

**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**FİBROMİYALJİ SENDROMLU KADINLARIN
DEPRESYON VE MİZAÇ KARAKTER ÖZELLİKLERİ
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Özlem ALTUNÖREN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN**

KAHRAMANMARAŞ – 2010

K.S.Ü TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Özlem ALTUNÖREN tarafından hazırlanan “Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi” adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

ORHAN

Yard. Doç.Dr. Fatma Özlem

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile **Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında** Tıpta Uzmanlık tezi olarak .../.../..... tarihinde kabul edilmiştir.

		İmza:
Başkan Yard. Doç. Dr. F. Özlem ORHAN	Psikiyatri Anabilim Dalı
Üye Prof. Dr Fatih KARAASLAN	Psikiyatri Anabilim Dalı
Üye Doç. Dr. Vedat NACİTARHAN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... /

Prof. Dr. İlhami Taner KALE
DEKAN

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlanma olanağı bulduğum, eğitimime katkıda bulunan, saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Fatih KARAASLAN'a; uzmanlık eğitimim süresince yeni şeyler öğrenmeye ve araştırmaya teşvik eden, bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran, tezimin her aşamasında birlikte çalıştığım danışmanım sevgili hocam Yard. Doç. Dr. F. Özlem ORHAN'a, tez çalışmalarımın planlanması ve yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Vedat NACİTARHAN'a, istatistik çalışmalarının her aşamasında yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Yard. Doç. Dr. Ali Özer'e; Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım; Sayın Prof. Dr. Ayşe AVCI, Sayın Yard. Doç. Dr. Ayşegül Yolga TAHİROĞLU, Sayın Prof. Dr. Minüfe NEYAL, Sayın Doç. Dr. Mustafa GÖKÇE, Sayın Yrd. Doç. Dr. Deniz TUNCEL, Sayın Doç. Dr. Mehmet SAYARLIOĞLU'na;

Uzmanlık eğitim süresi boyunca birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen çok şey paylaştığım, sevgileriyle beni onurlandıran tüm hekim ve hemşire arkadaşlarıma;

Tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, sabır, anlayış gösteren sevgili eşim Orçun'a, sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme ve biricik oğlum Kağan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs-2010

Dr. Özlem ALTUNÖREN

FİBROMİYALJİ SENDROMLU KADINLARIN DEPRESYON VE MİZAÇ KARAKTER ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Özlem ALTUNÖREN
KAHRAMANMARAS SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Mayıs-2010

ÖZET

Amaç: Fibromiyalji Sendromu (FMS); yaygın vücut ağrılarıyla seyreden, psikosomatik hastalık olarak da değerlendirilen kas-iskelet sistemi hastalığıdır ve en sık depresyon olmak üzere çeşitli ruhsal bozukluklara eşlik ettiği bilinmektedir. Psikosomatik hastalıkların etiyolojisinde kişiliğin de önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışmada FMS hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun, mizaç karakter özelliklerinin incelenmesi ve elde edilen verilerin hastaların klinik özellikleri ve depresif durumu ile ilişkili olup olmadığı, araştırıldı.

Yöntem: Çalışmamıza 51 FMS hastası, 51 sağlıklı kadın alındı. FMS'lu hastalar ve sağlıklı kontroller DSM-IV TR (Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders) tanı ve değerlendirme sistemine göre psikiyatrik yönden değerlendirildi. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale-HAM-D), Fibromiyalji Etkilenme Anketi (FEA), Görsel Analog Skala (GAS) uygulandı.

Bulgular: FMS hastalarının %76,5'i DSM-IV TR'ye göre psikiyatrik tanı aldı. FMS'lu hastalarda, sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında yüksek zarardan kaçınma (HA), düşük kendini yönetme (S), düşük sebat etme (P) puanları bulundu. Düzeltilmiş TCI puanları kullanıldığında (HAM-D puanlarının etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra) hastalarda kontrol grubuna göre benzer şekilde yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme puanları ile işbirliği yapma (C) puanında artış bulundu. HAM-D puanları ile zarardan kaçınma skorları arasında pozitif korelasyon saptandı. HAM-D puanları ile kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları arasında negatif korelasyon saptandı.

Sonuç: Fibromiyalji sendromunun süresi ve şiddetinin depresif belirtiler ve kişilik özellikleriyle ilişkisi olduğundan, FMS hastalarının takibi ve tedavisi planlanırken bu hastaların, kişilik özellikleri ve depresif durumlarının da ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, fibromiyalji sendrom, mizaç ve karakter

Sayfa Adedi: 74

Danışman: Yard. Doç.Dr. F. Özlem ORHAN

**EVALUATION OF
DEPRESSION AND TEMPERAMENT, CHARACTER PROFILES
IN PATIENTS WITH FEMALE FIBROMYALGIA SYNDROME**

(Specialization Thesis)

**MD. Özlem ALTUNÖREN
KAHRAMANMARAS SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE**

May-2010

ABSTRACT

Aim: Fibromyalgia syndrome (FMS) is a musculoskeletal disorder characterized by diffuse body pain and also regarded as psychosomatic disorder. FMS most commonly associated with depression among psychologic disorders. It is known that personality plays important role in etiology of psychosomatic disorders. In this study FMS patients and healthy control group were evaluated according to temperament, characteristics and data obtained from both groups was evaluated whether it was associated with clinical features of patients and depressive states of patients.

Method: Fiftyone FMS patients and 51 healthy women were admitted to study. Both groups were evaluated according to DSM-IV TR. Temperament and Character Inventory(TCI), Hamilton Depression Rating Scale(HAM-D), Fibromyalgia effecting scale (FES), and visual Analog Scale (VAS) were applied to both groups.

Results: According to DSM-IV TR 76.5 % of FMS patients were diagnosed as psychiatric disorder. FMS patients had higher harm avoidance scores, lower self directedness and persevere scores than healthy controls. Harm avoidance scores were found higher and self directedness were found lower when the corrected TCI points were used, but cooperation scores increased. A positive correlation was found between HAM-D scores and harm avoidance scores. A negative correlation was found between HAM-D scores and both of self directedness and cooperation scores.

Conclusion: Physicians should evaluate personality features and depressive symptoms of patients when they were planning the treatment and follow up. Because the duration and severity of FMS is related with depressive symptoms and personality features

Key Words: Depression, fibromyalgia syndrome, temperament and character

Page Number: 74

Advisor: Assist. Prof. MD. F. Özlem ORHAN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KABUL ve ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
İNGİLİZCE ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.1. Psikosomatik Hastalıklar	3
2.1.2. Fibromiyalji Sendromu	4
2.2.1. Tanım	6
2.2.2. Tarihçe	6
2.2.3. Epidemiyoloji	7
2.2.4. Etiyopatogenez	7
2.2.4.1 Periferik Mekanizmalar	8
2.2.4.2 Santral Mekanizmalar	8
2.2.5. Klinik	11
2.2.6. Tanı	13
2.2.7. Laboratuar ve Radyolojik İncelemeler	14
2.2.8. Ayırıcı Tanı	14
2.2.9. Tedavi	15
2.3. Kişilik Mizaç Karakter	16
2.3.1. Kişilik	16
2.3.2. Mizaç	17
2.3.3. Karakter	21
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
7. KAYNAKLAR	45
8. ŞEKİLLER DİZİNİ	52
9. TABLOLAR DİZİNİ	53
10. EKLER DİZİNİ	54
11. EKLER	55

KISALTMALAR

ACR	: Amerikan College of Rheumatology
ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
C	: İşbirliği yapma
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FEA	: Fibromiyalji Etki Anketi
FMS	: Fibromiyalji Sendromu
GABA	: Gamma Amino Bütirik Asit
GAS	: Görsel analog Skala
HA	: Zarardan Kaçınma
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HPA	: Hipotalamik Pitüiter Adrenal Eksen
IGF-I	: İnsulin Like Growth Faktor-I
İBS	: İrritabl Barsak sendromu
KGTB	: Kronik Gerilim Tipi Başağrısı
MMPI	: Multiple Minnesota Personality Inventory
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NREM	: Non-Rapid-Eye-Movement
NS	: Yenilik Arayışı
P	: Sebat Etme
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi

RA	: Romatoid Artrit
RD	: Ödül Bağımlılığı
S	: Kendini yönetme
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus
SPSS	: Stastical Package for Social Sciences
SSRI	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
ST	: Kendini Aşma
TCI	: Temperament and Character Inventory

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikosomatik tıp; ruh ve beden bütünlüğü ve bunlar arasındaki etkileşim üzerinde duran; insanı biyo-psikososyal bir bütün olarak ele alan tıp anlayışıdır. Psikosomatik sözcüğü yunanca psyche (ruh, soluk, duman) ile soma (beden) sözcüklerinden türetilmiştir¹.

Psikosomatik hastalıklar, tıbbın tüm dallarında hekimleri en çok uğraştıran, tıbbi kaynakları çok fazla kullandıkları için ekonomik kayıplara neden olan, mesleki ve sosyal yeti yitimine yol açan bir hastalık grubudur². Dünyadaki istatistiklere göre insanların %2-3 ünde psikosomatik organ hastalıkları bulunmaktadır³, çeşitli dallardan hekimlere başvuran hastaların yarısından fazlası en az bir psikosomatik hastalığa sahiptir⁴.

Psikosomatik tıp, psikolojik etkenlerin tüm hastalıkların gelişiminde önemli olduğunu varsayar, ancak hastalığa yatkınlıkta, başlamasında, ilerlemesinde ya da alevlenmesinde, hastalığa verilecek tepkideki rolü tartışmaya açıktır ve hastalıktan hastalığa değişkenlik göstermektedir⁵.

Psikosomatik hastalıkların açıklanmasında 'stres teorisi' oldukça destek görmüştür. Akut stres tepkilerinin oluşumunda rolü olan ilk eksen nöral, bunu takip eden hormonal eksendir. Duygusal etkilenme sonucunda sempatik ve parasempatik sistem çekirdeklerinin bulunduğu hipotalamus uyarılır⁶. Stres hormonları bağışıklık sistemi üzerinde, hem şiddetlendirici hem de baskılayıcı etkiye sahip görünmektedir⁷. Sempatik sinir sistemi ve hipotalamik-pitüiter-adrenal eksenlerin sürekli uyarılması halinde beden üzerinde kalıcı olabilecek pek çok olumsuz değişken olabilir^{8, 9, 10}.

Genel streslerin yanı sıra özgül kişilik tiplerinin ve bilinç dışı çatışmaların da değişik psikosomatik hastalıklara zemin hazırladığı düşünülmektedir. Bu kuram ilk kez Franz Alexander tarafından ileriye sürülmüştür¹¹.

Fibromiyalji Sendromu (FMS), etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, yaygın vücut ağrıları, belli anatomik bölgelerde hassas noktalar ve halsizlik ile kendini gösteren bir kronik ağrı sendromudur¹². Görülme sıklığı çeşitli serilerde %20-25 arasında değişen rakamlarla verilmektedir. Her yaş grubunda görülebildiği gibi, en sık 30-50 yaş arasında ortaya çıkmaktadır¹³. FMS patogenezinde uyku düzensizliği, nöroendokrin işlev bozukluğu, bölgesel kan akımı değişikliği,

metabolik ve immunolojik bozukluklar gibi çeşitli faktörlerin rolü olduğu ileri sürülmüştür¹⁴.

Hastaların ağrıyla ilgili davranışları sıklıkla doku hasarıyla orantılı olmayıp, anksiyete ve depresyon gibi kişinin ruhsal durumuyla ilişkili olması nedeniyle FMS psikiyatri hekimlerinin ilgisini çekmektedir ve bu yönüyle biyopsikososyal modelin uygulanabileceği sahalardan biridir¹⁵.

FMS'da depresyon, genel psikolojik sıkıntı ve diğer psikolojik etkenlerin hastalığın başlaması ve sürmesi ile ilişkili olduğu gösterilmektedir. Epidemiyolojik deliller toplum örneklemelerinde FMS'lu hastalarda özellikle depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar olmak üzere psikiyatrik bozuklukların artmış olduğunu göstermektedir¹⁶. Bazı çalışmalar anksiyete ve depresif bozuklukta olduğu gibi FMS'da predispozisyon yaratan kişilik özellikleri olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu hastalar mükemmeliyetçi, kendini aşırı zorlayan ve irritabl olarak tanımlanmışlardır^{17, 18}.

Kişiliği değerlendirmek için psikobiyolojik model Cloninger tarafından geliştirilmiş ve kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakter incelenmiştir. Mizaç duygusal uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde otomatik tepki gösterme eğilimi; karakter ise bireyin göreceli değişmeyen, nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen iç deneyimleri olarak tanımlanmaktadır. Karakter bireyin yaşam tarzı ve davranış şekli olarak çevresi ile karşılıklı ilişkileri devam ettirmek için bilinçli veya bilinç dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da içerir^{19, 20}.

Psikosomatik hastalıklarda mizaç karakter ile ilgili az sayıda çalışma vardır. FMS ve diğer psikosomatik hastalıklarda mizaç karakter ile ilgili çalışmalara bakıldığında en önemli ortak sonuç zarardan kaçınma puanlarının yüksek bulunmasıdır. Kişiliğin bir olgunluk düzeyine erişmesinde temel unsur kabul edilen kendini yönetme puanları birçok çalışmada sağlıklı kontrollerden düşük düzeyde bulunmuştur

Bu çalışmadaki amacımız; FMS'lu hastaların mizaç karakter özelliklerini ve psikiyatrik tanımlarını ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırarak bu konuyla ilgili kısıtlı sayıda yapılan çalışmalara katkı sağlayabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikosomatik Hastalıklar

Psikosomatik hastalıklar, bedende yapısal bir değişiklik (mide ülseri) ya da işlev bozukluğu (migren) gösteren; oluş, depresme, ağırlaşma, iyileşme nedenleri arasında psikososyal faktörlerin yer aldığı bedensel bozukluklardır. Her bedensel hastalıkta psikolojik etkenler hastalığın gidişini etkiler. Psikosomatik hastalıklarda ruhsal etkenlerin önemli rolünü tanımlamak ve derecesini bilmek kolay değildir, örneğin kimi alerjik nezlelilerde daha çok alerjik etkenler, kimilerinde ruhsal etkenler baskın olabilir. Eski çağlardan beri ruh ve beden bütünlüğünü savunan hekimler ve filozoflar olmuştur (Hipokrat, Eflatun, Aristo, Galen, İbni Sina). Freud'dan beri, bilinçdışı duygu ve dürtülerin insan davranışını iç ve dış organları etkileyebildiği bilinmektedir. İnsanoğlu duyguların ve heyecanların etkisi ile bedensel tepkiler oluşabildiğini eskiden beri bilmektedir. Geçen yüzyıllarda kimi bedensel bozuklukların ruhsal yöntemlerle (telkin, hipnoz) iyileştiği de bilinmektedir¹.

Psikosomatik hastalıkların Sınıflandırılması¹:

- 1- Solunum sistemi: Bronşial astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı
- 2- Dolaşım sistemi: Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, migren
- 3- Sindirim sistemi: Ülser, gastrit, ülseratif kolit, spastik kolon, irritabl kolon sendromu
- 4- Metabolik-endokrin: Diabetes mellitus, hipotroidi, hipertroidi, polikistik over sendromu, hiperprolaktinemi, obesite
- 5- Ürogenital sendrom: Cinsel işlev bozuklukları, yalancı gebelik, enüresis, enkopresis, menstruasyon bozuklukları.
- 6- Kas-iskelet sistemi: Romatoid artrit, sistemik lupus erythematosus, fibromiyalji
- 7- Cilt hastalıkları: Nörodermatit, psöriazis, ürtiker, akne, eritroderma, pruritis

Bu hastalıkların büyük çoğunluğunda oluş nedenleri multifaktöriyeldir. Ruhsal yatkınlık açısından daha çok erken çocukluk çağındaki gelişim bozukluklarının rolü olduğu iddia edilmektedir. Bireyleşme gelişiminde, nesne ilişkilerinde bozulmalar sonucu kişilik değişikliklerinin ortaya çıkması ve çoğu

zaman da nevrotik savunmaların kullanıldığı bir örüntü görülmektedir³. Psikosomatik kuramın temel unsurlarından biri olan stresin kendi başına yıkıcı bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Belirli bir olayın birey için stresli olması, olayın birey için kişisel anlamına, bireyin karşılaştığı stresi idare edebilmesine, kendine uyarlayabilmesine ve başa çıkma becerilerine bağlıdır, ek olarak strese duyarlılık ve dirençliliğin, duygusal dengesizlikten ve fiziksel hastalığa karşı korunma sağlayabilecek sosyal tamponların varlığından veya yokluğundan etkilenebileceğine dair kanıtlar vardır²¹.

Psikanalistler psikosomatik rahatsızlıkları açıklarken sadece çatışmalara değinmeyip kişilik, yaşam olayları gibi başka faktörlere de yer vermişlerdir.

Dunbar ve Alexander'a göre her psikosomatik hastalık için özgül kişilik özellikleri bulunmaktadır²².

Psikosomatik kardiyoloji araştırmalarında; A tipi davranış paterninin Miyokard enfarktüsü ve Koroner hastalığa bağlı ölüm riskini 2 kat arttırdığına dair geniş kapsamlı prospektif çalışmalar mevcuttur²³.

Teshima ve arkadaşları stresli kişilerde alerjik reaksiyonların olduğunu ve bu kişilerde relaksasyon eğitimi ile düzelmenin olduğu gözlenmiştir²⁴.

Astım hastalarının psikolojik durumuyla pulmoner işlevselliği arasında ilişki olduğu gözlenmiş ve bu hastaları aşırı ketlenmiş, örtülü agresyonu, belirgin bağımlılık gereksinimleri olan, sevilmeye ileri derecede gereksinen kişiler olarak tanımlamışlardır²³.

Gastrointestinal sistemle psikolojik etkenler arasında ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Yapılan araştırmalarda stresin gastrointestinal ülser hastalığı ve gastrointestinal kanama riskini arttırdığı saptanmış ve bu durumu stres sonrası bölgesel kan akımında azalma, gastrik asit sekresyonunda artma ile açıklamışlardır²⁵.

Diabetes mellituslu hastalarda psikolojik etkenlerle glukozun metabolik kontrolü arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır. Tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri düzenlenemeyen olgularda stres ve kaygı önemli etkendir²⁶.

Psöriazis kronik dirençli bir deri hastalığıdır. Yapılan kontrollü çalışmalarda bu hastalarda yüksek anksiyete ve depresyon ile birlikte şizoid, kaçınan, pasif agresif ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının olduğu gösterilmiştir²³.

Romatoid artrit üzerine yapılan çalışmalar; romatizmal kişiliği tanımlamaya yönelik olmuştur, bu çalışmaların sonucu hastaların özverili, mazoşist, ketlenmiş, mükemmelliyetçi ve köşesine çekilmiş bireyler oldukları tanımlanmış olsa da, sonraki bazı çalışmalarda da bu bulgular elde edilememiştir²⁷.

Fibromiyalji sendromunun başlamasında genel psikolojik sıkıntı, depresyon ve diğer psikolojik etkenlerin rolü olduğu gösterilmektedir¹⁶.

Üç ayrı çalışmada fibromiyaljili hastaların romatoid artrit hastalarına göre daha yüksek MMPI (Multiple Minnesota Personality Inventory) puanlarına sahip oldukları, özellikle hipokondriazis ve histeri skalalarında yükselme olduğu bulunmuştur. MMPI; çok yönlü kişilik envanteri, geçerliliği ampirik olarak saptanmış, kişiliğin birçok yönünü inceleyen, 556 sorudan oluşan, psikiyatrik tanı sınıflarına göre 10 temel alt gruba bölünmüş bir testtir. MMPI'nın tıbbi açıdan sağlıklı olan popülasyonda geçerli olduğu, organik olmayan ağrı ile ilişkili semptomlarla organik olanı ayıramayacağı göz önünde bulundurulmalıdır^{28, 29}. Ahles ve ark. ile Wolfe ve ark. fibromiyaljili hastalarda yaşam olayları ve stresin RA'li hastalardan daha fazla olduğunu ileri sürmüşlerdir^{17, 30}. Hudson ve arkadaşları FMS'lu hastalarda yaşam boyu majör affektif bozukluk oranını %71 olarak saptamışlardır³⁰.

Alfici ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada FMS hastalarında karakteristik psikodinamik özellikler olarak bağımlılık, edilgenlik, aile ilişkilerinin idealizasyonu, obsesif kompulsif kişilik, kayba karşı maladaptif cevap ve belirgin ergomani (fazla çalışma) tespit edilmiştir³¹.

Yapılan araştırmalarda FMS gibi birçok psikosomatik hastalığın temelinde aleksitimi yattığı öne sürülmüştür. Aleksitimi ilk olarak Sifneos tarafından, kişinin kendi ve diğer insanları algılama yetisinden yoksun olma durumunu tanımlamak için kullanılmıştır. Kendini tanıma, anlatma ve dışa yönelik düşünmede zorluğun olduğu kişilik örüntüsüdür. Taylor ve arkadaşları FMS'da aleksitimik kişilik yapısının yaygın olduğunu bildirmiştir. Aleksitimik kişiler, emosyonel durumlarını fiziksel hastalık işareti olacak şekilde yanlış yorumlama eğiliminde olabilirler^{32, 33}. Öfke ve bastırılmış düşmanlık, somatizasyon gelişiminde çok önemli etmen olarak tanımlanmıştır³⁴.

2.2.Fibromiyalji Sendromu

2.2.1. Tanım:

Fibromiyalji sendromu; kronik, etiyojisi bilinmeyen, vücutta yaygın ağrı ve belirli anatomik bölgelerde hassas noktalarla karakterize bir sendromdur. Sabah tutukluğu, uyku bozukluğu, yorgunluk, başağrısı, irritabl barsak sendromu, psikolojik bozukluklar, karın göğüs ağrıları, raynoud fenomeni, huzursuz bacak sendromu, hipermobilitate sendromu, deri duyarlılığı gibi bulgular hastalığa eşlik eden birçok bulgudan birkaçını oluşturmaktadır³⁵. 1990 yılında Amerikan College of Rheumatology (ACR) üyeleri, fibromiyalji sınıflandırma kriteri için, en az 3 aydır süren yaygın vücut ağrısı ve 18 hassas anatomik noktadan en az 11'inde palpasyonla hassasiyet saptanması gerektiğini bildirmişlerdir³⁶.

2.2.2. Tarihçe

Yaygın kas iskelet ağrısı insanlık tarihi boyunca tanımlanmaktadır, ancak bu belirtiler 20. yy da belirli bir sendrom altında toplanmıştır²³, 1850 yıllarında Froriep romatizmalı diye tanımladığı bazı hastalarının kaslarında sert ve basmakla ağrılı bölgeler olduğunu yayınladı. 1904'te Gowers gerçek bölgesel ağrı sendromlarını tanımladığı halde fibrozit terimini kullandı. Gowers tanımladığı bu tabloda sistemik yada lokal enflamasyonun olmadığını, ancak dokunmayla olan duyarlılığı, yorgunluğu ve uyku bozukluğunu tarif etti. 1970'li yıllarda Smythe ve Moldofsky fibromiyalji için tipik lokalizasyonları tarif ederek hassas noktaların kontrol grubuna göre farklı olduğunu buldular. 1980'lerde araştırmacılar tarafından hassas noktaların tanısalları ile ilgili çeşitli yayınlar yapıldı, fakat hassas noktaların sayısı ve hastalığın birincil ya da ikincil olup olmadığı halen tartışılıyordu. 1981 yılında Yunus ve arkadaşları yapılan biyopsilerde enflamasyon görülmediğini ileri sürerek fibrozit terimi yerine fibromiyalji tanımını ortaya atmışlardır. 1990 yılında son olarak ACR (American College of Rheumatology) yapılan bir çalışma sonucunda hastalıkla ilgili halen geçerli olan tanı kriterlerini yayınlamıştır³⁵.

2.2.3. Epidemiyoloji:

Fibromiyalji prevalansı ile ilgili ilk rakamlar 1980 yıllarında yayınlandı. Aile hekimliği kliniklerinden elde edilen rakamlara göre prevalansı %2,1, genel tıp kliniklerinde %5,7, hastanelerde %5-8, romatoloji kliniklerinde %14-20, olarak bulunmuştur. Fibromiyalji insidansı popülasyon temelli çalışmalarda %1-2 olarak bulunmuştur. Prevalans yaşla birlikte artar, 60-80 yaş arası kadınlarda oran %7'ye ulaşır, hastaların %80-90'ı kadındır, ortalama yaş 30-60 arasındadır. Çocuklardaki prevalansı ile ilgili veri olmamasına rağmen sanıldığından daha sık görülmektedir³⁵. 1992'de Kopenhag'da yapılan miyofasial ağrı ve fibromiyalji konusunda 2. dünya konferansı görüş birliği dökümanına göre fibromiyaljinin yaygın kas iskelet ağrısının en sık nedeni olduğu ve yaygınlığının %0,7 ile %3,2 arasında değiştiği bildirilmiştir²³.

2.2.4. Etiyopatogenez:

Fibromiyaljinin etiyolojisi ve patogenezi halen tam olarak bilinmemektedir. Santral ağrı işlevindeki anormalliklerin çevresel ağrı ve nöroendokrin yollarla birleşip, kompleks hiperaljezik bir ağrı sendromu oluşturduğu kabul edilmektedir²³. Hastalığın bazı enfeksiyonlarla ve genetik geçişle ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bazı çalışmalarda FMS'nun ailesel yoğunlaşma gösterdiği şeklindeki görüşler öne sürülmekle birlikte hastalık ile herhangi bir MHC klas II antijeni arasında ilişki saptanamamışlardır, yapılan bir çalışmada hastaların her birinin en az birinde, birinci derece yakınında benzer bulgular saptanmıştır. Hastalar hastalık öncesinde en sık grip veya viral bir enfeksiyondan, fiziksel travmalardan ve bazı emosyonel travmalardan ya da özellikle steroid kesilmesi gibi ilaç değişikliklerinden bahsederler. Son yıllarda FMS'nun immün sistem regülasyon bozukluğuna bağlı gelişebileceği iddiaları ortaya atılmıştır³⁵. FMS'lu hastaların %55'inde semptomların aniden grip benzeri ateşli hastalık esnasında veya sonrasında başladığı³⁷, ayrıca Lyme, coxsackie, parvovirüs, HIV enfeksiyonlarından sonra başladığı bildirilmiştir³⁸. Fibromiyalji ve enfeksiyon ilişkisinden sık bahsedilmektedir. Patogenezinde çeşitli teoriler öne sürülmekte ancak bu konuda görüş birliği bulunmamaktadır. FMS'nun, fiziksel ve cinsel tacize uğrayanlarda daha sık görüldüğü öne sürülmektedir³⁹.

2.2.4.1. Periferik mekanizmalar:

Fibromiyalji hastalarının kaslarında bazı değişiklikler olduğu öne sürülmüştür. Işık ve elektron mikroskop ile yapılan kas incelemeleri sonucunda; tip 2 liflerde atrofi, anormal bant ya da retiküler tipte lifler, fokal ödem, glikojen ve yağlarda değişim, mitokondrial anormallikler saptanmıştır³⁵. Bengston ve arkadaşları FMS'lu hastaların trapezius kasındaki hassas bölgede, atp ve fosfokreatinin düzeyinde azalma ile birlikte kırmızı fibrillerde yırtılma bildirmişlerdir⁴⁰. Bennet ve arkadaşları hastaların brachioradialis ve trapezius kaslarında düşük oksijenasyonu göstermişlerdir⁴¹. Egzersiz sırasında bu hastalarda düşük kan akımı tespit edilmiştir. FMS'lu hastalarda biyopsiler, kas enzim analizleri, egzersiz laboratuvar testleri, MR spektroskopisi, global kas defektini göstermemiştir. Kas biyopsilerinde enflamasyon ve miyopatiyi gösterecek spesifik anatomik değişiklikler bulunamamıştır⁴².

2.2.4.2. Santral mekanizmalar:

Psikiyatrik morbidite: FMS hastalarının psikososyal ve psikiyatrik disfonksiyon puanları yüksek bulunmuştur⁴³. Major depresyon, somatizasyon, panik, obsesif kompulsif bozukluk FMS'lularda sağlıklı kontrollere göre daha sık görülen ruhsal bozukluklardır⁴⁴. Fibromiyalji; maskeli depresyon ve somatizasyon bozukluğunun bir formu olarak düşünülür ve psikojenik romatizma olarak da isimlendirilir³⁵. FMS ile yapılan çalışmalarda daha çok minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) kullanılmıştır³⁰, ancak MMPI gibi kişilik envanteri testlerindeki yüksek puan daha çok ağrı ile ilişkili bulunmuştur⁴⁴. Hudson ve arkadaşları fibromiyaljili hastalarda yaşam boyu major affektif bozukluk oranını %71 olarak saptamışlardır. Bu hastalar bir dönem depresyon geçirmesine rağmen çoğunda aktif psikiyatrik hastalık bulunmamaktadır³⁰. Uyku bozukluğu; nonrestoratif uyku FMS'nun temel özelliklerindedir, tipik olarak uyku hafif ve huzursuzdur^{45, 46}. Moldofsky ve arkadaşları fibromiyaljinin uyku bozuklukları ile ilişkisini incelemişler ve uykunun non-REM. evresinin 4.fazında kısalma, alfa dalgaları varlığı ve alfa-delta uyku paterni saptamışlardır^{46, 47}. Bunun sonucu uykunun bozulduğunu, bitkinlik ve psikolojik rahatsızlıkların görülmesine neden olduğunu ileri sürmüşlerdir³⁵. Non-REM uyku bozukluğunun, FMS için spesifik olmadığı, psikiyatrik sendromlar, emosyonel stres, romatoid artrit, nokturnal myoklonusu olan kişiler veya sağlıklı

bireylerde de gözlenmiştir⁴⁸. Erişkinde büyüme hormonu primer olarak yavaş dalga uykusu sırasında salınmaktadır. Bozulmuş yavaş dalga uykusunun fibromiyaljide azalmış growth hormon düzeyleriyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Melatonin, uyku ile ilişkili bir hormon olup serotoninin bir metabolitidir. FMS'lu hastalarla sağlıklı kontroller arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda; bu hastaların uyku saatlerinde %31 oranında daha az melatonin salgıladıkları bulunmuştur⁴³.

Nöroendokrin bozukluklar; FMS'nun tüm uyaranlara karşı yeni gelişmiş olan aşırı duyarlılığa neden olduğu, bu durumun hoş olmayan ve ağrılı pek çok uyaranla sonuçlandığı belirtilmektedir. FMS, ağrı duyarlılığında genel bir artışla seyreden bir sendrom olarak bilinir. Serotonin, endorfin, substans P gibi maddelerin primer ve sekonder değişimleri ağrı, uyku ve mizacı etkiler. P maddesi, fibromiyaljili hastaların serebrospinal sıvılarında normal kontrollere göre 3 kez daha fazla bulunur³⁵. Serotonin, P maddesi salınımını etkiler, artmış substans P düzeyleri üzüntü, gerginlik, konsantrasyon zorluğu, ağrı ve bellek bozukluğuyla bağlantılıdır. Serotonin dinlendirici uykunun sağlanması ve ağrı stimulusunun algılanmasında rol oynayan bir nörotransmitterdir, beyinde spinal inhibitör yol aracılığı ile ağrı inhibisyonu sağlar. FMS'lu hastalar, kontrollerle karşılaştırıldığında, serum serotonin konsantrasyonları azalmıştır, bu hastaların serotonin reuptake reseptörlerinin sayısı artmıştır. Ağrı şiddeti ve subjektif sabah ağrısı ile serotonin prekürsörü olan serum serbest triptofan düzeyleri arasında ters korelasyon vardır. Kas-iskelet sistem ağrısı, anksiyete, uykusuzluk, psödodepresyon, barsakla ilgili yakınmalar, dizesteziler, hipotroidizm iklimle ilişkili alevlenmeler ve immün hücrelerin disfonksiyonunun nedeninin serotonin eksikliği olduğu kabul edilebilir³⁵.

FMS'lu hastaların %25 inde şikayetlerin fiziksel travma veya cerrahi girişim sonrasında başladığını bildiren yayınlar vardır^{49, 50}. Fiziksel travmanın, C liflerinde substans P seviyesinde değişime ve santral orjinli ağrıya neden olabileceği belirtilmiştir. Bununla beraber fiziksel travma ile kronik ağrı arasında direk ilişkinin varlığı gösterilememiştir^{45, 51, 52}.

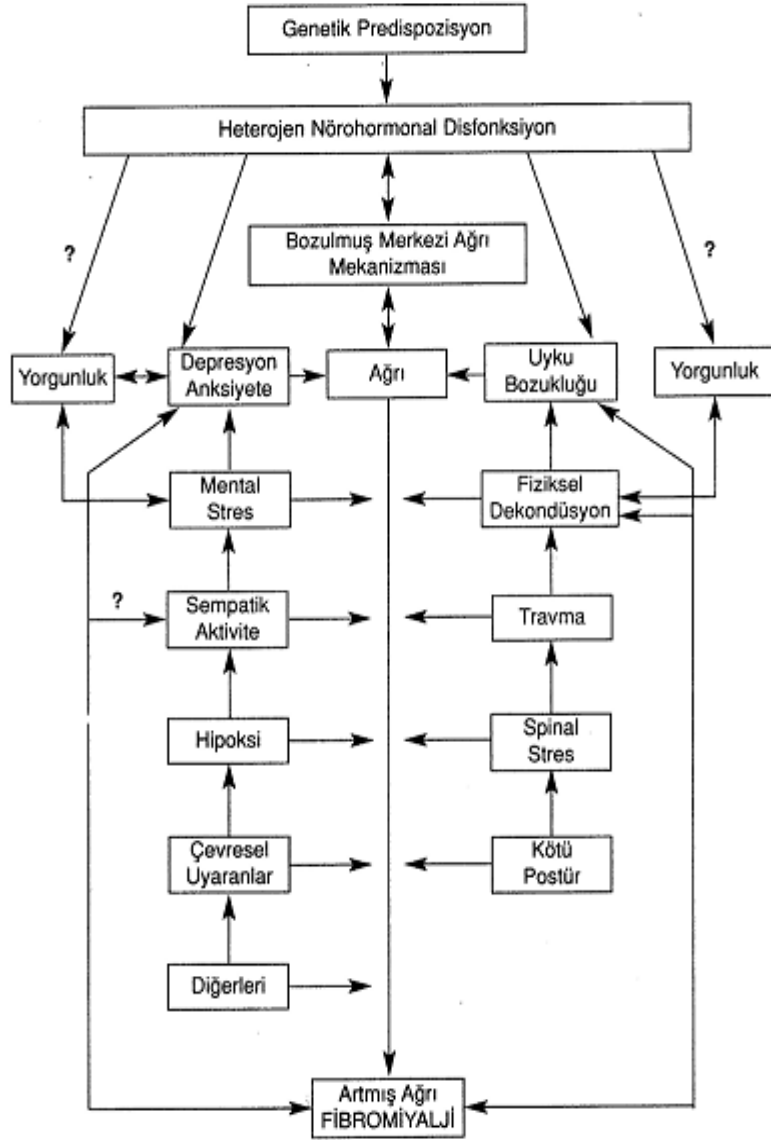
FMS'lu hastalarda Hipotalamo-pituiter-adrenal aks (HPA), fonksiyonunda bozukluk olduğunu destekleyen birçok veri vardır⁵³. Çalışmalarda diüurnal paternde düzleşme ile birlikte yüksek kortizol düzeyleri bulunmuş ve bu durumun deksametazon verilmesiyle gerilemediği bildirilmiştir. Cushing hastalığı

nedeniyle hipofizektomi yapılan hastalarda FMS bulguları geliştiği gözlenmiştir³⁵. Fibromiyaljinin hiperaktif pitüiter ACTH salınımı ve adrenal bezin cevabında kısmi bir azalma ile giden bir nöroendokrin bozuklukla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. FMS'da somatomedin c (IGF-1) düzeyinin belirgin şekilde azaldığı ve growth hormon (IGF-1) aksındaki değişikliklerin FMS'nun etyolojisinde rol oynadığına dair görüşler vardır⁵⁴. FMS'da birçok çalışma kronik ağrı ve stresin hipotalamo-pitüiter-troid aksda anormalliklere neden olduğu, özellikle kortizol, prolaktin, TSH düzeylerinde değişiklik gösterdiği fikrinde birleşmiştir^{55, 56}.

FMS hastalığının daha çok kadınlarda olması ve hastalığın başlangıcının menopoz dönemiyle korele olması bu hastalığın patogenezinde, gonadal steroidlerin yeri olabileceğini düşündürmektedir⁴⁵. Gonadal steroidler HPA aksının regülasyonunda da rol oynarlar. Hipotroidizm, hiperparatroidizm ve yüksek prolaktin düzeylerinin FMS ile ilişkili olduğu gösterilmiştir⁵⁷.

Otonom sinir sistem disfonksiyonu; FMS'nun refleks sempatetik distrofinin jeneralize bir formu olduğu öne sürülmüştür. Nörojenik tetiklenmenin de FMS'da payı olabilir. Nörojenik tetiklenmenin hoş olmayan uyarının nöronal aktiviteden uzakta bir alanda inflamatuvar yanıtı açabileceği düşünülmektedir. FMS'da otonomik disfonksiyonu en iyi gösteren, Bengston tarafından hasta ve kontrol gruplarında yapılan sempatetik blok çalışmasıdır. FMS'da dinlenme ağrısının ve hassas noktadaki duyarlılığın komplet sempatetik blokaj ile azaltıldığı saptanmıştır. Bu durumun sempatetik blokajdan sonraki mikrosirkülasyonda artış ile ilişkili olduğu düşünülmüştür⁴³. Başka bir çalışmada FMS hastaları, norepinefrin enjeksiyonları ile RA hastalarına ve kontrollere oranla iki kat fazla ağrı hissetmişler. Plazma nöropeptid Y düzeyi, sempato-adrenal fonksiyona yanıtı gösterir. FMS'lu hastalarda plazma nöropeptid Y düzeyi kontrollere göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuş ve sebebi bu hastaların fiziksel aktivite düzeyinin az olmasına bağlanmıştır⁵³.

MRG çalışmalarında bu hastalarda talamus ve caudat alanlarında anormal kan akışı olduğu bulunmuştur ki, bu bölümler somatik girdileri süzen ve nosisepsiyonu baskılayan bölgeler olarak bilinmektedir. PET çalışmalarında bu hastalarda talamus ve pontin tegmentumda azalmış serebral kan akımı olduğu bulunmuştur⁴³



Şekil 1: Fibromiyalji patofizyolojisinde rol oynayan faktörler³⁵

2.2.5. Klinik

FMS'da ana bulgu yaygın ve kronik ağrıdır.

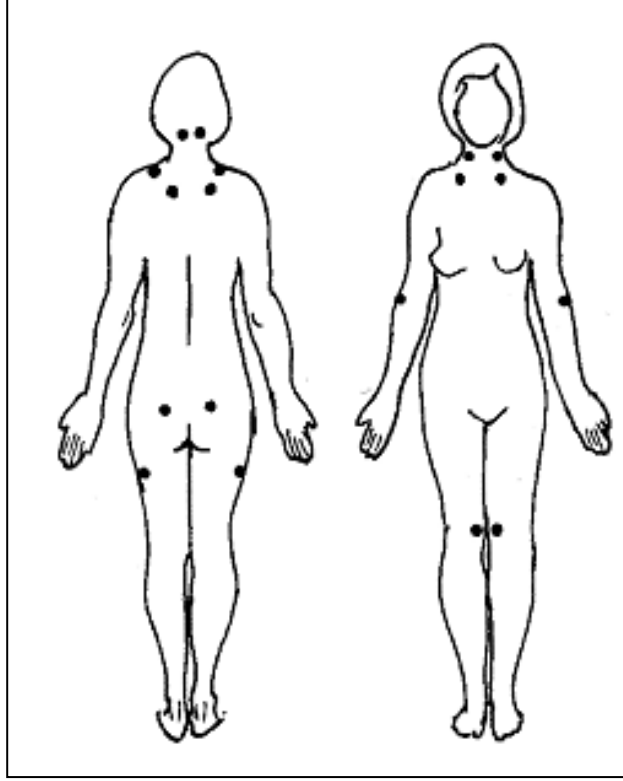
Ağrı; genellikle tek bir noktadan, özellikle omuz ve enseden başlayarak daha sonra yaygınlaşır, genelde aksiyeldir, fakat uçlarda olması nadir bir durum değildir. El ve ayaklarda ağrı ile başlayan olgular yanlışlıkla erken dönem Romatoid Artrit gibi değerlendirilebilir, hastalar ağrılarını tanımlamada ve lokalize etmekte gúçlük çekerler. Yorgunluk; hastalar sıklıkla bu şikayetten yakınırırlar, yorgunluk genelde sabah uyandığında ve öğleye doğru belirginleşir uzun süre uyusalar bile dinlenmemiş kalkarlar³⁵.

Sabah tutukluğu; hastaların büyük kısmında görülebilen bir bulgudur. Tutukluk tüm vücudu kapsar, sabahları belirgindir, fonksiyonel kayıp yoktur^{58, 59}.

Uyku düzensizliği; hastalar sıklıkla rahatlatmayan ve dinlendirmeyen uykudan söz ederler. Hastalar geceleri sık uyandıklarını, en ufak gürültüde uyanıp tekrar uyuyamadıklarını ifade ederler⁴³. Hastaların yüzde ellisinden fazlasında gerilim veya migren tarzında başağrısı ve irritabl barsak sendromuna ait bulgular vardır. Olguların %75'inde uyuşma ve karıncalanma yakınmasına rağmen yapılan nörolojik muayenede bir anormallik saptanamaz. Bu kişilerin %50'si yumuşak dokularda şişlik hissi tarif eder, ancak hekim şişliği gözlemez, raynoud fenomeni hastaların %10'unda tanımlanmıştır. Kuru göz ve kuru ağız olağan yakınmalar olmasına karşın, objektif bulgular yoktur. FMS hastalarında kadın üretral sendrom, dismenore, seksüel disfonksiyon, hipotiroidi, çarpıntı, mitral valv prolapsusu, temporomandibüler eklemdede disfonksiyon, dermatolojik lezyonlar görülebilmektedir. Hastaların yaklaşık %25'i depresyon ve benzeri şikayetler ile psikolojik yardım alan veya almakta olan kişilerden oluřmaktadır³⁵.

FMS hastalarında saptanabilen tek bulgu, çok sayıda hassas noktaların varlığıdır, halen kullanılan 9 çift hassas nokta en çok kabul gören tanımlamadır. Muayenede basılan her nokta iki taraflı ağrı yönünden sorgulanmalıdır. Ağrı ile duyarlılığın ayırt edilmesi gerekir. Palpasyon başparmak veya işaret parmağı ile yapılmalı ve basınç derecesi 4 kilogram civarında olmalıdır (tırnak yatağı beyazlaşıncaya kadar). Bu derecenin üzerinde uygulanan ağrı hissi normal kişilerde de ağrıya neden olur. Palpasyon suboksipital kasların kafatasının arka kısmına yapıştığı yerden başlayıp, diz ekleminin medial kısmında sonlanır. FMS'lu olgular genelde daha duyarlı oldukları için yaygın duyarlılığı diğer nedenlerinden ayırmada 10 kontrol noktası kullanılır. Üçten fazla kontrol noktası varlığında tanıya kuşkulu yaklaşılır. Anatomik kontrol noktaları ile test edilir,

kontrol noktaları diğer noktalar kadar hassas bulunmaz (alın, ön kolun ortası, başparmağın üstü)⁶⁰.



Şekil 2: FMS'lu hastalarda hassas noktalar

2.2.6. Tanı:

Günümüzde halen Amerikan Romatoloji Cemiyetinin (ACR) 1990 yılında yayınladığı tanı kriterleri kullanılmaktadır⁶⁰.

Aşağıdaki kriterlerden ikisini taşıyan olgu FMS olarak kabul edilir, yaygın ağrı, süresi en az 3 ay olmalıdır, ikinci bir klinik hastalığın varlığında FMS tanısı dışlanmaz.

1- Yaygın ağrı öyküsü; vücudun sağ ve sol yarısında, belin alt ve üst tarafında ağrıya ek olarak, aksiyel iskelet (servikal omur, göğüs kafesi, torasik omur, bel) ağrısı olmalıdır⁶⁰.

2- Parmak ile palpasyonda 18 duyarlı nokta yerinden 11'inde ağrı.

Oksiput: suboksipital kas yapışma yerinde.

Alt servikal: C5-C7'de intertransvers aralığın ön yüzleri, iki taraflı.

Trapezius: üst kenarının orta noktası, iki taraflı.

Supraspinatus: skapula dikenini üstünde medial kenara yakın, iki taraflı.

İkinci kot: 2.kostokondral bileşkede, iki taraflı.

Lateral epikondil: epikondillerin 2 cm distalinde, iki taraflı.

Gluteal: kasın ön kıvrımında, gluteusun üst dış kadranları, iki taraflı.

Büyük trokanter: trokanterik çıkıntı arkası, iki taraflı.

Diz: eklem çizgisinin proksimalinde, medial yağ yastığında, iki taraflı.

2.2.7. Laboratuar ve Radyolojik İncelemeler

FMS'da tanı koydurucu bir laboratuar patolojisi yoktur, laboratuar ve radyolojik incelemeler tanıya katkıdan çok ayırıcı tanı için önemlidir. Kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, kan biyokimyası ve tiroid hormon tayini, radyolojik incelemeler ve elektromyografik çalışmalar genellikle normaldir³⁵.

2.2.8. Ayırıcı tanı:

Ayırıcı tanıda göz önüne alınması gereken başlıca hastalık grupları tabloda verilmiştir⁶¹.

Tablo 1: FMS'da Ayırıcı Tanı

-İdiyopatik enflamatuar kas hastalıkları	Polimiyozit/Dermatomyozit
-Enfeksiyöz miyozitler	Bakteriyel, viral, fungal, parazitik
-İlaçlara bağlı miyopatik sendromlar	
-Endokrinopatiler	Hipotiroidizm, hipertiroidizm
-Kollagen vasküler hastalıklarla ilişkili myozitler	
-Polimiyalji romatika ve temporal arterit	
-Okkült ve metastatik karsinomlar	
-Nöromüsküler hastalıklar	M. gravis, ALS, Familial periyodik paralizi. Guillain Barre, D.mellitus, Porfiri

Klinisyen için en önemli zorluk FMS'nu enflamatuvar veya metabolik miyopatilerden ayırmaktır. Polimiyalji romatika ve metastatik karsinom yaşlılarda görülen en önemli durumlardır; oysa depresyon, postviral miyalji ve multiple bölgede myofasiyal ağrı farklı yaş spektrumlarında görülebilir⁶¹.

Romatizmal olan ve olmayan birçok hastalıkta, kronik yaygın ağrı ve yorgunluk vardır. Romatoid artrit, sjögren sendromu ve sistemik lupus gibi bazı romatizmal hastalıklar yaygın ağrı ve yorgunluk ile başlayabilir. SLE'lu hastaların %22'sinde, RA'li hastaların %12'sinde, osteoartritli hastaların %7'sinde fibromiyalji saptanmıştır. FMS ile en kolay karışabilecek hastalık myofasial ağrı sendromudur. Miyofasial ağrının FMS'nun lokalize bir formu olduğu düşünülmektedir. Ayırıcı tanıda; afektif hastalıklar, çöliak spru, kostokondritis, hepatit c, hiperparatroidizm, hipofosfatemi, hipotroidizm, lomber sinir kökü kompresyonu, non viral meningoensefalitis, kronik yorgunluk sendromu, obstruktif uyku apnesi ve diğer uyku bozuklukları, paraneoplastik hastalıklar, polimiyalji romatika, polimiyozitis, postviral ensefalitis ve menenjitis, refleks sempatik distrofi, seronegatif spondiloartropati, spinal stenoz, temporomandibuler eklem ağrısı gibi hastalıklar düşünülmelidir⁴³.

2.2.9. Tedavi

FMS'nun etiyoloji ve patogenezinde aydınlatılmamış noktaların bulunması ve sorunların her hastada farklı olması tedavi yöntemlerinin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. FMS'da tek tip ve tüm hastalara etkili bir tedavi protokolu yoktur. Tedavide multidisipliner çalışılmalı, ekipte fizyatrast yanı sıra psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti, masör, endokrinolog ve diyetisyen bulunmalıdır.

Tedavide amaçlanan hedefler:

- 1- Periferik ve santral analjeziyi sağlamak.
- 2- Uyku bozukluklarını düzeltmek.
- 3- Mizaç bozukluklarını düzeltmek.
- 4- Yüzeyel doku ve kaslara kan akımını arttırmak³⁵.

Romatoloji ve FTR polikliniklerinde sık rastlanan fibromiyalji sendromunun tedavisinin ilk basamağında hasta ve ailesinin eğitimi yer almalıdır, hastaya hastalığının gerçek olduğu, sakat bırakmayan, kötü gidişli olmayan ve yaşamı tehdit etmeyen iyi karakterli bir hastalık olduğu anlatılmalıdır. FMS'nun tedavisinde medikal ve medikal olmayan tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. İlaç dışı tedavi yöntemleri arasında egzersiz ve fiziksel uyumun artırılması, EMG biofeedback, lokal fizik tedaviler, akupunktur, lokal enjeksiyonlar, masaj gibi tedavilerden faydalanılmaktadır. Ayrıca hipnoz, kognitif davranış terapisi ve gevşeme tekniklerinin de yararlı olduğu

bilinmektedir ⁶². İlaç tedavisi olarak antidepresanlar, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, s-adenozil metionin, 5-hidroksitriptofan denenmiştir. Analjezik ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların etkilerinin çok az olduğu bulunmuştur. En etkin bulunanlar amitriptilin ve siklobenzaprin gibi trisiklik antidepresan ilaçlardır. Antidepresanlar, major depresyonda kullanılanlardan daha düşük dozlarda etkilidir ⁶³. Serotonin geri alım inhibitörleri güncelliğini koruyan antidepresanlar arasında sayılmaktadır. bazı çalışmalarda bu ilaçların etkinliği konusunda olumsuz bildirimler vardır. FMS kronik bir kas hastalığı olup alevlenme ve iyileşmelerle sürer, yaşam kalitesini olumsuz etkiler, iş gücü kaybına sebep olabilir, bu hastalar belirgin düzelme olana kadar düzenli aralıklarla takip edilmelidir³⁵.

2.3. Kişilik, mizaç ve karakter

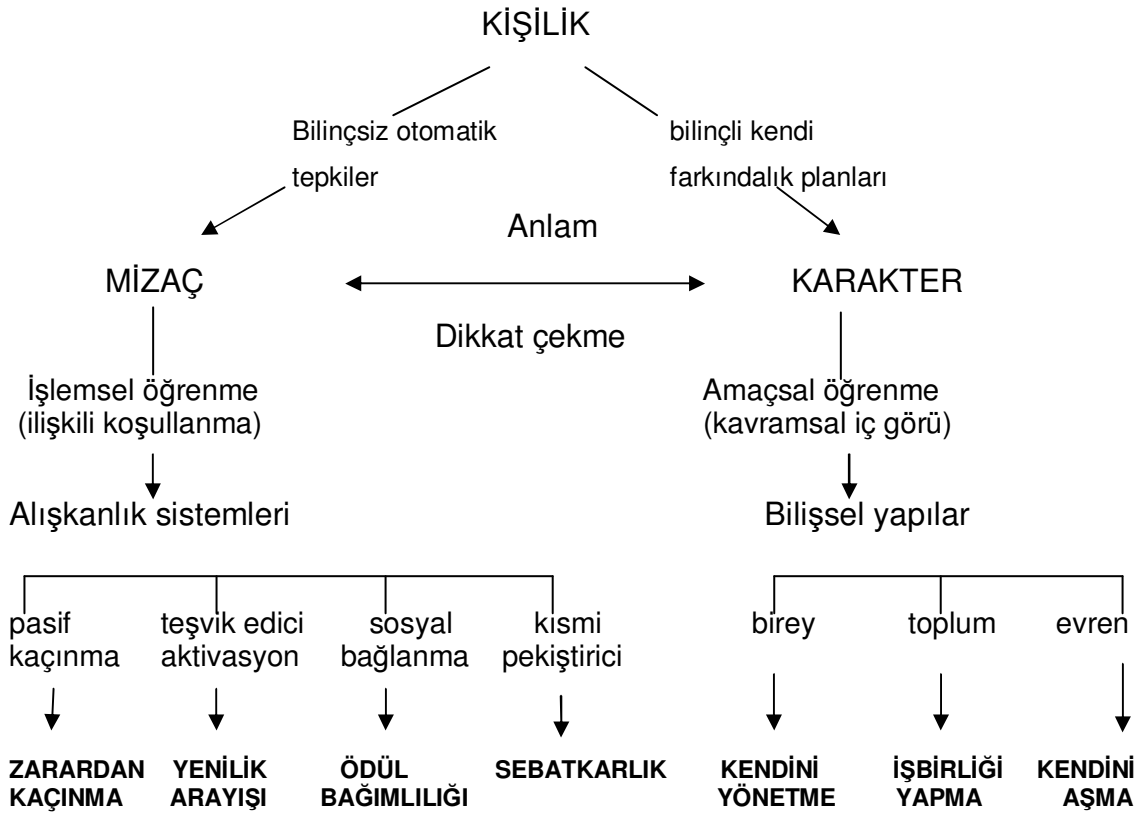
Kişilik, mizaç ve karakter birbirinden bağımsız farklı kavramlardır. Mizaç; genetik olarak geçen ve yaşam boyunca çok az değişime uğrayan yapısal özelliğimizdir. Karakter öğrenilmiş tutumlardır, çevre ve eğitimin etkisi altında gelişmiştir, değiştirilebilir özellikler içerir. Kişilik; kalıtsal olarak gelen mizaçla, sonradan edinilmiş karakterin birleşmesinden oluşur⁶⁴.

2.3.1 Kişilik:

Kişilik bireyin duygu, tutum ve davranışlarının örgütlenmiş, kalıplaşmış, alışkanlık haline gelmiş bir bütünüdür. Çevreyle sürekli etkileşim ve uyum çabası ile şekillenir ve uzun sürede biçimlenip organize olduğu için kolay değişmez⁶⁵.

Çok eski çağlardan beri insan kişiliğini tanımlama ve sınıflandırma çabaları olmuştur. Örneğin Hipokrat ve sonra Galenos kanlı, sarı safralı, kara safralı, balgamlı kişilik tanımlamış ve birçok hastalığın bu salgıların aşırılığından olduğunu ileri sürmüşlerdi. 19. yüzyılda beden yapıları ve kişilik türleri üzerinde birçok kuram ortaya atılmıştır. 20. yüzyılda kişiliği psikolojik açıdan ele alan kuramlar geliştirilmiştir. Örneğin Kretschmer ve Sheldon belli beden tiplerine uyan kişilik türlerini tanımlamışlar ancak beden yapısı ve kişilik yapısı arasında kesin bir bağ kanıtlanamamıştır. Jung, canlıların iki temel uyum biçimini a) dışa yönelme ve üretme, b) içe yönelme ve koruma olarak görmüş ve bunlara dayanarak iki kişilik yapısı tanımlamıştır. Eysenk'in üç boyutlu kişilik kuramı a) nörotiklik-dengellik, b) dışa dönüklük-içe dönüklük, c) psikotiklik boyutlarını içermektedir⁶⁶.

Cloninger'in kişilik kuramı hem normal kişiliği, hem de patolojik durumları açıklamaya uygun bir modeldir. Cloninger'in kişilik modeline göre kişilik yapısının iki temel bileşeni vardır; huy (mizaç, temperament) ve karakter. Mizaç temel duygusal uyarılara otomatik olarak eşlik ederek, kişiliğin duygusal özünü oluşturur, biyolojik ve kalıtsal yanı baskındır. Karakter ise, istemli tutum ve niyetleri etkileyen, bireyin farkında olduğu kişiliğin kavramsal özünü oluşturur. Cloninger'e göre bu iki bileşeni farklı öğrenme bileşenleri ve bunlara temel oluşturan nöral dizgelerle tanımlamak mümkündür. Mizaç; kortiko-striato-limbik dizge tarafından düzenlenen işlemsel öğrenme; karakter ise, simgeleştirme(sembolleştirme) ve soyutlama gibi yüksek bilişsel işlevleri kapsayan önermesel öğrenmeye dayandırılmaktadır⁶⁶.



Şekil 2: Kişilik; bütünlleştirici psikolojik şema⁶⁷:

2.3.2 Mizaç:

Mizaç, emosyonlardaki genetik yatkınlıklar ve emosyonlardan köken alan dürtülerin, otomatikleşmiş davranış özelliklerinin erken yaşta gözlenebilen ve

yaşamı boyunca devam eden alışkanlıklar ve öğrenme olarak tanımlanabilir. Alexander Thomas ve Stella Chess'in yaptıkları çalışmalarda, mizacı, davranışın güdülenmesi (neden) ve içeriğinden (ne) farklı olarak, davranışın biçimsel parçası (nasıl) olarak tanımlamıştır²⁰.

Mizacın psikobiyojisi: Özgün olarak bakıldığında mizacın 4 temel özelliği tanımlanmıştır; kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebatkarlık. Mizaç kişinin tehlike, yenilik ve değişik ödül tiplerine karşı nispeten verdiği otomatik cevabın altında yatan kalıtsal farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu mizaç özellikleri dört temel duygu ile ilişkilidir; korku (zarardan kaçınma), öfke (yenilik arayışı), bağlanma (ödül bağımlılığı) ve hırs (sebatkarlık). Bu özellikler kısmen kalıtsaldır, çocukluğun erken dönemlerinde gözlenmekte, ergen ve erişkin davranışlarını orta derecede öngörebilmektedir. Amerika ve Avustralya'da yapılan ikiz çalışmalarında bu dört boyutun genetik olarak homojen ve büyük oranda bağımsız bir kalıtım sergilediği gösterilmiştir. Mizaç farklılıkları kararlı değilken yaşamın 2. ve 3. yıllarında sabitleşme eğilimi gösterir. İsveç'li çocuklarda geniş bir örnekleme yapılan bir çalışmada 10-11 yaşlarındaki çocukların bu 4 mizaç özelliğinin oranlarının 15, 18 ve 27 yaşlarındaki kişilik özelliklerini öngörebildiği gösterilmiştir⁶⁷.

Cloninger'e göre mizaç; 4 boyuttan oluşmaktadır⁶⁸.

1-Yenilik arayışı:

Yenilik arayışı bir etkinlik olarak yenilik karşısında dürtüsellik, abartılı olarak ödüle yaklaşım ve engellenmekten kaçınma olarak gözlenmektedir. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve intizamsızdırlar. Düşük yenilik arayıcı insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Mezolimbik ve mezofrontal dopaminerjik yolların, hayvanlarda, yenilik arayışının dürtüsel uyarımında önemli role sahip olduğu gösterilmiştir. Nükleus akümbens veya ventral tegmentumdaki dopamin azaltıcı lezyonlar yeni dürtülerin ihmaline, spontan uyarılma ve araştırmacı davranışların azalmasına neden olur. Yüksek yenilik arayışı sol medial prefrontal korteksin azalmış aktivitesi ile ilişkilidir. MRI çalışmalarında da yüksek yenilik arayışında sağ arka singulat girusta değil solda volüm artışı gösterilmiştir⁶⁷.

Tablo 2: Yenilik arayışı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları⁶⁷

Mizaç boyutu	Düşük puanlılar	Yüksek puanlılar
	Çekingen	Araştırmacı
	Temkinli	Dürtüsel
	Tutumlu	Savurgan
	Sabırlı	Çabuk sinirlenen

2- Zarardan kaçınma:

Cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyarılarına cevap olarak davranışın baskılanmasında kalıtsal bir koşullanma içermektedir. Belirsiz korku, utangaçlık, sosyal engellenmişlik, sorunlardan ve tehlikeden pasif kaçınma, çabuk yorulma, başkasını endişelendirmeyen durumlarda kaygılanma gözlenmektedir. Zarardan aşırı kaçınmanın faydası tehlike ile karşılaşıldığı zaman ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Zararı ise zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda bile, bu beklenti içinde olması ve bu durumun uyum bozukluğu ve kaygıya sebep olmasıdır. Zarardan az kaçınmanın faydası; tehlike ile karşılaşıldığında kendine güvenme, daha az strese girerek gayret sarf etme ve iyimserlik, zararı ise tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserlik sonucu ciddi risk olabilir⁶⁷.

Fonksiyonel MRI çalışmalarında zarardan yüksek kaçınma gösteren sağlıklı bireylerde sağ anterior singulat bölgenin daha büyük hacimli olduğu bulunmuş. PET ile basit sürekli yapılan iş sırasında zarardan kaçınmanın ile anterior paralimbik döngüde özellikle sağ amigdala ve insula, sağ orbitofrontal korteks ve sol mediyal prefrontal kortekste artan aktivite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Plazma yüksek GABA seviyeleri de düşük zarardan kaçınma ile ilişkilidir. Bulgular zarardan kaçınma özelliğinin dorsal rafeden çıkan GABA ve serotonerjik yollarla ilişkili olduğunu desteklemektedir⁶⁶.

Tablo 3: Zarardan kaçınma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları⁶⁷

Mizaç boyutu	Düşük puanlılar	Yüksek puanlılar
	İyimser	Kötümser
	Cesur	Korkak
	Dışa dönük	Utangaç
	Enerjik	Yorgun

3- Ödül bağımlılığı:

Ödül bağımlılığı aşırı duygusallık, sosyal duyarlılık, bağlanma ve başkaları tarafından onay bağımlılığı ile karakterizedir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük ödül bağımlılığının faydaları kişisel bağımsızlık ve objektiftir, olumsuz yanları ise sosyal içe çekilme, ayrılma ve toplumsal tutumlarda soğukluktur. Yüksek ödül bağımlılığı olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve gergindir, sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli eden, başkaları için endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlıdır. Olumsuz yanları ise telkine yatkınlık, insanlara aşırı sosyal bağlanma nedeniyle objektiflerini kaybetmeleridir. Yüksek ödül bağımlılığı, talamustaki artmış aktivite ile ilişkilidir. Yüksek ödül bağımlılığı melankolik hastalarda ki hiperkortizolemi ile ilişkilidir. Depresif olmayan bireylerde bu ilişki yoktur⁶⁷. Ödül bağımlılığının bağlantılı olduğu nörotransmitterler noradrenalin ve serotoninidir⁶⁶.

Tablo 4: Ödül bağımlılığı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları⁶⁷.

Mizaç boyutu	Düşük puanlılar	Yüksek puanlılar
	Tarafsız	Duygusal
	Mesafeli	Samimi
	İtici	Candan
	Bağımsız	Sevecen

4- Sebatkarlık:

Çalışkan olma, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik gibi özellikleri kapsar. Engellenmelere, yorgunluğa ve zorlanmalara karşı davranışın sürdürülmesinde kalıtsal bir yatkınlık olarak tanımlanır. Yüksek sebatkarlık; aşırı çalışma, azimlilik, yüksek başarı hırsı ile ilişkilidir. Düşük sebatkarlık gösterenler tembel, aktif olmayan, dengesiz ve istikrarsız bireylerdir. Hayvanlardaki bulgular sebatkarlığın düzenlenmesinde nükleus akümbensi de içine alan ventral striatumun rolünü destekler. Sebatkarlıktaki bireysel farklılıklar fonksiyonel MR'da ölçülen ventral striatum, orbitofrontal korteks, rostral insula ve prefrontal ve singulat korteks döngüsü ile güçlü ilişkilidir. Sebatkarlığın nörotransmitterlerden glutamat ve serotonin ile bağlantılı olduğu öne sürülmektedir⁶⁷.

Tablo 5: Sebat etme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları⁶⁷

Mizaç boyutu	Düşük puanlılar	Yüksek puanlılar
	Tembel	Çalışkan
	Boşvermiş	Azimli
	Pratik	Mükemmeliyetçi
	Meraksız	Hevesli

2.3.3 Karakter

Karakter; yürütücü, kurallar koyucu, yargısal işlevleri içeren, ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanmaktadır. Bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkileri ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıkları içermektedir. Karakter doğumdan itibaren geç erişkinlik dönemine doğru, tedrici olarak artarak olgunlaşmaktadır. Karakter özelliklerinin psikodinamik ve psikobiyolojik tanımları benzerdir; her iki bakış açısı da emosyonel gereksinimlerin çevreye tamamen uyum sağlanmasında karakterin uyumsal rolünün altını çizmektedir. Psikobiyolojik model, karakterdeki bireysel farklılıkları üç karakter özelliğindeki niceliksel değişkenler olarak açıklamaktadır. Buna zıt olarak psikodinamik bakış açısı, karakter alt tipleri (nevrotik karakter anal, oral ve fallik olarak üç gruba ayrılmaktadır) ve farklı karakter bozuklukları (nevrotik karakter ve karakter

nevrozu) arasında kategorik ayırım yapmaktadır. Psikodinamik bakış, karakter özelliklerini belirleyebilme hariç, belirgin şekilde bilinçdışı süreçleri yorumlarken, psikobiyojik model karakterin bilinçli doğasına vurgu yapar, bu bakış açısı karakterin ileri etiyopatogenetik çalışmaları için ufuk açmaz ancak önemli bir tedavi aracıdır ve sapkın karakter özelliklerini ve olgunlaşmamış savunma düzeneklerini açıklamak için kullanılır. Psikobiyojik açıdan; karakter, özetleme, sembolik yorumlama ve muhakeme yeteneğini içeren yüksek bilişsel işlevleri kapsamaktadır. Yüksek bilişsel işlevler beyinde kompleks olarak dağılmış ağları gösterir. Bu ağlar neokorteksteki anlamsal belleğin, hipokampüste uzun dönem depolanması yoluyla bilişsel şemaların şifrelenmesini içermektedir. Bellek işlemleri, bilişsel süreçler tarafından istila edilmiş mizaçla düzenlenen duyuşsal algılar vasıtasıyla mizaçla etkileşmektedir. Mizaç-karakter etkileşimi kendilik ve dış dünya hakkında gerçekçi kavramların gelişmesini sağlamaktadır. Ruhsal olarak kendini yönetebilmenin yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri sırasıyla; kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma olarak adlandırılan üç farklı karakter özelliği ile ölçülebilir⁶⁷.

1- Kendini yönetme:

Bireyin yürütücü işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini iyi yöneten kişiler, kendine güvenen, sorumlu, güvenilir, hedefleri olan ve kendi ile barışık olma özelliklerine sahiplerdir. Bu bireylerin avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz ve tepkiseldirler⁶⁷.

Tablo 6: Kendini yönetme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları⁶⁷

Karakter boyutu	Düşük puanlılar	Yüksek puanlılar
Kendi kendini yönetme	Suçlama	Sorumluluk
	Amaçsızlık	Amaçlılık
	Pasiflik	Beceriklilik
	Talepkar	Kendini kabullenme
	Disiplinsiz	Disiplinli

2- İşbirliği yapma:

Bireyin kurallar koyucu işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Yüksek işbirliği yapan insanlar kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadır. Bu kişiler empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensiplidirler. İşbirliği puanı düşük olanlar tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirel, intikamcı ve fırsatçıdır, kendilerini temel olarak başkalarından sakınırlar⁶⁷.

Tablo 7: İşbirliği yapma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları⁶⁷.

Karakter boyutu	Düşük puanlılar	Yüksek puanlılar
	Hoşgörüsüz	Duyarlı
	Duygusuz	Empatik
	Bencil	Yardımsever
	Kinci	Şefkatli
	Fırsatçı	Vicdanlı

3- Kendini aşma:

Bireyin yargılayıcı işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler uyumsal bir şekilde avantajlıdır. Kendini aşma puanları düşük olan insanlar; pratik, tarafsız, materyalistik, kontrolcü ve gösterişçi olma eğilimindedirler, bu durum huzur bulamamalarına ve yaşla birlikte artan uyum sorunlarına neden olmaktadır⁶⁷.

Tablo 8: Kendini aşma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları⁶⁷.

Karakter boyutu	Düşük puanlılar	Yüksek puanlılar
	Gelenekçi	Yaratıcı
	Mantıklı	Sezgili
	Kuşkucu	Uysal
	Materyalist	Maneviyatçı
	Göreceli (rölativist)	İdealist

Mizaç ve karakter arasındaki temel farklılıklar:

Mizaç temelinde emosyona dayanan alışkanlık ve yeteneklerin bileşimi olarak tanımlanır ve motivasyon, birliktelik, duygusallık oluşumlarıyla uyum gösterir. Karakter, kavramsal öğrenmeye dayanan soyutlama, sembolleştirme süreçleriyle uyum gösterir. Mizaç ve karakter etiyolojik olarak ayrıdır ancak işlevsel olarak birbirleriyle ilişkilidir. Kişilik bozukluklarının kronik doğasını ve değişime direncini anlamak için belirli bir kişilik şeklinin son derece kalıcı olabileceği ve bu nedenle birey için pek çok uyum sağlayıcı davranışın gelişmeyeceği akılda tutulmalıdır²⁰.

Tablo 9: Mizaç ve karakter arasındaki ana farklılıklar⁶⁹.

Değişken özellikler	mizaç	karakter
Farkındalık düzeyi	otomatik	istemli
Bellek formu	algılar, işlemler	kavramlar, öneriler
Öğrenme ilkeleri	işlemsel	önermeye dayalı
Zihinsel aktivitedeki rolü	pasif, üretici	aktif, geliştirici
Ana beyin sistemi	limbik sistem	temporal
	striatum	korteks, hipokampus
Emosyon tipi	tepkisel (temel)	değerlendirici (kompleks)

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Yöntem

Bu çalışma, 2009 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine ayaktan başvuran, ACR tanı kriterlerine göre fibromiyalji tanısı konulan kadın hastalarda psikiyatrik bozuklukları ve mizaç karakter özellikleri ile depresyon ilişkisini araştırmak için yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan gerekli izin ve onay alınmıştır (EK-1). Tüm hastalar bu çalışma öncesinde bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır.

Bu çalışmaya 51 fibromiyalji tanısı konan kadın hasta, 51 sağlıklı kontrol grubu alındı. Hastaların çalışmaya alınma kriterleri:

- ACR'ye göre fibromiyalji tanısı alması.
- Fibromiyalji tanısına diğer bir inflamatuvar hastalığın eşlik etmemesi (Romatoit artrit, ankilozan spondilit).
- Hastaların 18-65 yaş arasında bulunması, okur-yazar olması
- Sistemik, metabolik hastalığının bulunmaması.
- Bunama, zeka geriliği, bilişsel bozukluk, tekrar eden suisid düşünce varlığı ve psikotik hastalığın olmaması.
- İlerlemiş nörolojik hastalığın ve dekompanse sistemik hastalığın bulunmaması

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Çalışma koşullarını kabul etmeme ve uyum göstermeme
- Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayamama

Kontrol grubu için herhangi bir klinik yakınması olmayan, sistemik, metabolik ve psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan gönüllü kadın bireyler seçildi. Bu kriterlere uyan hasta ve kontrol gruplarına ilk görüşmede çalışma hakkında bilgi verildi. Sosyodemografik özellikleri, sosyodemografik bilgi formuna geçirildikten sonra, hasta ve kontrol gruplarının klinik görüşme ile psikiyatrik muayeneleri yapılarak, DSM- IV-TR tanı kriterlerine göre psikiyatrik tanıları araştırıldı. Fibromiyalji etkilenme anketi (FEA) (EK-2), Hamilton

depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) (EK-3), görsel ağrı skalası (GAS) ve mizaç karakter ölçeği (TCI) (EK-4) uygulandı.

3.2 Gereçler:

3.2.1 Sosyodemografik bilgi formu:

Hasta ve kontrol grubunun genel bilgilerini içermektedir. İlk başvuruda uygulanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim seviyesi, yaşadığı yer, ekonomik gelir düzeyi, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar, eşlik eden ruhsal ve bedensel hastalık öyküsü, fibromiyalji hastalık süresi, FEA, GAS, HAM-D değerlendirme sonuçları yer almaktadır.

3.2.2 DSM IV-TR (Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders):

DSM IV-TR Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasını ve klinik görünümünü tanımlamayı amaçlamaktadır. DSM'nin birinci baskısı (DSM-I) 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Terminoloji ve İstatistik Kurulu tarafından yayımlanmıştır. DSM-IV 1994 yılında yayınlanmıştır. Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM IV-TR) 2000 yılında yayınlanmıştır. Her psikiyatrik bozukluk için özgül tanı ölçütleri verilmiştir. Bu tanı ölçütlerinin kullanılması tanısal işlemin klinisyenler arasındaki güvenilirliğini arttırmaktadır¹¹.

3.2.3 Fibromiyalji Etkilenme Anketi (FEA):

Burckhart ve arkadaşları tarafından FMS hastalarında fonksiyonel durumu ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve ülkemize özgü geçerlik güvenilirlik uyarlaması Sarmer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme hali, işe gidememe, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, sabah tutukluğu, anksiyete ve depresyon olmak üzere 10 ayrı özelliği ölçer. Kendini iyi hissetme özelliği hariç, düşük puanlar iyileşmeyi veya hastalıktan daha az etkilenildiğini gösterir. FEA hasta tarafından doldurulur ve tamamlanması yaklaşık 5 dk sürer. Talimatlar basittir. Her alt başlığın maksimum olabilecek puanı 10'dur. Böylece toplam maksimum puan 100'dür. Ortalama bir FMS hastası 50 puan alırken, daha şiddetli etkilenmiş FMS

hastaları 70 ve üzerinde puanlar alır. FMS tanılı hastaların durumlarını, yetiyetimini gösteren ve sonuçlarını takip eden bir ölçektir^{70, 71}.

3.2.4 Görsel Ağrı Skalası (GAS):

1983 yılında Price ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçek olup, hastada ağrının şiddetini ölçmektedir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği yapılan bu ölçekte, 10cm uzunluğundaki yatay bir hattın oluşur. Uygulanan kişiden hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile, hattın başlangıç ucu arasındaki uzunluk santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir⁷².

3.2.5 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale-HAM-D):

Hamilton ve Williams tarafından geliştirilmiştir⁷³. Hastada depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçer, tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır, tanı koydurmaz. Son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşur, en yüksek 53 puan alınır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri, 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Çalışmamızda 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁷⁴.

3.2.6 Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI):

Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyojik bir model geliştirmeye çalışmış ve bu modele uygun olacak şekilde 1987’de Üç boyutlu Kişilik Ölçeği’nin (Tridimensional Personality Questionnaire-TPQ) ilk şeklini geliştirmiştir⁷⁵. 1993’te ise bu ölçeğe arkadaşlarıyla birlikte bir mizaç boyutu ile üç karakter boyutu ekleyerek ölçeğin adını Mizaç ve Karakter ölçeği

(Temperament and Character Inventory-TCI) olarak değiştirmişlerdir^{69, 76}. Ölçek 'doğru' ya da 'yanlış' şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

TCI yedi üst sıra ölçekten oluşmaktadır. Sebat etme dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır.

Mizaç boyutunda, yenilik arayışı (NS) 4 alt ölçeğe (NS1: keşfetmekten heyecan duyma, NS2: dürtüsellik, NS3: savurganlık, NS4: düzensizlik), zarardan kaçınma (HA) 4 alt ölçeğe (HA1: beklenti endişesi, HA2: belirsizlik korkusu, HA3: yabancılardan çekinme, HA4: çabuk yorulma ve dermansızlık), ödül bağımlılığı (RD) 3 alt ölçeğe (RD1: duygusallık, RD3: bağlanma, RD4: bağımlılık), ayrılmıştır. (tablo 10)

Tablo 10: Mizaç boyutundaki düşük ve yüksek puan tanımlayıcıları⁶⁷.

Mizaç boyutu	Düşük değer	Yüksek değer
Zarardan kaçınma	iyimser	kötümser
	cesur	korkak
	dışadönük	utangaç
	enerjik	yorgun
Yenilik arayışı	çekingen	araştırıcı
	temkinli	dürtüsel
	tutumlu	savurgan
	sabırlı	çabuk sinirlenen
Ödül bağımlılığı	tarafsız	duygusal
	mesafeli	samimi
	itici	candan
	bağımsız	sevecen
Sebatkarlık	tembel	çalışkan
	boşvermiş	azimli
	meraksız	hevesli
	pratik	mükemmelliyetçi

Karakter boyutunda, kendi kendini yönetme (S) 5 alt ölçeğe (S1: sorumluluk alma, S2: amaçlılık, S3: beceriklilik, S4: kendini kabullenme, S5:

uyumlu ikincil huylar), işbirliği yapma (C) 5 alt ölçeğe (C1: sosyal onaylama, C2: empati duyma, C3: yardımseverlik, C4:acıma, C5: erdemlilik-vicdanlılık), kendini aşma (ST) 3 alt ölçeğe (ST1: kendilik kaybı, ST2: kişiler ötesi özdeşim, ST3: manevi kabullenme) ayrılmıştır.

Tablo 11: Karakter boyutundaki düşük ve yüksek puan tanımlayıcıları⁶⁷.

Karakter boyutu	Düşük değer	Yüksek değer
Kendini yönetme	suçlamaya eğilimli	sorumluluk sahibi
	amaçsız	amaçlı
	beceriksiz	becerikli
	kendini beğenmiş	kendini kabullenen
	disiplinsiz	disiplinli
İşbirliği yapma	höşgörüsüz	duyarlı
	duygusuz	empatik
	bencil	yardımsever
	fırsatçı	vicdanlı
	kinici	şefkatli
Kendini aşma	gelenekçi	yaratıcı
	mantıklı	sezgili
	kuşkucu	uysal
	materyalist	maneviyatçı
	göreceli	idealist

Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Samet Köse, Kemal Sayar, İsmail Ak tarafından yapılmış ve Cloninger tarafından da onaylanmıştır⁷⁷.

3.3 İstatistiksel değerlendirme:

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde ki-kare testi, Student's T testi, pearson korelasyon testi ve kovaryans analizi (ANCOVA) yapılmıştır. Tüm sonuçlar için anlamlılık değeri $p < 0.05$ düzeyi kabul edilmiştir.

4 BULGULAR

Bu çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine Nisan 2009-Ekim 2009 tarihleri arasında başvuran, ACR tanı kriterlerine göre fibromiyalji tanısı konulan 51 kadın hasta 51 sağlıklı kontrol arasında yapılmıştır. Gruplar, yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından eşleştirilmiştir.

Çalışmaya alınan FMS hasta grubunda yaş ortalaması 36.23 ± 10.77 yıl; kontrol grubunda yaş ortalaması 34.41 ± 7.85 yıl olarak değerlendirildi. FMS hastaları ve kontrol grupları arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Çalışmaya alınan bireylerin %62'si evli, %31'i bekar, %7'si dul olarak saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında medeni durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Gruplar arasında öğrenim durumu, meslek ve gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 12).

Tablo 12: FMS hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri

		Hasta		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Medeni durum	evli	38	74.5	38	74.5	0.177
	bekar	8	15.7	12	23.5	
	dul	5	9.8	1	2.0	
	memur	4	7.8	38	74.5	
	işçi	3	5.9	7	13.7	
	ev hanımı	37	72.5	3	5.9	
Meslek	işsiz	0	0	1	2	<0.001
	emekli	2	3.9	1	2	
	serbest	1	2.0	1	2.0	
	öğrenci	4	7.8	0	0	
Öğrenim durumu	ilköğrenim	40	78.4	5	9.8	<0.001
	lise	0	0	11	21.6	
	yüksek öğrenim	11	21.6	35	68.6	
Gelir düzeyi	0-499	4	7.8	3	5.9	<0.001
	500-999	30	58.8	6	11.8	
	1000-1499	10	19.6	15	29.4	
	>1500	7	13.7	27	52.9	

FMS olan hasta grubunda tespit edilen DSM-IV TR tanıları ve grup içindeki dağılımları; FMS olan hastalardan 12'sinde psikiyatrik tanı bulunmazken, 19 hastada major depresyon, 9 hastada distimik bozukluk, 5 hastada anksiyete bozukluğu, 1 hastada distimik bozukluk + somatizasyon bozukluğu, 1'inde major depresyon + somatizasyon bozukluğu, 2 hastada anksiyete bozukluğu + distimik bozukluk, 1 hastada obsesif kompulsif bozukluk tanıları tespit edilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: FMS hastalarının psikiyatrik değerlendirme sonuçları

Psikiyatrik tanı FMS grubu (n=51)		
Tanı yok	12	(%23,5)
Major Depresyon	19	(%37,3)
Distimik bozukluk	9	(%17,6)
Anksiyete bozukluğu	5	(%9,8)
Distimik bozukluk + Somatizasyon bozukluğu	1	(%2)
Major depresyon + Somatizasyon bozukluğu	1	(%2)
Distimik bozukluk + Anksiyete bozukluğu	2	(%3,9)
Obsesif kompulsif bozukluk	1	(%2)

Çalışmaya alınan FMS hastalarının yakınmalarının süresi 3-180 ay arasında değişmekteydi. Bu hastaların %93.1'inde (n=44) sabah tutukluğu mevcuttu. Fibromiyalji sendrom tarama formuna göre FMS hastalarının %84'ünde soğuk, %11'inde rutubet, %51'inde fiziksel aktivite, %82.4'ünde anksiyete ve stres, %60.8 uykusuzluk, %37.3'ünde adet dönemlerinin hastalığın semptomlarını artırdığı tespit edildi.

Hastaların %39.2'sinde sıcak hava, %70.6'sında sıcak banyo, %78.4'ünde masaj, %35.3'ünde sıcak uygulama, %54.9'unda istirahat, %31.4'ünde egzersiz, %27.5'inde çevre değişikliği, %47.1'inde uyku ile hastalığın semptomlarında azalma olduğu tespit edildi.

Fibromiyalji hastalarında, HAM-D puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olarak değerlendirildi ($p<0.05$). HAM-D puanına göre FMS hastalarının %51'i ağır depresyon, %25.5'i orta derecede depresyon, %13.7'si hafif depresyon, %9.8'i normal olarak değerlendirildi (tablo 14).

Tablo 14: FMS hastalardaki HAM-D puanları

HAM-D	n	%
Normal (7 ve altı)	5	9,8
Hafif (8-12)	7	13,7
Orta (13-17)	13	25,5
Ağır (18-29)	26	51,0
Çok ağır (30-52)	-	-

FMS hastaları ve kontrol grubunun TCI (Mizaç ve karakter ölçeği) puanları karşılaştırıldığında (tablo 15):

Fibromiyalji hastaları ve kontrol gruplarının TCI mizaç, yenilik arayışı (NS) alt ölçeği karşılaştırmasında; savurganlık-tutumluluk (NS3) ($p=0.04$) alt ölçeği dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). NS3 alt ölçeğinde hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı düşüktü. TCI mizaç, zarardan kaçınma (HA) alt ölçeği; HA2 ($p=0.08$) ve HA3 ($p=0.33$) dışında hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0.001$).

TCI mizaç, ödül bağımlılığı (RD) alt ölçeği; RD3 ($p=0.01$) ve RD4 ($p=0.01$) dışında anlamlı fark gözlenmedi. Bağlanma (RD3) ve bağımlılık (RD4) alt ölçeğinde hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu.

TCI mizaç, sebat etme (P) alt ölçeği karşılaştırmasında; FMS hastalarında kontrol grubuna göre sebat etme puanı istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p=0.04$).

TCI karakter, kendini yönetme (S) alt ölçeği karşılaştırmasında, kendini kabullenme (S4) hariç diğer alt ölçeklerde FMS hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.001$).

TCI karakter, işbirliği yapma (C) alt ölçeği, temiz kalplilik (C5) alt boyutu hariç hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı istatistiksel fark gözlenmedi ($p>0.05$). Temiz kalplilik (C5) alt boyutu puanı hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p=0.02$).

TCI karakter, kendini aşma (SD) alt ölçeği; FMS hasta ve kontrol grubu karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0.05$).

FMS hastalarında; TCI puanlarının depresif durumdan etkilendiği bilindiği için HAM-D puanları kovariant kullanılarak yapılan ANCOVA analizi sonucu; hasta grubunda ortalama zarardan kaçınma (HA) puanlarında azalma olmakla birlikte kontrollere göre halen yüksek olduğu tespit edildi. Hasta grubunda ortalama kendini yönetme (S) puanında artma olmakla birlikte halen kontrol grubuna göre düşük puanda olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hasta grubunda ortalama işbirliği yapma (C) puanındaki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Gruplar karşılaştırıldığında ortalama yenilik arayışı (NS), ortalama kendini aşma (ST), ortalama ödül bağımlılığı (RD), sebat etme (P) sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (tablo 15).

Yapılan korelasyon analizleri sonucu FMS hastalığının süresi ile FEA puanları arasında kuvvetli pozitif korelasyon ($p<0.001$, $r=0.555$). hastalık süresi ile GAS arasında kuvvetli pozitif korelasyon ($p<0.001$, $r=0.583$), FMS hastalık süresi ve HAM-D puanı arasında kuvvetli pozitif korelasyon ($p<0.001$, $r=0.455$), hastalığın süresi ve TCI karakter alt ölçeği olan kendini yönetme arasında negatif korelasyon ($p=0.02$, $r=0.303$) saptanmıştır.

FEA puanı ile GAS kuvvetli pozitif korele ($p<0.001$, $r=0.885$), FEA puanı ve HAM-D puanı kuvvetli pozitif korele ($p<0.001$, $r=0.767$), FEA ile HA pozitif korele ($p<0.001$, $r=0.396$), RD; negatif korele ($p=0.03$, $r=0.212$), S; negatif korele ($p<0.001$, $r=0.518$), C; negatif korele ($p=0.02$, $r=0.237$) olarak bulunmuştur (tablo 16).

GAS ile HAM-D puanları pozitif korele ($p<0.001$, $r=0.718$), HA; pozitif korele ($p<0.001$, $r=0.426$), S; negatif korele ($p<0.001$, $r=0.433$) olarak bulunmuştur.

HAM-D puanları ile HA kuvvetli pozitif korele ($p<0.001$, $r=0.536$), NS; negatif korele ($p=0.06$, $r=0.209$), S; negatif korele ($p<0.001$, $r=0.596$), C; negatif korele ($p<0.001$, $r=0.362$) olarak bulunmuştur

Tablo 15: FMS Hastaları ve Kontrol Grubu Arasında TCI Puanlarının Karşılaştırılması

Mizaç Karakter Alt grupları	Hasta AO±SS	Kontrol AO±SS	FMS hastaları p değeri ayarlama öncesi*	p değeri ayarlama sonrası**
NS	15.5±4.0 (16.4)	16.5±4.7	0.26	0.97 (2.38)
NS1	4.9±2.2 (5.3)	5.7±2.1	0.06	0.03 (3.7)
NS2	3.8±1.4 (3.7)	3.4±1.7	0.26	0.41 (0.91)
NS3	3.7±1.8 (4.3)	4.6±2.1	0.04	0.00 (7.69)
NS4	3.2±1.4 (3.0)	2.8±1.6	0.30	0.46 (0.78)
HA	21.8±6.6 (19.3)	17.4±4.8	0.00	0.00 (20.03)
HA1	6.8±2.3 (5.7)	5.3±1.8	0.00	0.00 (26.19)
HA2	5.2±1.6 (4.8)	4.6±1.5	0.08	0.01 (4.80)
HA3	4.0±2.3 (3.6)	3.6±2.0	0.33	0.09 (2.46)
HA4	5.7±2.0 (5.1)	3.9±1.9	0.00	0.00 (18.25)
RD	13.4±3.4 (13.3)	14.7±3.8	0.08	0.21 (1.58)
RD1	7.3±1.8 (7.1)	6.9±1.8	0.29	0.27 (1.30)
RD3	4.0±1.8 (4.1)	4.9±1.9	0.01	0.03 (3.63)
RD4	2.2±1.5 (2.2)	2.9±1.4	0.01	0.05 (3.14)
P	4.3±1.6 (4.3)	4.9±1.5	0.04	0.12 (2.14)
S	25.1±7.1 (28.1)	30.1±5.7	0.00	0.00 (27.30)
S1	4.0±1.9 (4.7)	5.3±1.8	0.00	0.00 (13.02)
S2	4.8±1.9 (5.5)	6.6±1.4	0.00	0.00 (17.26)
S3	2.9±1.3 (3.4)	3.9±1.0	0.00	0.00 (21.01)
S4	5.8±2.5 (6.3)	5.9±2.5	0.90	0.16 (1.88)
S5	7.5±2.3 (8.3)	9.7±1.5	0.00	0.00 (31.26)
C	27.9±5.4 (30.1)	29.7±6.4	0.14	0.00 (9.07)
C1	5.5±1.8 (6.3)	6.2±1.7	0.07	0.00 (15.62)
C2	3.7±1.7 (3.9)	4.1±1.7	0.22	0.15 (1.97)
C3	4.7±1.2 (4.9)	5.0±1.5	0.31	0.33 (1.11)
C4	7.3±2.4 (8.3)	7.1±2.6	0.67	0.00 (8.36)
C5	6.6±1.3 (6.7)	7.3±1.4	0.02	0.05 (3.04)
ST	18.4±4.9 (18.4)	17.4±5.2	0.32	0.62 (0.49)
ST1	5.9±2.3 (5.7)	5.4±2.2	0.29	0.48 (0.75)
ST2	5.1±2.2 (5.3)	4.5±1.7	0.12	0.16 (1.88)
ST3	7.5±2.3 (7.4)	7.5±2.8	0.88	0.94 (0.06)

* Hasta ve kontroller arasında student's t testi ile karşılaştırmada p değerleri

** HAM-D puanları kovariant olarak kullanıldıktan sonra yapılan karşılaştırmada ANCOVA p değerleri (F değerleri parantez içinde verildi)

Tablo 16: FMS grubunda,FS1, GAS, FEA, HAM-D, TCI korelasyon verileri

	İstatistiki değer	NS	HA	RD	P	S	C	ST	HAM-D	FEA	GAS	FS1
HAM-D	R	-0.20	0.53	-0.11	-0.15	-0.6	-0.36	0.07	1.00	0.76	0.71	0.45
	P	0.03	0.00	0.27	0.13	0.00	0.00	0.49	0.00	0.00	0.00	0.00
FEA	R	-0.17	0.39	-0.21	-0.14	-0.51	-0.23	0.08	0.76	1.00	0.88	0.55
	P	0.08	0.00	0.03	0.13	0.00	0.02	0.40	0.00	0.00	0.00	0.00
GAS	R	-0.18	0.42	-0.09	-0.17	-0.43	-0.2	0.12	0.71	0.88	1.00	0.58
	P	0.06	0.00	0.36	0.08	0.00	0.05	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00
FS1	R	-0.07	0.15	-0.41	-0.03	-0.30	-0.03	-0.14	0.45	0.55	0.58	1.00
	P	0.47	0.12	0.68	0.76	0.00	0.72	0.15	0.00	0.00	0.00	0.00

*HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği

*FEA: Fibromiyalji etkilenme anketi

*GAS: Görsel ağrı skalası

*FS1: Hastalığın süresi

5 TARTIŞMA:

Bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fizik Tedavi Polikliniğinde Fibromiyalji tanısı alan hastaların, psikiyatrik bozukluklarını, mizaç ve karakter özelliklerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmıştır.

Etiyolojisi halen yeterince bilinmeyen Fibromiyalji Sendromu (FMS) ile ilgili günümüze kadar yapılan araştırmaların kayda değer kısmı bu sendromun, psikolojik bozukluklarla ilişkisini araştırmaya yöneliktir. Depresyon, genel psikolojik sıkıntı ve diğer psikolojik etkenlerin FMS'nun başlaması ve sürmesi ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir¹⁶. Yapılan çalışmalarda anksiyete, stres ve çökkünlük gibi psikiyatrik semptomlar sıklıkla FMS ile birlikte ya da öncesinde vardır^{78, 63}. FMS'da en yaygın eş tanı olarak bulunan bozukluklar, major depresyon, somatizasyon bozukluğu, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluktur⁴⁴. FMS hastalarının %20'sinde major depresyon, yaklaşık %50'sinde depresyon öyküsü vardır⁴². Magni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 1. yıldaki depresif semptomların 8. yılda kronik müsküler ağrıların gelişimi için anlamlı derecede yordayıcı değere sahip olduğu bulunmuştur^{79, 80}. Yapılan çok merkezli bir çalışmada FMS hastalarının %49'u depresif bulunmuştur⁸¹. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Doğan ve arkadaşları, FMS'lu hastalardaki depresyon oranını (%54.8), genel toplumda rastlanan depresyon (%8-20) oranından daha yüksek olduğunu bulmuşlardır⁸². Bizim sonuçlarımıza göre FMS hastalarının 39'u (%76.5) psikiyatrik tanı aldı. Hastaların 19'u (%37.3) major depresyon, 9'u (%17.6) distimik bozukluk tanısına sahipti. Sonuçlarımız daha önce yapılan birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir^{28, 30, 31}. Anderberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, FMS hastalarının %65.7'si psikiyatrik tanı almıştı⁸³. Hawley ve arkadaşları, kronik ağrılı hastalarda, depresyonun ağrıdan sonra hastalık şiddetinin en önemli belirleyicisi olduğunu vurgulamışlar ve ayrıca depresyonun ağrıyı algılama düzeyini de arttırdığını bildirmişlerdir⁸⁴. Bizim çalışmamızda da beklediğimiz gibi hastalığın süresi

uzadıkça, hastalığın şiddetinin, ağrıyı ifade etmenin ve depresyon şiddetinin arttığı bulunmuştur. Yine hastalığın şiddeti ile ağrıyı ifade etme ve depresyon şiddeti pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar bize, FMS hastalarında tedaviye yaklaşımımızda depresyonun tanınmasının ve tedavisinin planlanmasının önemli yeri olduğunu düşündürmektedir.

Psikosomatik hastalıkların etiolojisinde kişiliğin de önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Dunbar ve Alexander'a göre her psikosomatik hastalık için özgül kişilik özellikleri bulunmaktadır²². Erken dönemlerde yapılan çalışmalarda FMS hastalarını mükemmeliyetçi, kendini aşırı zorlayan ve irritabl kişiler olarak tanımlamışlardır¹⁸. Yunus ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada bu hastaları mükemmeliyetçi, kendi itibarına düşkün ve çevre beklentisi fazla olan kişiler olarak değerlendirmişlerdir⁸⁵.

Son yıllarda kişiliği değerlendirmede, kategorik yaklaşımın bazı yetersizlikleri olduğundan, bunun yerine boyutsal kişilik teoremleri ve boyutsal yaklaşıma dayalı kişilik ölçümleri geliştirilmiştir. Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır^{19, 76}. Literatüre baktığımızda somatizasyon ve mizaç arasındaki ilişkiyi değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Russo ve arkadaşları tıbbi hastalığı olan ve ayaktan takip edilen hasta grubunda, üç boyutlu kişilik anketi yapılan bir çalışmada, yüksek zarardan kaçınmanın somatizasyon şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermiştir⁸⁶. Yine Grabe ve arkadaşlarının psikiyatrik hastalarda yaptıkları çalışmada somatizasyonu en fazla zarardan kaçınmanın yordadığını belirtmişlerdir⁸⁷.

Çalışmamızın örneklem grubundan elde edilen bulgular, FMS hastalarının sağlıklı kontrollere göre kişilik özelliklerinde ve alt boyutlarında bazı farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur.

FMS hastalarında zarardan kaçınma toplamda (HA) ve beklenti endişesi (HA1), çabuk yorulma-dermansızlık (HA4) alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. HAM-D puanları ile zarardan kaçınma ölçeği arasında kuvvetli pozitif korelasyon saptandı. Zarardan kaçınma, mizaç karakter envanterinin, depresyonla en fazla ilişkilendirilen mizaç boyutudur. FMS hastalarının da depresyondan etkilendiği düşünülerek, HAM-D skoru kovariant olarak kullanıldıktan sonra toplam zarardan kaçınma puanlarında azalma

olmasına rağmen, düzeltilmiş puanlar ile tekrarlanan karşılaştırmada, FMS hastalarında zarardan kaçınma puanlarının kontrollere göre hala yüksek olduğu bulundu.

Çalışmamızda FMS hastalarında, TCI karakter ölçeği kendini yönetme (S); kendini kabullenme (S4) alt ölçeği dışındaki diğer ölçeklerde kontrol grubuna göre düşük bulundu. Depresyon puanları kovariant kullanılarak değerleri tekrar hesapladığımızda, ortalama kendini yönetme puanlarında artış gözlenmesine rağmen düzeltilmiş puanlar ile tekrarlanan karşılaştırmada, FMS hastalarında kendini yönetme puanlarının kontrollere göre hala düşük olduğu bulundu. Yapılan korelasyon analizinde depresyon puanları ile kendini yönetme, ters ilişkili saptandı. Anderberg ve arkadaşları bizim çalışmamızdaki gibi FMS'lu hastalarda, kontrol grubuna göre yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme puanları bulmuşlar, psikiyatrik bozukluklar dışlandığında da hasta grubunda zarardan kaçınma puanlarını yine yüksek tespit etmişlerdir⁸³. Mizaç ve Karakter Envanteri ile yapılmış tek takip çalışması olan Mazza ve arkadaşlarının çalışmasında; bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde FMS hastalarında yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme puanları bulunmuştur. Altı aylık seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) tedavisinden sonra, depresif bulguların etkilerini de dışladıklarında, hastalarda zarardan kaçınma puanlarında azalma gözlenmesine rağmen, hala kontrol grubuna göre yüksek bulmuşlar, kendini yönetme puanlarında ise gruplar arasında anlamlı fark bulamamışlardır⁸⁸.

Diğer psikosomatik hastalıklarda yapılan çalışmalara baktığımızda, mizaç karakter özellikleri açısından benzer bulgulara rastlanmıştır. İrritabl barsak sendromu (İBS) hastalarında zarardan kaçınma yüksek, kendini yönetme normal değerlendirilirken⁸⁹, kronik gerilim tipi baş ağrısı (KGTB)^{90, 91}, psöriyazis⁹² ve non kardiyak göğüs ağrısı⁹³ olan hastalarda yapılan çalışmalarda zarardan kaçınma yüksek, kendini yönetme puanı düşük bulunmuştur.

Yüksek zarardan kaçınma, depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi birçok klinik sendromla ilişkili bulunmuştur. Bu kişilik özelliğinin duygudurum ve anksiyete bozukluğu gelişmesine duyarlılığı artırma olasılığı vardır. Yüksek zarardan kaçınma davranışı olan hastalar, dikkatli, özenli, pasif, korkak ve güvensiz olarak tanımlanmıştır. Çoğu sosyal ortamda inhibe ve utangaçtırlar,

enerji seviyeleri düşük olmaya meyillidir, sonuçta sürekli yorgundurlar. Zararlı uyarılara karşı kendilerini engelleme eğilimindedirler. Zarardan kaçınma mizaç bileşeni serotonerjik aktivite ile ilişkilidir ve zarardan kaçınması yüksek olan kişiler stresli olaylara yüksek oranda depresif belirtiler ile karşılık verirler. Zarardan kaçınan bireyler tehlike durumu yokken bile tehlike beklentisi içindedirler^{20, 76}. Bu beklenti, uygunsuz bir adaptasyona, davranışlarda ketlenmeye ve anksiyeteye yol açmaktadır. Bu tip kişiler ağrının geleceğini bekleme eğiliminde olabilirler. Bulgularımıza göre zarardan kaçınma puanlarının, ağrıyı ifade etme ve hastalığın şiddetiyle pozitif ilişkisinin gösterilmesi, zarardan kaçınan bireylerin ağrıyı hissetmeye daha fazla yatkın olduklarını açıklamaktadır. Kendini yöneten bireyler ise amaçlarını ve değerlerini seçer, bulunduğu durumu korumak için davranışlarını uygun hale getirir, düzenleme yeterliliği ve iradeli olma gibi özellikleri vardır. Düşük kendini yönetme puanı olan bireyler ise olgun olmayan, zayıf kırılgan ve sıklıkla bağımlı olarak tanımlanırlar. Gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmadığını gösteren kötü yürütücü işlemlere sahiplerdir. Bu tip kişiler doktorlar tarafından sıklıkla olgunlaşmamış ve kişilik bozukluğu olan bireyler olarak tanımlanmaktadır^{20, 76}. Çalışmamızda hastalığın süresi ve şiddetiyle kendini yönetme puanlarının negatif ilişkili bulunması, bu hastalarda sürecin ve hastalığın şiddetinin kişiliği etkileyebildiğini düşündürmektedir.

Özgül olmayan kas-iskelet sistemi hastalıkları olan hastalarda kişilik, psikolojik stres, ağrı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada hastalar, yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme puanları almışlardır. Regresyon analizinde yüksek zarardan kaçınma ve kendini aşma puanlarının ve düşük kendini yönetme puanlarının anksiyete ve depresyonu yordadığı görülmüştür. Bu bulguya dayanılarak da duygudurum ve ağrı bozukluklarına yatkınlıkla ilgili kişilik profilinin yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme olabileceği öne sürülmüştür⁹⁴. Conrad ve arkadaşları da kronik ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma sonucunu bulmuşlardır⁹⁵. Bizim çalışmamızda FMS hastalarında yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme puanlarının bulunması, bu kişilik özelliklerinin duygudurum ve ağrı bozuklukları geliştirmeye daha fazla yatkın olduklarını düşündürmektedir. Bu hastalardaki kişilik özelliklerinin kısmen

depresif durumdan, kısmen de hastalığın süresi ve şiddetinden etkilenebileceğini göstermektedir.

FMS hastalarında, TCI karakter işbirliği yapma (C) ölçeğinde, erdemlilik-vicdanlılık (C5) alt ölçeği hastalarda kontrol grubuna göre düşük bulundu, toplam ve diğer alt ölçeklerde fark gözlenmedi. Depresyon puanları kovariant kullanılarak değerleri tekrar hesapladığımızda hasta grubunda işbirliği yapma puanında artış saptandı. Hastaların depresyon puanları ile işbirliği yapma puanları negatif ilişkili bulundu. Daha önceki yapılan çalışmalarda FMS hastalarında, sağlıklı bireylere göre işbirliği yapma puanları arasında fark bulunamamıştır^{83, 88}. Depresyonlu bireylerde yapılan çalışmalarda sağlıklı bireylere göre işbirliği yapma alt boyutlarında daha düşük puan tespit edilmiştir^{96, 97, 98}. Yeme bozukluğu olan obez hastalarda işbirliği yapma puanları sağlıklı bireylere göre düşük bulunmuştur⁹⁹. Psikosomatik hastalıklardan İBS⁸⁹, KGTB⁹¹ ve yeme bozukluğu olan tip 1 diyabetli adölesan hastalarda¹⁰⁰ işbirliği yapma puanlarında fark gözlenmemiştir.

FMS hastalarında dördüncü mizaç bileşeni sebat etme (P) puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. FMS hastalarında yapılan diğer çalışmalarda, bizim çalışmamızdan farklı olarak gruplar arasında sebat etme ölçeğinde fark gözlenmemiştir^{83, 88}. Güler ve arkadaşları psöriyazisli hastalarda normal kontrollere göre sebat etme ortalamasını düşük bulmuşlardır⁹². Düşük sebat etme özelliğine sahip bireyler hareketsiz, düzensiz, meraksız, boşvermiş, tembel olarak tanımlanmışlardır. Bu özellikler daha çok depresif duygudurumda görülen belirtilerle uyum göstermektedir.

TCI mizaç ölçeği yenilik arayışı puanlarında, savurgan-tutumlu (NS3) alt ölçeği dışında diğer alt ölçeklerde hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunamadı. Yapılan çalışmalarda FMS ve KGTB olan hastalarla kontrol grupları arasında yenilik arayışı puanlarında fark olmadığı gösterilmiştir^{83, 88, 91}. Hansenne ve Richter major depresif bozukluğu olan hastalarda sağlıklı bireylere göre araştırmacı-çekingem (NS1) alt ölçeğini düşük^{101, 102}, Güler ve arkadaşları vitiligolu hastalarda dürtüsel-temkinli (NS2) alt ölçeğini sağlıklı bireylere göre düşük bulmuşlardır⁹². Nery, major depresif bozukluğu olan hastalarda bu çalışmalardan farklı olarak yenilik arayışı puanında yükseklik tespit etmiştir¹⁰³. Yeme bozukluğu olan obez bireylerde⁹⁹ ve yeme bozukluğu olan tip 1 diyabetli adölesanlarda, yenilik arayışı puanlarında fark gözlenmediği tespit edilmiştir¹⁰⁰

İrritabl barsak sendromlu hastalarla yapılan çalışmada yenilik arayışı puanında savurgan-tutumlu (NS3) alt ölçeğinin anlamlı düşük olması dışında fark gösterilememiştir⁸⁹. Bizim çalışmamızda da savurgan-tutumlu (NS3) alt ölçeğinin düşüklüğü anlamlı bulundu. Bulunan sonuç; FMS hastalarının normal bireylere göre daha tutumlu davranışlar gösterdiklerini düşündürmektedir.

FMS hastalarında üçüncü mizaç bileşeni ödül bağımlılığı (RD), candan-itici (RD3), sevecen-aykırı (RD4) alt ölçekleri dışında kontrollere göre anlamlı fark gösterilemedi. RD3 ve RD4 alt grupları FMS hastalarında kontrol grubuna göre düşük bulundu. Bu alt ölçekler hastaların candan ve sevecen yapıda olmadıklarını, soğuk ve itici kişiler olduklarını düşündürmektedir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireylerin toplumsal tutumlarında soğuk ve mesafeli davranışlar sergilemesi beklenir. FMS hastalarında yapılan diğer çalışmalarda ödül bağımlılığı bileşeninde gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir^{83, 88}. Hansenne ve arkadaşları depresyon hastalarında RD3 puanlarını, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulmuşlardır¹⁰¹. Nery ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise fark gözlenmemiştir¹⁰³. Kronik bir hastalık olan atopik dermatitli hastalarda yapılan bir çalışmada RD puanları kontrollere göre düşük bulunmuştur¹⁰⁴.

FMS hastalarında, TCI karakter kendini aşma (ST) ölçeğinde, hasta ve kontrol grupları arasında fark bulunamamıştır. Sonuçlarımız FMS hastalarında^{83, 88} ve psikosomatik hastalıklarda yapılan diğer çalışmalarla uyumludur^{91, 92, 100, 104}. Farklı olarak, Nery ve Hansenne depresyonda kendini aşma puanlarını yüksek ve anlamlı bulmuşlardır^{101, 103}.

Çalışmamızda FMS hastalarının yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük sebat etme puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da, zarardan kaçınma ile kendini yönetme ve işbirliği yapma alt boyutlarının, depresyondaki bireylerde birbirleriyle sıkı bir ilişki içerisinde olduğu gösterilmiş ve bu kişilik özelliklerinin depresif semptomatolojinin şiddetiyle de alakalı olabileceğini bildirmişlerdir^{96, 97, 98, 105}. Bu nedenle çalışmamızdaki gibi depresyonun kovaryans olarak alınıp kontrol edilmesi bizi daha net bulgulara götürecektir. Bu sonuçlar düşünülerek FMS hastalarında kovaryans analizi ile depresyonun etkisini dışladığımızda, zarardan kaçınma puanında azalma, kendini yönetme puanında artma gözledik. Düzeltilmiş değerleri tekrar karşılaştırdığımızda, hastalarda yine kontrollere göre, yüksek

zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma puanında artış gözledik. Çıkan sonuç, bu hastalardaki depresif durumun kişilik özelliklerine katkısının olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda fibromiyalji hastalarında görülen kişilik özellikleriyle, depresyonda görülen kişilik özelliklerinin ortak noktalarının olduğu bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda da FMS ve depresyon arasında nöroendokrin anormallikler, psikolojik özellikler, fiziksel semptomlar ve tedavi açısından benzerlikler görülmüştür. Hatta FMS'nun premorbid, ailesel ve psikodinamik özellikleri bakımından fiziksel bir semptom olan ağrı ile kendini gösteren bir depresif bozukluk olduğu ileri sürülmüştür³¹.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde psikosomatik hastalıklar için ortak bir mizaç ve karakter profilinin henüz ortaya konamadığı görülmektedir. Ancak çalışmaların çoğunda ortak olan en önemli sonuç, bizim çalışmamızdaki gibi mizaç boyutunda zarardan kaçınma puanlarının yüksek olması ve somatizasyonla ilişkili bulunmasıdır. Fibromiyalji hastalarında yüksek zarardan kaçınma skorları bu hastaların strese bir yanıt olarak ağrı semptomları geliştirmeye eğilimli bir mizaçlarının olduğunu göstermektedir. Zarardan kaçınma puanlarının serotonerjik aktivite ile ilişkili olması ve fibromiyaljide de hiposerotonerjik durumun daha önceki çalışmalarda gösterilmiş olması¹⁰⁶, depresyonu olmayan fibromiyalji hastalarının da serotonerjik antidepressanlardan fayda görmesi⁶³, FMS hastalarında serotonerjik sistemin etkilendiği hipotezini desteklemektedir. Bu hastalarda serotonerjik tutulumu destekleyen TCI bulgularının saptanması ve depresif durum ile zarardan kaçınma skorlarının korelasyonu, depresyon ve FMS'da ortak paylaşılan kişilik patolojileri ve serotonerjik sistem bozukluğunun olabileceğini akla getirmektedir. Çalışmalarda psikosomatik hastalıklar için karakter boyutlarına bakıldığında en sık tekrarlayan bulgunun bizim hastalarımızda olduğu gibi kendini yönetme puanlarındaki düşüklük olduğu görülmektedir. Kendini yönetme daha çok kişilik patolojileri ile ilişkili olduğundan bu durumu kısmen FMS hastalarına özgül kişilik profilleriyle kısmen de hastalığın süresi, şiddeti ve komorbid depresyonuyla ilişkilendirebiliriz.

Çalışmamızda FMS hastalarında depresyon puanlarını dışladığımızda hastalarda, kontrol grubuna göre zarardan kaçınma yüksekliği ve kendini yönetme düşüklüğünün devam etmesi, bu karakter özelliklerinin FMS gelişimi için hem durumsal hem de süreklilik gösteren bir özellik taşıdığını ve

serotonerjik sistemin de bu süreçlere katkısının olabileceğini doğrulamaktadır. Aynı zamanda yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme skorunun komorbid depresyon ve FMS için yüksek risk oluşturabileceği sonucunu da çıkarabiliriz

Depresyon puanları kovariant kullanıldıktan sonra işbirliği yapma puanlarında artış olması bu karakter bileşenin kuvvetle depresif semptomatolojiden etkilendiğini göstermektedir. Bu hastalarla çalışan hekimlerin depresif bozukluğun tanı ve tedavisi açısından psikiyatri bölümüyle ortak çalışmalarının, hastalardaki işbirliği yapma ve tedaviye uyum motivasyonunu olumlu yönde etkilemesini beklemekteyiz. Bu özelliklerin bilinmesi FMS hastalarına tedavideki yaklaşımımızı etkileyeceğinden dikkat edilmesi gereken bir noktadır.

Çalışmamızda kendini yönetme bileşenin FMS'nun süresi ve şiddetinden etkilendiğini, zarardan kaçınma ve işbirliği yapmanın hastalığın şiddeti ile ilişkili olduğunu saptamamız, bu hastalığın süresi ve şiddetinin mizaç ve karakter özelliklerine katkısının olabileceğini göstermektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER:

Fibromiyalji hastalarının psikiyatrik tanıları ve kişilik özelliklerinin bilinmesi, diğer psikosomatik hastalıklarda olduğu gibi hastalığın seyrini ve tedavi yaklaşımını, yaşam kalitesi ve sosyal uyumunu etkileyebileceği için, bu hastalarla uğraşan hekimlerin dikkat etmelerini gerektirecek bir husus olarak belirmiştir.

Ülkemizde Psikosomatik hastalıklar ve kişilik özellikleri ile ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı sayıda ve yetersiz olup bu hastalardaki kişilik özelliklerinin bilinmesi tedavi yaklaşımımızda çok önemli olduğundan, yapılacak yeni çalışmalar mevcut bilgilerimizi pekiştirmemizi ve bu hastalıkları daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

- ¹ Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları.11. Basım, cilt 2, s: 610-618, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008.
- ² Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M. Frequent attenders in primary care: impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 306–314.
- ³ G Koptagel-İlal. Psikosomatik Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi. s.72–114. AB Ofset, Ankara, 1982
- ⁴ Smulevich AB, Syrkin AL, Kozyrev VN, Drovizhev Mlu, Ibanov S, Zelenina EV et al. Psychosomatic disorders clinical picture, epidemiology, therapy and models of health services. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1999; 99: 4–16.
- ⁵ Sadock BJ, Sadock VA. Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Etkenler ve Psikosomatik Tıp. In: Coşar B (çev.) *Klinik Psikiyatri*, 25: 355-363, 2005.
- ⁶ Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji, çev Editörü Çavuşoğlu H. 1.Baskı, Yüce Yayınları ve Nobel yayınları, İstanbul, 1996.
- ⁷ Karen JK, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. *Mind/body health: the effects of attitudes, emotions and relationships*. 3rd ed. Benjamin Cummings, San Francisco, CA, 2006.
- ⁸ Allen RJ. *Human stres: It's nature and control*, Mac Millan Publishing Company, New York, 1984.
- ⁹ Rozanski A, Kubzansky, LD. Psychological functioning and psysical health: A paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine* 2005; 1: 47-53.
- ¹⁰ Hill TD, Ross CE, Angel RJ. Neighborhod disorder, psychophysiological distress and health. *Journal of Health and Social Behavior* 2005; 46: 170-186.
- ¹¹ Köroğlu E. *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 493-512, 91-100, 2004.
- ¹² Nordahl HM, Stiles TC. Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 9: 6-9.
- ¹³ Akkuş S, Koşar A, Bayazıt O. Fibromiyalji Tanısı Konan 220 Vakanın Klinik Özellikleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1998; 44: 1.
- ¹⁴ Bradley LA, Mc KendreeSmith NL. Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioral and psychologic treatment approaches. *Curr Opin Rheumatol* 2002; 14: 45-51.
- ¹⁵ Güleç H, Sayar K, Topbaş H, Karkucak M, Ak İ. Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi ve Öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 191-198.
- ¹⁶ Mcbeth J, Silman AJ. The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3: 157-164.
- ¹⁷ Ahles TA, Yunus MB, Riley SD, Masi AT. Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndromes. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 1101-1105.

-
- ¹⁸ Smythe HA. Fibrositis and other diffuse musculoskeletal syndromes. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, editors. Textbook of rheumatology. Philadelphia: Saunders, p. 485-493, 1981.
- ¹⁹ Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 573-588.
- ²⁰ Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Washington University, St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
- ²¹ Stoudemire A, Hales RE, Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik etkenler ve DSM-IV Genel bir bakış: Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler, Ed. Stoudemire A. Compos Mentis Yayınları, Ankara, 1-15, 1997.
- ²² Rice, P. L Stress and health. 3.edition, Brooks/Cole Publishing Company, New York. 1999.
- ²³ B. Kaplan and V. Sadock: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.(çev:Aydın H, Bozkurt A) 8. baskı, Güneş Kitapevi, cilt 3, 24; 2105-2180, 2007.
- ²⁴ Teshima H, Kubo C, Kihara H, Imada Y, Nagata S, Ago Y. Psychosomatic aspects of skin standpoint of immunology. Psychotherapy Psychosomatics 1982; 37: 165-175.
- ²⁵ Levenstein S, Ackerman S, Kiecolt-Glaser JK, Dubois A, et al. Stress and peptic ulcer disease. JAMA 1999; 281: 10.
- ²⁶ Solomon GF. and Moss RH. Emotions, immunity and disease; a speculative theoretical integration. Archives of General Psychiatry 1964; 11: 657-674.
- ²⁷ Anderson KO, Bradley LA, Young LD, McDaniel LK, Wise CM. Review of Psychological factors related to etiology, effect and treatment. Psychological Bulletin 1985;98: 358-387.
- ²⁸ Payne TC, Leavitt F, Garron DC, Katz RS, Golden HE, Glickman PB. Fibrositis and psychologic disturbance. Arthritis Rheum 1982; 25: 213-217.
- ²⁹ Wolfe F, Cathey MA, Kleinheksel SM, Amos SP, Hoffman RG, Young DY. Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1984; 11: 500-506.
- ³⁰ Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope HG Jr. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry 1985; 142: 441-446.
- ³¹ Alfici S, Sigal M, Landau M. Primary fibromyalgia syndrome- a variant of depressive disorder? Psychother Psychosom 1989; 51: 156-161.
- ³² Taylor G. Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. Am J Psychiatry 1984;141: 725-732.
- ³³ Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. J Psychosom Res 1996; 41: 505-518.
- ³⁴ Koh KB. Anger and somatization. J Psychosom Res 2003; 55: 113.
- ³⁵ Şendur ÖF. Ağrılı kas sendromları. Oğuz H, Dursun E, Dursun N, Tıbbi rehabilitasyon. 2. baskı, S: 1221-1238, Nobel tıp kitabevi, 2004.

-
- ³⁶ Wolfe F, Smythe H, Yunus M, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172.
- ³⁷ Buchwald D, Goldenberg DL, Sullivan JL, Komarof AL. The 'chronic, active, Epstein-Barr virus infection' syndrome and primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 1132-1136.
- ³⁸ Goldenberg DL. Fibromyalgia, Chronic fatigue syndrome and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 1995;7: 127-135.
- ³⁹ Roizenblatt S, Tufik S, Goldenberg J, Pinto LR, Hilario MO, Feldman D. Juvenile fibromyalgia: Clinical and polysomnographic aspects. *J Rheumatol* 1997; 24: 579-585.
- ⁴⁰ Bengtsson A, Henriksson KG, Larsson J. Muscle biopsy in primary fibromyalgia: light microscopical and histochemical findings. *Scand J Rheumatol* 1986; 15: 1-6.
- ⁴¹ Bennett RM, Clark SR, Godberg L, Nelson D, Bonafede RP, Porter J et al. Aerobic Fitness in patient with fibrositis: a controlled study of respiratory gas Exchange and Xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 454-460.
- ⁴² Çapacı K, Hepgüler S. Fibromiyalji Sendromu: Etiyopatogenez. *Ege Fiz Tıp Reh Der* 1998; 4:219-226.
- ⁴³ Burkham J, Harris ED Jr. Fibromiyalji: Bir Kronik ağrı Sendromu, (çev: Ünlü E), Kelley Romatoloji. s:522-536, Cilt 1, 7. baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006.
- ⁴⁴ Mufson M, Regestein QR. The spectrum of fibromyalgia disorders. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 647-650.
- ⁴⁵ Russell IJ, Viprao GA, Morgan WW, Bowden CL. Is there a metabolic basis for the fibrositis syndrome? *AM J Med* 1986; 81: 50-54.
- ⁴⁶ Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 91-103.
- ⁴⁷ Manu P, Lane TJ, Matthews DA, Castriotta RJ, Watson RK, Abeles M. Alpha- delta sleep in patients with a chief complaint of chronic fatigue. *South Med J* 1994; 87: 467-470.
- ⁴⁸ And AKK, Schanberg LE. Juvenile fibromyalgia syndrome. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3: 165-171.
- ⁴⁹ Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile IM. Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 678-681.
- ⁵⁰ Aaron LA, Bradley LA, Triana M, Alexander RW, Martin M, Alberts K. Trauma and coping strategy predicthealth careseeking and psysical impairment in fibromiyalgia. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 349.
- ⁵¹ Coderre TJ, Katz J, Vaccarino AL, Melzack R. Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: review of clinical experimental evidence 1993; 52: 259-285.
- ⁵² Gracely RH, Lynch SA, Bennet GI. Painful neuropathy altered central processing maintained dynamically by peripheral input 1993; 52: 251-253.
- ⁵³ Crofford LJ, Demitrack MA. Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 267-284.

-
- ⁵⁴ Ferraccioli G, Guerr P, Rizzi V, Baraldo M, Salaffi F, Furlanut M. Somatomedin C (Insulin-Like Growth Factor 1) levels decrease during acute changes of stress related hormones. Relevance for fibromyalgia. *J Rheumatol* 1994; 21: 1332-1334.
- ⁵⁵ Neeck G, Riedel W. Thyroid function in patients with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*, 1992; 19: 1120- 1122.
- ⁵⁶ Griep EN, Boersma JW, Kloet R. Altered reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1993; 20: 469-474.
- ⁵⁷ Uslu T, Tosun M, Erem C ve ark. Romatoid artritli ve primer fibromyalji sendromlu kadın hastalarda plazma prolaktin seviyeleri. *Fizik Ted Rehabil Derg* 1996; XX : 15-17.
- ⁵⁸ Swee-Cheng NG. Soft tissue rheumatism. In Howe HS, Feng PH (Eds) *Textbook of Clinical Rheumatology*, Singapore, 183-193, 1997.
- ⁵⁹ Jacobsen S. Chronic Widespread musculoskeletal pain. The fibromyalgia syndrome. *Dan Med Bull* 1994; 41: 541-564.
- ⁶⁰ Koçanaoğulları H. Fibromiyalji Sendromu. Gümüşiş G, Doğanavşargil E. *Klinik Romatoloji, Ege Romatoloji*; 549-553, 1999
- ⁶¹ McCain GA. A cost effective approach to the diagnosis and treatment of fibromiyalgi. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 323-349.
- ⁶² Kuran B, Özgüzel M, Çağlar N, Alpay K, Gülşen G, Boneval F. Fibromyalji sendromunda tizanidine ve ultrasound tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1994; 8: 29-33.
- ⁶³ Tariot PN, Yocum D, Kalın N. Psychiatric disorders in fibromyalgia. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 812-813.
- ⁶⁴ Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 801-810.
- ⁶⁵ Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573-588.
- ⁶⁶ Öztürk O,Uluşahin A: Ruh sağlığı ve Bozuklukları, s: 555-584, cilt 2, 11.baskı, Nobel kitapevleri, Ankara, 2008.
- ⁶⁷ B. Kaplan and V. Sadock. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of psychiatry* (çev:Aydın H, Bozkurt A), 23; 2063-2104, cilt 3, 8. baskı, Güneş kitapevi, 2007.
- ⁶⁸ Cloninger C, Pryzbeck TR, Svrakic DM. Tridimensional Personality Questionnaire; US Normative Data; *Psycholog Republic* 69, 1991; 1047-1057.
- ⁶⁹ Cloninger C, Svrakic DM *Integrative Psychobiological Approach to psychiatric Assesment and Treatment*. *Psychiatry* 1997; 60.
- ⁷⁰ Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 18: 728-733.
- ⁷¹ Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000; 20: 9-12.
- ⁷² Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain, 1983;17: 45-56.

-
- ⁷³ Williams JB. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 45: 742-747.
- ⁷⁴ Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996, 4: 251-259.
- ⁷⁵ Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments* 1986, 3; 167-226.
- ⁷⁶ Cloninger C, Svrakic DM, Przybeck TR: A Psychobiological model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
- ⁷⁷ S. Köse, K.Sayar, İ. Ak, Aydın N, Kalelioğlu A, Kırpınar İ. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 107-131.
- ⁷⁸ Hudson JI, Goldenberg DL, Hope HG Jr, Keck PE Jr, Schlesinger L. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med* 1992; 93: 363-367.
- ⁷⁹ Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. 1994; 56: 289-297.
- ⁸⁰ Leino P, Magni G. Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. 1993; 53: 89-94.
- ⁸¹ Ercolani M, Trombini G, Chattat R, Cervini C, Piergiacomi G, Salaffi F. Fibromyalgic syndrome: Depression and abnormal illness behavior. *Psychother Psychosom* 1994; 61: 178-186.
- ⁸² Doğan O, Hizmetli S. Fibromyozitli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1990; 16: 6-8.
- ⁸³ Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J. Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients *Nordic Journal of Psychiatry* 2009; 53: 353-359
- ⁸⁴ Hawley DJ, Wolfe F. Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10 year longitudinal study of 6, 153 patients with rheumatic disease. *J Rheumatol* 1993; 20: 2025-31.
- ⁸⁵ Yunus MB, Masi AT. Fibromiyalgi Restless legs syndrome, periodic Limb Movement Disorder and Psychogenic Pain. Chapter 82 In *Arthritis and Allied Conditions*. Eds Mc Carty DJ, Kopman WJ, 12:1383-1405,1993.
- ⁸⁶ Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M, Buchwald D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics* 1994; 35: 546-556.
- ⁸⁷ Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1299-1301.
- ⁸⁸ Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, Vicini M et al. What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Compr Psychiatry* 2009; 50: 240-244.

-
- ⁸⁹ Taymur İ, Özen NE, Boratav C, Güliter S. İrritabl barsak sendromlu hastaların aleksitimi, mizaç, karakter özellikleri ve psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2007; 17: 186–194.
- ⁹⁰ Leistad RB, Nilsen KB, Stovner LJ, Westgaard RH, Ro M, Sand T. Similarities in stress physiology among patients with chronic pain and headache disorders: evidence for a common pathophysiological mechanism? *J Headache Pain* 2008; 9: 165-75.
- ⁹¹ Boz E, Gazioglu S, Altunayoglu V, Hocaoglu C. Effect of serotonergic antidepressant therapy on temperament and character scales in patients with chronic tension-type headache. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61: 534-4.
- ⁹² Güler Ö, Emül M, Özbulut Ö, Geçici Ö, Kulaç M, Karaca S. A temperament and character profile in patients with psoriasis, vitiligo and neurodermatitis. *NöroPsikiyatri Arşivi* 2007; 44: 139–144
- ⁹³ Borkowska A, Pulkowska J, Pulkowski G, Rybakowski F. Association of temperament, character and depressive symptoms with clinical features of the ischaemic heart disease. *Wiad Lek* 2007; 60:209–214.
- ⁹⁴ Malmgren-Olsson EB, Bergdahl J. Temperament and character personality dimensions in patients with nonspecific musculoskeletal disorders. *Clin J Pain* 2006; 22:625–631.
- ⁹⁵ Conrad R, Schilling G, Bausch C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I, et al. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients 2007; 133:197–209.
- ⁹⁶ Josefsson A, Larsson C, Sydsjö G, Nylander PO. Temperament and character in women with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* 2007;10: 3-7
- ⁹⁷ Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *Journal of Affective Disorders* 2005; 87: 83-89.
- ⁹⁸ Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T. Low novelty seeking differentiates obsessive compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatri* 2000; 101: 403-405.
- ⁹⁹ Fassino S, Leombruni P, Piero A. Temperament and Character in Obese Women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry* Vol. 43, no:6, 2002: 431-437
- ¹⁰⁰ Gyrilli V, Gattermayer A, Wagner G, Schober E, Karwautz A. Eating Disorders and Eating Problems Among Adolescent With Type I Diabetes: Exploring Relationships With Temperament and Character. *Journal of Pediatric Psychology* 2005, vol:30, 197-206.
- ¹⁰¹ Hansenne M, Regger J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M. Temperament and Character Inventory and Depression. *J Psychiatr Res* 1999; 33: 31-36.
- ¹⁰² Richter J, Polak T, Eisemann M. Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Personality and Individual Differences* 2003;35: 917-927.
- ¹⁰³ Nery F, Hatch J, Nicolette M, Monkul ES, Najt P, Matsuo. Temperament and Character in traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depression and Anxiety* 0: 2009; 1-7.
- ¹⁰⁴ Kim TS, Pae CU, Jeong JT, Kim SD, Chung KI, Lee C. Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol* 2006; 33: 10–15.

¹⁰⁵ Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimension in patients with major depression: a methodological contribution 2002;31-8.

¹⁰⁶¹⁰⁶ Russell IJ, Michalke JE, Vipraio GA. Platelet 3H-imipramine uptake receptor density and serum serotonin levels in patients with fibromyalgia/fibrositis syndrome. J Rheumatol 1992; 19:1.

8. ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 1. Fibromiyalji patofizyolojisinde rol oynayan faktörler	11
Şekil 2. FMS'lu hastalarda hassas noktalar	13
Şekil 3. Kişilik; bütünleştirici psikolojik Őema	17

9. TABLOLAR DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1. FMS'da ayırıcı tanı	14
Tablo 2. Yenilik arayışı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları	14
Tablo 3. Zarardan kaçınma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcılar	20
Tablo 4. Ödül bağımlılığı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları	20
Tablo 5. Sebat etme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları	21
Tablo 6. Kendini yönetme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları	22
Tablo 7. İşbirliği yapma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları	23
Tablo 8. Kendini aşma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları	23
Tablo 9. Mizaç ve karakter arasındaki ana farklılıklar	24
Tablo 10. Mizaç boyutundaki düşük ve yüksek puan tanımlayıcıları	28
Tablo 11. Karakter boyutundaki düşük ve yüksek puan tanımlayıcıları	29
Tablo 12. FMS hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri	30
Tablo 13. FMS hastalarının psikiyatrik değerlendirme sonuçları	31
Tablo 14. FMS hastalardaki HAM-D puanları	32
Tablo 15. FMS Hastaları ve Kontrol Grubu arasında TCI Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 16. FMS grubunda,FS1, GAS, FEA, HAM-D korelasyon verileri	35

10. EKLER DİZİNİ

Ekler	Sayfa No
EK-1. KSÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı	57
EK-2. Fibromyalji Etki Anketi (FEA)	58
EK-3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	59
EK-4. Mizaç Karakter Ölçeği (TCI)	60

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI

BASVURU BİLGİLERİ

Arastirmannın Başlığı	Fibromiyalji hastalarının müzakere karakter profilinin incelenmesi
Basvuru Tarihi	24.04.2009
Protokol No	50

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Dil
	Basvuru Formu	Türkçe
	Literatür	2 Adet (İngilizce)
	Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ

Oturum No: 2009/5 Karar No: 6 Tarih: 07.05.2009

Fakültemiz öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma Özlen ORHAN sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereğiyle amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sınırları bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

ÇALIŞMA ESASI		ETİK KURUL BİLGİLERİ					
K.S.Ü. TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ETİK KURUL İŞLEYİŞ YONERGESİ							
ÜYELER	Unvanı / Adı-Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet	İliski (*)	Katılım (**)	İmza
	Prof.Dr. M. Fatih KARAASLAN Başkan	Psikiyatri	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	NE H	NE H	ARASTIRMACI
	Prof.Dr. Yakup G. MUSALAN Başkan Yekâli	Anatomi	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	E N H	NE H	
	Doç.Dr. Bülent KANARÇİKEN Üye	İç Hastalıklar Gastroenteroloji	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	E N H	NE H	
	Doç.Dr. Sezai ŞASMAZ Üye	Dermatoloji	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	E N H	NE H	
	Doç.Dr. Erhan BUĞLUOĞLU Üye	Genel Cerrahi	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	E N H	NE H	
	Doç.Dr. Gürkan KIRAN Üye	Radyasyon Hast. Ve Doğum	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	E N H	NE H	
	Doç.Dr. Fatma İNANÇ TOLUN Üye	Biyokimya	K.S.Ü. Tıp Fak.	K	E N H	E N H	DEKAN
	Doç.Dr. Yusuf ERGUN Üye	Tıbbi Farmakoloji	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	E N H	NE H	
	Yrd.Doç.Dr. Harun ÇIRALIK Üye	Pnöloji	K.S.Ü. Tıp Fak.	E	E N H	NE H	
	Pelin EYLİBA Üye	Tezcu	K.S.Ü. Tıp Fak.	K	E N H	NE H	
	SERH(VARSA)						

* Araştırma ile iliski
** Toplantıda bulunma

EK-2

Fibromiyalji etki Anketi (FIQ)

Soru 1. Geçtiğimiz hafta içinde aşağıdaki aktiviteleri ne sıklıkta gerçekleştirebildiğinizi belirtin. Bu aktivitelerden normal zamanlarda da yapmadıklarınız için yapmam şikkını işaretleyin .

	Her zaman 0	Sık sık 1	Nadiren 2	Hiç Yapmam 3
Alışveriş yapmak				
Yemek yapmak				
Elde bulaşık yıkamak				
Makine ile halı süpürmek				
Yatak toplamak				
Orta mesafe yürümek				
Misafirlığe gitmek				
Bahçe işi yapmak				
Araba sürmek				
Merdiven çıkmak				
Çamaşır makinesinde çamaşır yıkamak				

Soru 2. Geçtiğimiz haftanın kaç günü kendinizi iyi hissettiniz ? (0-7 gün arası işaretleyin)

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Soru3. Fibromiyalji rahatsızlığı yüzünden geçtiğimiz hafta kaç gün işlerinizden uzak kaldınız? (ev işleri dahil)

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Soru 4. Aşağıdaki her soruyu geçtiğimiz hafta yaşadıklarınıza ve hissettiklerinize göre cevaplayın

A. Çalışmalarınızı ağır işler dahil ve diğer fibromiyalji şikayetleriniz ne ölçüde etkiledi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç etkilemedi											Çok etkiledi
B. Ağrınız ne derece şiddetliydi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı olmadı											Çok şiddetliydi
C. Ne kadar yorgundunuz ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yorgun değildim											Çok yorgunum
D. Sabah kalktığınızda kendinizi nasıl hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İyi dinlenmiş uyanımdım											Çok yorgun
uyandımdım											
E. Sabah sertliğinizin ne kadar şiddetliydi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç olmadı											Çok şiddetliydi
F. Sinirliliğiniz ya da anksiyeteniz ne düzeydeydi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç olmadı											Çok gergindim
G. Depresyonunuz veya moral bozukluğunuz ne düzeydeydi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç olmadı											Çok fazlaydı

EK-3

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

EK-4

Mizaç ve karakter erwanteri (Türkçe TCI)

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir aylık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarının acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözümü sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekten, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığımı söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çöneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğim en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tatasız kalırım.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren sözettğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıklar önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığına inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmağısın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

TCI Derecelendirme Anahtarı

Tüm ölçekler için pozitif olarak puanlandırılan (D= 1, Y= 0) maddelerin altı çizilmemiş, negatif olarak puanlandırılan maddelerin altı çizilmiştir (D= 0, Y= 1). Aşağıdaki maddeler ise TCI'nin bir bölümü olarak puanlanmamıştır: 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240.

Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)

- NS1 Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık (11 madde)
1, 29, 52, 70, 99, 114, 144, 167, 191, 211, 238
- NS2 Dürtüsellik-lyice düşünme (10 madde)
13, 35, 61, 82, 108, 130, 148, 187, 203, 237
- NS3 Savurganlık-Tutumluluk (9 madde)
19, 41, 66, 109, 139, 155, 174, 192, 219
- NS4 Düzensizlik-Düzenlilik (10 madde)
34, 53, 79, 91, 110, 141, 165, 183, 204, 212
- NS Toplam Yenilik Arayışı Puanı (40 madde): NS1 + NS2 + NS3 + NS4

Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)

- HA1 Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik (11 madde)
2, 20, 42, 65, 81, 112, 119, 149, 164, 188, 225
- HA2 Belirsizlik korkusu (7 madde)
12, 26, 67, 129, 154, 189, 217
- HA3 Yabancılardan çekinme (8 madde)
27, 54, 80, 100, 142, 157, 209, 231
- HA4 Çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde)
22, 43, 63, 92, 113, 147, 182, 202, 236
- HA Toplam Zarardan Kaçınma Puanı (35 madde): HA1 + HA2 + HA3 + HA4

Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)

- RD1 Duygusallık (10 madde)
3, 28, 55, 83, 102, 120, 158, 181, 210, 224
- RD3 Bağlanma (8 madde)
21, 44, 68, 117, 143, 180, 201, 226
- RD4 Bağımlılık (6 madde)
14, 46, 71, 131, 156, 193
- RD Toplam Ödül Bağımlılığı Puanı (24 madde): RD1 + RD3 + RD4

Sebat Etme (Persistence)

- P Sebat etme (8 madde)
11, 37, 62, 103, 128, 166, 205, 218

Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)

- S1 Sorumluluk alma-Kınama (8 madde)
4, 24, 58, 86, 121, 151, 169, 198
- S2 Amaçlılık-Amaçsızlık (8 madde)
9, 30, 59, 105, 126, 159, 177, 223
- S3 Beceriklilik (5 madde)
40, 106, 171, 197, 233
- S4 Kendini kabullenme- Kendisiyle çekişme (11 madde)
32, 60, 74, 85, 94, 107, 136, 150, 179, 214, 229
- S5 Aydınlanmış ikinci mizaç (12 madde)
17, 36, 39, 90, 104, 115, 135, 162, 184, 196, 207, 221
- S Toplam Kendi Kendini İdare Etme Puanı (44 madde): S1 + S2 + S3 + S4 + S5

İş Birliği Yapma (Cooperativeness)

- C1 Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük (8 madde)
5, 16, 48, 89, 122, 133, 172, 234
- C2 Empati duyma-Sosyal ilgisizlik (7 madde)
25, 49, 73, 137, 161, 185, 227
- C3 Yardımseverlik-yardım sevmemezlük (8 madde)
10, 47, 64, 87, 127, 153, 178, 216
- C4 Acıma-intikamcılık (10 madde)
7, 33, 57, 78, 98, 124, 146, 168, 199, 222
- C5 Temiz kalplilik vicdanlılık-Kendi kendine yara sağlama (9 madde)
18, 50, 72, 93, 138, 160, 186, 206, 235
- C Toplam İş Birliği Puanı (42 madde): C1 + C2 + C3 + C4 + C5

Kendi Kendini Aşma (Self-Transcendence)

- ST1 Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı (11 madde)
8, 23, 45, 76, 96, 125, 152, 173, 195, 215, 228
- ST2 Kişiler arası özdeşim-Kendi kendine ayrışma (9 madde)
15, 31, 51, 84, 95, 132, 163, 200, 232
- ST2 Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik (13 madde)
6, 38, 56, 77, 88, 97, 116, 123, 145, 175, 194, 208, 220
- ST Toplam Kendi Kendini Aşma Puanı (33 madde): ST1 + ST2 + ST3