

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**FİBROMİYALJİLİ HASTALARDA, SOMATİZASYON VE ANORMAL  
HASTALIK DAVRANIŞLARININ RUHSAL BOZUKLUKLARIN TANISAL VE  
SAYIMSAL EL KİTABI, BEŞİNCİ BASKI (DSM-5) VE PSİKOSOMATİK  
ARAŞTIRMALAR İÇİN TANI ÖLÇÜTLERİ (DCPR) İLE KARŞILAŞTIRMALI  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Gizem Aral**

**Trabzon-2018**

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**FİBROMİYALJİLİ HASTALARDA, SOMATİZASYON VE ANORMAL  
HASTALIK DAVRANIŞLARININ RUHSAL BOZUKLUKLARIN TANISAL VE  
SAYIMSAL EL KİTABI, BEŞİNCİ BASKI (DSM-5) VE PSİKOSOMATİK  
ARAŞTIRMALAR İÇİN TANI ÖLÇÜTLERİ (DCPR) İLE KARŞILAŞTIRMALI  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Gizem Aral**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN**

**Trabzon-2018**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca değerli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici, her zaman yardımcı ve destek olan tez danışmanım Doç. Dr. Filiz Civil Arslan'a,

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim boyunca katkılarını esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocalarım, Ana Bilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Evrim Özkorumak Karagüzel'e, Prof. Dr. Ahmet Tiryaki, Prof. Dr. İsmail Ak ve Yrd. Doç. Dr. Demet Sağlam Aykut'a,

Tez hastalarımı almamda yardımcı olan Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı başkanı Doç. Dr. Erhan Çapkın'a,

Rotasyon eğitimlerim sırasında katkılarından dolayı Acil Tıp, Çocuk-Ergen Psikiyatrisi ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Çalışmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum, asistanlık eğitimim boyunca desteklerini her zaman hissettiğim, sevgili asistan arkadaşlarıma, güler yüzü ve neşesi her daim eksik etmeyen sekreterimiz Fatma Candaş Yılmaz'a, psikolog arkadaşlarım Elif Şimşek Kaygusuz, Oğuz Sarıoğlu ve Serra Hacısalihoğlu'na,

Tez çalışmam boyunca, hasta toplamamda yardımcı, sabırlı ve özverili Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümündeki değerli asistan arkadaşlarım, Melek Genç, Soydan Karacaoğlu ve Ali Yazıcı'ya

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarıma,

Sevgi ve destekleri ile bana güç veren, her daim yanımda olan, sevgili annem, babam ve kardeşlerim Armağan, İrem ve Kadir'e,

Manevi yardımlarını her zaman hissettiğim, değerli arkadaşlarım Özlem Ağırman ve Emrah Kara'ya teşekkür ederim.

**Dr. Gizem Aral**

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
ÖZET .....	VIII
SUMMARY .....	XI
TABLolar DİZİNİ.....	XIV
KISALTMALAR DİZİNİ.....	XVI
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	2
2.1.Fibromiyalji Sendromu .....	2
2.1.1.Tanım ve Sınıflandırma.....	2
2.1.2.Tarihçe.....	4
2.1.3.Epidemiyoloji.....	4
2.1.4.FMS Belirtileri .....	5
2.1.5.Tanı, Ayırıcı Tanı.....	6
2.1.6. Etiyoloji .....	9
2.1.6.1.Psikolojik Sıkıntı ve Psikiyatrik Belirti ve Bozukluklar ile İlişkisi . .....	10
2.1.6.2. Aleksitimi ve Ağrı.....	11
2.1.6.3.Öfke ve Ağrı.....	12
2.1.6.4.Kişilik Özellikleri.....	12
2.1.7.Prognoz .....	13
2.1.8.Tedavi.....	13
2.1.8.1.Farmakolojik Olmayan Yöntemler.....	14
2.1.8.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri .....	14
2.2.Somatizasyon .....	15

2.2.1. Somatizasyon Kavramı. ....	15
2.2.2.Somatizasyon ve Sıklıkla Eşlik Ettiği Psikiyatrik Bozukluklar .....	16
2.2.2.1.Somatizasyon ve Depresyon .....	16
2.2.2.2 Somatizasyon ve Anksiyete Bozuklukları.....	16
2.2.3.Tarihçe.....	17
2.2.4.Belirtiler ve Epidemiyoloji.....	18
2.2.5.Sınıflandırma.....	19
2.2.6.Etiyoloji.....	21
2.2.6.1.Genetik .....	21
2.2.6.2.Biyolojik Etmenler .....	22
2.2.6.3. Psikososyal Etkenler.....	23
2.2.6.4.Algısal etkenler.....	23
2.2.6.5.Hastalık Davranışı .....	24
2.2.6.6.Nörotisizm ve Olumsuz Duygulanım (Negatif Affektivite).....	26
2.2.6.7.Psikanalitik Kuram .....	27
2.3.Psikosomatik Hastalıklar ve Somatizasyon .....	28
2.3.1.Psikosomatik Hastalıklar.....	28
2.4.Somatoform Bozukluklar.....	33
2.4.1.DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Kavramsal Olarak Düzenlenmesi .....	36
2.4.2. DSM-5’te Hastalık Kaygısı Bozukluğu .....	38
2.4.3. İşlevsel Nörolojik Belirti Bozukluğu(Konversiyon Bozukluğu) .....	39
2.4.4.Diğer Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Etkenler .....	40
2.4.5.Yapay Bozukluk.....	40
2.4.6.Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar ...	41
2.5. Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Koyma Rehberi(DCPR) .....	42
2.5.1.Somatizasyonun Birçok Modalitesi .....	43

2.5.1.1. Kalıcı (Süreğen) Somatizasyon .....	43
2.5.1.2. Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler .....	45
2.5.1.3. Konversiyon Semptomları.....	46
2.5.1.4. Yıl Dönümü Reaksiyonu .....	47
2.5.2. Anormal Hastalık Davranışı.....	48
2.5.2.1. Sağlık Kaygısı .....	48
2.5.2.2. Hastalık Korkusu(Nozofobi) .....	49
2.5.2.3. Hastalık İnkârı .....	50
2.5.2.4. Ölüm Korkusu (Tanatofobi) .....	51
2.5.3.Hastalıkların Psikolojik Boyutu -Medikal Durumları Etkileyen Psikolojik Faktörler.....	52
2.5.3.1. Demoralizasyon (Dirençsizlik).....	52
2.5.3.2. Aleksitimi .....	54
2.5.3.3. Tip A Davranış .....	55
2.5.3.4. İrritabl Duygudurum.....	57
2.6.Amaç .....	58
<b>3. YÖNTEM VE GEREÇLER .....</b>	<b>59</b>
3.1. Veri Toplama Araçları .....	60
3.1.1. Hasta Değerlendirme Formu .....	60
3.1.2. Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Koyma Rehberi (DCPR) .....	60
3.1.3. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı (DSM-5) 61	
3.1.4. Belirti Tarama Listesi- Revize Edilmiş (Symptom checklist-90 Revised, SCL-90R) .....	61
3.1.5. Fibromiyalji Etki Anketi (FEA).....	62
3.1.6. İstatistiksel Analiz.....	63
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>64</b>

4.1. Sosyodemografik Özellikler .....	64
4.2. Klinik Özellikler .....	65
4.3. Hastaların DSM-5 Tanı Durumu ve Tipleri.....	66
4.4. Hastaların DCPR Tanı Durumu ve Tipleri .....	67
4.5. Belirti Tarama Listesi- Revize Edilmiş Formu (Symptom checklist-90 Revised, SCL-90-R) ve Fibromyalji Etki Anketi (FEA).....	68
4.6. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Birbiriyle Karşılaştırılması .....	69
4.7. Farklı DCPR Tanıları İçerisinde DSM-5 Tanı Kategorilerinin Dağılımının İncelenmesi.....	70
4.8. Farklı DSM-5 Tanıları İçerisinde DCPR Tanı Kategorilerinin Dağılımının İncelenmesi.....	72
4.9. DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar Tanısı Alan Hastalarda DCPR ile Belirlenen Anormal Hastalık Davranışı ve Somatizasyon Sendromları Dağılımının İncelenmesi.....	74
4.10. DCPR ile Belirlenen Anormal Hastalık Davranışı ve Somatizasyon Sendromları Tanısı Alan Hastalarda, DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar Dağılımının İncelenmesi.....	75
4.11.DSM-5 Tanı Sayısına GöreTanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması.....	75
4.12.DSM-5 Tanı Sayısına Göre Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	76
4.13.DSM5 ve Tanılarının Alt Grupları ile SCL90 Alt ölçekleri Puan Ortalamaları ve Ana Ölçek, FEA puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	77
4.14. DCPR Tanı Sayısına Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması .....	83
4.15. DCPR Tanı Sayısına Göre Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	84
4.16.DCPR ve Tanılarının Alt Grupları ile SCL90 Alt ölçekleri Puan Ortalamaları ve Ana Ölçek, FEA puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	85
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>93</b>
5.1.Sosyodemografik Özellikler .....	94
5.2.Klinik Özellikler .....	96

5.3.DSM-5 ile Belirlenen, Eşlik Eden Ruhsal Bozukluklar .....	98
5.4.DCPR ile Belirlenen, Eşlik Eden Psikolojik Faktörler .....	100
5.5. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Birbiriyle Karşılaştırılması .....	112
5.6. DSM-5 ve DCPR Alt Grup Tanılarının Örtüşme Oranları Açısından İncelenmesi .....	114
5.7. DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar ve DCPR ile Belirlenen Anormal Hastalık Davranışı ve Somatizasyon Sendromları'nın Oransal Karşılaştırması ve Tanılar arası Örtüşmelerin İncelenmesi .....	118
5.8. DSM-5 Tanı Sayısına Göre Tanımlayıcı (sosyodemografik) ve Klinik Özelliklerin Dağılımı .....	119
5.9. DCPR Tanı Sayısına Göre Tanımlayıcı (sosyodemografik) ve Klinik özelliklerin Dağılımı .....	121
5.10. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Psikolojik Belirtilerin Şiddeti ve FMS'de İşlevsellik Üzerine Etkileri –SCL90-R ve FEA Puanları Arasındaki İlişkiler.....	123
5.11. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Alt Grupları ile SCL90 Alt ölçekleri Puan Ortalamaları ve Ana Ölçek puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	126
5.12.Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	128
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>130</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>132</b>
<b>8.EKLER .....</b>	<b>160</b>



## ÖZET

**Fibromiyaljili hastalarda, somatizasyon ve anormal hastalık davranışlarının Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı (DSM-5) ve Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri (DCPR) ile karşılaştırmalı değerlendirilmesi**

**Aral G, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon , 2018.**

**Amaç:** Bu çalışmada, Fibromiyalji'nin başlangıcı, etiyolojisi, seyri ve yeti yitimi üzerine etkili, eşlik eden pek çok psikolojik faktörlerin saptanmasına aracılık eden geleneksel bir sistem olan DSM-5 ile DCPR sistemlerinin tanı koyma oranları, elde edilen tanımlar arası örtüşmeleri ve bu tanımların diğer psikolojik etmenler ve psikososyal işlevsellik üzerine etkileri, özel olarak somatizasyon ve anormal hastalık davranışlarına yönelik tanı koyma oranları, eşik altı, belirlenemeyen ya da atlanılan tanımların tespiti açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine Mayıs 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında ayaktan başvuran, ACR(Amerikan Romatoloji Koleji) 1990 kriterlerine göre fibromiyalji tanısı alan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 200 hasta çalışmaya alınmıştır. Tüm hastalar DSM-5 tanı kriterlerince değerlendirilmiş, Rafanelli ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş DCPR için yarı yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmıştır. Hastalar DSM-5 psikiyatrik tanı şiddetinin belirlenmesi amacıyla DSM-5 ile tanı almayanlar, 1DSM-5 tanısı alanlar ve  $\geq 2$  DSM-5 tanısı alan gruplar olarak 3 grupta incelenmiştir. DCPR ile psikolojik belirti şiddetinin belirlenmesi amacıyla ise; DCPR ile tanı almayanlar, 1 DCPR tanısı alanlar ve  $\geq 2$  DCPR tanısı alan gruplar olarak 3 gruba ayrılmıştır. Psikopatolojik değerlendirmeler, psikolojik durumların saptanması için SCL-90-R (psikolojik belirti tarama listesi), psikososyal fonksiyon, yaşam kalitesinin fibromiyaljiye özel değerlendirilmesi için Fibromiyalji Etki Anketi(FEA) uygulanmıştır. Ayrıca sosyodemografik, klinik veri formu da hastalar ile yapılan psikiyatri tanı görüşmeleri sırasında doldurulmuştur.

**Bulgular:** DSM-5 ve DCPR tanımları ile psikolojik belirtilerin şiddetinin, FMS'de işlevsellik üzerine etkileri (FEA puanları arasındaki ilişki) açısından, DSM-5 ile tanı almayan ve 2veya daha fazla DSM-5 tanısı alan grup arasında istatistiksel anlamlı fark

saptanmış olup, DCPR tanısı almayan grup ile yalnızca 1 DCPR tanılı grup ve 2 veya daha fazla DCPR tanısı alan grup arasında da anlamlı fark saptanmıştır. Ek olarak, 2 veya daha fazla DCPR tanısı alan grup ile yalnızca 1 DCPR tanısı alan grup arasında işlevselliği yansıtan FEA ölçek puanı yüksekliği açısından anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızda, FMS tanılı araştırma evreninde en sık tespit edilen DSM-5 tanıları sırası ile ; %41 oranında bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar, %17.5 oranında anksiyete bozukluğu, %15 oranında depresif bozukluk olmuştur. DCPR tanıları arasında ise; kalıcı somatizasyon %26, tanatofobi %17.5 ve hastalık korkusu %16 oranında en sık saptanan tanılar olmuştur. Araştırma evreninin %65.5'i DSM-5 ile en az 1 tanı alır iken , %80.5'i DCPR ile en az 1 tanı aldığı bulunmuştur. DSM-5 ile tanı konulamayıp DCPR ile tanı konulan, DCPR ile tanı konulamayıp DSM-5 ile tanı konulan hasta sayısının ortalama 3 katıdır. Bu oranlar sırası ile %22.5 ve %7.5 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, DSM-5 ile DCPR alt tanı grupları arasındaki örtüşmede, DSM-5 tanıları ile en yüksek örtüşme oranları DCPR tanıları sırası ile kalıcı somatizasyon ve demoralizasyon olarak saptanmıştır. Bu oran, DSM-5 tanısı olan bedensel belirti bozukluğu (%56.4) ve diğer sağlık durumunu etkileyen diğer psikolojik faktörler tanısı ( %45.5) ile belirgindir. DCPR alt grupları içerisinde tanatofobi dışında en yüksek örtüşme gösteren DSM-5 tanısı bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar olmuştur. Tanatofobi ile anksiyete bozuklukları arasındaki örtüşme ise, bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar ile olan örtüşmesinden daha yüksek bulunmuştur. Bu oranlar, sırası ile ; %34.3 ve %31.4'dir. Benzer şekilde, DSM-5 ile saptanan anksiyete bozukluğu da en sık tanatofobi ile örtüşme göstermiştir. DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı alan hastaların tümü DCPR ile en az 1 tanı alır iken, DCPR ile anormal hastalık davranışı veya somatizasyon tanısı alan hastaların %42.2'si DSM-5 ile en az 1 bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı aldığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmanın verilerine dayanarak, DSM-5 belirti şiddetinin fibromiyaljide işlevsellik üzerine anlamlı oranda ilişkisi gösterilmiş olsa da DSM-5 tanısı almayanlar ile 1 DSM-5 tanısı alanlar ve 1DSM-5 tanısı alanlar ile 2veya daha fazla DSM-5 tanısı alan gruplar arası fark saptanmamıştır. Öte yandan, DCPR tanısı alıyor olmanın tanı almayan gruba göre anlamlı oranda işlevsellikte düşüş ile bağlantılı olduğu görülmüştür. FMS'de DCPR ile en sık saptanan psikolojik faktörler; kalıcı somatizasyon, hastalık korkusu ve tanatofobi olmuştur. Bu tanılar, literatürde, somatizasyon ve hipokondriyak sendrom kompleksleri içerisinde yer edinmiştir, verilerimiz, FMS'de

hipokondriyakal semptomların önemine işaret etmektedir. Bugün için anormal hastalık davranışları içerisinde değerlendirilen tanatofobi, çalışma verilerimizde anormal hastalık davranışları sürecini içeren somatizasyon alt tanı gruplarından ziyade, anksiyete bozuklukları ile yakın örtüşme sağlamıştır. Gelecek çalışmalar ile bu alanda kategorisel ayrımın, daha büyük örneklem boyutlarında, nedensel ilişkileri ile incelenmesine ihtiyaç vardır.

DCPR'nın eşik altı ya da atlanılan tanıları tespit etmede DSM-5'ten daha yararlı olduğu görülmüştür. Ek olarak, FMS'de anahtar rol oynayan anormal hastalık davranışları ve somatizasyon sürecinin değerlendirilmesinde, DCPR'nın DSM-5 ile belirlenen tanılardan, dikkat çekici oranda daha geniş bir kısmını saptayabildiği görülmüştür. Bu iki sistemin farklı klinik ortamlarda ortaklaşa uygulanması halinde, pek çok eşik altı psikolojik durumların erken dönemde taranması, farkedilmesi ve tedavisi ile, hastalık süreci ve ilişkili psikolojik ve sosyal bağlamda da olumsuz etkilerinin önlenmesi sağlanmış olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Fibromiyalji, DSM-5, DCPR, somatizasyon, anormal hastalık davranışı.

## SUMMARY

### **Comparative evaluation of somatization and abnormal illness behaviors in fibromyalgia patients with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) and Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)**

**Aral G, Karadeniz Technical University, Trabzon, 2018.**

**Aim:** In this study, it was aimed to investigate The diagnosis rates of DSM-5, which is a traditional system that mediate the detection of many associated psychological factors and DCPR system, has shown its clinical utility on the onset, etiology, course and disability of fibromyalgia. Then, analyzing the overlap between the obtained diagnoses and the psychological and psychosocial effects on functionality. Especially, comparative evaluation of diagnostic rates of somatization and abnormal disease behaviors, sub-threshold, undetectable, or skipped diagnoses.

**Method:** From May 2017 to November 2017, 200 patients who applied to the *Physical Medicine and Rehabilitation Clinic* of the Karadeniz Technical University Medical Faculty and accepted to participate in the study from the patients who were diagnosed with fibromyalgia according to *American College of Rheumatology (ACR)1990 criteria* and who met inclusion criteria were taken into the study. All patients were evaluated for DSM-5 diagnostic criteria, and a semi-structured clinical interview was conducted for DCPR developed by Rafanelli et al. Patients were divided into 3 groups as who had no DSM-5, 1DSM-5 and  $\geq 2$  DSM-5 diagnosis in order to determine the severity of psychiatric diagnosis. In order to determine psychological symptom severity with DCPR, Those were divided into 3 groups as no DCPR, 1 DCPR and  $\geq 2$  DCPR diagnosis group. Psychopathological evaluations include Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R) for the detection of psychological conditions, The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) was used to assess the psychosocial function, quality of life, and fibromyalgia. In addition, the sociodemographic and clinical data form was filled out during the psychiatric diagnosis interviews with the patients.

**Results:** There was a statistically significant difference between the DSM-5 and DCPR diagnoses and the severity of the psychological symptoms in terms of the effects on FMS functionality (FIA scores) between two groups with no DSM-5 diagnosis and  $\geq 2$

DSM-5 diagnosis, there was also a significant difference between the group with no DCPR diagnosis and 1 DCPR and  $\geq 2$  DCPR diagnosis group. In addition, there was a significant difference in terms of the FIA scale score reflecting functioning between  $\geq 2$  DCPR diagnosis group and 1 DCPR diagnosis group only. In our study, the DSM-5 diagnosis sequence, which is most frequently detected in the FMS diagnostic research universe, 41% of somatic symptoms and related disorders, anxiety disorder (17.5%) and depressive disorder (15%). Among DCPR diagnoses; persistent somatization (26%), *thanatophobia* (17.5%), *disease phobia* (16%) were the most frequently diagnosed diagnoses . While 65.5% of the study population had at least 1 diagnosis with DSM-5, 80.5% were found to have at least 1 diagnosis with DCPR. The mean number of patients, who diagnosed by DCPR but not diagnosed by DSM-5 are 3 times higher than that of patients, who diagnosed by DSM-5 but not diagnosed by DCPR. These ratios were found to be 22.5% and 7.5% respectively. In our study, the overlap between DSM-5 and DCPR subdiagnostic groups ; the highest overlapping rates of DCPR diagnoses were persistent somatization and demoralization to DSM-5 grouped diagnostic categories. This rate was significantly high as the DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder (56.4%) and psychological factors affecting other medical conditions (45.5%). Among the subgroups of DCPR, except *tanatophobia*, the highest overlap with DSM-5 which has somatic symptoms and related disorders. The overlap between *tanatophobia* and anxiety disorders was found to be higher than with somatic symptoms and related disorders. These ratios, in turn; 34.3% and 31.4% respectively. Similarly, the anxiety disorder identified with DSM-5 was most often associated with *tanatophobia*. While DSM-5 and all patients diagnosed with somatic symptoms and related disorders had at least 1 diagnosis with DCPR, 42.2% of the patients who were diagnosed with abnormal disease behavior or somatization with DCPR were diagnosed and at least one somatic symptom and related disorders with DSM-5.

**Conclusion:** Based on the data of this study, it was found that DSM-5 symptom severity was significantly correlated with fibromyalgia function, but no DSM-5, with 1 DSM-5 diagnosis and 1 DSM-5 with 2 or more DSM-5 not determined. On the other hand, it has been found that having DCPR diagnosis is associated with a decline in functionally significant functioning compared to the non-diagnostic group. Among DCPR diagnoses; persistent somatization , *thanatophobia* , *disease phobia* were the most frequently diagnosed diagnoses. These diagnoses are included in the literature in somatization and

hypochondriac syndrome complexes, our data suggest the importance of hypochondriacal symptoms in FMS. Today, tanatophobia, which is assessed in abnormal disease behaviors, has been extensively used in somatization subgroups, in our study show that close affinity with anxiety disorders. Future studies need to examine this field categorical distinction, with larger sample dimensions, with causal relationships.

DCPR has been found to be more useful than DSM-5 in detecting subthreshold or skipped diagnoses. In addition, DCPR was able to detect a wider range of diagnoses than the diagnoses identified by DSM-5, in evaluating abnormal disease behaviors and the somatization process that play a key role in FMS. If these two systems are applied jointly in different clinical settings, early screening, awareness and treatment of many subthreshold psychological conditions will be prevented, and adverse effects in the disease process and related psychological and social context will be prevented.

**Key words:** *Fibromyalgia*, DSM-5, DCPR, somatization, abnormal illness behavior.

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 4.1:</b>	Hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri .....	64
<b>Tablo 4.2:</b>	Hastaların bazı klinik özellikleri .....	65
<b>Tablo 4.3:</b>	Hastaların DSM-5 tanı durumu ve tipleri .....	67
<b>Tablo 4.4:</b>	Hastaların DCPR tanı durumu ve tipleri .....	68
<b>Tablo 4.5:</b>	Hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanları .....	69
<b>Tablo 4.6:</b>	DSM-5 tanı sayısına göre DCPR tanı sayısının dağılımı .....	70
<b>Tablo 4.7:</b>	Farklı DCPR tanıları içerisinde DSM-5 tanı kategorilerinin dağılımı .....	71
<b>Tablo 4.8:</b>	Farklı DSM-5 tanıları içerisinde DCPR tanı kategorilerinin dağılımı .....	73
<b>Tablo 4.9:</b>	DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı alan hastalarda DCPR ile belirlenen anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları dağılımı .....	74
<b>Tablo 4.10:</b>	DCPR ile belirlenen anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları tanısı alan hastalarda DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar –dağılımı .....	75
<b>Tablo 4.11:</b>	DSM-5 tanı sayısına göre bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı .....	76
<b>Tablo 4.12:</b>	DSM-5 tanı sayısına göre bazı klinik özelliklerin dağılımı .....	77
<b>Tablo 4.13:</b>	DSM-5 tanı sayısına göre hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	78
<b>Tablo 4.14:</b>	DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	79
<b>Tablo 4.15:</b>	DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	80
<b>Tablo 4.16:</b>	DSM-5'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	81

<b>Tablo 4.17:</b>	DSM-5'e göre bedensel belirti bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	82
<b>Tablo 4.18.</b>	DCPR tanı sayısına göre bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı .....	83
<b>Tablo 4.19.</b>	DCPR tanı sayısına göre bazı klinik özelliklerin dağılımı .....	84
<b>Tablo 4.20.</b>	DCPR tanı sayısına göre hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromiyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	86
<b>Tablo 4.21.</b>	DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	87
<b>Tablo 4.22.</b>	DCPR'ye göre yıl dönümü reaksiyonu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	88
<b>Tablo 4.23.</b>	DCPR'ye göre tanatofobi tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	89
<b>Tablo 4.24.</b>	DCPR'ye göre hastalık korkusu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	90
<b>Tablo 4.25.</b>	DCPR'ye göre demoralizasyon tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	91
<b>Tablo 4.26.</b>	DCPR'ye göre aleksitimi tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı .....	92



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DSM-V:</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı
<b>DSM:</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
<b>DCPR:</b>	Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri
<b>FMS:</b>	Fibromiyalji Sendromu
<b>FM</b>	Fibromiyalji
<b>SCL-90-R:</b>	Belirti Tarama Listesi
<b>FEA:</b>	Fibromiyalji Etki Anketi
<b>ACR:</b>	Amerikan Romatoloji Koleji
<b>TNF:</b>	Tümör nekroz faktörü
<b>IL:</b>	İnterlökin
<b>5HT3:</b>	5-hidroksitriptamin 3
<b>fMRG:</b>	Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
<b>MRI</b>	Manyetik rezonans görüntüleme
<b>WHO:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>YAI:</b>	Yaygın Ağrı İndeksi
<b>SS:</b>	Semptom şiddeti skalası
<b>CRP:</b>	c-reaktif protein
<b>ESR:</b>	Eritrosit sedimentasyon oranı
<b>ANA:</b>	Antinükleer antikor
<b>EBV:</b>	Epstein-Barr virüs

<b>CMV:</b>	Sitomegalovirüs
<b>HIV:</b>	İnsan immün yetmezlik virüsü
<b>MAS:</b>	Miyofasiyal ağrı sendromu
<b>SLE:</b>	Sistemik lupus eritematozus
<b>BDNF:</b>	Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
<b>RA:</b>	Romatoid Artrit
<b>VAS:</b>	Vizuel Analog Skala
<b>SF-36:</b>	Kısa Form-36
<b>TENS:</b>	Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı
<b>TSA:</b>	Trisiklik antidepresan
<b>SNRI:</b>	Serotonin-Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri
<b>SSRI:</b>	Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri
<b>TOAB:</b>	Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler
<b>ICD-10:</b>	<i>Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10</i>
<b>PRIME MDS:</b>	1.basamakta mental bozuklukların değerlendirilmesi anketi
<b>SPECT:</b>	Tek Foton Emisyonlu Tomografi
<b>PET:</b>	Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>SB:</b>	Somatizasyon Bozukluğu
<b>BDT:</b>	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>ECA:</b>	Epidemiyolojik Alan Araştırması
<b>GSI:</b>	Genel belirti düzeyi

<b>PST:</b>	Pozitif belirti toplamı
<b>PSDI:</b>	Pozitif belirti düzeyi
<b>HE:</b>	Hasta eğitimi
<b>BKI/VKI :</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>MSQoL-54:</b>	Multipl Skleroz Çoklu Yaşam Kalitesi Ölçeği-54
<b>SCID-1:</b>	Yapılandırılmış Klinik Görüşme-1
<b>HCV:</b>	Hepatit C virüsü
<b>OKB:</b>	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>YAB:</b>	Yaygın anksiyete bozukluğu
<b>PB:</b>	Panik bozukluk
<b>KTÜ:</b>	Karadeniz Teknik Üniversitesi

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Fibromiyalji, kronik ağrılı kas, iskelet sistemi hastalıkları arasındadır. Bu sistem dışında pek çok bedensel ve psikolojik faktörler de hastalığın başlangıcı seyri ve süregelenleşmesine katkıda bulunmaktadır. Diğer pek çok psikosomatik hastalıkta olduğu gibi, daha fazla oranda somatik uğraşlar, pek çok farklı operasyon öyküleri ve tıbbi yardım arama davranışları ile belirli somatizasyon süreci, sıklıkla eşlik etmektedir. Bu süreçlerin değerlendirilmesinde geçmişte, en çok kullanılan sınıflandırma sistemi olan DSM-IV, somatoform hastalık kavramını tam olarak açıklayamadığı için ciddi eleştiriler almıştır. 2013 yılında yayınlanan DSM'nin 5.baskısında (DSM-5) "Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında önemli değişiklikler sunsa da, psikosomatik tıp alanında temel gereksinimleri karşılamakta yetersiz kalmaktadır.

DCPR, 1995 yılında, uluslararası araştırmacılar grubu tarafından psikosomatik tıp araştırmalarından elde edilen psikosomatik sendromların psikososyal değişkenlerini, operasyonel araçlara çevirmek için geliştirilmiş, pek çok farklı klinikte, eşlik eden geniş bir yelpazedeki psikolojik faktörlerin tespitinde yarar sağladığı bildirilmiştir.

Literatürde, pek çok çalışmada, DSM-IV sistemince tanı konulamayan pek çok psikolojik boyutun ve anormal hastalık davranışlarının, DCPR sistemi ile ayrıştırılabildiği gösterilmiştir. Ancak, DCPR ve DSM-5'in tıbbi hastalıklara ilişkin psikolojik sıkıntı ve işlevselliğin ilişkisini ve tanı koyma oranlarını karşılaştıran çalışma verileri kısıtlıdır.

Bu çalışmada; FMS'li hastalarda, DCPR ve DSM-5 sistemlerinin tanı koyma oranları, elde edilen tanıları arası örtüşmeleri ve bu tanıların diğer psikolojik etmenler ve psikososyal işlevsellik üzerine etkileri, özel olarak somatizasyon ve anormal hastalık davranışlarına yönelik tanı koyma oranları, eşik altı, belirlenemeyen ya da atlanılan tanıların tespiti açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Fibromiyalji gibi yeti yitiminin yüksek olduğu kronik ağrılı hastalıklarda, eşlik eden psikosomatik belirti kümelerinin ayrıştırılması, tanı konulamayan, atlanılan, ancak klinik öneme sahip psikolojik boyutlarının tanınması sonucu etkin şekilde tedavi edilmesi, gelecekte hastalık ile ilişkili maliyet ve işlev kayıplarının azaltılmasına katkıda bulunabilir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Fibromiyalji Sendromu

#### 2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma:

1976 yılında, Hench tarafından isim verilen fibromiyalji sendromu (FMS); başka yazarlar tarafından fibrozit, fibromiyozit, miyofibrozit, miyofasiyal ağrı sendromu olarak da isimlendirilmiştir. Fibromiyalji sözcük olarak, Latince kaynaklıdır; fibre: lif, myos: kas, algos: ağrı, ia: durum anlamına gelmektedir. Fibromiyalji sendromu, tendino-muskuloskeletal bölgelerde ağrı ile karakterize ve beraberinde yorgunluk, uyku bozukluğu, irritable kolon sendromu gibi kas-iskelet sistemi dışı klinik semptomları da içeren bir kronik ağrı sendromudur (1).

FMS, temelde primer ve sekonder olmak üzere iki alt grupta sınıflandırılmaktadır. a- Primer FMS: Neden olabilecek başka bir hastalığın olmaması halidir. b- Sekonder FMS: Bilinen bir nedene veya hastalığa bağlı olarak ortaya çıkar. FMS'in primer ve sekonder şeklinde sınıflandırılması bugün için kabul görmemektedir. Çünkü eşlik eden diğer hastalığın uygun ve yeterli tedavisine rağmen, FMS semptom ve bulguları düzelmemektedir. Ek olarak çalışmalarda, primer FMS klinik özelliklerinin sekonder FMS'den farklı olmadığı gösterilmiştir (2). Amerikan Romatoloji Koleji (American College of Rheumatology-ACR) de primer ve sekonder ayırımının tanı amacıyla kullanılmasını uygun görmemektedir. Literatürde tanımlanan diğer alt gruplar ise; c- Reaktif FMS: Ani başlangıçlı ve koşullara bağımlı olarak stresli durumlarda görülür. Stresin azalması ile rahatlar. d- Yaşlılarda FMS: Primer ve/veya sekonder FMS özelliklerini taşır. Ancak osteoporoz, kronik yorgunluk sendromu, polimiyaljiya romatika, dejeneratif sinir sistemi hastalıklarıyla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. e- Lokalize Bölgesel FMS: Miyofasiyal ağrı sendromuna benzerlik gösterir ve kas zorlanması sonucu ortaya çıkar. f- Juvenil FMS: 16 yaşın altında ortaya çıkar ve primer FMS'ye benzer. Thieme ve ark. ise, primer fibromiyaljiyi ağrıya verilen psikososyal ve davranışsal yanıt farklılıklarına göre 3 alt gruba ayırmışlardır. Birinci gruptaki hastalar disfonksiyonel olarak adlandırılarak bu grupta anksiyetenin temel sorun olduğunu öne sürmüşlerdir. İkinci gruptaki hastalarda kişiler arası stres etkenlerine duyarlı psikiyatrik sorunların eşlik ettiğini, üçüncü grup hastalarda ise adaptif başa çıkma yöntemlerinin kullanıldığı,

psikiyatrik sorunların saptanmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçları incelendiğinde; üç alt grubun benzer karşılaştırılabilir oranda fiziksel fonksiyon gösterdikleri saptanmıştır. Bununla birlikte, birinci ve ikinci gruptaki hastaların, üçüncü gruptaki hastalara oranla ağrı algıları ve depresyonun daha yüksek seviyede olduğu, 2.gruptaki hastaların ise, diğer alt gruplara oranla evlilik ile ilişkili tatminkarlığın daha düşük olduğu bildirilmiştir (3). 2004 yılında benzer şekilde Giesecke ve ark. psikopatolojik profil değerlendirmesi ve ağrıya verilen yanıt, ağrı algılaması ve hassasiyeti ile ilişkili olarak 3 alt grup tanımlamışlardır. Birinci gruptaki hastalarda hassas noktalarda belirgin olarak artmış hassasiyet olmasına rağmen psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. İkinci gruptaki hastalarda ise, orta derecede hassasiyet artışı ve hafif derecede psikiyatrik değişiklikler rapor edilmiş iken, üçüncü gruptaki hastalarda semptom ifadenmesini önemli oranda etkileyen depresif ve kognitif değişikliklerin belirgin olduğu psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (4). 2007 yılında ise Müller ve ark. temel olarak hastaların psikopatolojik profiline dayanan ampirik bir sınıflandırma formu önerdiler (5). Uygulanacak olan terapötik yaklaşımın bu forma göre belirlenmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte, bu alt gruplandırmalar ampirik doğadadır ve FMS ile eş zamanlı hastalıkların bir arada oluşu göz önünde bulundurulmamıştır. Ek olarak bu form, çalışmalarda geniş FMS hasta grupları ile doğrulanmamıştır. Formda tanımlanan 4 alt grup ise;

Grup 1: Psikolojik bozukluk yok, ağrıya karşı artmış hassasiyetle karakterize

Grup 2: Fibromiyalji ve kronik ağrıya ikincil depresyon birlikteliği

Grup 3: Fibromiyalji ve depresyon birlikteliği

Grup 4: Somatizasyon bozukluğuna bağlı Fibromiyalji Sendromu.

Grup 1; Etiyolojide latent immünolojik süreçlerin (polimiyalji romatika, sistemik lupus eritematozus gibi) etkileri veya diğer inflamatuvar stres faktörlerinin rol oynayabileceği düşünülmektedir (6). Çalışmalarda bu süreçler ile ilişkili sitokin düzeylerinde (TNF alfa, interlökin (IL) 10 ve IL 1) belirgin oranda artış saptanmıştır (7-10)

.

Grup 2-3; Fibromiyalji ve depresyon: Fibromiyalji sendromunda depresyon insidansı %22-55 oranında değişmektedir ve bu oranlar arasındaki geniş varyasyonun altında yatan nedeninin, tanıda farklı kriterler kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Depresyonun, FMS'na eşlik eden bir hastalık olduğu, FMS'na neden olduğu ya da kronik ağrı sonucu olduğu ileri sürülmektedir. Bu hasta grubunda tedavide antidepresan ilaçlar önerilmektedir. Kronik ağrıya bağlı depresyon gelişen hastalarda daha düşük dozlarda uygulanan antidepresan ilaçlar ile fayda sağlanmıştır (11).

Grup 4; Somatizasyon sürecinin bir sonucu olarak FMS: Geçmişte veya halen devam eden psikolojik stres, hastalığın anormal duygusal modülasyonu ve ağrı semptom ve bulgularına neden olmaktadır. Bu hasta grubundakiler somatoform ağrı bozukluğu tanısı alırlar. Son yıllarda kullanılmakta olan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) kullanımı ile yapılan çalışmalarda patofizyolojik süreç hakkında yeni bilgiler elde edilmektedir (12-14). Psikoterapi ve psikoaktif ilaçlar tedavide önerilmektedirler.

### **2.1.2. Tarihçe:**

İlk olarak, Froriep tarafından 1843 yılında fibromiyalji hastalığının romatizmal bir durum ve kasta ağrılı noktalarla beraber olduğunu tarif edilmiştir (1). 1904'de Sir William Gowers, kas ağrıları ve kas romatizmalarının fibröz dokudaki inflamasyondan kaynaklandığını ileri sürmüştü ve ilk kez "fibrozit" terimi kullanılmıştır (15). 1976 yılında Hench, ilk kez fibromiyalji terimini kullanmış, temel sorunun kas ağrısı olduğunu belirterek fibrozit terimi yerine fibromiyaljinin kullanılmasının daha uygun olduğunu önermiştir. 1990 yılında ACR çok merkezli ölçüt komitesi FMS sınıflama ölçütleri yayınlamıştır. Bu kriterler genel kabul görek 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanmıştır (16).

### **2.1.3. Epidemiyoloji:**

Yetişkin nüfusun yaklaşık olarak %2'si FMS'dan mustarıptir. Genel nüfus çalışmalarında kadınlarda bu oran %3.4 iken, erkeklerde %0.5 olarak saptanmıştır. FMS, özellikle kadınlarda ve 45 yaş üzeri bireylerde daha yaygındır (17). Aile hekimliği kliniğinde bu oran %2.1, genel tıp kliniğinde %5.7 (18), bir hastane kliniğinde %7.5 iken (19), romatoloji kliniğinde yaygınlığı %14-20'ye kadar çıkmaktadır (20). FMS prevalansı Kanada'da %3.3 (kadınlarda %4.9, erkeklerde %1.6), Amerika Birleşik Devletleri'nde

%2.2, Asya'da ortalama %1.7 olarak saptanmıştır (21). Bu oran, Finlandiya ve Danimarka'da sırası ile %0.8 ve %0.7 olmak üzere en düşüktür (22, 23). Ülkemizde ise fibromiyalji yaygınlığını araştıran ilk çalışma 2001 yılında yapılmış olup, kadınlarda %6.8 olarak bulunmuştur (24). Denizli yöresinde 2011 yılında tekstil çalışanlarında fibromiyalji yaygınlığını araştıran bir çalışmada ise bu oran %7.3, Turhanoğlu ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmasında yaygınlık %8.8 olarak bulunmuştur (25, 26).

#### **2.1.4.FMS Belirtileri:**

FMS, kronik, yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ve sertliği ile karakterize, yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel fonksiyonlarda kötüleşme, stres düzeyinde yükselme gibi pek çok semptomun eşlik ettiği kronik bir hastalıktır (27). FMS hastaları ağrının kas ve eklemlerden kaynaklandığını tarif etmektedirler. Ağrı, keskin yanıcı ve yakıcıdır ve aşırı egzersiz ya da tersi olarak uzun süre hareketsizlik, yumuşak doku hasarı, ameliyat, uyku düzeninde bozulma, soğuğa maruziyet, uzun süren araba gezileri ve psikolojik stresörler ile ilişkilendirilmiştir. FMS'nda ağrı, ağırlıklı olarak aksial dağılım göstermesine rağmen, erken dönemde el ve ayaklardaki ağrı yakınmalarının görülmesi yanı sıra romatoid artrit tanısı konulmasına neden olabilir. Basit analjezikler (parasetamol gibi) ve diğer nonsteroid antiinflamatuvarlar tedavide genel olarak etkili olmazlar.

Yorgunluk, ağrıdan sonra en sık yeti yitimine sebep olan semptomdur. Genellikle sabahları ve akşamüzeri kötüleşmektedir. Bazı hastalarda hafif derecede dahi fiziksel veya mental egzersiz ile tetiklenmektedir. Çoğu hastada günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini önemli oranda etkilemektedir. Hastalar tipik olarak sabah yorgunluğu hissettiklerini belirtirler. Uykuları hafiftir, sabah erken saatte uyanırlar ve tekrar uykuya dalmakta zorlanırlar. Sabah yorgunluğu uyku bozukluğunun duyarlı bir göstergesidir. Ortalama olarak hastaların %75-90'ında görülür (28). Bazı hastalarda uyku bozukluğu, ağrı şiddetinin de artmasına neden olmaktadır. Huzursuz bacak sendromu, ortalama %20-40 hastada görülmektedir. Geceleri, alt ekstremitelerde huzursuzluk nedeni ile ağrının hafifletilmesi için ekstremiteleri hareket ettirme ihtiyacı duyulur. Uyku kalitesinde bozulma ve uykusuzluk yakınmasına neden olmaktadır. Baş ağrısı sıklıkla rastlanılmaktadır. Ortalama %50 hasta gerilim tipi baş ağrısı ya da migren tanısı almaktadır. Özellikle epizodik migren sıklıkla görülür (29, 30). Parestezik semptomlardan uyuşma, karıncalanma, yanma ve sürtünme hissi eşlik eder. Açıklanamayan göğüs ve karın



ağrısı, pelvik ağrı, ağrılı mesane, interstisyel sistit yansira yaygın olarak görülen diğer semptomlar; ağız kuruluğu, birden fazla kimyasala hassasiyet, alerjik belirtiler, çarpıntı, dispne, vulvodini, dismenore, cinsel işlev bozuklukları, gece terlemesi, disfaji, çarpıntı ve ortostatik intolerans gelişimidir (31).

### **2.1.5. Tanı, Ayırıcı Tanı:**

FMS için tanı kriterleri, 1977 yılında Smythe ve Moldofsky tarafından geliştirilmiş ve 1980 yılında Yunus ve ark. fibromiyalji terimini kullanarak tanı kriterlerini ve eşlik eden durumları tanımlamışlardır (32). 1980'lerin sonunda ise FMS tanısına yönelik pek çok kriter geliştirilmeye devam edilmiştir. Ancak bu kriterlerde FMS'da hassas noktaların sınırları ve nasıl tayin edileceklerine yönelik net sonuçlar elde edilememiştir. Benzer şekilde semptomların içeriğine yönelik belirgin bilgiler sağlanamamıştır. Araştırmalar ve klinik uygulamalar da mevcut ölçütlerin geçerliliği ve güvenilirliğini kanıtlamakta yetersiz kalmıştır (33). Bu nedenle ACR çok merkezli çalışmalarına dayanılarak 1990 yılında FMS tanı kriterleri yayınlanmıştır.

ACR 1990 yılında çok merkezli çalışmasına dayanılarak oluşturulan FMS tanı kriterleri şunlardır (34):

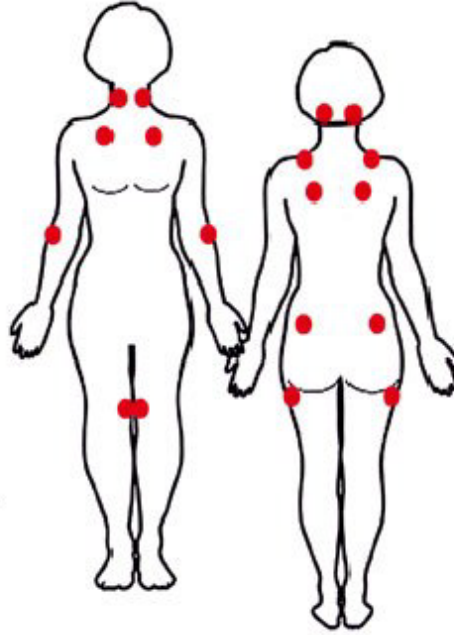
**1. Yaygın ağrı öyküsü olması:** Ağrının yaygın olarak kabul edilmesi için vücudun sağ ve sol tarafında, belin üzerinde ve belin altında olması gerekir. Buna ek olarak aksiyel iskelet ağrısının da (boyun, göğsün duvarı, torakal omurga veya bel ağrısı şeklinde) olması gerekir. En az 3 ay süre ile ağrı devam etmelidir.

**2. FPalpasyonla 18 hassas noktadan en az 11'inde ağrı olması:** Dijital palpasyon yaklaşık 4 kg ile yapılmalıdır. Bir noktanın ağrılı kabul edilmesi için hasta palpasyonunun ağrılı olduğunu söylemelidir.

**Bu 18 hassas noktanın yerleşimi şöyledir (Şekil: 1) ;**

- 1.Oksiput: Bilateral suboksipital kas insersiyolarında .
- 2.Alt servikal: Bilateral, C5-7 intertransvers bölgelerin önünde .
- 3.Trapez: Bilateral üst sınırın orta noktasında .

- 4.Supraspinatus: Bilateral, origolarıda, spinaskapula üzerinde orta sınıra yakın .
- 5.İkinci kosta: Bilateral, ikinci kostokondral bileşkede, üst yüzeylerin hemen lateralinde .
- 6.Lateral epikondil: Bilateral, epikondillerin 2 cm distalinde .
- 7.Gluteal: Bilateral, kalça üst kadranında kasın ön kıvrımında .
- 8.Büyük trokanter: Bilateral trokanterik çıkıntının posteriorunda .
- 9.Diz: Bilateral, eklem çizgisi proksimalindeki medial yağ yastıkçığında.



**Şekil 1:** ACR 1990 Fibromiyalji Sendromu tanı kriterlerine göre 18 hassas noktanın lokalizasyonu. Çift taraflı oksiput, altservikal, trapez, supraspinatus, ikincikosta, lateralepikondil, gluteal, büyüktrokanter, diz (34).

Bu iki bulgunun varlığı FMS tanısı koymak için yeterlidir. Ancak FMS'lu hastaların yaklaşık %25'inin ACR 1990 kriterlerini karşılamaması, bu kriterlerin tanı konulan hastalarda hastalık şiddetini gösteren bir belirtecinin olmaması ve hastalığın takibinde de kullanılamaması, hassas nokta muayenesinde yaşanan zorluk üzerine 2010 yılında ACR yeni tanı kriterlerini açıklamıştır (35) .

ACR 2010 Fibromiyalji Tanı kriterleri:

Aşağıdaki 3 kriter karşılanıyorsa fibromiyalji tanısı konur ;

1. Yaygın ağrı indeksi (YAI)  $\geq 7$  ve semptom şiddeti skalası(SS)  $\geq 5$  veya yaygın ağrı indeksi (YAI): 3-6 ve semptom şiddeti skalası(SS)  $\geq 9$  .

2. Semptomların en az 3 aydır devam ediyor olması .

3. Ağrıyı açıklayacak başka bir hastalık olmaması.

Ancak 2010 yılında yayınlanan bu yeni kriterler, birincil ve ikincil FMS 'nu ayırt etmemektedir. Kriterlerin birinci basamaktaki kullanım performansı doğrulanmamıştır. Ek olarak fizik muayene olmaksızın hastalık teşhisi koymanın muhtemelen hastanın semptomlarına ilişkin önemli fiziksel bulguların göz ardı edilmesine neden olacaktır. 2011 yılında ACR 2010 ölçütleri de gözden geçirilerek düzenlenmiş; SS ölçeği değiştirilmiş, ilk ölçütlerin belirlenmesinde kullanılan YAI verilerinin değiştirilen SS ölçeğine eklenmesiyle 0-31 arasında değişen FMS semptom ölçeği oluşturulmuştur. Skorun 13'den büyük değerlerinin FMS tanısı için yeterlidir (36). Benett ve ark. tarafından ise 2013 yılında ağrı lokalizasyon skoru ve semptom etki sorgulamasını içeren alternatif tanı kriterleri geliştirilmiştir (37). Son olarak 2016 yılında 2010 ve 2011 yılındaki ACR kriterleri yeniden revize edilmiştir. Bölgesel ağrı sendromlarında yanlış tanı konulmasının önüne geçilmesi için genelleştirilmiş ağrı tanımlaması tanı kriterlerine eklenilmiştir.

FMS'nda laboratuvar ve radyolojik tetkikler, genellikle ekartasyon nedeni ile kullanılmaktadır. FMS'nda tipik bir laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır. Eritrosit sedimentasyon oranı (ESR veya sedim) ve C-reaktif protein (CRP) olarak bilinen inflamatuvar göstergelerin normale dönmesi beklenilmektedir. Romatoid faktör ve antinükleer antikor (ANA) genellikle negatiftir ve tarama testi olarak önerilmez, bununla birlikte tesadüfi olarak pozitif sonuçlar görülebilmektedir, özellikle yaşla birlikte risk artmaktadır. Ancak test pozitifliği FMS tanısını ekarte etmez. Total kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer enzimleri, tiroid fonksiyon testleri ve serum kalsiyum, parathormon, romatoid faktör başlangıçta Epstein-Barr virüs (EBV), sitomegalovirüs (CMV), insan immün yetmezlik virüsü (HIV) antikorları ise klinik olarak gerekli

görüldüğü takdirde istenilmelidir (38). Laboratuvar incelemelerinde olduğu gibi X-ray, bilgisayarlı tomografi ve nükleer tıp görüntülemelerinde anormallik yoktur.

FMS tanısı konulması için  $\text{cm}^2$  başına uygulanan 4kg lık basınçla dijital palpasyonda ağrı olması, sert zemine uygulanan bu basınçla tırnak zeminin beyazlaşması gereklidir. Hassas noktanın ağırlı sayılması için palpasyonda ağrı olduğu belirtilmelidir, hassasiyet ağrı olarak değerlendirilmemelidir (39).

Ayrıncı tanıda, miyofasiyal ağrı sendromu (MAS), kronik yorgunluk sendromu, polimiyaljiya romatika, psikojenik ağrı, depresyon, romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus(SLE), miyozitis gibi romatizmal hastalıklar, hipotiroidi ve nöropatiler düşünülmelidir. Değerlendirmede her bir durum için potansiyel ve diferansiyel karıştırıcı faktörler dikkate alınmalıdır.

#### **2.1.6. Etiyoloji:**

Fibromiyalji romatoloji kliniklerinde en sık ikinci tanıdır (40). Fibromiyaljinin etyolojisi tartışmalı bir konudur, temelinde hangi mekanizmaların yattığı tam olarak aydınlatılamamış olmasına rağmen; hem somatik hem de psikolojik faktörlerin rol oynadığına dair bir fikir birliği vardır (34). Bazı yazarlar, fibromiyaljinin fonksiyonel/psikolojik bir bozukluk olduğu, sıkıntının somatizasyonu nedeni ile oluştuğunu öne sürmüş iken, bazıları organik temelli olduğunu savunmuştur.

Önde gelen ağrı belirtisini göz önüne alacak olursak, fibromiyaljide sinir sisteminin ağrı ile ilişkili bölümlerinde işlev bozukluğu olduğu düşünülebilir. Bu durumda, ağrı ile ilişkili sinirlerde hassasiyet olduğu için masum bir uyarı bile ağrı ile sonuçlanır. Sorunun kaynağı spinal kord ve merkezi sinir sistemi olmasına rağmen klinikte kas-iskelet sisteminde hassasiyet ve adale sertliği görülür. Hassas ağrı sistemi ile diğer yolların da etkileşmesi sonucunda istenmeyen sinyalleşme oluşur. Örneğin; A-beta mekanoreseptörler aktive olmuş ağrı sistemine girdide bulunur ve kas aktivitesinden veya postür etkinliğinden doğan normalde rahatsız edici olmayan uyarılar ağrıya neden olurlar. Omurilikte arka boynuzda da yer alan bu mekanoreseptörler yansıyan ağrı fenomenine neden olurlar. Bu yansıyan ağrı ve azalmış ağrı eşiği fibromiyaljideki yaygın ağrının nedenidir (41). Yapılan çalışmalar ağrıya duyarlılığın sadece merkezi sinir sistemi ile ilgili değil, periferdeki değişimlerle de arttığını göstermiştir. Bu çalışmalarda fibromiyaljide BDNF (beyin

kaynaklı nörotrofik faktör) artışı, interlökin 6 ve interlökin 8 artışı ve hipokortizolemi saptanmıştır (10, 42, 43).

Psikososyal stres, kas iskelet ağrısında önemli bir risk faktörüdür, hem fibromiyaljide hem de ağrının boyna ve omuza lokalize olduğu boyun-omuz ağrısı sendromu olan hastalarda ağrı ruhsal gerginlikle artar. Nilsen ve ark. 2007 yılında yaptıkları araştırmada fibromiyalji hastalarının psikolojik strese karşı fizyolojik ve ağrı cevaplarını araştırmış ve sonuçta bu hastalarda stresle, oluşan analjezide azalma saptamışlardır (44, 45).

#### **2.1.6.1. Psikolojik Sıkıntı ve Psikiyatrik Belirti ve Bozukluklar ile İlişkisi:**

İşlevsel somatik sendrom hastalarında olduğu gibi, FMS'de de psikiyatrik komorbidite (özellikle anksiyete ve depresyon) artmış yaygınlıkta görülmektedir. Ancak bu iki durum arasındaki neden sonuç ilişkisi üzerine tartışmalar sürmektedir, son yıllarda yapılan çalışmalarda psikolojik sıkıntı veya psikopatolojik faktörlerin sendromda nedensel bir rol oynayabileceği gösterilmiştir (46, 47). Bunun yanısıra hastalığın sürdürülmesi ve /veya belirtilerin alevlenmesinde önemli rol oynamaktadır (48-52).

Psikolojik faktörler stres seviyeleri ile ilişkili olarak, fibromiyaljinin semptom şiddeti ve sürmesine katkıda bulur. Bu faktörler, kişilik stilleri (nörotizm gibi), kontrol seviyesi, anksiyete ve başa çıkma biçimleridir. Farklı düşünce stilleri, özellikle katastrofizasyon ve ruminasyonun da stres üzerine etkileri vardır. Ağrının katastrofize edilmesi ve ağrı seviyeleri arasında pozitif bir ilişki vardır ve bu durum daha fazla tedavi arayışı ve ağrı ile ilişkili davranışlarda artış ile sonuçlanır (53).

#### **Eşlik Eden Psikiyatrik Belirti ve Bozukluklar:**

Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları: FM hastalarında psikiyatrik eştanıların görülme oranları %30-60 arasındadır ve en fazla depresyon ile anksiyete bozuklukları görülür (4). Diğer sık görülen tanılar distimik bozukluk, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluktur. Araştırmalar %9.2 ile %90 arasında değişen depresyon oranları bildirmektedir. FMS hastalarında depresyon sıklığına dair farklı sonuçlar bulunmasının yapılan çalışmalarda farklı değerlendirme yöntemlerinin kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (54-56).

Romatolojik hastalıklarda şimdiki ya da yaşam boyu öz bildirim yolu ile saptanan eştanıların sıklığını inceleyen 2010 yılındaki bir çalışmada RA'li hastaların %15, FMS'li hastaların %34-39'u depresyon tanısı almıştır (57). Scheidt ve ark.2014 yılındaki çalışmalarında RA'li hastaların aksine FMS'li hastalarda depresyon şiddetinin ağrı algılama seviyelerini öngördüğü gösterilmiştir (58). Aguglia ve ark. 2011 yılındaki çalışmalarında 30 FMS tanısı alan hastaların %25'inde şiddetli depresif belirtiler ile daha yüksek ağrı algısı, daha kötü yaşam kalitesi ve daha sık olumsuz yaşam olayları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (59). Güreer ve ark. 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada ağrı ve depresyon bulguları arttıkça bireylerde hastalığın daha ağır seyretmesine neden olduğunu ileri sürmüşlerdir (60). Benzer şekilde 538 hastanın alındığı başka bir çalışmada FMS'li hastalarda artmış depresyon sıklığı ve depresyonun şiddetiyle hassas nokta sayısı arasında korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (61). 51 fibromiyalji tanısı alan hastaların alındığı bir çalışmada FMS'ye depresyondan çok anksiyetenin eşlik ettiği ve anksiyete düzeyinin ağrı şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (62). Bu çalışmalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları eştanıları FMS hastalarında ağrı şiddetini artırıp yaşam kalitesini kötüleştirdiği bulunmuştur.

#### **2.1.6.2. Aleksitimi ve Ağrı:**

Aleksitimi, tanım olarak duyguları tanımakta güçlük, iletişimde zorluk, dış odaklı/dış merkezli uyum sağlamaya yönelik kognitif yapı ve işlemsel düşünme ile karakterize bir kişilik yapısıdır (63). Aleksitimik bireyler, duygusal uyarınları hastalık belirtileri olarak yanlış yorumlama eğilimindedirler (64). İçsel psikik olayların işaretlerini hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlarlar. Somatik duylara odaklanıp yoğunlaşırlar (65). Bu, bir durum(state) veya özellik (trait) olarak da tanınmlanmıştır. Aleksitiminin FMS gibi kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğu bildirilmektedir (66, 67).

50 FMS tanılı hasta, 20 RA tanılı hasta ve 42 sağlıklı kontrol grubunun eşleştirilmiş olduğu bir çalışmada anksiyete, depresyon, öfke, aleksitimi, ağrı yoğunluğu ve yetiyitimi açısından karşılaştırılmıştır. FM ve RA'li hastalarda depresyon şiddeti kontrol altına alındığında FMS'li hastaların daha fazla aleksitimik oldukları bulunmuştur (68). Aleksitimik bireylerde yalnızca içsel(somatik) hoş olmayan duylara yönelik artmış duyarlılığın yanında, dışsal olarak uyarılan ağrı duyları gibi uyarılara da artmış duyarlılıkları olduğu gösterilmiştir (69). FMS'li hastalarda ağrı semptomlarının daha

şiddetli olmasının nedeni aleksitimik doğasından kaynaklanabildiğini düşündürmektedir (70).

### **2.1.6.3. Öfke ve Ağrı:**

Kronik ağrı hastalarında içe dönük öfke puanlarının daha yaygın olduğu dikkat çekmektedir. Fernandez ve ark.nın bir gözden geçirme yazısında bedensel yakınmaların öfke baskılanması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (71). 60 kronik ağrı hastası ile yapılan bir çalışmada sürekli öfke puanlarının, ağrı değerlendirmesinde belirleyici olduğu bulunmuştur (72). Bu bulgular ile bastırılmış ve içe döndürülmüş öfkenin, fibromiyalji gibi etiyolojisi aydınlatılmamış sendromların bir parçası olabileceği düşünülmüştür. Literatürde bu bulgularla çelişen çalışmalar da vardır. Örneğin, 51 FMS, 51 RA ve 50 kronik bel ağrılı hastalar ile yapılan çalışmada, gruplar arasında öfke ölçümlerinde bir fark bulunamamıştır (73).

### **2.1.6.4. Kişilik Özellikleri:**

Psikosomatik hastalıkların etiyolojisinde kişiliğin de önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Erken dönemlerde yapılan çalışmalarda FMS hastalarını mükemmeliyetçi, kendini aşır zorlayan ve iritabl kişiler olarak tanımlanmıştır (74). Başka bir çalışmada bu hastaları kendi itibarına düşkün ve çevre beklentisi fazla olan kişiler olarak değerlendirmişlerdir (1). Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiştir (75). Literatüre baktığımızda somatizasyon ve mizaç arasındaki ilişkiyi değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Çalışmaların sonuçları genel olarak kontrollere göre yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük sebat etme özelliklerinin öne çıktığını göstermektedir (76, 77).

Fibromiyalji tanısı alan 36 kadın hastanın alındığı bir çalışmada Karolinska Ölçeği ile kişilik özellikleri de değerlendirilmiş, bu hastalarda somatik anksiyete, kas gerginliği, psikasten ve dolaylı saldırganlık seviyeleri sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek, yansızlık seviyeleri ise daha düşük bulunmuştur (78).

Fibromiyalji, romatoid artrit ve sağlıklı kontrollerden oluşan üç grupta yapılan karşılaştırmalı çalışmada nörotizmi fibromiyalji tanılı grupta diğer iki gruptan daha yüksek bulunmuştur (79).

### **2.1.7. Prognoz:**

Prognozla ilgili çalışmaların çoğu FMS'nin kronik ağrı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve mesleki performansı düşüren, ciddi yetiyitimlerine neden olan bir hastalık olduğuna işaret etmektedir (80). Ek olarak bu çalışmaların çoğunda ortak sonuç FMS'nun komplet remisyon oranlarının düşük olduğudur. Boston'da ayaktan tedavi alan 39 hastanın alındığı prospektif 10 yıllık uzunlamasına bir izlem çalışmasında hiçbir hastada komplet remisyon sağlanmadığı bulunmuştur. Aynı çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; %55 hastada orta veya şiddetli düzeyde ağrı, kas sertliği, %48 hastada orta/şiddetli uyku sorunları ve %59 hastada orta/ağır derecede yorgunluk belirtilerinin devam ettiği gözlenmiştir (81). İngiltere'de 4 yıl süre ile yapılan başka bir çalışmada 72 çalışmanın %97 sinde semptomların devam ettiği, aynı çalışmada %60 oranında semptomlarda kötüleşme ve yalnızca %26 oranında başlangıca göre iyileşme saptanmıştır (82). Prognozu öngören unsurlar üzerine ise az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu unsurlar yaş, semptom şiddeti, fiziksel aktivite seviyesidir (83, 84). Genç yaş, erken tanı, fiziksel egzersiz yapma alışkanlığı hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (80). Eşlik eden psikiyatrik belirtilerin yoğunluğu ya da psikiyatrik bozuklukların varlığı da muhtemelen prognoz üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle anksiyete ve depresyon FMS belirtilerinin ifadenmelerinde zararlı etkileri nedeniyle olumsuz prognostik rol oynar (85). FMS'da yaşam kalitesi ve prognoz üzerine belirleyicileri değerlendiren Ağrı için Görsel Analog Ölçeği(VAS), Kısa form -36(SF-36) ve Fibromiyalji etki anketi (FEA) gibi pek çok ölçek bulunmaktadır. Bunlardan FEA, likert tipi bu ölçek ; fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme hali, işe gidememe, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon olmak üzere 10 ayrı özelliği ölçer. Fibromiyalji hastalarına özgü (spesifik olarak) fonksiyonel durumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ülkemize özgü geçerlik güvenirlik uyarlaması Sarmer ve ark. tarafından yapılmıştır (86).

### **2.1.8. Tedavi:**

Fibromiyalji sendromunun etiyolojisi bilinmediği için ön plana çıkan semptomlar ve bunların şiddetlerine göre, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri



hastaya özgü kombinasyonlar şeklinde kullanılmalıdır. Günümüzde FMS tedavisi çoklu disiplinleri içerir ve tedavideki en önemli faktör hasta eğitimidir.

#### **2.1.8.1. Farmakolojik Olmayan Yöntemler**

Hasta eğitimi sırasında semptomlar açıklanmalı ve fibromiyaljinin yıkıcı bir hastalık olmadığı vurgulanmalıdır. Çalışmalarda hasta eğitiminin fibromiyalji semptomları üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Tedavi planlarının tümünde hastanın aktif rolü vurgulanmalı ve aktivitelerin adım adım artırılması sağlanmalıdır. Bilişsel davranışsal uygulamalarla, hastaya düşünce ve davranışlarının semptomların kendisi ve semptomların kontrolü üzerine etkili olduğu gösterilmeli, sorunların üstesinden gelme becerisi eğitimi ve relaksasyon eğitimi verilmelidir (87, 88) . Egzersiz programı kişinin durumuna göre ve kas mikrotravmalarını minimize edecek şekilde hafif yoğunlukta düzenlenmelidir. Hastanın egzersize devamı kendine güvenini de arttırdığı için desteklenmeli, kısa süreli yoğun egzersiz yerine yaşam boyu süren hafif egzersizin önemi vurgulanmalıdır (89). Fizik tedavi genellikle ağrının giderilmesine yöneliktir . Bu amaçla başta Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS) olmak üzere ultrason, lazer, diğer alçak frekanslı akımlar, buz masajı, lokal sıcak uygulamaları, masaj ve manipulasyonlar kullanılmaktadır (90).

#### **2.1.8.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri**

Farmakolojik tedavide, birincil duygudurum bozuklukları, anksiyete veya uyku bozuklukları gibi herhangi bir eşanlı durumun tedavisi önemlidir (91). Fibromiyaljinin farmakolojik yönetimi, bu bozukluğun ağrısının öncelikle santral ağrı duyarlılığı ile ilişkili olduğuna dair ortaya çıkan kanıtlara dayanmaktadır. En uygun ve faydalı olan yaklaşım, farmakolojik tedaviyi hastanın semptom ve bulgularına göre düzenlemektir (92). FMS'de etkinliği kanıtlanmış ve kullanılması önerilen farmakolojik ajanlar trisiklik antidepressanlar (TSA), siklobenzaprin, tramadol, serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve antikonvülzanlar (pregabalin, gabapentin)'dir (93, 94). Ancak az sayıda randomize kontrollü çalışmalarla açık bir biçimde yararlı oldukları gösterilmiştir (95-97).

## 2.2. Somatizasyon

### 2.2.1. Somatizasyon Kavramı:

Somatizasyon (bedenselleştirme), hastanın organik temelli açıklanamayan bedensel yakınma ve belirtiler yaşaması ve ifade etmesi, bunları bir hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlaması ve çok sayıda tıbbi yardım arama davranışları eğilimi ile belirli bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (98). İlk kez Steckel tarafından 1925'te tariflenmiştir. Bu yüzyılın başlarında varsayımsal sürece atıfta bulunarak, psişik çatışmaları ifade eden fiziksel belirtiler ("bedensel belirtilere yol açan derin yerleşimli növroz") şeklinde tanımlamaktadır (99). Menninger "somatizasyon reaksiyonu" kavramını, kaygının bilinçli yaşanmasına engel olan içsel ifade biçimi olarak tanımlamış ve hipertansiyondan frijiditeye kadar değişen bir çok hastalık grubunu içeren bir sınıflandırma yapmıştır (100). Katon ve arkadaşları (1984), somatizasyonu, psikososyal ve duygusal sorunların bedensel belirtiler üzerinden açığa vurulduğu bir çeşit sıkıntı ifadesi olarak tanımlamıştır. Ford ise somatizasyon için fiziksel belirtilerin psikolojik amaçlar ya da bireysel kazançlar için bilinçdışı düzeyde kullanıldığı durumlar tanımını kullanmıştır (101). Değişik tanımlamalar içerisinde en sık tekrarlayan ifade, somatizasyonun bedensel bir hastalık ile açıklanamayan fizik belirtilerle seyrettiğidir. Psikososyal veya emosyonel sorunlar bedensel belirtilerle ifade edilir; bu belirtiler bedensel bir hastalığa bağlanarak yorumlanır ve tıbbi yardım arama yoluyla dile getirilir (17). Lipowski, somatizasyon kavramını bir hastalık veya tanısız kategori olmaktan çok, ilişkili tıbbi bulgular olmaksızın fiziksel belirtilerden yakınan hastalardaki yaşantısal, bilişsel ve davranışsal tipik özelliklerden oluşan bir seti ifade eden jenerik bir terim olarak isimlendirmiştir (98). Somatizasyon, bazı yazarlar tarafından çeşitli semptomların bireyler arasında farklı farklı algılanıp, değerlendirilmesine bağlı olarak, bu algı ve değerlendirmelere uygun davranışların gösterilmesinden oluşan ve birbiri ile örtüşen en az üç, farklı hastalık davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır (102).

Uygulama alanına geçirilen bu üç form şöyle sınıflandırılabilir:

- 1) Pek çok fizyolojik sistemde tıbben açıklanamayan şiddetli düzeydeki belirti

2) Objektif olarak belirlenen hastalıktan beklenenden daha fazla somatik aşırı uğraş ve hastalık endişesi

3) Depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların ağırlıklı olarak ya da tamamen somatik klinik belirtilerle sergilenmesi (103-105). Bunlardan ilki tıbbi olarak açıklanamayan(fiziksel belirtiler), fonksiyonel(işlevsel) somatik(fiziksel) semptomlar, 2.si somatoform bozukluklar isimleriyle tanımlanmıştır.

### **2.2.2. Somatizasyon ve Sıklıkla Eşlik Ettiği Psikiyatrik Bozukluklar :**

Yaşanan psikolojik sıkıntının bedensel ifadesi olan somatizasyon, pek çok psikiyatrik bozukluk ile birlikte görülmektedir. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan birinci basamak sağlık kuruluşlarına ayaktan başvuran 172 hastanın alındığı bir çalışmada hasta grubunda psikiyatrik bozukluğu olanların oranının bu tür belirtileri olmayanlara göre en az 2kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (106). Haftgoli ve ark .(2010)'nın İsviçre'de birinci basamağa en az bir fiziksel yakınma nedeni ile başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada bu hastalarda depresyon sıklığını %20, anksiyete bozuklukları %15.5 ve somatik bozuklukları %15.1 oranında bulunmuştur. Bu sıralama sonuçları genelde diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterir (107).

#### **2.2.2.1. Somatizasyon ve Depresyon**

Somatik belirtilerin sık görüldüğü psikiyatrik bozuklukların başında depresif durumlar gelmektedir. Somatik belirtilerin ön planda olduğu depresyonlar için “maskeli depresyon” terimi sıkça kullanılmıştır. Özellikle yaşlılık depresyonlarında somatizasyon daha da belirginleşmektedir. Bazı klinik gözlemler ve kısıtlı sayıda araştırmadan elde edilen bilgi, eskiden “involusyonel melankoli” diye adlandırılan yaşlılık çağı depresyonunda, hipokondriyak ve diğer somatik yakınmaların daha fazla olduğunu düşündürmektedir (108). DSM ve ICD sistemleri, depresif durumların tanı ölçütleri, içerisinde somatik belirtilere sıkça yer vermektedir.

#### **2.2.2.2. Somatizasyon ve Anksiyete Bozuklukları**

Anksiyete, kişinin sağlığıyla ilgili olumsuz bilişsel değerlendirmelere yol açar. Bedensel belirtilerin daha tehlikeli, uyarıcı, uğursuz olarak değerlendirilmesine sebep olur. Deneysel çalışmalarda anksiyetenin, ağrı gibi hoş olmayan duyum ve belirtilerin eşliğini

düşürdüğü ve bu duyumlara toleransı azalttığı gösterilmiştir (109). Bu sonuçlarla uyumlu olarak depresyon hastaları gibi anksiyete bozukluğu hastaları da bedenselleştirmede önemli rol oynamayan bedensel duyularını abartma eğilimindedir (110). Yaygın anksiyete bozukluğunda kas ağrıları, halsizlik, ishal, sersemlik hissi ve midede şişkinlik gibi belirtiler görülürken, panik bozukluğunun tipik belirtileri nefes darlığı, göğüste sıkışma ve ağrı hissi, terleme, boğulma hissi ve çarpıntı bedensel belirtiler anksiyetenin somatik görünümüne örnek oluşturmaktadır (111). Pollock ve arkadaşlarının 1989 yılında yaptıkları bir çalışmada DSMII'e göre agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk tanısı alan hastalarda kontrol grubuna göre önemli oranda somatik belirtilerin daha güçlü ilişkili olduğu bulunmuştur. Spinhoven ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada DSMIII-R'ye göre panik bozukluk ve distimik bozukluk tanısı alan hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek seviyede somatizasyon belirtileri gösterdikleri, majör depresyon tanısı alan hasta grubunda ise böyle bir sonuç elde edilmediği bulunmuştur (112,113).

Anksiyete ve depresyonun sıklıkla birlikte olmaları, anksiyete somatizasyon ilişkisini değerlendirmede karışıklığa sebep olur. Bununla birlikte, çeşitli çalışmalar nörotik hastalarda somatik belirtilerin anksiyete ile bağlantısının depresyondan daha güçlü olduğunu göstermektedir (112). Bridges ve arkadaşları somatizörlerin daha anksiyöz, psikolojize edenlerin ise daha depresif olduklarını öne sürmüşlerdir (113).

Teşhis edilmemiş veya yanlış tanı konmuş kaygı, eşlik eden tıbbi durumlar kontrol altına alındıktan sonra bile, sağlık hizmetleri kaynaklarının yüksek kullanımı ve aşırı sağlık masraflarının artmasına yol açar (114). Bedenselleştiren kaygılı hastalar, gereksiz testler veya işlemlerden geçebilir ve uygun bir psikiyatrik konsültasyon istenmeden veya teşhis konmadan önce çeşitli tıbbi uzmanlara yönlendirilebilirler. Bu gereksiz tıbbi müdahaleler nedeni ile semptomların tedavisi gecikebilir (115). Bu nedenle, bu hasta grubunda anksiyetenin hızla tanınması ve tedavisi, bu bozuklukla ilişkili toplam maliyetin düşürülmesine yardımcı olacaktır. Somatizasyon, depresyon ve anksiyete bozuklukları dışında somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile de yakın ilişkiindedir.

### **2.2.3. Tarihçe:**

Hekimler 4000 yıldan beri hastalarının açıklanamayan fiziksel belirtileriyle ilgili organ sistemlerindeki bozukluklara odaklanmıştır. Hipokrat ve eski Yunan tıbbı, birçok

hastalığa "uterusun yer değiştirip, başka organların yerini almasının" neden olduğunu ileri sürülmüştür (116). Histeri, hareketli uterusla benzer anlam ifade etmektedir. Hipokrat ve Galen, bir çok fiziksel belirtinin cinsel doyumsuzluğa bağlı dürtüsel gerilime bağlı olduğunu savunmuşlardır (117). 18. yüzyılın sonlarına kadar "histeri", "hipokondriyazis" ve "melankoli" benzer olgular olarak tanımlanmıştır (98). "Histeri", 19. yüzyılın ikinci yarısında Briquet, Charcot, Janet, Freud'un çalışmaları ile önem kazanırken, Charcot, öncülüğünde yaygınlaşan "nevrasteni" kavramı kullanılmıştır (118). Bir psikonöroz olan konversiyon histerisinde çocukluk dönemindeki fanteziler ve dürtülerin bilinçdışı çözülmesi söz konusudur. Yani konversiyon histerisi temelde psişiktir ve belirtileri infantil cinsel dürtülerin ifadesi olarak yorumlanabilir. Diğer yandan nörasteni, aktüel nöroz olarak değerlendirilir ve cinsel doyumsuzluğa bağlı dürtüsel gerilimden kaynaklanır (119). Freud'un anksiyete durumlarını, fobileri ve obsesyonları tanımlamasıyla, nevrasteni tanımı DSM sisteminden çıkarılmıştır. Yerine çoklu somatik belirtilerle giden, stabilitesi ve gözlemciler arası güvenilirliği yüksek olan "Somatoform Bozukluklar" terimi ilk kez 1980 yılında DSMIII'e girmiştir (120). "Somatoform bozukluklar" kavramı metnin ilerleyen kısımlarında detaylı olarak bahsedilecektir.

#### **2.2.4. Belirtiler ve Epidemiyoloji:**

Bilinen herhangi bir hastalık tanısı ile bağlantı kurulamayan somatik belirtiler, tıbben açıklanamayan belirtiler (TOAB), birinci basamakta yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalarda toplum içerisinde en sık görülen somatik belirtilerin baş ağrısı yorgunluk ve karın ağrısı olduğu bildirilmektedir (121).

Birinci basamak hastalarının başvurusu yakınmaları içerisinde tıbben açıklanamayan belirtilerin yaygınlığı ise %19-57.5 arasında değişmektedir. İngiltere'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda hastaların tıbbi olarak açıklanamayan belirti yaygınlığının incelendiği bir çalışmada hastaların 4te 1'inde açıklanamayan kronik ağrı, irritabl barsak sendromu ve kronik yorgunluk belirtileri saptanmıştır (31) . İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada gastroenteroloji, kardioloji ve nöroloji kliniklerine başvuran ve değerlendirme sonrası tıbbi olarak açıklanamayan yakınmaları bulunan hastaların oranı sırasıyla %53, %42 ve %32 olarak bulunmuştur (122). İskoçya'da nöroloji kliniklerinde yeni başvuran 300 hastanın alındığı bir çalışmada tıbben açıklanamayan semptomları olan hastaların oranı %30 olarak bulunmuştur ve bu hastalarda

önemli oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu saptanmıştır (123).Çok sayıda tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler gösteren 172 birinci basamak hastasının alındığı bir çalışmada, tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastalarda mevcut psikiyatrik bozukluk oranı 2kat daha sık bulunmuştur (106).

Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalar artmış bedensel belirtileri nedeni ile daha fazla tıbbi yardım hizmetlerini kullanma eğilimindedirler gereğinden fazla tıbbi inceleme ve tedaviye maruz kalabilmektedirler. Kadın ve erkek cinsiyet karşılaştırıldığında, bir çok çalışmada kadınların daha fazla tıbben açıklanamayan belirti nedeni ile doktora başvurdukları, bunun yanısıra diğer araştırmalarda genç yaşta, eğitim ve gelir düzeyi düşük gruplar arasında daha sık görüldüğü bildirilmiştir (126-128). Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağı'na başvuran 400 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada, açıklanamayan bedensel belirti sayısının kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görüldüğü ifade edilmiştir (124). Erkeklerde daha düşük oranda somatizasyon görülmesinin nedeninin psikolojik sıkıntı halini kabul edilmeyişi ve tıbbi yardım aramakta isteksizlikle ilişkin olabileceği düşünülmektedir (125). Yapılan çalışmalarda da ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın olmadığı ve ruh hastalıklarının stigmatize edildiği toplumlarda somatizasyonun daha sık görüldüğü belirtilmekle birlikte, kültüre duyarlı araştırmalarda somatizasyonun evrensel olduğu her toplumda her kültürde görülebileceği, fakat somatizasyon görünümlerinin toplumdan topluma değişebildiğini ortaya konulmaktadır (126). Türkiye'de somatizasyon prevalansı ile ilgili yapılmış pek fazla araştırma yoktur. Almanya, İsveç, Danimarka gibi Avrupa ülkelerine göç etmiş Türkler ile yapılan çalışmaların sonuçlarında, Türk göçmenlerde depresif belirtileri somatize etme eğiliminin ve tıbben açıklanamayan belirtilerin daha fazla görüldüğü sonucu bulunmuştu (132,133). Türkiye'de yapılan Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında ICD-10 tanı kriterlerine göre somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %0.2 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %0.4 olarak belirtilir iken, erkeklerde somatizasyon bozukluğu tanısı konulamamıştır (124).

#### **2.2.5. Sınıflandırma:**

Klinik pratikte, tedaviyi düzenleme ve prognozu tahmin etme açısından faydalı olabilecek somatizasyon için farklı formların tanınmasını sağlayan sınıflandırma yöntemleri önerilmiştir:

1) Lipowski (1988) pratik uygulamada birlikte kullanılmak üzere somatizasyonu geçici ve süreğen/kalıcı olarak 2'ye ayırmıştır:

a) Geçici somatizasyon: Genelde yas gibi stresli bir yaşam olayına tepki olarak ortaya çıkar ve sıkıntının azalması ya da hekimin hastaya önemli bir hastalığının olmadığına dair güvence vermesi sonucunda iyileşir, semptomlar fiziksel bir hastalığın varlığına işaret etmez.

b) Süreğen somatizasyon: Genellikle kronik, yaşam boyu süren, sağlık sistemi üzerinde ciddi bir yük oluşturan ve hastada değişen derecelerde yeti yitimine neden olan bir durumdur (127).

2) C.F.Michea primer ve sekonder form somatoform bozukları tanımlamıştır:

a) Tek sorun somatoform bozukluk olduğunda veya eş veya açıklanamayan fiziksel semptomlardan sorumlu ise primer form.

b) Diğer bozukluklar somatoform bozukluklardan önce başlamışsa ve fiziksel semptomların diğer bozukluklara bağlı olduğu düşünülüyor ise sekonder formdur (128).

3) Colninger ve arkadaşları 1984'de yetiyitimi şiddeti ve somatik şikayetlerin çeşitliliği açısından 2 ayrı form tanımlamışlardır:

a) Yüksek frekanslı somatizasyon; En çok karın ve sırt bölgesini tutan az sayıda fiziksel belirti ve daha yüksek sıklıkta somatik semptomlar ve daha fazla yetiyitimi ile karakterizedir,

b) Diversiform somatizasyon: Fazla sayıda ve çeşitlilikte somatik yakınmalar ve daha az yeti yitimi ile karakterizedir (129).

4) Escobar 1987' de kısaltılmış, özetlenmiş somatizasyon kavramını önermiştir. Buna göre erkekler için SSI'de (Somatik Semptom Envanteri) yer alan 4, kadınlar için ise 6 somatik belirti somatizasyon tanısı için yeterlidir. Bu belirtiler DSMII-R deki 35 somatizasyon belirti listesindeki belirtileri kapsamaktadır (130).

5) Kroenke ve arkadaşları 1998'de farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısına alternatif olarak mutisomatoform bozukluk tanımını geliştirmişlerdir. 1.basamakta mental

bozuklukların değerlendirilmesi anketi(PRIME MDS) somatoform modulundeki 15 rahatsızlık verici fiziksel yakınmadan 3veya daha fazlasının bulunması, en az 2 yıl boyunca devam eden kronik somatizasyon öyküsü varlığı ile tanı konulmaktadır. Bu form fonksiyonel bozulma, psikiyatrik eştanı ve sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili olarak somatoform bozukluk ve kısaltılmış ,özetlenmiş somatizasyon bozukluğu arasında yer almış bir kavram olarak öne çıkmaktadır (131).

6) Kirmayer ve Robbins birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaptıkları gözlemler sonucunda somatizasyonu üç grupta toplamıştır:

a) İşlevsel (Fonksiyonel) somatizasyon: Kadınlarda organik bir nedene bağlanamayacak en az 6, erkeklerde en az 4 çoğul somatik yakınma ile ortaya çıkan,

b) İkincil (Presenting) Somatizasyon: Depresyon ve anksiyetenin temel belirtisi olarak görülen,

c) Hipokondriyak somatizasyon: Hekimin güvencesine rağmen bedensel yakınmaların ciddi bir hastalığa atfedilmesi (105).

### **2.2.6. Etiyoloji:**

Somatizasyonun etiyojisi tam olarak bilinmemekle beraber, oluşmasında psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerin bir birleşimi olduğu düşünülmektedir.

#### **2.2.6.1. Genetik:**

Bu konuda yapılan çalışmalar, genetik veriler az olsa da ikiz ve evlat edinme çalışmalarının sonuçlarına göre kısmen kalıtsal bir temel taşındığı düşünülmektedir. Evlat edinme çalışmaları hem genetik hem de çevresel faktörlerin önemine işaret etmektedir. Bir çalışmada monozigot ikizlerde %29, dizigotik ikizlerde %10 konkordans gösterdiği belirtilmiştir (132) . Bazı araştırmalarda, somatizasyonu olan kadın hastaların biyolojik babalarında alkol bağımlılığı bulunduğu ya da saldırgan suçlar işledikleri gösterilmiştir (133, 134). Benzer araştırmalarda da somatizasyonun, sosyopati, alkolizm ve madde bağımlılığı ile birlikte görüldüğü belirtilmiştir (135).



### 2.2.6.2. Biyolojik Etmenler:

Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda yapılan uyarılmış potansiyel çalışmaları ilişkisiz afferent uyarımların filtre edilemesinde yetersizlik olduğunu ortaya koymaktadır (136). Somatize eden hastalarda yapılan bilişsel performans testlerinde, semantik bellek, sözel epizodik bellek ve görsel uzamsal ve dikkatle ilişkili görevlerde kontrollere göre daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur (137). Rief ve arkadaşlarının somatizasyon sendromunda fizyolojik reaktivitenin incelendiği çalışmasında kalp hızı yavaşlaması ve yeniden hızlanmasının kontrollere göre daha belirgin olduğu bulunmuştur. Bu sonuçların hastalarda alışma becerisi bozukluğu sonucu olabileceği savunulmuştur (138). Bir *SPECT* (Single Photon Emission Computed Tomography – Tek Foton Emisyonlu Tomografi) çalışmasında 11 somatizasyon bozukluğu tanısı olan hastaların 7'sinde farklı beyin bölgelerinde hipoperfüzyon alanları saptanmıştır (139). Hakala ve arkadaşlarının somatizasyon bozukluğu ve ayrışmamış somatoform bozukluğu bulunan kadın hastalarla sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları PET çalışmasında, hasta grupta her iki kaudat çekirdek, sol putamen ve sağ presantral girusta azalmış glukoz metabolizması olduğu gösterilmiştir. Aynı hastalar üzerinde MRI ile yapılan hacim araştırmasında ise hasta grubun her iki kaudat çekirdeğinde hacim artması olduğu bildirilmiştir (140), (141).

Somatizasyonda immünolojik özelliklerin depresyon tanılı hastalarla karşılaştırıldığı bir çalışmada Klara protein skorları somatizasyon hastalarında yüksek seviyede bulunur iken, serum IL-6 seviyeleri kontrol ve depresyon hastaları grubuna göre düşük seviyede bulunmuştur (142). Somatoform bozuklukların psikobiyolojik yönlerinin araştırıldığı bir çalışmada, somatoform semptomları olan hastalarda azalmış kan triptofan seviyeleri olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç muhtemelen somatizasyonda bir monoaminerjik verici sisteminin değişikliğini yansıtır olabileceğini düşündürmektedir (143).

Çevresel etkilerle (stres verici yaşam olayları) ya da yapısal yatkınlık nedeniyle bazı bireylerde ortaya çıkan fizyolojik etkinlikteki artış çok sayıda bedensel belirtinin oluşumuna yol açabilir. Yatkın bireylerde bu belirtilerin somatizasyona neden olabileceği öne sürülmüştür. Bu fizyolojik etkinlik artışında rol oynayan düzenekler; düz kas ve çizgili kas etkinliğinin aşırı artışı, endokrin salgı ve kan akımı değişiklikleri, otonom aşırı uyarılmışlık, santral sinir sistemi uyarılmışlık düzeyini idiyosenkrazik bir yükseltme (augmentasyon) eğilimidir (144).

### **2.2.6.3. Psikososyal Etkenler:**

Somatizasyonun yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olarak üç ana bileşeni vardır. Kişilerin bedenlerine ilişkin algıladıkları duyuların varlığı yaşantısal, bunların yorumlanması ve bir fiziksel hastalığa atfedilmesi bilişsel, tıbbi yardım arama çabası da davranışsal boyutları oluşturmaktadır. Birçok çalışmada bedensel duyuların algılanmasında öğrenmenin rolü olduğu belirtilmektedir. Kişinin yetiştiği aile veya toplumda somatizasyonun genel kullanımının yaygın olması da sendromun ortaya çıkışı açısından yatıklaştırıcı olabilir. Davranışsal kurama göre ana-babanın davranışları ve aile içi tutumları çocuklarda somatizasyon pekiştirebilmekte, kendilerini ifade biçimi olarak bedensel belirtileri kullanmalarına yol açmaktadır. Somatizasyon bozukluğu(SB), somatik belirtilerin var olan sıkıntıyı ifade etmek ve psikososyal sorunlarla baş etmek için kullanıldığı uzun süreli durumlarda daha kolay ortaya çıkar. SB olan kadınların arasında çocukluk çağı istismarının daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar da bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Bazı nedenlerden dolayı kimi hastaların duygularını ifade etmek için duygusal dil kullanımını hiç öğrenemedikleri ve daha çok bedensel dili kullandığı iddia edilmektedir (124).

### **2.2.6.4. Algısal etkenler:**

Bedenselleştiren hastalar, semptomlarının belirgin bir biyolojik temeli olmadığı halde, bunları “gerçek” olarak algırlar, yani çıkardıkları semptomları bedenlerinde gerçekten hissederler (98). Son yıllardaki araştırmalar, semptom çıkarmada algılama sürecini etkileyen etkenler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bedene ait duyular algılama süreci sırasında birçok iç ve dış etkilerden etkilenmektedir.

### **Bedensel Duyuların Abartılı Algılama (Amplifying Perceptual Style):**

Barsky ve arkadaşlarına (1988) göre, bedenselleştiren ya da hipokondriak (hastalık hastası) hastalar bedenlerinde ortaya çıkan gelip-geçici bedensel semptomları ya da duyularını seçerek algıladıktan sonra abartmakta ve bedensel belirtileri olarak yorumlamaktadırlar. Bedensel duyuların abartmanın üç ögesi vardır: 1) Bedensel duyulara artmış dikkat ve bedene karşı aşırı uyanıklık 2) Bazı zayıf ve seyrek olan duyulara odaklanma eğilimi 3) Bedensel duyuların hastalık belirtisi olarak rahatsız edici ve tehlikeli olarak algılma (110). Bedensel durumların abartılı algılanması somatizasyon

durumlarında görülmesine rağmen bu durumlara özgül değildir, diğer anksiyete, nevrozizm, depresyon, aleksitimi gibi faktörlerden etiklenebilir (145).

İlk kez 1967'de Sifneos tarafından tanımlanan aleksitimi kavramı, duygular için sözcüklerin olmaması anlamına gelen “a (lack) -l exis (word) – thymos (emotion)” sözcük dizisinden oluşmaktadır. Aleksitimi dilimize ise “duygular için söz yokluğu” olarak çevrilmiştir (146) (147). Psikosomatik hastalığı olan kişiler üzerinde yapılan araştırmaların sonucunda, aleksitimik bireylerin bedensel duyumlara daha fazla odaklandıkları ve onları büyüttükleri, bu nedenle daha çok somatik yakınma bildirdikleri düşünülmektedir. Özellikle aleksitiminin duyguları tanımlama ve bedensel duyumlardan ayırma boyutunun somatizasyonla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (148). Sayar ve arkadaşları somatizasyonun yordayıcılarını araştırdıkları 100 depresyon hastası üzerinde yaptıkları çalışmada ise, bedensel duyumları büyütmenin anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinden bağımsız olarak, depresyona eşlik eden somatizasyonun yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır (149). Bu bulgularla tutarlı olarak Barsky ve arkadaşları bedensel duyumları büyütme ile depresyon arasında kuvvetli ilişki saptanmış iken, Muramatsu ve arkadaşları ise zayıf bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır (110),(150).

Depresyon tanısı alan hastaların bedensel duyumları büyütme skorları, kontrol grubuyla karşılaştırıldığı başka bir çalışmada bu iki grup arasında bedensel duyumları abartmada anlamlı bir fark bulunmamıştır (151).

#### **2.2.6.5. Hastalık Davranışı:**

Hastalık davranışı kavramı 1972 yılında ilk kez Mechanic tarafından kullanılmıştır. Klinik bağlamda, hastanın semptomlarını algılaması, değerlendirmesi, belirtileri ile ilişkili, davranışlarını tanımlamaktadır. Hastalık davranışı, bir kişinin, hasta olduğu ya da hissettiği zaman yatağa gitmek, ilaç almak, doktora gitmek ya da acillere başvurmak gibi davranışlar göstermesi anlamına gelir, hastalık belirtileri nedeni ile işte çalışmamak, fiziksel aktivitelerden kaçınmak, aile bireyleri ve diğer önemli kişilere semptomlarını ifade etme biçimi klinik özelliklerini kapsamaktadır (152). Parsons'a göre hasta statüsünü işgal eden kimse sıradan sosyal rollerini yerine getiremediği için sapkın olarak düşünülür. Parsons öncelikle birbirine bağlı sosyal roller sistemiyle ve toplumdaki durağanlığı ve dengeyi açıklamakla ilgilenmiştir. Sosyal sistemin dengesi, bireylerin toplumda kendine düşen rolü oynamasına bağlıdır. Bu nedenle insanlar sosyal ilişkilerinde güçlü bir şekilde görev ve

sorumluluk duygusu ile motive edilmek zorundadır (153). Williams, hastalar ve hekimler arası ilişkideki değişimler tıbbi otoritenin aşınması, son 10 yılda hastaların giderek daha fazla doktor değiştime davranışlarını anormal hastalık tutumları açısından ele almıştır (154). Miczoise sosyal normlardan ziyade hastalık tutumu ve yardım arama davranışları üzerine odaklanmıştır. Pilowsky, anormal hastalık davranışının, sosyal bilimler kavramlarından yola çıkarak, semptomlara yetersiz ya da aşırı yanıtlar ile karakterize sendromlar olduğuna, hipokondriyazisten hastalık inkarına kadar değişen spektrumda görüleceğine işaret etmiştir. 3 özelliğine dikkat çekmiştir.1-Semptomlar psikolojik olmaktan çok somatiktir 2-Hastalığı onaylama davranışları ya da reddetme vardır 3-Motivasyon bilinçsiz olmaktan ziyade bilinçli şekilde gerçekleştirilir (155). Hastalık onaylama davranışlarının en sık formları, somatizasyona bağlı bozukluklar, hipokondriyak korku ve inançlar ve yapay bozuklukları içerir.

İnkâr, pek çok bilişsel stratejiyi yansıtır. Bireyin düşünmekten kaçınması, daha iyi sonuçlar için alternatif açıklamalar getirilmesini gerektirir. Emosyonel sıkıntının inkarı erkeklerde daha yaygındır. Bu da yardım arama davranışları ve klinik olarak tanı konulmasını geciktirir Hastalık inkarı veya hafife alınması ise yaygın bir klinik sorundur. Çalışmalarda kanser hastalarında, kardiyolojik ve diğer hastalarda hastalık inkarı tedavi başvurusunda gecikme, tedaviye uyum sorunları gibi pek çok olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (156) (157).

Bireyin hastalığa yönelik tutum ve davranışları, semptomların önceki deneyimleri, normalleştirilmesi ya da normalleştirilmemesi şeklindeki atıflarla, semptomların doğasına ilişkin sosyokültürel inançlar ve bu inançlara verilen uygun cevaplar tarafından belirlenmektedir. Hastalığın şiddeti yanısıra, kişisel ve sosyal faktörler de anksiyete ve depresyon gibi durumlar dahil yakın ilişki içerisindedir (158),(159).Bir çok yazar hastalık davranışı ve somatizasyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu savunmuştur (98),(160). Çalışmalar bu hastalarda sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımı ile somatizasyon ve hastalık davranışları arasındaki güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (161-163). Bununla birlikte bazı çelişkili çalışma sonuçları vardır. Hiller ve arkadaşlarının 2004 yılındaki çalışmalarında sağlık hizmetlerini daha fazla kullanan kişilerin ortalama kullanıcılara göre ifade ettikleri somatik belirti sayısında anlamlı oranda farklılık olmadığı bulunmuştur. Ancak daha fazla sağlık hizmeti kullananların ortalama kullanıcılara göre daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur (164). Bu sonuçlar, somatizasyonda büyütme ve

ilişkilendirme gibi bilişsel süreçlerin ve davranışsal öğelerin somatik semptomlar üzerine etkili olduğunu desteklemektedir (145).

Tedavide yakın zamanda yapılan çalışmalarda bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) hastalık davranışlarını değiştirmeye yönelik etkinlikleri gösterilmiştir. 6 oturumlu BDT hipokondriyak semptomları azaltmada etkin olduğu bulunmuştur. Takip eden 12 ayda yetiyetimini azalttığı gösterilmiştir. Yatan hastalarda BDT ve relaksasyon tekniklerinin 1 yıllık takipte önemli oranda klinik yarar sağladığı ayrıca somatik odaklanılmış grup terapilerinin doktor başvurularını azalttığı gösterilmiştir. Bu hastaların çoğu birinci basamak sağlık kuruluşlarına çoklu somatik yakınmalar nedeniyle başvurumaktadırlar. Bu durum tedavinin bu kuruluşlara entegre edilmesini gerekli kılar. Hasta ziyaretleri sırasında bakım önerileri, tıbbi güvence sağlama , gereksiz tetkik ve müdahalelerden kaçınılması hastalarda fiziksel fonksiyonları iyileştirmektedir. SSRI'lar dahil antidepresan tedaviler hipokondriyazis ve beden dismorfik bozukluğu için faydalı ajanlardır ancak diğer somatoform bozukluklarda faydalarına işaret eden az sayıda kanıt bulunmaktadır. Antidepresanlar, majör depresyon ile ilişkili somatik semptomları azaltmada etkindirler ve bu sonuç somatik amplifikasyon parametrelerinde düşme ile gösterilmiştir (165).

#### **2.2.6.6. Nörotisizm ve Olumsuz Duygulanım (Negatif Affektivite)**

Son yıllarda somatik semptom çıkarmada rol oynayan kişilik özellikleri incelenmeye başlanmıştır. Bir çok çalışmada artmış bedensel belirtilerin yüksek nörotisizm seviyeleri, aleksitimi ve olumsuz duygulanım ile ilişkisi gösterilmiştir (166). Nörotisizm, negatif duyguları yaşamaya yatkınlık, yetersiz başa çıkma tutumları, tatminsizlik, kendi başarısızlık ve eksiklikleri ile uğraşma eğilimi gibi özelliklerle karakterize bir kişilik özelliğidir (167). Bu kişilik ölçümünden yüksek puan alan hastalar daha fazla olumsuz duygu (örneğin öfke, depresyon, anksiyete) zaman içinde daha fazla olumsuz yaşam olayları bildirmekte ve olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarında daha kolay birinci eksen psikiyatrik bozukluk geliştirmektedirler (168, 169). Aleksitimi ise, duyguları belirtme tanıma ve ayırımında yetersizlik ile tanımlanan somatizasyon için yatkınlaştırıcı bir faktör olarak dikkat çekmektedir (170). Aleksitimi, bireyin olumsuz duygulanım yaşamasına yatkınlık oluşturan savunmasızlıkla ilişkili bir faktör olarak ele alınabilir ve bu durum medikal olarak açıklanamayan semptomlara neden olur (171). Bazı yazarlar aleksitiminin olumsuz duygulanımdaki artışa yol açan altta yatan mekanizmanın duygu

işlemedeki yetersizliğin zayıf duygu düzenlenmesine neden olduğunu savunmuşlardır (148). Bununla birlikte olumsuz duygulanımın aleksitimi seviyelerinin yükselmesine neden olabileceğini de ileri süren çalışmalar vardır (172).

#### **2.2.6.7. Psikanalitik Kuram**

Geçen yüzyılın başlarında somatizasyonu ilk kez kullanan Stekel, altta yatan derin bir nevroz nedeniyle kişinin duygusal sorunlarını beden diliyle ifade etmesi ve çoğu kez sembolik bir anlam taşıyan bir iletişim yöntemi olduğundan söz eder. Yadsıma, yer değiştirme ya da mantıksallaştırma ile birlikte somatizasyon, bir savunma düzeneği olarak kişinin var olan duygusal sorunlarının yerini bedensel belirtilerin almasını ve kişinin tolere edilemeyen çatışmalar yerine bedensel duyuları ile uğraşmasını sağlamaktadır. Belirtiler, sorumluluktan kaçmak, duyguları ifade etmek ya duyguları veya bir inancı sembolize etmek amacıyla geliştirilmiş bir sosyal iletişim yolu olarak yorumlanmaktadır. Psikanalitik bakış açısına göre somatik belirtiler, bastırılmış dürtüsel impulsların yedekleri olarak ortaya çıkmaktadır ve egonun bu dürtüsel güçlerle uzlaşmasının sonucudur (124).

Bugün bile klasik kitaplarda îmmatür savunma düzenekler arasında yer alan somatizasyon terimi “psşik ürünlerin bedensel belirtilere döndürülmesi ve psikişik görünümüne yerine bedensel olanlarla tepki göstermeye eğilim’ olarak tanımlanmaktadır .” Bu bozukluk aynı zamanda suçluluğa, doğuştan beri kötü olduğu duyumuna, düşük benlik saygısının ifadesine ve kendisiyle aşırı uğraşmaya karşı da bir savunma olarak görülebilir. Ağrı ve bedensel acı böylece bir kefaret ve ceza ödeme anlamına gelir ve geçmişteki(gerçek ya da hayali) hatalar hak edilmiş bir ceza, kötülük günahkârlık duygusu şeklinde yaşanabilir (173).

Başlangıçta, daha önce bahsettiğimiz histeri nevrozu ile eş anlamlı olarak kullanılır iken, Freud histerik nevroz ve aktüel nevrozları ayırt ederek altta yatan mekanizmaların histerik nevrozda çocukluk dönemindeki fanteziler ve dürtülerin bilinç dışı çatışmalarından kaynak aldığı, nevrasteni ve hipokondriyazis gibi aktüel nevrozların ise cinsel doyumsuzluğa bağlı dürtüsel gerilim olduğunu savunmuştur (174).

## **2.3. Psikosomatik Hastalıklar ve Somatizasyon:**

### **2.3.1. Psikosomatik Hastalıklar**

Psikosomatik sözcüğü Yunancada ruh anlamına gelen "psyche" ile beden anlamına gelen "soma" kelimelerinin birleşmesinden oluşmuştur. Psikosomatik hastalıklar ise ruhsal alanın bedensel hastalıklara etkisi olarak tanımlanmaktadır. Etkenleri tam olarak belli olmayan ancak, psikolojik alanın rolü gerçek olan ve bütün sistemleri ilgilendiren bedensel rahatsızlıklardır (175). Psikosomatik hastalıklarla ilgilenen Psikosomatik tıp ise 50 yılı aşkın süredir psikiyatri alanında özel bir ilgi konusu olmuştur.

En azından halk arasında bugüne kadar tıbbi yakınmalarının hiçbir fiziksel nedeni olmayan kişileri ve 'bunların tümü kafadadır' diye anılan hastaları tanımlamak için kullanılagelmiştir. Bu kısmen yanlış kavramsallaştırma nedeniyle 1980'de, DSM'de yer alan psikofizyolojik (veya psikosomatik) terimi kaldırılmış, yerine tıbbi durumları etkileyen psikolojik etkenler terimi konulmuştur ve bu terim en son baskıda (DSM-5) dahil olmak üzere, sonraki baskılarda da bir daha yer almamıştır. Yine de bu terim araştırmacılar tarafından ve psikiyatri alanında önemli dergilerin başlığı olarak kullanılmaya devam etmektedir (Örneğin Psychosomatic Medicine, Psychosomatics, Journal of Psychosomatic Research). 2003 yılında Amerikan Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu psikosomatik tıp uzmanlık alanını onaylamıştır. Bu karar, bu alanın önemini vurgulamış ve ayrıca psikosomatik teriminin yaygın olarak kullanımını yeniden gündeme getirmiştir.

Sigmund Freud, psyche ve soma kavramlarını bir araya getiren en önemli kuramcıdır. Zihinsel bozukluklar ve bedensel bozuklukların meydana gelmesinde duyguların önemini ortaya koymuştur. Freud'un erken psikoanalitik formülasyonunda, bedensel döndürme tepkisinde ruhsal belirlemeciliğin (psişik determinizmin) rolü etraflıca açıklanmıştır. 20.yüzyılın başlarında, pek çok araştırmacı, Freud'un bu kavramsal anlayışından yola çıkarak, ruh ve bedenin karşılıklı ilişkisinin anlaşılmasını genişletmeye çalışmıştır.1927'de Karl Abraham tarafından, bazı çözülmemiş pregenital dürtülerin erişkin organ dokusu üzerine etkisi olduğu idda edilmiştir.1926'da Sandor Ferenczi tarafından otonom sinir sistemi kontrolündeki organlarda döndürme tepkisi fikrinin uygulanabileceği ve 1929'da Georg Groddeck tarafından ateş ve kanamaya sembolik bir anlam yüklenebileceği ileri sürülmüştür.

Bedensel belirtiler, daha önceleri baskın olarak nörolojik belirtiler(örneği histerik paralizi) şeklinde kendisini gösterirken, 20.yüzyılda yerini yorgunluk ve kronik ağrı gibi diğer belirtilere bırakmıştır. Edward Shorter bu değişikliği 3 nedene bağlamaktadır :1-tıbbi tanı tekniklerinde olan gelişmeler sayesinde nörolojik hastalıkların organik nedenleri daha kolay ayırt edilebilmektedir. 2-santral sinir sistemi paradigması gözden düşmüştür. 3- sosyal roller değişmiştir (örneğin zayıf kadınlarda bayılma nöbetleri ve paralizi belirtileri görülmesi gibi tarihsel kavramların ortadan kalkması) . Histerik nörolojik belirtiler 21.yüzyılda daha az sıklıkta görülmesine rağmen, kronik ağrı ve yorgunluk belirtilerinin santral sinir sistemi açıklaması önem kazanmıştır. Örneğin, işlevsel beyin araştırmaları fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendromu olan bazı hastalarda beyin disfonksiyonu ve muhtemel genetik etkilerin olduğunu göstermiştir. Bu sendromlar, bazı araştırmacılar tarafından halen bedenselleştirme türleri olarak düşünülse de günümüzde tıbbi tanıları yapılmaktadır.

Psikosomatik tıp pratiği, erken dönemdeki kökeninden bu yana önemli ölçüde gelişmiştir ve bedensel sağlık bakımı sistemlerinde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara odaklanmıştır. Bu ilerleme büyük ölçüde, tıbbi hastalıkların karmaşıklığının artması ve tıbbi hastalıklar ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması ve zihin ile bedenin bütüncül olarak değerlendirilmesine yönelik anlayışın ön plana çıkması sonucu olmuştur. Bugün bu durumun önemli bir sonucu, psikosomatik tıbbin yan dal olarak kabul edilmesi gerekliliğini doğurmaktadır (173).

Özelleşmiş çeşitli kliniklerde görülen psikosomatik sendromlar; gastroentolojide irritabl barsak sendromu, ülseratif olmayan dispepsi, jinekolojide premenstürel sendrom, kronik pelvik ağrı, romatolojide fibromiyalji, kardiyolojide atipik veya kardiyak kökenli olmayan göğüs ağrısı, göğüs hastalıkları kliniğinde hiperventilasyon sendromu, enfeksiyon hastalıkları kronik yorgunluk sendromu, nörolojide gerilim tipi baş ağrısı, diş hastalıkları temporo mandibular eklem disfonksiyonu, atipik yüz ağrısı, kulak, burun boğaz globus sendromu ,alerji kliniklerinde çoklu kimyasal duyarlılık sendromu olarak listelendirilebilir (176).

Psikosomatik hastalıklar, modern yaşam biçiminin ve önemli sistemlerin değişiminin bir sonucudur dolayısıyla insidansı dünya çapında hızla artmaktadır, özellikle batı toplumlarında enfeksiyöz veya beslenme nedenlerinden ötürü sağlık



durumunda bozulma ile bağlantılı bulunmuştur. Daha önce vurgulandığı gibi devam eden stresli durumlardan kaynaklanır. Stres, vücudun çevreden gelen stres verici uyarılara karşı nonspesifik biyolojik yanıtlardır. Strese yanıtta özellikle nörohormonlar, hormonlar, özellikle katekolamin ve kortizol, pek çok metabolik ve fizyolojik değişimlere yol açar. Bu yanıt belirli bir sınırı geçer ise vücutta geri dönüşümsüz değişiklikler ve psikosomatik bozukluklar ortaya çıkar. Örneğin; baş ağrısı ,hipertansiyon ,sindirim sistemi sorunları ve psikojenik impotans gibi. Şimdilerde bireyin genetik olarak belirlenmiş kişiliği psikosomatik hastalıkların gelişiminde büyük bir öneme sahip olduğu görüşü ön plana çıkmaktadır. Muhtemelen bir bireyin belirli bir organ organ ya da sistemlerdeki genetik açıdan zayıflığı psikosomatik hastalıklar gelişmesinde bireysel katkı sağlamaktadır (177). Fonksiyonel somatik sendromlardan birine sahip olma, diğerlerine veya işlevsel ruhsal bozukluklar olan depresyon veya anksiyete bozukluğuna sahip olma riskini artırır. Örneğin, FMS ve kronik yorgunluk sendromlu hastalarda ortalama diğer sağlıklı kişilerden daha fazla oranda irritabl barsak sendromu veya atipik göğüs ağrısına yakalanma olasılığı vardır (178).

Hastanın somatik yakınmalarının mutlak bedensel hastalık olarak algılanması ve psikiyatri dışı hekimleri ilgilendirdiği düşüncesi, psikolojik yakınmalarının da ruhsal hastalık anlamına geldiği ve ruh sağlığı uzmanlarının ele alması gerektiği anlayışı zihin-beden dualizmini perçinlemektedir. Değerlendirme biyopsikososyal tüm boyutları kapsamalıdır. Değerlendirmede hastanın yaşı, zekâ düzeyi, hastalık süresi, içgörü düzeyi, fiziksel hastalığın doğası, çevresel stres ve hastanın kişilik yapısı beraberce göz önüne alınmalıdır. Çevresel streste aile yapısı özellik arz etmektedir. Aile içi dinamikleri ayrıntılı şekilde irdelenmelidir (179).

Psikosomatik hastalıkların tedavisine yönelik olarak benimsenen psikomedikal yaklaşımda hastalık ya da somatik yakınma üzerinde değil, biyopsikososyal bir varlık olarak hasta birey üzerinde odaklaşma vardır. Tıbbi ve psikiyatrik yönden tedavi edilmesi gereken hastalık grubu olarak tanımlanan psikosomatik hastalıklarda tıbbi tedavi, fizyolojik yönden hastalığın tedavi edilmesine yönelikken, psikiyatrik tedavi psikobiyolojik ve psikolojik-psikoterapötik şeklinde tedavinin ikinci dalını oluşturmaktadır. Psikosomatik bozukların tedavisinde psikofarmakoloji, giderek daha yaygın bir şekilde kullanılan, genç ve hızla ilerlemeler kaydedilen bir disiplindir. Daha önce etkinliği araştırılan tedavilerde, biyokimyasal, fizyolojik, biyofiziksel, psikolojik ve

klinik yaklaşımların etkinliği bildirilmiştir. Psikosomatik tıp biyopsikososyoekolojik yaklaşımların arasında köprü görevini üstlendiğinden bu tedavi yaklaşımlarının bir arada kullanılması da psikiyatri ve psikosomatik tıp arasında köprü görevi görmektedir. Tedavi yöntemleri arasında yoga, medikasyon, diyet terapisi, hipnoz ve bilişsel davranışçı terapi yer almaktadır. Bilişsel-davranışçı terapi ve stres yönetimi yaklaşımlarından sonra, klasik psikanaliz tedavisi de bu hastalarda çok yararlı olarak bildirilse de, tedavinin çok uzun zaman sürmesi ve oldukça pahalı bir tedavi yöntemi olmasının yanı sıra, psikanaliz tedavisini yapacak psikiyatri hekimlerinin özel bir psikanaliz eğitimi görmüş olmaları gerekliliği ve bu nitelikli hekimlerin sayısının da hasta sayısına oranla çok az bulunmasından ötürü, böyle uzun süreli klasik psikanaliz ancak inatçı ve hastada yoğun nevrotik belirtilerin bulunduğu durumlarda kullanılmaktadır. Buna karşılık, psikanalitik yöntem ve kurallara dayalı daha kısa süreli psikoterapilerden psikosomatik hastaların oldukça yararlandıkları bilinmektedir. Ancak, psikoterapinin özel bir bilgi ve eğitimi gerektiren bir konu olup sorumsuzca uygulanmasının da büyük sakıncaları bulunduğu ve gerek hasta gerekse hekim için acı sonuçlar doğuracağı unutulmayıp, bu konuda bilgi ve yetenek sınırlarının aşılmasına dikkat edilmesi de önemlidir (180) .

Psikofarmakolojik tedavide, son yıllarda psikosomatik tıp başlığı altında toplanan , anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, uykusuzluk, migren, duygudurum bozuklukları, somatizasyon gibi hastalıklarda hastaları başarı ile tedavi etmektedir. Hastalarda anksiyetelerinin kontrol edilmesi amaçlı olarak , TCA (trisiklik antidepressanlar), SSRI (selektif serotonin geri alım inhibitörleri), SNRI (serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri), buspiron, ketiyapin ve risperidon (serotonin antagonisti etkileri nedeni ile) gibi atipik antipsikotikler, karbamazepin ve valproik asit gibi duygudurum düzenleyiciler, benzodiyazepinler ve betablokörler kullanılmaktadır (181). Yapılan bir çalışmada, irritabl barsak sendromu olan poliklinik hastalarının %89'unda TCA veya anksiyolitikler kullanarak bağırsak semptomlarında iyileşme sağlandığını gösterilmiştir. Bu hastaların %61'i semptomlarında tam remisyona bildirmiştir. Bu serilerde en sık kullanılan TCA'lar yaklaşık 50 mg/gün dozda amitriptilin ve yaklaşık 25-50 mg/gün dozda doksepindir. TCA'-nın göreceli olarak düşük dozlarına bu cevaplar mekanizmanın komorbid depresif bozukluğun remisyona olmadığı düşünmektedir. Psikosomatik hastalıklarda TCA etkinliğinin kesin mekanizması bilinmemektedir, ancak santral analjezi yoluyla ağrının kontrolü, bağırsakta direkt antikolinergik etki yoluyla kolon

motilitesinin azaltılması veya komorbid depresyonun baskılanması ile etki gösteriyor olabilir. SSRI tedavisi, SSRI'ların gastrointestinal semptomları alevlendirebilme potansiyelleri nedeniyle irritabl barsak sendromlarında daha az yararlı gibi görünmektedir. Ancak mirtazapin bu grupta iyi tolere edilebilen ve TCA tedavisine alternatif olarak gösterilen bir ajandır (182).

Psikosomatik hastalıklarda pek çok somatik belirti eşlik etmektedir fibromiyalji sendromunda olduğu gibi daha fazla oranda somatik yakınmalar ile uğraşılır, pek çok kez farklı derecede operasyon geçirme öyküleri ve yardım arama davranışları bulunmaktadır. Bu durumda somatizasyon çoğunlukla ikincil bir süreçtir. Ek olarak "psikosomatik sendromların inkomplet ya da atipik gösterimleri" bazı somatizasyon belirtilerini açıklayabilir. Tanınmayan ya da iyi tedavi edilemeyen bu psikosomatik belirtiler, ruhsal açıdan sağlıklı bireylerde bile somatizasyon hastalarında tanımlanan "anormal hastalık davranışına" da yol açabilmektedir. Kellner'e göre bu açıdan önemli olan psikosomatik sendromlar; fibromiyalji, fibrozitis, kronik yorgunluk sendromu, globus histerikus, disfaji ve özofagal motilite bozuklukları, ülser olmaksızın dispepsi, irritabl barsak sendromu, üretral sendrom, hiperventilasyon, aerofaji ve kronik yorgunluk sendromudur (144). Fibromiyaljinin bazı formlarının somatoform bozukluklara bağlı gelişebileceğini savunan yazarlar olsa da bazı çalışmalarda DSM sisteminde yer alan somatoform bozukluklar ve yeni DSM-5 sistemindeki bedensel belirti bozukluğu tanılarının FMS sendromunu yeterli şekilde karşılamadığını ortaya koymaktadır (183). Çoğu yazar tarafından FMS belirtilerinin klinik özelliklerinin kalıcı somatoform ağrı bozukluğu ya da somatizasyon bozukluğu tanıları ile örtüşse de bir somatoform bozukluk şeklinde adledilemeyeceği savunulmaktadır (184). Buna karşın, bazı yazarlar ise ayrı bir psikiyatrik tanı kategorisinden çok, daha fazla somatik semptomlardan yakınmaları, pek çok farklı operasyon prosedürleri ve yardım arama davranışları nedeni ile somatizasyon sürecini yansıtan anormal hastalık davranışlarını yansıtan bir süreç olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadır (102). Kirmayer ve arkadaşlarının 1988 yılında 20 FMS ve 23 RA tanılı hastalarda öz bildirim yolu ile saptanan semptomlar ve hastalık davranışlarını karşılaştırmayı amaçlayan çalışmalarında FMS tanısı alanlar, RA tanısı alanlara göre SCL-90 somatizasyon alt ölçeğinde daha yüksek oranda semptomlar belirtmişler de 20 hastadan yalnızca 1'inin somatizasyon tanısı aldığı bildirilmiştir (185). Aynı çalışmada tüm depresif sendrom kriterlerini karşılama koşulu yokluğunda FMS tanısı alan hastaların

RA tanılı hastalara oranla anlamlı derecede daha yüksek seviyede depresif semptomlar ve vejetatif semptomlar bildirmemişlerdir. Bu sonuçlar, FMS va RA tanılı hastalarda depresif semptomların araştırıldığı MMPI depresyon ölçeği Zung öz bildirim depresyon değerlendirme ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalardaki FMS'nin maskeli ya da somatize depresyonun bir formu olmadığı yönündeki çıkarımlar ile örtüşmektedir (186-189).

Başka bir çalışmada ise FMS tanısı alan hastaların yalnızca %6'sının somatizasyon bozukluğu tanısı aldığı bulunmuştur (190).

#### **2.4. Somatoform Bozukluklar:**

Somatizasyon denilince akla ilk gelen kavram, metin içerisinde sıkça adı geçen bir kavram olan somatoform bozukluklar, daha önce bahsedildiği üzere, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM sınıflandırma sisteminde ayrı bir kategori olarak yer alması ilk kez DSMIII'le birlikte olmuştur. DSMIII'te yer alan tanıma göre, somatoform bozukluklar içinde yer alan bozuklukların ortak özelliği, fiziksel bir hastalığı taklit eden bedensel belirtiler olmasına karşın bunları açıklayabilecek organik bir bozukluk ya da patofizyolojik bir mekanizma bulunmaması, hastalığın psikolojik faktör ya da çatışmalarla ilişkisini gösteren güçlü ipuçları varlığıdır. DSM-IV oluşturulurken de büyük çapta değişikliğe gidilmemiş ve ICD-10'da da somatoform bozukluklara oldukça geniş yer ayrılmıştır.

ICD-10'da somatoform bozukluklar, hastaya belirtilerin fiziksel bir temeli olmadığı açıklandığı halde, 'fiziksel belirtilerin ısrarlı tıbbi araştırma isteği ile beraber yineleyici nitelikte sunulması' şeklinde tanımlanmaktadır. Fiziksel hastalıklar da mevcut olsa bile, bunlar hastanın belirtilerini veya sıkıntılarını açıklayamaz. Belirtiler zaman zaman olumsuz iç veya dış deneyimlerle ilişkili olsa da, hastalar bozukluğun psikolojik nedenlerini araştırmaya isteksizdirler. Problemlerinin fiziksel kökenli olduğuna doktorlarını ikna edemeyen hastalar çoğu zaman histrionik davranışlar sergilerler.

ICD-10'a göre sınıflandırma aşağıdaki gibidir:

1. Somatizasyon bozukluğu
2. Ayrışmamış Somatoform Bozukluk
3. Somotoform Otonomik İşlev Bozukluğu

4. Hipokondriyazis
5. İnatçı Somatofom Ağrı Bozukluğu
6. Somatoform bozukluk, belirlenmemiş
7. Başka Türü Adlandırılmayan Somatofom Bozukluk

DSM-IV'e göre ise somatofom bozukluk kavramı, tıbbi bir durumu telkin eden, ancak tıbbi incelemeler sonucunda yeterli bir açıklama bulunamayan ve yineleyici niteliği olan fiziksel belirtileri içermektedir. Belirtiler, hastaların belirgin sıkıntı çekmesine veya sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozulmaya neden olacak kadar şiddetlidir. Somatoform bozuklukların fiziksel belirtileri, yapay bozukluk veya temaruzda olduğu gibi istemli olarak ortaya çıkarılmaz, fakat belirtileri açıklayacak hiçbir tıbbi durum yoktur. Çeşitli yaşam olaylarının ve psikolojik etkenlerin semptomların başlaması, şiddeti ve seyri üzerine etkileri vardır (124).

#### **DSM-4-TR'deki "Somatoform Bozukluklar (Somatoform Disorders)" Ağacı**

- Somatizasyon Bozukluğu (Somatization Disorders) [300.81]
- Ayrım Göstermeyen Somatoform Bozukluk (Undifferentiated Somatoform Disorders) [300.82]
- Konversiyon Bozukluğu (Conversion Disorder) [300.11]
- Ağrı Bozukluğu (Pain Disorder)
- Psikolojik Etkenlerin Eşlik Ettiği (Associated With Psychological Factors) [307.80]
- Psikolojik Etkenlerin ve Genel Tıbbi Bir Durumun Eşlik Ettiği (Associated With Psychological Factors and a General Medical Condition) [307.89]
- Hipokondriazis (Hypochondriasis) [300.7]
- Beden Algısı Bozukluğu (Body Dysmorphic Disorder) [300.7]

- Başka Türü Adlandırılmayan Somatoform Bozukluk (Somatoform Disorder NOS) [300.81] (191) (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV) 1994.)

Ancak pek çok, klinisyen hâlihazırda bu sınıflandırma yaklaşımının yetersiz olduğu, ek olarak bozuklukların etiyoloji ve tedavisi ile ilgili araştırmaları kolaylaştırmadığı kanaatinde olmuştur. Popülasyon temelli araştırmalarda, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis prevalansı, ilişkili özellikleri güvenilir bir şekilde incelemek için çok düşük bulunmuştur (192). Bu düşünceden yola çıkarak ,son 5 yıldır, pek çok ülkeden bilim adamları ve klinisyenler, psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı'nın dördüncü baskısında (DSM-IV) tanı ölçütlerinin uygulanmasındaki güçlükler ve kısıtlılıkları incelemişlerdir; bu incelemeler sonucunda elde edilen bilgiler çerçevesinde şekillenen yeni bir sistem tasarısı gündeme gelmiştir (193, 194). Otizm ve yas için önerilen değişikliklere ilişkin pek çok şey yazılmış olsa da DSM 'de en geniş kapsamlı değişiklikler somatoform bozukluklar alanında olmuştur. DSM'nin ilk olarak 3.baskısında yer alan (1980) ve DMS-IV-TR sürümünde genişletilen somatoform bozukluk tanısı dikkatli bir şekilde konulması gereken bir tanıdır. Bedensel belirtilerin altta yatan olası tıbbi nedenlerin dışlanması önemlidir.( American Psychiatric Association. (1994) (191). DSM-5 'de 'somatoform bozukluklar' yerine 'bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar' terimi tercih edilmiştir. DSM-5'teki bu yeni ismin daha kapsayıcı olduğu düşünülmektedir (195).

#### **Bu değişikliğin 4 temel nedeni vardır. Değişikliğin Gerekçeleri:**

1. Somatoform terimi anlaşılması güç bir terimdir. Latin ve Yunan kaynaklarından türetilen bu terimin, öteki dillere çevirimi bir takım güçlükler yaşanmaktadır. Sıklıkla somatizasyon bozukluğu ile karışabilmektedir. DSM-5'de kullanılan Bedensel Belirti Bozukluğu terimi ise anlaşılması basit, diğer dillere çevirimi daha kolaydır (196).

2. DSM-IV'te tanımlanan somatoform bozukluk kavramlarının temelinde bilinen genel tıbbi durumun doğrudan etkileri ile açıklanamaması hali kilit rol oynar (197). Bu durum zihin-beden ikililiğini teşvik etmekte, klinikte problematik bir hal almaktadır. Ayrıca hastalığın tıbbi olarak açıklanamıyor oluşu nedeni ile psikiyatrik olarak değerlendirilmesi uygun gibi gözükmemektedir. Semptomların altta yatan tıbbi duruma bağlı olduğu ya da psikososyal sorunların klinik ortama yansması şeklinde iki farklı

yorumlama klinisyenler arasında görüş ayrılığına sebebiyet vermektedir (198, 199). DSM-5’de bedensel belirtilerin tıbbi olarak açıklanamaması yerine pozitif semptomlar düzeyinde bir tanımlama ile hastanın bedensel belirtiler hakkındaki düşünce duygu ve davranışlarının orantısızlığı/aşırılığı üzerine dikkat çekilmiştir.(B tanı kriteri) (195)

**3.** DSM-IV-TR’de farklı birçok somatoform bozukluk tanımlanmıştır. Ancak aralarında büyük oranda örtüşme gösteren bu tanıların klinik pratikte(özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde) kullanımları yararsızdır. DSM-5’te ise somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk kavramları kaldırılmış, “Bedensel Belirti Bozukluğu” ve “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. Böylece DSM-IV’de hipokondriyazis tanısı alan hastaların %80’i bedensel belirti bozukluğu tanısı almış olacaktır (200).

**4.** Psikiyatri dışı kliniklerde somatoform bozukluklar yerine atipik göğüs ağrısı, baş ağrısı gibi semptomlar üzerinden tanımlamalar yapılmaktadır. Çalışmalarda bu kliniklerde somatoform bozukluk tanıları düşük oranda konulduğu gösterilmiştir (176), (201).

Bu yeni klasifikasyon sistemi ile birlikte klinisyenler tarafından kullanılan fonksiyonel bozukluk sınıflaması ile etkin bir şekilde ilişkilendirmesi, hastalar tarafından kabul edilebilir oluşu, etiyolojik açıdan tarafsız olması, genel tıbbi hastalar için eşit derecede uygulanabilir olması, ileri araştırmalar için etkili bir temel sağlaması açısından avantaj sağlanacaktır (198).

#### **2.4.1. DSM-5 Bedensel Belirti Bozukluğu Kavramsal Olarak Düzenlenmesi:**

**1.** DSM-IV ‘e göre somatizasyon tanı ölçütlerinde A tanı kriterinde 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fiziksel yakınma olması şart koşulmuştu. Pek çok yazar ve klinisyen bu ölçütün, bu sınırın yapay olduğu, toplum temelli örneklem ve birinci basamakta ayrı bir bozukluk olarak tanımlanması için mevcut ölçütlerin yetersiz kaldığı görüşünü savunmuştur. Epidemiyolojik Alan Araştırması (Epidemiologic Catchment Area - ECA) çalışmasında hastaların %5’inde yakınmaların 15 yaş ve öncesi başladığına işaret etmektedir (202).

**2.** DSM-IV’deki somatizasyon bozukluğu tanımında tıbbi olarak açıklanamayan 4 gruptan oluşan (ağrı, gis, psödonörolojik, cinsel)semptomların spesifik sayılarının

karşılanması gerekmektedir. Daha sonraları klinisyenlerce bu tanısal kurallar anlaşılması güç, kafa karıştırıcı ve güvenilir olarak bulunmuştur (203). Ayrıca, bu kriterlerin kullanılması ile somatizasyon bozukluğu tanısı oldukça nadir konulmaktadır. Tanıdaki özgülüğü çok güçlü iken duyarlılığı zayıf olduğu düşünülmektedir.

3. DSM-IV ve DSM-IVTR'de tanımlanan farklılaşmamış somatoform bozukluk kavramı teşhisi için sunulan kriterler nüfusun büyük bir bölümünü tespit etmede yetersizdir (204). Bir Alman popülasyonunun alındığı çalışmada yaygınlık oranı %20, nöroloji kliniğine ayaktan hastalarda %25, birincil bakım alan hastalarda %27 olarak bulunmuştur (205).

### **DSM-5'teki Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar (Somatic Symptom and Related Disorders) Ağacı**

Somatik Belirti Bozukluğu (Somatic Symptom Disorder) [300.83] [F45.1]

- Hastalık Kaygısı Bozukluğu (Illness Anxiety Disorder) [300.7] [F45.21]
- Konversiyon Bozukluğu (Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)) [300.11]
- Güçsüzlük ya da Paralizi ile Giden (With Weakness or Paralysis) [F44.4]
- Olağan Dışı Devinim ile Giden (With Abnormal Movement) [F44.4]
- Yutma Belirtileri ile Giden (With Swallowing Symptoms) [F44.4]
- Konuşma Belirtisi ile Giden (With Speech Symptom) [F44.4]
- Ataklarla ya da Katılmalarla Giden (With Attacks or Seizures) [F44.5]
- Anestezi ya da Duyu Kaybıyla Giden (With Anesthesia or Sensory Loss) [F44.6]
- Özel Duyusal Belirti ile Giden (With special sensory symptom) [F44.6]
- Karma Belirtilerle Giden (With Mixed Symptoms) [F44.7]



- Diğer Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Etkenler (Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions) [316] [F54]
- Yapay Bozukluk (Factitious Disorder) [300.19] [F68.10]
- Belirlenmiş Diğer Bir Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluk (Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder) [300.89] [F45.8]
- Belirlenmemiş Diğer Bir Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluk (Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder) [300.82] [F45.9] (American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, 2013.)

#### **2.4.2. DSM-5'te Hastalık Kaygısı Bozukluğu**

Halk arasında “Hastalık Hastalığı” olarak bilinen bu bozukluk, uzun süredir psikiyatride “Hipokondriazis” olarak isimlendirilmektedir. Bu bozukluğu Dünya Sağlık Örgütü de “Hipokondriyak Bozukluk (Hypochondriacal Disorder)” biçiminde isimlendirmiştir. Fakat DSM-5 ile birlikte artık bu bozukluğun ismi “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” biçiminde değiştirilmiştir. Ayrıca tanı ölçütlerinde yapılmış olan değişikliklerden dolayı DSM-IV-TR’de yüksek oranda somatik belirti gösteren “Hipokondriazis” olgularının bir bölümü artık DSM-5’te “Bedensel Belirti Bozukluğu” tanısı alabilecek durumdadır. DSM-IV’e göre somatizasyon bozukluğu tanısı alan bir çok hastada hastalık kaygısı önemli bir rol oynamaktadır (206). Yüksek düzeyde hastalık kaygısı somatoform bozuklukların kronikleşmesi açısından öngörücü bir rol oynamaktadır (207). Ek olarak hipokondriyazis tanısı alan hastaların ortalama %20’inde bedensel semptomlar olmadan hastalık kaygısı taşımakta oldukları bulunmuştur (200). Hastalar öncelikle hasta olacağına dair endişeli düşüncelere sahiptir. Bu tanı ayrıca gerçekte tıbbi bir hastalığı olup tanısına oranla kaygı(anksiyete)sının daha yüksek olduğu ve düşünülebilir en kötü sonlanımı varsayan kişiler için de kullanılabilir (173).

#### **Değişikliğin Gerekçeleri**

1. “Hipokondriazis” özellikle Batılı ülkelerde aşağılayıcı bir çağrışım yapmaktadır. Bozukluğun isminin bu biçimde değiştirilmesinin terapist ile hasta arasında daha iyi bir iletişime olanak sağlayacağı düşünülmektedir (195).

2. Gureje ve arkadaşları tıbbi güvencesinin kalıcı reddi ve semptomların fiziksel nedeninin bulunamayışı kriterlerinin tanıda kullanışlı olmadığını savunmuştur. Dünya çapında pek çok hastanın tıbbi bulgu ve araştırmalar için yardım kaynaklarına erişemeyeceği göz önünde bulundurulur ise bu tanı ölçütleri fazla bağlayıcı olduğu ,ek olarak hipokondriyazisin geçici ve kalıcı olarak 2 formda görülebileceği algısı ,DSM-IVteki bozukluğun en az 6ay süre boyunca sürmesi ve ICD-10da da kronik ve dalgalı doğası ana özellikleri taşıması bakımından şüphe ile yaklaşılması gerektiği fikrini doğurmaktadır. Sonuç olarak toplum temelli örnekleme ve birinci basmakta somatizasyon bozukluğu ve hipokondriyazisin ayrı bozukluklar olarak ele alınmasını destekleyecek yeterli kanıt bulunamamıştır (208). Bazı yazarlarca bireysel psikopatolojik özellikleri, uyumsuz başa çıkma stillerinin diğer psikiyatrik bozuklukların ya da basitçe normalin varyantı olabileceği görüşü savunulmaktadır (192).

#### **2.4.3. İşlevsel Nörolojik Belirti Bozukluğu(Konversiyon Bozukluğu)**

Konversiyon bozukluğu Psikiyatrik Hastalıkların Tanımsal El Kitabı beşinci baskısında (DSM-5) işlev gören nöroloji belirti bozukluğu (functional neurological symptom disorder) olarak parantez içerisinde adlandırılmıştır. DSM-5 B tanı kriterinde klinik bulguların söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıbbi durumları arasında bağdaşmazlık ve uyumsuzluk olduğuna ilişkin kanıtların sağlanması DSM-IV'deki belirtilerin medikal olarak açıklanamaması yerine tercih edilmektedir . C tanı kriterinde belirtilerin başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durum ile tam açıklanamaz yerine daha iyi açıklanamaz ibaresi kullanılmaktadır. DSM-IV'teki semptom ya da defisite psikolojik etmenlerin eşlik ettiği yargısına varılır kriteri kaldırılmıştır. Bunun sebebi ilişkili psikolojik faktörlerin her zaman saptanamayacağı, etiyolojik açıdan açık bir metot olmaması olarak savunulmuştur (209). DSM-IV'deki C tanı kriterisi olan “ belirti ya da defisit amaçlı olarak ortaya çıkmakta ya da bir tür belirti varmış gibi davranılmaktadır” kaldırılmıştır. Bunun sebebinin belirtilerin amaçlı olarak ortaya çıkarılmasının güç olduğu ek olarak ispatlanmasının olanaksızlığına dikkat çekilmektedir.

#### **Değişikliğin Gerekçeleri:**

Konversiyon bozukluğu DSM-IV'teki tanımında kuvvet kaybı nöbetler anormal hareketler gibi semptomların tıbbi durumlara atfedilmemesi, psikolojik faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Konversiyon bozukluğu psikanalitik etiyolojiye dayanan bir hipotezi

ifade eder. Bu hipotezde bir çok etiyolojik yaklaşım bulunmaktadır, ancak bu konuda destekleyici ampirik kanıtlar yetersiz kalmaktadır. Ek olarak bu semptomların etyolojisinin tamamen psikolojik olduğu görüşü yanlış bir bilimsel çıkarımsamadır. Örneğin fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında tek taraflı duyuusal yetiyitimi ile giden konversiyonda kontrlateral hipotalamik aktivite azalması tespit edilmiştir. Bu sonuçlar altta yatan mekanizmanın zihinsel süreçler yanısıra, beyin ile ilişkili işlevlerdeki sorunlardan kaynaklanabileceğini ortaya koymaktadır (210). Fonksiyonel kavramı psikiyatristler dışındaki kişiler tarafından daha anlaşılır olduğu, diğer tıp uzmanlık alanlarında bu semptom tipine (örneğin fonksiyonel gastrointestinal sistem, fonksiyonel disfori) atıf yapan bir terim olduğu bilinmektedir. Ayrıca, fonksiyonel terimi yapısal değişiklik olmadan beyin işlevlerinde değişiklik olması şeklindeki mekanizmayı içermektedir.

#### **2.4.4. Diğer Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Etkenler**

Psikosomatik bozukluklar DSM II“ de “psikofizyolojik” bozukluklar olarak; DSM III“ de, “Fiziksel durumları etkileyen psikolojik faktörler (FDEPF)” olarak sınıflanmıştır. DSM-IV“ -TR’de ise psikosomatik bozukluklar “Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Etkenler ”başlığı altında yer verilmiştir. Daha önce DSM-IV bölümünde yer alan "Klinik Dikkat Odaklı Olabilecek Diğer Durumlar " bölümünde yer almaktadır. Psikolojik faktörler tıbbi hastalığın gidişini etkilerler. Psikolojik faktörler ile hastalık gelişimi, alevlenme, iyileşmenin gecikmesi arasında sıkı bir ilişki vardır. Genel tıbbi bir durum eksen III'te kodlanır. DSM-5 ‘de tıbbi durum beraberce belirtilir eksen sistemi kaldırılmıştır (195).

#### **2.4.5. Yapay Bozukluk**

Yapay bozukluk, ilk olarak Asher’in (1951) sahte abdominal yakınmalarla sık hastane başvurusu olan bir grup hastayı, Alman bir subay olan Baron Von Munchausen’in öyküsünden esinlenerek “Munchausen sendromu” olarak isimlendirmesiyle tanımlanmıştır. Munchausen sendromu, aynı zamanda daha çok bedensel semptom ve bulguları olan yapay bozukluk olarak da bilinir. Psikolojik belirtilerle seyreden yapay bozukluk ise Gelenberg tarafından birkaç yıl içinde değişik isimlerle otuzdan fazla hastaneye yatışı olan bir vaka üzerinden 1977 yılında tanımlanmıştır (211). Yapay bozukluk, DSM-IV-TR’ye göre, hasta rolünü benimseme motivasyonu ile fiziksel veya psikolojik belirti yâhut bulguların amaçlı olarak ortaya çıkartılması veya bu tür belirti yâhut bulgular varmış gibi davranılmasıdır.

DSM-IV-TR’de daha çok psikolojik semptom ve bulguları olan, daha çok bedensel semptom ve bulguları olan, psikolojik ve bedensel semptom ve bulguları bir arada olan alt türleri ve başka türlü adlandırılmayan yapay bozukluk olarak sınıflanır. Yapay bozukluk, elde edilebilir dışsal bir amaç (ekonomik kazanç, yasal sorumluluktan uzaklaşma gibi) olmamasıyla temaruzdan ayrılır.

#### **2.4.6. Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar**

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu ancak bunların bedensel bozuklukları ve ilişkili bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

‘Tanımlanmış diğer’ adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

- 1.Kısa bedensel belirti bozukluğu: Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
- 2.Kısa hastalık kaygısı bozukluğu: Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
- 3.Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar olmadan hastalık kaygısı bozukluğu: Hastalık kaygısı bozukluğu için D tanı ölçütü karşılanmamaktadır.
- 4.Psödosiyezis: Gebeliğin nesnel bulgularının olduğu ve gebelik belirtilerinin bilindiği, gebe olduğu yanlış inancı.

#### **Tanımlanmamış Diğer Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar**

DSM-5 bedensel belirti bozukluğunun tahmini geçerliliğini ve klinik yararlılığını DSM-IV somatoform bozukluğu ile karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışmada bedensel belirti bozukluğu ve somatoform bozukluk tanılarının yaygınlık oranlarının benzer olduğu (sırası ile %51.8, %56.8), bedensel belirti bozukluğu b tanı kriterlerinden yalnızca 1’inin karşılanmasının tanı konulmasında yeterli olduğu varsayılır ise yaygınlık prevalansın artmakta olduğu gösterilmiştir (212). 2013 yılında yapılan DSM-5’in bedensel belirti bozukluğunda öngörücü geçerliliği ve klinik yararlılığını araştırmayı amaçlayan 1 yıllık

prospektif takip çalışmasında 322 psikosomatik hastalık tanısı alan yatan hastalarda (ortalama yaş 45.6 yıl, %60.6 kadın) prospektif olarak DSM-IV somatoform ve DSM-5 'e göre bedensel belirti bozukluğu tanısı alma oranları, çeşitli psikolojik özellikleri ,bedensel belirti şiddeti ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından başvuru, taburculuk ve takip(başvurudan sonraki 12 ay) süreçlerinde incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları; Takipte SF-36 ile saptanan fiziksel fonksiyon açısından DSM-IV somatoform bozukluk ve DSM-5 bedensel belirti bozukluğu tanılarının benzer oranda (sırası ile rpbis=.433 p<.001,rpbis=-403 p<.001) ve hiyerarşik regresyon analizlerinde DSM-5 hastalık anksiyetesinin takipte fiziksel fonksiyonlar açısından anlamlı oranda daha yüksek öngörücülüğe sahip olduğu bulunmuştur. Ek olarak DSM-IV'ün aksine DSM-5 bedensel belirti bozukluğunun takipte SF-36 ile saptanan mental fonksiyon açısından da öngörücü olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçları takipte bedensel zayıflık, bedensel yakınmalara intolerans, sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve somatik atfın fiziksel işlevsellik açısından güçlü yordayıcılar olduğu saptanmıştır. Özet olarak bu sonuçlar DSM-5 bedensel belirti bozukluğu kriterlerinin yalnızca tedavi süresince değil takipte de fiziksel fonksiyonlar açısından öngörücü olduğuna işaret etmektedir (213).

## **2.5. Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Koyma Rehberi(DCPR)**

DSM-IV, somatoform hastalık kavramını tam olarak açıklayamadığı için ciddi eleştiriler almıştır (214). Benzer eleştiriler DSM-5 için de yapılmaktadır. Yeni DSM-5 sınıflandırma sisteminde bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar başlığı altında kriterlerde önemli değişiklikler sunulsa da, diğer psikiyatrik tanı modellerindeki gibi psikosomatik semptomları biyopsikososyal çok boyutluluğunu yansıtmamaktadır (215). Klinik yararının psikosomatik tıp alanında temel gereksinimleri karşılamakta ve tıbbi hastalıkların seyrini etkileyen psikolojik faktörleri tespit etmekte yetersiz kalmaktadır (216-219).

Belirli bir hasta popülasyonunda hangi psikolojik faktörlerin hangi hastalığa neden olduğunu sorgulayan kategorik yaklaşım yerine bu hastaların hangi psikolojik faktörlerinin klinik açıdan anlamı olduğunu sorgulayan yeni bir yaklaşım geliştirilebileceği önerilmiştir (215). Bu bakış açısından yola çıkarak 1995 yılında DCPR, uluslar arası araştırmacılar grubu tarafından psikosomatik tıpta biriken geniş kanıt kitlesini operasyonel araçlara çevirmek için geliştirilmiştir (214, 220). 58 maddeden oluşan, evet/hayır yanıtı biçiminde skorlanan 12 psikosomatik sendromdan bir ya da daha fazlasının varlığını değerlendiren

bir tanı koyma rehberidir (221). DCPR tanı sisteminin, klinik durumları ele alınmasında 4 tipte klinik faydalar sağlayacağı öngörülmüştür ;1)Tıbbi hastalıkların alt tiplendirmesi 2)Eşik altı veya tespit edilmemiş sendromları tanımlama 3)Somatik sendromların hastalık yükünü değerlendirmek 4)Tedavi sonuçlarını tahmin etmek ve risk faktörlerini belirlemek (222). Hastaların, sağlık durumlarına yanıt verme biçimleri, algılama, yaşama, değerlendirme ve ile ilgili DCPR boyutları Pliowsky tarafından geliştirilen anormal hastalık davranışı kavramı, kişinin sağlık durumuna ilişkin uygunsuz davranma tarzı olarak tanımlanmıştır. Bu uygunsuz davranım tarzı, ilgili tüm biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin yeterli değerlendirilmesine dayanan, hastaya tartışma, müzakere etme ve açıklama fırsatları sağlanmış olmasına rağmen devam eder (155).

DCPR sisteminde anormal hastalık davranışı kavramına dört küme içerisinde yer verilmiştir; bunlar ölüm korkusu(tanatafobi), hastalık inkarı, sağlık kaygısı, hastalık korkusudur. Lipowski tarafından önerilen somatizasyon kavramına ilişkin somatizasyonun bir çok modalitesi başlığı altında toplanan 4 küme tanımlama ise ;kalıcı somatizasyon,konversiyon belirtileri,psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler ve yıldönümü reaksiyonudur. Diğer 4 küme ise hastalığın psikolojik boyutu diğer bir deyiş ile medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler demoralizasyon, aleksitimi, tip A davranış, irritabl duygudurumdur (223, 224).

### **2.5.1. Somatizasyonun Birçok Modalitesi:**

#### **2.5.1.1. Kalıcı (Süreğen) Somatizasyon**

Bir DCPR tanı kategorisi olarak kalıcı somatizasyon, Kellner tarafından geliştirilen belirti kümesi kavramı üzerine kurulmuştur. Bu görüşe göre psikosomatik bir hastalığı olan bireylerin (irritabl barsak sendromu gibi) gelecekte diğer fonksiyonel gastrointestinal (örneğin ülser olmayan dispepsi) ve gastrointestinal sistem dışı(kronik yorgunluk) sendromlarına yakalanma olasılıkları artmaktadır (225). Farklı yazarlarca “multisomatoform bozukluk”, “pür somatizasyon” ve “kronik somatizörler” olarak adlandırılmıştır (113). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 67 hastanın alındığı bir çalışmada farklı klinik profile uyan 5 grup hastanın %20.9 n=14 ünde 4.grup olarak belirlenen kronik somatizör grubunda olduğu bulunmuştur (226). (Diğer gruplar tamamen fiziksel yakınmaları olanlar, psikiyatrik hastalığı olanlar, kriz vakaları ve çok sayıda problemin eşlik ettiği hastalardan oluşmakta) Toplum örnekleminde görülme sıklığı

düşüktür. Kalıcı somatizasyonun, psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar grubu ile toplumda görülme sıklığı %2-3 civarındadır (227). Bununla birlikte klinikte yüksek oranda saptanmaktadır. Gastroenteroloji kliniğinde ayaktan takip edilen fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı alan 190 hasta ve kardioloji kliniğinde ayaktan takip edilen yakın zamanda ilk miyokardial iskemi atağı geçiren 153 kardiyolojik hastanın alındığı bir çalışmada DCPR sendromları taranmıştır. En sık görülen DCPR sendromları grubunun somatizasyon grubu sendromlar olduğu, yine bu grup içerisinde ve toplamda en sık görülen sendromun hastaların %22 sinde tespit edilen süregelen somatizasyon olduğu görülmüştür (228). Klinik yaygınlık %1.5 (kardiak transplantasyonlu hastalar) (229) ile %21 (endokrinoloji kliniklerinde) oranında geniş bir aralıkta görülmektedir (230). 3.basamak sağlık kuruluşuna ayaktan başvuran 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı konulan hastanın alındığı bir çalışmada ise kalıcı somatizasyon, hastaların %33.7'sinde tespit edilmiştir. Aynı çalışmada DCPR tanısı alan hastaların 3te 2sinde DSM-IV ile somatizasyon bozukluğu tanısı almamıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak DSM-IV tanı sistemi ile tespit edildiğinde somatizasyon vakalarının pek çoğunun gözden kaçabileceği düşünülmüştür. Ek olarak, DCPR'da kalıcı somatizasyon tanısı farklılaşmamış somatoform bozukluktan daha seçici olduğu, komorbid psikiyatrik durumlarda tanı konulabilirliği de DSM sistemine göre avantajları arasında olduğu savunulmaktadır (231). Bu oran, ilk kez miyokardiyak infarktus geçiren hastalarda %14 olarak saptanmıştır (232).

Eldeki kanıtlar, bilişsel davranışçı müdahalelerin somatizasyonda tercih edilen psikolojik tedaviler arasında olduğuna işaret etmektedir. 31 kontrollü çalışmanın incelendiği 2000 yılındaki bir derleme yazısında çalışmaların %71'inde tedavide bilişsel davranışçı terapilerin kontrol grubuna göre anlamlı oranda üstün olduğu gösterilmiştir (233).

### **DCPR Kalıcı Somatizasyon Tanı Kriterleri (A ve B gereklidir)**

**A** Süresi 6 aydan uzun olan, sıkıntıya ya da tekrarlayan tıbbi tedavilere neden olan ya da yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan işlevsel tıbbi bozukluklar (örn. fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite bozuklukları, ülsere bağlı olmayan dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuar asteni, üretral sendromlar)

**B** Diğer organ sistemlerini de kapsayan ek olarak otonomik uyarılma belirtileri vardır (örn. çarpıntı, terleme, tremor, kızarma) ve ağrı eşliğinde düşme ve yüksek etkilenme düzeyi ile giden tıbbi tedavilere abartılı yan etki görülür.

### **2.5.1.2. Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler**

Fonksiyonel psikosomatik hastalıkların klinik görünümleri olan otonom uyarılma semptomlarının sıklıkla psikiyatrik bozuklukların bir sonucu olabileceği bilinmektedir. Klinik çalışmalarda DSM-IV somatoform bozuklukları ile hem anksiyete hem de duygudurum bozuklukları arasındaki yüksek birliktelik oranları saptanmıştır (234, 235). Tanının koyulabilmesi için psikiyatrik hastalık ve fonksiyonel hastalık başlangıcının arasındaki hiyerarşik ilişki gösterilmelidir. Bu hiyerarşik kuralın klinik anlamda uygulanabilir ve öngörücü olduğu gösterilmiştir (236). 3.basamak sağlık kuruluşuna ayaktan başvuran 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı konulan hastanın alındığı bir çalışmada %29.5 oranında psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler saptanmıştır (231). Major depresif veya bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %68'inin en az 1 DCPR sendromu tanısı aldığı ve en sık görülen sendromun %44 oranında psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler olduğu bulunmuştur (228).

### **DCPR Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler Tanı Kriterleri (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)**

**A** Otonomik uyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin irritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulator asteni) belirtilerinin neden olduğu sıkıntı hali ya da tekrarlayan tıbbi bakım arama ya da yaşam kalitesinde bozulmanın gelişmesi

**B** Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır

**C** Psikiyatrik bozukluk (klinikinde somatik belirtiler içeren) işlevsel somatik belirtilerin başlangıcından önce başlamıştır (örneğin panik bozukluğu ve kardiyak belirtiler)



### 2.5.1.3. Konversiyon Semptomları

Stone ve ark. 2005 yılında 27 çalışmada toplam 1466 hastada konversiyon bozukluğu tanısında yanlış tanı konulma oranlarının incelendiği bir derleme yazısında, 1950'lerden bu yana yanlış tanı alma oranlarının düşme eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir. 1950'lerde bu oran %29, 1960'larda %17 iken 1970 ve sonraki yıllarda %4 lere kadar düşmüştür. Yazarlar bu sonuçların tanısız kesinlikteki iyileşimden ziyade, çalışmaların kalitesinin gelişimi ile ilişkili olduğunu savunmaktadırlar. Bununla birlikte konversiyon bozukluğunda tanı koyma güçlüklerinin günümüzde de sürdüğüne işaret etmişlerdir (237). DCPR sisteminde, Engel'in geliştirdiği konversiyon kavramı esas alınmıştır. Konversiyon tanı ölçütlerinde belirtilerin anlatımında ambivalans, belirtilerin başka birinde olmasının istenmesi gibi katı zorlayıcı kriterler mevcuttur. DSM-IV, konversiyonun somatizasyon bozukluğundan başlıca semptom sayısına göre farklılaştırmasına karşın, DCPR konversiyon semptomlarını pozitif belirtiler üzerinden tanımlar (238).

Çeşitli klinik merkezlerden toplanan 1498 hastanın alındığı çok merkezli bir çalışmada DCPR ve DSM-IV sistemlerinin konversiyon semptomları üzerine duyarlılıkları karşılaştırılmıştır. DCPR'a göre konversiyon tanısı alan hastaların oranı %4.5 iken bu oran DSM-IV'e göre konversiyon bozukluğu tanısı alanlarda %0.4 olarak saptanmıştır (239).

#### **DCPR Konversiyon Belirtileri Tanı Kriterleri (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)**

**A** Fizyolojik nedenlerin anatomik olarak yokluğu ve/veya beklenen fiziksel ve laboratuvar bulguların yokluğu ve/veya klinik özelliklerle örtüşmeme ile karakterize, istemli motor ya da duyuşal işlevin etkilendiği bir ya da daha fazla belirti veya defisit. Otonomik uyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) veya işlevsel tıbbi hastalık (örneğin fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite hastalığı, ülşersiz dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuar asteni, üretral sendrom) belirtileri varsa, distrese, tekrarlayan tıbbi bakıma sebep olan ve yaşam kalitesinde bozulma ile sonuçlanan konversiyon belirtileri önde olmalı

**B** Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi gereklidir:

1. Belirtilerin anlatımında ambivalans (örneğin hasta rahat görünür veya kişi rahatsızlık veren belirtileri tarif ederken endişeli değildir)

2. Histrionik kişilik özellikleri (renkli ve dramatik anlatım, dil ve görünüm, aşırı ilgi ihtiyacı, yüksek telkine yatkınlık, hızlı duygulanım değişimleri)

3. Hastanın farkında olmadığı bir şekilde belirtilerinin psikolojik stres tarafından tetiklenmesi

4. Hasta benzer fiziksel belirtileri daha önce de yaşamıştır ya da başka birinin yaşadığını gözlemlemiştir ya da aynı belirtilerin başka birinde olmasını istemiştir

**C** Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır.

#### **2.5.1.4. Yıl Dönümü Reaksiyonu**

Yıl dönümleri ve hastalık belirti başlangıcı ve alevlenmesi arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinmektedir. Özellikle yıl dönümleri bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden aktive olmasına yol açar (240). Yıl dönümü reaksiyonu herhangi bir kaybın yaşandığı zaman diliminin her yıl dönümünde, bireyde ortaya çıkan somatik, emosyonel, davranışsal yanıtları tanımlamaktadır. Hastalar genellikle geçmişteki travmatik yaşam olayları ve fiziksel, psikolojik semptomları arasındaki ilişkinin farkında değildirler (241) .

Tıbbi hastalığı olanlarda yıl dönümü reaksiyonunun görülme sıklığını araştıran 1498 hasta ile yapılan bir çalışmada sıklığını % 3.6 olarak bulunmuştur (239). Kalp nakli ameliyatı yapılan ardışık 129 hastanın alındığı DSM-IV ve DCPR kriterlerine göre değerlendirildiği bir çalışmada bu oran %0.5 (229) , benzer şekilde Porcelli ve arkadaşlarının 2000 yılında yapılan, fonksiyonel gastrointestinal bozukluk tanısı alan 190 hastanın alındığı bir çalışmada yaygın oranı bu hasta grubunda da aynı (%0.5) olarak bulunmuştur (231). DCPR, yıl dönümü reaksiyonunu somatizasyon veya konversiyonun özel bir görünümü olduğu ve sıklıkla diğer psikosomatik sendromların eşlik ettiği durumuna dikkati çekmiştir (239) .

## **DCPR Yıldönümü Reaksiyonu Tanı Kriterleri (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)**

**A** Otonomik uyarılma belirtileri (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin irritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulator asteni) belirtileri ya da sıkıntıya veya tekrarlayan tıbbi bakıma veya yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olan konversiyon belirtileri

**B** Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır

**C** Belirtiler, hasta ebeveyninin ya da çok yakın aile üyesinin ölümcül bir hastalık geliştirdiği ve/veya öldüğü yaşa geldiği zaman ya da bu olayın yıldönümünde başlar. Kişi bu ilişkinin farkında değildir.

### **2.5.2. Anormal Hastalık Davranışı:**

#### **2.5.2.1. Sağlık Kaygısı**

Sağlık kaygısı terimi hastalık/acı ile ilişkili pek çok farklı türden inanç ve korkular ile belirlidir. DCPR sisteminde, sağlık kaygısı daha önce bahsedildiği üzere anormal hastalık davranışı kavramında dört küme içerisinde yer alan bir tanıdır. Bu tanı grupları çeşitli psikiyatrik hastalıkların varlığı ya da yokluğu koşuluna bakılmaksızın pek çok hastada konulmaktadır. Hipokondriyazis ve hastalık korkusundan daha az spesifiktir (242).

DCPR sistemindeki sağlık kaygısı kavramı, Kellner'in(1986) Hastalık Tutum Ölçeği(IAS)nden geliştirilmiştir (243).Hipokondriyazisin hafif bir formu olarak kabul edilebilir. Ancak hipokondriyazisten farklı olarak hastalıkla ilgili endişe, bedenle aşırı meşguliyet durumları 6aydan daha kısa sürelidir. Ek olarak hipokondriyazisin aksine bu endişe ve korkular, tıbbi güvenceye kolayca yanıt verir. Bununla birlikte, zaman içerisinde yeniden ortaya çıkar, hastalık varlığına ilişkin bedensel işaretlerin taranması, tıbbi bakım arama davranışları gibi anormal hastalık davranışlarına yol açar (242). Sağlık kaygısının tedavisinde ise psikoterapötik yaklaşımda psikolojik sıkıntı ile somatik semptomların seçici algılanması arasındaki ilişkiye odaklanılmalıdır (244). 146 kanser tanısı alan hastanın alındığı DSM-IV ve DCPR tanımlarını karşılaştıran bir çalışmada en sık tespit edilen DCPR sendromunun %37.7 oranında sağlık anksiyetesi olarak bulunmuştur

(245).Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde bu oran %35 (%21-%34.6) (246), birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda %28 olarak bulunmuştur (247).Bu yüksek oranların yanısıra kardiyoloji, gastroentoloji ve dermatoloji kliniklerinde ise oranın %10 civarında olduğu bulunmuştur (229, 231), (248).

### **DCPR Sağlık Kaygısı Tanı Kriterleri (A ve B gereklidir)**

**A** 6 aydan daha kısa süredir var olan hastalıkla ilgili genel endişe, ağrı ile ilgili kaygılar ve bedenle aşırı meşguliyet (bedensel duyumları abartma eğilimi).

**B** Endişe ve korkular uygun tıbbi güvenceye kolayca yanıt vermekle birlikte belli bir zaman sonra yeni endişeler ortaya çıkabilmektedir.

### **2.5.2.2. Hastalık Korkusu(Nozofobi)**

Hastalık korkusu DCPR’da uygun muayene ve güvenceye rağmen belirli bir hastalığı (rneğin AIDS, kanser) olduğuna dair yersiz ve kalıcı korkular olarak tanımlanmıştır. Fava ve Grandi hastalık korkusunun hipokondriyazisten farklı olarak 2 temel özelliğine dikkat çekmektedir;1) Korkular ataklar halinde ortaya çıkmakta-fobinin niteliği 2) Korku nesnesi zaman içerisinde değişmemektedir-korku nesnesinin doğası. Bu bağlamda hastalık korkusunun hipokondriyazis ile ilişkisi panik bozukluğun yaygın anksiyete bozukluğu ile olan ilişkisine benzer (242). Belirtilerin fobik niteliği, kaınmalara neden olur dolayısı ile psikoterapide *invivo* ve *invitro* maruz kalma yöntemine yanıt verir iken, hipokondriyak hastalar kaçınma yerine ‘doktor doktor gezme’ davranışları nedeni ile bu türden tedavi yöntemlerine yanıt vermezler (214). Ek olarak literatürde 1991 yılında yapılan 10 hastalık korkusu tanılı hastanın alındığı bir çalışmada hipokondriyazisin aksine bu hastaların 8’inde 8 haftalık imipramin tedavisine yanıt verdikleri bulunmuştur (249). Bu sonuçlar hastalık korkusunun hipokonriyazisin alt tipi olarak ele alınmasından ziyade 2 ayrı kategori olarak tanımlanması gerekliliğine işaret etmektedir (223).

Medikal örneklemede sıklığı sağlık anksiyetesinden daha düşük oranda bulunsa da İtalya’da birinci basamak bir sağlık hizmetine 1 yıllık süre boyunca kliniğe en sık başvuran 50 hastanın, kliniğe ortalama sıklıkta başvuran rastgele seçilmiş 50 hasta ile DCPR sistemi kullanılarak tanı karşılaştırmasının yapıldığı bir çalışmada, birinci

basamak sağlık hizmetine sıklıkla başvuran hastalarda hastalık korkusunun yaygınlığı %34 oranında yüksek olarak bulunmuştur (247). Bu oran konsültasyon liyezon psikiyatrisinde %19 civarındadır (246). Bununla birlikte 347 kişiden oluşan bir toplum örnekleminde yaygınlığı (%1) oldukça düşük olarak bulunmuştur (227).

**DCPR Hastalık Korkusu Tanı Kriterleri ( A 'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)**

**A** Uygun muayeneye ve güvence vermeye rağmen devam eden, belirli bir hastalığı (örn. AIDS, kanser) olduğuna dair yersiz ve kalıcı korkular

**B** Hipokondriazisteki kalıcı kronik kaygılardan farklı olarak buradaki korkular ataklar halinde ortaya çıkar; panik ataklar bu görünümle ilişkili olabilir

**C** Korku nesnesi zamanla değişmez ve belirtilerin süresi 6 ayı geçmektedir

**2.5.2.3. Hastalık İnkârı**

Psikanalitik teoriden türetilen inkar kavramı, hoş olmayan duygulara karşı bir ego savunma mekanizmasıdır (250). Sonraları inkar, stresli durumlarla karşı karşıya kalındığında duygu odaklı bir başa çıkma stratejileri arasına dahil edilmiştir (251).

Anormal hastalık davranışları kavramsal çerçevesinde hastalık inkârı, kişinin mevcut hastalığına karşı psikolojik tepkisi olarak temsil edilir, pek çok fenomenolojik fenomen olan gerçekçi olmayan iyimserlikten hastalığın tümüyle reddine kadar değişen bir aralıkta yer alır. Bu çerçevede hastalık inkârı, hipokondriyazise zıt kutupta yer almaktadır. Tanın konulduğu erken dönemde veya yaşamı tehdit eden terminal hastalık evresinde olduğu gibi belirli durum ve belirli derecelerde olan hastalığı fiziksel yükünün inkârı yaşanan psikolojik sıkıntıyı hafifleteceğinden ötürü adaptif bir başa çıkma mekanizması olabilir. Metastatik olmayan meme kanseri tanısı alan hastalarda hastalık inkârı hastalığın teşhis edildiği ilk safhasında yaşanan kaygıyı azaltarak hastalık seyri üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (252). Bununla birlikte klinik olarak önemli derecede olan inkar, yadsıma, çarpıtma, kişisel sorumluluğun en aza indirgenmesi ve sağlıkla ilişkili ciddi kötü sonuçlara neden olabilir.Örneğın diyabetli hastalarda inkar ile ilişkili kötü metabolik kontrol değişen hematolojik belirteçler ile hastalığın seyrini bozabilir (253). AIDS/HIV ile ilişkili hastalık inkârı sağlıklı kişilerde sağlık açısından riskli davranışlar alınmasına zemin

hazırlayabilir (254). Pek çok farklı klinik ortamda (kanser hastaları, renal, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar) tanımlanmıştır.

Hastalık inkarı, klinik önemi ve sağlıkla ilişkili olası sonuçlarına rağmen ICD-10 ve DSM-IV sistemlerince ihmal edilmiş durumdadır. Birinci basamakta DCPR tanılarının saptandığı bir çalışmada hastalık reddi tanısının yüksek yaygınlığı gösterilmiştir. Normal katılımcılarda bu oran %80'lere kadar varmıştır (247). Düzenli takip yöntemi sağlanan diğer tıbbi ortamlarda yaygınlığı daha düşük bulunmuştur. Örneğin 545 dermatoloji hastasının alındığı bir çalışmada yaşam kalitesi, DSM-IV ile psikiyatrik durum ve DCPR ile psikolojik durumların psikosomatik ilişkisini araştıran bir çalışmada hastalık inkarının yaygınlığı %2 olarak bulunmuştur (255). Bu oran konsültasyon liyezon psikiyatrisinde %29 civarındadır (256).

#### **DCPR Hastalık İnkarı Tanı Kriterleri(A ve B gereklidir)**

**A** Fiziksel bir hastalığın belirti, bulgu, tanı ve tedavisine tepki olarak, bir fiziksel hastalığa sahip olduğunu ve tedaviye ihtiyacı olduğunu ısrarla inkar (örneğin; uyumun olmaması, ciddi ve kalıcı belirtiler için tıbbi başvuruyu geciktirme, karşıt fobik davranış)

**B** Hastaya tıbbi durumun ne olduğu ve nasıl bir yol izleneceği konusunda anlaşılır ve kesin bir bilgi verilmiştir

#### **2.5.2.4. Ölüm Korkusu (Tanatofobi)**

Tanatofobi(ölüm korkusu), ilk kez 1928'de Ryle tarafından "angor animi /ölüm hissi" olarak tarif edilmiştir (257). Herhangi bir tıbbi sebep olmaksızın ölüm anında olduğuna dair ani bir duygu ya da inanç halidir. Kaçınılmaz ölüm korkusu ile karıştırılmamalıdır. Tanatofobi ölüm ilanı, cenaze töreni gibi ölümü bildiren davranışlardan kaçınmaya neden olabilir (258). Hipokondriyazis, panik bozukluk, hastalık korkusu zemininde oluşabilir (259-261). Korkuların fobik niteliğine ikincil olarak panik ataklar ile sonuçlanabilir. Maskeli melankolik depresyon tanılı hastaların endişelerinden daha yoğun kronik ve izole ataklar ile gidiş gösterebilir. Mayer-Gross ve arkadaşları ise ölüm düşünce ve korkularının obsesif hastalık ile olan ilişkisine dikkat çekmiştir (262).

Tanatofobi farklı klinik ortamlarda gözardı edilemeyecek oranda görülmektedir. Kanser hastalarında DSM-IV ve DCPR uygulamalarının karşılaştırıldığı 146 kanser

hastasının alındığı bir çalışmada hastaların %8.2'sinde DCPR ile tanatofobi tanısı konulmuştur (245). Kardiyak nakil alıcılarında bu oran %6.9 (229), fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıklarında %1.6 (231),yakın zamanda ilk kez miyokardiyal infarktüs geçiren hasta grubunda ise %4.9 olarak bulunmuştur (263).

### **DCPR Ölüm Korkusu Tanı Kriterleri ( A 'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)**

**A** Korkularını açıklayan nesnel tıbbi neden olmamasına rağmen ölümün yaklaştığı duygusunu ve/veya yakında öleceği inancını içeren ataklar

**B** Ölümü hatırlatan haberlerden (örneğin, cenaze, ölüm ilanları) belirgin, sürekli korku ve kaçınma; bu uyarılara maruz kalma hemen her zaman ani kaygı yanıtını tetikler

**C** Kaçınma, beklenti kaygısı ve sıkıntı kişinin işlevsellik düzeyini belirgin olarak etkiler

### **2.5.3. Hastalıkların Psikolojik Boyutu -Medikal Durumları Etkileyen Psikolojik Faktörler:**

#### **2.5.3.1. Demoralizasyon (Direncsizlik)**

Demoralizasyonun klinik ve prognostik önemine rağmen geleneksel sınıflandırma sistemlerinde yeterince tanınmamaktadır. DSM-IV'de yalnızca uyum bozuklukları kriterlerinde yer verilmiş durumdadır (223). Demoralizasyon, duygudurum bozukluğunun subklinik bir formu olarak duygudurum bozukluğundaki gibi hastalığın başlangıcından önce gelen veya hastalık deneyiminin tetiklediği bir durumdur (264). De Figueiredo'ya göre demoralizasyon, psikolojik sıkıntı halinin yaklaşması ile birlikte yaşanan öznel beceriksizlik(stresli bir durum ile başa çıkamama fikri) deneyimidir. Schmale ve Engel'in 1967 yılında tanımladığı vageçme/vazgeçilme kompleksi karakteristik bir özelliğidir. Bu komplekse sahip bireyler çaresizlik, umutsuzluk deneyimleri ile yetkinlik ve kontrol algılarında azalma hissetmektedirler. Geçmiş ve gelecek arasında süreklilik algısının kaybı, kişiler arası ilişkilerde bozulmalar ile seyretmektedir. Ayrıca, önceki başarısızlık ve sinir bozucu yaşam deneyimlerini canlı tutma, kişisel performanslarını dış çevrenin beklentilerini karşılayamadığını hissetmektedirler (265). DCPR'da tanımlanan demoralizasyon tanı kriterleri tüm bu klinik yönleri ele almaktadır. Umutsuzluk, demoralizasyonun en önemli özelliğidir. Depresyondan bağımsız olarak intihar düşüncesi

plan ve girişim riskini arttırdığı bulunmuştur. Demoralizasyonun, kanser ve kardivasküler hastalarda, hastalığın başlangıç ve sonlanımın kötüleşmesi durumu ile yakın ilişki içerisinde olduğu gösterilmiştir (266).

Tıbbi hastalığı olanlarda yüksek oranda görülmektedir.809 tıbbi hastanın alındığı geniş bir örneklemede en sık saptanan DCPR tanısı olduğu, hastaların %30'unda tespit edildiği gösterilmiştir (267). Bununla birlikte toplumdaki yaygınlık oranı oldukça düşüktür. Toplam 347 ardışık evrenden oluşan bir toplum örnekleminde bu oran %3 olarak bulunmuştur (227).

Major depresyon ile örtüşme saptanmasına rağmen farklı iki klinik antitedir. Depresyon, hastalarda anhedoni ile belirlidir, demoralizasyonda ise yararlılık/etkinlik duygusunun kaybı yaşanır. Ek olarak duygudurum reaktivitesi genellikle korunur. Örneğin duygudurum keyif veren eylemler tatiller gibi iyileşme gösterir demoralizasyonda hastalar yakın akraba ziyaretlerine katılabilirken, depresyonda hastalar disforik duygudurumdan kurtulmakta güçlük çekerler (268). Bazı yazarlarca depresyon ile hiyerarşik olmayan bir biçimde ilişkili olabileceği görüşü savunulmaktadır. Çeşitli kliniklere (kardiyoloji, gastroentoloji, endokrinoloji ve onkoloji) ayaktan ardışık sayıda başvuran 807 hastanın alındığı bir çalışmada %44 (n=59) hasta depresyon tanısı almış olup , demoralizasyon tanısı almamış iken, tersi şekilde %69 (n=169 ) hasta demoralizasyon tanısı alır iken depresyon tanısı almamıştır (267).

95 kardiyak transplantasyon alıcısının alındığı demoralizasyonun psikolojik özelliklerinin depresyon, psikolojik iyilik hali, psikolojik stres düzeyleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştıran bir çalışmada demoralizasyonun, psikolojik iyilik hali boyutlarında düşme ile özellikle çevresel hakimiyet ve kendini kabullenme alanları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (269).

Bazı yazarlarca tıbbi hastalığı olan hastalarda demoralizasyonun hasta ve bakım veren sağlık çalışanı arasındaki düzenli destekleyici ve empatik ilişki ile azalacağı görüşündedirler (264, 270). Ek olarak tedavide, bilişsel ve davranışsal tabanlı veya kişiler arası tekniklerin uygulandığı spesifik psikoterapötik müdahaleler fayda sağlayabilmektedir (271).



### **DCPR Demoralizasyon Tanı Kriterleri (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)**

**A** Hastanın kendi (ya da başkalarının) beklentilerini karşılamakta başarısız olduğu ya da bazı zorlayıcı sorunlarla başa çıkamadığı hissini yaşadığı duygusal durum; hasta çaresizlik, umutsuzluk veya vazgeçmişlik yaşamaktadır

**B** Bu duygudurum uzamış ve yaygın olmalıdır (en az 1 ay)

**C** Bu duygu tıbbi bir bozukluğun görünümünün başlangıcından hemen önce ortaya çıkmıştır ya da bu hastalığın belirtilerini alevlendirir

#### **2.5.3.2. Aleksitimi**

Aleksitimi, tanım olarak duyguları tanımakta güçlük, iletişimde zorluk, dış odaklı dışmerkezli uyum sağlamaya yönelik kognitif yapı ve işlemsel düşünme ile karakterize bir kişilik yapısıdır (63). Aleksitimik bireyler duygusal uyarınları hastalık belirtileri olarak yanlış yorumlama eğilimindedirler (64). İçsel psikik olayların işaretlerini hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlarlar. Somatik duylara odaklanıp yoğunlaştırırlar (65). Aleksitimi, psikosomatik hastaların kişilik özelliği olarak düşünülüp kişinin oluşan sıkıntıyı bedensel belirti geliştirerek cevap verme şekli olarak yorumlanmaktadır. Bu, bir durum(state) veya özellik (trait) olarak da tanımlanmıştır (272) . Aleksitiminin FMS gibi kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğu bildirilmektedir (66, 67). 50 FMS tanılı hasta,20 RA tanılı hasta ve 42 sağlıklı kontrol grubunun eşleştirilmiş olduğu bir çalışmada anksiyete, depresyon, öfke, aleksitimi, ağrı yoğunluğu ve yetiyitimi açısından karşılaştırılmıştır. Ağrı şiddeti kontrol altına alındığında, FM ve RA grubu arasında önemli oranda öfke ve aleksitimi düzeylerinde farklılık saptanmıştır. FM ve RA'li hastalarda depresyon şiddeti kontrol altına alındığında ise daha FM'li hastalarda daha fazla aleksitimik oldukları bulunmuştur (68) .

Aleksitimi, psikosomatik literatürün geniş bir alanında odaklanılan araştırma konusu olmuştur (273). Aleksitiminin tıbbi ortamlarda değerlendirilmesi sağlık sorunlarını anlama ve çözümlemede yararlı imkanlar sağlamaktadır (274).

Prognostik değerinin netleştirilmesine gereksinim olsa da çeşitli kardiyovasküler hastalıklar, kanser, gastrointestinal sistem hastalıkları gibi pek çok tıbbi durumda artmış

risk ve olumsuz tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (275) .Ek olarak sağlıksız alışkanlıklar (madde kullanımı, yeme bozuklukları gibi) ile anlamlı oranda ilişkilidir (273).

DCPR sistemindeki aleksitimi alt bölümü iyi bir diskriminant geçerliliği göstermektedir (231, 276-278).DCPR ile tanı konulan çalışmalarda aleksitiminin yeme bozukluklarında sıklığı %52, fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıklarında %47.4, koroner kalp hastalıklarında %37, kanser hastalarında %26, konsültasyon liyezon psikiyatrisinde %30 olarak bulunmuştur (231, 245, 256, 276, 279).Fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalarında DCPR sisteminin 6 aylık tedavi sonrasında iyileşmedeki düşüşte öngörücülüğünü değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada aleksitiminin iyileşmedeki yetersizlikte öngörücü bir özelliğe sahip olduğu bulunmuştur (280).

### **DCPR Aleksitimi Tanı Kriterleri (A gereklidir)**

A Aşağıdaki 6 özellikten en az 3'ü olmalıdır:

1. Duygularını (emosyon= heyecanlanınca kalbin hızlanması) uygun kelimelerle tanımlamada yetersizlik
2. Hissedilenler (feeling) yerine ayrıntıları tanımlamaya yatkınlık (örneğin duygularından daha çok olayın geliştiği çevreyi anlatmak gibi)
3. Zengin fantezi dünyasının yokluğu
4. Düşünce içeriği, fanteziler ya da duygular yerine daha çok dışsal olaylarla ilişkilidir
5. Çeşitli hislenme yaşantılarına eşlik eden yaygın somatik tepkilerin farkında olmama
6. Nadir ancak şiddetli ve sıklıkla uygunsuz duygusal (afektif) davranış patlamaları

### **2.5.3.3. Tip A Davranış**

Tip A davranış paterni 1950'lerin sonlarına doğru iki kardiyolog olan Friedman ve Rosenman (1959) tarafından hastaları arasında sıklıkla gözlenen 'özel bir duygu-eylem kompleksi' tanımlanmıştır. Bu komplekse göre Tip A davranış paternine sahip kişiler, giderek daha kısa zamanda daha fazla iş yapmaya odaklanırlar, ek olarak bu kişilerde

koroner kalp hastalıklarına daha sık rastlanılmaktadır. İrritabl duygudurum sergilerler, telaşlı aceleci ve sabırsızdırlar (281) .

Pek çok çalışmada tip A davranış paterninin kardiyovasküler hastalık hem başlangıç, hem de kötüleşme evresi ile anlamlı oranda ilişkili olduğu bulunmuştur (282). Koroner kalp hastalıklarında bağımsız risk faktörleri olarak gösterilmiştir (283). Bazı çalışmalarda ise tip A davranış kardiyak mortalite olan ilişkisinde paternin yalnızca bazı öğelerinin (hostilite gibi) sorumlu olduğu bulunmuştur (282, 284).Bu ilişkide hastalığın psikolojik yönü ve olası tıbbi sonuçlarını minimize ederek etki gösterdiği dikkat çekmektedir (285). Kardiyoloji hastalarında sıklık oranı %28 (263) olmakla birlikte bu yüksek oran diğer kliniklerde de birinci basamak sağlık kuruluşlarına sıklıkla başvuran hastalarda %52 (247), yeme bozukluklarında %27 (279),konsültasyon liyezon psikiyatrisinde %25 (246) ayrıca sağlıklı insanlarda benzer oranda %25 (227) olarak bulunmuştur.

#### **DCPR Tip A Davranış Tanı Kriterleri (A ve B gereklidir)**

A Aşağıdaki 9 özellikten en az 5'i olmalıdır:

- 1 İş veya zamanla sınırlı başka etkinlikler ile aşırı meşguliyet
- 2 Sürekli ve yoğun yaşanan zamanla ilişkili sıkışıklık hissi
- 3 Zaman baskısı altında olduğunu gösteren motor davranış ifadeleri (hızlı ve patlayıcı konuşma, ani beden hareketleri, yüz kaslarında gerginlik, el kol hareketleri)
- 4 Düşmanlık ve kötümserlik
- 5 İrritabl duygudurum
- 6 Fiziksel aktivitelerde hızlı/sabırsız olmaya yatkınlık
- 7 Zihinsel aktivitelerde sabırsız olmaya yatkınlık
- 8 Yüksek yoğunlukta yaşanan başarıma ve tanınma arzusu
- 9 Yüksek rekabet

**B** Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır

#### **2.5.3.4. İrritabl Duygudurum**

Snaith ve Taylor tarafından ilk kez 1985’de tanımlanmıştır. Bu tanıma göre irritable öfke ile ilişkili kontrolün azalması ile karakterize ve genellikle sözel ya da davranışsal öfke patlamaları ile sonuçlanan bir duygu halidir (286). Özellikle majör depresif bozukluk gibi diğer psikiyatrik sendromların bir parçası olabilir ancak duygudurumdan bağımsız olarak görülebilmektedir. Bir çok çalışmada gösterildiği gibi, irritable ve ilişkili fenomenler (hostilite, içe atılan öfke ) kardiyovasküler hastalıklar gibi şiddetli pek çok tıbbi hastalık gelişiminde risk faktörü olarak rol oynayabilir (287-289). İrritable ve fiziksel hastalık arasındaki ilişkide pek çok farklı mekanizma rol oynar. İrritable, fiziksel hastalık tarafından tetiklenebilir ve sıklıkla endokrinoloji kliniklerinde takip edilen hastalarda görülmektedir. Öte yandan hastanede yatış yetiyitimi, ağrı yakınması, tedavi ve tanısız girişimlere ikincil psikolojik yanıtlar olarak ortaya çıkabilir. Diğer bir mekanizma ise bu fiziksel hastalıkların gelişim sürecinde rol oynamalarıdır (288).

Bir üniversite hastanesine ayaktan başvuran 146 endokrinolojik hastanın alındığı çalışmada DCPR ile tanı konulan irritable sıklık oranı %46 olarak bulunmuştur (230). Bu oran diğer klinik ortamlarda %10-15 civarındadır. Miyokard infarktusu geçiren hastalarda %9.8, fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalarında %10.5, kanser tanısı alan hastalarda %11.6, deri hastalıklarında %13.7, kardiyak hastalarda %17.8 olarak bulunmuştur (229, 231, 245, 248, 263) .

Sıklıkla tip A davranış ve majör depresif bozukluk ile birlikte görülse de bu iki tanıyı alan hastalarının tümünün irritable kriterlerini karşılamadığı gösterilmiştir. Farklı klinik ortamlarda ayaktan tedavi alan ardışık 609 hastanın alındığı bir çalışmada majör depresyon ve irritable duygudurum arasında önemli oranda örtüşme saptanmış olsa da majör depresyon tanılı hastanın %67’sinin dcpr ile belirlenen irritable duygudurum tanı kriterlerini karşılamadığı, tersi olarak DCPR ile, irritable duygudurum tanısı alan hastaların %77 sinin DSM-IV majör depresyon tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur (227).

## **DCPR İrritabl Duygudurum Tanı Kriterleri (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)**

**A** Özel durumlarda kısa epizotlar olarak yaşanabilen veya uzayıp yaygın hale gelen irritabl duygudurum ile karakterize duygusal durum; öfke kontrolü için kişinin yoğun bir çaba sarf etmesi gerekmekte veya öfkeli sözel veya davranışsal patlamalar ile sonuçlanmaktadır

**B** İrritabilite yaşantıları kişi için her zaman rahatsız edicidir ve açık dışavurumlar haklı öfke ifadelerindeki katartik etkiden yoksundur

**C** Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır

### **2.6.Amaç**

Bu çalışma ile somatik semptomların sıkça eşlik ettiği fibromiyalji tanısı alan hastalarda, DSM-5 tanı sistemi ile tanı konulamayan, atlanılan somatizasyon sendromları ve anormal hastalık davranışlarının tanınması, fibromiyalji gibi kronik tıbbi hastalıkların psikolojik boyutlarının tanınması ile etkin şekilde tedavi edilmesi, psikososyal değişkenler, yaşam kalitesi gibi faktörlerin DCPR ile belirlenen psikolojik durumlar ve DSM-5 ile belirlenen psikiyatrik durumlar ile ilişkisini belirlenmesi ile fibromiyaljili hastalarda işlevsellikte düşme ile ilişkili faktörlerin tespiti sonucu tedavisi ile gelecekte gelecekte hastalık süreci ve ilişkili psikolojik ve sosyal bağlamda da olumsuz etkilerinin önlenmesi üzerine katkısı olacaktır.

### 3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Araştırmada hasta grubu olarak, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine Mayıs 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında ayaktan başvuran, ACR(Amerikan Romatoloji Koleji) 1990 kriterlerine göre fibromiyalji tanısı alan hastalardan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalar alınmıştır. Mayıs 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine ayaktan başvuran, ACR(Amerikan Romatoloji Koleji) 1990 kriterlerine göre fibromiyalji tanısı alan 223 hastanın, 10'u çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Kalan 213 hastanın, 4'ü 65 yaşından büyük olduğu için, 1'i 18 yaşından küçük olduğu için, 4'ü okur yazar olmadığı için, 1'inde güncel hepatik ensefalopati tanısı nedeni ile, 2'si bilgi almayı zorlaştıran tıbbi kayıtlar ile belgelenmiş demans tanısı nedeni ile, 1'i geçmiş psikiyatrik kayıt raporlarında tespit edilen bipolar affektif bozukluk tanısı olması nedeni ile çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan ACR(Amerikan Romatoloji Koleji) 1990 kriterlerine göre fibromiyalji tanısı alan 200 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

1. ACR(Amerikan Romatoloji Koleji)1990 kriterlerine göre fibromiyalji tanısı almak.
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. Katılımcının çalışmaya katılım konusunda gönüllü olması
4. Uygulanan ölçeklerde sözel iletişim kurabilme becerisine sahip olmak

#### **Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri:**

1. İşbirliğini reddetmek
2. Yazılı onam vermemek
3. Okuma yazma bilmemek
4. Mental retardasyon saptanması

5. 18 yaş altı veya 65 yaş üstünde olmak
6. Demans, şiddetli bilişsel bozulma ve diğer organik mental bozukluğun saptanması
7. Bipolar bozukluk, psikotik bozukluk, delüzyonel bozukluk varlığı
8. Kafa travması, epilepsi ve başka bir major nörolojik bozukluk varlığı
9. Alkol ya da madde kullanım bozukluğu varlığı
10. Bireyin katılımını sınırlayan şiddetli tıbbi hastalığın varlığı
11. Gebelik varlığı

Araştırmaya katılan hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Aynı zamanda araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulun'dan da onay alınmıştır.

### **3.1. Veri Toplama Araçları**

#### **3.1.1. Hasta Değerlendirme Formu**

Bu çalışma için hazırlanmıştır. Katılımcıların yaşı , cinsiyeti, medeni durumu, meslek, eğitim durumu , çalışma durumu ve çalışma süresi, sigara kullanımı , alkol kullanımı , BKİ, yakınma süresi, hassas nokta sayısı ,ağrı düzeyi , kullandığı ilaçlar , fiziksel hastalık varlığı ve türü (kardiyovasküler hastalık , diabetes mellitus, tiroid hastalıkları , astım ,anemi ,osteoporoz ve diğer ) kaydedilmiştir. Ayrıca SCL90-R ve FEA ölçeklerinden alınan puanlar ve DCPR ve DSM-5 sistemlerince tespit edilen tanılar not edilmiştir.

#### **3.1.2. Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Koyma Rehberi (DCPR)**

1995 yılında DCPR, uluslararası araştırmacılar grubu tarafından psikosomatik tıpta biriken geniş kanıt kitlesini operasyonel araçlara çevirmek için geliştirilmiştir (221, 227). 58 maddeden oluşan, evet/hayır yanıtı biçiminde skorlanan, 3 alt gruptan oluşan, 12 psikosomatik sendromdan bir ya da daha fazlasının varlığını değerlendiren bir tanı koyma rehberidir. Görüşmesi tarafından uygulanır (221). Bu 3 alt gruptan 1. si anormal hastalık

davranışıdır. Anormal hastalık davranışı dört küme alt tanıdan oluşmaktadır; bunlar ölüm korkusu (tanatofobi), hastalık inkarı, sağlık kaygısı, hastalık korkusudur. 2. Alt grup ise somatizasyonun bir çok modalitesidir. Bu başlık altında toplanan 4 küme tanımlama ise; kalıcı somatizasyon, konversiyon belirtileri, psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler ve yıldönümü reaksiyonudur. 3. ve son grupta ise hastalığın psikolojik boyutu diğer bir deyiş ile medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler yer alır, bu grubun dört alt kümesi ise demoralizasyon, aleksitimi, tip A davranış, irritabl duygudurum'dur (230-231). DCPR 'ın ICD-10 ile yapılan geçerlilik güvenilirlik karşılaştırma çalışmasında DCPR'ın psikososyal fonksiyon ve tedavi sonucuna ilişkin öngörücü, yapısal geçerlilik, ve puanlayıcılar arası güvenilirlik açısından mükemmel bir görüşme aracı olduğu gösterilmiştir (214). Farklı dillerde yapılandırılmış görüşme araçları bulunmaktadır (223) .

### **3.1.3. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı (DSM-5)**

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı (DSM-5) Köroğlu E. Tarafından 2013 yılında Türkçeye çevrilmiştir (290). Çalışmada DSM-5 ile belirli psikiyatrik tanımlar bu kriterlerce yapılmıştır.

### **3.1.4. Belirti Tarama Listesi- Revize Edilmiş (Symptom checklist-90 Revised, SCL-90R)**

SCL-90R, psikolojik belirti tarama listesi ölçeği ilk defa 1976 yılında Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (291). Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ İ.(1991) tarafından yapılmıştır. Psikiyatrik belirti tarama aracıdır. 5'li Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 90 maddeden oluşur, zaman sınırlaması yoktur. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle 9 ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Bu belirti boyutları: somatizasyon (S), obsesif-kompulsif (o), kişilerarası duyarlılık (k), depresyon (d), anksiyete (a), öfke, düşmanlık (od), fobik anksiyete (fo), paranoid (pr), psikotizm (ps), ve bu belirti boyutları içerisinde değerlendirilmeyen ek ölçekler vardır. Soruların ölçeklere göre dağılımında bedenselleştirme alt ölçeği 1, 4 , 12, 27, 42, 40, 48, 49, 52, 53, 56, 58. soruları içermektedir. Testin her bir maddesi Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede olarak yanıtlanmakta ve 0, 1, 2, 3, 4 puanlarından biri verilerek puanlanmaktadır.



Alt ölçek puanları, her boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının o boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesi ile elde edilmekte ve böylece 0.00 ile 4.00 değerleri arasında olabilmektedir. Sonunda bu 10 boyut üzerinde deneğin puanlarından oluşan bir profil ortaya çıkmaktadır. Ancak, ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel göstergesi bulunmaktadır. Bunlar: Genel belirti düzeyi (Global Symptom Index/GSI): Boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalamasıdır (0 ile 4 arasındadır). Pozitif belirti toplamı (Positive Symptom Total/PST): ‘Hiç’ seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır (0 ile 90 arasındadır). Pozitif belirti düzeyi (Positive Symptom Distress Index/PSDI): ‘Hiç’ olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin dereceleme puanları toplamının PST 'ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değerdir (0 ile 4 arasındadır). Ölçek genel ortalama puanı olan GSI'deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir. PST arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. PSDI'deki artış ise, bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir. GSI'nın düzeltilmiş bir alternatifi olarak kabul edilir (292).

### **3.1.5. Fibromiyalji Etki Anketi (FEA)**

FEA, Burckhardt ve ark. tarafından FS hastalarında fonksiyonel durumu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (293). Ülkemize özgü geçerlik güvenirlik uyarlaması Sarmer ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu ölçek; fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme hali, işe gidememe, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon olmak üzere 10 ayrı özelliği ölçer. Kendini iyi hissetme özelliği hariç, düşük skorlar iyileşmeyi veya hastalıktan daha az etkilenildiğini gösterir. FEA hasta tarafından doldurulur ve tamamlanması yaklaşık 5 dk sürer. Talimatlar basittir. Her alt başlığın maksimum olabilecek skoru 10'dur. Böylece toplam maksimum skor 100'dür. Ortalama bir FS hastası 50 puan alırken, daha şiddetli etkilenmiş FS hastaları genellikle 70 ve 70'in üzerinde puan alır. İlk başlık 11 soru içerir ve fiziksel fonksiyon skalasını oluşturur. 11 soru skorlanır ve 1 fiziksel engellik toplam skoru elde edilir. Her alt başlık 4'lü Likert tipi skala ile puanlanır. Her alt başlık 0 (her zaman) - 3 (hiçbir zaman) arası puanlanır ve maksimum puan 33 olabilir. Hasta tarafından işaretlenen soruların puanları toplanır, soru sayısına bölünür ve 0-3 arası bir ortalama sonuç elde edilir. 2. başlık ters olarak skorlanır böylece daha yüksek skor engellilik anlamına gelmiş olur(örnek: 0=7, 1=6, 2=5, 3=4, 4=3,

5=2, 6=1, 7=0). ortalama skor 0-7 arası olacaktır. Üçüncü başlık direkt olarak puanlanır (örnek: 7=7, 0=0). Ortalama skor 0-7 arası olacaktır. 4-10 arası sorular hasta tarafından 10 aşamalı puanlanır, skor her soru için 0-10 arasında puan alır. Hasta bir soruda eğer 2 rakam arasını işaretlerse 0,5 puan anlamına gelir. Her sorudan elde edilen cevaplar toplanıp toplam sonuç elde edilebilmesi için bir normalizasyon prosedürü gereklidir. Normalize edilmiş skorlar 0-10 arası puanlanmış olur ve 0= engellilik yok ve 10 = maksimum engellilik anlamına gelir (86).

### **3.1.6. İstatistiksel Analiz**

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (minimum-maksimumu), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymayan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında ise Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak uygulandı. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını bulmaya yönelik bonferroni düzeltmesi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler:

Araştırma kapsamında toplam 200 hasta incelendi. İncelenen hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

İncelenen hastaların yaş ortalaması  $47.3 \pm 11.3$  (min:18-maks:67) yıl olup %84.5’i kadındı. Medeni durumlarına bakılacak olursa; hastaların %87.5’i evli, %8.0’ı bekar, %2.0’ı boşanmış ve %2.5’inin eşi vefat etmişti. İncelenen hastalardan % 1.0’ı okur-yazar, %40.0’ı ilkököl, %20.0’ı ortaokul, %23.5’i lise ve %15.5’i yüksekokul/üniversite mezunu olup %89.0’ı çalışmıyordu. Çalışan 18 ve emekli olan 4 hastanın çalışma süresi ortalaması  $22.7 \pm 12.7$  (min:5-maks:44) yıldır. Hastaların %8.5’i sigara kullanıyordu. Boy ve vücut ağırlıkları ölçülerek beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanan hastaların ortalama BKİ değerleri  $25.4 \pm 3.4$  (min:18.8-maks:35.2)  $\text{kg/m}^2$  ydi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.** Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

	(n=200)
<b>Yaş (yıl), ort±SD (min-maks)</b>	47.3±11.3 (18-67)
<b>Cinsiyet, n (%)</b>	
Kadın	169 (84.5)
Erkek	31 (15.5)
<b>Medeni Durum, n (%)</b>	
Evli	175 (87.5)
Bekar	16 (8.0)
Boşanmış	4 (2.0)
Eşi vefat etmiş	5 (2.5)
<b>Öğrenim Durumu, n (%)</b>	
Okuryazar	2 (1.0)
İlkokul	80 (40.0)
Ortaokul	40 (20.0)
Lise	47 (23.5)
Yüksekokul/Üniversite	31 (15.5)
<b>Çalışma Durumu, n (%)</b>	
Çalışmıyor	178 (89.0)
Çalışıyor	18 (9.0)
Emekli	4 (2.0)
<b>Çalışma Süresi (yıl) (n=22), ort±SD (min-maks)</b>	22.7±12.7 (5-44)
<b>Sigara Kullanımı, n (%)</b>	17 (8.5)
<b>BKİ (<math>\text{kg/m}^2</math>), ort±SD (min-maks)</b>	25.4±3.4 (18.8-35.2)

n: Hasta sayısı; %: Yüzde; Ort: Ortalama; SD: Standart sapma; BKİ: Beden kütle indeksi

## 4.2. Klinik Özellikler:

Araştırma kapsamında incelenen 200 hastanın ortalama yakınma süresi  $70.3 \pm 93.3$  ay, hassas nokta sayısı ortalama  $13.7 \pm 1.9$ ' idi. Ağrı düzeyleri sorulan hastaların %28.5'i hafif, %57.5'i orta ve %14.0'ı ağır düzeyde ağrılarının olduğunu belirtti. Hastaların %43.5'i SNRI, %17.5'i SSRI, yine %17.5'i pregabalin, %14.5'i NSAİİ, %6.5'i gabapentin, %2.5'i TCA, %2.0'ı steroid kullanırken %27.5'i diğer ilaçlardan herhangi birini kullanıyordu. Fiziksel hastalık durumlarına bakılacak olursa; incelenen 200 hastanın %35.0'ında herhangi bir fiziksel hastalık mevcuttu. Bu hastalıkların %35.7'si kardiyovasküler sistem hastalığı, %15.7'si diyabetes mellitus, %12.9'ı tiroid hastalığı, %7.1'i astım, %5.7'si osteoporoz, %2.9'u anemi olup %24.3'ü herhangi bir diğer hastalıktı (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2.** Hastaların bazı klinik özellikleri

	(n=200)
<b>Yakınma Süresi (ay), ort<math>\pm</math>SD / medyan (min-maks)</b>	70.3 $\pm$ 93.3 / 36 (18-67)
<b>Hassas Nokta Sayısı, ort<math>\pm</math>SD / medyan (min-maks)</b>	13.7 $\pm$ 1.9 / 14 (10-18)
<b>Ağrı Düzeyi, n (%)</b>	
Hafif	57 (28.5)
Orta	115 (57.5)
Ağır	28 (14.0)
<b>Kullanılan İlaçlar n (%)</b>	
SNRI	87 (43.5)
SSRI	35 (17.5)
Pregabalin	35 (17.5)
NSAİİ	29 (14.5)
Gabapentin	13 (6.5)
TCA	5 (2.5)
Steroidler	4 (2.0)
Diğer	55 (27.5)
<b>Fiziksel Hastalık Varlığı, n (%)</b>	
KVS Hastalığı	70 (35.0)
DM	25 (12.5)
Tiroid Hastalığı	11 (5.5)
Astım	9 (4.5)
Osteoporoz	5 (2.5)
Anemi	4 (2.0)
Diğer	2 (1.0)

n: Hasta sayısı; %: Yüzde; Ort: Ortalama; SD: Standart sapma

### 4.3. Hastaların DSM-5 Tanı Durumu ve Tipleri:

Hastaların DSM-5 tanı durumu ve tipleri Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen hastaların %51.5'ine bir tane ve %14.0'ına iki ve daha fazla tanı konulmuş iken , %34.5'ine DSM-5'e göre herhangi bir tanı konulmadı. (Tablo 4.3).

Aldıkları tanılara bakılacak olursa; %15.0'ına depresif bozukluk tanısı konurken, araştırma evreninin %11'i majör depresif bozukluk, %3'ü distimik bozukluk, %1.0'ı ise tanımlanmamış diğer depresif bozukluklardı (Tablo 4.3).

İncelenen hastaların %17.5'ine anksiyete tanısı konmuş olup , araştırma evreninin %7'si yaygın anksiyete bozukluğu, %5.5 'u panik bozukluk, %2'si agorafobi, yine %2'si tanımlanmamış anksiyete bozukluğu, %0.5'i özgül fobi ve yine %0.5'i sosyal fobiydi (Tablo 4.3).

Hastaların %5.0'ına obsesif kompulsif bozukluk, %1.0'ına travma ile ilişkili bozukluklar ve %0.5'ine yeme bozuklukları tanısı konurken hiçbir hastaya uyum bozukluğu ve kişilik bozukluğu tanıları konmamıştı (Tablo 4.3).

Araştırma kapsamında incelenen hastaların %41'ine bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı konurken , %27.5'i bedensel belirti bozukluğu, %5.5'i sağlık durumunu etkileyen diğer psikolojik faktörler, %3.5'i konversiyon bozukluğu, %1.5'ı hastalık kaygısı bozukluğu, %1.5'i tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar, %1.5'i tanımlanmış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar tanısıydı (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Hastaların DSM-5 tanı durumu ve tipleri

(n=200)	n (%)
<b>DSM-5 Tanı Durumu</b>	
Tanı yok	69 (34.5)
Bir tane tanı	103 (51.5)
≥2 tane tanı	28 (14.0)
<b>Depresif Bozukluk</b>	30 (15.0)
Majör depresif bozukluk	22 (11.0)
Distimik bozukluk	6 (3.0)
Tanımlanmış diğer depresif bozukluklar	2 (1.0)
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	35 (17.5)
Yaygın anksiyete bozukluğu	14 (7.0)
Panik bozukluk	11 (5.5)
Agorafobi	4 (2.0)
Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu	4 (2.0)
Özgül fobi	1 (0.5)
Sosyal fobi	1 (0.5)
<b>Obsesif Kompulsif Bozukluk</b>	10 (5.0)
<b>Travma ile İlişkili Bozukluklar</b>	2 (1.0)
<b>Yeme Bozuklukları</b>	1 (0.5)
<b>Uyum Bozukluğu</b>	0
<b>Kişilik Bozuklukları</b>	0
<b>Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar</b>	82 (41.0)
Bedensel Belirti Bozukluğu	55 (27.5)
Diğer sağlık durumunu etkileyen psikolojik faktörler	11 (5.5)
Konversiyon bozukluğu	7 (3.5)
Hastalık kaygısı bozukluğu	3 (1.5)
Tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar	3 (1.5)
Yapay bozukluk	0
Tanımlanmış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar	3(1.5)

n: Hasta sayısı; %: Yüzde

#### **4.4. Hastaların DCPR Tanı Durumu ve Tipleri:**

Hastaların DCPR tanı durumu ve tipleri Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen 200 hastanın %54.5'ine 1 tane, %26.0'ına ise 2 ve daha fazla tanı konulmuş iken , %19.5'ine DCPR'ye göre tanı konulmadı (Tablo 4.4).

DCPR'ye göre konan tanılara bakılacak olursa; somatizasyon sendromları başlığı altında, hastaların %26.0'ına kalıcı somatizasyon sendromu, %6.5'ine yıldönümü reaksiyonu, %4.0'ına psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik sendromlar ve %2.0'ına konversiyon semptomları tanısı konmuştu (Tablo 4.4).

Anormal hastalık davranışı başlığı altında, hastaların %17.5'ine tanatofobi, %16.0'ına hastalık korkusu, %3.5'ine sağlık kaygısı ve %0.5'ine hastalık inkarı tanısı konmuştu (Tablo 4.4).

Medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler başlığı altında ise hastaların %14.5'ine demoralizasyon, %9.5'ine aleksitimi, %7.0'ına tip-A davranış bozukluğu ve %2.5'ine irritabl duygu durum tanısı konmuştu (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** Hastaların DCPR tanı durumu ve tipleri

(n=200)	n (%)
<b>DCPR Tanı Durumu</b>	
Tanı yok	39 (19.5)
Bir tane tanı	109 (54.5)
≥2 tane tanı	52 (26.0)
<b>DCPR Tanı Sayısı</b>	
1	109 (67.7)
2	47 (29.2)
3	5 (3.1)
<b>Somatizasyon Sendromları</b>	77(%38.5)
Kalıcı somatizasyon	52 (26.0)
Yıldönümü reaksiyonu	13 (6.5)
Psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik semptomlar	8 (4.0)
Konversiyon semptomları	4 (2.0)
<b>Anormal Hastalık Davranışı</b>	75(%37.5)
Tanatofobi	35 (17.5)
Hastalık korkusu	32 (16.0)
Sağlık kaygısı	7 (3.5)
Hastalık inkarı	1 (0.5)
<b>Medikal Durumları Etkileyen Psikolojik Faktörler</b>	67 (%33,5)
Demoralizasyon	29 (14.5)
Aleksitimi	19 (9.5)
Tip-A davranış	14 (7.0)
İrritabl duygudurum	5 (2.5)

n: Hasta sayısı; %: Yüzde

#### **4.5. Belirti Tarama Listesi- Revize Edilmiş Formu (Symptom checklist-90 Revised, SCL-90-R) ve Fibromyalji Etki Anketi (FEA):**

Hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi (FEA) Puanları Tablo 4.5'te sunulmuştur.

SCL90-R ölçeği toplam 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Ana ölçeklerden ortalama Ana Ölçek Puanları; genel belirti düzeyi (GSI)  $0.80 \pm 0.59$ , pozitif belirti toplamı (PST)

31.8±20.8 pozitif belirti düzeyi (PSDI) 2.13±0.58 2.11 iken SCL90-R toplam puan ortancası 62.5 (min:6-maks:294)'tü. Ortalama ve ortanca Alt Ölçek Puanları ; somatizasyon 1.56±0.73 1.50 ,anksiyete 0.79±0.72 0.60, obsesyon 0.81±0.74 0.65, depresyon 0.92±0.79 0.69 , kişilerarası duyarlılık 0.52±0.73 0.22 , psikotizm 0.38±0.55 0.20 , paranoid düşünce 0.36±0.67 0 , öfke/Düşmanlık 0.63±0.76 0.33, fobik anksiyete 0.42±0.59 0.28 ,ek ölçek 0.72±0.72 0.57 idi. Ayrıca FEA puanları ortancası 51.0 (min:6.2-maks:80.7) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** Hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanları

(n=200)	ort±SD	medyan (min-maks)
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	71.45±53.94	62.5 (6-294)
<b>Alt Ölçek Puanları</b>		
Somatizasyon	1.56±0.73	1.50 (0-3.41)
Anksiyete	0.79±0.72	0.60 (0-3.60)
Obsesyon	0.81±0.74	0.65 (0-3.70)
Depresyon	0.92±0.79	0.69 (0-3.54)
Kişilerarası duyarlılık	0.52±0.73	0.22 (0-3.77)
Psikotizm	0.38±0.55	0.20 (0-3.60)
Paranoid düşünce	0.36±0.67	0 (0-3.83)
Öfke/Düşmanlık	0.63±0.76	0.33 (0-3.33)
Fobik anksiyete	0.42±0.59	0.28 (0-3.00)
Ek ölçek	0.72±0.72	0.57 (0-3.43)
<b>Ana Ölçek Puanları</b>		
Genel Belirti Düzeyi (GSI)	0.80±0.59	0.70 (0.07-3.22)
Pozitif Belirti Toplamı (PST)	31.8±20.8	27.5 (4.0-90.0)
Pozitif Belirti Düzeyi (PSDI)	2.13±0.58	2.11 (0.24-4.33)
<b>FİBROMYALJİ ETKİ ANKETİ (FEA)</b>	48.5±16.1	51.0 (6.2-80.7)

n: Hasta sayısı; Ort: Ortalama; SD: Standart sapma

#### 4.6. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Birbiriyle Karşılaştırılması:

Araştırma kapsamında incelenen 200 hastanın DSM-5 tanı sayısına göre DCPR tanı sayısının dağılımı **Tablo 4.6'** de sunulmuştur.

DSM-5'e göre tanı almayan 69 hastanın %53.6'sı bir tane, %11.6'sı ise 2 ve daha fazla tanı almış iken (toplam araştırma evreninin %22.5'i), %34.8'i DCPR'ye göre de tanı almadı. DSM-5'e göre 1 tanı alan 103 hastanın %55.3'ü DCPR'ye göre de 1 tanı , %32.0'ı 2 ve daha fazla tanı almış iken , %12.6'sı tanı almamıştı. DSM-5'e göre 2 ve daha fazla tanı alan 28 hastanın %39.3'ü DCPR'ye göre de iki ve daha fazla ,%53.6'sı bir tane tanı



almış iken, %7.1'i tanı almamıştı. DCPR ile tanı konulamayan hasta grubunun (n=39) %38,4'ü (araştırma evreninin %7,5'i) en az 1 DSM-5 ile tanı almıştı. DSM-5 tanı sayısına göre DCPR tanı sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.001) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** DSM-5 tanı sayısına göre DCPR tanı sayısının dağılımı

		DCPR Tanı Sayısı			p*
		Tanı yok (n=39)	1 Tanı (n=109)	≥2 Tanı (n=52)	
<b>DSM-5 Tanı Sayısı</b>					
Tanı yok (n=69)	N	24	37	8	<b>&lt;0.001</b>
	Satır yüzdesi	34.8	53.6	11.6	
	Sütun yüzdesi	61.5	33.9	15.4	
1 tanı (n=103)	N	13	57	33	
	Satır yüzdesi	12.6	55.3	32.0	
	Sütun yüzdesi	33.3	52.3	63.5	
≥2 tanı (n=28)	N	2	15	11	
	Satır yüzdesi	7.1	53.6	39.3	
	Sütun yüzdesi	5.1	13.8	21.2	

\*Ki-Kare Testi

#### 4.7. Farklı DCPR Tanıları İçerisinde DSM-5 Tanı Kategorilerinin Dağılımının İncelenmesi:

Farklı DCPR tanıları içerisinde DSM-5 tanı kategorilerinin dağılımı Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenenlerden DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon tanısı konan 52 hastanın %11.5'ine DSM-5'e göre depresif bozukluk, %19.2'sine anksiyete bozukluğu ve %65.3'üne bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı konmuştu (Tablo 4.7).

DCPR'ye göre tanatofobi tanısı konan 35 hastanın %8.6'sına DSM-5'e göre depresif bozukluk, %34.3'üne anksiyete bozukluğu, %31.4'üne bedensel belirti ve ilişkili

bozukluklar, %14.3'üne OKB ve %5.7'sine travma ilişkili bozukluklar tanısı konmuştu (Tablo 4.7).

İncelenenlerden DCPR'ye göre hastalık korkusu tanısı konan 32 hastanın %12.5'ine DSM-5'e göre depresif bozukluk, %25.0'ına anksiyete bozukluğu, %71.8'ine bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar, %6.3'üne OKB ve %3.1'ine travma ilişkili bozukluklar tanısı konmuştu (Tablo 4.7).

DCPR'ye göre demoralizasyon tanısı konan 29 hastanın %34.5'ine DSM-5'e göre depresif bozukluk, %3.4'üne anksiyete bozukluğu ve %51.7'sine bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı konmuştu (Tablo 4.7).

İncelenenlerden DCPR'ye göre aleksitimi tanısı konan 19 hastanın %26.3'üne DSM-5'e göre depresif bozukluk, %21.1'ine anksiyete bozukluğu, %36.8'ine bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar ve %1.5'ine OKB tanısı konmuştu (Tablo 4.7).

DCPR'ye göre yıldönümü reaksiyonu tanısı konan 13 hastanın %7.7'sine DSM-5'e göre depresif bozukluk, yine %7.7'sine anksiyete bozukluğu ve %23.0'ına bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı konmuştu (Tablo 4.7).

İncelenenlerden DCPR'ye göre tip-A davranış tanısı konan 14 hastanın %14.3'üne DSM-5'e göre depresif bozukluk, %14.3'üne anksiyete bozukluğu ve %21.4'üne bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı konmuştu (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7.** Farklı DCPR tanıları içerisinde DSM-5 tanı kategorilerinin dağılımı

	DSM-5 Tanıları				
	Depresif Bozukluk	Anksiyete Bozukluğu	Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar	OKB	Travma ile İlişkili Bozukluklar
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>DCPR Tanıları</b>					
Kalıcı somatizasyon(n=52)	6 (11.5)	10 (19.2)	34 (65.3)	0	0
Tanatófobi(n=35)	3 (8.6)	12 (34.3)	11 (31.4)	5 (14.3)	2 (5.7)
Hastalık korkusu(n=32)	4 (12.5)	8 (25.0)	23 (71.8)	2 (6.3)	1 (3.1)
Demoralizasyon (n=29)	10 (34.5)	1 (3.4)	15 (51.7)	0	0
Aleksitimi (n=19)	5 (26.3)	4 (21.1)	7 (36.8)	1 (5.3)	0
Yıldönümü reaksiyonu(n=13)	1 (7.7)	1 (7.7)	3 (23.0)	0	0
Tip-A davranış(n=14)	2 (14.3)	2 (14.3)	3 (21.4)	0	0

n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

#### **4.8. Farklı DSM-5 Tanıları İçerisinde DCPR Tanı Kategorilerinin Dağılımının İncelenmesi:**

Farklı DSM-5 tanıları içerisinde DCPR tanı kategorilerinin dağılımı Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen hastalardan DSM-5'e göre depresif bozukluk tanısı 30 hastanın %20.0'ına DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon, %3.3'üne konversiyon, %6.7'sine psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar, %3.3'üne yıldönümü reaksiyonu, %3.3'üne sağlık anksiyetesi, %13.3'üne hastalık fobisi, %10.0'ına tanatofobi, %33.3'üne demoralizasyon, %16.7'sine aleksitimi ve %6.7'sine tip-A davranış tanısı konmuştu (Tablo 4.8).

İncelenen hastalardan DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu tanısı alan 35 hastanın , %28.6'sına DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon, %2.9'una yıldönümü reaksiyonu, %8.6'sına sağlık anksiyetesi, %22.9'una hastalık fobisi, %34.3'üne tanatofobi, %2.9'una demoralizasyon, %11.4'üne aleksitimi, %11.4'üne tip-A davranış ve %2.9'una irritabl duygudurum tanısı konmuştu (Tablo 4.8).

DSM-5'e göre OKB tanısı alan 10 hastanın , %20'sine DCPR'ye göre hastalık fobisi, %10.0'ına tanatofobi, ve yine %10.0'ına aleksitimi tanısı konmuştu (Tablo 4.8).

İncelenen hastalardan DSM-5'e göre bedensel belirti bozukluğu tanısı 55 hastanın ,%56.4'üne DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon, %1.8'ine konversiyon semptomları, %1.8'ine psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar, %1.8'ine yıldönümü reaksiyonu, %1.8'ine sağlık anksiyetesi, %23.6'sına hastalık fobisi, %16.4'üne tanatofobi, %14.5'ine demoralizasyon, %7.3'üne aleksitimi ve %3.6'sına tip-A davranış tanısı konmuştu (Tablo 4.8).

DSM-5'e göre diğer sağlık durumunu etkileyen psikolojik faktörler tanısı 11 hastanın %18.2'sine DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon, %36.3'üne psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar, %18.2'sine yıldönümü reaksiyonu, %9.1'ine sağlık anksiyetesi, %45.5'ine demoralizasyon ve %18.2'sine aleksitimi ve %3.6'sına tip-A davranış tanısı konmuştu (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** Farklı DSM-5 tanıları içerisinde DCPR tanı kategorilerinin dağılımı

	DSM-5 Tanıları				
	Depresif Bozukluk	Anksiyete Bozukluğu	OKB	Bedensel Belirti Bozukluğu	Diğer sağlık durumunu etkileyen psikolojik faktörler
	n =30	n=35	n =10	n =55	n =11
<b>DCPR Tanıları</b>					
Kalıcı somatizasyon n(%)	6 (20.0)	10 (28.6)	0	31 (56.4)	2 (18.2)
Konversiyon semptomları n(%)	1 (3.3)	0	0	1 (1.8)	0
Psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar n(%)	2 (6.7)	0	0	1 (1.8)	4 (36.3)
Yıldönümü reaksiyonu n(%)	1 (3.3)	1 (2.9)	0	1 (1.8)	2 (18.2)
Sağlık anksiyetesi N(%)	1 (3.3)	3 (8.6)	0	1 (1.8)	1 (9.1)
Hastalık fobisi n(%)	4 (13.3)	8 (22.9)	2 (20.0)	13 (23.6)	0
Tanatofobi n(%)	3 (10.0)	12 (34.3)	5 (10.0)	9 (16.4)	0
Hastalık inkarı n(%)	0	0	0	0	0
Demoralizasyon n(%)	10 (33.3)	1 (2.9)	0	8 (14.5)	5 (45.5)
Aleksitimi n(%)	5 (16.7)	4 (11.4)	1 (10.0)	4 (7.3)	2 (18.2)
Tip-A davranış n(%)	2 (6.7)	4 (11.4)	0	2 (3.6)	0
İrritabl duygudurum n(%)	0	1 (2.9)	0	0	0

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

#### 4.9. DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar Tanısı Alan Hastalarda DCPR ile Belirlenen Anormal Hastalık Davranışı ve Somatizasyon Sendromları Dağılımının İncelenmesi:

DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı alan hastalarda DCPR ile belirlenen anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları dağılımı Tablo 4.9'te sunulmuştur.

İncelenen hastalardan DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı alan 79 hastanın tümü herhangi bir DCPR ile anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları tanısı aldı. 79 hastanın %41.8'i DCPR ile kalıcı somatizasyon, %26.6'sı hastalık fobisi, %13.9'u tanatofobi, %7.6'sı psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar, %5.1'i konversiyon semptomları, %3.8'i yıl dönümü reaksiyonu, yine %3.8'i sağlık anksiyetesi ve son olarak %1.3'ü hastalık inkarı tanısını almıştı (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı alan hastalarda DCPR ile belirlenen anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları dağılım

	DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar Tanısı ile örtüşen DCPR ile anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları (n=79)
	n (%)
<b>Herhangi Bir Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluk</b>	
Kalıcı somatizasyon	33 (41.8)
Hastalık fobisi	21 (26.6)
Tanatofobi	11 (13.9)
Psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar	6 (7.6)
Konversiyon semptomları	4 (5.1)
Yıl dönümü reaksiyonu	3 (3.8)
Sağlık anksiyetesi	3 (3.8)
Hastalık inkarı	1 (1.3)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

#### 4.10. DCPR ile Belirlenen Anormal Hastalık Davranışı ve Somatizasyon Sendromları Tanısı Alan Hastalarda, DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar Dağılımının İncelenmesi:

DCPR ile anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları tanısı alan hastalarda DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar dağılımı Tablo 4.10'da sunulmuştur.

İncelenenlerden DCPR ile anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları tanısı alan 123 hastanın 52'si(%42.2) herhangi bir DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar tanısı aldı. 52 hastanın %71.1'ine bedensel belirti bozukluğu, %21.1'ine diğer sağlık durumunu etkileyen psikolojik faktörler, %7.69'üne ise konversiyon bozukluğu tanısı konmuştu (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** DCPR ile belirlenen anormal hastalık davranışı ve somatizasyon sendromları tanısı alan hastalarda DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar --dağılımı

<b>DCPR ile Anormal Hastalık Davranışı ve Somatizasyon Sendromları ile örtüşen Herhangi bir Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar Tanısı (n=52)</b>	
<b>n (%)</b>	
Bedensel belirti bozukluğu	37 (71.1)
Diğer sağlık durumunu etkileyen psikolojik faktörler	11 (21.1)
Konversiyon bozukluğu	4 (7.69)
Hastalık kaygısı bozukluğu	0
Yapay bozukluk	0
Tanımlanmamış diğer bozukluklar	0

n: Hasta sayısı; %: Yüzde

#### 4.11. DSM-5 Tanı Sayısına Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması:

Araştırma kapsamında incelenen hastaların DSM-5 tanı sayısına göre bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4.11'da sunulmuştur.

Hastalardan DSM-5'e göre tanı almayan, bir tanı alan ve iki ve daha fazla tanı alanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, çalışma

süresi, sigara kullanma durumu ve BKİ değeri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11.** DSM-5 tanı sayısına göre bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

	DSM-5 Tanı Sayısı			P*
	Tanı yok (n=69)	1 Tanı (n=103)	≥2 Tanı (n=28)	
<b>Yaş (yıl)</b>	46.9±10.2 (20-65)	48.1±11.9 (19-67)	45.1±12.0 (18-65)	0.339**
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	59 (85.5)	86 (83.5)	24 (85.7)	0.921
Erkek	10 (14.5)	17 (16.5)	4 (14.3)	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	64 (92.8)	88 (85.4)	23 (82.1)	0.254
Bekar	3 (4.3)	11 (10.7)	2 (7.1)	
Boşanmış/Dul	2 (2.9)	4 (3.9)	3 (10.7)	
<b>Öğrenim Durumu</b>				
En fazla ilkokul	26 (37.7)	39 (37.9)	17 (60.7)	0.276
Ortaokul	16 (23.2)	20 (19.4)	4 (14.3)	
Lise	19 (27.5)	24 (23.3)	4 (14.3)	
Yüksekokul/Üniversite	8 (11.6)	20 (19.4)	3 (10.7)	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışmıyor	62 (89.9)	92 (89.3)	24 (85.7)	0.963
Çalışıyor	6 (8.7)	9 (8.7)	3 (10.7)	
Emekli	1 (1.4)	2 (1.9)	1 (3.6)	
<b>Çalışma Süresi (yıl)</b>	21.9±10.9 (9-40)	20.5±13.4 (5-40)	30.0±14.7 (10-44)	0.480**
<b>Sigara Kullanımı</b>	5 (7.2)	8 (7.8)	4 (14.3)	0.493
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	25.8±3.1 (20.1-35.2)	25.0±3.4 (18.8-35.2)	25.4±3.8 (19.5-35.2)	0.535**

BKİ: Beden kütle indeksi; \*Ki-Kare Testi; \*\*Kruskal Wallis Testi; Nicel değişkenler “ortalama±standart sapma (min-maks)”, nitel değişkenler ise “sayı (sütun yüzdesi)” şeklinde sunulmuştur

#### 4.12.DSM-5 Tanı Sayısına Göre Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması:

İncelenen hastaların DSM-5 tanı sayısına göre bazı klinik özelliklerin dağılımı Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Hastaların DSM-5 tanı sayıları arasında yakınma süresi, hassas nokta sayısı, ağrı düzeyi, SNRI, SSRI, pregabalin, NSAİİ, TCA, steroidler ve diğer ilaçlardan herhangi birini kullanma durumu, herhangi bir fiziksel hastalığı bulunma durumu ile KVS hastalığı, diyabetes mellitus, tiroid hastalığı, astım, osteoporoz, anemi ve diğer hastalıklardan herhangi birinin bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.12).

Hastaların DSM-5 tanı sayıları arasında gabapentin kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0.028$ ). İki ve daha fazla tanısı olan hastalar içinde gabapentin kullananların yüzdesi tanı almayan ve bir tane tanı alanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** DSM-5 tanı sayısına göre bazı klinik özelliklerin dağılımı

	DSM-5 Tanı Sayısı			p*
	Tanı yok (n=69)	1 Tanı (n=103)	≥2 Tanı (n=28)	
<b>Yakınma Süresi (ay)</b>	74.5±94.3 (3-500)	70.2±92.3 (1-480)	60.5±97.0 (6-480)	0.391**
<b>Hassas Nokta Sayısı</b>	13.6±1.9 (10-18)	13.6±1.9 (11-18)	14.3±2.0 (11-18)	0.244**
<b>Ağrı Düzeyi</b>				
Hafif	22 (31.9)	30 (29.1)	5 (17.9)	0.572
Orta	40 (58.0)	57 (55.3)	18 (64.3)	
Ağır	7 (10.1)	16 (15.5)	5 (17.9)	
<b>Kullanılan İlaçlar</b>				
SNRI	30 (43.5)	47 (45.6)	10 (35.7)	0.644
SSRI	7 (10.1)	23 (22.3)	5 (17.9)	0.119
Pregabalin	12 (17.4)	18 (17.5)	5 (17.9)	0.998
NSAİİ	13 (18.8)	13 (12.6)	3 (10.7)	0.435
Gabapentin	4 (5.8)	4 (3.9)	5 (17.9)	<b>0.028</b>
TCA	2 (2.9)	2 (1.9)	1 (3.6)	0.857
Steroidler	2 (2.9)	1 (1.0)	1 (3.6)	0.551
Diğer	21 (30.4)	28 (27.2)	6 (21.4)	0.663
<b>Fiziksel Hastalık Varlığı</b>				
KVS	24 (34.8)	39 (37.9)	7 (25.0)	0.449
KVS	9 (37.5)	14 (35.9)	2 (28.6)	0.910
DM	5 (20.8)	4 (10.3)	2 (28.6)	0.329
Tiroid	3 (12.5)	4 (10.3)	2 (28.6)	0.410
Astım	0	5 (12.8)	0	0.118
Osteoporoz	0	4 (10.3)	0	0.185
Anemi	1 (4.2)	1 (2.6)	0	0.833
Diğer	7 (29.2)	8 (20.5)	2 (28.6)	0.711

\*Ki-Kare Testi; \*\*Kruskal Wallis Testi; Nicel değişkenler “ortalama±standart sapma (min-maks)”, nitel değişkenler ise “sayı (sütun yüzdesi)” şeklinde sunulmuştur

#### 4.13. DSM5 ve Tanılarının Alt Grupları ile SCL90 Alt ölçekleri Puan Ortalamaları ve Ana Ölçek, FEA puan Ortalamaları Arasındaki İlişki:

İncelenen hastaların DSM-5 tanı sayısına göre hastalara uygulanan SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.13’de sunulmuştur.



Hastaların DSM-5 tanı sayıları arasında SCL90-R toplam puanı, GSI, PST ve PSDI ana ölçek puanları ile tüm alt ölçek puanları ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu FEA puanı ile SCL90-R'nin PSDI ana ölçek puanındaki anlamlı farkların tanı almayanlarla iki ve daha tanı alanlar arasında olduğu, diğer tüm anlamlı farkların ise tanı almayanlardan kaynaklandığı görüldü. Tanı almayanların FEA puanı ve SCL90-R'nin PSDI ana ölçek puanı iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşük iken diğer tüm ölçek puanları bir tane tanı alanlardan ve iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** DSM-5 tanı sayısına göre hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	DSM-5 Tanı Sayısı			p*
	Tanı yok (n=69)	1 Tanı (n=103)	≥2 Tanı (n=28)	
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	29 (6-225) <sup>bc</sup>	71 (10-277)	91 (40-294)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Alt Ölçek Puanları</b>				
Somatizasyon	1.16 (0-3.41) <sup>bc</sup>	1.58 (0.07-3.41)	1.92 (0.58-2.86)	<b>&lt;0.001</b>
Anksiyete	0.20 (0-3.10) <sup>bc</sup>	0.80 (0-3.60) <sup>c</sup>	1.35 (0.20-3.40)	<b>&lt;0.001</b>
Obsesyon	0.20 (0-2.80) <sup>bc</sup>	0.80 (0-3.10)	1.10 (0-3.70)	<b>&lt;0.001</b>
Depresyon	0.31 (0-2.15) <sup>bc</sup>	0.85 (0-3.54)	1.31 (0.15-3.23)	<b>&lt;0.001</b>
Kişilerarası duyarlılık	0 (0-2.78) <sup>bc</sup>	0.33 (0-3.77)	0.67 (0-3.11)	<b>&lt;0.001</b>
Psikotizm	0.10 (0-2.40) <sup>bc</sup>	0.30 (0-3.60)	0.30 (0-3.40)	<b>&lt;0.001</b>
Paranoid düşünce	0 (0-2.33) <sup>bc</sup>	0.20 (0-3.83)	0.33 (0-3.50)	<b>0.003</b>
Öfke/Düşmanlık	0 (0-2.67) <sup>bc</sup>	0.50 (0-3.16)	0.92 (0-3.33)	<b>&lt;0.001</b>
Fobik anksiyete	0 (0-2.50) <sup>bc</sup>	0.28 (0-2.71)	0.43 (0-3.00)	<b>&lt;0.001</b>
Ek ölçek	0.14 (0-3.34) <sup>bc</sup>	0.71 (0-3.14)	1.14 (0-3.43)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ana Ölçek Puanları</b>				
GSI	0.34 (0.07-2.51) <sup>bc</sup>	0.79 (0.12-3.08)	1.04 (0.44-3.22)	<b>&lt;0.001</b>
PST	14 (4-90) <sup>bc</sup>	32 (6-86)	40.5 (18-89)	<b>&lt;0.001</b>
PSDI	2.00 (1.00-4.33) <sup>c</sup>	2.19 (0.24-4.09)	2.24 (1.67-3.30)	<b>0.010</b>
<b>FEA</b>	47.3 (14.3-78.9) <sup>c</sup>	50.4 (6.2-80.7)	56.1 (31.7-79.7)	<b>0.017</b>

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Kruskal Wallis Testi; aPost-hoc ikili karşılaştırmada "tanı yok" ile anlamlı fark saptandı ( $p<0.017$ ); bPost-hoc ikili karşılaştırmada "1 tanı" ile anlamlı fark saptandı ( $p<0.017$ ); cPost-hoc ikili karşılaştırmada "≥2 tanı" ile anlamlı fark saptandı ( $p<0.017$ )

Hastalardan DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.14'da sunulmuştur.

Hastalardan DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R toplam puanı, anksiyete, obsesyon, depresyon, kişilerarası duyarlılık, öfke düşmanlık ve ek ölçeklerde alt ölçek puanları ile GSI ve PST ana ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p < 0.05$ ). Majör depresif bozukluk tanısı alanların SCL90-R toplam puanı, obsesyon, depresyon, kişilerarası duyarlılık, öfke düşmanlık ve ek ölçeklerde alt ölçek puanları ile GSI ve PST ana ölçek puanları almayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.14).

Diğer taraftan majör depresif bozukluk tanısı alan ve almayanlar hastalar arasında SCL90-R'nin somatizasyon, psikotizm, paranoid düşünce ve fobik anksiyete alt ölçek puanı, PSDI ana ölçek puanı ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14.** DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	<b>Majör Depresif Bozukluk Yok (n=170)</b>	<b>Majör Depresif Bozukluk Var (n=30)</b>	<b>p*</b>
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	55 (6-277)	97 (16-294)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.50 (0-3.41)	1.55 (0.30-2.86)	0.468
Anksiyete	0.60 (0-3.60)	1.00 (0-3.40)	<b>0.008</b>
Obsesyon	0.55 (0-3.10)	1.20 (0-3.70)	<b>&lt;0.001</b>
Depresyon	0.54 (0-3.54)	1.69 (0.08-3.23)	<b>&lt;0.001</b>
Kişilerarası duyarlılık	0.11 (0-3.77)	0.77 (0-3.11)	<b>&lt;0.001</b>
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.25 (0-3.40)	0.497
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0.1 (0-3.9)	0.513
Öfke/Düşmanlık	0.17 (0-3.16)	1.16 (0-3.33)	<b>&lt;0.001</b>
Fobik anksiyete	0.14 (0-2.71)	0.13 (0-2.84)	0.398
Ek ölçek	0.43 (0-3.34)	1.14 (0-3.43)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.63 (0.07-3.08)	1.10 (0.18-3.22)	<b>&lt;0.001</b>
PST	25 (4-90)	44.5 (9-89)	<b>&lt;0.001</b>
PSDI	2.08 (0.24-4.33)	2.32 (1.10-3.30)	0.098
<b>FEA</b>	50.3 (6.2-80.7)	55.2 (12.0-79.7)	0.117

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.15'da sunulmuştur.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan hastalar arasında SCL90-R'nin anksiyete ve fobik anksiyete alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla  $p<0.001$ ;  $p=0.018$ ). Anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların SCL90-R'nin anksiyete ve fobik anksiyete alt ölçek skorları almayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.15).

Diğer taraftan anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayan hastalar arasında SCL90-R toplam puanı ile tüm ana ölçek puanları, anksiyete ve fobik anksiyete dışındaki tüm alt ölçek puanları ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15.** DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Anksiyete Bozukluğu Yok (n=165)	Anksiyete Bozukluğu Var (n=35)	p*
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	59 (6-294)	71 (11-183)	0.106
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.42 (0-3.41)	1.75 (0.50-2.92)	0.144
Anksiyete	0.60 (0-3.60)	1.20 (0.10-2.00)	<b>&lt;0.001</b>
Obsesyon	0.60 (0-3.70)	1.20 (0-3.70)	0.254
Depresyon	0.54 (0-3.54)	1.90 (0-2.00)	0.522
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.77)	0.33 (0-2.33)	0.554
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.30 (0-1.40)	0.537
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0 (0-2.00)	0.917
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.33 (0-2.16)	0.687
Fobik anksiyete	0.14 (0-3.00)	0.43 (0-2.30)	<b>0.018</b>
Ek ölçek	0.57 (0-3.43)	0.43 (0-2.86)	0.893
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.68 (0.07-3.22)	0.77 (0.12-1.92)	0.159
PST	27 (4-90)	32 (11-85)	0.054
PSDI	2.08 (0.79-4.33)	2.18 (0.24-3.10)	0.745
<b>FEA</b>	49.4 (6.2-80.7)	54.9 (15.4-67.5)	0.207

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DSM-5'e göre obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.16'de sunulmuştur.

OKB tanısı alan ve almayan hastalar arasında SCL90-R'nin somatizasyon ve obsesyon alt ölçek puanları ile FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla  $p=0.030$ ;  $p=0.007$ ;  $p<0.001$ ). OKB tanısı alan hastaların SCL90-R'nin somatizasyon ve obsesyon alt ölçek puanları almayanlardan anlamlı olarak yüksek iken FEA puanı anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.16).

Diğer taraftan OKB tanısı alan ve almayan hastalar arasında SCL90-R toplam puanı ile tüm ana ölçek puanları, somatizasyon ve obsesyon dışındaki tüm alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16.** DSM-5'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Obsesif Kompulsif Bozukluk Yok (n=190)	Obsesif Kompulsif Bozukluk Var (n=10)	p*
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	63 (6-294)	45 (10-277)	0.922
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.50 (0-3.41)	1.92 (0.67-2.33)	<b>0.030</b>
Anksiyete	0.60 (0-3.60)	0.30 (0-2.70)	0.372
Obsesyon	0.60 (0-3.70)	1.50 (0-3.10)	<b>0.007</b>
Depresyon	0.69 (0-3.38)	1.50 (0.08-3.54)	0.917
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.11)	0.11 (0-3.77)	0.977
Psikotizm	0.20 (0-3.40)	0.30 (0-3.60)	0.051
Paranoid düşünce	0 (0-3.50)	0.33 (0-3.83)	0.162
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.25 (0-2.67)	0.931
Fobik anksiyete	0.28 (0-3.00)	0.21 (0-2.00)	0.785
Ek ölçek	0.57 (0-3.43)	0.21 (0-3.14)	0.392
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.70 (0.07-3.22)	0.50 (0.12-3.08)	0.906
PST	28.5 (4-90)	24.5 (6-85)	0.915
PSDI	2.11 (0.24-4.33)	2.19 (1.57-4.09)	0.634
<b>FEA</b>	51.9 (12.0-80.7)	27.7 (6.2-45.3)	<b>&lt;0.001</b>

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DSM-5'e göre bedensel belirti bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.17'de sunulmuştur.

Bedensel belirti bozukluğu tanısı alan ve almayan hastalar arasında SCL90-R'nin somatizasyon alt ölçek puanları ile FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla  $p<0.001$ ;  $p=0.004$ ). Bedensel belirti bozukluğu tanısı alan hastaların SCL90-R'nin somatizasyon alt ölçek puanları ile FEA puanı almayanlardan anlamlı olarak yüksekti(Tablo 4.17).

Diğer taraftan bedensel belirti bozukluğu tanısı alan ve almayan hastalar arasında SCL90-R toplam puanı ile tüm ana ölçek puanları, somatizasyon dışındaki tüm alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17.** DSM-5'e göre bedensel belirti bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	<b>Bedensel Belirti Bozukluğu Yok (n=145)</b>	<b>Bedensel Belirti Bozukluğu Var (n=55)</b>	<b>p*</b>
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	56 (6-294)	69 (17-221)	0.066
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.33 (0-3.41)	2.08 (0.07-3.25)	<b>&lt;0.001</b>
Anksiyete	0.50 (0-3.60)	0.80 (0-2.68)	0.521
Obsesyon	0.70 (0-3.70)	0.60 (0-2.70)	0.571
Depresyon	0.62 (0-3.54)	0.77 (0-2.46)	0.767
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.77)	0.22 (0-2.50)	0.778
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.30 (0-1.80)	0.477
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0 (0-1.83)	0.797
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.50 (0-2.50)	0.210
Fobik anksiyete	0.14 (0-3.00)	0.28 (0-2.29)	0.206
Ek ölçek	0.43 (0-3.43)	0.71 (0-2.00)	0.056
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.65 (0.07-3.22)	0.76 (0.19-2.45)	0.094
PST	25 (4-90)	30 (10-85)	0.080
PSDI	2.08 (0.24-4.33)	2.20 (1.00-3.29)	0.079
<b>FEA</b>	48.3 (6.2-79.7)	55.4 (24.2-80.7)	<b>0.004</b>

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

#### 4.14. DCPR Tanı Sayısına Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması:

Araştırma kapsamında incelenen hastaların DCPR tanı sayısına göre bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4.18’te sunulmuştur.

Hastalardan DCPR’ye göre tanı almayan, bir tanı alan ve iki ve daha fazla tanı alanlar arasında öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p=0.038$ ). İki ve daha fazla tanı alanlar içinde en fazla ilkokul mezunu olanların yüzdesi tanı almayanlardan ve bir tane tanı alanlardan anlamlı olarak yüksek iken yüksekokul/üniversite mezunu olanların yüzdesi anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.18).

Diğer taraftan DCPR’ye göre tanı almayan, bir tanı alan ve iki ve daha fazla tanı alanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanma durumu ve BKİ değeri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18.** DCPR tanı sayısına göre bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

	DCPR Tanı Sayısı			p*
	Tanı yok (n=39)	1 Tanı (n=109)	≥2 Tanı (n=52)	
<b>Yaş (yıl)</b>	47.6±10.6 (23-62)	46.3±11.4 (18-65)	49.0±11.7 (23-67)	0.380**
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	33 (84.6)	91 (83.5)	45 (86.5)	0.882
Erkek	6 (15.4)	18 (16.5)	7 (13.5)	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	34 (87.2)	97 (89.0)	44 (84.6)	0.952
Bekar	3 (7.7)	8 (7.3)	5 (9.6)	
Boşanmış/Dul	2 (5.1)	4 (3.7)	3 (5.8)	
<b>Öğrenim Durumu</b>				
En fazla ilkokul	15 (38.5)	40 (36.7)	27 (51.9)	<b>0.038</b>
Ortaokul	12 (30.8)	16 (14.7)	12 (23.1)	
Lise	7 (17.9)	30 (27.5)	10 (19.2)	
Yüksekokul/Üniversite	5 (12.8)	23 (21.1)	3 (5.8)	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışmıyor	37 (94.9)	92 (84.4)	49 (94.2)	0.151
Çalışıyor	1 (2.6)	15 (13.8)	2 (3.8)	
Emekli	1 (2.6)	2 (1.8)	1 (1.9)	
<b>Çalışma Süresi (yıl)</b>	25.0±21.2 (10-40)	21.5±11.9 (5-40)	28.0±17.1 (10-44)	-----
<b>Sigara Kullanımı</b>	2 (5.1)	12 (11.0)	3 (5.8)	0.377
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	25.6±3.2 (19.5-35.2)	25.0±3.2 (19.1-35.2)	25.8±3.8 (18.8-35.2)	0.562**

BKİ: Beden kütle indeksi; \*Ki-Kare Testi; \*\*Kruskal Wallis Testi; Nicel değişkenler “ortalama±standart sapma (min-maks)”, nitel değişkenler ise “sayı (sütun yüzdesi)” şeklinde sunulmuştur

#### 4.15. DCPR Tanı Sayısına Göre Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması:

Hastaların DCPR tanı sayıları arasında yakınma süresi, hassas nokta sayısı, SNRI, SSRI, pregabalin, NSAİİ, gabapentin, TCA, steroidler ve diğer ilaçlardan herhangi birini kullanma durumu, herhangi bir fiziksel hastalığı bulunma durumu ile diyabetes mellitus, tiroid hastalığı, astım, osteoporoz, anemi ve diğer hastalıklardan herhangi birinin bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.19).

Hastaların DCPR tanı sayıları arasında KVS hastalığı bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0.049$ ). Tanı almayan hastalar içinde KVS hastalığı bulunanların yüzdesi , bir tanı alan ve iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19.** DCPR tanı sayısına göre bazı klinik özelliklerin dağılımı

	DCPR Tanı Sayısı			p*
	Tanı yok (n=39)	1 Tanı (n=109)	≥2 Tanı (n=52)	
<b>Yakınma Süresi (ay)</b>	74.2±81.0 (6-360)	78.6±109.1 (6-500)	49.9±57.2 (1-240)	0.396**
<b>Hassas Nokta Sayısı</b>	13.2±1.9 (11-18)	13.7±1.9 (10-18)	14.1±1.8 (11-18)	0.062**
<b>Ağrı Düzeyi</b>				
Hafif	18 (46.2)	30 (27.5)	9 (17.3)	0.054
Orta	18 (46.2)	65 (59.6)	32 (61.5)	
Ağır	3 (7.7)	14 (12.8)	11 (21.2)	
<b>Kullanılan İlaçlar</b>				
SNRI	15 (38.5)	53 (48.6)	19 (36.5)	0.274
SSRI	4 (10.3)	24 (22.0)	7 (13.5)	0.170
Pregabalin	5 (12.8)	22 (20.2)	8 (15.4)	0.523
NSAİİ	7 (17.9)	13 (11.9)	9 (17.3)	0.525
Gabapentin	2 (5.1)	7 (6.4)	4 (7.7)	0.885
TCA	2 (5.1)	1 (0.9)	2 (3.8)	0.271
Steroidler	0	3 (2.8)	1 (1.9)	0.573
Diğer	9 (23.1)	23 (21.1)	23 (44.2)	0.160
<b>Fiziksel Hastalık Varlığı</b>				
KVS Hastalığı	11 (28.2)	36 (33.0)	23 (44.2)	0.232
KVS Hastalığı	5 (45.5)	8 (22.2)	12 (52.2)	<b>0.049</b>
DM	2 (18.2)	7 (19.4)	2 (8.7)	0.526
Tiroid Hastalığı	1 (9.1)	6 (16.7)	2 (8.7)	0.618
Astım	1 (9.1)	2 (5.6)	2 (8.7)	0.868
Osteoporoz	2 (18.2)	2 (5.6)	0	0.102
Anemi	0	2 (5.6)	0	0.378
Diğer	0	10 (27.8)	7 (30.4)	0.120

\*Ki-Kare Testi; \*\*Kruskal Wallis Testi; Nicel değişkenler “ortalama±standart sapma (min-maks)”, nitel değişkenler ise “sayı (sütun yüzdesi)” şeklinde sunulmuştur;

#### **4.16. DCPR ve Tanılarının Alt Grupları ile SCL90 Alt ölçekleri Puan Ortalamaları ve Ana Ölçek, FEA puan Ortalamaları Arasındaki İlişki:**

İncelenen hastaların DCPR tanı sayısına göre hastalara uygulanan SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.20’te sunulmuştur.

Hastaların DCPR tanı sayıları arasında SCL90-R toplam puanı, GSI, PST ve PSDI ana ölçek puanları ile tüm alt ölçek puanları ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu SCL90-R’nin fobik anksiyete alt ölçek puanı ve FEA puanındaki anlamlı farkların birden fazla gruptan kaynaklandığı, SCL90-R’nin PSDI ana ölçek puanındaki anlamlı farkın tanı almayanlarla iki ve daha fazla tanı alanlar arasında olduğu, diğer tüm anlamlı farkların ise tanı almayanlardan kaynaklandığı görüldü. Tanı almayanların, bir tane tanı alanların ve iki ve daha fazla sayıda tanı alanların SCL90-R’nin fobik anksiyete alt ölçek puanı ile FEA puanı birbirinden farklıydı. Ayrıca tanı almayanların SCL90-R’nin PSDI ana ölçek puanı iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşük iken diğer tüm ölçek puanları bir tane tanı alanlardan ve iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.20).



**Tablo 4.20.** DCPR tanı sayısına göre hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromiyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	DCPR Tanı Sayısı			p*
	Tanı yok (n=39)	1 Tanı (n=109)	≥2 Tanı (n=52)	
	medyan (min- maks)	medyan (min- maks)	medyan (min- maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	19 (6-132) <sup>bc</sup>	65 (7-294)	84 (16-225)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Alt Ölçek Puanları</b>				
Somatizasyon	1.00 (0-2.58) <sup>bc</sup>	1.50 (0.07-3.41)	2.00 (0.50-3.41)	<b>&lt;0.001</b>
Anksiyete	0.20 (0-1.20) <sup>bc</sup>	0.70 (0-3.60)	1.05 (0-3.10)	<b>&lt;0.001</b>
Obsesyon	0 (0-2.40) <sup>bc</sup>	0.70 (0-3.70)	0.95 (0-2.80)	<b>&lt;0.001</b>
Depresyon	0.31 (0-2.45) <sup>bc</sup>	0.92 (0-3.54)	1.15 (0-2.62)	<b>&lt;0.001</b>
Kişilerarası duyarlılık	0 (0-1.78) <sup>bc</sup>	0.22 (0-3.77)	0.50 (0-2.78)	<b>&lt;0.001</b>
Psikotizm	0 (0-1.00) <sup>bc</sup>	0.30 (0-3.60)	0.30 (0-2.40)	<b>&lt;0.001</b>
Paranoid düşünce	0 (0-1.33) <sup>bc</sup>	0.15 (0-3.83)	0.17 (0-2.50)	<b>&lt;0.001</b>
Öfke/Düşmanlık	0 (0-2.16) <sup>bc</sup>	0.50 (0-3.33)	0.50 (0-2.50)	<b>&lt;0.001</b>
Fobik anksiyete	0 (0-1.00) <sup>bc</sup>	0.28 (0-3.00) <sup>c</sup>	0.43 (0-2.29)	<b>&lt;0.001</b>
Ek ölçek	0 (0-2.00) <sup>bc</sup>	0.71 (0-3.43)	0.71 (0-2.28)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ana Ölçek Puanları</b>				
GSI	0.27 (0.07-1.50) <sup>bc</sup>	0.72 (0.07-3.22)	0.93 (0.18-2.51)	<b>&lt;0.001</b>
PST	11 (4-70) <sup>bc</sup>	31 (4-90)	38 (8-84)	<b>&lt;0.001</b>
PSDI	1.80 (1.00-4.09) <sup>c</sup>	2.14 (0.24-4.33)	2.18 (0.79-3.29)	<b>0.009</b>
<b>FEA</b>	31.6 (6.2-68.7) <sup>bc</sup>	51.6 (15.4-79.7) <sup>c</sup>	58.3 (25.9-80.7)	<b>&lt;0.001</b>

n: Hasta sayısı; \*Kruskal Wallis Testi; aPost-hoc ikili karşılaştırmada “tanı yok” ile anlamlı fark saptandı (p<0.017); bPost-hoc ikili karşılaştırmada “1 tanı” ile anlamlı fark saptandı (p<0.017); cPost-hoc ikili karşılaştırmada “≥2 tanı” ile anlamlı fark saptandı (p<0.017)

Hastalardan DCPR’ye göre kalıcı somatizasyon bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.21’de sunulmuştur.

Hastalardan DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R somatizasyon alt ölçek puanı, PSDI ana ölçek puanı ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Kalıcı somatizasyon bozukluğu tanısı alanların SCL90-R somatizasyon alt ölçek puanı, PSDI ana ölçek puanı ve FEA puanı almayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.21).

Diğer taraftan kalıcı somatizasyon bozukluğu tanısı alan ve almayanlar hastalar arasında SCL90-R'nin toplam puanı ile somatizasyon dışındaki tüm alt ölçek puanları, GSI ve PST ana ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.21).

**Tablo 4.21.** DCPR'ye göre kalıcı somatizasyon bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Kalıcı Somatizasyon Bozukluğu Yok (n=148)	Kalıcı Somatizasyon Bozukluğu Var (n=52)	p*
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	55.5 (6-294)	70 (14-225)	0.065
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.25 (0-3.41)	2.00 (0.07-3.41)	<b>&lt;0.001</b>
Anksiyete	0.55 (0-3.60)	0.80 (0-3.10)	0.054
Obsesyon	0.60 (0-3.70)	0.70 (0-2.80)	0.268
Depresyon	0.62 (0-3.54)	0.85 (0-2.50)	0.205
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.77)	0.28 (0-2.78)	0.879
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.20 (0-2.40)	0.495
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0 (0-2.00)	0.209
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.42 (0-2.50)	0.411
Fobik anksiyete	0.14 (0-3.00)	0.31 (0-1.80)	0.055
Ek ölçek	0.50 (0-3.43)	0.71 (0-2.86)	0.138
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.64 (0.07-3.22)	0.76 (0.16-2.51)	0.098
PST	25 (4-90)	30 (7-85)	0.144
PSDI	2.08 (0.24-4.33)	2.20 (1.47-3.15)	<b>0.030</b>
<b>FEA</b>	46.4 (6.2-79.7)	59.4 (30.4-80.7)	<b>&lt;0.001</b>

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DCPR'ye göre yıldönümü reaksiyonu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.22'de sunulmuştur.

Hastalardan DCPR'ye göre yıldönümü reaksiyonu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R'nin ek ölçek alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0.018$ ). Yıldönümü reaksiyonu tanısı alanların SCL90-R'nin ek ölçek alt ölçek puanı almayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.22).

Diğer taraftan yıldönümü reaksiyonu tanısı alan ve almayanlar hastalar arasında SCL90-R'nin toplam puanı ile ek ölçek dışındaki tüm alt ölçek puanları, tüm ana ölçek puanları ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.22).

**Tablo 4.22.** DCPR'ye göre yıl dönümü reaksiyonu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Yıl Dönümü Reaksiyonu Yok (n=187)	Yıl Dönümü Reaksiyonu Var (n=13)	p*
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	61 (6-277)	94 (7-294)	0.287
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.50 (0-3.41)	1.33 (0.33-3.16)	0.972
Anksiyete	0.60 (0-3.60)	0.80 (0-3.40)	0.754
Obsesyon	0.60 (0-3.10)	0.90 (0-3.70)	0.394
Depresyon	0.62 (0-3.54)	1.30 (0.08-3.23)	0.351
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.77)	0.44 (0-3.11)	0.215
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.20 (0-3.40)	0.830
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0.33 (0-3.50)	0.328
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.16)	0.67 (0-3.33)	0.411
Fobik anksiyete	0.28 (0-2.71)	0.14 (0-3.00)	0.801
Ek ölçek	0.57 (0-3.14)	1.28 (0.14-3.43)	<b>0.018</b>
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.70 (0.07-3.08)	1.04 (0.07-3.22)	0.338
PST	27 (4-90)	36 (6-89)	0.397
PSDI	2.11 (0.24-4.33)	2.26 (1.05-3.68)	0.511
<b>FEA</b>	50.7 (6.2-80.7)	58.4 (23.3-79.7)	0.599

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DCPR'ye göre tanatofobi tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.23'de sunulmuştur.

Hastalardan DCPR'ye göre tanatofobi tanısı alan ve almayanlar arasında tüm SCL90-R puanları ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.23).

**Tablo 4.23.** DCPR'ye göre tanatofobi tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Tanatofobi Yok	Tanatofobi Var	p*
	(n=165)	(n=35)	
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	63 (6-294)	57 (12-277)	0.924
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.50 (0-3.41)	1.66 (0.50-3.16)	0.433
Anksiyete	0.60 (0-3.60)	1.00 (0-2.70)	0.164
Obsesyon	0.60 (0-3.70)	1.00 (0-3.10)	0.097
Depresyon	0.69 (0-3.38)	0.62 (0-3.54)	0.418
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.11)	0.20 (0-3.77)	0.641
Psikotizm	0.20 (0-3.40)	0.30 (0-3.60)	0.202
Paranoid düşünce	0 (0-3.50)	0 (0-3.83)	0.710
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.33 (0-2.66)	0.681
Fobik anksiyete	0.28 (0-3.00)	0.28 (0-2.00)	0.208
Ek ölçek	0.57 (0-3.43)	0.43 (0-3.14)	0.476
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.70 (0.07-3.22)	0.66 (0.13-3.08)	0.898
PST	28 (4-89)	27 (7-90)	0.809
PSDI	2.08 (0.24-4.33)	2.14 (1.09-3.26)	0.751
<b>FEA</b>	50.2 (6.2-80.7)	54.3 (15.4-79.6)	0.416

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DCPR'ye göre hastalık korkusu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.24'da sunulmuştur.

Hastalardan DCPR'ye göre hastalık korkusu tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R'nin toplam puanı ile anksiyete ve psikotizm alt alt ölçek puanları, GSI ve PST ana ölçek puanları ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Hastalık korkusu tanısı alanların SCL90-R'nin toplam puanı ile anksiyete ve psikotizm alt alt ölçek puanları, GSI ve PST ana ölçek puanları ve FEA puanı almayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.24).

Diğer taraftan hastalık korkusu tanısı alan ve almayanlar hastalar arasında SCL90-R'nin anksiyete ve psikotizm dışındaki tüm alt ölçek puanları ve PSDI ana ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.24).

**Tablo 4.24.** DCPR'ye göre hastalık korkusu tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Hastalık Korkusu	Hastalık Korkusu	p*
	Yok (n=168)	Var (n=32)	
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	58.5 (6-294)	84 (26-224)	<b>0.018</b>
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.50 (0-3.41)	1.67 (0.67-3.25)	0.058
Anksiyete	0.60 (0-3.40)	1.10 (0-3.60)	<b>&lt;0.001</b>
Obsesyon	0.69 (0-3.70)	0.80 (0-3.10)	0.079
Depresyon	0.69 (0-3.54)	0.73 (0.07-3.38)	0.599
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.77)	0.39 (0-2.78)	0.198
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.35 (0-2.30)	<b>&lt;0.001</b>
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0.25 (0-2.17)	0.090
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.42 (0-2.33)	0.673
Fobik anksiyete	0.21 (0-3.00)	0.28 (0-2.71)	0.051
Ek ölçek	0.57 (0-3.43)	0.68 (0-2.28)	0.214
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.66 (0.07-3.22)	0.93 (0.29-2.45)	<b>0.033</b>
PST	26 (4-90)	38 (10-84)	<b>0.029</b>
PSDI	2.09 (0.24-4.33)	2.24 (0.79-3.29)	0.192
<b>FEA</b>	50.2 (6.2-79.7)	54.9 (25.9-80.7)	<b>0.036</b>

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DCPR'ye göre demoralizasyon tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.25'de sunulmuştur.

Hastalardan DCPR'ye göre demoralizasyon tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R toplam puanı, depresyon ve kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, öfke/düşmanlık, fobik anksiyete ve ek ölçek puanları ile GSI ve PST ana ölçek puanları ve de FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Demoralizasyon tanısı alanların SCL90-R toplam puanı, , depresyon ve kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, öfke/düşmanlık, fobik anksiyete ve ek ölçek puanları ile GSI ve PST ana ölçek

puanları ve FEA puanı almayanlardan anlamlı olarak yüksekti. Depresyon ve kişilerarası duyarlılık alt ölçeklerinde fark daha belirgindi ( $p < 0.01$ ) (Tablo 4.25).

Diğer taraftan demoralizasyon tanısı alan ve almayanlar hastalar arasında SCL90-R'nin somatizasyon ve anksiyete, obsesyon ve psikotizm alt ölçek puanları ve PSDI ana ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.25).

**Tablo 4.25.** DCPR'ye göre demoralizasyon tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Demoralizasyon Yok (n=171)	Demoralizasyon Var (n=29)	p*
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	55 (6-294)	85 (34-221)	<b>0.001</b>
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.50 (0-3.41)	1.75 (0.53-3.16)	0.147
Anksiyete	0.60 (0-3.60)	0.90 (0-2.68)	0.138
Obsesyon	0.60 (0-3.70)	0.90 (0-2.68)	0.138
Depresyon	0.61 (0-3.54)	1.31 (0.07-3.08)	<b>&lt;0.001</b>
Kişilerarası duyarlılık	0.11 (0-3.77)	0.56 (0-2.89)	<b>&lt;0.001</b>
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.30 (0-1.95)	0.126
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0.33 (0-2.30)	<b>0.004</b>
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.50 (0-2.50)	<b>0.009</b>
Fobik anksiyete	0.14 (0-3.00)	0.43 (0-2.29)	<b>0.004</b>
Ek ölçek	0.43 (0-3.43)	1.14 (0-2.28)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.65 (0.07-3.22)	0.96 (0.39-2.45)	<b>0.001</b>
PST	25 (4-90)	40 (15-84)	<b>&lt;0.001</b>
PSDI	2.11 (0.24-4.33)	2.20 (1.61-3.29)	0.295
<b>FEA</b>	50.2 (6.2-80.7)	55.8 (21.3-79.6)	<b>0.022</b>

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

Hastalardan DCPR'ye göre aleksitimi tanısı alan ve almayanlar arasında SCL90-R ve FEA puanlarının dağılımı Tablo 4.26'de sunulmuştur.

Hastalardan DCPR'ye göre aleksitimi tanısı alan ve almayanlar arasında tüm SCL90-R puanları ve FEA puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.26).

**Tablo 4.26.** DCPR'ye göre aleksitimi tanısı alan ve almayanlar arasında hastalara uygulanan SCL90-R ve Fibromyalji Etki Anketi Puanlarının dağılımı

	Aleksitimi Yok	Aleksitimi Var	p*
	(n=181)	(n=19)	
	medyan (min-maks)	medyan (min-maks)	
<b>SCL90-R Toplam Puan</b>	63 (6-294)	54 (16-225)	0.671
<b>Alt Ölçek Puanları</b>			
Somatizasyon	1.50 (0-3.41)	1.42 (0.30-3.41)	0.922
Anksiyete	0.70 (0-3.60)	0.40 (0-3.10)	0.355
Obsesyon	0.60 (0-3.70)	0.70 (0-2.80)	0.653
Depresyon	0.69 (0-3.54)	0.69 (0.08-2.50)	0.513
Kişilerarası duyarlılık	0.22 (0-3.77)	0.33 (0-2.78)	0.334
Psikotizm	0.20 (0-3.60)	0.20 (0-2.40)	0.717
Paranoid düşünce	0 (0-3.83)	0.33 (0-2.00)	0.312
Öfke/Düşmanlık	0.33 (0-3.33)	0.33 (0-2.00)	0.732
Fobik anksiyete	0.28 (0-3.00)	0.14 (0-2.30)	0.704
Ek ölçek	0.57 (0-3.43)	0.28 (0-1.71)	0.302
<b>Ana Ölçek Puanları</b>			
GSI	0.71 (0.07-3.22)	0.60 (0.18-2.51)	0.838
PST	29 (4-90)	27 (9-80)	0.413
PSDI	2.11 (0.24-4.33)	2.09 (1.52-2.90)	0.792
<b>FEA</b>	51.4 (6.2-80.7)	48.4 (30.3-72.2)	0.848

n: Hasta sayısı; FEA: Fibromyalji etki anketi; SCL90-R: Psikolojik belirti tarama testi; \*Mann-Whitney U Testi

## 5. TARTIŞMA

Somatizasyon (bedenselleştirme), kişinin organik temelli açıklanamayan bedensel yakınma ve belirtiler yaşaması ve ifade etmesi, bunları bir hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlaması ve çok sayıda tıbbi yardım arama davranışları eğilimi ile belirli bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (98). Anormal hastalık davranışı ise pek çok yazar tarafından semptomlara yetersiz ya da aşırı yanıtlar ile karakterize sendromlardır (155). Fibromyalji sendromu, tendinomüskuloskeletal bölgelerde ağrı ile karakterize ve beraberinde yorgunluk, uyku bozukluğu, irritabl kolon sendromu gibi kas-iskelet sistemi dışı klinik semptomları da içeren bir kronik ağrı sendromudur (16). Somatizasyon ve anormal hastalık davranışı süreçlerinin, bu hastalarda kronik yaygın ağrılı hastalarda olduğu gibi, hastalık başlangıcı ile ilişkili olabileceği dikkat çekmektedir (46). Somatizasyon sendromları ve anormal hastalık davranışları süreçlerinin tanınması, fibromiyalji gibi kronik tıbbi hastalıkların psikolojik boyutlarının tanınması ile etkin şekilde tedavi edilmesi açısından önemlidir. Bu süreçlerin değerlendirilmesinde kullanılan sınıflandırma sistemi olan DSM-IV somatoform Hastalık kavramını tam olarak açıklayamadığı için ciddi eleştiriler almıştır (221). Benzer eleştiriler DSM-5 için de yapılmaktadır. Diğer psikiyatrik tanı modellerinde olduğu gibi psikosomatik semptomların biyopsikososyal çok boyutluluğunu yansıtmamaktadır. Bu bakış açısından yola çıkarak DCPR, 1995 yılında, uluslararası araştırmacılar grubu tarafından psikosomatik tıp araştırmalarından elde edilen psikososyal değişkenleri operasyonel araçlara çevirmek için geliştirilmiştir. Kardiyoloji, endokrinoloji, onkoloji gibi pek çok farklı klinik ortamlarda yapılan çalışmalarda birçok hastanın psikopatolojisinin aydınlatılmasına yönelik kolaylık sağladığı bildirilmiştir (229, 230, 245, 263). Ancak literatürde DCPR ve DSM-5'in tıbbi hastalıklara ilişkin psikolojik sıkıntı ve işlevselliğin ilişkisini ve tanı koyma oranlarını karşılaştıran çalışma verileri kısıtlıdır.

Çalışmamızda, fibromiyalji tanılı hastalarda DSM-5 tanı sistemi ile tanı konulamayan, atlanılan somatizasyon sendromları ve anormal hastalık davranışlarının tanınması, hastalık sürecine ilişkin psikososyal değişkenler, yaşam kalitesi gibi faktörlerin DCPR ile belirlenen psikolojik durumlar ve DSM-5 ile belirlenen psikiyatrik durumlar ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Ek olarak DSM-5 ve DCPR sistemlerince tanı konulma ve elde edilen tanıları, alt gruplar arası örtüşme oranları incelenmiştir.



### 5.1. Sosyodemografik Özellikler:

Çalışmamızda, fibromiyalji tanısı alan 200 hastanın yaş ortalaması  $47.3 \pm 11.3$ 'tür. Ülkemizde yapılan bir uzmanlık tezinde FMS tanılı hastalarda obez olan grupta ortalama yaş 47.79 yıl olarak bildirilmiştir (294). 2017 yılında yapılan güncel bir çalışmada FMS tanılı kadınlarda ortalama yaş  $45.95 \pm 8.34$  olarak bildirilmiştir (295). Literatürde mevcut araştırmalara baktığımızda, FMS genellikle 40-60 yaşları arasında görülmektedir. Bizim çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması literatür ile uyumludur.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; literatürde, FMS'nin kadın/erkek oranının 6/1 olduğu bildirilmiştir (296). Kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü gösterilmekle beraber, bazı yazarlarca, bu sonuçların, kadınlarda tıbbi yardım arama davranışlarının erkeklere oranla daha sık olması nedeni ile bir raporlama yanlılığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (297). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak FMS tanılı hastaların 169'u (%84.5) kadın, 31'i (%15.5) erkek olduğu bulunmuştur. Bulgularımız, literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamız bulguları medeni durum açısından incelendiğinde; hastaların 175'i (%87.5) evlidir. Bu bulgular ile uyumlu olarak fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda yaşam kalitesi ile ilişkili sosyodemografik özellikler, depresyon ve uyku bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan, 2013 yılında, ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %88'inin evli olduğu, benzer şekilde Fibromiyalji Etki Anketi'nin 2000 yılında Samer ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasının veri sonuçlarına göre medeni durum açısından hastaların %88'inin evli olduğu bildirilmiştir (86, 298). Bununla birlikte, literatürde, boşanmış olmanın FMS'nin artan yaygınlığı ile önemli oranda ilişkisi gösterilmiştir. Fibromiyaljide risk faktörlerinin araştırıldığı 2009 yılında yapılan bir çalışmada, boşanmış olmanın yanısıra evli olmanın da bekar olanlara göre FMS'na yakalanma riskinin anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur (299). Ancak çalışmamızda kontrol grubu alınamaması ve kesitsel doğası sebebi ile bu tür bir karşılaştırma incelemesi yapılmamıştır.

Literatürdeki toplum temelli çalışmalarda eğitim ve sosyoekonomik seviye düştükçe FMS'nun görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (300). Geniş bir toplum örnekleminde, 2012 Ulusal Sağlık Görüşme Anketi kullanılarak FMS'nin sıklığının araştırıldığı bir çalışmada üniversite mezunu olmamanın FMS gelişimi açısından öngörücü

bir faktör olduğu bulunmuştur (301). Çalışmamızda öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde; hastaların 80'i (%40) ilkokul, 40'ı ortaokul (%20), 47'si (%23.5) ise lise mezunudur. Yüksekokul/üniversite mezunu olanlar örneklemin yalnızca %15'ini kapsamaktadır. Ülkemizde 30FMS ve 30 kontrol grubunun alındığı ,FMS hastalarında kemik mineral yoğunluğu ile serum D vitamini düzeyinin ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmayı amaçlayan bir tez çalışmasının sosyodemografik özellikleri açısından bakıldığında; çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, FMS tanılı hastaların %60'ının ilk ve ortaokul mezunu olduğu , %20'sinin ise lise mezunu olduğu görülmektedir (302). 51 FMS ile 50 kontrol grubunun alındığı FMS tanısında eski ve yeni kriterleri karşılaştırmayı amaçlayan başka bir tez çalışmasında, FMS grubunda eğitim düzeyi açısından hastaların büyük bir kısmının (%56.8) ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir (303). Bizim bulgularımız, literatürdeki bu verilerle paralellik göstermektedir.

Çalışmamız bulguları çalışma durumu açısından incelendiğinde; hastaların büyük bir çoğunluğu ,200 hastanın 178'i(%89) çalışmamaktadır. İlgili literatürde; ülkemizde yapılan 2005 yılındaki bir tez çalışmasında FMS tanısı alan 60 kadın, 20'şer kişilik ,3 grup altında incelenmiştir. Transkutan elektriksel sinir uyarımı + hasta eğitimi (TENS+HE) uygulanan grup Grup 1'de hastaların %80'i , "Plasebo TENS+HE" uygulanan grup 2 ve ve bilişsel davranışçı terapi + transkutan elektriksel sinir uyarımı (BDT+TENS) uygulanan grup Grup III'de hastaların %75'inin ev kadını olduğu gösterilmiştir (304). Özcan ve arkadaşları FMS tanısı alan kadın hastaların %76'sının çalışmadığını bildirmişlerdir (298). Bu bulgular çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte literatürde daha yüksek oranların bildirildiği çalışmalara da rastlanılmaktadır (305). Bugüne kadar yapılan pek çok çalışmada iş/sosyoekonomik durumun FMS'nin kas-iskelet semptomları ile negatif ilişkisi gösterilmiştir. Düşük hane içi geliri olan bireyler daha fazla manuel fonksiyonlar ile yürütülen işlerde çalıştığından bu bireylerin ağrı ve yaralanma olasılıklarının daha yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir (306, 307). Wijnhoven ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ücretli olmayan işlerin (ev kadını olmak) tek başına ağrı gelişimi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (308). İşsiz olma FMS gelişimi için risk faktörü olmakla birlikte, tersi şekilde FMS tanılı hastaların büyük bir kısmı işsiz olma durumu ile karşı karşıya kalmaktadır (309).

Çalışmamızda FMS tanılı 200 hastanın yalnızca 17'sinde (%8.5) sigara kullanımı mevcuttu. Gür ve arkadaşlarının çalışmasında, bu oran %19.6 iken , 2005 yılındaki bir tez

çalışmasında FMS tanısı alan ve “BDT+TENS” uygulanan grup Grup III’de %7.7 olarak bulunmuştur (303, 304). Literatürdeki bu veriler çalışmamız ile benzerdir. Bununla birlikte literatürde FMS’de sigara kullanımı sıklığına ilişkin farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Yunus ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, 233 FMS tanısı alan kadın hastanın %21.9’ unun sigara kullanmakta olduğu bildirilmiştir (310). Pamuk ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada ise bu oran %25.5 olarak bulunmuştur (311). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında ise 82 FMS tanısı alan hastalarda sigara kullanımının sıklığını %64.6 olarak bulunmuştur (312). Mevcut literatürü incelediğimizde; birkaç çalışmada ise sigara kullanımının ağrı şiddeti, fonksiyonel yeti yitimi ve global hastalık şiddeti ile pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir (190, 310). Çalışmamızda sigara kullanımının FEA ile değerlendirilen yetiyitimi arasındaki ilişkisine bakılmamıştır.

Beden kitle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının (kg), uzunluğun (metre) karesine bölünmesi ile elde edilir. Vücuttaki yağ oranıyla iyi bir korelasyon gösterir. Dünya sağlık örgütünün vücut kitle indeksi (kg/m<sup>2</sup>)’ ne göre Obezite sınıflandırmasında BKİ 25.0–29.9 kg/m<sup>2</sup> olan hastalar pre-obez olarak değerlendirilir (313). Çalışmamızda FMS hastalarının ortalama beden kitle indeksi (BKİ) 25.4’tür. Bu sonuç, BKİ açısından normal değerlerin üzerindedir. Obezite, FS’nin şiddetini etkilemenin yanısıra ve uyku düzenini de bozmaktadır. Neumann ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, BKİ ve hassasiyet, yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon arasında ilişki bildirilmiştir (314). Literatürde ilgili çalışmalarda; Tander ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ACR’e göre FMS tanısı alan 50 menopoz öncesi kadın hastada ortalama BKİ 25.91 ±0.65 olarak saptanmıştır (315). Sallı ve arkadaşlarının çalışmasında FMS tanısı alan 100 kadın hastada ortalama BKİ 26.14±4.49 olduğu bildirilmiştir (316). Literatürdeki bu veriler çalışmamızın sonuçları ile uyumlu gözükmektedir.

## **5.2. Klinik Özellikler:**

Hastalık süresi açısından değerlendirildiğinde; 70.3±93.3 ay olarak tespit edilmiştir. Sevimli’nin doktora tez çalışmasında, FMS hastaları üç gruba ayrılmıştır: 1.grup: ev egzersiz grubu, 2.grup: cimmastik egzersiz grubu ve 3.grup havuz egzersiz grubu olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde 1.grupta hastalık süresi yıl olarak 7.00±5.03, 2.grupta 6.20±4.06 ve 3.grupta 7.04±4.81 olarak bildirilmiştir (317). Özcan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ACR (American College of Rheumatology)

kriterlerine (1990) göre FMS tanısı almış 100 kadın hastanın ortalama hastalık süresi  $32.3 \pm 29.4$  ay olarak saptanmıştır (298). Sallı ve arkadaşlarının çalışmasında belirlenen ortalama hastalık süresi ise  $44.41 \pm 34.14$  ay'dır (316). Çalışmamızda hastalık süresinin daha uzun olmasının, örneklem grubunun ortalama yaş sınırının daha yüksek olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın bulguları hassas nokta sayısı açısından incelendiğinde; ortalama hassas nokta sayısı  $13.7 \pm 1.9$ 'dır. Hastaların 115'i (%57.5) algılanan ağrı düzeylerini "orta" olarak belirtmişlerdir. Literatürde hastalık şiddetine bağlı olarak farklı örneklem gruplarında farklı sayıda hassas nokta varlığına işaret edilmek ile birlikte, Çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak Sevimli'in tez çalışmasında 2.grup hastalarda ortalama hassas nokta sayısı  $14.60 \pm 2.61$ , Maquet ve arkadaşlarının çalışmasında ise  $15 \pm 2$  olarak saptanmıştır (318).

Kullanılan ilaçlar açısından incelendiğinde; hastalarda en sık 87'sinde (%43.5) SNRI ve diğer medikasyonlar (%27.5), 2.olarak SSRI ve pregabalin hastaların 35'inde (%17.5) kullanıldığı tespit edildi. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında 115 kadın FMS hastalarında kullanılan ilaçlar açısından elde edilen verilere bakıldığında; en sık olarak hastaların 39'unda (%33.9) ağrı kesici kullanımı olduğu, 2.olarak en sık SSRI grubu ilaç ve pregabalin kullanımının 11 hastada %9.6 oranında olduğu saptanmıştır (319). Klinik ortamlarda FMS tedavisinde en sık antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır ve bu ilaçların FMS'ndeki etkinliği birçok randomize kontrollü çift kör, iyi düzenlenmiş çalışma ile kanıtlanmıştır (320). Çalışmamızda SNRI kullanımının yüksek olması hastaların büyük bir kısmının, 3.basamak sağlık birimine başvurmadan önce, çeşitli dahili ya da birinci basamak kliniklerde başlanılan antidepresan tedavilerin kullanım sıklığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Eşlik eden tıbbi hastalıklar açısından incelendiğinde; hastaların 70'inde (%35) ek tıbbi hastalık tespit edilmiş olup bunların içerisinde en sık, kardiyovasküler sistem hastalıkları %35.7 oranında saptanmıştır. Bunu diabetes mellitus (%15.7) ve diğer tıbbi durumlar (%24.3 ) tanıları izlemiştir. Literatüre baktığımızda; ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında ACR 1990 kriterlerine göre primer FM tanısı almış hastalar grup 1 ( 6haftalık ev egzersizi) ve grup 2 (6 haftalık aerobik egzersiz) alanlar olarak 2'ye ayrılmıştır. Grup 2 de ek fiziksel hastalık varlığı  $n=6$  (%24) oranında görülmektedir (321). İspanya'da büyük

bir epidemiyolojik veri analiz çalışmasının sonuçlarına göre FMS hastalarının %84'ünde en az 1 tıbbi durum eşlik eder. Bunların %35'ini psikiyatrik bozukluklar, %27'sini gastrointestinal sistem, %23.5 ini kardiyovasküler sistem ve %19'unu endokrin hastalıklar oluşturmakta olduğu bulunmuştur (322). Bu veriler, çalışmamızın sonuçları ile uyumlu gözükmektedir. Amerika'da 1999-2007 yılları arasında yatan hastaların, ulusal çapta geniş bir veri ağının incelendiği bir çalışmada, FMS ikincil tanı olarak konulduğunda, eşlik eden en sık eş tıbbi durumların esnasyel hipertansiyon, koroner aterosklerotik/diğer kalp hastalıkları ve ruhsal bozukluklar olduğu bildirilmiştir (57). Weir ve arkadaşlarının geniş bir örneklemede yaptıkları restospektif kohort çalışmasında ise; FMS'e en sık eşlik eden tıbbi durumların baş ağrısı, irritabl barsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu, sistemik lupus eritematozus ve romatoid artrit olduğunu tespit etmişlerdir (323). FMS 'nin psikosomatik hastalıklar doğasında olması nedeni ile literatürdeki bu veriler ışığında, çalışmamız bulguları ile uyumlu olarak, pek çok farklı tıbbi durumun beraberinde görülme riskini taşıması beklenen bir sonuç niteliğindedir.

### **5.3. DSM-5 ile Belirlenen, Eşlik Eden Ruhsal Bozukluklar:**

FMS'de psikiyatrik bozukluklar sıklıkla görülmektedir (324). Kayda değer bir kısmında depresyon belirtileri tabloya hakimdir. Genellikle psikiyatrik değerlendirme ile bu belirtiler tespit edilmektedir. Depresyon tablosu, genellikle FMS başlangıcından sonra olmak ile birlikte, eş zamanlı ya da hastalık başlangıcından önce de gelişim gösterebilir. FMS'de yaşam boyu depresyon yaygınlığı %50-70 arasında olduğu bulunmuştur. Öte yandan, güncel depresyon varlığının oranı ise yalnızca %18-36 arasındadır (17, 325). Depresyon, yıkıcı kronik ağrı ve mevcut hastalık süreci ile başa çıkabilmenin bir sonucu olabileceği gibi tersi şekilde, psikosomatik teori görüşüne göre depresyonun kendisi FMS'e neden olabileceği söylenmekle beraber, bugün bu iki farklı görüşün yerine, iki bozukluğun sıklıkla bir arada görülmesinde altta yatan ortak biyolojik ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (326). Literatüre baktığımızda, pek çok çalışmada FMS'de psikiyatrik bozukluk tanı tespitinde farklı klinik ölçekler uygulanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Uguz ve arkadaşlarının çalışmasında DSM ile tanı konulmuş eksen 1 ve eksen 2 bozuklukları prevalansı 103 FMS hastasında %47.6 olarak bildirilmiş olup, bunların %14.6'sında major depresyon tespit edilmiştir (56). Martinez ve arkadaşları tarafından Brezilya'da yapılmış bir çalışmada %78.5 oranında eş tanı psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (327). Offenbaecher ve arkadaşlarının çalışmasında FMS tanılı

hastaların %69 unda psikolojik stres belirtilerinin eşlik ettiği bildirilmiştir (328) . Çalışmamızda örnekleme oluşturan 200 FMS tanılı hastaların 131'i (%65.5) DSM-5 ile belirlenen en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır. Bunların 82'si (%41) bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar (içerisinde 55(%27.5) hasta bedensel belirti bozukluğu, 11(%5.5) hasta diğer sağlık durumunu etkileyen psikolojik faktörler), 35'i(%17.5) anksiyete bozukluğu, 30'u(%15) depresif bozukluk , 10'u (%5,0) obsesif kompulsif bozukluk tanısı aldı. Sözü edilen literatür verileri, çalışmamızda DSM-5 ile belirlenen toplam psikiyatrik bozukluklar ve depresif bozuklukların yaygınlık sonuçları ile uyumlu olarak gözükmektedir.

Fibromiyaljinin bazı formlarının somatoform bozukluklara bağlı gelişebileceğini savunan yazarlar olsa da, bazı çalışmalarda DSM sisteminde yer alan somatoform bozukluklar ve yeni DSM-5 sistemindeki bedensel belirti bozukluğu tanılarının FMS sendromunu yeterli şekilde karşılamadığını ortaya koymaktadır (183). İlgili literatürde; Araştırmanın evreni rastgele seçilmiş 2.445 Alman genel toplum örnekleminde oluşan 2013 yılında yapılan bir çalışmada FMS tanılı kişilerin %38.5'inin DSM-5'e göre en az 1 bedensel belirti bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (329). Aynı yazarların 2012 yılındaki araştırmasında benzer şekilde ACR 2010 'a göre FMS tanısı alan 3.657 kişiden oluşan bir örnekleme DSM-5'e göre bedensel belirti bozukluğu oranı %35 olarak bulunmuştur (330) . Raphael ve arkadaşlarının toplum örnekleminde yaptıkları çalışmasında, FMS tanısı alanlarda şimdiki depresif bozukluk yaygınlığı %19.4 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, Uguz ve arkadaşlarının çalışmasında SCID-1 'e göre herhangi bir duygudurum bozukluğu eş tanı oranı %22,3 olarak tespit edilmiştir. Literatürdeki bu araştırma sonuçları çalışmamızın verileri ile uyumludur. Öte yandan, FMS'e eşlik eden depresyonda daha yüksek oranda yaygınlık verilerinin elde edildiği çalışmalara da sıklıkla rastlanılmaktadır. Bu çalışmalarda bir takım yazarlar yüksek birliktelik verilerine dayanarak FMS'nin majör affektif bozukluklar grubunda değerlendirilebileceği fikrini savunmuşlardır. Ancak yapılan çalışmaların küçük bir kısmı bu ilişkinin doğasını açıklar niteliktedir (331, 332). Bu konuda çalışmalarda aile ya da kişisel affektif bozukluk öyküsünün olmasının FMS gelişimini yordalayabileceği hipotezi de öne sürülmektedir (190). Sletvold ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 25 FMS tanısı alan hastanın %88'inde, Hudson ve arkadaşlarının çalışmasında ise %71 oranında majör depresif bozukluk eş tanısı tespit edilmiştir (190, 333). Okifuji ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %56.5 olarak tespit

edilmiştir (334). Bu veriler çalışmamızda depresif bozukluk oranları açısından tespit edilen değerlerden daha yüksektir.

Çalışmamızda, anksiyete bozuklukları toplam oranı %17.5 iken, alt gruplarından yaygın anksiyete bozukluğu oranı %7, panik bozukluk %5.5, agorafobi % 2, tanımlanmamış anksiyete bozuklukları %2, özgül fobi %0.5, sosyal fobi %0.5'dir. İlgili literatüre baktığımızda; FMS'de güncel anksiyete bozukluğu oranı %20-80 arasında geniş bir farklılık göstermektedir (335). Epstein ve arkadaşlarının DSMIII-R'e göre 73 FMS tanısı alan hastaların alındığı çok merkezli çalışmasında eşlik eden herhangi bir anksiyete bozukluğu oranı %27 olarak bildirilmiştir (324). Raphael ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %11.6'dır. Anksiyete bozuklukları içerisinde en sık yaygın anksiyete bozukluğu 2. olarak panik bozukluk sırası ile; %5.4 ,%4.7 tanılarına rastlanılmıştır (336). Bu veriler çalışmamızın bulguları ile uyumlu gözükmektedir. Uguz ve arkadaşlarının çalışmasında ise, eşlik eden anksiyete bozuklukları içerisinde en sık %13.6 oranında özgül fobi tanısı yer alır iken , bunu panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu takip etmiştir. Çalışmamıza benzer biçimde, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı sıklığı %9.7 ,panik bozukluk sıklığı ise %6.8 olarak tespit edilmiştir (56).

Obsesif- kompulsif bozukluk sıklığını araştıran çalışmalara baktığımızda ; Raphael ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada FMS'e eşlik eden şimdiki obsesif kompulsif bozukluk tanısı varlığı %8.5 oranında saptanmıştır (336). Uguz ve arkadaşlarının çalışmasında 103 FMS tanısı alan hastanın 4'ünde (%3.9) obsesif kompulsif bozukluk tanısı olduğu bildirilmiştir (56). Bu bulgular çalışmamız sonuçları ile uyumlu gözükmektedir.

#### **5.4. DCPR ile Belirlenen, Eşlik Eden Psikolojik Faktörler :**

DCPR tanı durumu açısından çalışmamızın sonuçlarını incelediğimizde; DCPR ile tanı alanların sayısı 161 (%80.5)'dir. Bunların içinde yalnızca 1DCPR tanısı alanlar ile  $\geq 2$  DCPR tanısı alanların sayısı sırası ile; 109 (%54.5) ve 52 (%26.0)'dir. Bu yüksek oranlar, FMS'nin pek çok bedensel semptomun eşlik ettiği kronik nitelikli, psikosomatik bir hastalık doğasında olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Literatüre bakıldığında, FMS de psikosomatik sendromların DCPR ile araştırıldığı yalnızca bir çalışma bulunduğu görülmektedir. Bu çalışmada 76 FMS tanısı alan hasta

çalışmaya alınmış, ardışık olarak seçilmiş 80 romatoid artrit tanılı hasta ile karşılaştırmalı olarak, psikosomatik sendromların varlığını araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda RA hastalarının %21'i herhangi bir DCPR sendromu tanısını karşılamadığı belirtilmiş iken, FMS hastalarının tümünün en az 1DCPR tanısı aldığı bulunmuştur (337). Diğer psikosomatik sendromlardan olan fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar üzerine yapılan çalışmalara baktığımızda; Toplum temelli çalışmalarda genel fikir birliği fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların psikolojik faktörlerce etkilenmediği yönündedir. Ancak farklı kliniklerdeki konsültasyon hastalarında, tedavi altında olanlarda %20-30'unda psikolojik anormallikler saptanmıştır (214). 3.basamak sağlık kuruluşuna ayaktan başvuran 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı konulan hastanın alındığı bir çalışmada, yalnızca 17 hasta (%9) DCPR tanısı almamıştır. Çalışmamızdaki DCPR'ın yüksek yaygınlığına benzer şekilde Porcelli ve arkadaşları , 3.basamak sağlık birimine başvuran, ardışık 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanılı hastaların %91'inin en az 1 DCPR sendromu tanısı aldığı tespit edilmiştir (231). Aynı yazarların 2004 yılında yaptıkları çalışmasında fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanılı hastaları tedaviye yanıt durumuna göre 2 gruba ayırmışlardır. Tedaviye yanıt veren grubun (N=40) tümünün en az 1 DCPR tanısı aldığı tespit edilmiştir. Birden fazla DCPR tanısı alanların oranı ise çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde tedaviye yanıt veren grupta %38.5 olarak bildirilmiştir (280). İtalya'da birinci basamak bir sağlık hizmetine 1 yıllık süre boyunca kliniğe en sık başvuran 50 hastanın, kliniğe ortalama sıklıkta başvuran rastgele seçilmiş 50 hasta ile DCPR sistemi kullanılarak tanı karşılaştırmasının yapıldığı bir çalışmada, kliniğe ortalama sıklıkta başvuran ve sık başvuran hastalarda en az 1DCPR tanısı alma oranları %96 olarak saptanmıştır (247). Daha önceden hiçbir psikiyatrik hastalık tanısı almamış 146 kanser hastasının alındığı, Grassi ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan başka bir çalışmada, 104 hastada (%71.2) DCPR sisteminin en az 1 sendromun tanı kriterlerinin karşılandığı bulunmuştur (245). Aynı araştırmacıların 2004 yılındaki 105 meme kanseri tanısı konulan hastanın alındığı çalışmasında, DCPR yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmıştır. Çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde birden fazla DCPR sendromu tanısı alan hastaların oranı %28.6 olarak bulunmuştur (338) . Nöropsikiyatri merkezinde ayaktan 6 aydan fazla organik nedeni açıklanamayan somatik semptomlar tanımlayan hastaların DCPR ile değerlendirildiği yakın tarihli güncel bir çalışmada, hastaların %80 i en az 1 DCPR tanısı aldığı bildirilmiştir (339). İtalya'da 2013 yılında Venditti ve arkadaşları tarafından yapılan



bir çalışmada ayaktan tedavi almakta olan 39 morbid obez hastada en az 1 DCPR tanı alma oranı %92, 36 örneklemden oluşan normal kiloya sahip kontrol grubunda da benzer şekilde %89 olarak bulunmuştur (340). 129 ardışık kalp nakli yapılan hastaların alındığı 2001 yılında yapılan bir çalışmada ise, hastaların %69'unun en az 1 DCPR sendromu tanısı aldığı rapor edilmiştir (229). Picardi ve arkadaşlarının İtalya'da dermatoloji kliniklerinde yatan 545 hastada çalışmamıza benzer şekilde 2 veya daha fazla DCPR tanısı alanların oranı %21.9 olarak saptanmıştır (255).

DCPR alt kümelerine baktığımızda çalışmamızda; 200 FMS tanılı hastalarda somatizasyon sendromu tanısı alanların sayısı 77 (%38.5), bunların içinde en sık tanılar olmak üzere sırası ile; 52 (%26.0)'si kalıcı somatizasyon ,13 (%6.5) yıl dönümü reaksiyonudur. Anormal hastalık davranışı kümesinde tanı alan hastaların sayısı 75 (%37.5) iken; bunların içerisinde yer alan en sık tanılar sırası ile; 35 hastada (%17.5) saptanan tanatofobi ve 32 (%16)'sinde hastalık korkusudur. Medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler 67 (%33.5) hastada tespit edildi, bunların içerisinde en sık tanılar sırası ile 29 (%14.5)'unda demoralizasyon, 19 (%9.5)'unda ise aleksitimidir. Bu sonuçlara bakarak çalışmamızda belirlenen en sık DCPR tanıları sırası ile; kalıcı somatizasyon (%26), tanatofobi (%17.5) ve hastalık korkusu (%16)'dur. Bunların dışında psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik semptomlar hastaların 8 (%4)'inde, konversiyon semptomları 4 (%2.0)'ünde, sağlık kaygısı 7 (%3.5)'inde, hastalık inkarı 1 (0.5) kişide, demoralizasyon 29 (%14.5)'inde, aleksitimi 19 (%9.5)'unda ,tip A davranış 14 (%7.0)'ında ve irritabl duygudurum 5 (2.5)'nde tespit edildi. İlgili literatürde; FMS'de psikosomatik sendromların DCPR ile araştırıldığı tek çalışmada; 76 FMS tanısı alan hastada farklı DCPR sendromları sıklığına baktığımızda; hastaların yarıdan fazlasının (%59.7) kalıcı somatizasyon ve demoralizasyon tanısı aldığı görülmektedir. Bunları tip A davranış (%47.4) ,hastalık inkarı (%42.1) ,konversiyon semptomları (%39.5) ,yıl dönümü reaksiyonu ve aleksitimi (%38.2) izlediği görülmüştür. Fibromiyaljinin pek çok bedensel belirtinin eşlik ettiği yaygın kronik ağrı ve kas hassasiyeti ile giden psikosomatik bir hastalık doğasında olmasından ötürü çalışmamızda da saptanan eşlik eden en sık tanının kalıcı somatizasyon olması şaşırtıcı olmamıştır.

Çalışmamızda somatizasyon ve FMS'nin yaygın birliktelik oranlarının nedensel atıflarına yönelik bir inceleme yapılmamıştır. Ancak yapılan pek çok çalışmada araştırmacılar kronik yaygın ağrı sürecinin stresin somatize ediliş yolunun bir yansıması

olduğu hipotetik modelini öne sürmüşlerdir (341). Somatizasyon ve kronik ağrı sendromlarının ilişkisini inceleyen bu çalışmalara baktığımızda ; Mc Beth ve arkadaşlarının yayınladıkları geniş bir toplum bazlı prospektif çalışmasında somatizasyonun sürecinin özellikleri nedeni ile kronik yaygın ağrıların gelişimini yordalayıcı rolü olduğu sonucuna varılmıştır (46) .Fava arkadaşlarının çalışmasında hastalık davranışının 1 yıl içerisinde yeni kronik yaygın ağrı gelişiminde güçlü bir yordalayıcı olduğu fikri desteklenmiştir (223).

Bazı yazarlarca somatizasyon gibi pek çok psikosomatik sendromun da travmatik ve olumsuz yaşam deneyimleri ile ilişkili emosyonel düzenlenmelerde sorunlar sonucu oluşabileceği görüşü belirtilmektedir (66). Bu travmatik yaşam deneyimlerinin hastalığın başlangıcı ile olan ilişkisi gelecek çalışmalarda ilgi odağı olabilecek bir konudur.

İlgili literatürde; Çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde; Karlsson ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda farklı klinik profile uyan 5grup hastanın %20.9 n=14 ünde 4.grup olarak belirlenen kronik somatizör grubunda olduğu bulunmuştur (226) Mangelli ve arkadaşlarının çalışmasında da fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı alan 190 hasta ve kardiyoloji kliniğinde ayaktan takip edilen yakın zamanda ilk miyokardiyal iskemi atağı geçiren 153 kardiyolojik hastada en sık görülen DCPR sendromları grubunun somatizasyon grubu sendromlar olduğu (%42.6), yine bu grup içerisinde ve toplamda en sık görülen sendromun hastaların %22'sinde tespit edilen kalıcı somatizasyon olduğu saptanmıştır (228).

Çalışmamızda 2.en sık tanı tanatofobi (%17.5) idi. İlgili literatürde; pek çok çalışmada sonuçlarımızdan daha düşük sıklıkta görüldüğü tespit edilmiştir ve bu çalışmalarda sıklığı en az saptanan nadir görülen DCPR sendromlarından olmuştur (236, 238,270). Bununla birlikte çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde ;Basinska ve arkadaşlarının kronik hastalıklar (112 astım, 60 HCV, 48 lokomotor hastalık ve 86 kardiyak ,52 birinci basamakta tedavi görenler) nedeni ile yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların aldığı çalışmasında, tanatofobi oranı birinci basamakta tedavi gören hastalarda %15, hcv pozitif hastalarda %10 ve kardiyak hastalarda %14 olarak tespit edilmiştir (342). Literatürdeki diğer çalışmalardaki oranlar ; Ghiggia ve arkadaşlarının çalışmasında FMS hastalarında bu oran %9.2 olarak bildirilmiştir (337). Grassi ve arkadaşları tarafından

yapılan bir çalışmada hastaların %8.2'sinde DCPR ile tanatofobi tanısı konulmuştur (245). Diğer çalışmalarda benzer şekilde; ;Kalp nakli alıcılarında bu oran %6.9 (229), fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıklarında %1.6 (231), yakın zamanda ilk kez miyokard enfarktüsü geçiren hasta grubunda ise %4.9 olarak bulunmuştur (263). Çalışmamızın bulgularının ise literatürdeki diğer tıbbi hastalıklardaki oranlardan yüksek oluşunun nedensel ilişkisi araştırılmamıştır. Ancak, tanatofobinin hipokondriyak bir zeminde oluşabildiği göz önüne alındığında; fibromiyalji gibi hipokondriyazisi de içeren geniş bir küme anormal hastalık davranışlarının eşlik ettiği somatizasyonun sık görüldüğü hastalarda bu nispeten yüksek oran şaşırtıcı değildir.

Ölüm anksiyetesinin (tanatofobi), travmatik yaşam olayları ile ilişkisi bilinmektedir. Daha önce travmatik bir olayı anımsatan durumlar altında semptomları tekrar yaşamaya benzer (343). Fibromyaljide hastalık başlangıcı, sıklığı , gidişi ve hastalık sürecinde travmatik yaşam deneyimlerinin rolü göz önüne alınır ise birlikteliklerinde ortak bir etmenin rol oynadığı düşünülebilir. Gesser ve arkadaşları ölüm korkusunun sıklığının yaş ile ilişkisinin eğrisel bir grafik izlediği, orta yaşlarda pik yaptığını savunmuşlardır. Altta yatan hipotezleri yaşamın orta döneminde yaşam algısının “doğumdan sonraki zaman” olduğu formundan “yaşama geçirme vakti”ne kaydığı idi (344) . Literatürde bazı yazarların görüşlerine göre ;tanatofobinin kadın ve erkek her iki cinsiyette de 20li yaşlarda ilk pikini yaptığı, ikinci piki kadınlarda 50’li yaşlarda yeniden ortaya çıktığı, bunun altta yatan sebebinin menapoz başlangıcı ile bu durumun yaşlanmayı anımsatıcı ve yaşamın sonunun geldiği düşüncesini çağırıştırıcı rolü olduğu hipotezini ortaya koymuşlardır . Çalışma grubumuzun yaş ortalaması 47.3 idi. Literatürdeki bu veriler ışığında, büyük bir çoğunluğu kadın hastalardan oluşan çalışmamızda, tanatofobi için elde edilen nispeten yüksek oranlarda, cinsiyet faktörünün de rol oynamış olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan literatürde, genellikle ayrı bir bozukluk olmaktan ziyade, anksiyete ya da hastalık kaygısı bozukluğunun bir parçası olduğu görüşünü savunan araştırmacılara rastlanılmaktadır (345). Dolayısı ile anksiyete bozukluklarının örneklemimizdeki yüksek oranı da sonuçlar üzerine etkili karıştırıcı bir faktör olarak rol oynamış olabilir. Oloom ve arkadaşlarının epilepsi hastalarında tanatofobi varlığını araştırdıkları çalışmalarında sosyodemografik ve klinik faktörlerden, kısa hastalık süresi ve düşük eğitim düzeyi ile yüksek ölüm anksiyetesi skorları arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır (346). Çalışmamız örnekleme eğitim düzeyi açısından büyük bir kısmı lise altı eğitim statüsü göz

önüne alındığında; yine çalışma sonuçlarında etkili bir faktör olmuş olabilir. Ne yazık ki, çalışmamızda tanatofobinin ilgili literatüre kıyasla yaygınlık oranlarının daha yüksek oluşu ile ilişkili nedensel etmenler, karıştırıcı faktörler göz önüne alınarak araştırılmamıştır. Gelecekteki çalışmalar ile farklı hastalık gruplarında tanatofobi görülme sıklığında rol oynayan etmenler arasındaki ilişkinin araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda; DCPR ile belirlenen 3. en sık tanı hastalık korkusu (%16)'dur. İlgili literatüre baktığımızda; Ghiggia ve arkadaşlarının çalışmasında FMS hastalarında bu oran %9.2 olarak bildirilmiştir (337). Çeşitli kliniklerde yapılan çalışmalarda yüksek yaygınlığı dikkat çekmektedir. Ferrari ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetine sıklıkla başvuran hastalarda hastalık korkusunun yaygınlığı %34 oranında yüksek olarak bulunmuştur (247). Desai ve arkadaşlarının 301 tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastalarda DCPR ile en sık saptanan sendromları sağlık anksiyetesi (%68) ,hastalık korkusu (%28) ve aleksitimi (%27) olarak tespit edilmiştir (339). Çalışmamıza benzer şekilde bu oran Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında konsültasyon liyezon psikiyatrisinde %19 civarındadır (246). Aynı yazarların 2004 yılında yaptıkları çalışmasında fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanıli hastalarda tedaviye yanıtız grupta hastalık korkusu oranı %22.5 olarak bildirilmiştir (280). Basinska ve arkadaşlarının çalışmasında birinci basamakta tedavi gören hastalarda %17 ve astım tanıli hastalarda %18 oranında bildirilmiştir (342). Farklı tıbbi ortamlarda anormal hastalık davranışları içerisinde değerlendirilen hastalık fobisinin yüksek yaygınlık oranları göz önüne alındığında çalışmamızda da bu veriler ile tutarlı olarak DCPR ile saptanan 3. en sık psikosomatik tanı olarak tespit edildi.

Çalışmamızda Medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler içerisinde en sık tanı %14.5 oranında demoralizasyondur. Önemli sağlık sorunlarının eşlik ettiği, ilerleyici hastalıklardan muzdarip, ölüme yakın dönemdeki, onkoloji ve kardiyoloji gibi bazı kliniklerde yatan hastalar üzerine yapılan çalışmalarda ise, çalışmamızdan belirgin olarak daha yüksek oranda demoralizasyon tanısı tespit edilmiştir. Bunlar incelendiğinde; Ghiggia ve arkadaşlarının çalışmasında FMS hastalarında en sık saptanan DCPR tanısı %57.9 oranında demoralizasyondur (337). Grandi ve arkadaşlarının çalışmasında 129 ardışık kalp nakli yapılan hastalarda en sık DCPR tanısının %31.7 oranında demoralizasyon olduğu bildirilmiştir (229) Grassi ve arkadaşlarının 105 meme kanseri tanıli kadın hastalarda yaptıkları çalışmasında, demoralizasyon, en sık 2.tanı olarak %28.6 oranında tespit

edilmiştir (338) Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında konsültasyon liyezon psikiyatrisinde saptanan en sık DCPR tanıları arasında 3.sırada demoralizasyon, %26 oranında bildirilmiştir (246).

Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde 2004 yılında yapılan fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanılı hastalarda tedaviye yanıtız grupta ve yanıt veren grupta aynı oranda (%20) demoralizasyon saptanmıştır (280).Rafanelli ve arkadaşlarının 70 konjestif kalp yetmezliği tanısı alan hastalarda %15.7 oranında bildirilen en sık DCPR tanıları arasında yer almıştır(347) Picardi ve arkadaşlarının çalışmasında 539 dermatolojik hastalarda en sık saptanan DCPR tanılar arasında demoralizasyon, %14.1 oranında saptanmıştır (248).Bu çalışmalardaki sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile uyumlu gözükmektedir.

Fibromiyaljide olduğu gibi kronik ağrının eşlik ettiği hastalıklarda demoralizasyon sürecinin altta yatan mekanizması, birkaç çalışmada ilgi çeken bir araştırma konusu olmuştur. Bu araştırmalarda, kronik ağrılı hastalarda demoralizasyon yanıtlarının oluşmasında ağrı tuzağı modeli ön plana çıkmıştır. Bu modele göre; eğer ağrı duyuları hayatta kalma için bir tehdit olarak algılanır ise ,motor ,otonomik ve endokrin sistemleri yanıt vermeye hazır bir şekilde harekete geçirici yanıt oluşur (348) . Ağrı tuzağı böylece, ağrı ile ilişkili acı, çaresizlik ve donakalım tepkileri ortaya çıkar. Bu kısır döngü ile travmatik geçmiş yaşam deneyimlerine sahip hastalar, ağrı ile ilişkili acıların ilerleyici olarak kötüleşmesi ve ağrı tuzağı ile ilişkili demoralizasyon açısından yüksek risk altındadırlar (349). Demoralizasyon ve ağrı birbiri ile iç içe geçmiş antitelerdir birbirlerini güçlendirirler ve aynı etiyolojik rollere sahiptirler. Porcelli ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada demoralizasyonun daha fazla ağrı yoğunluğu yakınması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (246). Çalışmamızda demoralizasyon tanısı alan grupta almayanlara göre anlamlı oranda FEA anketinin yükselen puanları ile ilişkili ( $p=0.022$ ) bulunmuştur.

Öte yandan, tüm kronik ağrılı hastaların demoralizasyon açısından riski olduğunu söylemek doğru değildir. Desai ve arkadaşlarının çalışmasında, 301 tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar tarif eden, bunların pek çoğunu baş ağrısı, ekstremitelerde ağrı ve vücut yorgunluğu yakınmalarından oluşan hastalarda, demoralizasyon yalnızca 2 hastada (%0.7) bildirilmiştir (339).

Çalışmamız, demoralizasyonun pek çok tıbbi ortamda görülen yüksek yaygınlık oranını yansıtmasa da, fibromiyalji tanılı kişilerde azımsanmayacak ölçüde olduğuna dikkat çekmektedir. Öte yandan, toplumda görülme sıklığına baktığımızda; Mangelli ve arkadaşlarının toplam 347 ardışık evrenden oluşan bir toplum örneğinde yaptıkları çalışmada bu oran %3 olarak bulunmuştur (227). Araştırmacılar, bu elde edilen bu sonuçlar ile demoralizasyon sürecinin sadece genel psikolojik stres ile atfedilemeyen, tıbbi bozuklukların başlangıcı ile ilişkili bir süreç olabileceğini fikrini ortaya koymuşlardır. Çalışmamızda da tespit edilen topluma göre nispeten yüksek orandaki demoralizasyon tanısının, fibromiyaljinin başlangıç süreci ile ilişkisi, ileri çalışmalar ile araştırılması gereken bir konu olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, aleksitimi tanısı ise hastaların 19 (%9.5)'unda belirlendi. Aleksitiminin FMS patolojisindeki kesin rolü halen anlaşılamamıştır. Bununla birlikte pek çok yazar, aleksitiminin kendi başına olumsuz duyguları düzenleme mekanizması ile etkileşime girerek oluşturduğu sürekli negatif duyugulanımsal durumun psişik ve somatik semptomların ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu, ek olarak duygusal girdilerin yanlış yorumlanarak fiziksel hastalığın semptomları olarak atfedilmesine neden olduğu, bu durum da hastalık ile ilişkili davranışlara ve ağrının kronikleşmesine yol açtığını savunmaktadır (350). İlgili literatürde FMS hastalarında aleksitimi oranları açısından, çalışmamız sonuçlarına göre belirgin olarak daha yüksek verilere rastlanılmaktadır. Ghiggia ve arkadaşlarının çalışmada FMS grubunda DCPR ile saptanan aleksitimi sıklığı %38.2 olarak bildirilmiştir (337). Porcelli ve arkadaşlarının 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem hastaları üzerine DCPR aleksitimi kriterlerinin tanı geçerliliğini araştırmayı amaçlayan çalışmada ise, bu grup hastada en sık DCPR tanısının aleksitimi olduğu, oranını %47.4 olarak bulunmuştur (231) Aynı yazarların, 2001 yılında, aynı hasta grubu üzerine yaptıkları başka bir çalışmada ise hastaların %47.4 'ünün DCPR ile aleksitimi tanısı aldığı saptanmıştır (351). Desai ve arkadaşlarının tıbbi olarak açıklamayan hastalar üzerine yaptıkları çalışmada, kronik ağrı sendromlarında ise aleksitimi sıklığı %23 oranında tespit edilmiştir (339). Grassi ve arkadaşları tarafından yapılan 105 meme kanseri tanılı hastanın alındığı çalışmada ise aleksitimi, DCPR ile saptanan en sık tanılardan olup oranı %20 olarak bulunmuştur (338).

Geçmiş araştırmalarda, aleksitiminin, yüksek oranları özellikle gastrointestinal sistem bozukluğu tanılı hastalarda dikkati çekmektedir (231, 280, 351). Ancak çalışmamız

verilerinin, bildirilen bu oranlardan çok daha düşük olduğu tespit edildi. Dermatoloji kliniklerinde yapılan iki çalışmada çalışmamıza benzer düşük oranlar tespit edilmiştir. Picardi ve arkadaşlarının çalışmasında dermatoloji hasta grubunda aleksitimi oranı %5.9 olarak bildirilmiştir (248). Aynı yazarların 2005 yılındaki 545 dermatoloji hastasında yaptıkları çalışmasında aleksitimi açısından aynı oranlar (%5.9) tespit edilmiştir (255). Grandi ve arkadaşlarının kalp nakli alıcıları üzerine yaptıkları çalışmasında bu hasta grubunda aleksitimi oranı %12.4 olarak tespit edilmiştir (229). Literatürde bu sınırlı sayıdaki birkaç çalışma çalışmamız sonuçları ile uyumlu gözükmektedir.

Aleksitimin FSM gibi kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğu bilinse de, bu görüşü desteklemeyen çalışmalar da vardır. Bu çalışmalarda totonto aleksitimi ölçeği -20 ile saptanan aleksitimi puanlarının sağlık kontrol grubu ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (69, 352, 353). Çalışmamızda ise sağlıklı kontrol grubu seçilmemiş olduğundan bu yönde bir değerlendirme yapılmadı.

Tip A davranışın, literatürdeki birkaç çalışma ile FMS ile ilişkisi araştırılmış, dışa yönelmiş saldırganlığın eksikliği, çatışma çözümü için yapılan girişimler olarak tanımlanmıştır, ek olarak tip A davranışı ölçen farklı ölçekler ile elde edilen puanlar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında FMS grubunda alınan yüksek puanlar ile anlamlı istatistiksel ilişkisi tespit edilmiştir (354, 355). Çalışmamızda bu yönde bir karşılaştırma yapılamamıştır. Bununla birlikte FMS hasta grubunda oransal olarak tip A yaygınlığını ile ilişkili çalışma sonuçlarımızı incelediğimizde;

Çalışmamızda tip A davranış hastaların 14 (%7)'inde tespit edildi. İlgili literatürü incelediğimizde; Ghiggia ve arkadaşlarının çalışmasında FMS grubunda DCPR ile saptanan tip A davranış sıklığı, çalışmamız sonuçlarından belirgin olarak daha yüksek oranda; % 4.4 olarak bildirilmiştir (337). Cooper ve arkadaşlarının çalışmasında koroner kalp hastalıklarında bağımsız risk faktörleri olarak gösterilmiştir (283). Kalp hastaları ve dermatolojik hasta grubunda yüksek yaygınlığı dikkat çekmektedir. Rafanelli ve arkadaşlarının yakın zamanda miyokard enfarktüsü geçiren ardışık 61 örneklem grubunun alındığı çalışmasında, bu oran %28 olarak bildirilmiştir (263). Grandi ve arkadaşlarının kalp nakli alıcılarında yaptıkları çalışmada da, benzer yüksek oranlar (%20.1) saptanmıştır (229) Dermatolojik hastalar üzerine yapılan 2005 yılındaki bir çalışmada, demoralizasyon irritabl duygudurum tanılarında sonra olmak üzere 3. en sık tanı %12.0 oranında tip A

davranış olarak bildirilmiştir (255). Aynı yazarların 2006 yılındaki 539 ardışık yatan dermatolojik hasta grubunda tip A davranış oranı önceki çalışmaları ile aynı (%12) olarak bulunmuştur (248). Bu yüksek oran diğer kliniklerde de; Ferrari ve arkadaşlarının çalışmasında birinci basamak sağlık kuruluşlarına sıklıkla başvuran hastalarda %52, konsültasyon liyezon psikiyatrisinde %25 ve toplum bazlı çalışmalardan olan Mangelli ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer oranda %25 olarak saptanmıştır (227, 246, 247) . Çalışmamızda ise tip A davranış sıklığı, bu çalışmalardaki verilere oranla daha düşük bulunmuştur. Tip A davranış, öfke ve hostilite ile yakın ilişkilidir, ancak FMS gibi kronik ağrılı hastalarda öfke, inkar yolu ile reddedilebilir, içe atılmış bastırılır, bu da ağrı ve yetiyitimi ile sonuçlanır. Çalışmamızda tip A davranışta tespit edilen bu düşük oran dolaylı olarak saptanan irritabilitenin düşük yaygınlığı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ancak, öfke ile ilişkili bilişsel düzeydeki değişimler ile tüm boyutsal niteliği kapsayan, öz bildirim yolu ile doldurulan, çok boyutlu öfke ölçekleri kullanılarak, bastırılan öfkenin de objektif bir biçimde saptanması mümkün kılınmalıdır. Çalışmamızda, tip A davranış üzerine etkili fiziksel aktivite düzeyi, eğitim durumu, yaş ve maskülen cinsiyet rolü oryantasyonu gibi karıştırıcı faktörler açısından incelenmemiştir. Bu alanda gelecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızdaki verilerle uyumlu olarak; literatürdeki birkaç çalışmada fonksiyonel gastrointestinal sistem ve onkolojik hasta grubunda ise düşük oranlarda tespit edilmiştir. Bu çalışmaları incelediğimizde; Porcelli ve arkadaşlarının 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu olan hasta grubunda tip A davranış sıklığı %8.4 olarak bildirilmiştir (231) Aynı yazarların benzer hasta grubunda yaptıkları çalışmalarında tedaviye yanıt veren grupta bu oran 10,8 iken, yanıtız grupta %7.5 olarak saptanmıştır (280). Grassi ve arkadaşlarının ayaktan tedavi gören onkoloji hasta grubunda ise %9.5, aynı yazarların 2005 yılındaki 105 meme kanseri tanılı grupta %10.5 olarak bildirilmiştir (245, 338) .

Çalışmamızda yıl dönümü reaksiyonu tanılı hastaların sayısı 13 (%6.5)'dir . Yıl dönümü reaksiyonunda; çoğu birey yıl dönümü ile farklı derecelerdeki nedensel semptomlar arasındaki ilişkinin farkında değildir. Çalışmalarda yeğın bir sendom olmaktan ziyade, diğer psikosomatik sednormlara eşlik eden bir durum olduğunda dikkat çekilmiştir (356). Çalışmamıza benzer şekilde pek çok çalışmada düşük yaygınlık oranları dikkat çekmektedir. Ancak atlanılmaması gereken, azımsanmayacak bir tanı olduğuna vurgu yapılmaktadır. Çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olarak; Basinska ve arkadaşlarının



çalışmasında ise; çeşitli kronik hastalıklarda toplam DCPR ile belirlenen yıl dönümü reaksiyonu sayısı 29 (%8) , bunlar arasında en sık olmak üzere sırası ile; 52 birinci basamakta tedavi gören grupta %10 , 112 astım tanısı alan grupta %9 ve 48 lokomotor hastalık grubunda ise %8 oranında bildirilmiştir (342). Porcelli ve arkadaşlarının 2009 yılındaki konsültasyon liyezon psikiyatrisi hastalarında ise yıl dönümü reaksiyonu oranları %5.3 olarak saptanmıştır (246). Liteatürde pek çok çalışmada ise çalışmamızdan belirgin ölçüde daha düşük oranlar dikkati çekmektedir. Toplum bazlı çalışmalarda bu oran %2, farklı dermatolojik hasta gruplarında %1.3, kalp nakli alıcılarında % 0.7 , fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanılı hastalarda ise %0.5 olarak saptanmıştır (227, 229, 231, 255).

Çalışmamızın sonuçları DCPR ile belirlenen sağlık kaygısı tanısı 7 (%3.5) olarak bulunmuştur. Çalışmamızın örneklem grubunun FMS gibi kronik yaygın ağrıların sıklıkla eşlik ettiği yetiyitimi yüksek olan bu grupta, DCPR sisteminin sağlık anksiyetesi tanısı için belirlediği süre koşulunun 6aydan az olması şartı nedeni ile pek çok hastanın bu kriterlere uymadığı düşünülmüştür. Liteatüre baktığımızda; çalışmaların çoğunda bu oran, %20-40 arasındadır (245, 246, 280, 338, 339, 342). Bu veriler çalışmamızın verilerinden belirgin olarak daha yüksek olmak ile birlikte, Ghiggia ve arkadaşlarının FMS hastalarında yaptıkları çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde sağlık anksiyetesi oranlarının, diğer DCPR tanılarına göre yaygınlığı düşük olarak (%8) bulunmuştur (337). Porcelli ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da benzer olarak, sağlık kaygısının (anksiyetesinin ) yaygınlığı tedaviye yanıtız grupta %2.5 olarak bildirilmiştir (280).

FMS, kronik bel ağrısı, ankilozan spondilit gibi pek çok kronik yaygın ağrı spektrumunun bir parçasıdır. Kronik hastalık süreci, hastanın yaşam kalitesinde düşme yanı sıra aileleri için de ciddi morbidite ile sonuçlanmaktadır. Pek çok tekrarlayıcı bedensel yakınmalar nedeni ile yapılan sağlık harcamaları yüksek bir mali yükü de beraberinde getirmektedir (357, 358). Bu açıdan bakıldığında; sağlık anksiyetesinin FMS'nin aksine, geçici kısa süreli gidiş gösteren doğası nedeni ile örneklem grubumuzda düşük oranda tespit edildiği görülmüştür.

Hastalık inkarı özellikle onkolojik hasta grubunda hastalığın son döneminde ve başlangıçta uyumsal bir durum olarak gözlenirken, pek çok durumda tedaviye uyum ve iş

birliği açısından çeşitli sorunlar doğurmakta, bu durum da hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir (253, 254).

İrritabl duygudurum, konversiyon semptomları ve hastalık inkarı çalışmamızda sırası ile 5 (%2.5), 4 (%2.0) ve 1 (%0.5) hastada tespit edilen sıklığı en düşük saptanan DCPR tanılarıdır. Hastalık inkarı açısından örnekleme grubumuzun pek çok bedensel yakınmaların eşlik ettiği, sıklıkla yardım arayışında bulunan hastalardan oluştuğu göz önüne alındığında; hasta olma davranışı ile ilişkili hasta olma rolünü üstlenici tutumun ve buna ilişkin uyumsal olmayan mekanizmaların aracılık ettiği göz önüne alındığında , hastalık inkarının bu grupta tespit edilen düşük oranları şaşırtıcı değildir. Ek olarak çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde düzenli takip imkanın sağlandığı kliniklerde hastalık inkarı (reddi) düşük oranda bulunmuştur. Bu alışmalar incelendiğinde; Picardi ve arkadaşları tarafından düzenli vizitlerin uygulandığı yatan 545 dermatoloji hastasının alındığı 2005 yılındaki bir çalışmada, hastalık inkarının yaygınlığı %2 olarak bulunmuştur (255). Aynı yazarların benzer hasta grubunda 2006 yılındaki çalışmasında bu oran %1.8, Mangelli ve arkadaşlarının ayakta 190 gastroentoloji ve 153 kardiyoloji hasta grubunda yaptıkları çalışmasında %2.6 olarak tespit edilmiştir (235, 255).

Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Basinska ve arkadaşlarının çalışmasında DCPR tanılarında hastalık inkarı astım ve kardiyak hastalarda sırası ile; %34 ve %36 oranında, yüksek bulunmuştur. Yazarlar; bu iki grup hastada hastalığın uzun dönem prognozunun, klinik öneminin ve kişisel sorumluluğun reddi ya da küçümsenmesinin, hastalık ile ilişkili olumsuz sonuçlar beraberinde yüzleşmekten doğacak olan korku ve tedaviye olan gereksinimin tehlikeli olarak algılanması ile bağlantılı olabileceğini savunmuşlardır (342).

Konversiyon semptomları açısından değerlendirdiğimizde, çalışmamızda saptanılan %2'lik düşük oran ile paralel olarak pek çok farklı klinikte ( gastroentoloji, onkoloji, kardiyoloji, dermatoloji ) ve toplum bazlı çalışmalarda %0- %4.7 aralığında görüldüğü bildirilmiştir (234, 236, 238, 262, 345). Konversiyon bozukluğunda, her yaşta başlamasına rağmen, genellikle 10-35 yaş aralığında başlar, belirtiler genellikle kısa süreli olup akut olguların %95'i kendiliğinden geriler (180) . Çalışmamızda araştırma evreninin ortalama yaş grubunun daha ileri olması ve FMS'nun kronik doğası nedeni ile konversiyon

semptomlarında elde edilen düşük oranlar beklenen bir bulgu niteliğinde olarak değerlendirilmiştir.

İrritabl duygudurum açısından değerlendirdiğimizde çalışmamızda iritabl duygudurum 5 (%2.5) kişide saptanmıştır. Literatüre baktığımızda kardiyoloji ve endokrinoloji kliniklerinde yüksek oranlar dikkati çekmektedir. Sonino ve arkadaşlarının çalışmasında, bir üniversite hastanesine ayaktan başvuran 146 endokrinolojik hastanın alınmıştır, DCPR ile tanı konulan iritabilite sıklık oranı %46 olarak bildirilmiştir (230). Abbate ve arkadaşlarının çalışmasında anoreksiya nervoza tanılı hastalarda psikosomatik sendrom varlığını araştırmışlar, kısıtlayıcı türde %30,3, tıknırcasına yeme/çıkarma türünde ise %50 oranında tespit etmişlerdir (359). Bu oran diğer klinik ortamlarda %10-15 civarındadır (229, 263). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar bu verilerden daha düşüktür.

#### **5.5. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Birbiriyle Karşılaştırılması:**

DCPR ile tanı konulamayan hasta grubunun (n=39) %38,4'ü (araştırma evreninin %7.5'i) en az 1 DSM-5 ile tanı alır iken, DSM-5 ile tanı konulamayan hasta grubunun (n=69) %65.2'si (araştırma evreninin 22.5'i) en az 1 DCPR tanısı aldı. DSM-5 ile 1 tanı alanların oranı ile DCPR ile artan psikosomatik şiddeti arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı ilişki bulundu. Bu verilerin ışığında DSM-5 ile atlanan pek çok eşik altı sendromun, DCPR sistemi ile yakalanabildiği, DCPR ile ayırt edilen bu sendrom sayılarının DSM-5 ile ayırt edilenlerin yaklaşık 2-3 katı olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar başlangıçtaki hipotezimizi doğrular niteliktedir. İlgili literatüre baktığımızda; pek çok çalışmada ICD ve DSM-IV sisteminlerince de tanı konulamayan demoralizasyon, aleksitimi, tip A davranış gibi psikiyatrik boyutlar ve sendromları yakalamakta başarılı olduğu gösterilmiştir (214, 256).

Bununla birlikte, DCPR'ın DSM-5 ile tıbbi hastalıklara ilişkin psikolojik sıkıntı ilişkisini ve tanı koyma oranlarını karşılaştıran çalışma verileri ise kısıtlıdır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde bu konuda yapılmış yalnızca 1 çalışma bulunmaktadır. 70 kronik konjestif kalp yetmezliği tanılı hastanın alındığı bu çalışmada DSM-5 sistemi ile tanı alan hastaların tümünün en az 1 DCPR tanısı aldığı, öte yandan hastaların %23'ünün DSM-5 ile tanı almaz iken en az 1 DCPR tanısı aldığı bulunmuştur. Yazarlar bu sonuçlar ile ilişkin olarak; DCPR'ın hastalık sürecine ilişkin psikolojik faktörleri saptama ve kategorize

etmede DSM-5'e göre daha duyarlı olduğu hipotezlerini desteklediği kanısına varmışlardır (347).

İlgili literatürde çalışma verilerimiz ile uyumlu olarak, DCPR tanı sistemi ile tanı alan DSM ile tanı konulmayan hasta oranının(%29), DSM tanı sistemi ile tanı konulup DCPR ile tanı konulmayan hastalardan(%8) 3.6 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur, kardiyooloji, gastroentoloji ve dermatoloji gibi kliniklerde dramatik farklılıklar dikkati çekmektedir (214). Porcelli ve arkadaşları ayaktan tedavi 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanılu grupta %4'ü DCPR ile tanı almaz iken DSM-IV ile en az bir tanı aldığı, öte yandan %17'sinin ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almaz iken DCPR ile en az 1 tanı aldığını bildirmişlerdir (231). Grandi ve arkadaşlarının kalp nakli alıcıları üzerine yaptıkları çalışmada, araştırma örnekleminin %3'ü DCPR ile herhangi bir tanı almaz iken DSM-IV ile en az 1 tanı almıştır , %43'ü ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almaz iken DCPR ile en az 1 tanı aldığı bildirilmiştir (229). Bir onkoloji kliniğinde ayaktan tedavi gören hastaların %3'ü DSMIV ile en az 1 tanı alır iken DCPR ile tanı almamış , %38'inin DSM-IV ile herhangi bir tanı almayıp DCPR ile en az 1 tanı almıştı (245). Picardi ve arkadaşlarının geniş heterojen bir grup dermatoloji hastalarında yaptıkları çalışmasında, hastaların %13'ü DSM-IV ile en az 1 tanı alır iken DCPR ile tanı almamış, %23'ü ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almayıp DCPR ile en az 1 tanı almıştır (255). Bu veriler, çalışmamızda elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir. DSM sistemi ve DCPR 'ın tanı koyma oranlarını karşılaştıran yazarlar, DSM-IV sistemi ile tanı konulamayan atlanılan pek çok vakanın DCPR sistemi ile tespit edilebileceğini düşünmüşlerdir. Farklı klinik ortamlarda DSM sistemi ile birlikte uygulanan DCPR'm tıbbi hastalıklarla ilişkili psikososyal bozuklukları tanıma şansını arttıracasına işaret etmişlerdir.

Yeni DSM-5 sınıflandırma sisteminde bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar başlığı altında kriterlerde önemli değişikler ile beraber pek çok tıbbi hastalığın somatik yönünü ayrıntılı değerlendirebilme ve farklı tıbbi ortamlarda anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi pek çok tanının da farkedilmesini sağlar nitelikte olsa da bu tıbbi ortamlarda somatize den hastalarda yeterli ayırt edici güç niteliğinde ve prognostik, potansiyel ve terapötik değerlendirmelerde yetersiz kalmış olduğu kanaatindeyiz. Çalışmamızda elde edilen bu sonuçlar ışığında, DSM sistemi ile birlikte DCPR gibi, bu alanda alternatif tanısasal sistemlerin de uygulanması yeni bir basamak sağlayacağı söylenebilir.

## 5.6. DSM-5 ve DCPR Alt Grup Tanılarının Örtüşme Oranları Açısından İncelenmesi:

Farklı DCPR tanıları içerisinde DSM-5 tanı kategorilerinin dağılımına baktığımızda, en yüksek örtüşme oranı hastalık korkusu ve bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar arasında (%71.8) saptandı. Tanatofobi dışında tüm DCPR tanıları ile örtüşme gösteren en yüksek DSM-5 tanı kategorisi bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar idi.

DCPR ile kalıcı somatizasyon tanısı alanların (n=52) 34'ü(%65.3) DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar, 10'u(%19.2) anksiyete bozukluğu, 6'sı (%11.5) depresif bozukluk tanısı aldığı tespit edildi. Psikolojik faktörler, güçlü duygusal ifadeler olan, depresyon anksiyete gibi psikolojik değişimlere bağlı tutumları etkileyerek, somatik semptomları ve psikosomatik sendromları arttırıcı nitelikte olduğu bilinmektedir (144). Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında kalıcı somatizasyon tanısı alanların %29.7'si DSM-IV ile somatoform bozukluk , %26.5'i duygudurum bozukluğu , %15.6'sı ise anksiyete bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (231). Öte yandan, bazı çalışmalarda DCPR ile tespit edilen kalıcı somatizasyonun DSM-IV'te somatoform bozukluklar ile ilişkili olmadığı hipotezini destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Mangelli ve arkadaşlarının çalışmasında DCPR ile somatizasyon kümesi içerisinde tanı alan hastaların %82'sinin DSMIV'te somatoform bozukluk tanı kriterlerini karşılamadığını bildirmişlerdir. Ek olarak araştırma örnekleminin %22'si DCPR ile kalıcı somatizasyon tanısı alır iken ,yalnızca %2 si DSM-IV ile somatizasyon bozukluğu tanısı almıştır (228) . Çalışmamızda ise kalıcı somatizasyon ve bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar arası nispeten daha yüksek olan örtüşme oranları diğer çalışmalarda kullanılan DSM-IV sistemindeki somatoform bozukluklar başlığı altında yaş ve semptom sayısı sınırlaması gibi katı kısıtlayıcı kriterler nedeni ile eşik altı psikosomatik sendrom tanılarının atlanması sonucu, düşük örtüşme verilerinin elde edilmesine bağlı olduğu düşünülmüştür. DSM-5'te ise bugün bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar kapsamında bu kısıtlayıcı kriterler kaldırılmış, bedensel belirtiler hakkındaki düşünce duygu ve davranışların orantısızlığı/aşırılığı üzerine dikkat çekilmiştir. (202) Çalışmamızda %65,3 oranındaki bu örtüşme bedensel belirti ilişkili bozukluklar tanı kriterlerinin eski DSM sistemine göre daha esnek ve kapsayıcı oluşu ile bağlantılı olduğu söylenebilir.

Literatürde somatoform bozukluklar ve anksiyete, depresyon eşanı oranları iyi bilinmektedir. Ortalama her 3 hastadan birinde tespit edilmiştir (360-363). Benzer şekilde geçerliliği yapılmış pek çok ölçek ile değerlendirilen öfke, depresyon, anksiyete ve somatizasyonun birbirleri arasındaki korelasyonu saptanmıştır. Bu tanısal örtüşmelerin her 3 sendromda da (anksiyete depresyon ve somatizasyon) aynı tanısal kriterleri paylaşmalarından ötürü (uyku bozukluğu, enerji azlığı, konsantrasyon güçlüğü vb.) olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak 3 sendromda da tedavide kullanılan müdahaleler de (antidepresan tedavi BDT gibi) etkinliklerin benzer oluşu da dikkat çekicidir (364). Bazı yazarlar tarafından da, somatizasyonun anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik kümelerin tamamlanmamış ya da atipik görünümü olduğu savunulmaktadır (225). Fink ve arkadaşlarının çalışmasında DSM-IV ile herhangi bir somatoform bozukluk tanısı alan hastaların %26.5'inin eş tanı anksiyete bozukluğu , %11,5'i eş tanı depresif bozukluk olduğu tespit edilmiştir (362) . Aynı yazarların 2005 yılındaki kesitsel 2 fazlı ardışık 1785 ardışık hastanın alındığı yaygınlık verilerine göre anksiyete bozukluğu tanısı alan grubun %39'unun komorbid somatoform bozukluk tanısı aldığı bildirilmiştir (360) . Çalışmamızda SCL90-R 'nin somatizasyon alt ölçeği ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olsa da, DCPR ile tespit edilen somatizasyon kümelerinden biri olan kalıcı somatizasyonun, DSM-5 ile depresif bozukluklar arasında %11.5 oranında örtüşme tespit edildi. Depresyon bozuklukları tanısı alanların DCPR ile örtüşme oranlarına baktığımızda demoralizasyondan sonra en sık kalıcı somatizasyon (%20) ve benzer olarak anksiyete bozukluklarında da tanatofobiden sonra en sık kalıcı somatizasyon (%28.6) tanıları arasında örtüşmeler saptandı. Çalışmamızda elde edilen bu sonuçlar literatürdeki bu araştırmalardaki depresyon, anksiyete ve somatizasyon tanıları arasındaki örtüşme oranları ile paralellik göstermektedir. Bazı çalışmalarda ise bizim sonuçlarımızdan daha yüksek eş tanı oranları (%26-59) bildirilmiştir (365-367) .

Çalışmamızda, tanatofobi tanısı alan ve olmayan gruplar arasında SCL90-R anksiyete şiddeti ölçek puanları açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamış olsa da çalışmamızda tanatofobi ve DSM-5 ile saptanan anksiyete bozuklukları tanısı arasında bu örtüşme oranları dikkat çekicidir (%34.3). Bu örtüşme bedensel belirti bozukluğundan (%31,4) ve anksiyete bozukluklarındaki kalıcı somatizasyon tanısı(%28,6) ile örtüşme oranından daha yüksek idi. İlgili literatürde; tanatofobinin düşük yaygınlık oranları nedeni ile DSM sistemi ile örtüşme yüzdeleri tespit edilmemiştir. Ancak Grassi ve arkadaşlarının

onkoloji hastalarında yaptıkları çalışmasında tanatofobi en sık duygudurum bozuklukları (%40), ikinci olarak ise uyum bozuklukları (%12,2) ile örtüşme sağlanmıştır (245). Bizim bulgularımızda ise ;tanatofobi ve depresyon bozuklukları arasındaki örtüşme oranı düşük idi (%8.6). Hastalık korkusu gibi tanatofobi de Kellner tarafından tanımlanan Hastalık Tutum Ölçeği (IAS)'nden geliştirilen hipokondriyak sendromun bir parçası olduğu düşünülmektedir (259). Bu sendromun, anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozukluk) ile dikkat çekici nitelikte örtüşmeleri olduğu bilinmektedir (368-370). Ek olarak bazı yazarlarca hipokondriyak kaygıların anksiyete bozukluklarının içsel bir özelliği olduğunu savunulmaktadır (371). Otto ve arkadaşlarının çalışmasında Hastalık Tutum Ölçeği ile saptanılan tanatofobinin, ve hastalıkla ilişkili kaygıların anksiyete seviyeleri ile istatistiksel anlamlı ilişkisi bildirilmiştir (372). Çalışmamızda hastalık korkusu (fobisinin ) SCL90-R anksiyete bozukluğu varlığı ile anlamlı ilişkisinde olduğu gibi, DSM-5 ile de anksiyete bozuklukları ile arasında yüksek örtüşme oranı (%25) tespit edildi.

Çalışmamızda elde edilen bu sonuçlar ölüm korkusunun (tanatofobi ) depresyon kompleksi içerisinde yer alan semptom kümelerinden ve bedensel belirti bozukluğundan ziyade fobik niteliği ile ilişkili olarak anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirildiğine işaret etmekte. Bu ilişkide daha önceki araştırmalarda nedensel atıflar; anksiyete duyarlılığı, somatik semptomların katastrofizasyonu gibi faktörlerdir (372). Ancak çalışmamızda sözü edilen bu faktörler, özel geçerli ve güvenilir ölçekler ile araştırılmamıştır.

Bugün için tanatofobi, DCPR tanı sisteminde anormal hastalık davranışları içerisinde değerlendirilmektedir, çalışmamızın sonuçları ile birlikte anksiyete bozuklukları ile diğer psikiyatrik durumlara göre daha belirgin olan örtüşme oranları dikkate alındığında gelecekte kaygı bozuklukları kümesinde yer edinebileceği söylenebilir. Bu alanlarda destekleyici, ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Demoralizasyon ve depresyon arasındaki yaygın örtüşme oranlarına bakıldığında; Picardi ve arkadaşlarının çalışmasında; DCPR ile belirlenen demoralizasyonun depresif bozukluk ile örtüşme yüzdesi %63.2 ,depresif bozukluğun ise demoralizasyonla örtüşme yüzdesi %43.6 olarak bulunmuştur (248). Bazı yazarlar bu örtüşmenin hiyerarşik olmayan bir biçimde sağlandığını öne sürmekle birlikte demoralizasyon için klinik olarak depresyonun olmasının zorunlu olmadığını, 2 farklı tanı olarak ele alınması gerektiğini savunmuştur (270). Nitekim, çeşitli kliniklere (kardiyoloji, gastroentoloji, endokrinoloji ve

onkoloji) ayaktan ardışık sayıda başvuran 807 hastanın alındığı bir çalışmada %44 (n=59) hasta depresyon tanısı almış olup , demoralizasyon tanısı almamış iken, tersi şekilde %69 (n=169) hasta demoralizasyon tanısı alır iken depresyon tanısı almamıştır (267). Grandi ve arkadaşlarının kalp alıcılarındaki çalışmasında demoralizasyonun duygudurum bozuklukları ile örtüşme oranı %9.7 iken, duygudurum bozukluklarının demoralizasyon ile örtüşme oranı %57.1 olarak bulunmuştur (229). Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında duygudurum bozukluğu tanısı alan hastaların 3 te 1'inin demoralizasyon tanısı aldığı bildirilmiştir (231).Çalışmamızda ise demoralizasyon tanısı alan hastaların depresyon bozuklukları ile, tersi olan depresyon bozukluğu tanısı alanların demoralizasyon ile örtüşme oranları benzer olarak hastaların 3 te 1 'inde sırası ile sırası ile %34.3 ve %33.3 idi. Depresyon tanısı alanların demoralizasyon ile örtüşme oranları kalıcı somatizasyondan daha yüksek idi (sırası ile %33.3 ve %20.0). Sonuç olarak, çalışmamızın verileri literatürdeki demoralizasyon ve depresyon örtüşme oranları ile benzerdir.

DSM-5 tanıları ile en yüksek örtüşme oranları bedensel belirti bozuklukluğu ile kalıcı somatizasyon (%56.4) ten sonra en sık DCPR tanısı demoralizasyondur. Bu oran, DSM-5 tanısı olan diğer sağlık durumunu etkileyen diğer psikolojik faktörler tanısı (%45.5) ile belirgindir. Bu sonuca bakarak tıbbi ortamlarda hastalık sürecinde etkili en sık eşlik eden psikosomatik faktörün kalıcı somatizasyondan sonra demoralizasyon olduğu söylenebilir. DCPR tanıları içerisinde de baktığımızda medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler kümesi içerisinde de (%14.5) en sık tanı demoralizasyondur. Literatürde de çalışmamız ile uyumlu olarak farklı tıbbi ortamlarda yapılan araştırmalarda medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler arasında en sık saptanan tanının demoralizasyon sendromu olduğu bildirilmiştir (245, 246, 248, 337, 338, 347).

Aleksitimik bireyler, tanım gereği duyguları tanımakta güçlük, iletişimde zorluk, dış odaklı dışmerkezli uyum sağlamaya yönelik kognitif yapı ve somatize etmeye eğilim gösteren kişilerdir (64). Pek çok çalışmada fiziksel hastalık veya durum ile ilişkisi gösterilmiştir (231, 245, 276, 279). Aleksitiminin artan seviyeleri ile duyumlara daha fazla odaklanma ve bu da hastalık davranışları ve semptom ifadelerinde artışa yol açar. Aleksitiminin diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi gösterilmekle beraber, en sık duygudurum bozuklukları–depresyon ile ilişkisi üzerinde durulmuştur (64). DCPR'ın aleksitimi alt bölümü iyi bir diskriminant geçerliliği göstermektedir (276-278). DCPR ile tespit edilen aleksitiminin depresyon ve somatizasyon bozuklukları ile örtüşmesi ile ilişkili



literatürü incelediğimizde; Porcelli ve arkadaşları aleksitimin %28.9 oranında duygudurum bozukluğu , %30.0 oranında somatoform bozukluk ile örtüşme sağladığını bildirmiştir (231). Picardi ve arkadaşlarının çalışmasında, depresif bozukluk ile örtüşme oranı %28.1, somatoform bozukluklar ile örtüşme oranı %12.5 olarak bulunmuştur (248). Grandi ve arkadaşlarının çalışmasında aleksitimi tanısı alan hastaların %12.5'inde duygudurum bozuklukları tanısı aldığı saptanmıştır (229). Çalışmamızda SCL90-R depresyon alt grubu şiddetinin aleksitimi varlığı ile anlamlı ilişkisi gösterilememiş olsa da; DSM-5 ve DCPR ile tespit edilen tanıların örtüşme oranlarını incelediğimizde; çalışmamızda aleksitimi ile en yüksek örtüşme gösteren DSM-5 tanısı, bedensel belirti ve ilişkili bozukluklardan (%36.8) sonra depresyon bozuklukları idi. Bu örtüşme oranı %26.3'dır. Depresyonda ise demoralizasyon ve kalıcı somatizasyondan sonra en sık örtüşme sağlayan 3. DCPR tanısı %16.7 oranı ile aleksitimi olmuştur. Çalışma sonuçlarımız ilgili literatürde işaret edilen aleksitiminin somatizasyon süreçleri ve duygudurum bozuklukları ile olan yakın ilişkisini yansıtır nitelikte olduğu söylenebilir.

#### **5.7. DSM-5 ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar ve DCPR ile Belirlenen Anormal Hastalık Davranışı ve Somatizasyon Sendromları'nın Oransal Karşılaştırması ve Tanılar arası Örtüşmelerin İncelenmesi :**

DSM-5 ile herhangi bir bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar tanısı alan 79 hastanın tümünün DCPR ile en az 1 anormal hastalık davranışı ya da somatizasyon sendromu tanısı aldığı, hastaların 33'ü (%41.8) kalıcı somatizasyon, 21'i (%26.6) hastalık korkusu ve 11'i (%13.9) tanatofobi tanısı aldığı tespit edildi. Öte yandan , DCPR ile en az 1 anormal hastalık davranışı ya da somatizasyon tanısı alan toplam 123 hastanın 52'si (%42.2) DSM-5 ile en az bir bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar tanısı aldı. 52 hastanın 37'si DSM-5 ile (%71.1) bedensel belirti bozukluğu tanısı , %21.1'i diğer sağlık durumlarını etkileyen psikolojik faktörler tanısı aldı. İlgili literatürde özel olarak DSM-5 ile bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar ve DCPR anormal hastalık davranışları ,somatizasyon süreci tanılarının yaygınlık ve örtüşme oranlarını araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte, Mangelli ve arkadaşlarının çalışmasında, DSM-IV ile somatoform bozukluk tanısı aldığı tespit edilen hastaların yalnızca 27'sininin (%14.3) DCPR ile herhangi bir somatizasyon sendromu tanısı almadığı bildirilmiştir. DCPR ile somatizasyon sendromu tanısı aldığı tespit edilen 146 hastanın ise 120'sininin (%82.2) DSM-IV ile herhangi bir somatoform bozukluk tanısı almadığı bildirilmiştir (228).

Çalışmamız ile birlikte uyumlu olan diğer literatür araştırmalarının sonuçlarına bakarak, DSM-5 ile tanımlanan bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar tanısının DCPR ile tamamen tespit edilebildiği, ancak DCPR bazı somatizasyon ve anormal hastalık davranışı kümelerinin (hastaların %57.8) DSM-5 bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanı kümeleri arasında tespit edilemediği söylenebilir. Bu açıdan FMS'de anahtar rol oynayan anormal hastalık davranışları ve somatizasyon sürecinin değerlendirilmesinde, DCPR'in DSM-5 ile saptanılan tanılardan, dikkat çekici oranda daha geniş bir kısmını saptayabildiği söylenebilir. Bu iki sistemin farklı klinik ortamlarda ortaklaşa uygulanması halinde, pek çok eşik altı psikolojik durumların erken dönemde taranması, farkedilmesi ve tedavisi ile, hastalık süreci ve psikolojik ve sosyal bağlamda da olumsuz etkilerinin önlenmesi sağlanmış olacağı kanaatindeyiz.

#### **5.8. DSM-5 Tanı Sayısına Göre Tanımlayıcı (sosyodemografik) ve Klinik Özelliklerin Dağılımı**

DSM-5 tanı sayısı hastalık şiddetini ölçen bir parametre olarak değerlendirilmiştir. DSM-5 tanı sayısı ve hastaların sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, DSM-5 tanı yokluğu, yalnızca 1 DSM-5 tanısı alanlar ve 2 veya daha fazla DSM-5 tanısı alan gruplar arasında sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, çalışma süresi, sigara kullanma durumu ve BKİ değeri) açısından, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. İlgili literatüre baktığımızda; Ciapparelli ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada DSM-IV ile psikiyatrik tanı alan FM grubu ve psikiyatrik tanı almayan grup arasında demografik ve klinik özellikler açısından bir fark saptanmamıştır (373) Santos ve arkadaşlarının çalışmasında, depresyon tanısı alan ve almayan FMS'li hastalarda yaş, evlilik durumu, eğitim düzeyi ve toplam hane içi gelir yönünden sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (374). Bu veriler çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir. Öte yandan, Kayhan ve arkadaşları tarafından yapılan daha güncel bir çalışmada FMS tanısı alan hastaları DSM-IV tanı kriterlerine göre cinsel işlev bozukluğu tanısı alan ve almayanlar olarak 2 gruba ayırmışlardır. Bu 2 grup arasında yaş(yıl), eğitim durumu(yıl) ve hastalık süresini içeren sosyodemografik değişkenler açısından incelendiğinde; yalnızca eğitim düzeyindeki düşme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (375). Mevcut literatürde, bugün için fibromiyalji tanısı alan

hastalarda DSM-5 ile psikiyatrik tanı alan ve almayan gruplar arasında sosyodemografik özellikleri karşılaştırılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda, DSM-5 tanı yokluğu, yalnızca 1 DSM-5 tanısı alanlar ve 2 veya daha fazla DSM-5 tanısı alan gruplar arasında klinik özellikler açısından gabapentin kullanımı dışında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Gabapentin kullanımının hastalık şiddeti ile arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır. İki ve daha fazla tanısı olan hastalar içinde gabapentin kullananların yüzdesi tanı almayan ve bir tane tanı alanlardan anlamlı olarak yüksekti.

Mevcut literatürde fibromiyalji tanısı alan hastalarda DSM-5 ile psikiyatrik tanı alan ve almayan gruplar arasında klinik özellikleri karşılaştırılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, Bilgici ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada DSM-IV kriterlerince depresyon tanısı alan ve almayan FMS tanılı hastalar arasında ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu, hassas nokta sayısı gibi klinik parametrelerde, sosyal fonksiyonlar ve yeti yitimi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (376). DSM sistemi ile belirlenen psikiyatrik durumların klinik özellikler ile ilişkisini değerlendiren başka bir çalışmada ağrı duyarlılığı ve hassasiyetin psikiyatrik eştanı ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bildirilmemiştir (3). Literatürde bu konuda farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Thieme ve arkadaşlarının serisinde anksiyete bozukluğu tanısı alan FMS tanılı hastalarda ağrı yoğunluğunun, duygudurum bozukluğu tanısı alanların eksen 1 tanısı almamış hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ek olarak ağrı ile ilişkili daha fazla müdahalede buldukları ve daha düşük seviyede genel aktivite düzeylerine sahip oldukları saptanmıştır (3). Martinez ve arkadaşlarının çalışmasında FEA ile değerlendirilen FMS de işlev düzeyi depresyon şiddeti ile istatistiksel açıdan anlamlı oranda ilişkili bulunmuştur (377). Yunus ve arkadaşları FMS 'de ağrının pek çok psikolojik faktör tarafından etkilendiğini savunmuştur (186).

Gabapentin kullanımı ise; diyabetik nöropati, postherpetik nevraljide , migren profilaksisinde ve diğer nöropatik ağrı koşullarında randomize, kontrollü klinik çalışmalarda önemli analjezik etkileri olduğu bulunmuştur. Ağrı kesici özelliklerine ek olarak, plasebo kontrollü, randomize çalışmalardan elde edilen veriler, gabapentinin de anksiyolitik etkiye sahip olduğunu ve uyku için faydalı etkilere sahip olduğunu ortaya

koymaktadır (378). Bu etkileri neden ile FMS'de yaygın olarak kullanılmaktadır. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklarda çoğunlukla anektodal bildirimler olmasına rağmen, çeşitli psikiyatrik bozukluklarda ilacın yararları olabileceği birkaç kontrollü çalışma gerçekleştirilmiştir, sonucunda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bununla birlikte, son dönem bazı çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğunda ve travma sonrası stres bozukluğunda bazı yararlar sağladığı gösterilmiştir (379). Arnold ve arkadaşları tarafından yapılan çift kör, plasebo kontrollü çok merkezli bir çalışmada, gabapentin tedavisi alan FMS tanısı alan hastaların yalnızca %18.7'sinin majör depresyon tanısı almadığı bildirilmiştir (378). Öte yandan literatürde FMS hastalarında psikiyatrik hastalık varlığı şiddeti ile gabapentin kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

#### **5.9. DCPR Tanı Sayısına Göre Tanımlayıcı (sosyodemografik) ve Klinik özelliklerin Dağılımı**

DCPR tanı sayısı ve hastaların sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, DCPR tanı yokluğu, yalnızca 1 DCPR tanısı alanlar ve 2 veya daha fazla DCPR tanısı alan gruplar arasında, sosyodemografik özellikler açısından öğrenim durumu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İki ve daha fazla tanı alanlar içinde en fazla ilkokul mezunu olanların yüzdesi tanı almayanlardan ve bir tane tanı alanlardan anlamlı olarak yüksek iken yüksek okul/üniversite mezunu olanların yüzdesi anlamlı olarak düşüktü. Mevcut literatürde fibromiyalji tanılı hastalarda DCPR ile tanı alan ve almayan gruplar arasında sosyodemografik özellikleri karşılaştırılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Grassi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, onkoloji hastalarında DCPR sendromları sıklığı araştırmayı amaçlanmıştır. DSM-IV ve DCPR tanımlarının sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde; yaşın DSM-IV tanıları ile ilişkisi olmadığı ancak belirli DCPR tanımlarının; sağlık anksiyetesi tanısı alan hastaların istatistiksel olarak anlamlı oranda daha genç, aleksitimi tanısı alanların ise istatistiksel oranda daha yaşlı olduğu bulunmuştur. Cinsiyet açısından ise DSM-IV ve DCPR tanı oranı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (245).

Çalışmamızda, DCPR tanı sayısı ve hastaların klinik özellikleri açısından karşılaştırıldığında; DCPR tanı yokluğu, yalnızca 1DCPR tanısı alanlar ve 2 veya daha fazla DCPR tanısı alan gruplar arasında klinik özellikler (yakınma süresi, hassas nokta

sayısı, SNRI, SSRI, pregabalin, NSAİİ, gabapentin, TCA, steroidler ve diğer ilaçlardan herhangi birini kullanma durumu) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Eşlik eden tıbbi hastalıklar açısından incelendiğinde; DCPR ile tespit edilen hastalık şiddeti (DCPR tanı sayısı ile belirlendi) kardiyovasküler hastalıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır. Tanı almayan hastalar içinde KVS hastalığı bulunanların yüzdesi, bir tanı alan ve iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşüktü. Diğer fiziksel hastalıklar ile arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. İlgili literatürde, 172 multipl skleroz tanısı alan hastalarda DCPR sendromlarının yaygınlığı ve MS Çoklu Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 (MSQoL-54) ek olarak Genel Semptom İndeksi(GSI) ile belirlenen psikopatolojik semptomların ilişkisini araştırmayı amaçlayan, yakın tarihli bir çalışmada DCPR tanısı alan ve almayan hastalar arasında sosyodemografik değişkenler ve hastalık süresi ile nörolojik yetiyitimi arasında istatistiksel açıdan farklılık saptanmamıştır. Öte yandan, en az 1 DCPR tanısı alan hastaların istatistiksel açıdan daha yüksek seviyede GSI ile belirlenen psikopatolojik semptom belirttikleri saptanmıştır (380). Basinska ve arkadaşlarının çalışmasında ise çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak çeşitli kronik hastalıklar (112 astım,60 HCV,48 lokomotor hastalık ve 86 kardiyak ,52 birinci basamakta tedavi gören ) nedeni ile yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların alındığı bir çalışmada hastalık süresi ve DCPR sendromları sayısı arasında pozitif ve anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur .Özel olarak, hastalık inkarının uzun hastalık süresi tespit edilen hastalarda belirgin olarak daha sık görüldüğü bildirilmiştir (342). Mevcut literatürde kardiyak hastalarda DCPR sendromları varlığını araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır (263, 276). DCPR sistemi ile saptanan psikososyal değişkenler kardiyak hastalarda demoralizasyon, irritabl duygudurum ve tip A davranış ile belirlidir (270). Depresyon , anksiyete ve stres gibi artan psikolojik faktörler bağımsız olarak özellikle koroner kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklarda önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir (381). Yamada ve arkadaşları tarafından yapılan bir vaka kontrol çalışmasında yüksek seviyedeki klinik hostilitenin akut miyokard infarktüsü riskini arttırdığı bulunmuştur (382). Bazı yazarlar tarafından, kardiyak hastalıklar grubundan özellikle kardiyak sendrom x tanısının somatoform bozukluklar ve duygusal değişimler ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir (383).Kardiyak hastalıklar ve psikosomatik sendromların bu yakın ilişkisine karşılık, literatürde DCPR ile saptanan psikosomatik sendromların şiddeti ile olan istatistiksel anlamlı ilişkisini saptayan bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

### 5.10. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Psikolojik Belirtilerin Şiddeti ve FMS'de İşlevsellik Üzerine Etkileri –SCL90-R ve FEA Puanları Arasındaki İlişkiler :

Çalışmamızda SCL90-R ile belirlenen psikolojik alt boyutlar arası elde edilen puanlar açısından incelendiğinde ; Ortalama ve medyan Alt Ölçek Puanları ;somatizasyon  $1.56\pm 0.73$  1.50 ,anksiyete  $0.79\pm 0.72$  0.60, obsesyon  $0.81\pm 0.74$  0.65, depresyon  $0.92\pm 0.79$  0.69, kişilerarası duyarlılık  $0.52\pm 0.73$  0.22 , psikotizm  $0.38\pm 0.55$  0.20 , paranoid düşünce  $0.36\pm 0.67$  0 , öfke/Düşmanlık  $0.63\pm 0.76$  0.33, f obik anksiyete  $0.42\pm 0.59$  0.28 ,ek ölçek  $0.72\pm 0.72$  0.57 , Ortalama Ana Ölçek Puanları; genel belirti düzeyi (GSI)  $0.80\pm 0.59$  , pozitif belirti toplamı (PST)  $31.8\pm 20.8$  pozitif belirti düzeyi (PSDI)  $2.13\pm 0.58$  'dır. Bu sonuçları değerlendirdiğimizde SL90-R alt grupları içerisinde FMS hastalarının somatizasyon araz düzeyi yüksek olduğu (ortalama puan 1,5) söylenebilir. Bu sonucun, örneklem grubunun, çoklu ve yaygın bedensel belirtileri teşkil etmesi ve bu nedenle sık ,tekrarlayıcı tedavi arayışı içerisinde olmaları gözönüne alındığında, yüksek somatize eden hastaları temsil ediyor olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

İlgili literatüre baktığımızda; Gürsoy ve arkadaşlarının 2001 yılında, 58 FMS hastası üzerine yaptıkları çalışmada, SCL-90-R ile belirlenen psikolojik boyutlar arasında normal değer üzerinde olan grup somatizasyon ; ortalama puanları  $2,2 \pm 0,39$  olarak bildirilmiştir (384). Stanley ve arkadaşları ise somatizasyon alt ölçeği ortalama puanlarını  $1,5\pm 0,7$  GSI: $1,1\pm 0,7$  puan olarak saptamışlardır (385) . Otti ve arkadaşlarının çalışmada somatoform ağrı grubunda somatizasyon alt ölçeği  $1,4\pm 0,64$  ,GSI:  $0,96\pm 0,56$  puan idi (386) .Literatürdeki bu bulguların çalışmamız sonuçları ile uyumlu olduğu söylenebilir. FMS'lu hastalarda somatizasyon alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, çalışmamızda beklenen bir sonuç olarak düşünülmüştür.

DSM-5 ile tanı almayan grup ile 1 tanı alan grup, tanı almayan grup ile 2veya daha fazla tanı alan gruplar arasında SCL-90R ile belirlenen psikolojik tüm alt boyutlar ve psikolojik belirti şiddeti (GSI) düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. DSM-5 ile belirlenen psikiyatrik belirti şiddeti arttıkça SCL90-R ile belirlenen somatizasyon, anksiyete, obsesyon,depresyon ,kişilerarası duyarlılık , psikotizm ve paranoid düşünce ve ek ölçeklerden alınan yüksek puanlar ile istatistiksel olarak anlamlı

ilişkili olduğu , ek olarak DCPR ile tanı almayan grup ile 1 DCPR tanısı alan ve 2veya daha fazla DCPR tanısı alan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. DCPR ile belirlenen belirti şiddeti ile yine tüm alt ölçekler arasında puan artışı ile pozitif anlamlı ilişkili olduğu belirlendi. ( $p<0.001$ ). Ayrıca tanı almayanların SCL90-R'nin PSDI ana ölçek puanı iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşük iken diğer tüm ölçek puanları bir tane tanı alanlardan ve iki ve daha fazla tanı alanlardan anlamlı olarak düşüktü. Grassi ve arkadaşlarının çalışmasında Kısa Semptom Envanteri (BSI) ile belirlenen psikolojik stres parametrelerinden, somatizasyon, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete ve kişiler arası duyarlılık, paranoid, psikotizm alt ölçekleri ve GSI puanlarının DSM-IV ile tanı alan grupta, tanı almayan gruba göre daha yüksek puanlar bildirilmiştir. DCPR ile tanı almayan grup ile yalnızca 1 DCPR tanısı alan grupta depresyon alt ölçeği dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamak ile birlikte, DCPR ile tanı almamış grup ve 2veya daha fazla DCPR tanısı alan grup arasında tüm BSI alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puanlar saptanmıştır (245). Ancak DSM-5 tanı varlığı ve şiddeti ile SCL90-R alt grupları arası ölçek puanlarının ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında DCPR ile tanı almayan grup ve DCPR ile en az bir tanı alan grup arasında SCL90-somatizasyon ölt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DCPR ile en az 1 tanı alan grupta anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde edilmiştir (246).

Danilo ve arkadaşlarının Parkinson hastalarında SCL90-R ile klinik ölçüm analizi yaptıkları çalışmasında somatizasyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotizm ve nevrasteninin SCL90-R GSI ile birlikte en çok bozulmuş psikiyatrik sendromlar olduğu ,etki gücü 0,80 olarak tespit edilmiştir .Bu sonuçlar hastalığın yalnızca çeşitli somatik belirtiler ile değil ,hastalığa spesifik ikincil komorbid psikiyatrik durumlar ile seyredebileceği sonucuna varmışlardır. Yazarlar, önerilerinde tıbbi ortamlarda altın standart kapsamlı değerlendirmede DCPR ile beraber SCL90 alt ölçeklerinin kombine kullanımının yarar sağlayabileceğini, gelecek araştırmalarda çalışılması gereken bir konu olduğuna dikkat çekmişlerdir (387). Bu veriler ışığında, FMS gibi hastalıklar da psikolojik belirti düzeylerinin DCPR yapılandırılmış görüşme aracı ve öz bildirim ile değerlendirirken SCL90-R gibi geniş kapsamlı ölçeklerin kullanımının ek bir klinik yarar sağlayacağı kanaatindeyiz.

DSM-5 ve DCPR tanıları ile psikolojik belirtilerin şiddetinin, FMS'de işlevsellik üzerine etkileri (FEA puanları arasındaki ilişki) incelendiğinde ;çalışmamızda DSM-5 ile tanı almayan ve 2veya daha fazla DSM-5 tanısı alan grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmış, DCPR tanısı almayan grup ile yalnızca 1 DCPR tanılı grup ve 2veya daha fazla DCPR tanısı alan grup arasında da anlamlı fark saptanmıştır. Ek olarak, 2 veya daha fazla DCPR tanısı alan grup ile yalnızca 1 DCPR tanısı alan grup arasında işlevselliği yansıtan FEA ölçek puanı yüksekliği açısından anlamlı fark saptanmıştır. Literatürde FMS tanılı grupta FEA ölçeği ile DCPR tanı şiddeti arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte, Ghiggia ve arkadaşlarının çalışmasında FMS grubunda RA grubuna oranla FEA ortalama ölçek puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (337). Literatürde hastalıklara özgü işlevselliğin değerlendirildiği ölçekler ile spesifik değerlendirmeler yapılarak, DCPR tanıların işlevsellik üzerine etkilerini araştıran birkaç çalışmaya rastlamak mümkündür. Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında en az 1 DCPR tanısı alanların, almayan gruba oranla SF-36'nın tüm alt ölçekleri (vitalite(canlılık) ,fiziksel fonksiyon , ağrı ,genel sağlık durumu ,emosyonel fonksiyon , sosyal fonksiyon ve ruhsal sağlık) açısından istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek puanlar aldıkları bildirilmiştir (246) .Grassi ve arkadaşlarının 105 meme kanseri tanılı hastada DCPR tanısı alanlar almayan gruba göre ; istatistiksel anlamda Yaşam Kalitesi Ölçeği ile belirlenen daha fazla fiziksel semptomlar ,daha kötü iyilik hali ve daha az oyalayıcı etkinlikler sergilediklerini göstermişlerdir (338). Picardi ve arkadaşlarının geniş ve heterojen bir grup dermatoloji hastalarında yaşam kalitesi Skindex-29 ile değerlendirilmiş, DCPR veya DSM-IV ile tanı almayan grupta diğer 3gruba (  $\geq 1$  DCPR , $\geq 1$  DSM-IV ,  $\geq 1$  DCPR ve  $\geq 1$  DSM-IV ) göre anlamlı oranda daha düşük emosyonel ve fonksiyonel alt ölçeklerden daha düşük puan aldıkları , $\geq 1$  DCPR ve  $\geq 1$  DSM-IV grubunda ise yalnızca  $\geq 1$  DCPR ile tanı alan gruba göre emosyon ve fonksiyon alt grupta daha yüksek puan aldıkları, semptom alt grubunda ise DCPR veya DSM-IV ile tanı almayan gruba göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (255). Bu veriler bizim çalışmamızda olduğu gibi DCPR tanı varlığının ve şiddetinin fiziksel hastalıkta işlevselliğin düşüşü ile ilişkisinin istatistiksel anlamlılığını ortaya koymaktadır, ancak önemli kısıtlılıkları kesitsel doğaları gereği, nedensel bir atıf yapılamamıştır, dolayısı ile, DCPR tanıların işlevsellik üzerine risk faktörleri olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği şeklinde bir yorum yapılamaz. Ek olarak, araştırmalar ileriye dönük uzunlamasına izlem protokolünde yürütülen çalışmalar olmadığından da hastalığın



uzun dönem seyirinde diğer eşlik edebilecek olan olası ruhsal etmenlerin işlevsellik üzerine etkideki katkısı göz önüne alınmamıştır.

### **5.11. DSM-5 ve DCPR Tanılarının Alt Grupları ile SCL90 Alt ölçekleri Puan Ortalamaları ve Ana Ölçek puan Ortalamaları Arasındaki İlişki:**

Depresyon ile somatizasyonun yakın ilişkisi ve sık birlikteliği pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Hem ağrılı hem de ağrısız bedensel semptomlar, depresyonun önemli bir parçası olabilir. Cathebras ve arkadaşlarının çalışmasında depresif hastaların, olmayanlara göre daha fazla tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar sergilediklerini bildirmişlerdir. Ek olarak SCL90 somatizasyon ölçek puanları artışı ile anlamlı ilişkisini bulmuşlardır (388). Moraru ve arkadaşları orta/şiddetli depresyonu olan ve depresyon olmayan hastalar arasında SCL90 alt gruplarından öfke düşmanlık ve paranoid fikirlerde anlamlı oranda farklılık saptanmış iken, hafif depresyon ve depresyonu olmayan gruplar arasında somatizasyon, okb, depresyon, fobik anksiyete, öfke düşmanlık, grupları arasında fark saptanmıştır (389). Çalışmamızda ise; DSM-5 ile tespit edilen majör depresif bozukluk varlığı ile SCL90 somatizasyon alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu sonucumuz literatürdeki mevcut çalışmalar ile paralellik göstermemektedir. Öte yandan;anksiyete,obsesyon,depresyon ,kişilerarası duyarlılık ,öfke düşmanlık ve ek ölçeklerde depresif grupta istatistiksel açıdan yüksek oranda farklılık saptandı. Depresyonda mutsuzluk, anhedoni, ilgi ve istek kaybı gibi çekirdek semptomların yanısıra öfkeli, kişiler arası ilişkilerde reddedilmeye duyarlılık gibi belirtilerin sıklıkla tabloya eşlik ettiği göz önüne alındığında; elde edilen sonuçlar beklenen nitelikte idi.

Çalışmamızda, SCL90-somatizasyon alt ölçeğinin DSM-5 ile belirlenen obsesif kompulsif bozukluk varlığı ile anlamlı ilişkisi saptanmıştır. İlgili literatürde ;somatizasyon sürecinin bir parçası olan sağlık ile ilişkin endişeler hipokondriyazisin anahtar elementidir. Hipokondriyazis, eskiden DSM-IV'te somatoform bozukluklar içerisinde yer alan bir tanı idi. Bugün için de yerini bedensel belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı tanılarına bırakmıştır. Ancak son yıllarda pek çok yazar tarafından ,bu semptom kümesinin anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozukluk), depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanıları ile dikkat çekici nitelikte örtüşmeleri olduğunu bildirilmiştir (390). Rasmussen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 44 OKB tanısı alan hasta grubunun %34'ünün somatik obsesyonlar gösterdiği bildirilmiştir (391).

Yapılan çalışmalarda hipokondriyazis ile OKB'nin içeriksel olarak benzerlik taşıdığına işaret etmektedir. Hastalık ile ilişkili obsesif düşünceler ve kompulsif kontrol etme, denetim altında tutma ve güvence arama davranışları kompulsif ritüeller ortak semptomlardandır. Barsky ve arkadaşları 2 tip hipokondriyazisten 1.tipin OKB ile yakın ilişkili bir sendrom olduğunu ve SSRI tedavisine OKB de olduğu gibi yanıt verebileceğini savunmuştur (392). Fallon ve arkadaşlarının serisinde hipokondriyazis tanısı alan 6 hastanın 2sinde fluoksetin tedavisi uygulanmış her iki hastada da belirgin iyileşme gözlenmiştir (393). Çalışmamızda tedaviye cevap yönünden bir karşılaştırma yapılmamıştır. Ancak OKB tanılı grupta, OKB olmayan gruptan anlamlı oranda yüksek somatizasyon puanları, OKB'nin, hipokondriyaziste de gözlenen doktor doktor gezinme davranışları, ,sağlıkla ilişkili obsesif kaygıları ile yakın ilişkisinden olabileceğini düşündürmektedir.

DCPR alt gruplarının SCL90-R ölçek puanları arasındaki ilişkileri tek tek incelendiğinde; DCPR'a göre kalıcı somatizasyon tanısı alan hastalar, bu tanıyı almayan hastalara göre SCL90-R somatizasyon alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı yüksek puan aldıkları, hastalık korkusu(fobisi) tanısı alan hastalar almayan hastalara oranla istatistiksel anlamda SCL90-R anksiyete ve psikotizm alt ölçeklerinden yüksek puan aldıkları, demoralizasyon tanısı alanların ise depresyon ve kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, öfke/düşmanlık,fobik anksiyete ve ek ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde daha yüksek puanlar aldıkları tespit edildi. Kalıcı somatizasyon; somatizasyonun pek çok modalitesi başlığı altında somatizasyon süreçlerini yansıtan kronik bir süreç olduğundan beklenen şekilde yükselen somatizasyon skorları ile ilişkili bulunmuştur.

Hastalık korkusu, Kellner'in Hastalık Tutumları ölçeği (IAS)'den geliştirilmiş bir tanıdır, hipokondriyazisin hafif bir formu olabileceği düşünülmektedir (243). İsminden de anlaşılabilceği gibi hasta olma korkusu ciddi bir hastalığı var olduğuna dair endişe halidir. Çalışmamıza göre Hastalık fobisine sahip bireylerin olmayanlara göre daha fazla kaygılı oldukları söylenebilir. İlgili literatür incelendiğinde; DCPR'ın hastalık fobisi alt ölçeği hipokondriyak korku ve inançlar başlığı altında incelenmektedir. Hipokondriyakal sendromun bir parçası olduğu düşünülmektedir (218). Hipokondriyazisin anksiyete ve anksiyete bozuklukları ile ilişkisi eskiden beri bilinmektedir. Özellikle farklı panik bozukluk olgularında (agorafobili ve agorafobisiz) ikincil olarak hipokondriyak

fenomenler geliştiğine dair anekdotlar vardır. Anksiyete bozukluklarında, hasta olmak ile ilişkin kaygıların sıklık oranlarının araştırıldığı çalışmalarda elde edilen yaygınlık sonuçlarının %3-%30.6 oranında , geniş bir aralıkta olduğu gözlenmiştir (394). Hastalık korkusu da, hipokondriyazis gibi hasta olmak ile ilişkin kaygılarla giden bir sendromdur, elde edilen kaygı alanındaki yüksek puanlar beklenen bir sonuç olmak ile birlikte , bu kaygı semptomatolojisinin, hangi tür kaygıları kapsamış olduğu ileri çalışmalarda geniş örneklem gruplarında çalışması gerektiği kanaatindeyiz.

Demoralizasyon tanılı kişiler, önceki başarısızlık ile sonuçlanan sinir bozucu yaşam deneyimlerini canlı tutarak, kişisel performanslarını dış çevrenin beklentilerini karşılayamadığını hissetmektedirler (265). Dış odaklı eleştirel yaklaşıma duyarlıdırlar , major depresyon ile yorgunluk, uyku bozukluğu,ve iştah kaybı gibi semptomlar açısından yaygın bir örtüşme mevcuttur (395). Bu örtüşme de demoralizasyon ve depresyon arasındaki ayırımı güçleştirerek tedaviyi gecikmesine neden olabilir. Demoralizasyonun uyum bozukluğu içinde depresyondan ayrı antiteler olduğu düşünülse de tedavi edilmemiş demoralizasyon sendromu, kronik ruhsal sıkıntı hali ile yüzyüze bırakarak, majör depresif bozukluğa ,sosyal çekilme, dürtüsel intihar davranışına yol açabileceği öne sürülmüştür (270, 396). Demoralizasyon ve depresyonun yüksek örtüşme oranları ,birbirlerinin devamı olarak nitelendirilebilecek sendromlar olarak değerlendirildiği göz önüne alındığında ; çalışmamız verilerinde; demoralizasyon tanısı alanların almayanlara göre depresyon ve kişiler arası duyarlılık ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlar alıyor olması beklenilir bir sonuç olmuştur.

#### **5.12. Çalışmanın Kısıtlılıkları:**

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. İlk olarak, kesitsel doğada olması ,FMS'lu hastalarda DCPR ve DSM-5 ile belirlenen psiyatrik/ psikolojik tanıların zaman içerisindeki istikrarının değerlendirilmesine izin vermemiştir. Ek olarak, saptanan bu psikolojik faktörlerin hastalık ile ilişkisinde nedensel atıfların yapılmasını mümkün kılmamıştır.

Çalışmamızda kontrol grubunun alınmaması, DCPR ve DSM-5 ile belirlenen psikolojik faktörlerin örneklem grubumuzu temsil eden FMS hastalarında risk faktörleri olarak değerlendirilmesinde bir kısıtlılık olmuştur.

DCPR ve DSM-5 ile belirlenen tanuların yaygınlık verileri üzerine etkili sosyodemografik ve klinik faktörlerin kontrolü sağlanmamıştır. Yaş, cinsiyet, hassas nokta sayısı, ağrı şiddeti gibi faktörlerin DCPR ve DSM-5 sendromları üzerine etkilerinin incelenmesinde diğerk bir kısıtlılık olmuştur.

Örnekleme boyutumuzun diğerk çalışmalara oranla büyük olduğunu söyleyebiliriz ancak, yine de, alt gruplar arası yapılan karşılaştırmalarda daha anlamlı belirgin farklılıkları yakalamak için gelecek çalışmaların daha büyük örneklem gruplarında yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

DSM-5 tanuları, bu sistemin tanı kriterlerince değerlendirilmiş, konulmuş olsa da henüz türkçeye çevirilmiş yapılandırılmış görüşme araçlarının kullanılmaması çalışmamızın diğerk bir kısıtlılığı arasındadır. Çalışmamızı oluşturan örneklemin 3.basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalar üzerinden seçilmiş olması, psikopatolojik yeti yitimi düzeylerinin daha yüksek olmaları ve daha fazla psikolojik faktörün eşlik etmesi nedeni ile çalışma sonuçlarımızın genellenmesinde önemli bir kısıtlılık olmuştur. Gelecek çalışmalar, daha heterojen grup hastalarda, büyük boyutta ve uzunlamasına desende yapılmalıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Fibromiyalji gibi, ağrılı, kronik seyirli, ciddi yeti yitiminin eşlik ettiği, tıbbi ortamlarda sıklıkla karşımıza çıkan hastalıklarda, başlangıcı, etiyojisi, seyri ve yeti yitimi üzerine etkili, eşlik eden pek çok psikolojik faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, geleneksel sınıflandırma sistemi olan DSM ile yeterli ve kapsayıcı nitelikte ele alınamamıştır.

Pek çok farklı dilde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış DCPR sistemi ile son dönemde etkinliğinin/ klinik yararının incelendiği, DSM-IV ile tanımlar arası karşılaştırmaların yapıldığı, tanı koyma oranlarının karşılaştırıldığı, işlevsellik üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmaların sayısı gittikçe artış göstermektedir. Bununla birlikte literatürde, DCPR sistemini DSM-5 ile karşılaştıran çalışma verileri oldukça sınırlıdır.

Çalışmamızda, DCPR ve DSM-5 sistemlerinin tanı koyma oranları, elde edilen tanımlar arası örtüşmeleri ve bu tanımların diğer psikolojik etmenler ve psikososyal işlevsellik üzerine etkileri, özel olarak somatizasyon ve anormal hastalık davranışlarına yönelik tanı koyma oranları, eşik altı, belirlenemeyen ya da atlanılan tanımların tespiti açısından karşılaştırmayı amaçladık.

DSM-5 ve DCPR tanımları ile psikolojik belirtilerin şiddetinin, FMS'de işlevsellik üzerine etkileri (FEA puanları arasındaki ilişki) incelendiğinde; çalışmamızda DSM-5 ile tanı almayan ve 2veya daha fazla DSM-5 tanısı alan grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. DCPR tanısı almayan grup ile yalnızca 1 DCPR tanılı grup ve 2veya daha fazla DCPR tanısı alan grup arasında da anlamlı fark saptanmıştır. Ek olarak, 2 veya daha fazla DCPR tanısı alan grup ile yalnızca 1 DCPR tanısı alan grup arasında işlevselliği yansıtan FEA ölçek puanı yüksekliği açısından anlamlı fark saptanmıştır.

Çalışmamızda, FMS tanılı araştırma evreninde en sık tespit edilen DSM-5 tanımları sırası ile ; %41 oranında bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar, %17.5 oranında anksiyete bozukluğu, %15 oranında depresif bozukluk olmuştur. DCPR tanımları arasında ise ; kalıcı somatizasyon %26, tanatofobi %17.5 ve hastalık korkusu %16 oranında en sık saptanan tanımlar olmuştur.

Çalışmamızda araştırma evreninin %65.5'i DSM-5 ile en az 1 tanı alır iken , %80.5'i DCPR ile en az 1 tanı aldığı bulunmuştur. DSM-5 ile tanı konulamayıp DCPR ile

tanı konulan, DCPR ile tanı konulamayıp DSM-5 ile tanı konulan hasta sayısının ortalama 3 katıdır. Bu oranlar sırası ile %22.5 ve %7.5 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda, DSM-5 ile DCPR alt tanı grupları arasındaki örtüşmede, DSM-5 tanıları ile en yüksek örtüşme oranları DCPR tanıları sırası ile kalıcı somatizasyon ve demoralizasyon olarak saptanmıştır. Bu oran, DSM-5 tanısı olan bedensel belirti bozukluğu (%56.4) ve diğer sağlık durumunu etkileyen psikolojik faktörler tanısı (%45.5) ile belirgindir. DCPR alt grupları içerisinde (tanatofobi hariç) en yüksek örtüşme gösteren DSM-5 tanısı bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar olmuştur. Tanatofobi ile anksiyete bozuklukları arasındaki örtüşme ise, bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar ile olan örtüşmesinden daha yüksek bulunmuştur. Bu oranlar, sırası ile ; %34.3 ve %31.4'tür. Benzer şekilde, DSM-5 ile saptanan anksiyete bozukluğu da en sık tanatofobi ile örtüşme göstermiştir.

Çalışmamızda DSM-5 ile bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı alan hastaların tümü DCPR ile en az 1 tanı alır iken, DCPR ile anormal hastalık davranışı veya somatizasyon tanısı alan hastaların %42.2'si DSM-5 ile en az 1 bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar tanısı aldığı saptanmıştır.

FMS'nun doğasında, pek çok psikososyal faktörün etkin rol oynadığı göz önüne alındığında; pek çok dilde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, uygulanabilir DCPR gibi sistemlerin, geleneksel tanı sistemi olan DSM'ye ek olarak uygulanması, eşik altı ya da atlanılan sendromların tespiti, tıbbi hastalık yükünün ve alt tiplendirmesinin yeniden belirlenmesi açısından önemli görünmektedir. Farklı tıbbi ortamlarda, hastalığın başlangıcı, seyri, prognozu, psikolojik, fiziksel, mesleki, kişiler arası iletişim alanlarında işlev kaybı ile ilintili bu psikosomatik sendromları tanımlamaya yönelik, daha önce bahsettiğimiz kısıtlılıkların kontrol altına alındığı yeni çalışmaların yapılmasını önerebiliriz.

## 7. KAYNAKLAR

1. Yunus M, Masi A. Fibromyalgia, restless legs syndrome, periodic limb movement disorder, and psychogenic pain. *Arthritis and allied conditions: a textbook of rheumatology*. 1993;2:1396-8.
2. Genç H SM, Duyur B ve ark. Primer ve sekonder fibromiyalji hastalarında huzursuz bacak sendromu ve hipermobilité birlikteliği. *J Rheum Med Rehab* 2002;13:94-97.
3. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(6):837-44.
4. Giesecke T WD, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, Gracely RH, Clauw DJ .Subgrouping of Wbromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum*. 2004;50(8):2716–2717.
5. Müller W, Schneider E, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology international*. 2007;27(11):1005-10.
6. Bennett R. Fibromyalgia: present to future. *Curr Pain Headache*. 2004;8:379.
7. Stratz T, Schneider M, Joos T, Hsu H, Müller W. Are mild inflammatory processes a possible cause of fibromyalgia in a subtype of this syndrome. *Br J Rheumatol* (submitted). 2006.
8. Salemi S, Rethage J, Wollina U, Michel BA, Gay RE, Gay S, et al. Detection of interleukin 1beta (IL-1beta), IL-6, and tumor necrosis factor-alpha in skin of patients with fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*. 2003;30(1):146-50.
9. Mullington JM, Hinze-Selch D, Pollmächer T. Mediators of inflammation and their interaction with sleep. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;933(1):201-10.
10. Wallace D, Linker-Israeli M, Hallegua D, Silverman S, Silver D, Weisman M. Cytokines play an aetiopathogenetic role in fibromyalgia: a hypothesis and pilot study. *Rheumatology*. 2001;40(7):743-9.
11. O'malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants. *Journal of general internal medicine*. 2000;15(9):659-66.
12. Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Izquierdo R, Truyols M, Blay N, et al. Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67(6):957-63.
13. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF, Clare S, Bantick S, Wise R, et al. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. *Journal of Neuroscience*. 2001;21(24):9896-903.

14. Ploghaus A, Tracey I, Gati JS, Clare S, Menon RS, Matthews PM, et al. Dissociating pain from its anticipation in the human brain. *science*. 1999;284(5422):1979-81.
15. Boissevain MD, McCain GA. Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. I. Medical and pathophysiological aspects. *Pain*. 1991;45(3):227-38.
16. Kayhan Ö. Ağrı serisi Fibromiyalji. Ankara, Hekimler yayın birliği. 1995.
17. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatology*. 1995;38(1):19-28.
18. Wolfe F. Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheumatic diseases clinics of North America*. 1989;15(1):1-18.
19. White KP, Thompson J. Fibromyalgia syndrome in an Amish community: a controlled study to determine disease and symptom prevalence. *The Journal of rheumatology*. 2003;30(8):1835-40.
20. Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize ra patients with fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*. 2004;31(4):695-700.
21. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*. 2013;17(8):356.
22. Mäkelä M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *Bmj*. 1991;303(6796):216-9.
23. Prescott E, Kjølner M, Jacobsen S, Bülow P, Danneskiold-Samsøe B, Kamper-Jørgensen F. Fibromyalgia in the adult Danish population: I. A prevalence study. *Scandinavian journal of rheumatology*. 1993;22(5):233-7.
24. Çebi A. Trabzonda fibromiyalji prevalansı ve demografik özellikler. *Uzmanlık Tezi KTÜ aktaran; Güleç H SM, Topbaş M, Karakucak M, Ak İ; Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:191-8.
25. Cobankara V, Unal UO, Kaya A, Bozkurt AI, Ozturk MA. The prevalence of fibromyalgia among textile workers in the city of Denizli in Turkey. *International journal of rheumatic diseases*. 2011;14(4):390-4.
26. Turhanoğlu AD, Yılmaz Ş, Kaya S, Dursun M, Kararmaz A, Saka G. The epidemiological aspects of fibromyalgia syndrome in adults living in Turkey: A population based study. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 2008;16(3):141-7.
27. Guymer EK, Maruff P, Littlejohn GO. Clinical characteristics of 150 consecutive fibromyalgia patients attending an Australian public hospital clinic. *International journal of rheumatic diseases*. 2012;15(4):348-57.



28. Yunus M, Masi A, Aldag J. A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. *The Journal of rheumatology Supplement*. 1989;19:62-71.
29. de Tommaso M, Federici A, Serpino C, Vecchio E, Franco G, Sardaro M, et al. Clinical features of headache patients with fibromyalgia comorbidity. *The journal of headache and pain*. 2011;12(6):629-38.
30. Küçükşen S, Genç E, Yılmaz H, Sallı A, Gezer İA, Karahan AY, et al. The prevalence of fibromyalgia and its relation with headache characteristics in episodic migraine. *Clinical rheumatology*. 2013;32(7):983-90.
31. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology*. 2005;35(2):468-76.
32. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL, editors. *Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls*. Seminars in arthritis and rheumatism; 1981: Elsevier.
33. Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Annals of medicine*. 2011;43(7):495-502.
34. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatology*. 1990;33(2):160-72.
35. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*. 2010;62(5):600-10.
36. Wolfe F CD, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, KatzRS, Mease P, Russel AS, Russel JJ. Fibromyalgiacriteriaandseverityscalesforclinicalepidemiologicalstudies: a modification of ACR preliminarydiagnosticcriteriaforfibromyalgia. *J Rheumatol* 2011; 38(6):1113-22.
37. Bennett RM, Friend R, Marcus D, Bernstein C, Han BK, Yachoui R, et al. Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary American College of Rheumatology criteria and the development of alternative criteria. *Arthritis care & research*. 2014;66(9):1364-73.
38. Ablin J, Neumann L, Buskila D. Pathogenesis of fibromyalgia—a review. *Joint Bone Spine*. 2008;75(3):273-9.
39. Jahan F, Nanji K, Qidwai W, Qasim R. Fibromyalgia syndrome: an overview of pathophysiology, diagnosis and management. *Oman medical journal*. 2012;27(3):192.

40. Marder WD, Meenan RF, Felson DT, Reichlin M, Birnbaum NS, Croft JD, et al. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. *Arthritis & Rheumatology*. 1991;34(10):1209-17.
41. Guymer, E, Littlejohn, G. Fibromyalgia. *Australian family physician*.2013; 42(10), 690.
42. Laske C, Stransky E, Eschweiler GW, Klein R, Wittorf A, Leyhe T, et al. Increased BDNF serum concentration in fibromyalgia with or without depression or antidepressants. *Journal of psychiatric research*. 2007;41(7):600-5.
43. Fries E, Hesse J, Hellhammer J, Hellhammer DH. A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):1010-6.
44. Van Houdenhove B, Egle UT. Fibromyalgia: a stress disorder? *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(5):267-75.
45. Nilsen KB, Sand T, Westgaard RH, Stovner LJ, White LR, Leistad RB, et al. Autonomic activation and pain in response to low-grade mental stress in fibromyalgia and shoulder/neck pain patients. *European Journal of Pain*. 2007;11(7):743-55.
46. McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Silman AJ. Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis & Rheumatology*. 2001;44(4):940-6.
47. White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of rheumatology*. 2002;29(3):588-94.
48. Kivimaki M, Leino-Arjas P, Virtanen M, Elovainio M, Keltikangas-Jarvinen L, Puttonen S, et al. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study. *Journal of psychosomatic research*. 2004;57(5):417-22.
49. Malin K, Littlejohn G. Stress modulates key psychological processes and characteristic symptoms in females with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*. 2013;31(6 Suppl 79):S64-71.
50. Hassett AL, Clauw DJ. Does psychological stress cause chronic pain? *Psychiatric Clinics*. 2011;34(3):579-94.
51. Van Houdenhove B. Premorbid “overactive” lifestyle and stress-related pain/fatigue syndromes. *Journal of psychosomatic research*. 2005;58(4):389-90.
52. Low LA, Schweinhardt P. Early life adversity as a risk factor for fibromyalgia in later life. *Pain research and treatment*. 2012;2012.
53. Malin K, Littlejohn GO. Rumination modulates stress and other psychological processes in fibromyalgia. *European journal of rheumatology*. 2015;2(4):143.

54. Fuller-Thomson E, Nimigon-Young J, Brennenstuhl S. Individuals with fibromyalgia and depression: findings from a nationally representative Canadian survey. *Rheumatology international*. 2012;32(4):853-62.
55. Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Wolfe F. Depression and fibromyalgia: treatment and cost when diagnosed separately or concurrently. *The Journal of rheumatology*. 2004;31(8):1621-9.
56. Uguz F, Çiçek E, Salli A, Karahan AY, Albayrak İ, Kaya N, et al. Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General hospital psychiatry*. 2010;32(1):105-7.
57. Wolfe F, Michaud K, Li T, Katz RS. Chronic conditions and health problems in rheumatic diseases: comparisons with rheumatoid arthritis, noninflammatory rheumatic disorders, systemic lupus erythematosus, and fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*. 2010;37(2):305-15.
58. Scheidt CE, Mueller-Becsangèle J, Hiller K, Hartmann A, Goldacker S, Vaith P, et al. Self-reported symptoms of pain and depression in primary fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Nordic journal of psychiatry*. 2014;68(2):88-92.
59. Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *Journal of affective disorders*. 2011;128(3):262-6.
60. Gürer G, Şendur ÖF. Fibromiyaljili hastalarımızın klinik özellikleri ile bulgular arasındaki korelasyonlar. *Archives of Rheumatology*. 2006;21(2):041-4.
61. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. Health status and disease severity in fibromyalgia. Results of a six-center longitudinal study. *Arthritis & Rheumatology*. 1997;40(9):1571-9.
62. Evren B, Evren C, Yapıcı A, Hoşafçı Güler M. Fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2005;6(2):69-74.
63. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*. 1984.
64. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*. 1996;41(6):505-18.
65. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of psychosomatic research*. 1992;36(5):417-24.
66. Brosschot JF, Aarsse HR. Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2001;31(2):127-46.

67. Leichner-Hennig R, Vetter G. Relation between pain experience and psychological markers in patients with fibrositis syndrome and patients with rheumatoid arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 1986;45(4):139-45.
68. Sayar K, Gulec H, Topbas M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*. 2004;23(5):441-8.
69. Nyklíček I, Vingerhoets AJ. Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain*. 2000;85(3):471-5.
70. Wolfe F, Hawley DJ. Psychosocial factors and the fibromyalgia syndrome. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 1998;57(2):S88-S91.
71. Fernandez E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*. 1995;61(2):165-75.
72. Gaskin M, Greene AF, Robinson ME, Geisser M. Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of psychosomatic research*. 1992;36(8):707-13.
73. Amir M, Neumann L, Bor O, Shir Y, Rubinow A, Buskila D. Coping styles, anger, social support, and suicide risk of women with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 2000;8(3):7-20.
74. Smythe H. Fibrositis and other diffuse musculoskeletal syndromes. *Textbook of rheumatology*. 1981;1:485-93.
75. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry*. 1987;44(6):573-88.
76. Altunören Ö, Orhan FÖ, Nacitarhan V, Özer A, Karaaslan MF, Altunören O. Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2011;48(1).
77. 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*. 1999;53(5):353-9.
78. Kendall SA, Elert J, Ekselius L, Gerdle B. Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? *Journal of rehabilitation medicine*. 2002;34(2):73-9.
79. Besteiro J, Álvarez M, Lemos S, Muñoz J, Costas C, Weruaga A. Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2008;8(2).
80. İnanıcı F YMMofsIRE, Rachlin IS (eds). *Myofascial Pain and Fibromyalgia Syndrome*. St Luis: Mosby, 2002: 33-58.

81. Kennedy M, Felson DT. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*. 1996;39(4):682-5.
82. Ledingham J, Doherty S, Doherty M: Primary fibromyalgia syndrome-an outcome study. *Br J Rheumatol* 1993, 32:139–142.
83. Aletaha D, Neogi T. et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatology*, 2010, 62.9: 2569-2581..
84. Wigers SH ST, Vogel PA. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia: a 4.5 year prospective study. *Scand J Rheumatol* 1996; 25: 77–86.
85. Ablin K, Clauw DJ. From fibrositis to functional somatic syndromes to a bell-shaped curve of pain and sensory sensitivity: evolution of a clinical construct. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2009;35(2):233-51.
86. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology international*. 2000;20(1):9-12.
87. Burckhardt CS. Nonpharmacologic management strategies in fibromyalgia. *Rheumatic disease clinics of North America*. 2002;28(2):291-304.
88. Bennet, R. M., Clark S.R., Goldenberg L. "Aerobic fitness in patients with fibromyalgia—a controlled study of respiratory gas exchange and 133xenon clearance from exercising muscle." *Arthritis Rheumatology*. 1989; 32: 454-460.
89. Jones KD, Clark SR. Individualizing the exercise prescription for persons with fibromyalgia. *Rheumatic disease clinics of north America*. 2002;28(2):419-36.
90. Oğuz H, Dursun E, Dursun N. Tıbbi rehabilitasyon: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
91. Kasper S. The psychiatrist confronted with a fibromyalgia patient. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2009;24(S1).
92. Di Franco M, Iannuccelli C, Atzeni F, Cazzola M, Salaffi F, Valesini G, et al. Pharmacological treatment of fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2010;28(6 Suppl 63):S110-6.
93. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *Jama*. 2004;292(19):2388-95.
94. Kroenke K, Krebs EE, Bair MJ. Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. *General hospital psychiatry*. 2009;31(3):206-19.
95. Forseth KØ, Gran JT. Management of fibromyalgia. *Drugs*. 2002;62(4):577-92.

96. Barkhuizen A. Rational and targeted pharmacologic treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2002;28(2):261-90.
97. Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2003;17(4):611-27.
98. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
99. Campbell RJ. *Psychiatric dictionary*: Oxford University Press; 1989.
100. Menninger WC. Somatization Reaction. *Psychosomatic Medicine*, 9:92-97.
101. CV. F. The Somatizing Disorders. *Psychosomatics*. 1986;27:327-33.
102. Mechanic D. The concept of illness behavior. *Journal of chronic diseases*. 1962;15(2):189-94.
103. Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I, Garfin SR. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain*. 1991;45(2):111-21.
104. Katon W, Egan K, Miller D. Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 1985;142(10):1156-60.
105. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*. 1991;179(11):647-55.
106. Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, et al. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics*. 2001;42(3):261-8.
107. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, et al. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice*. 2010;11(1):67.
108. Brown RP, Sweeney J, Loutsch E, Kocsis J, Frances A. Involutional melancholia revisited. *The American journal of psychiatry*. 1984.
109. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*. 1992;33(1):28-34.
110. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*. 1988;50(5):510-9.
111. Katon W. Panic disorder and somatization: review of 55 cases. *The American journal of medicine*. 1984;77(1):101-6.

112. Kirmayer LJ. Culture, affect and somatization: Part I. Transcultural Psychiatric Research Review. 1984;21(3):159-88.
113. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. Journal of psychosomatic research. 1985;29(6):563-9.
114. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. The American journal of psychiatry. 1995;152(3):352.
115. Zajecka J. Importance of establishing the diagnosis of persistent anxiety. The journal of clinical psychiatry. 1997;58:9-13; discussion 4-5.
116. Jones MM. Conversion reaction: Anachronism or evolutionary form? A review of the neurologic, behavioral, and psychoanalytic literature? Psychological Bulletin. 1980;87(3):427.
117. Nemiah JC. Somatoform disorders. In: Kaplan HI SB, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985:924-42.
118. Çermik Ö, Çevik A, Soykan A, Aksakal O. Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry. 1999;1(1):68-78.
119. De Gucht V, Fischler B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. Psychosomatics. 2002;43(1):1-9.
120. Noyes R, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. Psychosomatics. 2008;49(1):14-22.
121. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. Annals of internal medicine. 2001;134(9\_Part\_2):917-25.
122. Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. Journal of the Royal College of physicians of London. 1996;30(1):18-20.
123. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2000;68(2):207-10.
124. Yücel B, Polat A. Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk. Hekimler Yayın Birliği. 2007:369-76.
125. Wool CA, Barsky AJ. Do women somatize more than men?: Gender differences in somatization. Psychosomatics. 1994;35(5):445-52.
126. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosomatic medicine. 1998;60(4):420-30.

127. Lipowski Z. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1986;135(6):609.
128. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. 1805 p.
129. Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring A-L, Bohman M. An adoption study of somatoform disorders: II. Identification of two discrete somatoform disorders. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(9):863-71.
130. Escobar J, Manu P, Matthews D, Lane T, Swartz M, Canino G. Medically unexplained physical symptoms, somatization disorder and abridged somatization: studies with the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatric developments*. 1989;7(3):235-45.
131. Kroenke K, Spitzer RL, Swindle R. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*. 1998;39(3):263-72.
132. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1986;43(5):502-5.
133. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB, Clayton PJ. A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry*. 1986;143(7):873-8.
134. Guze SB. Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder: a review of family, adoption, and twin studies. *Annals of clinical psychiatry*. 1993;5(4):225-30.
135. Bohman M, Cloninger R, von Knorring A-L. The genetics of alcoholisms and related disorders. *Journal of psychiatric research*. 1987;21(4):447-52.
136. Gordon E, Kraiuhin C, Kelly P, Meares R, Howson A. A neurophysiological study of somatization disorder. *Comprehensive psychiatry*. 1986;27(4):295-301.
137. Niemi P, Portin R, Aalto S, Hakala M, Karlsson H. Cognitive functioning in severe somatization—a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(6):461-3.
138. Rief W, Auer C. Is somatization a habituation disorder? Physiological reactivity in somatization syndrome. *Psychiatry Research*. 2001;101(1):63-74.
139. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Baringo T, Ceballos C. SPECT scan in somatization disorder patients: an exploratory study of eleven cases. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(3):359-63.
140. Hakala M, Karlsson H, Ruotsalainen U, Koponen S, Bergman J, Stenman H, et al. Severe somatization in women is associated with altered cerebral glucose metabolism. *Psychological medicine*. 2002;32(8):1379-85.
141. Hakala M, Karlsson H, Kurki T, Aalto S, Koponen S, Vahlberg T, et al. Volumes of the caudate nuclei in women with somatization disorder and healthy women. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2004;131(1):71-8.



142. Rief W, Pilger F, Ihle D, Bosmans E, Egyed B, Maes M. Immunological differences between patients with major depression and somatization syndrome. *Psychiatry Research*. 2001;105(3):165-74.
143. Rief W, Pilger F, Ihle D, Verkerk R, Scharpe S, Maes M. Psychobiological aspects of somatoform disorders: contributions of monoaminergic transmitter systems. *Neuropsychobiology*. 2004;49(1):24-9.
144. Kellner R. *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*: American Psychiatric Pub; 1991.
145. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *International Review of Psychiatry*. 2006;18(1):25-33.
146. Nemiah JC. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*. 1976;3:430-9.
147. Dereboy I. Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma. Ankara: HÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi analysis, *Psychological Reports*. 1990;100:1129-39.
148. Taylor G, Bagby R, Parker J. *The development and regulation of affects: Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press. doi; 1997.
149. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25(2):108-14.
150. Muramatsu K, Miyaoka H, Muramatsu Y, Fuse K, Yoshimine F, Kamijima K, et al. The amplification of somatic symptoms in upper respiratory tract infections. *General hospital psychiatry*. 2002;24(3):172-5.
151. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16(2):90-6.
152. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*. 1986;16(1):1-7.
153. Parsons T. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of orthopsychiatry*. 1951;21(3):452-60.
154. Williams PG, Smith TW, Jordan KD. *Health anxiety and hypochondriasis: Interpersonal extensions of the cognitive-behavioral perspective*. 2010.
155. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1969;42(4):347-51.
156. Levine J, Warrenburg S, Kerns R, Schwartz G, Delaney R, Fontana A, et al. The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*. 1987;49(2):109-17.

157. Vos MS, De Haes J. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-Oncology*. 2007;16(1):12-25.
158. Barsky AJ, Delamater BA, Orav JE. Panic disorder patients and their medical care. *Psychosomatics*. 1999;40(1):50-6.
159. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M-L. Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*. 2002;64(4):668-75.
160. Mechanic D. Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. *Social science & medicine*. 1992;34(12):1345-50.
161. Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):34-40.
162. Ford CV. Illness as a lifestyle: the role of somatization in medical practice. *Spine*. 1992;17(10S):S338-S43.
163. Portegijs PJ, Van der Horst F, Proot I, Kraan H, Gunther N, Knottnerus J. Somatization in frequent attenders of general practice. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1996;31(1):29-37.
164. Hiller W, Fichter MM. High utilizers of medical care: a crucial subgroup among somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;56(4):437-43.
165. Kirmayer LJ, Looper KJ. Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006;19(1):54-60.
166. Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M, Buchwald D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics*. 1994;35(6):546-56.
167. Costa PT, McCrae RR. Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of personality*. 1987;55(2):299-316.
168. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998.
169. Van Os J, Jones PB. Early risk factors and adult person–environment relationships in affective disorder. *Psychological medicine*. 1999;29(5):1055-67.
170. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54(5):425-34.
171. Lundh LG, Simonsson-Sarnecki M. Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality*. 2001;69(3):483-510.

172. Marchesi C, Brusamonti E, Maggini C. Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of psychosomatic research*. 2000;49(1):43-9.
173. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Sadock BJ SV, Ruiz P. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Çeviri Editörü: Ali Bozkurt. Güneş Tıp Kitapevleri, 2016, pp,465-471.
174. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. *Somatoform Bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluklar, Yapay Bozukluklar, Ankara: Kent Matbaası*, 1996.
175. Margetts EL. History of the Word Psychosomatic. *Canadian Medical Association Journal*. 1950;63(4):402.
176. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*. 1999;354(9182):936-9.
177. Rout OP, Acharya R, Gupta R, Inchulkar SR, Karbhal KS, Sahoo R. Management of psychosomatic disorders through Ayurvedic drugs—a critical review. *World J Pharm Pharm Sci*. 2013;2(6):6507-37.
178. Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;185(2):95-6.
179. Wittkower E. Treatment of Psychosomatic Disorders. *Canadian Medical Association Journal*. 1964;90(18):1055.
180. Koptagel-ilal G. Günümüz Tıbbında Psikosomatığın yeri. *Psikiyatrik-Psikososyal Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu II.*; 1993. p.191-7.
181. Singh A, editor Recent advances in the psychopharmacology of psychosomatic medicine. *International Congress Series*; 2006: Elsevier.
182. Yates WR. *Gastrointestinal Disorders. Psychological factors affecting medical conditions*. ed. Sadock B SvKsSCToPSeLWW.
183. Häuser W, Bialas P, Welsch K, Wolfe F. Construct validity and clinical utility of current research criteria of DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(6):546-52.
184. Häuser W, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: a somatoform disorder? *European Journal of Pain*. 2014;18(8):1052-9.
185. ETHOD N. Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *Am J Psychiatry*. 1988;145:950-4.
186. Ahles TA, Yunus MB, Riley SD, Bradley JM, Masi AT. Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*. 1984;27(10):1101-6.

187. Clark S, Campbell SM, Forehand ME, Tindall EA, Bennett RM. Clinical characteristics of fibrositis. II. A "blinded," controlled study using standard psychological tests. *Arthritis & Rheumatology*. 1985;28(2):132-7.
188. Wolfe F, Cathey M, Kleinheksel S, Amos S, Hoffman R, Young D, et al. Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*. 1984;11(4):500-6.
189. Ahles TA, Yunus MB, Masi AT. Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *PAIN®*. 1987;29(1):105-11.
190. Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope Jr H. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry*. 1985;142(4):441-6.
191. Frances A. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*: American Psychiatric Association; 1994.
192. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(4):391-408.
193. Dimsdale JE, Xin Y, Kleinman A, Patel V, Narrow WE, Sirovatka PJ, et al. *Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V*: American Psychiatric Pub; 2009.
194. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *International review of psychiatry*. 2012;24(6):556-67.
195. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
196. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of psychosomatic research*. 2013;75(3):223-8.
197. Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*. 2007;48(4):277-85.
198. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(5):847-55.
199. Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Annals of internal medicine*. 2001;134(9\_Part\_2):926-30.
200. Dimsdale J. Somatic Symptom Disorders: a new approach in DSM-5. *Die Psychiatrie-Grundlagen und Perspektiven*. 2013;10(1):30-2.

201. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? *World Psychiatry*. 2006;5(3):146.
202. Smith GR. *Somatization disorder in the medical setting*: American Psychiatric Pub; 1990.
203. Simon GE, Gureje O. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(1):90-5.
204. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf H-J, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*. 2003;44(4):304-11.
205. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*. 1999;40(4):330-8.
206. Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Braehler E. Are psychological features useful in classifying patients with somatic symptoms? *Psychosomatic Medicine*. 2010;72(7):648-55.
207. McKenzie M, Clarke DM, McKenzie DP, Smith GC. Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;68(1):21-8.
208. Gureje O, Üstün T, Simon G. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*. 1997;27(5):1001-10.
209. LaFrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, Reuber M. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach. *Epilepsia*. 2013;54(11):2005-18.
210. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*. 2001;124(6):1077-90.
211. Wang D, Nagida D, Jenson J. *Factitious Disorders*. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1829.
212. Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, Herzog A, Meyer B, Langs G, et al. Predictive validity and clinical utility of DSM-5 somatic symptom disorder—comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of psychosomatic research*. 2012;73(5):345-50.
213. Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, Herzog A, Meyer B, Langs G, et al. Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study. *Journal of psychosomatic research*. 2013;75(4):358-61.

214. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Current psychiatry reports*. 2010;12(3):246-54.
215. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic assessment. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009;78(6):333-41.
216. Schröder A, Fink P. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V: two steps forward and one step backward? *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(1):95-6.
217. Sirri L, Fava GA, Wise TN. Psychiatric classification in the setting of medical disease: Comparing the clinical value of different proposals. *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(6):493-5.
218. Sirri L, Fava GA. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International Review of Psychiatry*. 2013;25(1):19-30.
219. van der Feltz-Cornelis CM, van Balkom AJ. The concept of comorbidity in somatoform disorder—a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(1):97-9.
220. Wise TN. Diagnostic criteria for psychosomatic research are necessary for DSM V. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009;78(6):330-2.
221. Fava G, Guidi J, Porcelli P, Rafanelli C, Bellomo A, Grandi S, et al. A cluster analysis-derived classification of psychological distress and illness behavior in the medically ill. *Psychological medicine*. 2012;42(2):401-7.
222. Porcelli P, Guidi J. The clinical utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: a review of studies. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(5):265-72.
223. Fava GA, Fabbri S, Sirri L, Wise TN. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics*. 2007;48(2):103-11.
224. Fava GA, Mangelli L, Ruini C. Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(4):171-5.
225. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1994;61(1-2):4-24.
226. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997;42(2):157-66.
227. Mangelli L, Semprini F, Sirri L, Fava GA, Sonino N. Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics*. 2006;47(2):143-6.
228. Mangelli L, Bravi A, Fava GA, Ottolini F, Porcelli P, Rafanelli C, et al. Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics*. 2009;50(1):38-41.

229. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(4):176-83.
230. Sonino N, Navarrini C, Ruini C, Ottolini F, Paoletta A, Fallo F, et al. Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(2):78-83.
231. Porcelli P, De Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2000;69(4):198.
232. Ottolini F, Modena MG, Rigatelli M. Prodromal symptoms in myocardial infarction. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(5):323-7.
233. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2000;69(4):205-15.
234. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*. 2009;67(3):189-97.
235. Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Overlap, comorbidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria. *Psychosomatics*. 2008;49(2):152-62.
236. Fava G, Magelli C, Savron G, Conti S, Bartolucci G, Grandi S, et al. Neurocirculatory asthenia: a reassessment using modern psychosomatic criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(5):314-9.
237. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *bmj*. 2005;331(7523):989.
238. Sirri L, Fabbri S, Fava GA, Sonino N. New strategies in the assessment of psychological factors affecting medical conditions. *Journal of personality assessment*. 2007;89(3):216-28.
239. Porcelli P, Fava GA, Rafanelli C, Bellomo A, Grandi S, Grassi L, et al. Anniversary reactions in medical patients. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012;200(7):603-6.
240. Engel GL. The death of a twin: Mourning and anniversary reactions. *Fragments of 10 years of self-analysis. The International journal of psycho-analysis*. 1975;56:23.
241. Cavenar JO, Spaulding JG, Hammett EB. Anniversary reactions. *Psychosomatics*. 1976;17(4):210-2.

242. Fava GA, Grandi S. Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1991;55(2-4):114-9.
243. Sirri L, Grandi S, Fava GA. The illness attitude scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008;77(6):337-50.
244. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Fabbri S, Cazzaro M. Explanatory therapy in hypochondriasis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000.
245. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(2):100-7.
246. Porcelli P, Bellomo A, Quartesan R, Altamura M, Iuso S, Ciannamè I, et al. Psychosocial functioning in consultation-liaison psychiatry patients: influence of psychosomatic syndromes, psychopathology and somatization. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009;78(6):352-8.
247. Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M. Frequent attenders in primary care: impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008;77(5):306-14.
248. Picardi A, Porcelli P, Pasquini P, Fassone G, Mazzotti E, Lega I, et al. Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics*. 2006;47(2):122-8.
249. Wesner RB, Noyes R. Imipramine an effective treatment for illness phobia. *Journal of affective disorders*. 1991;22(1):43-8.
250. Freud A. *The ego and the mechanisms of defence*: Karnac Books; 1992.
251. Breznitz S. *The denial of stress*: Intl Universities Pr Inc; 1983.
252. Kreitler S. Denial in Cancer Patients: Psychosocial Issues. *Cancer investigation*. 1999;17(7):514-34.
253. Garay-Sevilla M, Malacara J, Gutiérrez-Roa A, Gonzalez E. Denial of disease in type 2 diabetes mellitus: its influence on metabolic control and associated factors. *Diabetic Medicine*. 1999;16(3):238-44.
254. Ben-Zur H, Breznitz S, Wardi N, Berzon Y. Denial of HIV/AIDS and preventive behaviour among Israeli adolescents. *Journal of adolescence*. 2000;23(2):157-74.
255. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(5):315-22.
256. Galeazzi GM, Ferrari S, Mackinnon A, Rigatelli M. Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics*. 2004;45(5):386-93.



257. Ryle JA. Angor animi, or the sense of dying. *Guy's Hospital reports*. 1950;99(4):230.
258. Kellner R. *Somatization and hypochondriasis*: Praeger Publishers; 1986.
259. Kellner R, Abbott P, Winslow WW, Pathak D. Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *The Journal of nervous and mental disease*. 1987;175(1):20-5.
260. Fava GA, Kellner R, Zielezny M, Grandi S. Hypochondriacal fears and beliefs in agoraphobia. *Journal of affective disorders*. 1988;14(3):239-44.
261. Fava GA, Grandi S, Saviotti FM, Conti S. Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics*. 1990;31(3):351-3.
262. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Clinical psychiatry*. 1960.
263. Rafanelli C, Roncuzzi R, Finos L, Tossani E, Tomba E, Mangelli L, et al. Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2003;72(6):343-9.
264. Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*. 1999;40(4):325-9.
265. Schmale AH, Engel GL. The giving up-given up complex illustrated on film. *Archives of General Psychiatry*. 1967;17(2):135-45.
266. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, et al. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*. 1993:285-94.
267. Mangelli L, Fava GA, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, Porcelli P, et al. Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005.
268. Jacobsen JC, Maytal G, Stern TA. Demoralization in medical practice. Primary care companion to the *Journal of clinical psychiatry*. 2007;9(2):139.
269. Grandi S, Sirri L, Tossani E, Fava GA. Psychological characterization of demoralization in the setting of heart transplantation. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(5):648-54.
270. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002;36(6):733-42.
271. Griffith JL, Gaby L. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 2005;46(2):109-16.
272. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1973;22(2-6):255-62.

273. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*. 2007;89(3):230-46.
274. Barbosa F, Mota C, Patrício P, Alcântara C, Ferreira C, Barbosa A. Alexithymia and clinical variables in SLE patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2011;80(2):123-4.
275. De Vries A, Forni V, Voellinger R, Stiefel F. Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2012;81(2):79-86.
276. Beresnevaité M, Taylor GJ, Bagby RM. Assessing alexithymia and type A behavior in coronary heart disease patients: a multimethod approach. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(3):186-92.
277. Fukunishi I, Hosaka T, Aoki T, Azekawa T, Ota A, Miyaoka H. Criterion-related validity of diagnostic criteria for alexithymia in a general hospital psychiatric setting. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1996;65(2):82-5.
278. Grandi S, Sirri L, Wise TN, Tossani E, Fava GA. Kellner's Emotional Inhibition Scale: a clinimetric approach to alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2011;80(6):335-44.
279. Fassino S, Daga GA, Pierò A, Delsedime N. Psychological factors affecting eating disorders. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions*. 28: Karger Publishers; 2007. p. 141-68.
280. Porcelli P, De Carne M, Todarello O. Prediction of treatment outcome of patients with functional gastrointestinal disorders by the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(3):166-73.
281. Friedman M, Rosenman RH. *Type A behavior and your heart*: Fawcett; 1974.
282. Littman AB. Review of psychosomatic aspects of cardiovascular disease. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1993;60(3-4):148-67.
283. Cooper T, Detre T, Weiss S. Coronary-prone behavior and coronary heart disease: A critical review. *Circulation*. 1981;63(6 I):1199-215.
284. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99(16):2192-217.
285. Sirri L, Fava G, Guidi J, Porcelli P, Rafanelli C, Bellomo A, et al. Type A behaviour: a reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. *International journal of clinical practice*. 2012;66(9):854-61.
286. Snaith R, Taylor C. Irritability: definition, assessment and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*. 1985;147(2):127-36.

287. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American college of cardiology*. 2009;53(11):936-46.
288. Fava GA. Irritable mood and physical illness. *Stress and Health*. 1987;3(4):293-9.
289. Miller TQ, Smith TW, Turner CW, Guijarro ML, Hallet AJ. Meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological bulletin*. 1996;119(2):322.
290. Koroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Çeviri Hekimler yayın birliği İstanbul. 2013.
291. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1976;128(3):280-9.
292. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991.
293. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J rheumatol*. 1991;18(5):728-33.
294. Dalgıç K. Fibromiyalji sendromlu hastalarda obezitenin yaşam kalitesi ve hastalık aktivasyonuna etkisi. 2011.
295. Çelenay Ş, Külünkoğlu B, Küçükşahin O. Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Denge, Endurans ve Esnekliğin Değerlendirilmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2017;28(3):125-31.
296. Wolfe F. The clinical syndrome of fibrositis. *The American journal of medicine*. 1986;81(3):7-14.
297. Adamson J, Ben-Shlomo Y, Chaturvedi N, Donovan J. Ethnicity, socio-economic position and gender—do they affect reported health—care seeking behaviour? *Social science & medicine*. 2003;57(5):895-904.
298. Sezgin Özcan D, Aras M, Köseoğlu BF, Şentürk Güven Ş. Fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili durumlar. 2013.
299. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Cáliz-Cáliz R, Rodríguez-Calvo I, García-Sánchez A, Ferrer-González MÁ, et al. Risk factors for fibromyalgia: the role of violence against women. *Clinical rheumatology*. 2009;28(7):777-86.
300. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *The Journal of rheumatology*. 1999;26(7):1570-6.
301. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PloS one*. 2015;10(9):e0138024.

302. Türkyılmaz A, Yalçınkaya E, Öneş K. Fibromiyalji Hastalarında Kemik Mineral Yoğunluğu ile Serum D Vitamini Düzeyinin Ağrı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Osteoporoz Dünyasından*. 2010;16(3):53-7.
303. Gür M. GA. Fibromiyalji Sendromu Tanısında Eski ve Yeni Kriterlerin Karşılaştırılması 2015.
304. Bakanlığı, T.C. Sağlık.Fibromiyalji Sendromunda Bilişsel Davranış Tedavisi ve Tens Tedavilerinin Etkinliği.
305. Özer Ü, Selimoğlu E, Badur E, Uygun E, Karşıdağ Ç. Fibromiyalji olgularında aile içi fiziksel şiddetin ağrı şiddeti, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi. *hip*. 2015;33:36.
306. Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. *Social science & medicine*. 2002;54(2):221-8.
307. Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain*. 2005;114(3):364-71.
308. Wijnhoven HA, de Vet HC, Picavet HSJ. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain*. 2006;124(1-2):158-66.
309. Rakovski C, Zettel-Watson L, Rutledge D. Association of employment and working conditions with physical and mental health symptoms for people with fibromyalgia. *Disability and rehabilitation*. 2012;34(15):1277-83.
310. Yunus MB, Arslan S, Aldag JC. Relationship between fibromyalgia features and smoking. *Scandinavian journal of rheumatology*. 2002;31(5):301-5.
311. Pamuk ÖN, Dönmez S, Çakır N. The frequency of smoking in fibromyalgia patients and its association with symptoms. *Rheumatology international*. 2009;29(11):1311-4.
312. Acar M. Romatoid artrit, osteoartrit, fibromiyalji hastalarında fiziksel uygunluk ve fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
313. Low, S., Chin, M. C., & Deurenberg-Yap, M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals Academy of Medicine Singapore*,38(1), 57.
314. Neumann L, Lerner E, Glazer Y, Bolotin A, Shefer A, Buskila D. A cross-sectional study of the relationship between body mass index and clinical characteristics, tenderness measures, quality of life, and physical functioning in fibromyalgia patients. *Clinical rheumatology*. 2008;27(12):1543-7.
315. Tander B, Akyol Y, Durmuş D, Alaylı G, Cengiz K, İlhanlı İ, et al. Primer Fibromiyaljili Premenopozal Kadınlarda Kemik Mineral Yoğunluğu ve Depresyon.

316. Sallı A, Yılmaz H, Kocabaş H, Uğurlu H. Primer Fibromyaljide El Kavrama Kuvvetinin İzokinetik Omuz Abduksiyon-Adduksiyon Kuvveti ile İlişkisi. *Romatizma/Rheumatism*. 2008;23(1).
317. Sevimli D. Fibromiyalji sendromlu hastalarda egzersiz ve sf-36 yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Sport Sciences*. 2012;7(2):18-26.
318. Maquet D, Croisier JL, Demoulin C, Crielaard JM. Pressure pain thresholds of tender point sites in patients with fibromyalgia and in healthy controls. *European Journal of Pain*. 2004;8(2):111-7.
319. Civelek GM. Fibromiyalji sendromu ve huzursuz bacak sendromu birlikteliği: Yaşam ve uyku kalitesi analizi 2011.
320. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *Jama*. 2009;301(2):198-209.
321. A.Genç.Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda AETH-H-AHYDt.
322. Castells X CR, Sunyol R, et al. "ESTUDI EPIFFAC", Impacto Familiar S-LyEdP, [www.universidadpacientes.org/dolor/](http://www.universidadpacientes.org/dolor/) FAa, 2013 deepAA.
323. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. 2006;12(3):124-8.
324. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicenter investigation. *Psychosomatics*. 1999;40(1):57-63.
325. Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG, Keck PE, Schlesinger L. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *The American journal of medicine*. 1992;92(4):363-7.
326. Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Bailliere's clinical rheumatology*. 1994;8(4):811-37.
327. Martinez J, Ferraz MB, Fontana AM, Atra E. Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*. 1995;39(2):167-74.
328. Offenbaecher M, Glatzeder K, Ackenheil M. Self-reported depression, familial history of depression and fibromyalgia (FM), and psychological distress in patients with FM. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 1998;57(2):S94-S6.
329. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis care & research*. 2013;65(5):777-85.

330. Wolfe F, Walitt BT, Häuser W. Fibromyalgia and the Disease and Statistical Manual Classification As a Somatic Symptom Disorder. *Arthritis & Rheumatism*. 2012;64:S791.
331. Strigo IA, Simmons AN, Matthews SC, Arthur D, Paulus MP. Association of major depressive disorder with altered functional brain response during anticipation and processing of heat pain. *Archives of general psychiatry*. 2008;65(11):1275-84.
332. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*. 2005;9(5):242-9.
333. Sletvold H, Stiles T, Landrø N. Information processing in primary fibromyalgia, major depression and healthy controls. *The Journal of rheumatology*. 1995;22(1):137-42.
334. Turk DC, Okifuji A, Starz TW, Sinclair JD. Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain*. 1996;68(2-3):423-30.
335. Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*. 2007;78(2):88-95.
336. Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*. 2006;124(1-2):117-25.
337. Ghiggia A, Torta R, Tesio V, Di Tella M, Romeo A, Colonna F, et al. Psychosomatic syndromes in fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*. 2017;35(3 (Suppl 105)):106-11.
338. Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics*. 2004;45(6):483-91.
339. Desai G, Chaturvedi SK. Do Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Explain Diagnosis of Medically Unexplained Somatic Symptoms? *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(2):121-2.
340. Venditti F, Cosci F, Bernini O, Berrocal C. Criterion validity of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in patients with morbid obesity. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2013;82(6):411-2.
341. Hunt I, Silman A, Benjamin S, McBeth J, Macfarlane G. The prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the 'Manchester' definition of chronic widespread pain. *Rheumatology (Oxford, England)*. 1999;38(3):275-9.
342. Basińska MA, Woźniewicz A. Occurrence of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Syndromes in Polish Patients with Chronic Illness. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(6):386-7.

343. Daradkeh F, Fouad Moselhy H. Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2011;37(3):184-8.
344. Gesser G, Wong PT, Reker GT. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega-Journal of Death and Dying*. 1988;18(2):113-28.
345. Milosevic I, McCabe RE. *Phobias: The Psychology of Irrational Fear: The Psychology of Irrational Fear: ABC-CLIO*; 2015. 371-75 p.
346. Otoom S, Al-Jishi A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A. Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure-European Journal of Epilepsy*. 2007;16(2):142-6.
347. Guidi J, Rafanelli C, Roncuzzi R, Sirri L, Fava GA. Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals. *General hospital psychiatry*. 2013;35(2):141-6.
348. Levine PA, Phillips M. *Freedom from pain: Discover your body's power to overcome physical pain: Sounds True*; 2012.
349. de Figueiredo JM, Griffith JL. Chronic pain, chronic demoralization, and the role of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2016;46(3):167-77.
350. Montoro CI, del Paso GAR, Duschek S. Alexithymia in fibromyalgia syndrome. *Personality and Individual Differences*. 2016;102:170-9.
351. Porcelli P, De Carne M. Criterion-related validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(4):184-8.
352. Malt EA, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2002;3(1):12.
353. Sayar K, Bilen A, ArIkan M. Kronik ağrı hastalarında. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*. 2001;2(1):36-42.
354. Keel P. Generalisierte Tendomyopathie: Psychologisches Profil einer Patientengruppe im Verlauf einer integrierten Behandlung. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 1987;46(6):322-7.
355. Mau W, Danz-Neeff H, Raspe H-H, Siegrist J. Typ-A-Verhalten und Kontrollambitionen bei Patienten mit einem primären fibromyalgischen Syndrom. *Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie): Springer*; 1991. p. 211-3.
356. Assanangkornchai S, Tangboonngam Sn, Sam-angsri N, Edwards JG. A Thai community's anniversary reaction to a major catastrophe. *Stress and Health*. 2007;23(1):43-50.
357. Bernard AL, Prince A, Edsall P. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care & Research*. 2000;13(1):42-50.

358. Annemans L, Wessely S, Spaepen E, Caekelbergh K, Caubère J, Lay KL, et al. Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*. 2008;58(3):895-902.
359. Abbate-Daga G, Delsedime N, Nicotra B, Giovannone C, Marzola E, Amianto F, et al. Psychosomatic syndromes and anorexia nervosa. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):14.
360. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological medicine*. 2005;35(8):1175-84.
361. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*. 2003;289(23):3095-105.
362. Fink P, Hansen MS, Oxhøj M-L. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(4):413-8.
363. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*. 2003;65(4):528-33.
364. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General hospital psychiatry*. 2008;30(3):191-9.
365. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(8):903-10.
366. De Waal M, Arnold I, Eekhof J, van Hemert A. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional limitations and comorbidity with anxiety and depression. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2006;150(12):671.
367. Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005;193(2):85-92.
368. van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Witter MP, Merkelbach J, Cath DC, et al. Disorder-specific neuroanatomical correlates of attentional bias in obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and hypochondriasis. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(8):922-33.
369. Barsky AJ, Barnett MC, Cleary PD. Hypochondriasis and panic disorder: Boundary and overlap. *Archives of General psychiatry*. 1994;51(11):918-25.
370. Salkovskis PM, Clark DM. Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 1993;15(1):23-48.



371. Buglass D, Clarke J, Henderson A, Kreitman N, Presley A. A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine*. 1977;7(1):73-86.
372. Otto MW, Demopulos CM, McLean NE, Pollack MH, Fava M. Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: Examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 1998;12(3):225-32.
373. Ciapparelli A, Bazzichi L, Consoli G, Marazziti D, Dell'Osso M, Del Debbio A, et al. The impact of psychiatric comorbidity on health-related quality of life in women with fibromyalgia. *Clinical Neuropsychiatry*. 2008;5(5):217-24.
374. Santos DdM, Lage LV, Jabur EK, Kaziyama HHS, Iosifescu DV, Lucia MCSd, et al. The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia. *Clinics*. 2011;66(6):973-8.
375. Kayhan F, Küçük A, Satan Y, İlgin E, Arslan Ş, İlik F. Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:349.
376. Bilgici A, Akdeniz O, Güz H, Ulusoy H. Fibromiyalji sendromunda depresyon ve sosyal uyumun rolü. *Turk J Phys Med Rehab*. 2005;51:98-102.
377. Martinez JE, Casagrande PdM, Ferreira PPR, Rossatto BLG. Correlation between demographic and clinical variables and fibromyalgia severity. *Revista brasileira de reumatologia*. 2013;53(6):460-3.
378. Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, Lalonde JK, Sandhu H, Keck PE, et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis & Rheumatology*. 2007;56(4):1336-44.
379. Ettinger AB, Argoff CE. Use of antiepileptic drugs for nonepileptic conditions: psychiatric disorders and chronic pain. *Neurotherapeutics*. 2007;4(1):75-83.
380. De Caro MF, Laera D, De Robertis F, Taurino A. Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research and Psychosocial Functioning in Multiple Sclerosis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(6):384-5.
381. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of medicine*. 2010;42(7):487-94.
382. Izawa S, Eto Y, Yamada KC, Nakano M, Yamada H, Nagayama M, et al. Cynical hostility, anger expression style, and acute myocardial infarction in middle-aged Japanese men. *Behavioral Medicine*. 2011;37(3):81-6.
383. Piegza M, Pudlo R, Badura-Brzoza K, Hese RT. Cardiac syndrome X from a psychosomatic point of view. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*. 2009;11(2).

384. Gürsoy S, Erdal E, Herken H, Madenci E, Alaşehirli B. Association of T102C polymorphism of the 5-HT<sub>2A</sub> receptor gene with psychiatric status in fibromyalgia syndrome. *Rheumatology international*. 2001;21(2):58-61.
385. Geel SE, Robergs RA. The effect of graded resistance exercise on fibromyalgia symptoms and muscle bioenergetics: A pilot study. *Arthritis Care & Research*. 2002;47(1):82-6.
386. Otte A, Guendel H, Henningsen P, Zimmer C, Wohlschlaeger AM, Noll-Hussong M. Functional network connectivity of pain-related resting state networks in somatoform pain disorder: an exploratory fMRI study. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2013;38(1):57.
387. Carrozzino D, Morberg BM, Siri C, Pezzoli G, Bech P. Evaluating psychiatric symptoms in Parkinson's Disease by a clinimetric analysis of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018;81:131-7.
388. Cathebras PJ RJ, Kirmayer LJ, Hayton BC: Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome. *J Gen Intern Med* 1992; 7:276-286.
389. Moraru E, Schnider P, Wimmer A, Wenzel T, Birner P, Griengl H, et al. Relation between depression and anxiety in dystonic patients: implications for clinical management. *Depression and anxiety*. 2002;16(3):100-3.
390. Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999;13(5):529-39.
391. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1986.
392. Barsky AJ. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1992.
393. Fallon BA, Javitch JA, Hollander E, Liebowitz MR. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: overlaps in diagnosis and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*. 1991.
394. Starcevic V, Fallon S, Uhlenhuth EH, Pathak D. Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1994;61(1-2):93-9.
395. Tang P-L, Wang H-H, Chou F-H. A systematic review and meta-analysis of demoralization and depression in patients with cancer. *Psychosomatics*. 2015;56(6):634-43.
396. Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome--a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*. 2001;17(1):12.

## 8.EKLER

### FİBROMİYALJİ SENDROMU SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Protokol No :

Tarih : ...../...../.....

Dosya No:.....

Hasta No:.....

Hasta Adı-soyadı:.....

Yaş:.....

Cinsiyet: E  K

Tlf cep:..... Ev:..... İş:.....

Mesleği:.....

Çalışıyor  Çalışmıyor  Emekli  Çalışma süresi:.....

Boy:..... Vücut ağırlığı:.....

#### Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil  Okur-yazar(okula gitmemiş)  İlkokul  Ortaokul   
Lise  Üniversite-Yüksekokul-Lisansüstü

#### Medeni Durumu:

Evli  Bekar  Boşanmış  Eşi ölmüş

Sigara Kullanımı ve miktarı ( paket/yıl ) : Var.... Yok....

Başvuru yakınması :

Yakınmalarının süresi (ay):.....

Kullandığı İlaçlar:..... Kullanım süresi:.....

Başka Bir Hastalığınız Var Mı?: Evet:  Hayır:

Hipertansiyon :  Diabetes Mellitus :  Tiroid Hastalıkları:  Astım:   
Osteoporoz :  Anemi :

Açıklama (Diğer Hastalıkları):

Özgeçmiş:

Geçirdiği operasyon ve tarihi:.....

Kullandığı İlaçlar:.....

Travma Öyküsü:.....

Ciddi Enfeksiyon Öyküsü:.....

Fizik Muayene:

Deri katlama testi:

Retiküler cilt diskolorasyonu:

Kutanöz hiperemi:

Hassas nokta sayısı:

Ağrı düzeyi: Hafif  Orta  Şiddetli

Diğer semptomlar:

Spesifik olmayan:

Raynaud fenomeni:

Aşırı yorgunluk:

Uyku Bozukluğu:

Kuru Göz:

Gastrointestinal:

İrritabl kolon sendromu:

Nörolojik:

Baş ağrısı:

Genitoüriner:

İdrar kaçıрма:

Kas – iskelet:

Paresteziler:

Dismenore:

Sabah sertliği:

**SCL-90-R**  
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

**AÇIKLAMA:** Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hüç : 0 Örnek: 1. ( 2 ) Baş ağrısı  
Çok az : 1  
Orta derecede : 2  
Oldukça fazla : 3  
İleri derecede : 4

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığımızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağımız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarımızdan dolayı cezalandırılmamız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklımızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

## FİBROMİYALJİ ETKİ ANKETİ (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 3	Yapmam 4
Alışveriş yapmak					
Yemek yapmak					
Elde bulaşık yıkamak					
Makineyle halı süpür					
Yatak toplamak					
Orta mesafe yürümek					
Misafirlige gitmek					
Bahçe işi yapmak					
Araba sürmek					
Merdiven çıkmak					
Çamaşır makinesinde					
Çamaşır yıkamak					

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

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

**Soru 3.** 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) ağır 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 derecede 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 katlığınızda kendinizi nasıl hissettiniz?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
İyi dinlenmiş uyandım Çok yorgun uyandım
- E. Sabah sertliğiniz 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



## PSİKOSOMATİK ARAŞTIRMALAR için TANI ÖLÇÜTLERİ (PATÖ)

Kaynak gösterilmek kaydıyla psikiyatri uzmanı/asistanı tarafından kullanılabilir.

Erenköy Psikosomatik grubu tarafından hazırlanmıştır.

Güler, Bodur ve Güleç

### Ek 1. Psikosomatik araştırmalar için tanı ölçütleri

#### Sağlık Kaygısı (A ve B gereklidir)

**A** 6 aydan daha kısa süredir var olan hastalıkla ilgili genel endişe, ağrı ile ilgili kaygılar ve bedenle aşırı meşguliyet (bedensel duyumları abartma eğilimi).

**B** Endişe ve korkular uygun tıbbi güvenceye kolayca yanıt vermekle birlikte belli bir zaman sonra yeni endişeler ortaya çıkabilmektedir.

#### Ölüm Korkusu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)

**A** Korkularını açıklayan nesnel tıbbi neden olmamasına rağmen ölümün yaklaştığı duygusunu ve/veya yakında öleceği inancını içeren ataklar

**B** Ölümü hatırlatan haberlerden (örneğin, cenaze, ölüm ilanları) belirgin, sürekli korku ve kaçınma; bu uyaranlara maruz kalma hemen her zaman ani kaygı yanıtını tetikler

**C** Kaçınma, beklenti kaygısı ve sıkıntı kişinin işlevsellik düzeyini belirgin olarak etkiler

#### Hastalık Korkusu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)

**A** Uygun muayeneye ve güvence vermeye rağmen devam eden, belirli bir hastalığı (örn. AIDS, kanser) olduğuna dair yersiz ve kalıcı korkular

**B** Hipokondriazisteki kalıcı kronik kaygılardan farklı olarak buradaki korkular ataklar halinde ortaya çıkar; panik ataklar bu görünümle ilişkili olabilir

**C** Korku nesnesi zamanla değişmez ve belirtilerin süresi 6 ayı geçmektedir

**Hastalık İnkarı** (A ve B gereklidir)

**A** Fiziksel bir hastalığın belirti, bulgu, tanı ve tedavisine tepki olarak, bir fiziksel hastalığa sahip olduğunu ve tedaviye ihtiyacı olduğunu ısrarla inkar (örneğin; uyumun olmaması, ciddi ve kalıcı belirtiler için tıbbi başvuruyu geciktirme, karşıt fobik davranış)

**B** Hastaya tıbbi durumun ne olduğu ve nasıl bir yol izleneceği konusunda anlaşılır ve kesin bir bilgi verilmiştir

**Kalıcı Somatizasyon** (A ve B gereklidir)

**A** Süresi 6 aydan uzun olan, sıkıntıya ya da tekrarlayan tıbbi tedavilere neden olan ya da yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan işlevsel tıbbi bozukluklar (örn. fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite bozuklukları, ülsere bağlı olmayan dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuar asteni, üretral sendromlar)

**B** Diğer organ sistemlerini de kapsayan ek olarak otonomik uyarılma belirtileri vardır (örn. çarpıntı, terleme, tremor, kızarma) ve ağrı eşliğinde düşme ve yüksek etkilenme düzeyi ile giden tıbbi tedavilere abartılı yan etki görülür

**Konversiyon Belirtileri** (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)

**A** Fizyolojik nedenlerin anatomik olarak yokluğu ve/veya beklenen fiziksel ve laboratuvar bulguların yokluğu ve/veya klinik özelliklerle örtüşmeme ile karakterize, istemli motor ya da duyuşal işlevin etkilendiği bir ya da daha fazla belirti veya defisit. Otonomik uyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) veya işlevsel tıbbi hastalık (örneğin fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite hastalığı, ülsersiz dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuar asteni, üretral sendrom) belirtileri varsa, distrese, tekrarlayan tıbbi bakıma sebep olan ve yaşam kalitesinde bozulma ile sonuçlanan konversiyon belirtileri önde olmalı

**B** Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi gereklidir:

1. Belirtilerin anlatımında ambivalans (örneğin hasta rahat görünür veya kişi rahatsızlık veren belirtileri tarif ederken endişeli değildir)
2. Histrionik kişilik özellikleri (renkli ve dramatik anlatım, dil ve görünüm, aşırı ilgi ihtiyacı, yüksek telkine yatkınlık, hızlı duygulanım değişimleri)
3. Hastanın farkında olmadığı bir şekilde belirtilerinin psikolojik stres tarafından tetiklenmesi
4. Hasta benzer fiziksel belirtileri daha önce de yaşamıştır ya da başka birinin yaşadığını gözlemlemiştir ya da aynı belirtilerin başka birinde olmasını istemiştir

**C** Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır

**Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler** (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)

**A** Otonomik uyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin irritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulatuvar asteni) belirtilerinin neden olduğu sıkıntı hali ya da tekrarlayan tıbbi bakım arama ya da yaşam kalitesinde bozulmanın gelişmesi

**B** Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır

**C** Psikiyatrik bozukluk (kliniğinde somatik belirtiler içeren) işlevsel somatik belirtilerin başlangıcından önce başlamıştır (örneğin panik bozukluğu ve kardiyak belirtiler)

**Yıldönümü Reaksiyonu** (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)

**A** Otonomik uyarılma belirtileri (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin irritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulatuvar asteni) belirtileri ya da sıkıntıya veya tekrarlayan tıbbi bakıma veya yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olan konversiyon belirtileri

**B** Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır

**C** Belirtiler, hasta ebeveyninin ya da çok yakın aile üyesinin ölümcül bir hastalık geliştirdiği ve/veya öldüğü yaşa geldiği zaman ya da bu olayın yıldönümünde başlar. Kişi bu ilişkinin farkında değildir

**Dirençsizlik** (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)

**A** Hastanın kendi (ya da başkalarının) beklentilerini karşılamakta başarısız olduğu ya da bazı zorlayıcı sorunlarla başa çıkamadığı hissini yaşadığı duygusal durum; hasta çaresizlik, umutsuzluk veya vazgeçmişlik yaşamaktadır

**B** Bu duygudurum uzamış ve yaygın olmalıdır (en az 1 ay)

**C** Bu duygu tıbbi bir bozukluğun görünümünün başlangıcından hemen önce ortaya çıkmıştır ya da bu hastalığın belirtilerini alevlendirir

**İrritabl Duygudurum** (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)

**A** Özel durumlarda kısa epizotlar olarak yaşanabilen veya uzayıp yaygın hale gelen irritabl duygudurum ile karakterize duygusal durum; öfke kontrolü için kişinin yoğun bir çaba sarf etmesi gerekmekte veya öfkeli sözel veya davranışsal patlamalar ile sonuçlanmaktadır

**B** İrritabilite yaşantıları kişi için her zaman rahatsız edicidir ve açık dışavurumlar haklı öfke ifadelerindeki katartik etkiden yoksundur

**C** Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır

**Tip A Davranış** (A ve B gereklidir)

**A** Aşağıdaki 9 özelliğten en az 5'i olmalıdır:

**1** İş veya zamanla sınırlı başka etkinlikler ile aşırı meşguliyet

**2** Sürekli ve yoğun yaşanan zamanla ilişkili sıkışıklık hissi

**3** Zaman baskısı altında olduğunu gösteren motor davranış ifadeleri (hızlı ve patlayıcı konuşma, ani beden hareketleri, yüz kaslarında gerginlik, el kol hareketleri)

**4** Düşmanlık ve kötümserlik

**5** İrritabl duygudurum

**6** Fiziksel aktivitelerde hızlı/sabırsız olmaya yatkınlık

**7** Zihinsel aktivitelerde sabırsız olmaya yatkınlık

**8** Yüksek yoğunlukta yaşanan başarma ve tanınma arzusu

**9** Yüksek rekabet

**B** Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır

**Aleksitimi** (A gereklidir)

A Aşağıdaki 6 özellikten en az 3'ü olmalıdır:

- 1** Duygularını (emosyon= heyecanlanınca kalbin hızlanması) uygun kelimelerle tanımlamada yetersizlik
- 2** Hissedilenler (feeling) yerine ayrıntıları tanımlamaya yatkınlık (örneğin duygularından daha çok olayın geliştiği çevreyi anlatmak gibi)
- 3** Zengin fantezi dünyasının yokluğu
- 4** Düşünce içeriği, fanteziler ya da duygular yerine daha çok dışsal olaylarla ilişkilidir
- 5** Çeşitli hislenme yaşantılarına eşlik eden yaygın somatik tepkilerin farkında olmama
- 6** Nadir ancak şiddetli ve sıklıkla uygunsuz duygusal (afektif) davranış patlamaları

## EK 2. Psikosomatik araştırmalar için tanı ölçütleri görüşmesi

Görüşme son 6 veya 12 ayı kapsamaktadır. Hastanın tıbbi tanısı ve hastalık belirtilerinin kronolojisi hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirir. Görüşmecinin PATÖ/DCPR literatürü hakkında bilgisi olmalıdır. Görüşmenin psikiyatrik değerlendirme ile birlikte yapılması önerilmektedir.

### Sağlık Kaygısı

**A 1.** Ciddi bir hastalığınız olabileceğine dair endişe duyuyor musunuz?

EVET

HAYIR

**2.** Yaygın görülen yakınmaları (örneğin; burun kanaması, soğuk algınlığı, baş ağrısı vb.) yaşadığınızda, bu yakınmaların ciddi bir hastalığa dönüşebileceğinden korkar mısınız? (panik olma, doktoruna danışma, tıbbi değerlendirme isteme, hastanenin acil bölümüne başvurma, tıbbi kitaplara başvurma, vb.)

EVET

HAYIR

(Yanıt hayır ise, 'Hastalık Korkusu'na geçin)

**B** Doktorunuz her hangi bir hastalığınız olmadığı ve sağlıklı olduğunuz hakkında uygun ve güvenilir tıbbi açıklama yaparsa ona güvenir misiniz?

EVET

HAYIR

**C** Geçtiğimiz 6 ay içinde böyle korkular yaşadınız mı?

EVET

HAYIR

**Tanı: A (1 ve/veya 2) = evet + B = evet + C = evet**

### **Hastalık Korkusu**

**A** Daha önce kötü bir hastalığa yakalanmış olma korkusundan dolayı şiddetli kaygı veya panik atak yaşadınız mı?

EVET

HAYIR

**(Yanıt hayır ise, 'Ölüm Korkusu'na geçin)**

**B** Doktorunuz ve laboratuvar değerlendirmeleri her hangi bir tıbbi hastalığınız olmadığını gösterse bile, kötü bir hastalığa yakalanmış olmaktan korkar mısınız? (örneğin; AIDS, kanser)

EVET

HAYIR

**C** Kötü bir hastalığınız olduğu korkusu 6 aydır mı var?

EVET

HAYIR

**Tanı: A = evet + B = evet + C = evet**

### **Ölüm Korkusu**

**A** Daha önce tehdit eden bir durum ya da gerçek bir tehlike olmadığı halde ölümün yakın olduğu hissine ya da yakında öleceğiniz inancına kendinizi kaptırdığınız oldu mu?

EVET

HAYIR

**(Yanıt hayır ise, 'Hastalık İnkarı'na geçin)**

**B** Size ölümü hatırlatan haberlerden korkar mısınız? (örneğin; cenaze, ölüm ilanı)

EVET

HAYIR

**C** Ölümü hatırlatan durumlardan kaçınır mısınız? (TV kanalını değiştirme, ölen insanları, felaketleri ya da kazaları kapsayan sohbetleri yarıda kesme)

EVET

HAYIR

**Tanı: A= evet + B = evet + C= evet**

### Hastalık İnkarı

**A 1.** Ciddi belirtiler olduğu halde doktorunuza bildirmediğiniz ya da doktorunuzun tanı ve önerilerini dikkate almadığınız oldu mu?

EVET

HAYIR

**2.** Doktorunuz size bir hastalığınız olduğunu söyler ve ilaç, diyet ya da fiziksel aktivite önerirse; bu tıbbi önerileri uygular mısınız?

EVET

HAYIR

(A 1 = hayır ve A 2 = evet ise, 'Psikiyatrik Hastalığa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler'e geçin)

**B** Doktorunuz size tıbbi bir hastalığınız olduğunu söyledi ve bu durumla ilgili net bir açıklama ve izlenecek yol ile ilgili bilgi verdi mi?

EVET

HAYIR

**Tanı:** A (1 = evet ve/veya 2 = hayır; ya da 1 = evet ve/veya 2 = evet; ya da 1 = hayır ve /veya 2 = hayır) + B = evet

### Psikiyatrik Hastalığa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler

**A** Daha önce tekrarlayan tıbbi tedavilere neden olarak yaşamınızı engelleyen sıkıntı yaratan belirtiler (örneğin; çarpıntı, terleme, titreme, yüz kızarması, sindirim sistemi ile ilişkili belirtiler, baş dönmesi, kas ağrıları, inatçı yorgunluk) çektiniz mi?

EVET

HAYIR

(Yanıt hayır ise, 'Kalıcı Somatizasyon'a geç)

**B** Doktorunuz size fiziksel şikayetlerinizin özel bir tıbbi nedene bağlı olmadığını söyledi mi?

EVET

HAYIR

**C** Görüşmecisi psikiyatrik bir bozukluk varsa not etmelidir

EVET

HAYIR

**D** Psikiyatrik bir bozukluk varsa, görüşmecisi psikiyatrik bozukluğun başlangıcı ile işlevsel somatik bozukluğun başlangıcını karşılaştırmalı olarak not etmelidir (örneğin; psikiyatrik bozukluk işlevsel somatik bozukluktan 6 ay önce ortaya çıkmış; işlevsel somatik bozukluk psikiyatrik bozukluktan 3 ay önce ortaya çıkmış)

EVET

HAYIR

**NOT:** Evet = İşlevsel somatik belirtiler psikiyatrik bozukluğun başlangıcından önce yoktur.

**Tanı:** A = evet + B = evet + C = evet

(her iki bozukluğun başlangıcını karşılaştır)



### **Kalıcı Somatizasyon**

**A** Daha önce birazdan size listeleyeceğim yakınmalardan her hangi birinden 6 aydan daha uzun bir süre şikayetçi oldunuz mu ve bunun bir sonucu olarak tıbbi tedavi aradınız mı ya da yaşam kalitenizde kötüleşme oldu mu?

Kas ağrısı ve karıncalanma

İnatçı yorgunluk

Yanma ya da şişkinlik ile beraber karın ağrısı ya da hazımsızlık

Kabızlık ya da ishal

Çarpıntı

Solunum güçlüğü

Diğer

EVET

HAYIR

**(Yanıt hayır ise, 'Konversiyon Belirtileri'ne geç)**

**B** Bu şikayetlerin altında özel bir tıbbi neden var mı?

EVET

HAYIR

**C 1** Bu şikayetler nedeniyle ilaç kullandıysanız, ilaçlar sizde olumsuz yan etkilere neden oldu mu?

EVET

HAYIR

**2** Kendinizi daha kötü mü hissettiniz?

EVET

HAYIR

**3** Temel yakınmanızın yanı sıra başka sorunlarınız da var mı?

EVET

HAYIR

**Tanı: A = evet+ B= hayır + C (1 ve/veya 2 ve/veya 3) = evet**

## **Konversiyon Belirtileri**

**A** Sayacağım şu fiziksel belirtilerden (denge sorunları, bölgesel felç ya da güçsüzlük, ses kaybı, yeme güçlüğü, çift görme ya da görme kaybı) her hangi birini daha önce hiç yaşadınız mı?

EVET

HAYIR

**(Yanıt hayır ise, 'Yıldönümü Reaksiyonu'na geç)**

**B** Doktorunuz şikayetlerinizi açıklayan kesin bir tıbbi neden ya da etken buldu mu?

EVET

HAYIR

**C 1** Bu belirtiler başlamadan önce herhangi önemli bir olay oldu mu?

EVET

HAYIR

Eğer evet ise bu belirtilerin bu olayla ilişkili olduğuna inanıyor musunuz?

EVET

HAYIR

**2** Benzer belirtiler geçmişte de oldu mu?

EVET

HAYIR

Ya da benzer belirtileri yaşayan bir yakınınız var mı?

EVET

HAYIR

**3** *Görüşmeci, hasta belirtilerle ilgili ambivalans gösteriyorsa değerlendirmelidir*

EVET

HAYIR

**4** *Görüşmeci, histrionik kişilik özelliklerini değerlendirmelidir*

EVET

HAYIR

**Tanı: A = evet + B = hayır + C (4 özellikten en az 2'si) = evet**

### **Yıldönümü Reaksiyonu**

**A** Daha önce size saydığım belirtilerden (örneğin; çarpıntı, terleme, titreme, yüz kızarması, sindirim sistemi ile ilişkili belirtiler, baş dönmesi, kas ağrıları, inatçı yorgunluk, denge sorunları, bölgesel felç ya da güçsüzlük, ses kaybı, yeme güçlüğü, çift görme ya da görme kaybı) bir ya da daha fazlasından şikayetçi olduysanız ve doktorunuz kesin bir tıbbi neden bulamadıysa, belirtiler ortaya çıkmadan önce özel bir tarih hatırlıyor musunuz?

EVET

HAYIR

**(Yanıt hayır ise, 'Tip A Davranış'a geç)**

**B 1** Bu belirtilerin sizin için önemli bir gün ile aynı zamanda ortaya çıkıp çıkmadığını ya da aile üyelerinizden birinin sizinle aynı yaşta hayatını tehdit eden bir hastalık yaşayıp yaşamadığını hatırlıyor musunuz?

EVET

HAYIR

Evet ise; belirtilerin bu olayla ilişkili olduğuna inanıyor musunuz?

EVET

HAYIR

**2** Aile üyelerinizden herhangi biri sizin şu an bulunduğunuz yaşta ciddi bir sağlık sorunu yaşadımı ya da öldü mü?

EVET

HAYIR

**Tanı: A = evet + B ( 1 ve /veya 2) = evet**

## Tip A Davranış

**A 1** Bir işi belli bir tarihe kadar yetiştirmek zorunda hissettiğin için işyerinden sıklıkla olağan saatten daha geç çıktığın olur mu?

EVET HAYIR

**2** Sıklıkla başladığımız işleri (işle ilgili ya da değil) bitirmek için bir zaman sorunu yaşıyor musunuz?

EVET HAYIR

**3** Hastanın hızlı ve patlayıcı konuşması, ani beden hareketleri, jestleri, yüzde gergin ifadeleri var mı?

EVET HAYIR

**4** Zaman olarak sıkışıklık hissettiğinizde çevrenizdeki insanlara karşı agresif olur musunuz?

EVET HAYIR

**5** Sıklıkla iritabl hisseder misiniz?

EVET HAYIR

**6** Yürürken, hareket ederken, jestlerinizde, davranışlarınızda sabırsız olma eğiliminde misiniz?

EVET HAYIR

**7** Aynı anda birçok fikre ve düşünceye sahip olduğunuzu hisseder misiniz?

EVET HAYIR

**8** İş yerinde hırslı ve başarı için istekli olduğunuzu düşünüp diğer insanlardan daha fazla takdir edilmeyi bekler misiniz?

EVET HAYIR

**9** İş arkadaşlarınızla rekabet yaşar mısınız?

**(Evet sayısı 5'ten az ise 'İritabl Duygudurum'a geç)**

**B** Çarpıntı, terleme, kas ve karın ağrısı, barsak problemi ve/veya hızlı solunum gibi fiziksel şikayetler yaşar mısınız?

EVET HAYIR

**Tanı: A (en az 5 özellik) = evet + B = evet**

## İrritabl Duygudurum

**A 1** Kendinizi iritabl hissettiğiniz zamanlarda (ister kısa ister uzun sürsün, ara sıra ya da sürekli de olabilir) ruh halinizi kontrol etmek için daha fazla çaba sarf etmeniz gerekiyor mu?

EVET HAYIR

**2** Ya da kontrol edilemez davranışsal ya da sözel patlamalarınız oluyor mu (örneğin bağırarak, kapıyı çarpmak, yumruğu masaya vurmak gibi)?

EVET HAYIR

**(Yanıt hayır ise ‘Direncsizlik’e geç)**

**B** Bunlardan sonra hala kendinizi kötü hissediyor musunuz?

EVET HAYIR

**C** İrritabl hissettiğinizde kalbinizin hızlı attığını hissedip diğer belirtilerinde yaklaştığını hissediyor musunuz?

EVET HAYIR

**Tanı: A (1 ve/veya 2 ve/veya 3) = evet + B = evet + C= evet**

## Direncsizlik

**A 1** Kendi veya başka kişilerin beklentilerini karşılayamadığınızı hisseder misiniz (işinizle, ailenizle, sosyal ve/veya ekonomik durumunuzla ilgili)?

EVET HAYIR

**2** Başa çıkamadığınızı hissettiğiniz acil bir problem var mı?

EVET HAYIR

**3** Çaresizlik, umutsuzluk ve/veya vazgeçme duygularını yaşıyor musunuz?

EVET HAYIR

**(Yanıt hayır ise, ‘Aleksitimi’ye geçin)**

**B** Bu duygu 1 aydan daha fazla mı sürüyor?

EVET HAYIR

**C** Bu duygunun ortaya çıkışı fiziksel bir rahatsızlığın görülmesinden ya da alevlenmesinden önce mi oldu?

EVET HAYIR

**Tanı: A (1 ve/veya 2 ve/veya 3) = evet + B = evet + C= evet**

## Aleksitimi

*Görüşmeci aşağıdaki sorulara ek olarak görüşmenin tüm içeriğini ve sözel olmayan davranışları değerlendirmelidir:*

**A 1** İyi ya da kötü bir şey yaşadığınızda duygularınızı tanımlayabiliyor musunuz (sevinç, eğlenme, kaygı, üzüntü, öfke)?

EVET HAYIR

**2** İyi ya da kötü olaylar yaşadığınızda ne olduğunu ve içsel olarak ne hissettiğiniz hakkında konuşur musunuz?

EVET HAYIR

**3** Gündüz hayallere dalıp görüp hayal gücünüzün alabildiğine serbest kalmasına izin verir misiniz?

EVET HAYIR

**4** Düşünceleriniz daha sıklıkla sizin içsel duygulanım ve hislerinizi mi kapsar?

EVET HAYIR

**5** Güçlü duygusal bir deneyim yaşadığınızda aynı zamanda fiziksel değişiklikler de hisseder misiniz? (örneğin mide bulantısı vb.)

EVET HAYIR

**6** Olan bitenle veya olağan davranışınız ile uyumlu olmayan nadir ancak şiddetli öfke, ağlama veya sevinç patlaması hiç yaşadınız mı?

EVET HAYIR

**Tanı:** A1 = hayır; A2 = hayır; A3= hayır;A4= hayır; A5; hayır; A6= evet

(en az 3'ü gerekir)

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 05)**

### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmada, Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri (DCPR) ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)'in FMS'li hastalarda, somatizasyon ve anormal hastalık davranışlarının tanı koyma oranları, tanıları arası örtüşmeleri ve psikolojik stres bedensel duyumları abartma psikiyatrik bozukluklar, psikososyal işlevsellik ile ilişkili özelliklerini karşılaştırmak hedeflenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının fibromiyalji tanısı alan hastalarda DSM-5 tanı sistemi ile tanı konulamayan, atlanılan anormal hastalık davranışlarının tanınması, psikososyal değişkenler, yaşam kalitesi gibi faktörlerin DCPR ile belirlenen psikolojik durumlar ve DSM-5 ile belirlenen psikiyatrik durumlar ile ilişkisini belirlemede katkısı olacaktır.

### **KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Araştırma grubuna Mayıs 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran, 18-65 yaş arası, klinik görüşme ve ACR (Amerikan Romatoloji Koleji) kriterlerine (1990) göre fibromiyalji tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilecektir. Araştırmacı tarafından verilen aydınlatılmış onam formunu imzalayıp gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmanız gerekmektedir.

### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Çalışmada kullanılacak veriler klinik görüşmelerden, araştırmacının doldurduğu ölçeklerden ve öz bildirim ölçeklerinden elde edilecektir. Çalışma amaçlı bunlardan başka herhangi bir işlem veya tetkik yapılmayacaktır. Çalışmada girişimsel bir işlem ve herhangi bir spesifik bir ilaç kullanımı söz konusu değildir.

### **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma kesitsel (takibi olmayan) bir çalışma olduğundan araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada ACR (Amerikan Romatoloji Koleji) kriterlerine (1990) göre fibromiyalji tanısı alan 200 hasta olarak belirlenmiştir.

## **KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?**

Araştırma kesitsel olarak planlanmıştır. Sadece psikiyatrik değerlendirme, araştırmacının doldurduğu ölçekler ve öz bildirim ölçeklerinin doldurulması gerekmektedir. Takibi yoktur.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu çalışmanın sonuçlarının fibromiyalji tanısı alan hastalarda DSM-V tanı sistemi ile tanı konulamayan,atlanılan somatizasyon sendromları ve anormal hastalık davranışlarının tanınması,psikososyal değişkenler,yaşam kalitesi gibi faktörlerin DCPR ile belirlenen psikolojik durumlar ve DSM-V ile belirlenen psikiyatrik durumlar ile ilişkisini belirlemede katkısı olacaktır.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmada psikiyatrik görüşme yapılacak ve öz bildirim ölçekleri uygulanacaktır. Uygulamanın bilinen riskleri yoktur.

## **ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCA LI OLDUĞU BİLİ NEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?**

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

## **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Klinik görüşme ve doldurulması gerek ölçeklerden birisi eksik olan hastalar çalışmaya alınmayacaktır. Sonrasında herhangi bir çalışma dışı bırakılma durumu söz konusu değildir.

## **DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?**

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

## ***HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?***

Araştırmada kullanılan ölçekler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan tetkiklerdir. Bu nedenle, bu tetkiklere bağlı bir zarar görmeniz beklenmemektedir.

## **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Çalışma kesitsel (takibi olmayan) ve herhangi bir girişimsel tedavi veya ilaç tedavisi içermediğinden önemli bir sorun çıkması beklenmemektedir. Bununla birlikte, oluşabilecek sorunlar için 04623775391. no.lu telefondan Arş.Gör.Dr.Gizem ARAL'a başvurabilirsiniz.



## **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

## **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

## **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		