seeing themselves as entitled, excessively controlling and repressing their impulses, experiencing difficulties when expressing emotions and defending their rights was influential in their lesser leaning towards the entitlement/insufficient self-control schema.

**Atf için:** Arıcı, Ö. E., Köse Karaca, B. ve Köse Dönmez, B. (2021). Fibromiyalji sendromu tanısı alan ve almayan hastaların erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(2), 128-144.

✉ **Bahar Köse Karaca** · psldr.baharkose@gmail.com | <sup>1</sup>Psk. Dr., F. Özudoğru Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Fevzi Çakmak Mah. 803. Sok., Küçükköy Gaziosmanpaşa, İstanbul; <sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Rumeli Üniversitesi, Gayrettepe Mah. Yıldız Posta Cad. Vefabey Sok., Beşiktaş, İstanbul; <sup>3</sup>Uzm. Dr., Özel Duru Tıp Merkezi, Mimar Sinan, Uzayan Sok., Pursaklar, Ankara.

**Geliş:** 29.06.2020, **Düzelme:** 07.10.2020, **Kabul:** 25.11.2020



Fibromiyalji sendromu (FMS), toplumda yaygın görülmesinin yanında, birçok psikopatoloji ile ilişkili olup bireyin yaşamını son derece olumsuz etkileyen, günlük hayatta, sosyal ve mesleki alanlarda işlevselliğini önemli seviyede azaltan bir bozukluktur (Güleç ve ark., 2004; Sivas ve ark., 2009; Wolfe ve ark., 1990; Wolfe ve ark., 1995). Kelime anlamı lif-kas-ağrı-durum, sözcüklerine karşılık gelen FMS, kronik ve yaygın kas ve iskelet sistemi ağrılarıyla belirli olan, sıklıkla uykuda bozulma, yorgunluk, vücudun çeşitli bölgelerinde ağrılarla kendini gösteren romatizmal bir ağrı sendromudur. Ağrılarının kronik olması, en az 3 aydır devam ediyor olmasını; yaygın olması ise ağrıların vücudun her iki tarafında kollar ve bacaklarda olabilmesini ifade etmektedir (Arnorld ve ark., 2011; Wolfe ve ark., 1990). FMS tanısı konulurken, 1990 yılında Amerikan Romatizma Birliğinin (ARB; American College of Rheumatology-ACR) belirlediği ölçütler temel alınmaktadır. 2010 yılında ARB'ye bağlı olarak çalışan komite FMS tanısını koymak ve hastalığın şiddetini belirlemek için yeni tanı ölçütleri belirlemiştir. Her iki tanı kriterleri de ilgili alandaki hekimler tarafından kullanılmakla birlikte araştırmalarda standardizasyon sağlanabilmesi amacıyla ARB-1990 kriterleri, tanı için yaygın olarak kullanılmaktadır (Bilgici ve ark., 2005; Hayta ve ark., 2010; Madenci, 2007; Sivas ve ark., 2009). ARB kriterlerine göre tanı, hastalığa ait detaylı öykünün alınması ile birlikte fiziksel muayeneye dayanmakta olup tanı konulurken herhangi bir laboratuvar testi veya görüntüleme tekniği kullanılmaktadır (Arnorld ve ark., 2011; Wolfe ve ark., 1990).

FMS'nin oluşumunda ve gelişiminde biyopsikososyal modelde vurgulandığı şekilde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülmektedir. Hastalığın kökenine dair bir laboratuvar bulgusunun gözlenmemesi ve FMS'nin depresyon, anksiyete, somatizasyon gibi psikolojik bozukluklarla yüksek ilişki göstermesi ise hastalığın psikolojik faktörlerle ilişkisine işaret etmektedir (Güven ve ark., 2005; Nordahl ve Stiles, 2007; Tander ve ark., 2010; Wolfe ve ark., 1995). Depresyon, anksiyete, somatizasyon gibi psikolojik bozukluklarla ilişkili olan ve psikoloji alanyazınında önemli bir yere sahip olan bir diğer kavram ise erken dönem uyumsuz şemalardır (Saariaho ve ark., 2010; Saariaho ve ark., 2011; Saariaho ve ark., 2012; Saariaho ve ark., 2015; Shahamat, 2011; Soygüt ve ark., 2009).

Young ve arkadaşları (2003) erken dönem uyumsuz şemaları, kişinin çocuklukta kendisi için önemli olan diğer kişilerle yaşadığı olumsuz durumlara bağlı olarak oluşan ve zamanla gelişerek karmaşıklaşan, uyumsuz ve işlevsiz olan örüntüler şeklinde ifade etmiştir. Yaşamın ilk yıllarında ve erken çocuklukta, özellikle ebeveynlerle ve diğer sosyal çevreyle ilişkide

temel çocukluk ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanmamasının (güvenli bağlanma, özerklik, gereksinim ve duyguların ifade özgürlüğü, gerçekçi sınırlar, kendiliğindenlik ve oyun) erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Erken çocuklukta yaşanan olumsuz etkileşimler, yetişkinlikte kişinin kendisiyle ve diğerleriyle etkileşiminin niteliğini belirlemektedir (Köse Karaca, 2014, 2015; Young, 1999; Young ve ark., 2003).

Klinik deneyimlere dayalı olarak erken dönem uyumsuz şemalar, Young ve arkadaşları (2003) tarafından kopukluk ve reddedilme, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik ve aşırı tetikte olma/bastırılmışlık olmak üzere beş şema alanına ayrılarak incelenmiştir. Kopukluk ve reddedilme şema alanının kapsadığı şemalar beş tanedir (Bkz. Tablo 1). Bunlar; ilişkilerde güvensizlik ve istikrarsızlıkla kendisini gösteren *terk edilme/istikrarsızlık*, zarar görme inancıyla karakterize olan *güvensizlik/suistimal edilme*, duygusal ihtiyaçların hiçbir zaman karşılanamayacağı inançlarını taşıyan *duygusal yoksunluk*, değersizlik inancını temel alan *kusurluluk/utanç* ve diğerlerinden izole olma davranışıyla kendini gösteren *sosyal izolasyon/yabancılaşma* şemalarıdır (Kapçı ve Hamamcı, 2010; Young ve ark., 2003; Young ve ark., 2009). Zedelenmiş otonomi şema alanının kapsadığı erken dönem uyumsuz şemalar dört tanedir. Bunlar, yardım almaksızın gündelik hayatını sürdüremeyeceği inancını içeren *bağımlılık/yetersizlik*, her an başa çıkmayacağı bir tehditle karşılaşacağına dair inançlar içeren *hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık*, önemli gördüğü kişiye yakınlık isteği ve o kişi olmadan hayatta kalamayacağı inançlarıyla kendisini gösteren *iç içe geçmiş/gelişmemiş benlik* ve yetersiz olduğu için her zaman başarısız olacağı inancını içeren *başarısızlık* şemasıdır (Kapçı ve Hamamcı, 2010; Young ve ark., 2003; Young ve ark., 2009). Zedelenmiş sınırlar şema alanının kapsadığı erken dönem uyumsuz şemalar dört tanedir. Bunlar, başkalarından üstün ve ayrıcalıklı olduğu inancıyla kendisini gösteren *hak görme/büyüklik* ve kendisini disipline etmede, içsel sınırlar koymada zorluk yaşama ile kendini gösteren *yetersiz özdenetimdir* (Kapçı ve Hamamcı, 2010; Young ve ark., 2003; Young ve ark., 2009). Diğeri yönelimlilik şema alanının kapsadığı erken dönem uyumsuz şemalar üç tanedir. Bunlar; diğerlerinin olumsuz tepkisinden çekinildiği için kendisini diğerlerinin kontrolüne bırakmayı içeren *boyun eğicilik*, benlik algısının diğerlerinin kabul ve onayına bağlı olduğu inancını içeren *onay arayıcılık* ve diğerleri için kendi ihtiyaçlarından çok fazla fedakârlık davranışıyla karakterize olan, *kendini fedadır* (Kapçı ve Hamamcı, 2010; Young ve ark., 2003; Young ve ark., 2009). Son olarak aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık şema alanı dört

**Tablo 1. Young Şema Ölçeği, Şema Alanlarına Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemalar**

Kopukluk ve Reddedilme	Zedelenmiş Otonomi	Zedelenmiş Sınırlar	Diğeri Yönelimlilik	Aşırı Tetikte Olma/Bastırılmışlık
Terk Edilme/ İstikrarsızlık	Bağımlılık/ Yetersizlik	Hak Görme/ Büyüklik	Onay Arayıcılık	Yüksek Standartlar/ Aşırı Eleştiricilik
Başarısızlık	Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanaksızlık	Yetersiz Özdenetim	Boyun Eğicilik	Karamsarlık
Güvensizlik/ Suistimal Edilme	İç İç Geçmiş/ Gelişmemiş Benlik		Kendini Fedâ	Duyguları Bastırma
Duygusal Yoksunluk Kusurluluk/Utaç Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma	Başarısızlık			Cezalandırma

erken dönem uyumsuz şemayı içermektedir. Bunlar, her şeyin kötüye gideceği inancına dayanan *karamsarlık*, duyguların ve doğal eğilimlerin sürekli olarak baskılanması ile kendini gösteren *duyguları bastırma*, belirlediği yüksek standartlara ulaşmak için mükemmel olması gerektiği inancıyla belirli olan *yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik* ve hata yapanın sert şekilde cezalandırılması gerektiği inancıyla kendini gösteren *cezalandırmadır* (Kapçı ve Hamamcı, 2010; Young ve ark., 2003; Young ve ark., 2009).

Young ve arkadaşları (2003) değişime dirençli yapıları nedeniyle değişen koşullara göre yenilenemeyen erken dönem uyumsuz şemaların, algı, duygu, düşünce ve davranışları etkileyerek birçok bozukluğun temelini oluşturduğunu öne sürmüştür. Özellikle kronik ağrı sendromu, depresyon, anksiyete gibi FMS ile ilişki gösteren bozukluklarla erken dönem uyumsuz şemaların da ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların göz önüne alınması (Güner, 2013; Kapçı ve Hamamcı, 2010; Kırkpınar ve ark., 2014; Köse, 2009; Saariaho ve ark., 2010, 2011, 2012, 2015; Shahamat, 2011; Soygüt ve ark., 2009) FMS ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir.

Kronik ağrının, FMS hastalarının tamamında görülmesi ve hastalığın belirleyici semptomlarından olması nedeniyle, kronik ağrı ile şemalar arasındaki ilişki önemlidir (Hayta ve ark., 2010). Erken dönem uyumsuz şemalar ile kronik ağrı sendromunun ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ağrı sebebiyle hastaneye başvuran 271 kronik ağrı sendromu hastası incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, kronik ağrı sendromunun şemalar ile anlamlı düzeyde ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Çalışmada ayrıca hastaların %58.3'ünün Young Şema Ölçeğinden yüksek puanlar aldıkları görülmüş, aynı zamanda erken dönem uyum-

suz şema puanları yüksek olan hastalarda ağrı yoğunluğu ve süresi anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Saariaho ve ark., 2010).

Kronik ağrı sendromu tanısı alan hastalar ile ağrı şikâyeti olmayan hastaların şemalar açısından karşılaştırıldığı bir başka çalışmada yine tanıli hastaların şema toplam puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hastaların iki ayrı şema yapısına sahip oldukları görülmüştür. Birinci grup hastalarda kusurluluk/utaç, başarısızlık, duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik boyun eğicilik şema boyutları baskınken, ikinci grup hastalarda kendini feda, cezalandırıcılık, onay arayıcılık şema boyutlarının baskın olduğu rapor edilmiştir (Saariaho ve ark., 2012).

Kronik ağrı sendromu ve aleksitimi ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisinin araştırıldığı bir diğer çalışmada, kronik ağrı ile en yüksek ilişki iç içe geçme/bağımlılık ve sosyal izolasyon şemalarıyla bulunmuştur. Bunun yanında karamsarlık, terk edilme, duygusal yoksunluk, güvensizlik/kötüye kullanılma ve kusurluluk/utaç şemalarıyla anlamlı düzeyde ilişkiler bulunurken, haklılık (hak görme/büyüklik), yüksek standartlar, boyun eğicilik ve onay arayıcılık şemalarıyla kronik ağrı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (Saariaho ve ark., 2015).

Bunun yanında FMS ile yüksek ilişki gösteren bir diğer bozukluk somatizasyondur (Dönmez ve Erdoğan, 2010; Evren ve ark., 2005; Tekintaş, 2018; Yunus ve ark., 1989). Somatizasyonda baş edilemeyen ve bastırılan duyguların bedensel belirtiler olarak ortaya çıktığı ve bu bedensel belirtilerin sıklıkla ağrı olarak kendisini gösterdiği bilinmektedir. Bu açıdan FMS'nin somatizasyon kökenli bir hastalık olduğu düşünülmektedir (Wolfe ve ark., 1995; Yunus ve ark., 1989). Benzer şekilde somatizasyon şema kuramında

önemli bir yere sahiptir. Şema kuramına göre somatizasyon, erken dönem uyumsuz şemaların neden olduğu sıkıntılarının üstesinden gelmek için kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. Erken dönem uyumsuz şemalar ile baş etme tarzlarının belirlenmesi amacıyla oluşturulan Young Rygh Kaçınma Ölçeğinde somatizasyon bir sağlıklı baş etme stratejisi olarak ölçeğin alt boyutlarından birini oluşturmaktadır. Bu başa çıkma mekanizmasını kullanan kişilerin negatif duygudan kaçınarak, olumsuz deneyimlerden uzak durmaya çalıştıkları ve bunları işlevsel bir şekilde çözemedikleri için de beden yoluyla örtük olarak fizyolojik kökeni olmayan rahatsızlıklarla bunları dışa vurdukları belirtilmektedir (Young ve Rygh, 1994). Erken dönem uyumsuz şemalar ve FMS'de görülen bu ortak somatizasyon ilişkisinin de söz konusu iki değişken arasındaki olası ilişkinin bir diğer göstergesi olduğu düşünülmektedir.

İlgili alanyazın incelendiğinde, Shahamat (2011) tarafından erken dönem uyumsuz şemalar ile somatizasyon, depresyon ve kaygı değişkenlerinin ilişkilerinin araştırıldığı çalışmada erken dönem uyumsuz şemaların somatizasyon, depresyon ve kaygıyı yordadığı sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Üç belirtiyile en yüksek ilişki gösteren şemanın kusurluluk/utanç olduğu belirlenmiştir. Kapçı ve Hamamcı (2010) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise duygusal yalıtılmışlık şeması, somatizasyon, depresyon ve kaygı ile en yüksek ilişki gösteren şema olmuştur. Soygüt ve arkadaşları (2009) da şemaların tamamıyla somatizasyon arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişkiler bulmuşlardır. Somatizasyon ile en yüksek ilişki gösteren şemalar ise sosyal izolasyon/güvensizlik, terk edilme, karamsarlık ve kusurluluk olarak belirlenmiştir.

Kırkpınar ve arkadaşları (2014) tarafından DSM IV'e göre, somatoform bozukluğu tanımlı hastalar ile tanı almamış olan kontrol grubunun incelendiği çalışmada, tanımlı hastaların erken dönem uyumsuz şemaların tamamından anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Somatoform bozukluk ile en yüksek ilişki gösteren erken dönem uyumsuz şemalar, iç içe geçme/bağımlılık ve boyun eğiciliktir.

Güner (2013) tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında, somatizasyon düzeyi yüksek olan katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalardan anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Yetersiz özdenetim, bağımlılık ve boyun eğicilik şemalarıyla ise anlamlı ilişki olmadığı rapor edilmiştir.

İlgili alanyazın incelendiğinde erken dönem uyumsuz şemaların psikopatolojiyle ilişkisi olduğuna dair çokça çalışma mevcutken (Jovev ve Jackson, 2004; Kapçı ve Hamamcı, 2010; Köse, 2009; Soygüt ve ark., 2009; Young ve ark., 2003) FMS'nin psikolojik belirtilerle ilişkili olduğuna dikkati çeken az sayıda çalışma

mevcuttur (Dönmez ve Erdoğan, 2010; Evren ve ark., 2005; Güleç ve ark., 2004; Güven ve ark., 2005). Erken dönem uyumsuz şemalar ile FMS arasındaki ilişkiyi inceleyen doğrudan bir çalışmaya ise alanyazında rastlanmamaktadır. Bu düşünceler doğrultusunda ve sunulan alanyazın bilgileri ışığında, bu çalışmada, FMS tanısı almış hastalar ile bu tanıyı almayan kontrol grubunun erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılarak bu iki değişken arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Böylece FMS hastalarıyla çalışırken psikolojik tedavi modellerinde nasıl bir yol izlenmesi gerektiğine dair bilgi elde edilmesi hedeflenmektedir.

Bu kapsamda mevcut çalışmada, 'FMS tanısı alan kişilerin tanı almayanlara göre, erken dönem uyumsuz şema boyutlarından aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha yüksektir.' hipotezinin doğruluğu araştırılacaktır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmanın klinik grubu için, Temmuz 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında İstanbul'da Avcılar Murat Köhük Devlet Hastanesi ve Ankara'da Pursaklar Özel Duru Tıp Merkezi fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne başvuran ve fizik tedavi uzman hekimleri tarafından değerlendirilerek ARB (Amerikan Romatoloji Birliği-1990) sınıflandırma kriterlerine göre FMS tanısı konulan 157 kişiye ulaşılmıştır. Veri setinin %5'den fazlasını eksik doldurduğu tespit edilen 4 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırmanın kontrol grubu için, klinik grupla demografik olarak benzer özellikler göstermesi, gönüllülük ve kolay ulaşılabilirlik esası dikkate alınarak Ekim 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Bağcılar ilçelerinden FMS tanısı almamış 299 kişiye ulaşılmıştır. Veri setinin %5'den fazlasını eksik doldurduğu tespit edilen 2 kişi ve son 3 ay içerisinde kronik ağrı şikâyeti olan ve Fibromiyalji Etki Anketi (FES) skoru 70 üzerine çıkan 3 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki durum ve eğitim durumu gibi değişkenler açısından farklılıkların getireceği sınırlılığı en aza indirmek amacıyla kontrol grubunda, klinik grupla benzer özellikler göstermeyen ilk 84 katılımcı araştırma dışı bırakılmıştır. Söz konusu demografik değişkenler açısından gruplar arası homojenliğin sağlandığı belirlendikten sonra katılımcı sayılarının eşitlenmesi amacıyla kontrol grubundan veri toplanan son 57 kişi çalışmaya dâhil edilmemiştir. Böylece son durumda katılımcılar, 153'ü klinik ve 153'ü kontrol olmak üzere toplam 306 kişiden oluşmuştur. Araştırmanın klinik grubunun yaş ortalaması 44.13 ( $SS = 10.33$ ) ve yaşları 20-65 arasın-

da değişmektedir. Kontrol grubunun ise yaş ortalaması 43.33 ( $SS = 8.85$ ) ve yaşları 22–64 arasında değişmektedir. Klinik gruptaki katılımcıların 139'u (%90.8) kadın, 14'ü (%9.2) erkek iken kontrol grubunda ise katılımcıların 135'i (%88.2) kadın, 18'i (%11.8) erkektir. Araştırma gruplarıyla ilgili diğer demografik ve tanımlayıcı özellikler Tablo 2'de verilmiştir.

### **Veri Toplama Araçları**

**Demografik Bilgi Formu** Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, eğitim durumu, anne-baba eğitim durumu, gelir düzeyi gibi demografik bilgilerini ve almış olduğu psikiyatrik tanılar ve psikiyatrik ilaç kullanımı gibi araştırma için önemli olduğu düşünülen durumları incelemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, tüm katılımcılara uygulanmıştır.

**Young Şema Ölçeği Kısa Form (YŞÖ-KF3)** Young ve arkadaşları (2003) tarafından erken dönem uyumsuz şemaları belirlemek üzere oluşturulan Young Şema Ölçeğinin özgün formu, 16 şema boyutunu ölçen, 205 maddeden oluşmaktadır. Ancak bu ölçeğin çok uzun olması nedeniyle kullanılabilirliği nispeten daha iyi seviyede olan Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 hazırlanmıştır. Young Şema Ölçeğinin özgün formu başlangıçta 15 şema boyutunu değerlendiren, 75 maddelik bir ölçek şeklinde oluşturulmuştur. Sonrasında onay arayıcılık, cezalandırıcılık ve karamsarlık şema boyutlarının forma eklenmesiyle, 18 şema boyutunu ölçen ve 5 şema alanından oluşan 90 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alpha) .95 ve test tekrar test güvenilirliği .81 olarak bulunmuştur (Young ve ark., 1995; Young ve ark., 2003; Young ve ark., 2009). Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışması Soygüt ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik çalışması sonucunda 14 faktörlü bir yapı olduğu belirlenmiş ve erken dönem uyumsuz şema sayısı 14 olarak alınmış, şema alanı 5, madde sayısı ise 90 olarak kalmıştır. Ölçek, orijinalinde olduğu gibi, ifadenin kendini tanımlama gücüne göre, 1 (Benim için tamamıyla yanlış) ile 6 (Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) arasında 6'lı Likert tipte derecelendirilmiştir. Ölçek için belirli bir kesme puanı olmamakla birlikte, maddelerden alınan puanların yüksek olması, ilgili erken dönem uyumsuz şemanın varlığı ve şiddeti hakkında fikir vermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun 14 şema boyutu açısından test-tekrar test güvenilirliği ( $r$ ) .66 ve .82, iç tutarlılık katsayısı ( $\alpha$ ) .63 ve .80 aralığında değişmektedir. Bu verilerden hareketle ölçeğin araştırmalarda ve klinik çalışmalarda kullanılabilirlik güvenilirliğe sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Soygüt ve ark., 2009).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması kopukluk, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik ve yüksek standartlar şema alanlarından oluşmaktadır. Erken dönem uyumsuz şemalar ise terk edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, tehditler karşısında dayanıksızlık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık olarak belirlenmiştir (Soygüt ve ark., 2009). Bu çalışmada ölçeğin Türkiye adaptasyonundaki erken dönem uyumsuz şemalar dikkate alınmıştır.

**Fibromiyalji Etki Anketi (FEA)** Fibromiyalji Etki Anketi, FMS hastalarında yaşam kalitesini, işlevsellik seviyesini ve FMS düzeylerini belirlemek amacıyla Burckhardt ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. FMS ile ilişkili özellikleri ortaya koyan ölçek, 10 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler sırasıyla fiziksel engellilik, iyi hissetme, iş günü kaybı, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, dinlenmişlik, tutukluk, anksiyete ve depresyon şeklindedir. Fiziksel engellilik seviyesini ölçen ilk bölüm 11 sorudan oluşmakta ve her soru 0 (her zaman) ve 3 (hiçbir zaman) arasında 4 aşamadan oluşmaktadır. İkinci ve üçüncü bölümler “önceki hafta içinde kaç gün iyi hissedildiği ve iş yapamaz duruma gelindiğiyle” ilgili 7 aşamalı seçenekten oluşmaktadır. 4-10 arası bölümler ise belirtiyi değerlendiren 10 aşamalı formatta puanlanmaktadır. Ölçeğin her bölümünden alınabilecek en yüksek puan 10'dur. Normalizasyon için birinci bölümden alınan toplam puan 11'e bölünerek, 3.33 ile çarpılır. İkinci bölüm ters puanlama yapıldıktan sonra 1.43 ile çarpılır, üçüncü bölüm ise doğrudan 1.43 ile çarpılır. Böylece normalizasyon tamamlanmış olur. Ölçekten alınan toplam puan 0–100 arasında değişmektedir. Ölçeğin ikinci sorusu olan “kendinizi kaç gün iyi hissettiniz” sorusu dışında düşük skorlar, hastalık seviyesinin daha düşük olduğunu, yüksek skorlar ise daha yüksek olduğunu gösterir. Orta düzeyde bir FMS hastasının 50 puan alması beklenirken, 70 ve üzeri alınan puanlar yüksek düzey FMS hastalığı olarak değerlendirilmektedir (Burckhardt ve ark., 1991). Orijinal ölçekte iç tutarlılık katsayısı değerlendirilmemekle birlikte uyarlama çalışmalarında .72-.93 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Bae ve Lee, 2004; Buskila ve Neuman, 1996; Hedin ve ark., 1995; Kim ve ark., 2002; Offenhacher ve ark., 2000; Perrot ve ark., 2003; Rivera ve Gonzalez, 2004; Sarmer ve ark., 2000; Sarzi-Puttini ve ark., 2003). Sarmer ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan Türkçe geçerlik çalışmasında, bölümleri, soruları ve puanlaması orijinaliyle aynı kalan ölçeğin, iç tutarlılık katsayısı .72, test tekrar test güvenilirliği .81 olarak bulunmuştur.

**Tablo 2. Çalışma Gruplarının Kişisel ve Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

<i>Değişkenler</i>	Deney (N = 153)		Kontrol (N = 153)	
	N	%	N	%
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	18	11.8	24	15.7
Evli	123	80.4	119	77.8
Boşanmış/Dul	12	7.8	10	6.5
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur-yazar	3	2	3	2
İlkokul	49	32	30	19.6
Ortaokul	20	13.1	29	19
Lise	53	34.6	57	37.3
Üniversite	22	14.4	28	18.3
Lisansüstü	6	3.9	6	3.9
<b>Algılanan Gelir Düzeyi</b>				
Düşük	42	27.5	30	19.6
Orta	105	68.6	117	76.5
Yüksek	6	3.9	6	3.9
<b>Mesleki Durum</b>				
Memur	16	10.5	17	11.1
Esnaf	2	1.3	4	2.6
İşçi	25	16.3	27	17.6
Serbest	15	9.8	10	6.5
Emekli	7	4.6	4	2.6
Öğrenci	2	1.3	3	2
İşsiz	13	8.5	15	9.8
Çalışmayan	61	39.9	58	37.9
Diğer	12	7.8	15	9.8
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>				
Evet	58	37.9	17	11.1
Hayır	95	62.1	136	88.9
<b>Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alınması</b>				
Evet	72	47.1	33	21.6
Hayır	81	52.9	120	78.4

### İşlem

Bu araştırma kapsamında verilerin toplanma aşamasına geçilmeden İstanbul Arel Üniversitesi etik kuruluna başvuru yapılmış ve etik kurul onayı alınmıştır. Ardından araştırmanın yapılacağı hastanelerden gerekli izinler ve etik kurul onayları alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı ve araştırma koşullarını kabul eden katılımcılarla uygulamaya başlamadan önce, katılımcılara araştırmanın amacı ve gizlilik ilkesi anlatılmış, bilgilendirilmiş onam formları verilmiştir. Katılımcılara ölçekler ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, gönüllü katılım formu imzalatılmış ve Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-

KF3), Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulanması hastaların tanı aldıkları hastanelerde gerçekleştirilmiş ve uygulama işlemi her bir katılımcı için yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Verilerin toplanması aşamasında kişisel güçlükler veya eğitim seviyesi gibi durumlar nedeniyle ölçeği dolduramayacak durumda olup yardım isteyen katılımcılar için, ölçeklerin görevli hekim tarafından okunarak doldurulması sağlanmıştır. Ayrıca uygulama sırasında katılımcılardan gelen sorular yanıtlanmıştır. Halihazırda ölçekleri doldurmak için uygun olmadığı gerekçesiyle çevrimiçi (online) olarak doldurmayı tercih eden katılımcılara Google Formlar uygulaması ile hazırlanan ölçeklerin çevrimiçi formları gönderilerek çalışmaya

**Tablo 3. Erken Dönem Uyumsuz Şema Boyutları Açısından Deney ve Kontrol Grubunun MANOVA ile Karşılaştırılması**

Değişkenler	Deney		Kontrol		Pillai's Trace	F	sd	$\eta^2$
	Ort.	SS	Ort.	SS				
Tüm Örneklem (Deney-Kontrol)					.553	25.71**	14,291	.55
İç İçe Geçme/Bağımlılık	27.29	6.73	16.45	5.59		234.71**	1,304	.43
Başarısızlık	17.97	5.25	11.46	3.61		159.59**	1,304	.34
Dayanaksızlık	13.78	4.76	10.81	3.77		36.64**	1,304	.10
Terk Edilme	11.56	4.94	8.91	3.22		30.76**	1,304	.09
Duygusal Yoksunluk	16.33	4.40	9.86	3.67		195.28**	1,304	.39
Kusurluluk	14.14	3.44	9.89	3.52		114.28**	1,304	.27
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	18.00	5.11	15.22	4.90		23.67**	1,304	.07
Karamsarlık	13.86	4.99	11.10	4.34		26.69**	1,304	.08
Duyguları Bastırma	14.57	4.11	10.41	3.95		81.72**	1,304	.21
Yüksek Standartlar	9.10	3.45	7.49	3.16		18.05**	1,304	.05
Cezalandırma	19.70	4.99	17.92	4.99		9.78**	1,304	.03
Kendini Feda	18.35	4.30	14.05	4.73		68.96**	1,304	.18
Onay Arayıcılık	20.93	5.06	17.75	5.00		30.74**	1,304	.09
Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	18.83	5.23	20.27	5.45		5.59*	1,304	.01

Not: YŞÖ-KF3: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

katılımları sağlanmıştır. Klinik grubu katılımcılarının %21'i, kontrol grubu katılımcılarının ise %55'i ölçekleri çevrimiçi doldurmayı tercih etmiştir.

## BULGULAR

Klinik ve kontrol grubu katılımcılarında erken dönem uyumsuz şemaların nasıl farklılaştığı tek yönlü MANOVA analizi ile incelenmiştir. Analizde YŞÖ-KF3 ölçeğine ait 14 erken dönem uyumsuz şema bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, dâhil olunan grubun erken dönem uyumsuz şemalar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve grup değişkeninin erken dönem uyumsuz şemalar üzerindeki varyansın %55'ini açıkladığı saptanmıştır [*Multivariate F* (14, 291) = 25.71,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .55$ ].

14 erken dönem uyumsuz şema boyutu açısından gruplar arası farklılaşma Bonferroni düzeltmesi yapılarak tek değişkenli analizlerle incelenmiştir. Analizlerde Alpha değeri .003 olarak alınmıştır (.05/14). Düzeltme sonrası analizler incelendiğinde, iç içe geçme/bağımlılık [ $F$  (1, 304) = 234.71,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .43$ ], başarısızlık [ $F$  (1, 304) = 159.59,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .34$ ], dayanaksızlık [ $F$  (1, 304) = 36.64,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .10$ ], terk edilme [ $F$  (1, 304) = 30.76,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .09$ ], duygusal yoksunluk [ $F$  (1, 304) = 195.28,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .39$ ], kusurluluk [ $F$  (1, 304) = 114.28,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .27$ ], sosyal izolasyon/güvensizlik [ $F$  (1, 304) = 23.67,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .07$ ], karamsarlık [ $F$  (1, 304) = 26.69,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .08$ ], duyguları bastırma

[ $F$  (1, 304) = 81.72,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .21$ ], yüksek standartlar [ $F$  (1, 304) = 18.05,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .05$ ], cezalandırma [ $F$  (1, 304) = 9.78,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .03$ ], kendini feda [ $F$  (1, 304) = 68.96,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .18$ ] ve onay arayıcılık [ $F$  (1, 304) = 30.74,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .09$ ] boyutlarında klinik gruptakiler kontrol grubundakilerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim [ $F$  (1, 304) = 5.59,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .01$ ] alt boyutunda ise kontrol grubu puanının .05 anlamlılık düzeyinde daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Buna göre, FMS tanısı alan hastaların tanı almanlarına göre iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, dayanaksızlık, terk edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar, cezalandırma, kendini feda ve onay arayıcılık şemalarından aldıkları puanlar daha yüksekken, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasından aldıkları puanların daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Erken dönem uyumsuz şema boyutlarına ilişkin karşılaştırılmalı MANOVA sonuçları Tablo 3'de verilmiştir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada FMS ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiler incelenmiş, bu kapsamda klinik ve kontrol grubu erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılmıştır. İncelemeler sonucu iç içe geçme/bağımlılık, duygusal yoksunluk ve başarısızlık

başta olmak üzere, dayanıksızlık, terk edilme, kusurluluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, karamsarlık, yüksek standartlar, cezalandırma, kendini feda ve onay arayıcılık şema boyutlarında klinik grubun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldıkları bulgusuna ulaşılmıştır. Bununla beraber, ayrıcalıklılık ve yetersiz özdenetim şema boyutunda kontrol grubu, anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır.

Alanyazında erken dönem uyumsuz şema boyutları ile FMS arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte FMS ile erken dönem uyumsuz şemalarla ortak ilişki gösteren kronik ağrı, somatizasyon, depresyon ve anksiyete gibi bozukluklar ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde genel olarak erken dönem uyumsuz şemaların tamamıyla fibromiyalji etki düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Kırkpınar ve ark., 2014; Saariaho ve ark., 2012; Soygüt ve ark., 2009; Welburn ve ark., 2002). Diğer taraftan, şema boyutlarının tamamıyla ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Bailleux ve ark., 2008; Güner, 2013; Saariaho ve ark., 2015; Soygüt ve ark., 2009; Stopa ve ark., 2001). Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan araştırmada depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcılar arasında ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, cezalandırma, onay arayıcılık, kendini feda ve yüksek standartlar şemaları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Öte yandan, Saariaho ve arkadaşları (2015) kronik ağrı ile yüksek standartlar, onay arayıcılık, boyun eğicilik ve haklılık (ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim) şemaları arasında, Güner (2013) somatizasyon ile bağımlılık, boyun eğicilik ve ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemaları arasında, Bailleux ve arkadaşları (2008) depresyon ile ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, yüksek standartlar ve duyguları bastırma şemaları arasında anlamlı ilişki bulunmadığını rapor etmişlerdir. Stopa ve arkadaşları (2001) ise depresif belirtilerin haklılık (ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim) şeması ile negatif yönde ilişkili olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Sonuçları verilen çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, kronik ağrı, somatizasyon, depresyon ve anksiyete ile erken dönem uyumsuz şemaların tamamının ilişkili olduğunu bulgulayan çalışmalar olduğu gibi, belli şemalarla, özellikle de ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim (haklılık) şemasıyla, ilişki saptamayan veya negatif ilişki saptayan çalışmalar olduğu da dikkati çekmektedir.

Mevcut çalışmada klinik ve kontrol grubu arasında en yüksek etki büyüklüğü gösteren şema olarak iç içe/geçme bağımlılık şeması göze çarpmaktadır. Alanyazında Saariaho ve arkadaşları (2015) ağrı ile, Soygüt ve arkadaşları (2009) anksiyete ve depresyon ile, Kırkpınar ve arkadaşları (2014) ise somatizasyon ile iç içe geçme/bağımlılık şeması arasında diğer erken dönem

uyumsuz şemalara kıyasla yüksek ilişki bulmuşlardır.

İç içe geçme/bağımlılık şemasına ait puanı yüksek olan kişilerin güvensizlik ve çaresizlik hisleri ile baş edebilmek için somatizasyonu kullandığı (Young ve Rygh, 1994) ve bu duyguların fiziksel düzeyde ağrı olarak kendini gösteriyor olabileceği düşünülmektedir. Nitekim, Wolfe ve arkadaşları (1995) duygusal ve psikolojik sıkıntıların çoğunlukla ağrı şeklinde bedensel olarak kendini gösterebileceğini belirtmiştir. Benzer değerlendirmeyi diğer erken dönem uyumsuz şemalar için de yapmak mümkündür.

Zedelenmiş otonomi şema alanındaki diğer erken dönem uyumsuz şemalara bakıldığında, başarısızlık şemasındaki, başarısızlık inançlarının etkisiyle, kendini sürekli olarak diğerleriyle kıyaslama davranışı ve yetersizlik hisleri, tehditler karşısında dayanıksızlık şemasındaki felaketleştirme düşünceleri ve kaçınma davranışları ile birlikte ortaya çıkan kaygı ve çaresizlik hisleri ile baş edilememesiyle birlikte, bu duyguların bedensel belirtiler şeklinde kendini gösterdiği ve FMS'nin oluşumuna ve gelişimine etki ettiği düşünülebilir. Kopukluk şema alanındaki erken dönem uyumsuz şemalardan, terk edilme şemasında, terk edileceği endişeleri ve buna bağlı güvensizlik hisleri, duygusal yoksunluk şemasında, duygusal ihtiyaçların hiçbir zaman doyurulamayacağı inançları ile birlikte umutsuzluk ve mutsuzluk hisleri, kusurluluk şemasındaki kusurlu olduğuna dair inançlarla birlikte değersizlik ve utanç hisleri, sosyal izolasyon/güvensizlik şemasında yalnızlık yalıtılmışlık hisleri ile baş edilememesi ile bu duyguların bedensel düzeyde kendini gösterdiği ve FMS'nin oluşumuna ve gelişimine etki ettiği düşünülebilir. Yüksek standartlar şema alanlarından karamsarlık şemasına ait olumsuzluk ve endişeler, duyguları bastırma şemasındaki utanç duymaktan, küçük düşmekten duyulan kaygı, yüksek standartlar şemasındaki yüksek standartlar belirleme ve bu davranışların altında yatan reddedilme ve değersizlik hisleri, cezalandırıcılık şemasındaki esneklikten yoksun olan değerlendirme biçimi ve bunun neden olduğu hata yapma korkusu ve öfkenin bedensel düzeyde kendini gösterdiği ve FMS'nin oluşumuna ve gelişimine etki ettiği düşünülebilir. Diğer yönelimlilik şema alanındaki erken dönem uyumsuz şemalardan, onay arayıcılık ve kendini feda şemalarındaki, yoğun suçluluk ve değersizlik duyguları, içe yönelik öfkeyle birlikte ciddi sıkıntı oluşturabilmektedir. Bu duygulara uzun süre ve devamlı olarak maruz kalınıp bunlarla baş edilememesinin fiziksel düzeyde ağrı olarak deneyimlenmesiyle ve FMS'nin oluşumu ve gelişimi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir (Kapçı ve Hamamcı, 2010; Wolfe ve ark., 1995; Young ve ark., 2003; Young ve Rygh, 1994).

Kronik ağrının oluşumunda mükemmeliyetçilik, es-



nek olmayan düşünce tarzının, içe yöneltilen öfke ve diğer bastırılan duyguların ve somatizasyonun etkili olduğuna dair veriler (Blumer ve Heilbronn, 1981) ve FMS'nin temel belirtilerinden olan eklemlerdeki hassasiyetin somatizasyonla önemli ilişki gösterdiği bulguları da göz önüne alındığında şemalara ait inançların da neden olduğu duygusal sıkıntılar ve bu sıkıntılarla baş edilememesinin, somatizasyon ve ağrının oluşumunda rol oynadığı ve FMS ile ilişkili olduğu söylenebilir (Dönmez ve Erdoğan, 2010; Wolfe ve ark., 1995).

Mevcut çalışmada ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasında klinik grubun, kontrol grubundan 0.5 anlamlılık düzeyinde daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Alanyazındaki birçok çalışmada da ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şeması ile kronik ağrı, depresyon, somatizasyon ve kaygı gibi değişkenler arasında negatif ilişki bulunmuştur (Bailleux ve ark., 2008; Güner, 2013; Saariaho ve ark., 2015; Soygüt ve ark., 2009; Stopa ve ark., 2001). Young'ın (1999) şema kuramına göre, her erken dönem uyumsuz şemanın şiddeti yoğun olmadığı müddetçe kişinin yaşamında bir fonksiyonu olduğu iddia edilmektedir. Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasının, Young Şema Ölçeğinin Türkçe uyarlamasında haklılık ve yetersiz özdenetim şemasının birleşmesi sonucu oluştuğu varsayılırsa, bu şemanın normal sınırlar içerisinde olduğunda, kişilerin kendilerinde hak görmesinin, kendisini özel ve önemli tanımlamasının ve özdenetimde kimi zaman esnekliğe izin vermesinin sağlıklı ego fonksiyonları için önemli olduğu düşünülebilir. Buradan yola çıkarak, FMS hastalarının kendilerini ayrıcalıklı olarak görmeyen, dürtülerini aşırı kontrol eden, baskılayan ve esnekliğe izin vermeyen, duygularını ifade etmede ve haklarını savunmada zorluk yaşayan bir yapıya sahip olmalarının (Güleç ve ark., 2004; Kaya ve ark., 2010) bu durumun ortaya çıkmasında dikkat çekici bir etken olduğu savunulabilir.

Bu çalışma, psikoloji alanyazınında henüz az çalışılmış bir konu olan FMS ile ilgili olması ve FMS'nin kökeninde ve tedavisinde psikolojik açıdan dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi sağlaması açısından özellikle önemlidir. Benzer çalışmalar sayesinde, FMS'nin tedavisinde, fiziksel faktörlerin yanı sıra psikolojik ve çevresel faktörlere de odaklanılması, daha bütüncül yaklaşımın geliştirilmesini sağlayacaktır. Bu durumun hastalığın daha iyi anlaşılmasına ve tedavisine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Özellikle kronik ağrı gibi rahatsızlıklar için, bu rahatsızlıkları belirti odaklı çözmeye çalışmak yerine, uzun soluklu ve köken odaklı bir yaklaşımla ele alarak tedavi eden şema odaklı terapi yaklaşımının gerekli olabileceğini göstermesi çalışmanın önemli bulgularındandır. Ayrıca bu çalışma, kopukluk, zedelenmiş otonomi, di-

ğeri yönelimlilik ve yüksek standartlar şema alanları ile ilgili karşılanmamış çocukluk ihtiyaçlarını giderme getirmekte ve bu şema alanları ile mücadeleyi önermektedir. Diğer taraftan ise zedelenmiş sınırlar şema alanına ait olan ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasında kimi zaman esneklik geliştiren bir tedavi planının FMS'nin tedavisinde önemine dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra, mevcut çalışmanın bir diğer dikkat çekici tarafı, belirti azaltmak üzerinden fizik tedavi gibi tekrar eden sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kronik FMS'nin gelişmesini azaltıcı bir tedbir olarak, şema terapide altı çizilen temel çocukluk ihtiyaçlarına ve özellikle ilişki örüntülerine dikkat edilen bir ebeveynlik biçimine odaklanmanın önemine vurgu yapmasıdır. Bu ihtiyaçları temel alan bir ebeveynlik biçimi izlendiğinde, FMS gibi kronik bir hastalığa sahip ve sağlık hizmetlerini fazla kullanmaya ihtiyaç duyan bu hasta grubu için sağlık giderlerinin azalacağı düşünülebilir.

Bu çalışmanın önemli ve güçlü yönlerinin yanı sıra, bazı sınırlılıkları da mevcuttur. Araştırma verileri toplandıkları il ve ilçelerle sınırlıdır. Araştırma kapsamında uygulanan Young Şema Ölçeğinin Türkçe geçerlilik çalışmasının örnekleme üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Dolayısıyla Young Şema Ölçeğinden elde edilen veriler bu ölçeğin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır. Bununla birlikte araştırma ölçeklerinin doldurulması aşamasında da bazı sınırlılıklar mevcuttur. FMS tanısı alanların yaklaşık %20'si çeşitli nedenlerle ölçekleri internet üzerinden çevrimiçi doldurmayı tercih ederken, kontrol grubundakilerin ise yaklaşık %55'i çevrimiçi doldurmayı tercih etmiştir. Dolayısıyla iki grup arasında ölçeklerin doldurulması açısından farklılık vardır. Mevcut çalışmanın sınırlılıklarından biri de FMS hastalarının dağılımıyla da ilgili olarak, örneklemin çoğunlukla düşük ve orta sosyoekonomik düzeyde katılımcılardan oluşmasıdır. Örnekleme yüksek sosyoekonomik düzeyde katılımcıların da ağırlığının artması ile yapılacak çalışmalarda FMS ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin de daha fazla belirginleşeceği ve güçleneceği düşünülmektedir (Benk, 2006; Büyükbayraktar, 2011; Doğan ve Kesici, 2016). Bu sebeple gelecekte yapılacak çalışmalarda, farklı sosyoekonomik düzeyden daha fazla katılımcıyla ve şema terapi uygulamaları yapılarak klinik grup ve kontrol grubunun kıyaslandığı boylamsal çalışmaların yapılması, FMS'nin daha iyi anlaşılması açısından önem teşkil etmektedir. Özellikle, grup odaklı şema terapisinin uygulandığı çalışmalarda hem temel çocukluk ihtiyaçlarına odaklanılarak köken odaklı bir çalışma yapılmış olacak hem de daha fazla kişiye daha hızlı şekilde ulaşmak suretiyle daha detaylı verilere ulaşmak mümkün olacaktır.

**Etik İlgelere Uygunluk Beyanı** Bu çalışma, İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu (2018/09 sayılı ve 11.07.2018 tarihli karar) tarafından, etik ilke ve kurallara uygun olduğu yönünde onaylanmıştır.

**Çıkar Çatışması Beyanı** Bu makalenin tüm yazarları, makaleye ilişkin herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

## KAYNAKLAR

- Arnorld, L. M., Clauw, D. J. ve McCarberg, B. H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceeding*, 86(5), 457-464.
- Bae, S. ve Lee, J. (2004). Cross cultural adaptation and validation of the Korean Fibromyalgia Impact Questionnaire in women patients with fibromyalgia for clinical research. *Quality of Life Research*, 13(4), 857-861.
- Baillieux, S., Romo, L., Kindynis, S., Radtchenko, A. ve Debray, Q. (2008). Study of the bonds between early maladaptive schemas and strategies of coping (among alcohol-dependent patients and depressed patients). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(1), 19-25.
- Benk, A. (2006). *Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçi kişilik özelliğinin psikolojik belirtilerle ilişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bilgici, A., Akdeniz, O., Güz, H. ve Ulusoy, H. (2005). Fibromiyalji sendromunda depresyon ve sosyal uyumun rolü. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 51(3), 98-102.
- Blumer, D. ve Heilbronn, M. (1981). The pain prone disorder: A clinical and psychological profile. *Psychosomatics*, 22(5), 395-402.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R. ve Bennett, R. M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18, 728-733.
- Buskila, D. ve Neuman, M. (1996). Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: Validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 23(5), 903-906.
- Büyükbayraktar, Ç. (2011). *Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçilik ve öfke ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Doğan, S. ve Kesici, Ş. (2016). Üstün yetenekli öğrencilerin psikolojik ihtiyaçlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 5(8), 45-81.
- Dönmez, A. ve Erdoğan, N. (2010). *Fibromiyalji sendromu*. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Anabilim Dalı.
- Evren, B., Evren, C., Yapıcı, A. ve Hoşafçı Güler, M. (2005). Fibromiyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 69-74.
- Güleç, H., Sayar, K., Topbaş, M. ve Karakucak, M., (2004). Fibromiyalji sendromlu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 191-198.
- Güner, O. (2013). *10-16 yaş çocuk ve ergenler için erken dönem uyumsuz şema ölçekler takımı (ÇEŞÖT) geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Güven, A. Z., Kulpanza, E. ve Gündüz, O. H. (2005). Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 41(4), 309-313.
- Hayta, E., Doğan, Ö. T., Doğan, S. C., Akdeniz, D. Ş., Karakaşlı, S. ve Hizmetli, S. (2010). Fibromiyalji tanısı konan 100 kadın olgunun klinik özellikleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 74-79.
- Hedin, P. J., Harnne, M., Burckhardt, C. S. ve Engstorm-Laurent, A. (1995). The fibromyalgia impact questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24, 69-75.
- Jovev, M. ve Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478.
- Kapçı, E. G. ve Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13,127-136.
- Kaya, E., Erden, D., Kayar, A. H. ve Kırallı, M. Z. (2010). Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 56(3), 105-110.
- Kırkpınar, İ., Deveci, E., Çamur, D. Z. ve Kılıç, A. (2014). Somatoform bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 84-93.
- Kim, Y., Lea, S. ve Park, K. (2002). Validation of a Korean version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Journal of Korean Medical Science*, 17, 220-224.
- Köse, B. (2009). *Early maladaptive schemas and well-being with the moderator effect of balanced integration differentiation model* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Köse Karaca, B. (2014). *The effects of young schema domains, young maladaptive coping styles, and young parenting styles on working alliance among supervisors, therapists, and the clients* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Köse Karaca, B. (2015). Therapeutic alliance among supervisor, therapist, and client trio and schema concept as the affecting factor: A case analysis. *Ayna Clinical Psychology Journal*, 2(2), 13-39.
- Madenci, E., Herken, H., Keven, S., Yağız, E. ve Gürsoy, S. (2007). Fibromiyalji sendromlu hastalarda aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 27, 32-35.
- Nordahl, H. M. ve Stiles, T. C. (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Annals of General Psychiatry*, 9, 6-9.
- Offenbaecher, M., Waltz M. ve Schoeps P. (2000). Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 27(8), 1984-88.

- Perrot, S., Dumont, D., Guillemin, F., Pouchot, J. ve Coste, J. (2003). Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: Validation of the QIF, the French version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 30(5), 1054-1059.
- Rivera, J. ve Gonzalez, T. (2004). The fibromyalgia impact questionnaire: A validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 22(5), 554-560.
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. ve Joukamaa, M. I. (2015). Alexithymia and early maladaptive schemas in chronic pain patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(4), 428-437.
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A. ve Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 146-153.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I. ve Joukamaa, M. (2010). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 1(4), 196-202.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I. ve Joukamaa, M. (2012). Early maladaptive schema factors, chronic pain and depressiveness: A study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 214-223.
- Sarmer, S., Ergin, S. ve Yavuzer, G. (2000). The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology International*, 20, 9-12.
- Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F., Fiorini, T., Panni, B., Randisi, G., Turiel, M. ve Carrabba M. (2003). Validation of an Italian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-I). *Clinical & Experimental Rheumatology*, 21(4), 459-464.
- Shahamat, F. (2011). Predicting general health symptoms (somatization, anxiety, depression) from early maladaptive schemas. *Journal of Psychology*, 5(20), 103-124.
- Sivas, F. A., Başkan B. M. ve Aktekin L. A. (2009). Fibromiyalji hastalarında depresyon, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55, 8-12.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form 3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. ve Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young schema questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Therapy*, 15(3), 253-272.
- Tander, B., Akyol, Y., Durmuş, D., Alaylı, G., Cengiz, K., İlhanlı, İ., Ulus, Y. ve Cantürk, F. (2010). Bone mineral density and depression in premenopausal women with primary fibromyalgia syndrome. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25, 105-109.
- Tekintaş, N. S. (2018). *Majör depresif bozukluk ve fibromiyalji sendromu hastalarında işlevsel somatik semptomların belirleyicileri* (Tıpta uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Welburn, K. R., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. ve Jordan, S. (2002). The schema questionnaire-short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson J, Russel I. J. ve Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. ve ark. (1990). The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and rheumatism*, 33, 160-172.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2009). *Şema terapi* (T.V. Soylu, Çev.). Litera Yayıncılık.
- Young, J., Norman, S. ve Thomas, J. (1995). Schema questionnaire. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Young, J. ve Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory*. Cognitive Therapy Center of New York.
- Yunus B. M., Masi, A. T. ve Aldağ, J. C. (1989). A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: Features and association with other functional syndromes. *The Journal of Rheumatology*, 16(19), 62-71.

## | Extended Abstract |

**A comparison of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome and patients diagnosed without fibromyalgia syndrome in terms of early maladaptive schemas**Özgür Erdem Arıcı<sup>1</sup> , Bahar Köse Karaca<sup>2</sup> , Burcu Köse Dönmez<sup>3</sup> **Keywords**

fibromyalgia syndrome, FMS, early maladaptive schemas, chronic pain, somatization

**Abstract**

The goal of this research was to analyze the relationship between fibromyalgia syndrome (FMS) and early maladaptive schemas. The sample of the study consisted of 306 participants, 153 being in the treatment group and 153 being in the control group, with an age range between 20-65 and who have met the criteria for participating in the research. 139 (90.8%) of the participants in the treatment group were women, and 14 (9.2%) were men. 135 (88.2%) of the participants in the control group were women, and 18 (11.8%) were men. The participants signed a voluntary participation form, and the Young Schema Questionnaire Short Form (YSQ-SF3) and the Fibromyalgia Impact Questionnaire Scale (FIQ) were applied. In the conducted analyses, the included group had a significant impact on early maladaptive schema areas, and the group variable (treatment-control) accounted for 55% of the variance on the schemas. Also, it was found that patients with FMS diagnosis, as opposed to undiagnosed patients, leaned more towards enmeshment/dependence, failure, vulnerability to harm, abandonment, emotional deprivation, defectiveness, social isolation/mistrust, pessimism, emotional inhibition, unrelenting standards, punitiveness, self-sacrifice, and approval-seeking schemas while leaning less towards the entitlement/insufficient self-control schema area. In the study, it was found that FMS patients leaned more towards all schemas except entitlement/insufficient self-control. It is thought that FMS patients not seeing themselves as entitled, excessively controlling and repressing their impulses, experiencing difficulties when expressing emotions and defending their rights was influential in their lesser leaning towards the entitlement/insufficient self-control schema.

In addition to being widely observed in society, fibromyalgia syndrome (FMS) is a disorder that is associated with several psychopathologies and that adversely affects the individual's daily life, as well as having a great negative impact on functionality in social and work environments (Güleç et al., 2004; Sivas et al., 2009; Wolfe et al., 1990; Wolfe et al., 1995). FMS, the meaning of which correlates to tendon-muscle-ache-condition, is a rheumatic pain syndrome that manifests as chronic and extensive pain in the muscle and bone system, as well as causing frequent loss of sleep, exhaustion, and pain in various locations in the body. Chronic pain indicates that it has been going on for at least 3 months; extensive pain indicates that it can be observed in the arms and legs on both sides of the body (Arnorld et al., 2011; Wolfe et al., 1990). The

diagnosis of FMS is based on criteria specified by the American College of Rheumatology (ACR) in 1990. In 2010, the committee that works under ACR has specified new diagnosis criteria to diagnose FMS and determine its severity. While both diagnosis criteria are used by physicians of relevant fields, the ACR-1990 criteria are more commonly used for the diagnosis to ensure standardization in researches (Bilgici et al., 2005; Hayta et al., 2010; Madenci, 2007; Sivas et al., 2009). According to ACR criteria, the diagnosis is based on physical examination in addition to obtaining the detailed history of the patient and does not employ any form of laboratory tests or scanning techniques (Arnorld et al., 2011; Wolfe et al., 1990).

In addition to the assumption that a combination of genetic and environmental factors are influential in the

**To cite:** Arıcı, Ö. E., Köse Karaca, B., & Köse Dönmez, B. (2021). A comparison of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome and patients diagnosed without fibromyalgia syndrome in terms of early maladaptive schemas. *Journal of Clinical Psychology Research*, 5(2), 128-144.

✉ **Bahar Köse Karaca** · [pskdr.baharkose@gmail.com](mailto:pskdr.baharkose@gmail.com) | <sup>1</sup>Psychologist, Ph.D., F. Özüdoğru Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Fevzi Çakmak Mah. Küçükköy Gaziosmanpaşa, İstanbul; <sup>2</sup>Asst. Prof., İstanbul Rumeli Üniversitesi, Gayrettepe Mah. Yıldız Posta Cad. Vefabey Sok. Beşiktaş/İstanbul; <sup>3</sup>M.D. Specialist, Özel Duru Tıp Merkezi, Mimar Sinan, Pursaklar/Ankara.  
*Received Jun 29, 2020, Revised Oct 7, 2020, Accepted Nov 25, 2020*



formation and development of FMS, the inability to observe any laboratory findings regarding the origins of the disorder during research and coming across no physiological sources suggest that psychological effects are important components in the development of the pain. Also, FMS showing a high relation to psychological disorders such as depression, anxiety, and somatization points to the psychological origins of the disorder (Güven et al., 2005; Nordahl & Stiles, 2007; Tander et al., 2010; Wolfe et al., 1995). Schemas is another concept that holds an important place in the psychology literature and is related to psychological disorders such as depression, anxiety, and somatization (Saariaho et al., 2010; Saariaho et al., 2011; Saariaho et al., 2012; Saariaho et al., 2015; Shahamat, 2011; Soygüt et al., 2009).

Young and colleagues (2003) have expressed early maladaptive schemas as incompatible and dysfunctional patterns that form and become more complex over time in connection to the negative situations the individual experiences with others of value during childhood. It is thought that basic childhood needs (secure attachment, autonomy, freedom to express invalid needs and emotions) not being met during the initial years of life and early childhood, especially with regards to the relationship with parents and other social environments, play an important role in the development of these schemas. Adverse interactions during early childhood determine the quality of the individuals' interactions with themselves and others during adulthood (Köse Karaca, 2014, 2015; Young, 1999; Young et al., 2003).

Young and colleagues (2003) suggested that schemas that are nonrenewable in the face of changing circumstances due to their structure that is resistant to change form the basis of many disorders by influencing perception, emotion, thought, and behavior. In particular, taking into account studies demonstrating that FMS related disorders such as chronic pain syndrome, depression, and anxiety are also related to schemas (Güner, 2013; Kapçı & Hamamcı, 2010; Kırkpınar et al., 2014; Köse, 2009; Saariaho et al., 2010, 2011, 2012, 2015; Shahamat, 2011; Soygüt et al., 2009) suggests that there may be a relation between FMS and schemas.

When the relevant literature is analyzed, it can be seen that there are plenty of studies on the relationship between schemas and psychopathology (Jovev & Jackson, 2004; Kapçı & Hamamcı, 2010; Köse, 2009; Soygüt et al., 2009; Young et al., 2003), but few that draw attention to the relation between FMS and psychological symptoms (Dönmez & Erdoğan 2010; Evren et al., 2005; Güleç et al., 2004; Güven et al., 2005). A study that directly analyses the relationship

between schemas and FMS has not been found in the literature. In line with these thoughts and in the light of the presented literature, this research aimed to study the relationship between schemas and FMS by comparing FMS diagnosed patients with the non-diagnosed control group with regards to early maladaptive schemas. Thus, the aim was to gain information on how to proceed in the psychological treatment models when working with FMS patients. Accordingly, an inclination towards early maladaptive schemas was expected more in FMS diagnosed patients as opposed to non-diagnosed patients.

## METHODS

### *Sample*

The treatment group of the research is composed of 153 FMS diagnosed patients who have applied to the physical therapy and rehabilitation departments of two hospitals in Ankara Pursaklar and Istanbul Avcılar between July 2018-January 2019. These patients have been examined and evaluated by expert physicians according to the ACR (American College of Rheumatology-1990) classification criteria. The control group of the research shares demographic similarities with the treatment group and is composed of 153 patients who have applied to Istanbul's Gaziosmanpaşa and Bağcılar hospitals between October 2018-January 2019 and have not been diagnosed with FMS. They have been selected taking into account the principles of voluntariness and accessibility. The age average of the treatment group is 44.13 ( $SD = 10.33$ ) and their ages range between 20-65. The age average of the control group is 43.33 ( $SD = 8.85$ ) and their ages range between 22-64. 139 (90.8%) of the participants in the treatment group are women and 14 (9.2%) are men. 135 (88.2%) of the participants in the control group are women and 18 (11.8%) are men.

### *Data Collection Tools*

***Demographic Information Form*** A personal information form has been applied to all participants to analyze conditions that are thought to be important for the research, such as their previous psychiatric diagnoses, their history of psychiatric medication, and demographic information such as age, gender, marital status, employment, education, parents' education, and income.

***Young Schema Questionnaire Short Form 3 (YSQ-SF3)*** The original form of the Young Schema Questionnaire, developed by Young and colleagues (2003)

to determine early maladaptive schemas, is composed of 205 items that measure 16 schema dimensions. However, due to this questionnaire being too long, the Young Schema Questionnaire Short Form-3, which has relatively better usability, has been prepared instead. The scale's Turkish validity study has been conducted by Soygüt and colleagues (2009). As a result of this study, it has been determined that this is a 14-factor structure and the schema number has been adopted as 14. The schema area has remained as 5, and the item number as 90. As it is with the original questionnaire, based on the strength of the statement in identifying the self, a 6-point Likert scale has been used with values between 1 (completely wrong for me) and 6 (describes me perfectly). In addition to not having a specified cutoff score for the scale, the high number of points gained from the items provides insight into the existence and intensity of the relevant schema. In terms of the 14 schema dimensions, the test-retest value of the Turkish form of the questionnaire is in the range of ( $r$ ) .66 and .82, and its internal consistency coefficient is ( $\alpha$ ) .63 and .80. Based on this data, it has been concluded that this scale has the reliability to be used in research and clinical studies (Soygüt et al., 2009).

**Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)** Fibromyalgia Impact Questionnaire has been developed by Burckhardt and colleagues (1991) to determine the quality of life, functionality level, and fibromyalgia degree of FMS patients. The questionnaire is composed of 10 sections that measure qualities related to FMS. These sections in order are physical disability, feeling well, loss of workday, difficulty at work, pain, exhaustion, restfulness, stiffness, anxiety, and depression.

The total points obtained from the questionnaire ranges from 0-100. Apart from the second question, "how many days have you felt good", low points indicate a low severity in the illness while higher points indicate higher severity. A medium-level FMS patient is expected to score 50 points, while 70 points and above are evaluated as high-level FMS (Burckhardt et al., 1991). In the Turkish validity study conducted by Sarmer and colleagues (2000), the internal consistency coefficient of the questionnaire, which has the same sections, questions, and scoring as the original, is .72, while its test-retest value is .81.

### Procedure

Before proceeding with the data-gathering stage of this research, an application has been made to the ethics committee of Istanbul Arel University and approval

has been received. Afterward, the necessary permits and ethics committee approvals have been obtained for the hospitals where the research will be conducted. Before applying the scales to the participants who have joined voluntarily and accepted the conditions of the research, they have been told the purpose of the research, the confidentiality policy has been explained, and informed consent forms have been given. After providing the necessary explanations regarding the scales to the participants, voluntary participation forms have been signed and Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-SF3), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) have been applied. The application of the scales has taken place in the hospitals where the patients have been diagnosed and the application process has taken approximately 30 minutes for each patient.

### RESULTS

How the schema scales differentiated between the treatment and control groups have been analyzed via a one-way MANOVA analysis. In the analysis, the 14 schema dimensions belonging to the YSQ-SF3 scale have been accepted as dependent variables. According to the results of the analysis, group inclusion was seen to have a significant effect on early maladaptive schemas, and group variables accounted for 55% of the variance in early maladaptive schemas [*Multivariate F* (14, 291) = 25.71,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .55$ ].

With regards to the 14 schema dimensions, differentiation between groups has been analyzed with univariate analyses by applying Bonferroni correction. In the analyses, alpha value has been taken as .003 (.05/14). When studying the analyses after the correction, the treatment group has received a significantly higher score than the control group in the enmeshment/dependence [ $F(1, 304) = 234.71$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .43$ ], failure [ $F(1, 304) = 159.59$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .34$ ], vulnerability to harm [ $F(1, 304) = 36.64$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .10$ ], abandonment [ $F(1, 304) = 30.76$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .09$ ], emotional deprivation [ $F(1, 304) = 195.28$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .39$ ], defectiveness [ $F(1, 304) = 114.28$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .27$ ], social isolation/mistrust [ $F(1, 304) = 23.67$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .07$ ], pessimism [ $F(1, 304) = 26.69$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .08$ ], emotional inhibition [ $F(1, 304) = 81.72$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .21$ ], unrelenting standards [ $F(1, 304) = 18.05$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .05$ ], punitiveness [ $F(1, 304) = 9.78$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .03$ ], self-sacrifice [ $F(1, 304) = 68.96$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .18$ ], and approval-seeking [ $F(1, 304) = 30.74$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .09$ ] dimensions. In the entitlement/insufficient self-control [ $F(1, 304) = 5.59$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2 = .01$ ] sub dimension the score for the control group was observed to be higher in the

.05 significance level.

Thus, compared to non-diagnosed patients, findings demonstrated that patients with FMS diagnosis had higher leaning in the enmeshment/dependence, failure, vulnerability to harm, abandonment, emotional deprivation, defectiveness, social isolation/mistrust, pessimism, emotional inhibition, unrelenting standards, punitiveness, self-sacrifice, and approval-seeking schemas whereas a lower leaning in the entitlement/insufficient self-control schema.

## DISCUSSION

In addition to not having come across any study analyzing the relationship between schema dimensions and FMS in the literature, there are findings that generally demonstrate a common relation between disorders such as chronic pain, somatization, depression, and anxiety with FMS and early maladaptive schemas. Moreover, there are also studies that have not detected any relationship between these concepts and entitlement/insufficient self-control schema.

In the current study, the schema demonstrating the highest influence quantity between treatment and control groups was the enmeshment/dependence schema. In the literature, high influence has been observed by Saariaho et al. (2015) with pain, by Soygüt et al. (2009) with anxiety and depression, and by Kırkpınar et al. (2014) with somatization and enmeshment/dependence schemas with other schema dimensions. It is thought that people leaning towards the enmeshment/dependency schema are unable to perform any function, unable to cope with threats that they encounter, use somatization to cope with insecurity, hopelessness, and helplessness stemming from the belief that they will never be happy (Young & Rygh, 1994), and that these feelings manifest as pain on the physical level. Hence, Wolfe and colleagues (1995) have stated that emotional and psychological discomfort can, for the most part, manifest physically as pain. In addition to the pain, it is expressed that sensitive spots, being one of the main criteria for fibromyalgia, demonstrate a significant relation to somatization (Dönmez & Erdoğan, 2010). Therefore, it is possible to state that in fibromyalgia syndrome, which is determined by widespread and chronic pain, the beliefs regarding the schemas in question play an important role in the inability to cope with the emotional discomfort they cause.

In the current study, in terms of the entitlement/insufficient self-control schema control group has scored higher than the treatment group. Also, a positive relationship between the entitlement/insufficient self-control schema dimension and variables such

chronic pain, depression, somatization, and anxiety has not been found in many studies within the literature (Bailleux et al., 2008; Güner, 2013; Saariaho et al., 2015; Soygüt et al., 2009; Stopa et al., 2001). According to Young's (1999) schema theory, unless every schema has high intensity it is claimed that individuals have a function in their lives. If it is assumed that the Turkish adaptation of the entitlement/insufficient self-control schema is created as a result of combining entitlement and insufficient self-control schemas, it can also be thought that individuals seeing themselves as entitled, perceiving themselves as special and important, and sometimes allowing flexibility regarding self-control can play an important role for healthy ego functions under the normal boundaries of this schema. Thus, it can be tenable that FMS patients being unable to see themselves as privileged, having too much control over their impulses, being suppressive and not allowing flexibility, and having difficulty in expressing their emotions and defending their rights are significant factors in the development of this condition (Güleç et al., 2004; Kaya et al., 2010).

This study is particularly important as it is about fibromyalgia syndrome, which is currently a little-studied subject and provides information on points that are worthy of notice from a psychological standpoint concerning the root and treatment of fibromyalgia. Thanks to similar studies, focusing on psychological and environmental factors in addition to physical factors in the treatment of FMS will enable the development of a more holistic approach. It is thought that this situation will help better understand the disorder and contribute to its treatment. Particularly for instances such as chronic pain, the possibility that instead of attempting to solve these illnesses with a symptom-focused approach, a long term and origin-oriented schema-focused treatment approach being needed is one of the most important findings of the study. Also, one remarkable element of this study its focus on the importance of a treatment plan that aims to focus on the disconnection, impaired autonomy, other-directedness, and unrelenting standards schema domains and, according to schema theory, unfulfilled childhood needs that cause these and through the channel of impaired boundaries, taking for granted and sometimes creating flexibility in self-control. In addition to this, another remarkable aspect of this study is that it emphasizes the importance of a parenting style that focuses on basic childhood needs (as underlined by schema therapy) instead of repetitive health services such as physical therapy that attempt to alleviate symptoms to prevent the advancement of chronic FMS disorder. When policies that aim to develop a parenting style that is based on these needs are followed, pa-

tient groups with chronic and completely untreatable disorders such as FMS and who need constant repetitive health care will also have reduced medical costs. It is important for a better understanding of the origins of FMS and its treatment that in the future, the current study is conducted with a larger scale of participants from different socio-economic statuses and has longitudinal studies in which the treatment groups and control groups within the schema therapy application are compared. Specifically, studies based on the comparison between treatment and control groups to which schema therapy is applied will provide more detailed explanation on whether or not faster results may be obtained when schema therapy is used within a group instead of focusing on long term individual therapies that are based on unfulfilled childhood needs and focused on its origins.

**Compliance with Ethical Standards** This study was approved by İstanbul Arel University Ethical Committee (Trial Number: 2018/09, Date: 07.11.2018)

**Conflict of Interest** The authors declare that they have no conflict of interest.

## REFERENCES

- Arnorld, L. M., Clauw, D. J., & McCarberg, B. H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceeding*, 86(5), 457-464.
- Bailleux, S., Romo, L., Kindynis, S., Radtchenko, A., & Debray, Q. (2008). Study of the bonds between early maladaptive schemas and strategies of coping (among alcohol-dependent patients and depressed patients). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(1), 19-25.
- Bilgici, A., Akdeniz, O., Güz, H., & Ulusoy, H. (2005). Fibromiyalji sendromunda depresyon ve sosyal uyumun rolü. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 51(3), 98-102.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18, 728-733.
- Dönmez, A., & Erdoğan, N. (2010). *Fibromiyalji sendromu*. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Anabilim Dalı.
- Evren, B., Evren, C., Yapıcı, A., & Hoşafçı Güler, M. (2005). Fibromiyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 69-74.
- Güleç, H., Sayar, K., Topbaş, M., & Karakucak, M., (2004). Fibromiyalji sendromlu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 191-198.
- Güner, O. (2013). *10-16 yaş çocuk ve ergenler için erken dönem uyumsuz şema ölçekler takımı (ÇEŞÖT) geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Güven, A. Z., Kulpanza, E., & Gündüz, O. H. (2005). Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 41(4), 309-313.
- Hayta, E., Doğan, Ö. T., Doğan, S. C., Akdeniz, D. Ş., Karakaşlı, S., & Hizmetli, S. (2010). Fibromiyalji tanısı konan 100 kadın olgunun klinik özellikleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 74-79.
- Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478.
- Kapçı, E. G., & Hamamcı, Z. (2010). Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13,127-136.
- Kaya, E., Erden, D., Kayar, A. H., & Kıralp, M. Z. (2010). Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 56(3), 105-110.
- Kırkpınar, İ., Devenci, E., Çamur, D. Z., & Kılıç, A. (2014). Somatoform bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 84-93.
- Köse, B. (2009). *Early maladaptive schemas and well-being with the moderator effect of balanced integration differentiation model* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Köse Karaca, B. (2014). *The effects of young schema domains, young maladaptive coping styles, and young parenting styles on working alliance among supervisors, therapists, and the clients* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Köse Karaca, B. (2015). Therapeutic alliance among supervisor, therapist, and client trio and schema concept as the affecting factor: A case analysis. *Ayna Clinical Psychology Journal*, 2(2), 13-39.
- Madenci, E., Herken, H., Keven, S., Yağız, E., & Gürsoy, S. (2007). Fibromiyalji sendromlu hastalarda aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 27, 32-35.
- Nordahl, H. M., & Stiles, T. C. (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Annals of General Psychiatry*, 9, 6-9.
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M., & Joukamaa, M. I. (2015). Alexithymia and early maladaptive schemas in chronic pain patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(4), 428-437.
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 146-153.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2010). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 1(4), 196-202.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2012). Early maladaptive schema factors, chronic pain



- and depressiveness: A study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 214-223.
- Sarmer, S., Ergin, S., & Yavuzer, G. (2000). The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology International*, 20, 9-12.
- Shahamat, F. (2011). Predicting general health symptoms (somatization, anxiety, depression) from early maladaptive schemas. *Journal of Psychology*, 5(20),103-124.
- Sivas, F. A., Başkan B. M., & Aktekin L. A. (2009). Fibromiyalji hastalarında depresyon, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55, 8-12.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form 3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young schema questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Therapy*, 15(3), 253-272.
- Tander, B., Akyol, Y., Durmuş, D., Alaylı, G., Cengiz, K., İlhanlı, İ., Ulus, Y., & Cantürk, F. (2010). Bone mineral density and depression in premenopausal women with primary fibromyalgia syndrome. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25, 105-109.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson J, Russel I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. et al. (1990). The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and rheumatism*, 33, 160-172.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2009). *Şema terapi* (T.V. Soylu, Çev.). Litera Yayıncılık.
- Young, J., & Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory*. Cognitive Therapy Center of New York.