



T.C
TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**FİBROMİYALJİ SENDROMLU KADINLARDA HASTALIK ŞİDDETİ
İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, KENDİLİK ALGISI,
DÜRTÜSELLİK, ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE
PSİKOPATOLOJİNİN İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şeyma Selen SEVİNÇ

ANKARA-2013

T.C

TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**FİBROMİYALJİ SENDROMLU KADINLARDA HASTALIK ŞİDDETİ
İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, KENDİLİK ALGISI,
DÜRTÜSELLİK, ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE
PSİKOPATOLOJİNİN İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şeyma Selen SEVİNÇ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Seçil ÖZEN ALDEMİR

ANKARA-2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yol gösterici değerlendirmeleri ile bilgi ve becerilerimin olgunlaşması adına kıymetli deneyimlerinden faydalandığım Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Ercan DALBUDAK' a teşekkür ederim. Psikiyatri eğitimimde değerli vakitlerini ayırarak beni sabırla dinleyen, bilgi ve tecrübelerini paylaşan, tezimin her aşamasında yardımını ve desteğini eksik etmeyen tez danışmanım, ablam, hocam Yrd. Doç. Dr. Seçil ALDEMİR' e teşekkürü bir borç bilirim. Asistanlığım süresince birlikte çalışma imkanı bulduğum değerli uzmanlarım Dr. Abdurrahman ÜÇÜNCÜ'ye, Dr. Nalan KARA'ya ve Dr. Emine ŞİMŞEK'e çok teşekkür ederim.

Rotasyonlarım sırasında mesleki bilgime katkılarından ve göstermiş oldukları ilgiden dolayı, Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Atilla İLHAN'a, Dahiliye Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. F. Cansel TÜRKAY'a, Dr. SUÇH Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimimde önemli bir yer alan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri'ne ve pozitif enerjisiyle Doç. Dr. Ayşe Gül YILMAZ ÖZPOLAT' a çok teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım Dr. Şule AKINCI' ya, Dr. Gül TEKSİN'e ve Dr. İbrahim ÖZER' e, ayrıca Psikolog Seda TAN' a ve Merve TOPÇU' ya teşekkür ederim. Araştırmamın istatistiksel analizi aşamasında yardımcı olan Gizem SARISOY'a teşekkür ederim. Tez çalışmam sırasında güler yüzü ile yardımını esirgemeyen Fizik Tedavi ve Rehabilitasyonu Uzmanı Yrd. Doç. Dr. Özlem CEMEROĞLU' na çok teşekkür ederim.

Tezimin ve asistanlığımın en zorlu anlarında maddi ve manevi destekleri ile moral ve güven kaynağım olan canım *anneme, babama ve kardeşlerime* sonsuz teşekkürlerimi sunmaktan mutluluk duyarım. Varlığı ile *sevinç* kaynağım olan *sevgili eşime* teşekkür ederken, bu süreçte isteklerine yeterince karşılık veremediğim *sevgili oğluşumdan* da özür dilerim☺. Son olarak bu dönemde fedakarca hep yanımda olup yola devam etmemi sağlayan, beni ve oğlumu hiç yalnız bırakmayan değerli *kayınvalideme* ve ayrıca *kayınbabama* da çok teşekkür ederim.

Dr. Şeyma Selen SEVİNÇ

Ankara-2013

ÖZET

Giriş: Fibromiyalji Sendromu (FMS) yaygın ağrı, fiziksel ve ruhsal belirtiler ile karakterize, etyolojisi halen aydınlatılmamış, patogenezi tam olarak açıklanamayan kas –iskelet sistemi rahatsızlığı olarak tanımlanmaktadır. Ancak hastaların ağrıyla ilgili davranış ve şikayetlerinin genelde doku hasarı ile orantılı olmaması; anksiyete, depresyon ve somatik yakınmalar gibi kişinin ruhsal durumuyla şikayetlerinin ilişkili olması nedeniyle psikosomatik hastalıklar içinde ele alınmakta ve psikiyatri hekimlerine sıklıkla konsulte edilmektedir. FMS'nin yorgunluk ve bilişsel bozukluk gibi bulgularının 2010 yılında yeni tanı ölçütlerine dahil edilmesiyle de bu sendromun depresyon, anksiyete, aleksitimi gibi yaşam kalitesinin psikiyatrik bileşenleri ile ilişkili olduğu bir kez daha vurgulanmıştır. Bu bağlamda FMS'nin psikiyatrik yönüne vurgu yapan çalışmaların ışığında FMS'li hastalarda stresle başa çıkma tarzları, kendilik algısı, algıladıkları sosyal destek, dürtüsellik ve genel psikopatoloji ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin birlikte değerlendirilmesinin hastalığın tam olarak aydınlatılmamış etyolojisinin ve psikiyatrik yönünün anlaşılmasına dolaylı olarak da tedavisinin düzenlenmesine katkı sağlayacağını varsayıyoruz.

Amaç: Bu çalışmada öncelikle FMS' li hastaların hastalıktan etkilenme şiddeti ile stresle başa çıkma tarzları, dürtüsellik, kendilik algısı, algıladıkları sosyal destek, aleksitimi ve genel psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık. Ayrıca FMS' deki aleksitiminin dürtüsellikle ilişkisini incelemeyi planladık.

Yöntem: Çalışmamıza FTR uzmanı tarafından FMS tanısı konan 55 kişi ve 43 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 98 kadın katılımcı alındı. Çalışmaya katılan FMS ve kontrol grubundaki gönüllülerin hepsine klinisyen tarafından ilk görüşmede SCID-I uygulandı. Gönüllü katılımcıların kendileri tarafından doldurulması için sosyodemografik veri formu, stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBTÖ), sosyal karşılaştırma ölçeği (SKÖ), çok

boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ), Barrat dürtüsellik ölçeği (BIS-11), Toronto aleksitimi ölçeği (TAÖ), Beck depresyon ölçeği ve beck anksiyete ölçeği verildi.

Bulgular: FMS grubunun pasif stresle başa çıkma tarzı, toplam aleksitimi, toplam dürtüsellik, depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Algıladıkları sosyal destek, kendilik algıları puanları anlamlı derecede daha düşük saptandı. Korelasyon analizleri sonucu dürtüsellik ile kendine güvenli başa çıkma negatif yönde ilişkili, dürtüsellik ile çaresiz başa çıkma ve aleksitimi ise pozitif yönde ilişkili saptandı. Yapılan regresyon analizleri sonucunda duygudurumdan arındırılmış aleksitiminin de dürtüselliği yordadığı saptandı.

Sonuç: FMS gibi psikosomatik hastalığı olan kişiler yeteri kadar tanıyıp, ifade edemedikleri duygularını; zaman zaman dürtüsel bir şekilde ifade ediyor olabilirler. FMS hastalarının takibi ve tedavisi planlanırken hastaların psikiyatrik eş tanı oranı göz önüne alınmalıdır. Ayrıca FMS hastalarında aleksitiminin artmasının dürtüsel özellikleri yordadığı ve bununda hastaların başa çıkma tarzlarını etkiliyor olabileceği göz önüne alınarak, hastaların depresyon, anksiyete yanında dürtüselliklerine de dikkat edilerek farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavileri gözden geçirilebilir.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia Syndrome (FMS) is a common pain, characterized by physical and mental symptoms, etiology cannot be clarified, the exact pathogenesis of disease is defined as unexplained muscle-skeletal system. However, it was not proportional to the tissue damage often associated with the pain behavior, because of complaints are like anxiety, depression, and somatic complaints related to dealt with in such person's mental state psychosomatic diseases and psychiatric physicians are often consulted. FMS symptoms, such as fatigue and cognitive impairment in 2010 by the inclusion of the new diagnostic criteria for this syndrome of depression, anxiety, alexithymia is associated with the components, such as the quality of life of psychiatric was emphasized once again. This regard in the light of studies in patients with FM which emphasized the psychiatric aspects of coping styles, self-perception, perceived social support, impulsivity, and general psychopathology, with the evaluation of the relationship between disease severity and etiology of the disease and psychiatric aspect of a full understanding of the illuminated indirectly assume that treatment will contribute to the organization.

Objective: In this study, firstly in FMS patient's we aimed to investigate relationship between disease severity and ways of coping with stres, impulsivity, self-perception, perceived social support, alexithymia and general psychopathology. Also FMS 'aimed to investigate the relationship between alexithymia impulsivity.

Methods: The study included 55 people diagnosed with FMS by FTR physician and a control group consisting of 43 people, including a total of 98 participants were women. FMS to all the volunteers participating in the study and control groups were performed by the clinician at the first meeting SCID-I. Sociodemographic data form to be filled by the

participants themselves, Ways of coping inventory (WCI), Social Comparison Scale (SCS), a multi-dimensional scale of perceived social support (MSPSS), Barrat impulsivity Scale (BIS-11), Toronto Alexithymia Scale (TAS), Beck depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory was given.

Results:FMS patient's passive coping style, the total alexithymia, total impulsivity, depression, and anxiety scores were fixed higher than the control group significantly. Perceived social support, self-perception scores were fixed significantly lower. The result of the correlation analyzes, those were associated that the relationship with impulsivity and confident to cope negatively, the relationship with the impulsivity and the helpless coping and alexithymia positively. It is figured out that alexithymia purged from mood also predicts impulsivity by the regression analysis.

Conclusion:People with psychosomatic diseases such as FMS may time to time refer their feelings, which they can not Express and recognize enough but can in an impulsive manner. The rate of psychiatric comorbidity should be considered while planning the treatment and following-up the FMS patients. Furthermore taking into considerations the fact that increasing of alexithymia in FMS patients predicts the impulsive features which may impact on their way of coping with disease itself, their pharmacologic and nonpharmacologic treatment can be reviewed with an attention to their impulsivities in addition to depression and anxiety.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar ve KISALTMALAR.....	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. FİBROMİYALJİ SENDROMU.....	3
2.1.1. Tanım ve Sınıflama.....	3
2.1.2. Tarihçe- Terminoloji	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.2.4. Etyolojik Faktörler ve Patogenez	6
2.2.5.Klinik Özellikler ve Tanı	9
2.2.6. Ayırıcı Tanı	10
2.2.7. Tedavi	12

2.2 STRES	19
2.2.1. Tanım ve Tarihçesi	19
2.2.2. Stresin Etkileri ve Stresle Başa Çıkma.....	20
3.PSİKOSOMATİK TIP.....	24
3.1. Psikosomatik Tıp ve Tarihçesi	24
3.2. Psikosomatik Hastalıklar	24
3.2.1. Psikosomatik Hastalıklar ve Aleksitimi - Dürtüsellik ilişkisi	25
3.2.2.Fonksiyonel Somatik Sendromlar.....	29
3.2.3.Biyopsikososyal Açıdan FMS' ye Bakış.....	30
4. YÖNTEM VE GEREÇLER	33
4.1 Grupların Seçimi ve Oluşturulması	33
4.2 Değerlendirme Ölçekleri	33
4.3. İstatistik.....	38
5.BULGULAR.....	40
5.1. Sosyodemografik Bulgular.....	40
5.2. FMS Hastalarının Klinik Özelliklerine Ait Bulgular.....	41
5.3. FMS ve Kontrol Grubu Ölçeklerine Ait Bulgular	44
6.TARTIŞMA.....	62
7.SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	72

8.KAYNAKLAR.....73

9.EKLER.....87

TABLolar ve KISALTMALAR

Tablo -1 Müller ve arkadaşlarının primer FMS sınıflandırması4

Tablo -2 Giesecke ve arkadaşlarının FMS sınıflandırması.....4

Tablo -3 FMS patogeneziine yönelik teoriler.....8

Tablo -4 FMS 2010 ACR Tanı Kriterleri10

Tablo -5 Santral Sensitivite Sendromları.....11

Tablo -6 Katılımcıların sosyodemografik bulguları.....40

Tablo -7 Fibromiyalji etki anketi puan ortalamaları.....42

Tablo -8 Hastalığın başladığı dönemde psikososyal stresör durumu.....42

Tablo-9 FMS grubunun SCID-I değerlendirmesine göre tanı dağılımı.....43

Tablo-10 Ölçeklerden alınan puan ortalamaları, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri.....45

Tablo-11 Stresle Başa Çıkma Tarzları yönünden FMS hastalarının ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi.....46

Tablo-12 Stresle başa çıkma açısından hasta ve kontrol gruplarının ortalamaları arasındaki fark.....47

Tablo-13 ÇBASDÖ' nün alt ölçeklerine ait ortalama ve standart sapma değerleri.....50

Tablo-14 BIS-11'in alt ölçeklerine ait ortalama ve standart sapma değerleri.....52

Tablo- 15 Dürtüsellik İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları	54
Tablo-16 TAÖ' nün alt ölçeklerine ait ortalama ve standart sapma değerleri.....	55
Tablo – 17 Aleksitimi Toplam Puanları'nın Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Hiyerarşik Regresyon Analizinde Her Basamakta Kullanılan Değişkenler.....	57
Tablo- 18 Aleksitimi Toplam Puanı İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları	58
Tablo-19 Değişkenlerin Toplam Puanlarının Hasta Grubu İçin Kategorik Değişkenlere Dönüştürülmesi.....	59
Tablo-20 Değişkenlerin toplam puanlarının hasta grubu için kategorik değişkenlere dönüştürülmesi.....	60
Tablo-21 FMS grubuna ait Pearson korelasyon katsayılarına ait değerler.....	61
Şekil 1. Psikosomatik belirtileri açıklayıcı bir model: Stresin Transactional Modeli.....	23
Grafik -1 Hasta ve kontrol gruplarının aktif ve pasif başa çıkma tarzları ortalamaları.....	48

KISALTMALAR

ACR : American College of Rheumatology

BAÖ : Beck anksiyete ölçeği

BDÖ : Beck depresyon ölçeği

BIS-11: Barrat dürtüsellik ölçeği

ÇBASDÖ : Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

DDB : Duygudurum bozukluğu

FMS : Fibromiyalji sendromu

İBS : İrritable barsak sendromu

PTSB: Posttravmatik stres bozukluğu

SBTÖ : Stresle başa çıkma tarzları ölçeği

TMD : Temporomandibular eklem disfonksiyonu

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kas –iskelet sistemi rahatsızlığı olan birçok hasta, psikiyatrik bir bozukluğa işaret eden belirti ve bulgular gösterir. Bu komorbid psikiyatrik rahatsızlıklar hastalığın neden olduğu bozukluk ve kayıplara karşı hastanın verdiği psikolojik yanıtın bir sonucu olabileceği gibi hastalık sürecinin merkezi sinir sistemi üzerine olan etkisi sonucu da ortaya çıkmış olabilir. Bu durumdaki olgulara en etkili yaklaşım şekli biyopsikososyal modelin uygulanmasıdır.(1) Fibromiyalji Sendromu (FMS) yaygın ağrı, fiziksel ve ruhsal belirtiler ile karakterize, etyolojisi halen aydınlatılmamış, patogenezi tam olarak açıklanamayan kas –iskelet sistemi rahatsızlığı olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca hastaların ağrıyla ilgili davranışlarının genelde doku hasarı ile orantılı olmaması, anksiyete, depresyon ve somatik yakınmalar gibi kişinin ruhsal durumuyla ilişkili olması nedeniyle psikosomatik hastalıklar içinde ele alınmaktadır.(2-4) Psikosomatik hastalıklara bütüncül bir yaklaşım getiren Lipowski; hastanın geçmişi, şu anki öyküsü, somatik, genetik, duygusal (içsel) ve çevresel, kültürel gibi dışsal öyküsünün biyopsikososyal model için önemini vurgulamaktadır. Diğer taraftan stresin özgül olmayan içe alımı teorisinde de adı geçen psikosomatik stres reaksiyonu; ruhsal savunmaların başarısız olduğu ve tehlikenin vücutta değişikliğe yol açacak şekilde somatik sistemleri etkilediği bir durum olarak açıklanmaktadır.(5, 6)

Fibromiyalji bir dizi biyolojik ve psikososyal faktörün etkileşimi ile oluşan multifaktöryel bir sendromdur. Bu sendromun oluşmasına yol açan bağımsız predispozan faktörler olduğu gibi, durumun devam etmesinde de rol oynayan bir dizi faktör bulunmaktadır.(7) Fibromiyalji sendromunun başlamasında genel psikolojik sıkıntı ve stresörlerin, depresyon ve diğer psikolojik etkenlerin de rolü olduğu gösterilmekte ve bu hastalarda özellikle depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar olmak üzere psikiyatrik belirtilerin artmış olduğu çalışmalarda bildirilmektedir. (3, 8) Bu açıdan

psikiyatristlerin de ilgisini çeken ve biyopsikososyal modelin uygulanabileceği alanlardan biri olması, sendromdaki psikolojik faktörlerin anlaşılmasının etkili bir tedavi için önemli olması nedeniyle FMS bizim de ilgimizi çekmiştir.

Litertürde FMS ile depresyon, anksiyete ve psikososyal stresörlerle ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak FMS hastalarının stresle baş etme yöntemlerini ve diğer psikolojik faktörlerle ilişkisi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca literatürde FMS hastalarının direkt olarak dürtüselliğinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamakla birlikte fibromiyalji gibi psikosomatik hastalıklarda aleksitimi ve dürtüsellik ilişkisi ile ilgili yeterli veri olmadığını saptamamız bu çalışmaya başlarken bize yol gösterici oldu. Literatürdeki ve FMS etyolojisindeki bu eksikliği gidermek adına bu çalışmamızda FMS' de dürtüselliğin rolünü ve dürtüsellikle aleksitiminin ilişkisine incelemeyi amaçladık. Ayrıca çalışmamızın deseni gereği vereceğimiz ölçeklerle FMS' de yüksek bulunan aleksitimik özelliklerle ilişkili olarak bu kişilerin duygularını ifade etmekte zorlanmalarıyla birlikte zayıf sosyal ilişkiler içinde olmalarına bağlı kendilik algılarının düşük ve daha az sosyal destek algıladıkları, problemlerle başa çıkma yeteneklerinin yetersiz olabileceğini varsaymaktayız.

Sonuç olarak bu tez çalışmasında, fibromiyalji sendromunda psikiyatrinin öneminden yola çıkarak bu hastalardaki psikolojik stres ve hastalığın başlaması arasındaki ilişki, stresle baş etme yöntemlerini, dürtüsellik, aleksitimi, kendilik algıları, algıladıkları sosyal destek ve psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirilmesini ve bu yönleriyle FMS' nin henüz tam olarak aydınlatılamamış etyolojisine ve dolaylı olarak daha etkili tedavi modellerinin geliştirilmesine katkı sağlamayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.FİBROMİYALJİ SENDROMU

2.1.1.Tanım ve Sınıflama

Fibromiyalji Sendromu (FMS); kas iskelet sisteminin etyolojisi tam olarak bilinmeyen, 3 aydan uzun süren yaygın vücut ağrısı, yorgunluk , birçok fiziksel ve ruhsal belirtiler ile karakterize kronik, psikofizyolojik ve yıpratıcı olan çok boyutlu bir hastalıdır. (7, 9, 10) FMS, fizik muayenede ve laboratuvar tetkiklerinde nesnel bulguların saptanamayışı nedeni ile uzun yıllar bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Hastalığa eşlik eden bazı duygudurum bozuklukları ile uyku bozukluklarının varlığı nedeni ile psikolojik bir hastalık olduğu düşünülmüştür.(11)

Kronik ağrıya; çok sayıda psikiyatrik belirti ve bozukluk (sıkıntı, depresyon, anksiyete bozuklukları vb), uyku bozuklukları, yorgunluk, gastrointestinal rahatsızlıklar (irritable barsak sendromu), genitoüriner sistem bulguları (kadın üretral sendrom, dismenore vs) ve parestezi gibi multisistemik bulgular eşlik edebilir.(11, 12)

Ağır çalışma ve yaşam koşullarının getirmiş olduğu zorlukların yol açtığı stres ile tetiklenen FMS çağın hastalığı haline gelmiştir. Hastalarda yaygın ağrının yanı sıra görülen yorgunluk, uyku bozukluğu, tutukluk, depresyon, anksiyete ve bilişsel disfonksiyon gibi komorbiditeler yaşam kalitesini ve çevresi ile olan iletişimini olumsuz yönde etkileyerek, kişinin yaşamla başa çıkma yeteneğini azaltmaktadır.(12)

1990 yılında ACR (American College of Rheumatology) tarafından yayınlanan kriterlere göre FMS'nin sınıflandırılması önerilmemekle birlikte bazı araştırmacılar FMS'yi iki grupta sınıflandırmaktadır. Primer FMS'de ağrıyı başlatan kesin organik bir patoloji yokken , Sekonder FMS 'de ise kollajen veya enflamatuvar romatolojik süreçler gibi altta

yatan başka bir hastalık bulunmaktadır. Ancak bu ayırım pratikte tanı amacı ile değil, daha çok araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır.(13)

Primer FMS deki belirti ve bulguların çeşitliliği ve tedavi yanıtlarının farklılığı nedeniyle bazı araştırmacılar primer FMS'yi de alt gruplara ayırmışlardır. (14, 15) Primer FMS'yi semptom ve bulgulara göre dört alt gruba sınıflandıran Müller ve arkadaşları ise tedavinin bu gruplara göre planlanmasını önermişlerdir. Bundan farklı daha birçok sınıflandırma yapılmış olmakla birlikte bazı araştırmacıların yaptığı sınıflandırmalar aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir. (14-16)

Tablo-1 Müller ve arkadaşlarının Primer FMS sınıflandırılması

1.Grup	Psikolojik bir bozukluk olmadan ağrıya karşı artmış hassasiyetle karakterize FMS grubu
2.Grup	Kronik ağrıya sekonder oluşan depresyon birlikteliği olan FMS grubu
3.Grup	Depresyon birlikteliği olan FMS grubu
4.Grup	Somatizasyon bozukluğuna bağlı oluşan FMS grubu

Thieme ve arkadaşları ise Primer FMS 'yi: Anksiyetenin hakim olduğu, disfonksiyonel FMS; psikiyatrik problemlerin eşlik ettiği FMS; psikiyatrik problemlerin eşlik etmediği FMS olarak 3 gruba ayırmışlardır.(14-16)

Tablo -2 Giesecke ve arkadaşlarının FMS sınıflandırması

1.Grup	2. Grup	3.Grup
Düşük düzeyde hassas nokta ile karakterize, orta düzeyde DDB* ve katastrofizim bulunan FMS	Yüksek düzeyde hassas nokta ve DDB, katastrofizim ile karakterize FMS	En yüksek hassas nokta hassasiyeti normal DD ve düşük düzeyde katastrofizim bulunan FMS

*DDB:Duygudurum bozukluğu

2.1.2.Tarihçe-Terminoloji

Tıbbi Literatürde kas - iskelet sistemi ağrıları ilgili bilgiler 16. yy'a kadar dayanmaktadır. (17) 1800 lü yıllarda miyalji, nöralji, histerik paroksizm, kas romatizması gibi terimler kullanılmış, ve Dr. William Balfour tarafından hassas noktalar tarif edilmiştir.(18)

Fibromiyalji kelimesi Latince kökenli olmakla birlikte tek tek bakacak olursak; *fibre*: lif, *mys*: kas, *algos*: ağrı, *ia*: durum anlamına gelir. İngiliz nörolog olan Sir William Gowers 1904 yılında ilk kez fibrozit terimini kullanmıştır, çünkü kas ağrılarının ve kas-iskelet hassasiyetinin enflamasyona bağlı olduğunu düşünmüştür.(19) Daha sonraki yıllarda 'Fibrositis' kelimesi yerine FMS' yi tercih edilmesinin nedeni de '-itis' ekinin iltihabi bir durumu tanımlamasından kaynaklanmaktadır oysa daha önce de bahsedildiği üzere FMS'de iltihabi bir durum söz konusu değildir.(20)

Günümüzdeki Fibromiyalji kavramına ilk yaklaşan 1975'te Kanada'lı bir romatolog olan Symthe ve bir psikiyatrist olan Harvey Moldofsky ; uyku bozukluğu ve kas ağrılarının birlikte olduğu hastalarda sabah tutukluğu, yaygın ağrı, yorgunluk ve bilişsel fonksiyon bozukluğunun da yakınmalara eşlik ettiğini saptamışlardır.(11, 21)

1976 yılında Hench herhangi bir inflamatuvar sürecin bulunmadığını ve fibromiyalji teriminin daha uygun olacağını belirtmiştir.(22) Fibromiyalji ile ilgili ilk klinik kontrollü çalışma Amerikalı romatolog Muhammad B. Yunus ve arkadaşları tarafından yapılmış ve FM semptomlarını ve hassas noktaların geçerliliği ile FMS kriterleri oluşturulmuştur.(23)

1987 de Goldenderg ile çok sayıda bulgusu olan bu klinik tablo sendrom seviyesine taşınmış ve aynı yıl Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından FMS'nin özre yol açan gerçek bir hastalık olarak kabul edilmiştir.(11, 24) 1990 yılında aralarında ACR komitesi tarafından FMS tanı kriterleri netleştirilmiş ve sonrasında da

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından bir ICD kodu verilmesi ile ayrı bir tanı olarak yerini almıştır.(10, 17)

2010 yılında ACR tarafından revize edilen kriterlerine göre ise mental belirtiler dahil edilmiş, hassas noktalar ise tanı ölçütlerinden çıkartılacak şekilde değiştirilmiştir.(25)

2.1.3.Epidemiyoloji

Fibromiyalji sendromu erişkinlerin yaklaşık %2-4'ünde görülür ve kadınlarda erkeklere göre daha yaygındır ve prevelans yaşla birlikte artar. (26) Ülkemizde Topbaş ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, FMS prevalansı 20-29 yaş arasında %0,9 ve 29-64 yaş arası kadınlarda %3,6 olarak saptanmıştır.(27)

Hastalık her yaş ve cinsiyette görülebilmekle beraber ;14-84 yaşları arasında, en sık da 35-50 yaşlarında görülmektedir. FMS'nin kadın/ erkek oranı 6-9:1'dir. Kadınlarda daha sık görülmesinin yanı sıra klinik olarak da daha ağır seyretmektedir .(28) Risk etmenleri arasında çok çeşitli faktörler sayılmaktadır. Türkiye'de her yıl yaklaşık olarak 100.000 kişiye FMS tanısı konmakta ve bu sayının her geçen gün giderek artmakta olduğu bildirilmektedir.(29) Ayrıca çeşitli toplum çalışmalarında risk etmenleri arasında düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi, kadın cinsiyet, boşanmış olmak ve engelli olmak yer almaktadır.(27, 30, 31)

2.1.4.Etyolojik Faktörler ve Patogenez

Fibromiyaljinin etyolojisi ve patofizyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle birlikte hastalığa yol açan birçok neden ve faktör bulunmaktadır. Günümüze kadar elde edilen bilgiler neticesinde patofizyolojide genetik faktörler, nöroendokrin sistem ve otonom sinir sistemi, immunolojik sistemde bozukluk, psikososyal değişkenler ve çevresel stres faktörleri rol oynamaktadır. Günümüze kadar yapılan birçok çalışma sonucunda çeşitli

teorik modeller öne sürülmüştür. Bunlar içinde Yunus'un santral faktörleri öncelikli vurguladığı modeline göre; genetik yatkınlığı olan hastaların çeşitli streslere (depresyon, kaygı, travmatik faktörler, viral enfeksiyonlar vs.) maruz kalması sonucu HPA aksında bozulma ve nörohormonal disfonksiyona neden olması ile süreç başlamaktadır. Bu durumun çeşitli spinal seviyelerde serotonin gibi inhibitör transmitterlerde fonksiyonel azalma ve substance P gibi eksitator transmitterlerde ise yüksek aktivite ile karakterize aberran santral ağrı mekanizmasına yol açması sonucu hastalardaki düşük ağrı eşiği izah edilmektedir. Ayrıca psikolojik stres ve non REM uyku bozukluğu gibi santral faktörler ve mekanik travma, fiziksel dekonduşyon, sempatetik aşırı aktivite gibi periferik faktörlerde FMS' li hastalardaki ağrı ve diğer semptomlara katkıda bulunmaktadır. Hastalarda bulunan genetik yatkınlık zemininde depresyon ve kaygı durumlarının , inflamatuar , travmatik, immunolojik, hormonal faktörlerin bu sendromu tetiklediği düşünülmektedir. (11, 32, 33)

Fibromiyalji çeşitli enfeksiyonlar ile örneğin ; Lyme hastalığı, parvovirus, HIV, Coksachie ve influenza virüs ile ilişkilendirilmiştir. (34) Öne sürülen hipotezlerden biri , bazı kişilerin artmış ağrı duyarlılığı nedeniyle fibromiyaljiye yatkınlıklarının olduğu , bazı kişilerde ise enfeksiyon, çeşitli hastalıklar, fiziksel veya duygusal travma, uyku bozuklukları gibi çeşitli stres faktörlerinin FMS gelişimini tetiklediğidir.(35, 36)

FMS' li hastaların ailelerinde fibromiyaljiye yatkınlık ve aile fertlerinden bir veya daha fazlasında, ağrı semptomları veya romatolojik hastalıkların olduğu klinisyenler tarafından sık olarak gözlenmektedir.(37) FMS oluşumunda ailevi nedenler yaygın şekilde gözlenmesine rağmen, veriler genetik rolün sınırlı olduğunu ortaya koymuştur.(38)

Patogeneşte çeşitli teoriler öne sürülmekte ancak, bu konuda görüş birliği bulunmamaktadır.(39) Bu teoriler içinde santral ve periferik teoriler aşağıdaki Tablo-3'deki sınıflandırılabilir.

Tablo – 3 FMS patogenezine yönelik teoriler

1) Santral Teoriler	2) Periferik Teoriler
<ul style="list-style-type: none">-Ağrı işlenmesi ve modülasyon bozukluğu-Santral sensitizasyon-Otonomik disfonksiyon-Uyku bozukluğu- Stres , travma ve psikolojik faktörler- MSS' de biyokimyasal değişiklikler- Nöroendokrin disfonksiyon	<ul style="list-style-type: none">-Fokal kas kontraksiyonu,-Kaslarda lokal hipoksi, ATP azlığı-Kas ve deri nosiseptörlerinin sensitizasyonu-Kas işlevlerinde bozukluk-İmmunolojik mekanizmalar

2.1.5.Stres ve Psikolojik faktörler

Psikososyal stres faktörleri, mekanik ve fiziksel travmalar gibi çevresel etkenler FMS etyopatogenezinde yer almaktadırlar. FMS'li hastalarda sık tespit edilen psikososyal etkenler kronik stres, duygusal travma ve duygusal, fiziksel veya cinsel istismar iken sıklıkla rastlanan fiziksel travmalar ise akut hastalık, fiziksel yaralanma, ameliyat, motorlu araç kazalarıdır.(40-42)

Ayrıca psikolojik veya fiziksel şiddet, boşanma, terk edilme, iş sorunları, savaş, çocukluk çağı travmaları, cinsel istismar, aşırı aktif ve mükemmeliyetçi yaşam tarzı gibi çeşitli akut veya kronik emosyonel stres faktörlerinin de FMS görülme sıklığını arttırdığı bildirilmektedir.(43) (44)

Yapılan çalışmalarda, FMS'li hastalarda psikiyatrik bozuklukların görülme oranı %30-90 arasında değişmektedir ve %20-80 oranında depresyon ve %13-63,8 oranında anksiyete görülmektedir.(45, 46) Altunören ve arkadaşlarının FMS' li kadın hastalardaki depresyon ve mizaç karakter özelliklerini inceledikleri çalışmadaki hastaların %76,5 nin psikiyatrik

tanı almış olması ile örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada; major depresyon %37.3, distimik bozukluk %17.6, anksiyete bozukluğu (anksiyete+okb) %11.7 , major depresyon/distimik bozukluk + somatizasyon bozukluğu %4 , distimik bozukluk + anksiyete bozukluğu %3.9 olarak bulunmuştur.(8) Ayrıca yapılan çalışmalarda, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozuklukların FMS'yi tetiklediği sonucu ortaya çıkmaktadır.(47)

Kronik yaygın ağrıya sebep olabilecek psikososyal sebeplerin araştırıldığı prospektif bir çalışmada; iş yerinde meslektaşlarından yeterli sosyal destek görememe ve monoton iş hayatının yeni başlayan yaygın ağrıda en güçlü haberciler olduğu tespit edilmiştir. (48) Ayrıca psikolojik stres, olumsuz yaşam koşulları, vücuttaki semptomlara odaklanma ve ağrıyla baş etme stratejilerindeki yanlışlıklar ağrı şiddetini arttırmaktadır.(49)

Çalışmalar sonucunda, olumsuz yaşam olaylarının biyojenik amin seviyelerinde değişiklik yaparak hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aksı etkileyerek normal beyin fonksiyonlarını (özellikle frontal lob/eksekütif fonksiyonu) değiştirebileceği düşünülmektedir.(40)

Yıllardır etyopatogenezi araştırılmaya devam edilen FMS, günümüzde santral ağrı sendromları arasında yer almaktadır.(50) Elde edilen yeni kanıtlar doğrultusunda FMS etyopatogenezinde çevresel ve genetik faktörlerin rol oynayabileceği, genetik yatkınlığı olan bireylerde çevresel (mekanik ve emosyonel travma) ve immünolojik faktörlerin FMS oluşumunu tetikleyebileceği düşünülmektedir.(40, 50-52)

2.1.6.Klinik Özellikler ve Tanı

Fibromiyalji tanı ölçütleri 2010 yılında büyük oranda değiştirilerek, mental belirtiler ve semptom şiddet skalası dahil edilmiş ve hassas noktalar çıkartılmıştır. Klinik pratikte hassas nokta sayımında zorluklar yaşanması sonucu semptomlara dayalı tanı

konulabilmesi, yorgunluk ve bilişsel bozukluk gibi hastalıkta görülen bulguların 1990 ACR tanı kriterleri içinde yer almaması, semptomları hafifleyen hastalarda hassas nokta sayısının azalmasına bağlı olarak tanı koyma zorluğu yaşanması gibi nedenlerden dolayı bu değişiklik kaçınılmaz olmuştur.(25)

Yeni tanı ölçütlerinde ağrı hala en belirgin özellik olarak yerini korumakla birlikte yaşam kalitesi araştırmaları fibromiyaljinin depresyon, anksiyete, aleksitimi gibi yaşam kalitesinin mental bileşenleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.(53)

FMS'nin belirti ve bulguları romatolojik, nörolojik, endokrinolojik, psikiyatrik ve diğer somatik bozuklukların bulguları ile benzerlik gösterdiği için tanı koyma zorluğu yaşanmaya devam etmekte ve halen FMS'ye spesifik laboratuvar bulgusu veya görüntüleme yöntemi olmadığından tanı ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve ACR tanı kriterleriyle konulmaktadır.(54)

Tablo -4 2010 ACR Tanı Kriterleri

FMS tanısı için hastanın aşağıdaki 3 durumu da karşılaması gerekmektedir.
Yaygın ağrı indeksi (CWP)'nin 7 ve üzerinde olması, semptom şiddet (SS) skalası skoru 5 ve üzerinde olması veya CWP 3-6 ve SS skalası skorunun 9 ve üzerinde olması
Semptomların aynı düzeyde en az 3 aydır mevcut olması
Hastada ağrıyı açıklayacak başka bir bozukluğun olmaması
ACR: American College of Rheumatology, CWP: Chronic Widespread Pain, SS: Symptom Severity

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Yorgunluk ve kronik generalize ağrı gibi semptomlar, birçok romatolojik ve nonromatolojik hastalıklarda bulunmaktadır.(20) Santral sensitivite sendromları arasında

yer alan FMS, klinikte Tablo 4'te gösterilen diğer santral sensitivite sendromlarıyla karışabilmektedir.(55) Ayırıcı tanıda en fazla karışıklığa yol açan hastalıklar, miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) ve kronik yorgunluk sendromu (KYS)' dur.(56)

Ayrıca FMS ile birlikte diğer romatizmal hastalıklar sıklıkla bir arada bulunabilir, örneğin romatoid artritli hastalarda FMS görülme sıklığı normal populasyona göre daha sık olduğu bilinmektedir. (57)

Görüldüğü üzere FMS'nin ayırıcı tanısındaki hastalıklar geniş bir spektrumda yer almaktadır. Yumuşak dokularda ve eklemlerde şişlik hissi romatolojik hastalıklarda, tutukluk ve ağrının bir arada olması ise osteoartritte, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve RA görülebilir. Ayrıca depresyon, psikojenik ağrı, somatoform bozukluklar, hipotiroidi, D vitamini eksikliği ve nöropatiler de mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.(11, 17) (58)

Tablo – 5 Santral Sensitivite Sendromları(55, 58)

Santral Sensitivite Sendromları	
FMS	PTSB
Kronik yorgunluk sendromu	İBS
Miyofasiyal ağrı sendromu	Migren
Huzursuz bacak sendromu	Gerilim tipi baş ağrısı
TMD	İnterstisyel sistit
Primer dismenore	Çoklu kimyasal sensitivitesi
İBS:İrritable barsak sendromu, PTSD: Posttravmatik stres bozukluğu, TMD: Temporomandibuler eklem disfonksiyonu	

2.1.8.Tedavi

Kronik bir ağrı bozukluğu olan FMS' nin, birçok kronik hastalıkta olduğu gibi tam iyileşme sağlayan bir tedavisi bulunmamaktadır. FMS tedavisi hastadan hastaya farklılık gösterir, bunun nedenleri arasında klinik belirtilerin oldukça heterojen olması , ağrının şiddeti, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve diğer somatik sendromların varlığı sayılabilir.(59) Yapılan çok sayıda çalışmada uygulanan tedavi yöntemleri farklılık göstermekte ve tedavi protokollerinde herhangi bir standardizasyon bulunmamakla birlikte günümüzde FMS tedavisi multidisipliner ve interdisiplinerdir. (60, 61)

Kişiyeye özgü düzenlenen FMS tedavisinin hedefi sadece ağrının tedavisi olmayıp, eşlik eden bozukluklarla ilişkili olan anksiyete ve depresyon belirtilerini , uyku bozukluklarını , bilişsel bozukluk belirtilerini kapsamalı, ayrıca işlevselliğin ve yaşam kalitesinin artırılmasını da hedeflemelidir.(62, 63) Ayrıca tedavideki en önemli faktörlerden biri, psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesini ve güveninin kazanılmasını sağlayan hasta eğitimidir.

FMS'yi bölgesel ya da multifokal bir kas bozukluğu olmaktan ziyade sistemik bir hastalık olarak ele alan yöntemler en fazla desteklenen tedavi protokolleridir. The European League Against Rheumatism (EULAR)'ın 2008 yılındaki tedavi kılavuzunda önerdiği gibi tedaviden optimal yarar sağlayabilmek için olguların çeşitliliğini, semptom şiddetini ve fonksiyonel durumunu göz önüne alan, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin bir arada olduğu, psikososyal ve davranışsal yöntemler ile eğitim uygulamalarını içeren çok boyutlu tedavi yaklaşımları gereklidir. (64)

FMS'de oluşan kronik ağrı psikososyal faktörlerle de ilişkili olduğundan; bilişsel süreci değiştirmeyi ve çevresel stresörleri azaltmayı hedefleyen bilişsel-davranışsal tedavi (BDT) yöntemi de dahil edildiğinde tedavilerin etkinlik gücü artmaktadır.(61)

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda, multidisipliner ve interdisipliner tedavilerin etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur ancak içeriklerinde uygulanan tedavi yöntemlerinden hangisinin daha etkili olduğu konusu ve etkinlik süreleri halen tartışmalıdır.(65)

Amerikan Ağrı Derneği (APS-The American Pain Society) ve EULAR tarafından tedaviler ile ilgili klinik araştırmaların sistematik derlemeleri ve metaanalizlerin sonucunda tedavi rehberleri geliştirilmiş ve ayrıca kanıt düzeylerine göre önerilerde bulunulmuştur. Farmakolojik olmayan tedaviler ve uygulamalar arasında aerobik egzersiz, hasta eğitimi, psikoterapötik yaklaşımlar, hipnoterapi, balneoterapi, akupunktur ile tamamlayıcı veya alternatif tedavi yöntemleri sayılabilir. (11)

Farmakolojik tedavide antidepresanlar , antikonvülzanlar, sedatif- hipnotikler, opiat reseptör agonistleri, nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ) ,analjezik ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlardan birinci sıra tedaviler olarak önerilen antidepresanların ve antikonvülzanlar içinde yer alan pregabalinin (alfa-2 delta ligandları) tedavi etkinliği için “yüksek kanıt düzeyi” ifadesi kullanılmaktadır.(11, 59, 62, 63, 66-68)

Trisiklik antidepresanlar (TSA), duloksetin, milnasipran, gabapentin ve pregabalin dışında kalan ilaçların etkinliğin orta –zayıf kanıt düzeyleri arasında değiştiği ve NSAİ ilaçların tek başına kullanıldığında etkinliğinin bulunmadığı bildirilmektedir.(62, 63, 67, 68)

Günümüze kadar FMS tedavisinde duloksetin, pregabalin gibi psikotrop ilaçların kullanımı endikasyon dışı olarak devam etmiş ve FDA tarafından en son 2009 yılında milnasipranın da FMS tedavisinde kullanılması onaylanmıştır.(67, 69)

FMS tanısı konulduktan sonra, tedaviden önce hastaya ve ailesine hastalıkla ilgili eğitim vermek hastalıkla ilgili yanlış beklenti ve bilgiyi düzeltmek; tedaviye olan uyumu etkileyeceği için son derece önemlidir. Hastaya basit gevşeme teknikleri öğretilmeli, stres

ve stresin kronik ağrıyı uyarmadaki rolü üzerinde duran bilişsel-davranışçı programa hastanın adaptasyonu sağlanmalıdır. Ayrıca ağrının inflamatuvar ve yapısal olmadığı, aerobik egzersiz, fizik tedavi programının sonuçta mutlaka yararlı olacağı belirtilmelidir.(70) (71)

Bilişsel - Davranışçı Tedavi

Bilişsel davranışçı terapi kılavuzlarda birinci düzey kanıta dayalı tedavide yerini almıştır.(61) Kronik ağrı bazen depresif bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi bazen fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozulmalara yol açabilmektedir. Ağrı kronikleştikçe bir bulgu olmaktan çok artık bir sendrom haline gelmekte ve kişide mental, davranışsal ve duyuşsal yönleri ön plana çıkmaktadır.(72)

BDT ile FMS'li olgularında ağrıyı kontrol edebilme yetisi, ağrı şiddeti, fonksiyonel kapasite ve emosyonel stres açısından etkili olduğu saptanmıştır.(73)

Bilişsel davranışçı terapinin hedefi gerçek dışı inanç, düşünce ve olumsuz kendilik algısının değiştirilerek, bireyin baş etme becerilerini geliştirmek ve hastalıkla ilgili yaşantılarına dair işlevselliğini arttırmaktır.(74)

Analjezikler ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar

Basit analjeziklerin (parasetamol) veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların tek başına kullanımlarının FMS'de etkili olduğunu gösteren yeterli veri yoktur.(75)

Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların FMS tedavisinde yeri olmamakla birlikte, bu ilaçların analjezik amaçlı başlandığı ancak uzun dönemde FMS ile ilişkili semptomlara etkisiz ancak TSA'larla kombinasyonları ile analjezik etkinliklerinin arttırılabileceği bildirilmektedir.(76, 77)

Opiyatlar

Tramadol mü-opioid reseptörlerine zayıf agonist özelliği ile santral etkili analjezik etki gösterir. Aynı zamanda serotonin ve norepinefrin geri alım inhibisyonu yapması ile de anti-nosiseptif etkisine katkı sağlar. (11, 17)

Özellikle nöbet eşiğini düşüren ilaçlar (antidepresanlar, nöroleptikler vb.) ile tramadolun birlikte kullanımında nöbet riski ve SSRI ile birlikte kullanımında serotonin sendromu açısından dikkatli olunmalıdır. Tramadolun diğer opioidlere göre çok daha az riskli olmakla birlikte uzun süreli kullanımında bağımlılık yapma potansiyeli göz önünde bulundurulmalıdır. (11, 17, 78)

TSA ve Siklobenzaprin

FMS tedavisinde en çok çalışılan ilaçlar olan TSA ilaçlar ile hastaların %25-45'inde klinik olarak anlamlı iyileşme meydana gelmektedir. Bu ilaçların ağrı, uyku ve yorgunluk belirtileri üzerinde orta derecede, halsizlik üzerinde hafif derecede etkin olduğu gözlenmektedir. (17)

Siklobenzaprin yapısal olarak birinci kuşak TSA 'lere benzemekte ve serotonin ve noradrenalin geri alımını inhibe etmektedir; santral etkili bir kas gevşetici olarak FMS' de kullanımı ile uyku üzerine belirgin, ağrı üzerine hafif etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. (79)

TSA'lar serotonin ve epinefrin-norepinefrin gibi aminlerin geri alımını etkileyerek, endojen opioid artışını sağlayarak, santral olarak motor aktiviteyi düzenleyerek ve depresyonu hafifte olsa düzelterek etki gösterirler. Nöroplastisitede değişiklikler yaparak, histamin, asetilkolin, glutamat gibi nörotransmitterleri etkileyerek, iyon kanallarını bloke ederek antidepresan etkilerinden bağımsız olarak da analjezik etki ettiği düşünülmektedir.(76, 80) Ağız kuruluğu, kilo alımı, konstipasyon, sıvı retansiyonu,

konsantrasyon güçlüğü gibi antikolinerjik yan etkileri ve kardiyotoksik özellikleri nedeniyle yaşlı hastalarda kullanımları kısıtlıdır. FMS tedavisinde bir TSA olan amitriptilin yatmadan önce 10-25 mg/gün ile başlanıp, 50 mg/güne kadar çıkılması önerilmektedir.

En fazla klinik çalışma amitriptilin ile yapılmış olup, 10 adet randomize kontrollü çalışmanın değerlendirildiği bir gözden geçirmede düşük doz amitriptilin (25mg/gün) kullanımının belirtilerde orta derecede etkili olduğu gösterilmiştir. Başka bir derlemede de amitriptilin 25 mg/gün kullanımı ile 6 ve 8. haftalarda ağrı, uyku ve yorgunlukta anlamlı düzelme saptanırken, 12. haftada bu etkinin gözlenmediği belirtilmiştir. (81, 82)

2009 yılında yapılan başka bir meta analize göre de TSA'ların ağrı, yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine belirgin etkin oldukları ancak düşük doz kullanımları nedeniyle (12,5-50mg/gün) depresif belirtiler üzerine yeterli etkinlik göstermedikleri söylenebilir.(59, 83)

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

Trisiklik antidepresanlara göre yan etkilerinin daha az olması ile iyi tolere edilmeleri bir avantaj sağlamakta ve yapılan çok sayıda çalışma sonuçları SSGİ'lerin FMS tedavisinde etkin olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bu etkinin doğrudan ağrı, yorgunluk ya da uyku gibi direkt fibromiyalji belirtileri üzerine etkilerinden ziyade diğer ağrılı durumlara benzer şekilde ağırlıklı olarak yaşam kalitesine etkisine, genel bir iyilik hali oluşturmalarına ve antidepresan etkilerine bağlı olduğu düşünülmektedir. (59, 63, 66, 67, 82, 84) Ancak SSGİ'lerin FMS' de antidepresan etkiden bağımsız olarak etki gösterdiği yönünde bulgular olması da bu konuda daha detaylı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.(59) Yapılan çalışmalarda sitalopramın fibromiyaljideki ağrı üzerine anlamlı etkisi bulunmadığı bildirilmekle birlikte, fluoksetinin 20-80 mg/gün dozunda ağrı, hassas nokta ve depresyon üzerine plasebodan daha etkili olduğu

bildirilmektedir.(83, 85, 86) Ayrıca EULAR'a (European League Against Rheumatism) göre fluoksetin, paroksetin, sertralin gibi selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) FMS tedavisinde etkili olduğuna dair kanıtlar kuvvetlidir. (64)

Serotonin – Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNGİ)

SNGİ'ler bilişsel fonksiyon, uyku, dikkat, depresyon, anksiyete ve inen ağrı inhibisyonu üzerinde etkili olan serotonin ve norepinefrinin geri alımını inhibe etmektedirler. FMS tedavisinde FDA tarafından onay verilen iki antidepresan olan duloksetin ve milnasipran, bu grupta yer almaktadır ve tedavide birinci seçenек ilaç olarak önerilmektedirler.

Duloksetinin analjezik etkisinin antidepresan etkinliğinden bağımsız olduğu bulunmuştur. 2008 yılında yapılan faz-III çalışmasında duloksetinin 60-120 mg/gün dozlarında 1. haftadan itibaren ağrı üzerine etkisinin başladığı ve her iki dozunda 3 aylık dönemde FMS belirtilerinin yanı sıra depresif belirtiler üzerine de etkin olduğunu, genel iyilik ve yaşam kalitesini arttırdığını, her iki dozun güvenli olduğunu ve duloksetinin plaseboya üstün olduğunu ortaya koymuştur.(87) Ayrıca major depresyonu olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında da duloksetinin her iki grupta da FMS'de etkin olduğu bulunmuştur.(88)

Milnasipranın norepinefrin geri alımına olan etkisi serotonin geri alımı üzerine olan etkisinden çok daha fazladır, ayrıca yüksek dozlarda NMDA reseptör antagonizması yapması nedeniyle ağrı üzerine etki göstermektedir. Duloksetin gibi 1. haftadan itibaren ağrı üzerine etkisi antidepresan etkisinden önce başlamaktadır. (89, 90) Milnasipranın 200 mg/gün dozunda özellikle ikiye bölünmüş dozda kullanımı ile ağrı, yorgunluk, depresyon ve uykuda anlamlı düzelme görüldüğü bildirilmektedir.(59, 91)

Venlafaksinin FMS belirtilerine etkisinin değerlendirildiği ve 75mg/gün dozunda kullanıldığı randomize kontrollü çalışmada etkisinin plaseboda farklı olmadığı bunun da venlafaksinin norepinefrin geri alımı üzerine olan etkisinin yüksek dozlarda ortaya çıkmasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir. (67, 92) FMS tedavisinde yarar sağlayacak yüksek dozlarda kullanımı yan etkileri açısından özelikle 150mg ve üstündeki dozlarda kan basıncından yükselmeye neden olması, ağız kuruluğu, kabızlık gibi yan etkilerinin artışı gibi konularda hastalar bilgilendirilmelidir.

Antiepileptikler

Pregabalin, FMS tedavisinde 2007 yılında FDA onay alan ve tedavide birinci seçenek olarak önerilen bir ilaçtır. Yapılan alışmlarda ağrı, yorgunluk ile uyku bozukluğu üzerine etkili olduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir(65, 93)

2.2. STRES

2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi

Günlük hayatta çok sık karşılaşılan bir kavram olmasına karşın, halen stresin tanımı ve kapsamı hakkında net bir çerçeve bulunmamaktadır. Tıp alanındaki kitaplarda bulunan tanımlarda stresi tarif etmede tam olarak yeterli değildir.(94)

Latince bir kelime olan "*Estrictia*" ve Fransızcadaki "*Estrece*" kelimesinden türeyen stres kelimesi; 1600'lü yıllarda felaket, bela musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmış; 18.yy ve sonrasında stres kavramına yüklenen anlam değişmiş ve güç baskı zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik kullanılmıştır. Ayrıca stres kelimesi sadece etki yönüyle değil, "bütünlüğü koruma", "esas duruma dönmek için çaba harcama" şeklinde etkiye tepki anlamında da kullanılmaya başlanmıştır.(95)

Stres teriminin tıbbi tarihçesine bakacak olursak 1878'de Claude Bernard; bütün hayati fonksiyonların, dış ortamın değişen şartları karşısında canlının iç dengesinin belirli sınırlar için de sabit tutulması amacına yönelik olduğunu söylemiş ve stresi "organizmanın dengesini bozan uyaranlar olarak" tanımlamıştır. 1880 yılında Belçikalı bir fizyolog olan Fredericq ise, stres yaşayan organizmanın zararlı etkenlere karşı tepkisi, bunun sonucunda organizmanın ya zararlı etkilerden kurtulacağını ya da hastalanacağını ileri sürmüştür (96) Walter B. Cannon 1930'larda stresi, günümüzdeki kullanılan olumsuz anlamının aksine, aslında işlevsel bir yaşantı ve tehlike durumlarında organizmanın o durumla baş edebilmesine yardımcı olan, savaşması veya kaçması için gerekli enerji ihtiyacını karşılamaya yönelik fizyolojik ve biyokimyasal tepkiler örüntüsü olarak tarif etmiştir. Ayrıca "homeostatis" terimini kullanarak, sistemin kendi iç dengesindeki sürekliliği

koruma özelliğinden söz etmiş; yaşamda gerekli olan dengeyi sürdürebilmek için kullanılan “geribildirim” (feedback) süreçlerini belirlemiş ve incelemiştir.(97, 98) Yani Cannon bedenın stres karşısında gösterdiği “savaş ya da kaç” tepkisine ilişkin ilk araştırmaları yapmıştır.(99)

Hans Selye ise 1936 da stres kavramına biyolojik bir yaklaşım getirmiş ve hipofizyel neokortikal aksın değişik fiziksel ve ruhsal streslere, romatoid artrit ve peptik ülser gibi organik hastalıklara yol açacak hormonal değişikliklerle yanıt verdiğini düşünmüş ve bu hastalıkları vücudun farklı kaynaklardan gelen strese adaptasyon girişiminin bir ürünü olarak görmüştür.(100, 101)

Lazarus, 1960 yılından itibaren stresi: “İnsan ile içinde yaşadığı ortam arasındaki karşılıklı ilişkinin organizmada yarattığı tepki” olarak tanımlamıştır. Daha sonra House stresi: “insanın alışlagelen davranış kalıplarının yetersiz kaldığı hallerde ortaya çıkardığı tepki” olarak ifade etmiştir.(96, 102)

2.2.2. Stresin Etkileri ve Stresle Başa Çıkma

Psikiyatri pratiğinde “stres” terimi davranışta fiziksel veya zihinsel hastalığı da içeren bozukluklar oluşturabilen psikososyal durumlar için kullanılmıştır.(103) Stres; organizmanın dinamik olan dengesine (homeostasis) yönelik içsel veya dışsal bir tehdit sonrasında, organizmanın bu yeni duruma uyum sağlama (adaptasyon) çabası olarak tanımlanmıştır.(104)

Hans Selye'nin stresi herhangi bir talep karşısında bedenın gösterdiği, spesifik olmayan tepki örüntüsü şeklinde tanımlaması ile ; bedenın tepkisinin stresörlere göre çeşitlenmediğini, bedenın her stresör karşısında benzer bir şekilde aynı biyolojik değişimlerle tepki verdiğini anlatmıştır.(101) Yani farklı yollarla organizmayı sıkıntıya sokan farklı durumların ortak fizyolojik yanıtlara yol açığının fark edilmesi ile türetilmiştir. Selye stres yaratıcı uyarılara kritik yanıt verici olarak adrenokortikal

sisteme başvurmuştur ve organizmaya geçici ya da sürekli herhangi bir yenilik, karışıklık eşlik ettiğinde farklı patolojik değişiklikler olacağını belli olduğunu fark etmiştir.(100)

Örnek verecek olursak Selye 1950’de yaptığı çalışmalarda stresin, fizyolojik etkilerini vurgulamış ve stres verici bir uyarana karşısında kalan bireyin, kalp atış hızının yükselmesi, ağzının kuruması, titreme, terleme, iştah bozukluğu, çeşitli ağrılar, kolay yorulma ve gevşeyememe gibi çoğunluğu otonom sisteminin ürünü olan bazı tepkiler verdiğini belirtmiştir. Şöyle ki “biyolojik bir sisteme etkide bulunan herhangi bir iç veya dış uyarana otonom bir tepkiyle adrenalin ve ACTH salgılanmasına yol açar. Böylece sempatik sistem aktive olur. Stres verici durumun ortadan kalkması bu tepkinin yok olmasına neden olur. Stresin uzaması durumunda ise, birey başlangıçta “alarm” verir. Buna “alarm reaksiyonu” denir. Daha sonra organizma parasempatik sistemin de aktivasyonu ile homeostatik dengesini orijinal düzeyden farklı bir düzeyde tekrar kurmaya çalışır ki bu da “Genel Adaptasyon Sendromu” denir. Alarm dönemini de ya “düzelme” ya da “direnc” aşamasından “tükenme aşaması”na giden süreç izler.(100)

Stres ve etkileri üzerine araştırmalarını yoğunlaştıran bir başka kişi olan Walter Cannon ise yöntemsel olarak stresli durumlara verilen gastrik erozyon ve kardivasküler yanıtları gözlemlemiştir. Yani stres psikiyatrik ve bazı sistemik hastalıkların tetikleyicisi, temel psikopatolojilere, mental sıkıntılara katkıda bulunan bir etken olarak bilinmektedir. (101)

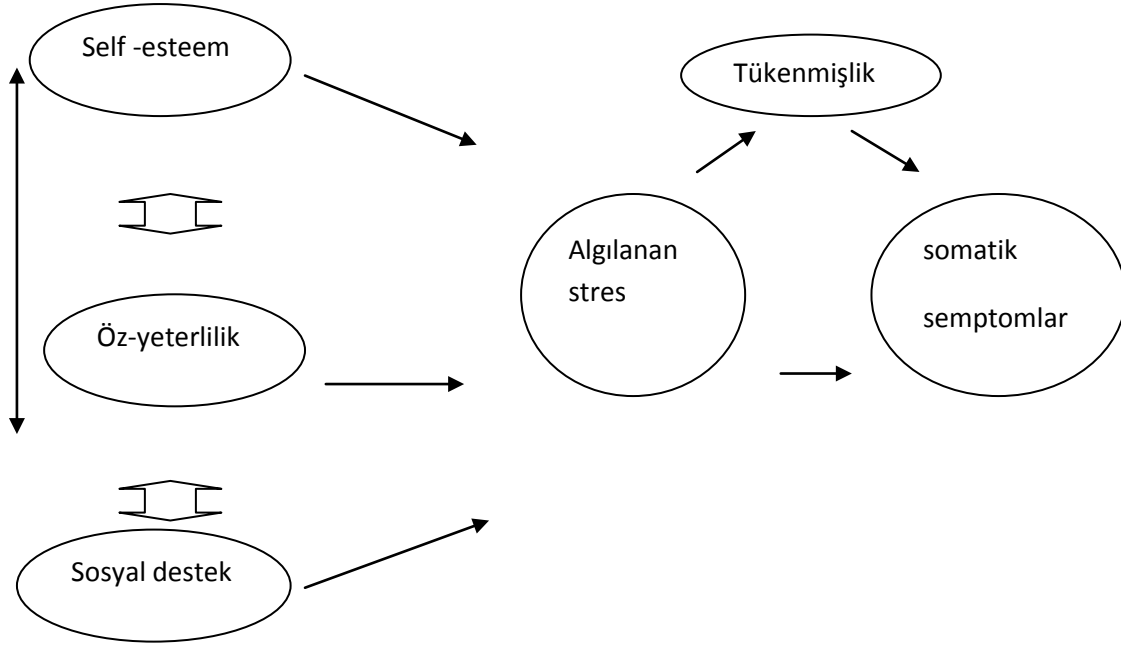
Bu alanda karşılaşılan iki temel kavramsal sorun vardır. Birincisi hastalıkların nedeniyle tetikleyicisi arasındaki karışıklıktır. Örnek olarak stresin, EKG üzerine etkisinin incelendiğini bir çalışmada yatkın bireylerde duygusal çatışmalar hakkında konuşmanın bile ciddi aritmilere yol açtığı görülmüştür.(105) Ancak çoğu çalışmada kısa süreli

stresörün psikolojik sonuçlarının hastalığa yol açtığını göstermek zordur. Bu konudaki araştırmalar psikosomatik tıbbaya temel oluşturmaktadır.

İkinci kavramsal sorun ise yatkınlığa karşı çabuk iyileşme gücünü ve stresle baş etme konularını içerir. Richard Rahe ve arkadaşları 1974 yılında stres uyaranları ve baş etme süreçleri ilgili bir model öne sürmüşler, bu modele göre yaşam olayları, geçmiş deneyimler, stresle baş etme davranışları ve psikolojik savunmalar gibi değişkenler birlikte hastalık olasılığını azalması ya da artışı etkileyebildiği sonucuna varmışlardır.(106)

Yani stres yaşayan her bireyin hastalanmadığı ileri sürülerek bir ara değişken aranmış “stresle başa çıkma kavramı” ortaya atılmıştır. 1980’li yıllarda stresle başa çıkma süreciyle ilgili çalışmalar yapılmaya başlamıştır.(99) Folkman ve Lazarus stresle baş etmeyi “stresörlerin yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal çabaların bütünü” başka bir ifadeyle de “kaynakları aştığı düşünülen içsel veya dışsal talepleri ve tehlikeyi kontrol altına alabilmek için gösterilen değişken (dinamik) bilişsel ve davranışsal çaba şeklinde tanımlamışlardır. Bu tanımlamalara göre de önceden neyin iyi ya da kötü bir başa çıkma olduğu tahminini yapmanın mümkün olmadığı söylenmiştir. (102, 107-109)

Lazarus ve Folkman’ın stresin transactional teorisinde kişinin stres düzeyinin , içinde bulunduğu çevre ile etkileşim içinde ve baş etmek için gerekli olan sosyal , kültürel kaynakları nasıl değerlendirdiği ile ilişkili, olduğunu savunmaktadır. Bu modelde de stresle baş etmenin çok önemli bir değişken olduğunu vurgulamıştır. (110) Bu teoriye dayanarak oluşturulan model çerçevesinde bir grup üniversite öğrencisindeki psikosomatik semptomlar açıklanmıştır. Bu modelde self esteem, öz-yeterlilik, sosyal destek gibi bazı kişisel ve sosyal kaynakların algılanan stres düzeyini etkileyen ana faktörler olduğu saptanmıştır. Bu faktörlerin de kişide psikosomatik semptomatolojiye neden olduğu savunulmuştur.(111) (Şekil 1)



Şekil 1. Psikosomatik belirtileri açıklayıcı bir model(111): Stresin Transactional Modeli'ne göre tükenmişlik devre dışı bırakıldıktan sonra yapılan değerlendirmede algılanan stresin direkt olarak semptomlarla ilişkili olduğu tespit edilmiş.

3.PSİKOSOMATİK TIP

3.1. Psikosomatik Tıbbın Tarihçesi ve Tanımı

Psikosomatik teriminin tarihçesi Yunanca *psyche* (soluk almak) ve *soma* (beden) kelimelerinden ortaya çıkan zihin –beden birlikteliği kavramına dayanmaktadır. (6)

Stresin özgül olmayan içe alımı teorisine göre psikosomatik tıpta stres reaksiyonundan bir takım ruhsal savunmaların başarısız olduğu ve tehlikenin dokularda değişikliğe yol açacak şekilde somatik sistemlere iletildiği durum olarak bahsedilmektedir.(28)

Psikosomatik tıp; sağlık ve hastalık durumunda , ruh ve beden bütünlüğü ile; bunlar arasındaki psikolojik, biyolojik ve sosyal etmenlerin birbiri ile ilişkisini ve etkileşimini inceleyen bir bilim dalı, tıp uygulamalarına kapsamlı ve bütünsel yaklaşım getiren bir disiplin olarak tanımlanmıştır. (112, 113)

3.2. Psikosomatik Hastalıklar

Bireyin psikofizyolojik yapısı; genetik, prenatal ve erken çocukluk yaşantısına ait etkenlerin birbiriyle karşılıklı etkileşim halinde bulunduğu bir sistemdir. Bu sistem, sürekli değişim gösteren psikososyal çevre ile de karşılıklı etkileşim içindedir. Bu sistemin kendine göre bir denge durumu (homeostazis) vardır. Organizmanın homeostatik dengesi biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarla sıkı bir etkileşim ilişkisi içindedir. Dıştan veya içten gelen herhangi bir uyarın (veya durum değişikliği) sistemin dengesini bozduğunda ya da bozma tehdidinde bulunduğu, sistem, kendi olanaklarını kullanarak dengesini korumak veya değişen duruma uyum sağlamak üzere dengeyi yeniden kurmak için harekete geçer. Bunda başarılı olamadığında, önce sistemde işlev bozukluğu (hastalığa yatkınlık) belirir. Bu bozukluğun derecesi ve sürekliliğine göre de hastalık oluşur. Psikosomatik hastalıkların temelinde söz konusu olan, homeostatik dengenin bozulması ve bu bozulmaya karşı organizmanın kendi olanaklarıyla yeterli ya da yetersiz biçimde bir çözüm bulmaya, en azından uyum sağlamaya (adaptasyon) çalışmasıdır.(114) Bedendeki hemen hemen her organ sistemi, psikosomatik hastalıklardan etkilenebilmektedir.(115) Örneğin çeşitli organ sistemleri ile ilgili psikosomatik hastalıklardan bazıları kronik ürtiker, alopesi areata, psöriasis, akne vulgaris, İBS, reflü, gastrit, migren ve FMS' dir. Jurgen Ruesch ise psikiyatri ve insanlar arası iletişimi çalışırken psikosomatik hastalıkların bebeksi hastalıklar olduğunu ileri sürerek, hastanın sözel iletişimle ifade edemediklerini kendi bedeni üzerinden ifade ettiğini düşünmüştür.(6, 116)

Holmes ve Rahe 1975'te hastalık olasılığıyla stresli yaşam olaylarının sayısı ve şiddeti arasında ilişki kurmuştur. Stresli yaşam olaylarının sıklıkla hastalıklardan önce geldiğini ve krizin boyutuyla takip eden hastalığın şiddeti ve süresi arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir. Örneğin eş kaybı yaşayan insanlarca kriz en yoğun şekilde tanımlanmıştır.(6, 117)

Psikosomatik hastalarda sevgi nesnesi ile duygusal katılımın yokluğu olarak tanımlanan aleksitiminin olması, ayrıca bir bırakma ve bırakılma kompleksinin olması ile birey kendini ve çevresini değiştirmekte güçsüz olduğunu hisseder ve deneme arzunu kaybeder böylece muhtemelen psikonöroimmunolojik değişikliklerle ilişkili olarak mental ya da fiziksel hastalık gelişir. (6, 118)

3.2.1.Psikosomatik Hastalıklar ve Aleksitimi - Dürtüsellik ilişkisi

Psikosomatik hastalıklarda önemli rol oynayan başka bir faktör ise aleksitimidir. Aleksitimi kişinin kendi ve diğer insanların duygularını tanıma, ifade etme ve ayırt etme güçlüğüne tanımlanmaktadır.(119) Bach kişilik bozuklukları ve aleksitimik özelliklerin ilişkisini araştırmış sonuç olarak belli kişilik özelliklerine sahip olanlarda aleksitiminin daha çok bulunduğunu belirtmiştir. Bu kişileri sosyal olarak içe dönük, kendine güveni az olan, kendini ifade ederken zorlanan ve dürtüsel tarzda ifade eden bireyler olarak tarif etmiştir.(120) Birçok psikiyatrik ve psikosomatik hastalıkta aleksitimi görülebilmektedir. Örneğin FMS' de aleksitiminin yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Güleç ve arkadaşlarının 101 FMS ,30 Romatoid artrit ve 59 sağlıklı kontrol ile yaptıkları çalışmada duyguları tanımada güçlük ve duyguları söze dökmede güçlük alt ölçeklerinden ve toplam TAÖ puanı açısından FMS'li grubunun anlamlı ölçüde yüksek puan aldıkları saptanmıştır.(121) Başka bir psikosomatik hastalık olan İBS'li hastalarla yapılan bir çalışmada da hastaların aleksitimi, depresyon ve anksiyete ölçeklerinde sağlıklı kontrollere

göre anlamlı ölçüde yüksek puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca TAÖ alt ölçeklerine bakıldığında da; İBS hastalarının duygularını ve bedensel duyularını tanıma, duygularını söze dökme ve fantastik düşünce konularında sağlıklı kontrollere göre daha fazla zorlandıkları bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada yine benzer sonuçlar bulunmuş, İBS hastalarının kontrol grubuna göre anksiyete ve aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve %80'e varan psikiyatrik komorbidite olduğu saptanmıştır.(122, 123) Birçok psikosomatik hastalığın temelini oluşturan somatizasyon terimi; "psikososyal stres karşısında bedensel bir yanıt ve buna bağlı tıbbi yardım arama davranışı" olarak tanımlanmakta ve stres gibi çeşitli tetikleyici faktörler olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kişilik, sosyokültürel düzey, gelişimsel öğrenme ve genetik faktörlerden etkilendiği söylenmektedir. (124) Aleksitimi bir kişilik özelliği olarak da algılanmakta ve aleksitimik kişilerin duygusal durumlarını bedensel hastalık işareti olacak şekilde hatalı yorumlama eğiliminde oldukları belirtilmektedir.(125)

Dürtüsellik (impulsivity) risk alma, elindeki işe odaklanamama, zihnini toplayamama, yeterince düşünmeden hızlı karar verme, hazırlıksız ani harekete geçme, plan yapmada yetersizlik gibi davranışlarla ilişkilidir.(126, 127) . Barratt dürtüsel özellikleri ölçmek için geliştirdiği ölçekte dürtüsellik, dikkatsizlik veya bilişsel dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plansızlık ile ilgili dürtüsellik olmak üzere 3 alt gruba ayırmıştır. Aynı zamanda dürtüsel özelliklere sahip kişileri aceleci, risk almayı seven, sabırsız, şansına güvenen, dikkat ve konsantrasyon problemleri olan, fazla düşünmeden olaylara anında tepki veren, herhangi bir hazırlığı olmaksızın anında harekete geçen, beklemesi gereken durumlarda huzursuz olan kişiler olarak tanımlamıştır.(126) Aslında Barratt'ın tanımladığı bu kişiler, erişkin DEHB olguları ile benzer dürtüsel özellikler göstermektedirler. FMS hastaları da ağrı şikayetinin yanında dikkatsizlik, konsantrasyon problemi, huzursuzluk, işlem belleği ile

ilgili erişkin dikkat eksikliği bozukluğuna benzer şikayetleri sıklıkla belirtirler. FMS' nin etyopatogenezinde nöropsikolojik defisitlerin de rol oynadığı iddia edilmektedir.(128) Ayrıca literatürde FMS hastalarında %32 oranında çocukluk çağı DEHB öyküsü olduğunu bildirilmekte ve her iki hastalığın klinik belirtileri ve dopamin disregülasyonu açısından ortak noktaları bulunduğu öne sürülmektedir.(129) Ayrıca literatürde TMD ve obezite gibi diğer psikosomatik bozukluklar da dürtüselliğin yüksek olduğu bulunmuştur. (130, 131) Aynı FMS' de olduğu gibi obezite ve dürtüsellik ilişkisini güçlendiren benzer bir nokta da obez çocuklarla yapılan bir çalışmada %58 oranında DEHB saptanmış olması ve öne sürülen hipotezlerde de dopamin disregülasyonuna dair veriler bulunmasıdır.(132, 133) Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler başlıklı çalışmaya 48 obez ve 48 kontrol alınmış; obez grup ile kontroller arasında ortalama dürtüsellik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen daha yüksek puan aldıkları görülmüş. Aynı çalışmada depresyonu olan grupta BIS-toplam, BIS-d ve BIS-m puanları depresyonu olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuş ($p<0,05$), ayrıca obez olanlar da kendi içlerinde depresyon varlığına göre ayrıldığında, depresyonu olanların BIS-toplam, BIS-d ve BIS-m puanları diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek saptandığı bildirilmiş ($p<0,05$). (131) Psikosomatik bir bozukluk olan temporomandibular disfonksiyon hastalarının mizaç karakter özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların yenilik arama mizacında yüksek puanlar alması “kontrollerden daha düzensiz ve sistemsiz olma eğilimini, zayıf dürtü denetimini, kolay heyecanlanma, hızlı karar verme, çabuk öfkelenmeyi yansıttığı ” şeklinde yorumlanmıştır.(130) Migren hastaları ile yapılan bir çalışmada da mizaç ve karakter envanteri alt puanları açısından YA2 (dürtüsellik) puanları kontrollere göre yüksek çıkmış ve somatik anksiyetenin yenilik arama alt boyutundan özellikle dürtüsellikle anlamlı bir ilişkisi olduğu yorumu yapılmıştır.(134)

FMS hastalarının mizaç karakter özelliklerinin bakıldığı bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da dürtüsellik alt ölçeği ortalama puanları kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur.(8) Ancak literatürde FMS hastalarının direkt olarak dürtüselliklerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamakla birlikte fibromiyalji gibi psikosomatik hastalıklarda aleksitimi ve dürtüsellik ilişkisi ile ilgili yeterli veri de bulunmamaktadır. Ayrıca dürtüsellik ve aleksitimi ilişkisi ile ilgili çok az sayıda çalışma bulunmakta ve bu çalışmalarda da dürtüsel agresyon ve aleksitimi ile ilişkisine değinilmektedir. Şöyle ki travma ilişkili dürtüsel agresyon olgularında aleksitiminin dürtüsel agresyon için prediktör oluşu bulunmuştur.(135, 136). Aleksitiminin oluşumunda bebeklikten başlayan bağlanma sorunları ve ihmalin önemli rolü olduğu bilinmektedir, ayrıca FMS etyolojisinde çocukluk çağı travması öyküsü de yer almaktadır.(137) Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmış 100 üniversiteli kadınla yapılan bir çalışmada da aleksitiminin kendine zarar verme davranışına aracılık ettiği bildirilmiştir.(138)

Bu bilgiler ışığında FMS hastalarındaki dürtüsellik ve kendilerine zarar verme davranışları açısından yapılan literatür taramasında FMS' li kadınlarda normal populasyondan daha yüksek suikid riski ve suikid girişimi tespit edilmiş olması dikkat çekicidir. Sıklıkla FMS ile birlikte bulunan depresyon, kronik ağrı ve uyku bozukluklarının ve ayrıca hastalığın şiddetinin de intihar davranışı ile ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir.(139, 140) Ancak söz konusu çalışmalarda intihar davranışının nedeni kesin olarak açıklanamamış ve dürtüsellikle ilgili herhangi bir değerlendirmede de bulunulmamıştır. Dürtüsellikle ilgili bir ölçüm yapılmaması şu açıdan önemlidir. Sayar ve arkadaşlarının ergen intihar girişimcilerinin psikolojik özelliklerini değerlendirdiği çalışmasında duygularını ifade edememenin tekrarlayan intihar girişimleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir.(141) Bu da bize FMS' li kişilerin aleksitimik özellikleri ile ilişkili olarak yeteri kadar ifade edemedikleri duygularını, intihar gibi dürtüsel bir davranışla

dışavurduğunu düşünmemize yol açmaktadır. Nitekim 2012 yılında Çin’ de dürtüsel davranışlar ve aleksitimi ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya 702 öğrenci alınmış, sonuçta yüksek dürtüsellik puanları olan grubun düşük dürtüsellik puanı olan gruba göre aleksitimi skorlarıda yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). (142)

Ayrıca ülkemizde bir grup üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada aleksitiminin çekingenlik ve düşük benlik saygısı ile pozitif korelasyon içinde olduğu bildirilmiştir.(143) Çalışmamızın deseni gereği vereceğimiz ölçeklerde FMS’ de bulunan yüksek aleksitimik özelliklerle ilişkili olarak bu kişilerin kendilerini ifade etmekte zorlanmalarıyla birlikte zayıf sosyal ilişkiler içinde olmalarına bağlı kendilik algılarının düşük ve daha az sosyal destek algıladıkları problemle başa çıkma yeteneklerinin yetersiz olabileceğini varsaymaktayız.

3.2.2.Fonksiyonel Somatik Sendromlar (FSS)

FSS’lar ayrıntılı muayene ve değerlendirmeden sonra mevcut semptom kümesini açıklayıcı herhangi bir yapısal patoloji ve orantılı doku anormalliği tespit edilemeyen durumlar olarak tanımlanmaktadır.(144) Bu hastalar dahili tıp bölümlerine başvurularında semptomları için biyomedikal bir açıklama alamadıkları zaman kendi semptomlarının “tıbben açıklanamayan” ya da “fonksiyonel” diye etiketlenmesi ile karşı karşıya kalmaktadırlar.(145)

Yaygın olarak görülen fonksiyonel somatik sendromlardan bazıları FMS, irritable barsak sendromu , kronik yorgunluk sendromu, gerilim tipi baş ağrısı, non-kardiyak göğüs ağrısıdır.

3.2.3. Biyopsikososyal Açıdan FMS’ye Bakış

Adolf Meyer tarafından geliştirilen hastanın durumunu gelişimsel, psikolojik, çevresel ve biyolojik yönleriyle birlikte değerlendiren psikobiyolojik değerlendirme kavramı günümüzde biyopsikososyal model olarak birçok hastalığa yaklaşımda kullanılmaktadır.

(101) Bireylerin strese karşı tepkisi birtakım iç ve dış etmenler tarafından modifiye edilir. Premorbid kişilik yapısı, genetik yatkınlık vs. iç etmenlere; sosyal destek ise dış etmenlere örnek olarak verilebilir. Bu model ruhsal hastalıkları alevlendirebilen; stresli yaşam olaylarını, farklı destek ağlarını, bireysel mizaçla ilgili deneyimleri ve potansiyel yatkınlık ya da çabuk iyileşme gücü gibi çeşitli özellikleri birleştirmektedir.

Fibromiyalji bir dizi biyolojik ve psikososyal faktörün etkileşimi ile oluşan multifaktöryel bir sendromdur. Bu fonksiyonel somatik sendromun oluşmasına yol açan bağımsız predispozan faktörler olduğu gibi, durumun devam etmesinde de rol oynayan bir dizi faktör bulunmaktadır.(7)

Psikosomatik semptomları açıklayıcı bir model olan stresin transactional teorisine göre de algılanan stresin self esteem, öz yeterlilik ve sosyal destek olmak üzere üç ana değişkenle bağlantılı ve ayrıca tükenmişlikle birlikte psikosomatik belirtilerin prediktörü olduğunu göstermektedir (Şekil 1). 2011 yılında fibromiyalji hastalarındaki semptomları bu model ile açıklamak için yola çıkan araştırmacılar internet üzerinden 165 FMS hastasıyla görüşerek yapısal eşitlik modeline dayanan bir çalışma yapmışlar. Bu model ile stresin FMS semptomları üzerine olan etkisini desteklediğini tespit etmişler. Sonuçlarda FMS hastalarının algıladığı stresin sosyal destek, benlik saygısı ve öz yeterlilik ile negatif ilişkili; semptomlar ve FEA değerleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Böylece stresin immünolojik olmayan mekanizmalar aracılığıyla ağrı gibi semptomlara neden olabileceğini bildirmişlerdir.(111, 146)

Ayrıca hastalığın süresi arttıkça stres kronikleşmekte ve kronik streste kişinin bilişsel, duygusal ve davranışsal yaşantısını etkileyerek bir takım bozukluklara yol açmaktadır.(147)

İnsanların yaşam boyu deneyimleri ile bağlantılı olarak başa çıkma yeteneklerini geliştirdiklerini ve bu doğrultuda kendilerine olan yeterlik inançları arttıkça davranışlarında olumlu değişikliklerin olduğu göz önüne alınacak olursa; kişilerin öz yeterlik inançları arttıkça hem psikolojik hem de fiziksel olarak kendilerini daha iyi ve sağlıklı hissedeceklerdir.(148) Bedensel hastalığı olanlarla yapılan çalışmalarda kendine olan yeterliği yüksek olan hastaların daha düşük düzeyde kaygı ve depresyon yaşadıkları ve daha az ağrı hissettikleri ve fiziksel aktivitelerinde de daha az fonksiyonel kısıtlılık algıladıkları tespit edilmiştir. (149, 150) Başka bir çalışmada da benzer sonuçlar çıkmış ve yaşam boyu karşılaşılan çeşitli zor durumlarla başetme konusundaki olumlu kendilik inançlarının (öz-yeterlilik), fibromiyaljideki ağrının şiddetini-yoğunluğunu ve fonksiyonel kısıtlılığı etkileyen bir faktör olduğu tespit edilmiştir.(151) Ayrıca iş stresi ve tükenmişlik durumunun fibromiyalji semptomatolojisi ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır.(152)

Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada da FMS hastalarının stres ile başa çıkma tarzlarını, sosyal destek ve kendilik algısı ilişkisini destekleyen sonuçlar bulunmaktadır. FMS olgularında kronik ağrı nedeniyle , isteksizlik ve yeti yitimi nedeniyle normal aktivitelerini sürdürmekte zorluk yaşamaları bu kişilerin sosyal ve mesleki hayatlarında sıkıntılara neden olmaktadır. (150) Nitekim Giesecke ve arkadaşlarının FMS sınıflandırmasında depresyon, katastrofik belirtiler ve ağrı ön plana çıkmaktadır.(16)

Kronik hastalığı olan kişilerdeki sosyal destek , hastalığın yol açtığı problemlerle baş edilmesinde önemli bir faktördür.(153) Hastaların algıladıkları sosyal destek hastalara emosyonel rahatlık sağlamak ve sorunları ile başa çıkmada yardımcı olmaktadır. Ayrıca kriz durumunda ya da günlük yaşamda stresin olumsuz etkilerine karşı bireyi korumaktadır.(154, 155) Literatürdeki pek çok çalışmada algılanan yüksek düzeydeki

sosyal desteğin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile negatif ilişkide olduğu bildirilmektedir.(156, 157)

Birçok somatik hastalıkta olduğu gibi, stres ve diğer psikolojik etmenler fibromiyalji sendromunun ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler.(144, 158) Son yıllarda yapılan bir çok çalışma bu görüşü desteklemiş, çalışmalarda stresli yaşam olayları ile FMS'nun ortaya çıkışı arasında bir ilişki olduğu üzerinde büyük oranda görüş birliğine varılmıştır. (144, 159)

4. Yöntem Ve Gereçler

4.1 Grupların Seçimi ve Oluşturulması

Tez çalışması için Aralık 2012 – Nisan 2013 tarihleri arasında Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fizik Tedavi Anabilim dalı polikliniğine ayaktan başvuran ve FTR uzmanı tarafından fibromiyalji tanısı almış ardışık 63 kadın, 2 erkek hasta ile görüşme yapıldı. Yeterli erkek popülasyonuna ulaşamadığı için çalışmaya kadın popülasyonla devam edildi. Hastalara çalışmayla ilgili bilgilendirilmiş olur formu okutularak çalışmaya katılmak için gönüllülük esasına dayanan onamları alındı, gönüllü olan hastalardan sosyodemografik bilgi formunu ve çeşitli ölçekleri doldurmaları istendi, bu aşamada hastalardan 2'si çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Ayrıca 6 hastanın doldurduğu ölçeklerde eksiklikler olduğu için bu kişiler çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınmama kriterleri; 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olması, okuma –yazma bilmemesi, demans, mental retardasyon ve şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı olması, eşlik eden inflamatuvar romatizmal hastalık olması olarak belirlendi.

Kontrol grubu olarak da herhangi bir tıbbi hastalığı olmayan sağlıklı hastane personeli yakınlarından oluşan 43 kişi çalışmaya alındı.

4.2 Değerlendirme Ölçekleri

4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu

Çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve çalışma durumlarını içeren bilgiler sorulmuştur. Ayrıca hasta grubuna başka bir psikosomatik hastalık tanısı, psikiyatrik hastalık-tedavi öyküsü, fibromiyalji hastalığı süresi, hastalığın başladığı dönemdeki ve mevcut olan stresörler faktörler ve kullandığı tedavi sorulmuştur.

4.2.2.DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV' e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında,görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı “Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version” dur. Ölçek, altı modülden oluşur. Türkçe formunun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.(160)

4.2.3.Fibromiyalji Etki Anketi (FEA)

2000 yılında Sarmer ve arkadaşları tarafından çevirisi yapılan FEA klinisyenler tarafından bir çok çalışmada FMS' nun hastayı ne kadar etkilediğini değerlendirmek için kullanılmıştır. On maddeden oluşan sorgulamada her bir maddenin alabileceği maximum puan 10 dur, yani toplam skor 100 olarak elde edilir. Orta şiddette etkilenen hastalarda skor 50 iken şiddetli etkilenenlerde skor 70 ve üzerinde skor elde edilir.

Birinci soru fiziksel fonksiyonların sorgulandığı 11 alt maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-3 arasında puanlanır, 11 alt maddenin ham puanı hesaplanır. Kimi hastalar için kimi alt maddeler geçerli olmayabilir. Bu maddeler hesaplama dışı çıkarılır ve birinci sorunun final skoru hesaplanırken her bir maddenin aldığı değerler toplanır ve sorulan toplam madde sayısına bölünerek ortalama ham puan hesaplanır. Birinci soru için ortalama ham puan 0-3 arasındadır ve bu sayı 3,33 ile çarpılarak normalizasyon değeri elde edilir.

İkinci ve üçüncü sorularda, “kendini iyi hissettiği gün sayısı ve ağrı -hastalık nedeniyle kaç gün işe gidemediği (ya da iş yapamayacak duruma geldiği) sorgulanır. İkinci sorunun puanı hesaplanırken; 0=7, 1=6, 2=5, ,5=2, 6=1, 7=0 puan olarak değerlendirilir.Ham puanı 0 ile 7 arasındadır. 3. madde hesaplanırken direk olarak: 7=7 ve 0=0 olarak hesaplanır ve ham puanı 0 ile 7 arasındadır. 2. ve 3. maddelerde ise bulunan değerler normalizasyon için 1,43 ile çarpılır.

Kalan 7 soru 0 ile 10 arasında puanlanmış düz bir çizgiden oluşmaktadır. 0: etkilenme yok, 10: etkilenme maksimum seviyededir. Bu bölümlerde işteki zorluk derecesi, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon sorgulanır. Ham puan 0 ile 10 arasındadır ve normalizasyona gerek yoktur. Eğer hasta soruların hepsine maksimum puan vermişse toplam puan 100 olarak hesaplanır.(161)

4.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Şahin ve Durak tarafından; 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş Ways of Coping Inventory olarak bilinen 66 maddelik bir ölçekten sadeleştirilerek oluşturulmuştur. Şahin ve Durak tarafından Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmıştır. “Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun?” sorusunun cevaplandığı 30 maddelik likert tipi (0=%0, 1=%30, 2=%70, 3=%100) 0-3 arası derecelendirmeyi gerektiren bir ölçektir.

1. ve 9. maddeler ters şekilde puanlanır (3=%0, 2=%30, 1=%70, 0=%100). SBTÖ’de “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım”, “sosyal desteğe başvurma”, “çaresiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” olarak ayrılan 5 alt ölçek birbirinden bağımsız olarak ayrı ayrı puanlanmaktadır. SBTÖ’de her alt ölçeğe ait maddeler toplanarak alt ölçeklerin toplam puanları elde edilmekte ve ağırlıklı puanlar, bir alt ölçeğe ait puanın o alt ölçeğin soru sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. 8,10,14,16,20,23 ve 26 numaralı maddeler kendine güvenli yaklaşımı değerlendiren; problemi çözmeye çalışma, mücadele etme yönünde içeriğe sahip maddelerden oluşur. 2,4,6,12 ve 18. maddeler iyimser yaklaşımı değerlendiren; hoşgörülü, iyimser, sakin şekilde yaklaşımları içerir. 3,7,11,19,22,25,27 ve 28 numaralı maddeler çaresiz yaklaşımı değerlendiren; çaresizlik, sorumluluk gibi hisleri ifade eder. 5,13,15,17,21 ve 24. maddeler boyun eğici yaklaşımı değerlendiren; kabullenme hissini ifade eder. 1,9,29 ve 30. maddeler sosyal destek arama yaklaşımını

değerlendiren; sorunları başkalarıyla paylaşma, yardım isteme gibi yaklaşımları ifade eder.
(162)

“Kendine güvenli”, “sosyal destek arama” ve “iyimser” yaklaşımlar; aktif, probleme yönelik yaklaşımlar olarak; “çaresiz” ve “boyun eğici” yaklaşımlar ise; pasif, duygulara yönelik yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir. Stresle etkili başa çıkabilenlerin aktif yaklaşım tarzlarını daha çok tercih ettikleri izlenmiştir. (163)

4.2.5.Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (SKÖ)

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Gilbert ve arkadaşları tarafından 1991 yılında 5 madde olarak geliştirilen, Şahin ve arkadaşları tarafından 1992 yılında bazı maddeler eklenerek Türkçe’ye uyarlaması yapılan, 18 maddeden oluşan; bireyin başkaları ile kıyaslandığında kendini çeşitli boyutlarda nasıl gördüğüne ilişkin algılarını belirlemeye yönelik bir ölçektir.

Şahin tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan, ölçeğin değerlendirilmesi iki kutuplu maddeler üzerinden, 6’ lı likert tarzında puanlanan bir ölçektir. Yüksek puanlar olumlu benlik şemasını, düşük puanlar olumsuz benlik şemasını gösterir.(164)

Ölçeğin orijinalinden elde edilen Cronbach Alfa içtutarlılık katsayısı 0.87 olarak belirtilmektedir. Beck Depresyon envanteri ile korelasyonu ise $r = -.66$ olarak bulunmuştur.(165, 166)

4.2.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Kişinin algıladığı sosyal destek düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen ÇBASDÖ, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Aileden, arkadaştan ve özel birinden algılanan sosyal destek olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır.(167) Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak

değerlendiren bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1995’ te Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır.(168)

Bu ölçeğin tekrar gözden geçirilmesi ise 2001 yılında yapılmış ve özel bir insan alt ölçeğinin yapı geçerliliği açısından zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunda ‘özel bir insan’ alt ölçeğini daha iyi tanımlamak ve kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde edilmesi amacı ile özel bir insan terimi çıkarılmış, ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi olarak tanımlanmıştır. Ölçekte maddeler ‘kesinlikle hayır’dan (1), ‘kesinlikle evet’e (7) doğru derecelendirilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.(169)

4.2.7.Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11 - Barratt impulsivity scale)

Hasta tarafından doldurulan, 30 maddeden oluşan dürtüsellik değerlendirme kullanılan bir ölçektir. Dikkat , motor ve plan yapmama şeklinde üç alt ölçek içerir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, madde yükü düşük maddelerin çıkarılması aşamasından önce çeviri işleminin devamının ve Türk örnekleme özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek, daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Ölçek değerlendirilirken 4 farklı puan elde edilir. Bunlar toplam puan, dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa karşı tahammülsüzlük)’ tür. Toplam BIS-11 puanı ne kadar yüksekse kişinin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir.(170)

4.2.8. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanımaması olarak tanımlanan aleksitimiyi araştıran ölçektir. Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilen, yirmi maddeden oluşan,

Likert tipi, 1-5 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımada günlük (TAÖ-A), duyguları söze dökmeye günlük (TAÖ-B), dışa-dönük düşünme (TAÖ-C) olmak üzere 3 alt ölçeği vardır.(171, 172) Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve arkadaşlar tarafından yapılmıştır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir.(173, 174)

4.2.9.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

1961 yılında Beck tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 21 maddeden oluşmakta her madde dördümlük likert tipi 0-3 arası puanlanmaktadır. Toplam puan 0 ile 63 arasındadır; alınan puanın yüksekliği depresyonun şiddetini değerlendirir. Depresyona ait emosyonel, somatik, bilişsel ve motivasyonel belirtileri değerlendirir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Biz çalışmamızda Türkçe kesme puanı olarak kabul edilmiş olan 17 puan ve üzerine göre değerlendirme yaptık.(175, 176)

4.2.10.Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Ulusoy ve arkadaşları tarafından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. 0-7 puan minimal düzeyde anksiyete, 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan orta şiddette anksiyete, 26-63 puan şiddetli anksiyete olarak değerlendirilmiştir. Yüksek puanlar kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir.(177)

4.3 İSTATİSTİK

Veriler SPSS 20.0 for Windows programı ile değerlendirilmiştir. Analizler yapılırken ölçeklerden alınan puanlar, alt ölçeklerin her birinin soru sayıları farklı olduğundan ölçeklerin ortalama puanları elde edilmiş ve analizler ortalama puanlar ile yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için FMS hastalığı olan ve olmayan grupta ayrı ayrı değişkenlerin birbirleri ile Pearson momentler çarpımı korelasyonlar katsayıları hesaplanmıştır. FMS hastaları ile kontrol grubun değişkenler bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak için karışık desen ANOVA uygulanmıştır. Değişkenlerin hasta grubu için kategorik değişkenlere dönüştürülmesi için ölçeklerden alınan toplam puanlar medyan split yapılarak yüksek ve düşük olarak kategorik değişkenlere ayrılmıştır. FMS hastalarının değişkenler açısından FEA puanları ile farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla bağımsız gruplararası T-Test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak FEA toplam puanları alınmıştır. Ayrıca dürtüsellliği ve aleksitimiye yordayan faktörlere bakmak amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır

5.BULGULAR

5.1 Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya 55 FMS tanısı olan ve 43 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 98 kadın katılımcı alındı. FMS grubunun sosyodemografik özelliklerini içeren bilgiler Tablo 5’te gösterilmektedir.

Tablo- 6

Demografik Özellikler	FMS (N=55)		Kontrol (N=43)	
	N	%	N	%
Medeni Durum				
Evli	46	83.6	26	60.5
Bekar	6	10.9	15	34.9
Boşanmış/ Dul	3	5.4	2	4.7
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	3	5.5	3	7
İlköğretim	15	27.3	8	18.6
Lise mezunu	14	25.5	10	23.3
Üniversite	23	41.8	22	51.2
Çalışma Durumu				
Ev hanımı/ çalışmıyor	31	56.4	18	41.8
Öğrenci	2	3.6	0	0
Düzenli çalışıyor	21	38.2	25	58.2
Emekli	1	1.8	0	0
Aylık Gelir				
Düşük	10	18.2	11	25.6
Orta	22	40	22	51.2
Yüksek	23	41.8	10	23.3
	Ortalama	ss	Ortalama	ss
Yaş	39.24	11	34.88	10.89

FMS hasta grubunun yaş ortalaması 39.24 ± 11 , sağlıklı kontrol grubunun ise 34.88 ± 10.89 olarak saptanmıştır. Katılımcıların medeni durumları açısından FMS grubunun %83,6 sı evli, %10.9 bekar , %3.6 dul ve %1.8 boşanmış; kontrol grubunun % 60.5'i evli, %34.9'u bekar, %4.7'si boşanmış olarak saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında FMS grubunun %41.8'i üniversite mezunu, %25.5'i lise mezunu, %27.3'ü ilköğretim mezunu ve %5.5'i de okuryazardır; kontrol grubundaki katılımcıların %51.2'si üniversite mezunu, %23.3'ü lise, %18.6'sı ilköğretim mezunu ve %7'si de okuryazardır.

Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında FMS hastalarının %56.4'ü ev hanımı, %29.1'i memur, %7.3'ü işçi, %3.6 'sı öğrenci, %1.8'i emekli ve %1.8' de serbest çalışandır. Bu grubun %41.8'inin gelirinin yüksek, %40 'ının gelirinin orta ve %18.2'sinin gelirinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların ise %39.5'i ev hanımı, %37.2'si memur, %18.6'sı işçi, %2.3'ü serbest çalışandan oluşmakta ve %2.3'de çalışmamaktadır. Sağlıklı kontrol grubun %51.2 'sinin gelirinin orta düzeyde, %25.6'sının gelirinin düşük düzeyde ve %23.3'ünün gelirinin de yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kiminle yaşadıkları incelendiğinde FMS grubunun %81.8'i eş ve çocukları ile yaşarken, %7.3'ü anne ve babalarıyla, %5.5'i yalnız, %1.8'i bir yakını ile ve %3.6'sı ise burada tanımlananlar dışında biri ile birlikte yaşamaktadır. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %58.1'i eş ve çocukları ile yaşarken, %18.6'sı yalnız %14'ü anne ve babalarıyla, , %2.3'ü bir yakını ile ve %7'si ise burada tanımlananlar dışında biri ile birlikte yaşamaktadır.

5.2.FMS Hastalarının Klinik Özelliklerine Ait Bulgular

FMS hastalarının hastalık sürelerine bakıldığında 3 – 144 ay arasında değiştiği, hasta grubun %50.9'unun 36 ay ve daha kısa süredir ve %49.1'inin ise 36 aydan daha uzun süredir hasta olduğu görülmektedir.

Tablo – 7

	Ort.	Ss	Min.	Maks.
FEA skoru	58.67	13.78	27.94	93.9

Hastaların FMS' den etkilenme şiddetini gösteren fibromiyalji etki anketi (FEA) değerlerinin ortalaması 58.67±13.78'dir.

Tablo-8

Psikososyal stresör durumu	VAR N (%)	YOK N (%)
Hastalığı Başlatan Stresör	43(78.2)	12(21.8)
Mevcut Stresör	27(49.1)	28(50.9)

Hastaların %78.2'sinde FMS'yi başlatan bir stresör varken %21.8'inde yoktur. Hastaların %49.1'inin halen mevcut stresörü olduğu, %50.9'u ise mevcut stresörü bulunmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca mevcut stresör durumunun diğer değişkenlerle anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığına bakmak amacıyla bağımsız gruplar için T-Test analizi yapılmıştır. Yapılan analizlerde sadece depresyon puanları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Şöyle ki mevcut bir stresörü olan grubun depresyon puanlarının (Ort. = 21.52), mevcut stresi olmayan grubun depresyon puanlarına (Ort. = 15.54) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo-9 FMS grubunun SCID-I değerlendirmesine göre tanı dağılımı

Psikiyatrik Tanı	Sayı	%
Depresif Bozukluk	8	14.5
Depresif Bozukluk + Anksiyete Bozukluğu	6	10.9
Distimik Bozukluk	2	3.6
Anksiyete Bozukluğu	10	18.2
Distimik Bozukluk+ Anksiyete Bozukluğu	3	5.5
Somatoform Bozukluk	7	12.7
Anksiyete Bozukluğu + Somatoform Bozukluk	4	7.3
Uyum Bozukluğu	3	5.5
Yeme bozukluğu	1	1.8
Tanı yok	11	20.0
Toplam	55	100

DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile yapılan değerlendirme sonucuna göre FMS hastalarının %23,7 si birden fazla tanı almışken, %20'si herhangi bir tanı almamış, %18.2'si sadece anksiyete bozukluğu, %14.5'i sadece major depresyon, %12.7'si sadece somatoform bozukluk, %5.5'i sadece uyum bozukluğu, %3.6 sadece distimik bozukluk ve %1.8'i sadece yeme bozukluğu tanısı almıştır. Birden fazla psikiyatrik tanı alan hastaların dağılımı ise şu şekildedir; %10.9 major depresyon + anksiyete bozukluğu; %7.3 anksiyete bozukluğu + somatoform bozukluk; %5.5 distimik bozukluk + anksiyete bozukluğudur. Daha önce psikiyatrik bir başvuru yapmış olanlar katılımcıların %47.3'ünü, herhangi bir başvurusu olmamış olanlar ise %52.7'sini

oluşturmaktadır. Ayrıca FMS hastalarının Beck anksiyete ve depresyon puan ortalamaları sırasıyla 20 ± 9.52 ve 18.47 ± 9.7 'dir. (Tablo 10)

FEA Puanlarının Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeklerinden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması: FMS hastalarında bu değişkenler ile FEA puanları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla bağımsız gruplararası t-test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak FEA toplam puanları alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda anksiyete puanları düşük olan grubun FEA puanlarının (Ort.=52.59, ss=12.65) anksiyete puanları yüksek olan grubun FEA puanlarına (Ort. =67.79, ss=9.98) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(53) = -4.74$, $p < .001$. depresyon puanları düşük olan grubun FEA puanlarının (Ort.=52.01, ss=13.28) depresyon puanları yüksek olan grubun FEA puanlarına (Ort. =65.57, ss=10.69) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(53) = -4.16$, $p < .01$. (Tablo 19-20)

5.3 FMS ve Kontrol Grubunun Ölçeklere Ait Verileri

Aşağıda sırasıyla ölçeklerden alınan ortalama puanlar (ort.), standart sapmalar (ss), minimum (min.) ve maksimum (maks.) puanlar FMS ve kontrol grubu için yan yana verilmiştir.(Tablo-10)

Tablo-10 Ölçeklerden alınan puan ortalamaları, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri

ÖLÇEK ADI	FMS				Kontrol				P değeri
	Ort.	Ss	Min.	Maks.	Ort.	Ss	Min.	Maks.	
SBTÖ									
<i>Aktif Başa Çıkma</i>	1.68	0.50	0.69	2.56	2.26	0.46	0.94	2.75	p= .000*
Kendine güvenli yaklaşım	1.72	0.61	0.71	2.86	2.35	0.57	0.57	3.00	-
İyimser yaklaşım	1.55	0.67	0.20	3.00	2.16	0.59	0.60	3.00	-
Sosyal destek arama	1.76	0.71	0.25	3.00	2.24	0.44	1.00	3.00	-
<i>Pasif Başa Çıkma</i>	1.47	0.49	0.36	2.93	0.85	0.43	0.07	1.71	p= .000*
Boyun eğici yaklaşım	1.33	0.67	0.00	3.33	0.86	0.46	0.17	2.50	-
Çaresiz yaklaşım	1.58	0.59	0.38	3.00	0.84	0.54	0	2.00	-
SKÖ	75.91	14.56	41	103	94.28	12.32	56	108	P<0.001**
ÇBASDÖ									
Aile	19.40	6.88	4	28	25.77	3.15	16	28	p=. 000***
Arkadaş	18.80	6.25	4	28	25.02	3.04	14	28	p=. 000***
Özel	16.82	7.81	4	28	23.40	5.76	6	28	p=. 000***
<i>Toplam</i>	54.85	17.03	18	84	74.21	8.60	54	84	P<0.001**
BIS-11									
Dikkat	1.41	0.47	0.38	2.88	1.09	0.35	0.63	1.88	P=.00***
Motor	0.95	0.45	0.27	2.18	0.78	0.20	0.36	1.09	p=. 018***
Plansızlık	2.27	0.38	1.45	3	2.20	0.25	1.64	2.73	p=. 27***
<i>Toplam</i>	1.56	0.27	1.03	2.13	1.38	0.18	0.93	1.87	P<0.001**
TAÖ									
TAÖ-A	2.86	1.04	1.14	5.00	1.64	0.65	1.00	3.05	p= .000***
TAÖ-B	2.82	0.93	1.00	4.80	2.10	0.61	1.00	4.20	p= .000***
TAÖ-C	2.72	0.51	1.63	3.88	2.43	0.40	1.5	3.25	p= .002***
<i>Toplam</i>	2.79	0.65	1.3	4.1	2.07	0.42	1.5	3.05	P<0.001**
Beck Depresyon	18.47	9.7	3	43	4.65	4.61	0	16	p< .000**
Beck Anksiyete	20	9.52	4	46	5.77	3.80	0	16	p<.000**

Not:* Varyans analizi, ** T-test, ***MANOVA' ya ait p değerleri. Tabloda bulunan ortalama puanlar ve standart sapmalar Betimsel İstatistik (descriptive statistics) yoluyla bulunmuştur.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği ağırlıklı puan ortalaması sıralaması FMS grubu; sosyal destek arama(ort=1.76), kendine güvenli yaklaşım (ort=1.68), çaresiz yaklaşım (ort = 1.58), iyimser yaklaşım (ort=1.55), boyun eğici yaklaşım (ort=1.33) ;kontrol grubunun sıralaması ise kendine güvenli yaklaşım (ort=2.35), sosyal destek arama (ort=2.24), iyimser yaklaşım (ort= 2.16), boyun eğici yaklaşım (ort=0.86) ve çaresiz yaklaşım (ort=0.84) şeklindedir.

FMS hastalığı olan grupta kontrol grubun aktif ve pasif baş etme bakımından farklılaşp farklılaşmadığına bakmak için 2 (Hasta, Kontrol) x 2 (Aktif Baş Etme, Pasif Baş Etme) karışık desen ANOVA uygulanmıştır. (Tablo11)

Tablo-11 Stresle Başa Çıkma Tarzları yönünden FMS hastalarının ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi

	Sd	Kareler Toplamı	Ortalama kareler	F	η^2	
Grup	1	.02	.02	.11	.001	
Baş etme	1	31.7	31.7	105.68**	.52	P<0.001
Grup x Baş etme	1	17.7	17.7	58.99**	.38	P<0.001
Hata	96	28.8	.3			

Yapılan analiz sonucunda iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Baş etme temel etkisine bakıldığında ise aktif ve pasif baş etme arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Grupların baş etme biçimleri de yine birbirlerinden anlamlı bir şekilde

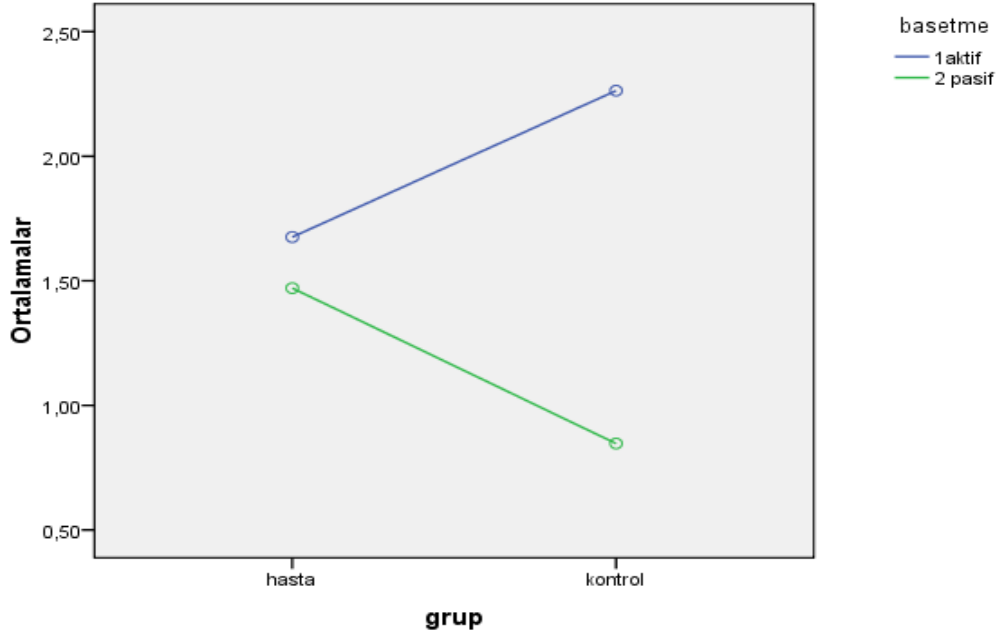
farklılaşmaktadır. Hangi gruplar arasında fark olduğunun bulunması için yapılan gruplararası karşılaştırmalarda elde edilen ortalamalar Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo-12 Stresle başa çıkma açısından hasta ve kontrol grupların ortalamaları arasında farkın varyans analizi post hoc sonuçları

	Aktif Baş Etme	Pasif Baş Etme	<i>P değerleri</i>
Hasta	1.68	1.47	p= .053
Kontrol	2.26	0.85	p= .000
<i>P değerleri</i>	p= .000	p= .000	

Tablo- 12’deki sonuçlara göre hasta grubun aktif (Ort. = 1.68) ve pasif (Ort. = 1.47) baş etme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, kontrol grubun aktif baş etme puanları (Ort. = 2.26) pasif baş etme puanlarına (Ort. = .85) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer taraftan kontrol grubundaki hastaların aktif baş etme puanları (Ort. = 2.26) hasta grubunun aktif baş etme puanlarından (Ort. = 1.68) anlamlı olarak daha yüksek, pasif baş etme puanları (Ort. = .85) ise hasta grubun pasif baş etme puanlarından (Ort. = 1.47) anlamlı olarak daha düşüktür.

Grafik -1 Hasta ve kontrol gruplarının aktif ve pasif başa çıkma tarzları ortalamaları



FEA Puanlarının Aktif ve Pasif Başa Çıkma Puanlarına Göre Karşılaştırılması

FMS hastalarında aktif başa çıkma puanları yüksek olan gruba aktif başa çıkma puanları düşük olan grubun FEA puanları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla Bağımsız Gruplararası T-Test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak FEA toplam puanları alınmıştır. Yapılan analizle sonucunda aktif başa çıkması düşük olan grubun FEA puanlarının (Ort.=64.8, ss=13.38) aktif başa çıkması yüksek olan grubun FEA puanlarına (Ort. =52.75, ss=11.56) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(53)= 3.58, p<.001$. (Tablo 19-20)

Ancak pasif başa çıkması düşük olan grubun FEA puanları (Ort.=55.15, ss=14.13) ile pasif başa çıkması yüksek olan grubun FEA puanlarının (Ort. =61.39, ss=13.09) birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur, $t(53)= -1.69, p >.05$. (Tablo 19-20)

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Verileri

Kontrol grubunun kendilik algısı puanı ortalaması 94.28 ± 12.32 iken, FMS grubunun ortalaması 75.91 ± 14.56 dir. FMS hastaları ile kontrol grubun kendilik algısı bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için Bağımsız Gruplararası T-Test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak Sosyal Karşılaştırma Ölçeği alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda FMS hastalarının sosyal karşılaştırma ölçeğinden aldığı puanların (Ort.=75.91, ss=14.56) kontrol grubun sosyal karşılaştırma ölçeğinden aldığı puanlardan (Ort. =94.28, ss=12.32) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(96) = -6.62$, $p < .001$.

FEA puanlarının SKÖ puanlarına göre yapılan karşılaştırılması sonucunda SKÖ puanları düşük olan grubun FEA puanları (Ort.=60.01, ss=14.34) ile SKÖ puanları yüksek olan grubun FEA puanlarının (Ort. =57.27, ss=13.31) birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur, $t(53) = 0.73$, $p > .05$. (Tablo 19-20)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Verileri

FMS hastaları ile kontrol grubunun algıladıkları sosyal destek bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız gruplararası T-Test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda FMS hastalarının algıladıkları sosyal desteğin (Ort.=54.85, ss=17.03) kontrol grubunun algıladığı sosyal desteğe (Ort. =74.21, ss=8.60) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(83.56) = -7.32$, $p < .001$. Levene's Varyans Eşitliği Testi anlamlı çıktığı için değerler eşit varyanslar varsayılmadığında bulunan değerlerdir.

Hasta ve kontrol grubun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne ait alt ölçekler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Tek Yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) uygulanmıştır. 1. Tip hatanın önlenmesi için Bonferroni

düzeltilmesi yapılmış ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin üç alt boyutu olduğu için alfa 3'e bölünerek $\alpha=0.02$ olarak alınmıştır. Analizde sosyal desteği değerlendiren Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt ölçekleri (aile, özel, arkadaş) bağımlı değişken olarak bulunulan grup (hasta veya kontrol) ise bağımsız değişken olarak alınmıştır. Hasta ve Kontrol grubun Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt ölçeklerine ait puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo-13 MANOVA'da Kullanılan Değişkenlere Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

ÇBASDÖ Alt Ölçekleri	FMS (N=55)		Kontrol (N=43)		F	η^2	p
	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>			
Aile	4.85	.19	6.44	.21	15.38	0.33	<0.001
Arkadaş	4.70	.17	6.26	.20			
Özel	4.21	.24	5.85	.27			

Not: Analizlerde alt ölçekleri olan ölçekler için ortalama puanlar kullanılmıştır.

Yapılan Tek Yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi sonucunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarındaki puanlarda hasta ya da kontrol grubunda olmaya göre farklılaşma olduğu görülmüştür. $F(3,94) = 15.38$, $p < .001$; Wilks's $\lambda = .67$; kısmi $\eta^2 = .33$.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt boyutlarında hastaların puanları kontrol grubunun puanlarına göre anlamlı olarak daha düşüktür. Ortalama puanlara bakıldığında her iki grupta sırasıyla aile, arkadaş ve özel kişiden destek algılamaktadır. Hasta grubunun ve kontrol grubunun kendi içinde alt ölçeklerden aldıkları

puanların anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla hasta ve kontrol gruba ayrı ayrı tek değişkenli denek içi desen analizi uygulanmıştır. Yapılan analizlere göre her iki grubun kendi içinde; aileden ve arkadaştan alınan alınan sosyal destek arasında anlamlı bir fark yokken aileden alınan sosyal destek özel kişiden alınan sosyal desteğe göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel kişiden alınan sosyal destek arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Ayrıca ÇBASDÖ puanları düşük olan grubun FEA puanlarının (Ort.=63.85, ss=12.54) ÇBASDÖ puanları yüksek olan grubun FEA puanlarına (Ort. =54.02, ss=13.37) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(53)= 2.80, p<.05$. (Tablo 19-20)

Barrat Dürtüsellik Ölçeği – 11 (BIS-11) Verileri

Dürtüsellik puanları açısından FMS hastaları ile kontrol grubunun farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız gruplararası T-Test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak Barratt dürtüsellik ölçeği- 11 toplam puanları alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda FMS hastalarının dürtüsellik puanlarının (Ort.=1.56, ss=.27) kontrol grubunun dürtüsellik puanlarına (Ort. =1.38, ss=.18) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(96)= 3.68, p<.001$. Levene's Varyans Eşitliği Testi anlamlı çıktığı için değerler eşit varyanslar varsayılmadığında bulunan değerlerdir.

Hasta ve kontrol grubun Barratt dürtüsellik ölçeği'ne ait alt boyutlar açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. 1. Tip hatanın önlenmesi için Bonferroni düzeltmesi yapılmış ve BIS-11'in üç alt boyutu olduğu için alfa 3'e bölünerek $\alpha=0.02$ olarak alınmıştır. Analizde dürtüsellik puanlarını değerlendiren Barratt dürtüsellik ölçeği-11'in alt ölçekleri (dikkat, motor, plansızlık) bağımlı değişken olarak; bulunulan grup (hasta veya kontrol) ise

bağımsız değişken olarak alınmıştır. Hasta ve kontrol grubun BIS-11'in alt ölçeklerine ait puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo-14'de verilmiştir.

Tablo -14 MANOVA'da Kullanılan Değişkenlere Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Barratt Dürtüsellik Alt Ölçekleri	Hasta		Kontrol		
	(N=55)		(N=43)		
	Ort.	ss	Ort.	Ss	
Dikkat	1.41	.47	1.09	.35	p=. 000
Motor	0.95	.45	0.78	.20	p=. 018
Plansızlık	2.27	.38	2.19	.26	p= .27

Yapılan Tek Yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi sonucunda Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11'in alt boyutlarındaki puanlarda hasta ya da kontrol grubunda olmaya göre farklılaşma olduğu görülmüştür. $F(3,94) = 5.28$, $p < .05$; Wilks's $\lambda = .87$; kısmi $\eta^2 = .14$. BIS-11'in dikkat ve motor boyutlarında hastaların ortalama puanları kontrol grubunun puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir. Plansızlık alt ölçeğinde ise hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Hasta grubunun ve kontrol grubunun kendi içinde alt ölçeklerden aldıkları puanların anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla hasta ve kontrol gruba ayrı ayrı Tek Değişkenli Denek İçi Desen Analizi uygulanmıştır. Yapılan analizlere göre hasta ve kontrol grubunda en yüksek puan plansızlık alt ölçeğinden en düşük puan ise motor alt

ölçeğinden alınmıştır. İki grupta da dikkatsizlik alt ölçeği motor alt ölçeğine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizleri sonucu hasta grubunda dürtüsellik ile kendilik algısı, dürtüsellik ile güvenli başa çıkma tarzı, dürtüsellik ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p<0.01$)Yine hasta grubunda dürtüsellik ile hastalıktan etkilenme şiddeti ($p<0.05$), dürtüsellik ile çaresiz başa çıkma ve dürtüsellik ile aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0.01$) saptanmıştır. (Tablo 21)

Ayrıca dürtüsellik puanları yüksek olan grupla dürtüsellik puanları düşük olan grubun FEA puanları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla Bağımsız Gruplar T-Test uygulanmış. Bağımlı değişken olarak FEA puanları alınmıştır. Karşılaştırma sonucunda dürtüsellik puanları düşük olan grubun FEA puanlarının (Ort.=54.49, ss=13.25) dürtüsellik puanları yüksek olan grubun FEA puanlarına (Ort. =63.33, ss=13.07) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(53)=-2.49$, $p<.05$. (Tablo 19-20)

Dürtüsellığı Yordayan Değişkenlerin Araştırılması Amacıyla Yapılan Regresyon Analizi

Bu bölümde birinci basamakta depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildikten sonra yaş ve hastalık süresi, aleksitimi (TAÖ), kendilik algısı (SKÖ) ve hastalıktan etkilenme düzeyinin (FEA) dürtüsellığı ne düzeyde ve nasıl bir örüntü ile yordadığı araştırılmıştır.

Kontrol değişkenleri depresyon ve kaygı, bağımsız değişkenler sosyodemografik değişkenlerden yaş ve hastalık süresi, aleksitimi, kendilik algısı ve hastalıktan etkilenme düzeyidir. Bağımlı değişken ise dürtüsellik puanlarıdır.

İlk basamakta depresyon ve kaygı değişkenlerinin etkisinin istatistiksel olarak kontrol edilmesinin ardından bağımsız değişkenlerin dürtüsellığı nasıl bir örüntü ile yordadığına

bakmak amacıyla Hiyerarşik Regresyon Analizleri yürütülmüştür. Regresyon analizi sonuçlarına Tablo 15’te yer verilmiştir.

Tablo- 15 Dürtüsellik İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Adım	Değişkenler	F Değişim	df	Beta	T	Kısmi korelasyon	R ² değişim
1	Kontrol Değişkenleri	3.11*	(2,52)				.11
	Depresyon			.05	.33	.05	
	Kaygı			.30	1.88	.25	
2	İkinci Basamak Değişkenleri	.31	(2,50)				.01
	Yaş			-.09	-.69	-.10	
	FMS süre			.07	.52	.07	
3	Üçüncü Basamak Değişkenleri	5.63**	(3,47)				.23
	Aleksitimi			.47	2.69**	.37	
	Kendilik Algısı			-.30	-1.72	-.24	
	Hastalıktan Etkilenme			.20	1.10	.16	

** p<.01, * p<.05

Analizin birinci aşamasında kaygı ve depresyon düzeyleri birlikte varyansın %11’ini açıklamaktadır, $R^2 = .11$, $F_{(2,52)} = 3.11$, $p < .01$. Bu değişkenler kontrol edildikten sonra analizin ikinci basamaktaki değişkenlerin anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir, $R^2 = .01$, $F_{(2,50)} = .31$, $p > .05$. Üçüncü aşamada girilen değişkenler toplamda varyansın %23’ünü açıklamaktadır, $R^2 = .23$, $F_{(3,47)} = 5.63$, $p < .01$. Bu sonuçlara göre *aleksitimi arttıkça toplam dürtüsellik puanları da artmaktadır*.

Toronto Aleksitimi Ölçeğine Ait Veriler

Aleksitimi puanları bakımından grupların farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız gruplararası T-Test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak Toronto aleksitimi ölçeği toplam puanları alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda FMS hastalarının aleksitimi puanlarının (Ort.=2.79, ss=.65) kontrol grubunun aleksitimi puanlarına (Ort.=2.07, ss=.42) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur, $t(92.68)= 6.67$, $p<.001$. Levene's Varyans Eşitliği Testi anlamlı çıktığı için değerler eşit varyanslar varsayılmadığında bulunan değerlerdir.

Hasta ve kontrol grubun Toronto aleksitimi ölçeği'ne ait alt boyutlar açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. 1. Tip hatanın önlenmesi için Bonferroni düzeltmesi yapılmış ve TAÖ' nün üç alt boyutu olduğu için alfa 3'e bölünerek $\alpha=0.02$ olarak alınmıştır. Analizde aleksitimiye değerlendiren Toronto aleksitimi ölçeği'nin alt ölçekleri (TAÖ-A:duyguları tanımada güçlük; TAÖ-B: duyguları söze dökmede güçlük ve TAÖ-C: dışa – dönük düşünme) bağımlı değişken olarak; bulunulan grup (hasta veya kontrol) ise bağımsız değişken olarak alınmıştır. Hasta ve kontrol grubun TAÖ' nün alt ölçeklerine ait puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 16'de verilmiştir.

Tablo-16 MANOVA'da Kullanılan Değişkenlere Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Toronto Aleksitimi Ölçeği	FMS (N=55)		Kontrol (N=43)		F	η^2	p
	Ort.	ss	Ort.	Ss			
TAÖ-A	2.86	1.04	1.63	0.65	16.37	0.34	<0.001
TAÖ-B	2.82	0.93	2.11	0.61			
TAÖ-C	2.72	0.51	2.42	0.40			

Not: Analizlerde alt ölçekleri olan ölçekler için ortalama puanlar kullanılmıştır.

Yapılan tek yönlü çok değişkenli varyans analizi sonucunda TAÖ'nün alt boyutlarındaki puanlarda hasta ya da kontrol grubunda olmaya göre farklılaşma olduğu görülmüştür. $F(3,94) = 16.37$, $p < .001$; Wilks's $\lambda = .66$; kısmi $\eta^2 = .34$. Toronto aleksitimi ölçeği'nin tüm alt ölçeklerinde hasta grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Hasta ve kontrol grubunun kendi içinde alt ölçeklerden aldıkları puanların anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla hasta ve kontrol gruba ayrı ayrı tek değişkenli denek içi desen analizi uygulanmıştır. Yapılan analizlere göre hasta grubunda alt ölçekler bakımında anlamlı bir fark bulunmazken, kontrol grubunda dışa vuruk düşünce alt ölçeğinden alınan puanlar diğer iki alt ölçekten alınan puanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Duygularını ifade etme zorluğu alt ölçeği ise duygularını tanıma zorluğu alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksektir.

Yapılan analizler sonucunda aleksitimi puanları düşük olan grubun FEA puanlarının (Ort.=52.77, ss=12.94) aleksitimi puanları yüksek olan grubun FEA puanlarına (Ort.=64.78, ss=12.02) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur, $t(53) = -3.56$, $p < .01$.(Tablo 19-20)

Yapılan pearson korelasyon analizi sonucu aleksitimi ile hastalık süresi ve boyun eğici yaklaşım arasında ($p < 0.05$), aleksitimi ile hastalıktan etkilenme şiddeti, aleksitimi ile depresyon ve anksiyete ($p < 0.01$) arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır.

Depresyon ve kaygı değişkenlerinin etkisinin istatistiksel olarak kontrol edilmesinin ardından bağımsız değişkenlerin aleksitimiye nasıl bir örüntü ile yordadığına bakmak amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yürütülmüştür. Analizin birinci aşamasında kaygı ve depresyon düzeyleri birlikte varyansın %45'ini açıklamaktadır, $R^2 = .45$, $F_{(2,52)} = 21.08$, $p < .001$. Bu değişkenler kontrol edildikten sonra analizin ikinci basamaktaki değişkenlerin anlamlı bir etkisi olmadığı fakat aleksitimideki varyansın %3'ünü açıkladıkları görülmektedir, $R^2 = .03$, $F_{(2,50)} = 1.19$, $p > .05$. Üçüncü aşamada girilen değişkenler

toplama varyansın %14'ünü açıklamaktadır, $R^2 = .14$, $F_{(3,47)} = 5.57$, $p < .001$. Bu sonuçlara göre dürtüsellik arttıkça aleksitimi toplam puanları da artmaktadır.

Ayrıca aleksitimi toplam puanlarını dürtüsellikğin hangi alt ölçeklerinin yordadığını araştırmak amacıyla yapılan regresyon analizi için ; birinci basamakta depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildikten sonra aleksitimi toplam puanlarını yaş, hastalık süresi ve BIS alt ölçeklerinden dikkat, motor ve plansızlık alt ölçeklerinin ne düzeyde ve nasıl bir örüntü ile yordadığına bakılmıştır.

Kontrol değişkenleri depresyon ve kaygı, bağımsız değişkenler sosyodemografik değişkenlerden yaş ve hastalık süresi ve BIS dikkat, motor ve plansızlıktır. Bağımlı değişken ise aleksitimi toplam puanlarıdır. Her basamakta girilen değişkenler Tablo- 17'de verilmiştir.

Tablo – 17 Aleksitimi Toplam Puanları'nın Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Hiyerarşik Regresyon Analizinde Her Basamakta Kullanılan Değişkenler

Bağımlı Değişken		Aleksitimi
Basamaklar		Bağımsız Değişkenler
1. Basamak	Kontrol Değişkenleri	Depresyon Kaygı
2. Basamak	Sosyodemografik değişkenler	Yaş FMS süre
3. Basamak		BIS- dikkat BIS- motor BIS- plansızlık

İlk basamakta depresyon ve kaygı değişkenlerinin etkisinin istatistiksel olarak kontrol edilmesinin ardından bağımsız değişkenlerin aleksitimiye nasıl bir örüntü ile yordadığına bakmak amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yürütülmüştür. Regresyon analizi sonuçlarına Tablo- 18’de yer verilmiştir.

Tablo- 18 Aleksitimi Toplam Puanı İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Adım	Değişkenler	F Değişim	df	Beta	t	Kısmi korelasyon	R ² değişim
1	Kontrol Değişkenleri	21.08**	(2,52)				.45
	Depresyon			.50	4**	.49	
	Kaygı			.25	2.05*	.27	
2	İkinci Basamak Değişkenleri	1.19	(2,50)				.03
	Yaş			.10	.92	.13	
	FMS süre			.11	1.00	.14	
3	Üçüncü Basamak Değişkenleri	8.51**	(3,47)				.19
	BIS- dikkat			.28	2.80**	.38	
	BIS- motor			.30	3.22**	.43	
	BIS- plansızlık			-.05	-.56	-.08	

** p<.01, * p<.05

Analizin birinci aşamasında kaygı ve depresyon düzeyleri birlikte varyansın %45’ini açıklamaktadır, $R^2 = .45$, $F_{(2,52)} = 21.08$, $p < .001$. Bu değişkenler kontrol edildikten sonra analizin ikinci basamaktaki değişkenlerin anlamlı bir etkisi olmadığı fakat aleksitimideki varyansın %3’ünü açıkladıkları görülmektedir, $R^2 = .03$, $F_{(2,50)} = 1.19$, $p > .05$. Üçüncü aşamada girilen değişkenler toplamda varyansın %19’unu açıklamaktadır, $R^2 = .19$, $F_{(3,47)} = 8.51$, $p < .001$. Bu sonuçlara göre dürtüselliğin dikkat ve motor alt ölçek puanları arttıkça

aleksitimi toplam puanları da artmaktadır. Ayrıca önceki bölümde belirtildiği gibi yapılan regresyon analizi sonucunda dürtüsellik arttıkça aleksitimi toplam puanları da artmaktadır.

Değişkenlerin Kategorik Gruplara Ayrılması

Değişkenleri değerlendirebilmek için ölçeklerden alınan toplam puanlar medyan split yapılarak yüksek ve düşük olarak kategorik değişkenlere ayrılmıştır. Bu kategorikleştirmeye dair bilgiler Tablo 19’de verilmiştir.

Tablo-19 Değişkenlerin Toplam Puanlarının Hasta Grubu İçin Kategorik Değişkenlere Dönüştürülmesi

Ölçekler			N	%
Aktif Başa çıkma	Yüksek	≥ 1.69	27	49.1
	Düşük	≤ 1.63	28	50.9
Pasif Başa çıkma	Yüksek	≥ 1.43	24	43.6
	Düşük	≤ 1.38	31	56.4
SKÖ	Yüksek	≥ 77	28	50.9
	Düşük	≤ 76	27	49.1
ÇBASDÖ	Yüksek	≥ 4.58	26	47.3
	Düşük	≤ 4.5	29	52.7
BIS-11	Yüksek	≥ 1.53	29	52.7
	Düşük	≤ 1.50	26	47.3
TAÖ	Yüksek	≥ 2.85	28	50.9
	Düşük	≤ 2.75	27	49.1
BDÖ	Yüksek	≥ 18	28	50.9
	Düşük	≤ 17	27	49.1
BAÖ	Yüksek	≥ 19	28	50.9
	Düşük	≤ 18	27	49.1

FMS hastalarında bu değişkenler ile FEA puanları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla Bağımsız Gruplararası T-Test uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak FEA toplam puanları alınmıştır. (Tablo-20 ile ilgili veriler her ölçeğin kendi bölümünde ayrıntılı olarak verilmiştir.)

Tablo-20

Ölçekler		FEA ort ± ss	P değeri
Aktif Başa çıkma	Yüksek	52.75±11.56	P<0.001
	Düşük	64.8±13.38	
Pasif Başa çıkma	Yüksek	61.39±13.09	P>0.05
	Düşük	55.15±14.13	
SKÖ	Yüksek	57.27±13.31	P>0.05
	Düşük	60.01±14.34	
ÇBASDÖ	Yüksek	54.02±13.37	P<0.05
	Düşük	63.85±12.54	
BIS-11	Yüksek	63.33±13.07	P<0.05
	Düşük	54.49±13.25	
TAÖ	Yüksek	64.78±12.02	P<0.01
	Düşük	52.77±12.94	
BDÖ	Yüksek	65.57±10.69	P<0.01
	Düşük	52.01±13.28	
BAÖ	Yüksek	67.79±9.98	P<0.001
	Düşük	52.59±12.65	

FMS Hastalarında Değişkenlerin Birbirleri ile Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları (N=55)

	Yaş	FMS süre	FEA	SKÖ	Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Güvenli başa çıkma	İyimser başa çıkma	Çaresiz başa çıkma	Boyuneğici başa çıkma	Sosyal destek arama	TAÖ toplam	TAÖ-A	TAÖ-B	TAÖ-C	BIS toplam	BIS dikkat	BIS motor	BIS Plnszlık	ÇBASDÖ toplam	ÇBASDÖ aile	ÇBASDÖ arkadaş	ÇBASDÖ özel	
1.Yaş	1																							
2.FMS süre	.22	1																						
3.FEA	.04	.32*	1																					
4.SKÖ	.37**	.24	.18	1																				
5.Beck depresyon	-.01	.18	.65**	-.48**	1																			
6.Beck anksiyete	.06	.24	.57**	-.36**	.55**	1																		
7.Güvenli başa çıkma	.13	-.17	-.40**	.46**	-.50**	-.55**	1																	
8.İyimser başa çıkma	.16	-.23	-.32*	.17	-.23	-.32*	.63**	1																
9.Çaresiz başa çıkma	-.07	.21	.39**	-.46**	.55**	.47**	-.48**	-.32*	1															
10.Boyuneğici başa çıkma	.04	.04	.03	-.31*	.15	.20	-.18	.13	.22	1														
11.Sosyal destek arama	-.03	-.24	-.32*	.04	-.23	-.23	.28*	.07	-.27*	.05	1													
12.TAÖ toplam	.13	.27*	.59**	-.40**	.64**	.53**	-.55**	-.18	.51**	.29*	-.48**	1												
13.TAÖ-A	.16	.33*	.54**	-.32**	.60**	.54**	-.49**	-.20	.52**	.31*	-.46**	.92**	1											
14.TAÖ-B	.22	.29*	.59**	-.30*	.56**	.51**	-.45**	-.17	.45**	.23	-.36**	.89**	.80**	1										
15.TAÖ-C	-.13	-.05	.25	-.39**	.33*	.14	-.36**	-.04	.21	.11	-.32*	.56**	.26	.29*	1									
16.BIS toplam	-.06	.13	.33*	-.35**	.22	.32*	-.43**	-.25	.35**	.25	-.17	.50**	.44**	.42**	.34*	1								
17.BIS dikkat	-.03	.12	.43**	-.25	.30*	.43**	-.47**	-.32*	.30*	.26	-.33*	.55**	.53**	.47**	.28*	.67**	1							
18.BIS motor	.02	.15	.30*	-.38**	.19	.33*	-.31*	-.03	.35**	.34*	-.18	.52**	.47**	.43**	.35**	.75**	.38**	1						
19.BIS planszlık	-.12	-.03	-.11	-.01	-.08	-.15	-.03	-.18	-.00	-.15	.18	.13	-.17	-.11	-.01	.46**	-.05	-.06	1					
20.ÇBASDÖ Toplam	.18	-.01	-.44**	.44**	-.34*	-.38**	.38**	.06	-.15	-.10	.46**	-.50**	-.37**	-.39**	-.48**	-.39**	-.05	-.06	.17	1				
21.ÇBASDÖ aile	.13	-.02	-.49**	.23	-.22	-.29*	.26	.15	-.01	.04	.45**	-.35**	-.24	-.30*	-.37**	-.29*	-.37**	-.26	.08	.83**	1			
22.ÇBASDÖ arkadaş	.02	-.18	-.31*	.38**	-.36**	-.40**	.40**	.10	-.26	-.04	.42**	-.48**	-.44**	-.36**	-.34*	-.26	-.28*	-.37**	.20	.81**	.58**	1		
23.ÇBASDÖ özel	.23	.12	-.33*	.42**	-.29*	-.29*	.31*	-.08	-.14	-.24	.30*	-.42**	-.28*	-.34*	-.45**	-.33*	-.43**	-.32*	.14	.82**	.49**	.48**	1	

**p<.01, * p<.05

6.TARTIŞMA

Psikosomatik hastalıklar büyük oranda mesleki ve sosyal yeti yitimine yol açarak tüm dünyada önemli işgücü kaybına ve tıbbi harcamalara neden olan, tanı koyma ve tedavi kısıtlılığı açısından hekimleri de oldukça zorlayan bir hastalık grubudur.(178) Psikosomatik hastalıklar arasında yer alan ve multifaktöryel bir sendrom olan FMS birçok biyolojik ve psikososyal faktörün etkileşimi ile oluşan bir sendromdur. (7)

FMS hastalarının %80-90' ını kadınlar oluşturmaktadır. En sık 30-50 yaş arasında ortaya çıkmakta, genel popülasyonda prevalansı %1-4 arasında değişmekte ve yaşla birlikte prevalansı artmaktadır.(28, 179, 180) Çalışmamıza katılan kadın FMS hastalarının yaş ortalaması literatür bilgileriyle uyumlu olarak 39.24 ± 11 'dir.

Hastalıktan etkilenme derecesinin hastalığın süresi ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. (8) Çalışmamızda yapılan korelasyon analizleri sonucu diğer çalışmalara benzer şekilde FMS hastalarının FEA skorları ile hastalık süresi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Stresin, psikosomatik hastalıkların oluşumunda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve artırıcı bir etki oluşturduğu bilinmektedir.(181) Olumsuz yaşam olayları ve kişinin algıladığı stresin FMS semptomlarıyla ilişkili olduğuna dair literatür bilgileri ile uyumlu olarak çalışmamıza katılan 55 FMS hastasının %78.2'sinin hastalığın başladığı dönemde psikolojik bir stresör öyküsü ve %49.1 'nin de halen mevcut olan stresör bulunduğunu belirtmeleri, stresin FMS üzerindeki etkisini desteklemektedir.(182) Ayrıca çalışmamızda mevcut bir stresörü olan grubun depresyon puanlarının, mevcut stresi olmayan grubun depresyon puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Psikosomatik hastalıklar ve psikiyatrik hastalık komorbiditesi oldukça sık görülmektedir, yapılan çalışmalarda, FMS'li hastalarda psikiyatrik bozuklukların görülme

oranı %30-90 arasında değişmekte ve %20-80 oranında depresyon ve %13-63 oranında anksiyete görüldüğü bildirilmektedir.(45, 46) Çalışmamızdaki FMS hastalarının yapılan tanı amaçlı psikiyatrik muayeneleri sonucu %80' ine en az bir psikiyatrik tanı konulmuş olması; Altunören ve arkadaşlarının FMS' li kadın hastalarla yaptıkları çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir, söz konusu çalışmada hastaların %76,5 nin psikiyatrik tanı almıştır.(8) Bizim çalışmamızda bu çalışmadakinden farklı olarak, depresif bozukluklardan daha fazla anksiyete bozukluğu tanısı konmuş olması çalışmamızın toplumdaki FMS hastaları bütünü temsil etmemesinden kaynaklanabilir. Ayrıca literatürde FMS hastalarında depresyonun mu ya da anksiyetenin mi daha fazla olduğu ile ilgili birbirinden zıt sonuçları olan çalışmalar mevcuttur. Bizim sonuçlarımıza göre hastaların yaklaşık %25 inde major depresyon bulunmaktadır, bu bulgu FMS hastalarında %20 oranında major depresyon görüldüğünü bildiren literatür bilgisi ile uyumludur. (183)

Çalışmamıza katılan ve psikiyatrik tanı alan hastaların yaklaşık 1/4' ünde birden fazla psikiyatrik hastalık bulunuyor olması, hastaların yaklaşık %41 inde anksiyete bozukluğu olması, %34' ünde ise depresif bir duygudurum bozukluğu olması; FMS hastalarının Beck anksiyete ölçeği ortalama puanının BDÖ' ne göre daha yüksek olarak çıkması da bunu desteklemektedir. FMS hastalarının depresyondan daha fazla kaygı belirtileri gösterdiklerine dair literatürle bilgisi ile de örtüşmektedir. Arnold ve arkadaşlarının 529 FMS hastası ile yapmış oldukları geniş bir kohort çalışmasıyla uyumludur, bu çalışmada FMS olgularında depresif belirtilerden (%56) anlamlı olarak daha fazla anksiyete belirtileri (% 71) gösterdiği rapor edilmiştir(p <0.0001). (184) Ayrıca depresyon ve anksiyete puanları daha düşük olan fibromiyalji grubunun hastalıktan etkilenme şiddeti de anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p<001). Bu sonuçlar FMS olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyini ve klinik bulgularla ilişkisini araştıran diğer çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Örneğin ülkemizde FMS hastaları ve depresyon

düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada FMS'li hastalarda depresif belirti şiddetinin sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu ve depresyon şiddetinin hastalık şiddetiyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. (185) Yine ülkemizde FMS'li hastalarla yapılan başka bir çalışmada hastalığın süresinin uzadıkça , hastalık şiddetinin , ağrıyı ifade etmenin ve depresyon şiddetinin arttığı; ayrıca hastalığın şiddeti ile depresyon şiddeti pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur.(8) Üniversite öğrencileri ve psikiyatri hastaları ile yapılan bir çalışmada sürekli anksiyete, yorgunluk ve kişilik arasındaki ilişkiye bakılmış ve sonuçta tüm gruplarda anksiyetenin psikolojik ve fiziksel yorgunlukla doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur.(186) Bu sonuç FMS hastalarında bulunan yüksek düzeyde anksiyete gibi emosyonel belirtilerin kronik yorgunluğa yol açarak hastalıktan etkilenme derecesini arttırdığını akla getirmektedir. Güleç ve arkadaşlarının FMS'li hastaları, romatoid artritli olgular ve kontroller ile karşılaştırdıkları çalışmada FMS grubunun Beck anksiyete puanları açısından hem RA grubu ile hem de sağlıklı kontrol grubu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ve FMS hastalarındaki anksiyetenin başka bir kronik ağrı sendromu olan RA olgularına göre daha şiddetli olduğunu, bu hastaların öfkelerini daha fazla içe yönelttiklerini saptamışlardır.(121)

Çalışmamıza katılan FMS hastalarının 3/4' ünde bulunan psikiyatrik eş tanı oranı, hastaların tedavilerinin etkin bir şekilde düzenlenmesi açısından da oldukça önem arz etmekte ve hastalara biyopsikososyal açıdan yaklaşma gerekliliği doğurmaktadır.

Psikolojik ve davranışsal faktörlerin birçok tıbbi sorun ve hastalığın seyrini olumsuz etkilediği; psikosomatik kuramın temel unsurlarından biri olan stresin de yıkıcı bir etkisi olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte belirli bir olayın kişi için stresli olması; kişinin karşılaştığı stresle başa çıkma şekline, durumun kişi için bilişsel değerlendirilmesine ve adaptasyonuna, kişinin benlik gücüne - algısına bağlı olarak değişir. (181, 187-189) Bizim çalışmamızda sağlıklı popülasyondan beklediğimiz üzere sağlıklı kontrol grubunun

istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde aktif baş etme yöntemlerinden aldıkları puan pasif baş etmeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta grubunda aktif ve pasif baş etme arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen çalışmamızdaki FMS hastalarının stresle baş etme tarzlarından aldıkları ortalama puanlardan, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı içeren pasif baş etme tarzı puanlarının (ort.=1.47), kontrol grubunun puanlarına (ort.=0.85) göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda aktif başa çıkması düşük olan grubun FEA puanlarının, aktif başa çıkması yüksek olan grubun FEA puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Bu sonuca göre FMS gibi kronik doğası olan bir hastalıktan etkilenme şiddetinin artmasına paralel olarak ağrı ve psikososyal stresörlerle başa çıkma becerilerinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir. Nitekim korelasyon analizlerinde de hastalıktan etkilenme derecesi ile pasif baş etme tarzı olan çaresiz başa çıkmanın pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Literatürde fibromiyalji hastalığında ağrıyla başa çıkma ve stresin rolü ile ilgili çok sayıda çalışma olmasına rağmen bu hastaların stresle başa çıkma tarzları ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Kronik ürtiker hastaları ile yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş, hasta grubun kontrollere göre daha çok pasif başa çıkma stratejileri kullandıkları bildirilmiştir.(190) Bizim çalışmamızda hasta grubunda aktif ve pasif baş etme arasında anlamlı bir fark bulunmamasına katılımcı sayısının yetersizliği neden olmuş olabilir.

Benlik saygısı kronik hastalıklarda psikolojik uyumla ilişkili önemli bir faktördür, FMS'de de self esteem ve kendilik algısı ile ilgili bir defisit olduğu düşünülmektedir. (191) Çalışmamızda fibromiyalji tanısı olanların kendilik algısının, kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.($p<0.01$) Ayrıca literatürde kendilik algısının, fibromiyalji ile baş etmek ve hastalığa uyum için önemli bir faktör olduğu öne

sürülmektedir.(192) Ülkemizde yapılmış bir çalışmada da akne vulgaris gibi psikosomatik hastalığı olan olguların kendilik algılarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.(193) Kronik ağrının kendilik algısı üzerine olan olumsuz etki ettiği bilinmektedir.(194) Çalışmamızda kendilik algısının hastalıktan etkilenme derecesi ile arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamasına rağmen hem hasta hem de kontrol grubunda beklenildiği üzere yaş ilerledikçe kişilerin kendilik algılarının istatistiksel olarak olumlu etkilendiği gözlenmiştir. Kişilerarası şemalardaki kendilik algısı, öteki kişilerle etkileşimsel ve önceki yaşantılardan çıkan deneyimlere bağlı olarak açıklandığı için kişinin yaşı ve bağlantılı olarak deneyimi arttıkça kendilik algısının olumlu etkilenebildiği söylenebilir. (195)

Çalışmamızda bir diğer sonuca göre; kişilerin kendilik algısı arttıkça, algılanan sosyal destek puanlarının pozitif yönde etkilendiği ($p < 0.01$) ve kişilerin stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşımları ($p < 0.01$) kullanma eğiliminde oldukları yorumu yapılabilir. Hasta grubunda düşük kendilik algısına sahip bireylerin daha depresif , daha anksiyeteli, daha dürtüsel, duygularını tanıma ve tanımlamada daha yetersiz olduğu ve stresle başa çıkarken çaresiz ($p < 0.01$) ve boyun eğici yaklaşımlar ($p < 0.05$) sergiledikleri söylenebilir. Bu sonuçlar Batıgün ve arkadaşlarının psikosomatik hastalığı olan kişilerle yaptıkları çalışmanın sonuçları ile de paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada bedensel hastalığı olan kişilerin kontrollere göre stres belirtilerinin yüksek, kendilik algılarının düşük, kişilerarası ilişkilerinin sorunlu ve öfkelerinin daha yoğun olduğu belirtilmiştir.(196) Ramirez ve arkadaşlarının 2011 yılında internet üzerinden 165 FMS hastasıyla görüşerek yapısal eşitlik modeline dayanan bir çalışma yapmışlar. Bu model ile stresin FMS semptomları üzerine olan etkisini desteklediğini tespit etmişler. Sonuçlarda FMS hastalarının algıladığı stresin; sosyal destek, benlik saygısı ve öz yeterlilik ile negatif ilişkili; semptomlar ve FEA değerleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiş ve

böylece stresin immünolojik olmayan mekanizmalar aracılığıyla ağrı gibi semptomlara neden olabileceğini bildirmişlerdir.(111, 146)

Kronik hastalığı olan kişilerdeki sosyal destek , hastalığın yol açtığı problemlerle baş edilmesinde önemli bir faktördür.(153) Bu kronik sürecin oluşturduğu stres ve hastalıkla baş etmede yeterli sosyal destek varlığının önemi büyüktür.(181, 187-189) Çalışmamıza katılan FMS hastalarının kontrollere göre algıladıkları sosyal desteğin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.($p<0.01$) Sosyal desteğin alt boyutlarında da algılanan sosyal destek azaldıkça, hastalıktan etkilenme derecelerinin, depresif ve anksiyete semptom puanlarının ($p<0.01$) arttığı görülmektedir. Daha fazla sosyal destek alanların ise kendilerine olan güveninin arttığı ve stresle baş ederken de kendilerine güvenli ve sosyal destek arama yaklaşımları ile olumlu ilişki içinde olduğunu düşünebiliriz.($p< 0.01$) Daha az sosyal destek algılayan hastaların, hastalıktan etkilenme şiddetinin de daha yüksek olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$) Ayrıca yapılan korelasyon analizinde de algılanan sosyal destek ve FEA puanları arasında negatif yönde ilişki tespit edilmeside bu bulgumuzu desteklemektedir. Dirik ve arkadaşlarının 94 FMS hastası ile yapmış oldukları çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş; algılanan sosyal destek ve öz yeterlik azaldıkça kaygı, depresyon ve genel psikolojik sıkıntıların arttığı sonucuna varılmıştır. Sosyal destek ve algılanan hastalık şiddeti arasında negatif korelasyon bulunduğunu belirtmişlerdir. Yine bu yazıda literatüre dayanılarak, algılanan sosyal desteğin artması hastaların hastalıkları ile daha kolay baş etmelerine olanak sağlayarak daha az psikolojik sıkıntı yaşamalarına neden olmuş olabileceği yorumu yapılmıştır.(150, 197)

Çalışmamızda sırasıyla FMS grubunun dikkatsizlik ,bilişsel düzensizlik, sabırsızlık, motor ve toplam dürtüselliklerinin istatistiksel olarak kontrol grubundan yüksek olması FMS hastalarının ağrı şikayetinin yanında dikkatsizlik, konsantrasyon problemi,

huzursuzluk gibi dürtüsellikle ilişkili semptomlarını da açıklamaktadır. Ayrıca FMS hastalarının dürtüsellik puanları arttıkça aleksitimi ve çaresiz başa çıkma puanlarının da arttığı ($p<0.01$); kendilik algılarının , algıladıkları sosyal desteğin ve güvenli başa çıkma tarzı puanlarının ($p<0.01$) azaldığı tespit edilmiştir. Psikosomatik hastalıklardan olan temporomandibular disfonksiyon, obezite ve migren hastalarının mizaç karakter özellikleri bakımından kontrollerden daha düzensiz ve sistemsiz olma eğiliminde, zayıf dürtü denetimine sahip, kolay heyecanlanan, hızlı karar veren, çabuk öfkelenen kişiler olduğu öne sürülmektedir.(130, 131, 134) Çalışmamızda FMS hastalığı olan grupta dürtüsellik puanları yüksek olan grupla dürtüsellik puanları düşük olan grubun FEA puanları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak amacıyla yapılan analizler sonucunda dürtüsellik puanları düşük olan grubun FEA puanlarının da anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuş olması dürtüsellüğün fibromiyalji hastalığının şiddeti ve etyopatogenezi ile de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir ($p<0.05$). Ayrıca bu sonuçlara göre FMS' de hastalıktan etkilenme şiddeti ile dürtüsellik arasındaki pozitif ilişki bulunmuş olması da dürtüsellüğün olası etkisini ve yönünü inceleyen yeni çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir. Yaptığımız regresyon analizine göre FMS hastalarındaki dürtüsellüğün dikkat ve motor alt boyutlarındaki yükselmenin aleksitimiye yordaması ve aynı zamanda alekstiminin de dürtüsellik için prediktör olması dikkat çekicidir. Bu bulgular bize FMS gibi psikosomatik hastalığı olan kişilerin yeteri kadar tanıyıp, ifade edemedikleri duygularını; zaman zaman dürtüsel bir şekilde ifade ettiklerini düşündürmektedir. Nitekim 2012 yılında öğrencilerdeki dürtüsel davranışlar ve aleksitimi ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmanın sonuçları da bu varsayımımızı desteklemektedir. Söz konusu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi dürtüsellikle aleksitimi arasında pozitif korelasyon bulunmuş ve yüksek dürtüsellik puanları olan grubun düşük dürtüsellik puanı olan gruba göre aleksitimi puanlarının da anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

(142) Literatürde FMS' de dürtüsellikle ilgili yeterli çalışma bulunmamış olması çalışmamızın en önemli farklılıklarından biridir. Psikosomatik hastalıkların etyolojisi ile ilgili kesin sonuçlara ulaşılamamış olması ve bu hastalardaki dürtüsellik gibi aleksitimiye yordayan faktörler ve diğer psikolojik özelliklerin ilişkisinin yeterince çalışılmamış olması da bu alanda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda bu konudaki eksikliği gidermek adına yapılan ilk çalışmalardan biridir.

FMS hastalarının depresyon ve kaygı gibi psikolojik etkenlerden bağımsız olarak duygularını dürtüsel tarzda dışa vurmaları bir dizi psikososyal faktörü etkileyerek FMS hastalığını ve yaşamlarını olumsuz etkilediği düşünülebilir. Şöyle ki bu hastalar huzursuz ve sabırsız özellikleri ile çevrelerinden yeteri kadar sosyal destek alamıyor ve kendilik algıları ile ilgili yetersizlik hissine kapılıyor olabilirler. Nitekim algılanan sosyal destek ve kendilik algısı arasındaki pozitif yöndeki ve bu ikisinin dürtüsellikle negatif yöndeki ilişkisinde bu varsayımımızı desteklemektedir. Algıladıkları sosyal destek azlığı, düşük kendilik algısı, yüksek düzeyde dürtüsellik ve aleksitiminin varlığı bu kişilerde somatik belirtilerle seyreden psikiyatrik hastalıklar için zemin oluşturuyor olabilir. Ayrıca bu hastaların tanıyamadıkları ve yeteri kadar ifade edemeleri iç dünyalarının (duygularının) yanında düşük sebat etme ve acelecilik gibi özellikleri nedeniyle kronik süreçte tedaviye uyumlarının bozulmasına neden olabileceğini düşünmekteyiz. Hekimlerin bu konuda dikkatli olması ve hastaların tedaviye uyumlarını arttırmak adına hastalara bu konuda psikoeğitimler gerekli gibi görünmektedir. Ayrıca FMS hastalarında aleksitiminin artmasının dürtüsel özellikleri yordadığı ve bununda hastaların başa çıkma tarzlarını etkiliyor olabileceği göz önüne alınarak, hastaların depresyon, anksiyete yanında dürtüselliklerine de dikkat edilerek farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavileri gözden geçirilebilir.

Psikosomatik hastalıklarda önemli rolü olan aleksitimi kişinin kendi ve diğer insanların duygularını tanıma, ifade ve ayırt etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır.(119) Bizde çalışmamızda literatürle uyumlu olarak FMS grubunu sağlıklı kontrol grubundan daha aleksitimik saptadık yani toplam ve alt ölçek puanları kontrol grubunun puanlarından anlamlı ölçüde yüksek bulduk.(121) Aleksitimi ve hastalıktan etkilenme şiddeti açısından baktığımızda aleksitimisi yüksek olan grubun hastalıktan etkilenme şiddeti de yüksek çıkmış olması daha önceki çalışmalarla uyumludur ($p<0.01$). FMS etyolojisinde çocukluk çağı travması öyküsü de yer almaktadır. Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmış 100 üniversiteli kadınla yapılan bir çalışmada da aleksitiminin kendine zarar verme davranışına aracılık ettiği bildirilmiştir.(138)Bu bilgiler ışığında FMS hastalarındaki dürtüsellik ve kendilerine zarar verme davranışları açısından yapılan literatür taramasında FMS' li kadınlarda normal popülasyondan daha yüksek suicid riski ve suicid girişimi tespit edilmiş olması dikkat çekicidir.(139, 140) Ancak söz konusu çalışmalarda intihar davranışının nedeni kesin olarak açıklanamamış ve dürtüsellikle ilgili herhangi bir değerlendirmeye rastlanmamıştır. Dürtüsellikle ilgili bir ölçüm yapılmaması aleksitiminin tekrarlayan intihar girişimleriyle ilişkili olması açısından önemli bir eksikliklerdir.(141) FMS' li kişilerin aleksitimik özellikleri ile ilişkili olarak yeteri kadar ifade edemedikleri duygularını, intihar gibi dürtüsel bir davranışla dışavurduğunu düşünmemize yol açmaktadır. Maalesef bu konuda hastalara çocukluk çağı travmaları ile ilgili ve dürtüsellikle ilişkili olarak daha önce suicid girişimi öyküsünü sorgulamamış olmamız kısıtlılıklarımız arasında yer almaktadır.

Ayrıca ülkemizde bir grup üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada aleksitiminin çekingenlik ve düşük benlik saygısı ile pozitif korelasyon içinde olduğu bildirilmiştir.(143) Çalışmamızın sonuçları da bu bilgi ile uyumlu bir şekilde FMS' de yüksek bulunan aleksitimik özelliklerle ilişkili olarak bu kişilerin kendilerini ifade etmekte zorlanmalarıyla

birlikte zayıf sosyal ilişkiler içinde olmalarına bağlı kendilik algılarının düşük ve daha az sosyal destek algıladıkları problemle başa çıkma yeteneklerinin yetersiz olabileceği varsayımımızı desteklemektedir.

Kısıtlılıklarımız ve eksikliklerimiz nedeniyle ulaştığımız bir takım anlamlı sonuçların; bu konuda daha detaylı planlanmış ve daha geniş örneklemlerle yeni çalışmalarla desteklenmesi gerekliliği ve gereksinimi olduğunu göstermektedir.

7.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Klinikte FMS hastalarını değerlendirilirken psikiyatrik bozukluklarının olup olmadığını araştırmak, stresle başa çıkma ve ilişkili faktörleri dikkate alarak hasta merkezli yaklaşımlar oluşturmak tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olabilir. Ayrıca bu hastalardaki yüksek düzeyde bulunan psikiyatrik eşanı oranı akılda bulundurulmalı ve bu hastaların tedavisinin psikiyatri hekimleri ile işbirliği içinde multidisipliner yaklaşım ile sürdürülmesi sağlanmalıdır.

FMS hastalarındaki yüksek düzeyde alekstiminin ve dürtüsellik varlığı, hastaların duygularını dürtüsel tarzda dışa vurmalarına ve dolaylı olarak tedavi uyumlarını olumsuz etkileyebilir. Hastaların tedaviye uyumlarını arttırmak adına hastalara bu konuda eğitimler verilebilir. Ayrıca hasta yakınları da bilgilendirilmeli ve psikososyal desteğin önemi vurgulanmalıdır.

Psikosomatik hastalıkların etyolojisi ile ilgili kesin sonuçlara ulaşamamış olması ve bu hastalardaki dürtüsellik gibi aleksitimiye yordayan faktörler ve diğer psikolojik özelliklerin ilişkisinin yeterince bilinmemesi, yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

8.KAYNAKLAR

1. M Kevin O'Connor TAR, Kemuel L Philbrick. İskelet - Kas Sistemi Bozuklukları. In: Benjamin J. Sadock VAS, editor. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Sekizinci Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. p. 2174-80.
2. LA Bradley NM-S. Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders:behavioral and psychologic treatment approaches. Curr Opin Rheumatol 2007. 2002;14:45-51.
3. J Macbeth AS. The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. Curr Rheumatol Rep. 2001;3:157-64.
4. Hüseyin Güleç KS, Medine Yazıcı Güleç. Fibromiyaljide Tedavi Arayışının Psikolojik Etkenlerle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(1):22-30.
5. Lipowski Z. Psychosomatic Perspectives. Can Psychiatr Assoc J. 1970;15:515.
6. Kaplan HI. Psikosomatik Tıbbın Tarihçesi, Duygular ve Hücre Dokusu. In: Benjamin J. Sadock VAS, editor. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Sekizinci Baskı. 8 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. p. 2105- 12.
7. R Staud MR. Mechanisms of disease: pain in fibromyalgia syndrome. Nat Clin Pract Rheumatol. 2006;2:90-8.
8. Ö Altunören FO, V Nacitarhan, A Özer, MF Karaaslan, O Altunören. Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011;48(1):31-8.
9. Rooks D. Fibromyalgia treatment update. Curr Opin Rheumatol 2007. 2007;19:111-7.
10. Wolfe F SH, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990 Feb;33(2):160-72.
11. Aytür YK. Fibromiyalji Sendromu. Romatoloji2012.
12. Çetin N. Factors Affecting the quality of life in patients with fibromyalgia. Turk J Rheumatol 2009;24:77-81.
13. Fibromyalgia, In Arthritis and Allied Conditions(1996).
14. Müller W SE, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. Rheumatol Int. 2007; 27:1005-10.
15. Bağış S. Fibromiyaljide Klinik Bulgular ve Tanı. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2008;54:12- 4.
16. Giesecke T WD, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, Gracely RH, Clauw DJ. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. Arthritis Rheum. 2003;48:2916-22.
17. İnanıcı F. Fibromiyalji Sendromu. In: Prof. Dr. Mehmet BEYAZOVA PDYGK, editor. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon 1-2. 2 ed: Güneş Tıp Kitabevi; 2011. p. 2365-77.
18. Williamson M. Fibromyalgia: A Comprehensive Approach. 1 ed. Newyork: Walker and Company; 1996.
19. İnanıcı F YM. History of fibromyalgia: past to present. Curr Pain Headache Reports. 2004;8(5):369.
20. Yunus MB MA. Fibromyalgia, Restless Legs Syndrome, Periodic Limb, Movement Disorder and Psychogenic Pain; In arthritis and allied Condition. 12 ed. Kopman LFebDJMCAW, editor1992.
21. H Moldofsky PS, R England, H Smythe. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. Psychosom Med. 1975;37:341-51.

22. Hench PK. Nonarticular rheumatism, 22nd rheumatism review: review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum.* 1976;19:1081-9.
23. MB Yunus AM, JJ Calabro, et al. Primary Fibromiyalgiya (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum.* 1981;11:151-71.
24. Goldenberg DL. Fibromiyalgiya syndrome. An emerging but controversial condition. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 1987;257(20):2782-7. Epub 1987/05/22.
25. Wolfe F CD, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromiyalgiya and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62:600-10.
26. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromiyalgiya and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases.* 2006;12(3):124-8. Epub 2006/06/07.
27. Topbas M CH, Gulec H, Akgol E, Ak I, Can G. The prevalence of fibromiyalgiya in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol.* 2005;34:140-4.
28. Yunus M. Fibromiyalgiya syndrome: clinical features and spectrum. *The Fibromiyalgiya Syndrome: Current Research and Future Directions in Epidemiology, Pathogenesis and Treatment.* R P, editor. New York: The Haworth Medical Press Inc; 1994.
29. Gür A ÇR, Nas K, Saraç AJ, Özen Ş. Quality of life in young fibromiyalgiya patients and effect of depression. *Applar journal of Rheumatology.* 2006;9:70-8.
30. Wolfe F RK, Anderson J, Russell IJ. Aspects of fibromiyalgiya in the general population sex, pain threshold and fibromiyalgiya symptoms. *J Rheumatol.* 1995;22:151-6.
31. Wolfe F RK, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromiyalgiya in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995;38:19-28.
32. Yunus M. Towards a model of pathophysiology of fibromiyalgiya: aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *J Rheumatol.* 1992;19:846-50.
33. Gür A. Fibromiyaljiye Etiyopatogenezi. *Turk J Phys Med Rehab.* 2008;54 Suppl 1:4-11.
34. Hench PK. Evaluation and differential diagnosis of fibromiyalgiya. Approach to diagnosis and management. *Rheum Dis Cli North Am.* 1989;15(1):19-29.
35. Elvin A, Siosteen AK, Nilsson A, Kosek E. Decreased muscle blood flow in fibromiyalgiya patients during standardised muscle exercise: a contrast media enhanced colour Doppler study. *Eur J Pain.* 2006;10(2):137-44. Epub 2005/11/29.
36. Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Triana-Alexander M, Alexander RW, Martin MY, et al. Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromiyalgiya. Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis Rheum.* 1997;40(3):453-60. Epub 1997/03/01.
37. Goldenberg D. Fibromiyalgiya. Klippel JH, Dieppe PA, Eds *Rheumatology.* 2 ed. London: Mosb; 1998. p. 1-2.
38. Yunus M. Genetic factors in fibromiyalgiya syndrome. *Z Rheumatol.* 1998;57:2:61-2.
39. Kozanoğlu E ŞM. Fibromiyalji Sendromunun etiyopatogenezi. *ÇÜ Sağlık Bil Derg.* 2002;17(3):23-9.
40. LA B. Pathophysiology of fibromiyalgiya. *Am J Med.* 2009;122.
41. Przekop P HM, Morton KR, Oda K, Fraser GE. Correlates of perceived pain-related restrictions among women with fibromiyalgiya. *Pain Med.* 2010.

42. Haviland MG MK, Oda K, Fraser GE. Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry Res* 2010;177:335-41.
43. Cosci F, Pennato T, Bernini O, C B. Psychological well-being, negative affectivity, and functional Impairment in fibromyalgia. *Psychother Psychosom* 2011;80:256-8.
44. Fietta P FP, Manganeli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed*. 2007;78:88-95.
45. Yilmaz S EH. Clinical and laboratory findings in fibromyalgia syndrome. *Turkiye Klinikleri J Immunol Rheumatol-Special Topics* 2009;2:9-15.
46. S K. The psychiatrist confronted with a fibromyalgia patient. *Hum Psychopharmacol*. 2009;24:25-30.
47. McBeth J JK. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21:403-25.
48. Harkness EF MG, Nahit E, Silman AJ, McBeth J. Mechanical injury and psychosocial factors in the work place predict the onset of widespread body pain: a two-year prospective study among cohorts of newly employed workers. *Arthritis Rheum* 2004.50(1655-1664).
49. R S. Biology and therapy of fibromyalgia: pain in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2006;8:208.
50. Dadabhoj D CD. Therapy Insight: fibromyalgia-a different type of pain needing a different type of treatment. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2006;2:364-72.
51. Buskila D AF, Sarzi-Puttini P. Etiology of fibromyalgia: the possible role of infection and vaccination. *Autoimmun Rev* 2008;8:41-3.
52. BM S. Fibromyalgia: knowns, unknowns, and current treatment. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2010;68:157-61.
53. Atagün Mİ AZ, Evren C, Balaban ÖD, Yalçınkaya EY, Öneş K. Mental symptoms are related with impact of the disease and impairment in quality of life in female patients with fibromyalgia. *Düşünen Adam*. 2012;25(4):338-44.
54. Russell IJ RK. Fibromyalgia syndrome: presentation, diagnosis, differential diagnosis, and vulnerability. *CNS Spectr*. 2008;13:6-11.
55. Yunus M. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*. 2007;36:339-56.
56. Akkus S. Fibromyalji. In: T G, editor. *Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Tedavisi*. İstanbul: Yüce dağıtım a.ş.; 2002. p. 777-89.
57. Wolfe F CM, Kleinheksel SM Fibrositis (fibromiyalgiya) in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1984;11:814-8.
58. A A. Fibromyalgia syndrome: diagnosis, overlapping diseases and differential diagnosis. *Turkiye Klinikleri J Immunol Rheumatol-Special Topics* 2009;2:16-23.
59. Elif Onur Aysevener PYD. Fonksiyonel somatik sendromlar ve prematür ejakülasyon tedavisinde antidepresan kullanımı *Psikiyatride Güncel TPD sürekli eğitim/sürekli mesleki gelişim dergisi*. 2012;2(1).
60. Sarzi-Puttini P BD, Carrabba M, Doria A, Atzeni F. Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now? *Semin Arthritis Rheum*. 2008;37:353-465.
61. Häuser W TK, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - a systematic review. *Eur J Pain* 2010;14:5-10.
62. Wilcke TS CD. Pharmacotherapy in fibromiyalgiya implications for the underlying pathophysiology. *Pharmacology Therapeuticus*. 2010;127(3):283-94.
63. Grundmann O YS. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health- care practitioners. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;25(4):691-9.

64. SF Carville SA-N, H Bliddal, F Blotman, JC Branco, D Buskila, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(4):536-41.
65. Dilşad Sindel İS, Sina Esmailzadeh Fibromiyalji Sendromunda Uygulanan Tedavi Yöntemleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2012;58:136-42.
66. Marcus D. Fibromiyalgiya: diagnosis and treatment options. *Gend Med.* 2009:6139-151.
67. Arnold L. Strategies for managing fibromyalgia. *AM J Med.* 2009;122:31-43.
68. Arnold L. The pathophysiology, diagnosis and treatment of fibromiyalgiya. *Psychiatr Clin N Am.* 2010;33:375-408.
69. Smith HS HR, Clauw D Fibromiyalgiya: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome *Pain Physician.* 2011;14(2):217-45.
70. Öğüt E. Fibromiyalji sendromlu hastalarda sitokinlerin monosit ekspresyon düzeyleri / Monocyte expression levels of cytokines in patients with fibromyalgia syndrome [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Gaziantep Üniversitesi / Tıp Fakültesi; 2011.
71. Morris CR, Bowen L, Morris AJ. Integrative therapy for fibromyalgia: possible strategies for an individualized treatment program. *Southern medical journal.* 2005;98(2):177-84.
72. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2000;1(2):89-99.
73. Van Koulil S, Effting M, Kraaimaat F, Van Lankveld W, Van Helmond T, Cats H, et al. Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. *Annals of the rheumatic diseases.* 2007;66(5):571-81.
74. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 2007;8:132-9.
75. DL Goldenberg CB, L Crofford. Management of Fibromiyalgiya syndrome. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 2004;292(19):2388-95.
76. Şebnem Koldaş Doğan SA, Deniz Evcik. Fibromiyalji tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Yeni Tıp Dergisi.* 2011 28(2):73-8.
77. DL Goldenberg DF, HA Dinerman Randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromiyalgiya. *Arthritis Rheum.* 1986;29(11):1371-7.
78. RM Bennett MK, R Karim, N Rosenthal Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromiyalgiya pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med.* 2003;114(7):537-45.
79. LM Arnold PK, JA Welge. Antidepressant treatment of fibromiyalgiya. A meta - analysis and review *Psychosomatics.* 2000;4:104-13.
80. M Offenbaecher MA. Current trends in neuropathic pain treatments with special reference to fibromiyalgiya. *CNS Spectrums.* 2005;10(4):285-97.
81. PG O'Malley EB, G Tomkins, J Santoro, K Kroenke, JL Jackson Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine.* 2000;15(9):659-66.
82. B Nishishinya GU, B Walitt, A Rodriguez, X Bonfill, C Alegre, et al. Amitriptyline in the treatment of fibromiyalgiya: A systematic review of its efficacy. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47(12):1741-6.
83. W Häuser KB, N Üçeyler, C Sommer. Treatment of Fibromyalgia Syndrome With Antidepressants: A Meta-analysis. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 2009;301(2):198-209.

84. N Uceyler WH, C Sommer. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 2008;59(9):1279-98.
85. LM Arnold EH, IJ Hudson, JA Welge, SE Berno, PE Keck. A randomized, placebo-controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *Am J Med.* 2002;112(3):191-7.
86. J Nørregaard HV, B Danneskiold-Samsøe. A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain.* 1995;61(3):445-9.
87. Amy S Chappell LAB, Curtis Wiltse, Michael J Detke, Deborah N D'Souza, Michael Spaeth. A six-month double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of duloxetine for the treatment of fibromyalgia. *Int J Gen Med.* 2008;1:91-102.
88. Russell IJ, Mease PJ, Smith TR, Kajdasz DK, Wohlreich MM, Detke MJ, et al. Efficacy and safety of duloxetine for treatment of fibromyalgia in patients with or without major depressive disorder: results from a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose trial. *Pain.* 2008;136(3):432-44.
89. Stahl S. *Essential Psychopharmacology The Prescriber's Guide.* Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
90. M Orhan Öztürk AU. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I-II.* 11 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2008. 1000 p.
91. O Vitton MG, J Gendreau, J Kranzler, SG Rao. A doubleblind placebo-controlled trial of milnacipran in the treatment of fibromyalgia. *Hum Psychopharmacol.* 2004;19:27-35.
92. K Sayar GA, I Ak, M Tosun. Venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Ann Pharmacother.* 2003;37:1561-65.
93. Crofford LJ, Mease PJ, Simpson SL, Young Jr JP, Martin SA, Haig GM, et al. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-month, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin. *Pain.* 2008;136(3):419-31.
94. Norfolk D. *İş hayatında stres: İstanbul Form Yayınları;* 1989.
95. Baltaş B. *Stres ve stresle başa çıkma yolları.* 25. Baskı ed. İstanbul: Remzi Yayınevi; 2008.
96. İ B. *Stres kavramı ve tarihsel gelişimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi.* 2005;47(9-12).
97. Cannon WB. *The wisdom of the body.* ed R, editor. NY: Norton & Company Inc; 1939.
98. Cannon WB. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage.* 2nd ed ed. Maryland: McGrath Pub Company; 1970.
99. Şahin N. *Stresle başa çıkma. Türk Psikologlar Derneği Yayınları* 1998(No:2).
100. Selye H. *Stress without distress.* USA: Penguin Books; 1975.
101. JE Dimsdale MI, FJ Keefe, MB Stein. *Stres ve Psikiyatri.* In: Benjamin J. Sadock VAS, editor. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Sekizinci Baskı.* Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. p. 2180-95.
102. Yamaç Ö. *Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi].* Konya: Selçuk Üniversitesi; 2009.
103. Linford R. *The Role of Stress in the Etiology of Psychosomatic Disorders.* Lond: Proceedings of the Royal Society of Medicine; 1958 Dec 9.
104. Hinkle LEJ. *Stress and disease: The concept after 50 years.* *Social Science of Medicine.* 1987(25 (6)): 561 - 6.
105. Lown B. *Sudden cardiac death: Biobehavioral perspective.* *Circulation.* 1987;76:1186-96.

106. RH Rahe IF, T Bergan, et al. A model for life changes and illness research: Cross cultural data from the Norwegian Navy. *Arch Gen Psychiatry*. 1974;31:171-2.
107. R S Lazarus SF, C Dunkel-Schetter, A DeLongis, R J Gruen. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;50(5):992-1003.
108. R Lazarus SF, R J Gruen, A DeLongis. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;50(3):571-9.
109. Tuğrul CD. Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*. 2000;4:12-7.
110. R Lazarus SF. Stress, coping and adaptation. New York: Springer; 1984.
111. MT Gonzalez RL. Confirmation of a descriptive model of stress and psychosomatic symptoms using structural equations. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;23:7-18.
112. Picardi A AD. Stressful life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom*. 2001; 70 (3)(118):36.
113. Koptagel İG. Günümüz Tıbbında Psikosomatikğin yeri. *Psikiyatrik-Psikososyal Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu II1993*. p. 1917.
114. GK İ. Psikosomatik Bozukluklara Genel Bakış. In: Güleç C KE, editor. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. p. 760.
115. Balon R. Reflections on relevance Psychotherapy and Psychosomatics in 2005. *Psychother Psychosom*. 2006;75(1)(5):11.
116. J Ruesch GB. *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. New York W.W. Norton; 1951.
117. TH Holmes RR. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 11:213.
118. JC Nemiah PS. Affect and fantasy in patient with psychosomatic disorders. In: Hill O, editor. *Modern Trends in Psychosomatic Disorders*. London: Butterworth; 1970. p. 126.
119. Sifneos P. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatr Clin North Am*. 1988;11(3):287-92.
120. M Bach MDZ, D Ackard, et al. Alexithymia: relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry*. 1994;35:239-43.
121. Güleç H, Sayar K, Topbaş M, Karakucak M. Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15:191-8.
122. K Sayar MS, S Trablus, M Öztürk, B Acar. İritabl kolon sendromunda aleksitimi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2000;11:190-7.
123. İ Taymur NÖ, C Boratav, S Güliter. İritabl barsak sendromlu hastaların aleksitimi, mizaç, karakter özellikleri ve psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2007;17:186-94.
124. H Güleç KS, M Yazıcı. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Düşünen Adam*. 2007;20(1):16-24.
125. M A Lumley LS, F Wehmer. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res*. 1996;41:505-18.
126. JH Patton MS, ES Barratt. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*. 1995;51:768-74.
127. SB Eysenck HE. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol*. 1977;16:57-68.
128. F Leavitt RSK. Distraction as a key determinant of impaired memory in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2006;33:127-32.
129. Reyero F, Ponce G, Rodriguez-Jimenez R, Fernandez-Dapica P, Taboada D, Martin V, et al. High frequency of childhood ADHD history in women with fibromyalgia. *European Psychiatry*. 2011;26(8):482-3.
130. Darcan A, Onur E, Köse T, Alkın T, Erdem A. Temporomandibuler bozukluğu olan hastalarda mizaç ve karakter boyutları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19:274-82.

131. BB Annagür FO, A Özer, L Tamam, Ç Erhan. Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi.
132. AN Agranat-Meged CD, G Goldzweig, et al. Childhood obesity and attention deficit hyperactivity disorder: A newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Disord.* 2005;37:357-9.
133. PS Jensen SH, HC Kraemer, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:147-58.
134. PO Nylander PS, S Brändström, M Nilsson, T Forsgren, L Forsgren , et al. Migreine: temperament and character. *Psychiatr Res.* 1996;30:359-68.
135. AL Teten LM, SD Bailey, NJ Dunn, TA Kent. Empathic deficits and alexithymia in trauma-related impulsive aggression. *Behav Sci Law.* 2008;26(6):823-32.
136. A Fossati EA, JA Feeney, S Borroni, F Grazioli, LE Giarolli, G Franciosi, C Maffei. Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attach Hum Dev.* 2009;11(2):165-82.
137. Ari M, Bez Y, Kaya MC, Aslan F, Guler H. Childhood Abuse and Anxiety in Treatment-Resistant Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain.* 2012:1-5.
138. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child abuse & neglect.* 2004;28(3):339-54.
139. Dreyer L, Kendall S, Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM, Bliddal H. Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: Increased frequency of suicide. *Arthritis & Rheumatism.* 2010;62(10):3101-8.
140. EP Calandre JV, R Molina-Barea, MI Tovar, JM Garcia-Leiva, J Hidalgo, CM, Rodriguez-Lopez FR-V. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50(10):1889-93.
141. K Sayar MÖ, Burçin Acar. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2000;10(3):133-8.
142. FENG Yan DY-I, GUAN Bing-qing, TANG Qiu-ping. The relationship between impulsive behavior and alexithymia in pupils. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science.* 2012 21:10.
143. Ünal G. Bir grup üniversiteli gençte çekingenlik, aleksitimi ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2004;7:215-22.
144. Urs M. Natert SF, Uhrke Ehlert. Stress as a Pathophysiological Factor in Functional Somatic Syndromes. *Current Psychiatry Reviews.* 2011(7):152-69.
145. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of psychosomatic research.* 2001;51(1):361-7.
146. T Mónica González-Ramírez ea. The role of stress transactional theory on the development of fibromyalgia: A structural equation model. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(2):81-7.
147. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2005;1:607.
148. Bandura A. *Social Foundation of Thoughts and Action: A Social Cognitive Theory.* London: Prentice Hal; 1986.
149. S PBuckelew BH, JE Hewett, JC Parker, JC Johnson, Conway, DR Kay. Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care Res.* 1996;9:97-104.

150. Gülay Dirik PS, Mehtap Kartal. Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi. *Düzce Tıp Dergisi*. 2011;13(1):45-52.
151. PL Dobkin AL, M Abrahamowicz, R Ionescu-Ittu, S Bernatsky, A Goldberger, M Baron. Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *Clin J Pain*. 2010;26(1):23-9.
152. M Kivimäki ea. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia:prospective cohort study. *J Psychosom Res*. 2004;57:417-22.
153. BWJH Pennix TvT, DJH Deeg, DM Kriegsman, AJ Boeke, JT van Eijk. Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Soc Sci Med*. 1997;44:393-402.
154. C J Dunst CMT, A H Cross. Mediating influences of social support: personal, family, and child outcomes. *Am J Ment Defic*. 1986;90:403-17.
155. IG Sarason HL, RB Basham, BR Sarason. Assesing social support: the social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44:127-39.
156. K Oliver TC, HR Walen, M Tomita. Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2001;28:2711-9.
157. MI Bisschop DK, A Beekman, D Deeg. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med*. 2004;59:721-33.
158. Buskila D S-PP. Biology and therapy of fibromyalgia, genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*. 2006(8:218):21.
159. Okifuji A TD. Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2002 Jun(27(2)):129-41.
160. A Özkürkçügil ÖA, M Yıldız, arkadaşları. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:233-6.
161. S Sarmer SE, G Yavuzer. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int*. 2000;20(1):9-12.
162. İşçen P. Onkologların Çatışma Eğilimlerinin, Empatik Becerilerinin, İş Doyumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2006.
163. NH Şahin AD-B. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10(34):56-73.
164. I Savaşır NHŞ. Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
165. NH Şahin AD. Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9(31):44-56.
166. NH Şahin AD. Occupational stres and job satisfaction: The case of banking personel. XXIII International Congress of Aplied Psychology, Madrid. 1994.
167. GD Zimet ND, SG Zimet, GK Forley. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(30-45).
168. D Eker HA. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;34:45-55.
169. D Eker HA, H Yıldız. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik, güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17-25.
170. H Güleç LT, MY Güleç, et al. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:251-8.
171. RM Bagby JP, GJ Taylor. The twenty item Toronto Alexithymia Scale-I: item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38:23-32.

172. RM Bagby GT, JD Parker. The Twenty item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 1994;38:33-40.
173. K Sayar HG, İ Ak, editor. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. 37 Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı; 2001 02-06 Ekim 2001; İstanbul.
174. S Köse KS, H Güleç, C Evren, J Borckardt editor. The Turkish version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): reliability, validity, and factorial structure. *Society of Biological Psychiatry Symposium*; 2005 May 19-22 2005; Atlanta.
175. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi.* 1989;7:3-13.
176. AT Beck CW, M Mendelson, J Mock, J Erbaugh. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
177. M Ulusoy NŞ, H Erkmen. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother Int Q.* 1998;12:163-72.
178. S Ferrari GG, A Mackinnon, M Rigatelli. Frequent attenders in primary care: impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychother Psychosom* 2008;77:306-14.
179. S Akkuş AK, O Bayazıt. Fibromiyalji tanısı konan 220 vakanın klinik özellikleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.* 1998;44:1.
180. Sendur ÖF. Tıbbi rehabilitasyon. In: H Oguz ED, N Dursun, editor. Ağrılı kas sendromları. 2 ed: Nobel Tıp Kitabevi; 2004. p. 1221-38.
181. Ünal M. Stres ve Psikosomatik Tıp. *Psikiyatri Dergisi.* 1990;1(3):190-8.
182. T L Murray CLM, M R Daniels. Stress and family relationship functioning as indicators of the severity of fibromyalgia symptoms: a regression analysis. *Stress and Health.* 2007;23:3-8.
183. K Çapacı SH. İbromiyalji Sendromu: Etiyopatogenez. *Ege Fiz Tıp Reh Der.* 1998;4:219-26.
184. Arnold LM, Crofford LJ, Martin SA, Young JP, Sharma U. The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Medicine.* 2007;8(8):633-8.
185. Neslihan Soran ÖA, Ahmet Demirkol. Fibromiyalji Sendromunda Depresyon Düzeyi ve Klinik Parametrelerle İlişkisi. *Romatizma Dergisi.* 2008;23:1-4.
186. N Jiang TS, T Hara, Y Takedomi, I Ozaki, S Yamada. Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: study based on the Temperament and Character Inventory. *J Psychosom Res.* 2003;55:493-500.
187. Stoudemire A. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler. Stoudemire A, editor. Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.
188. A Stoudemire REH. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik etkenler ve DSM-IV Genel bir bakış. A S, editor. Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.
189. Güleç MY. Psikosomatik Hastalıklarda Mizaç ve Karakter Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1:201-14.
190. H Y Yang CCS, Y C Wu, J D Wang. Stress, Insomnia, and Chronic Idiopathic Urticaria. *J Formos Med Assoc.* 2005;104(4):254-63.
191. HJ Michielsen BVH, I Leirs, A Vandenbroeck, P Onghena. Depression, attribution style and self-esteem in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients: is there a link? *Clin Rheumatol.* 2006;25:183-8.
192. JM Morea RF, RM Bennett. Conceptualizing and measuring illness self-concept: a comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Res Nurs Health.* 2008;31:563-75.

193. Yarpuz AY, Saadet ED, Şanlı HE, Özgüven HD. Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg. 2008;19:29-37.
194. Armentrout DP. The impact of chronic pain on the self-concept. Journal of Clinical Psychology 1979;35(3):517-21.
195. J D Safran ZVS. Interpersonal Process in Cognitive Therapy. New York: Basic Books; 1990.
196. Ayşegül Durak Batıgün NHŞ, Esra Karşlı Demirel. Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres , Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve Öfke İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(4):245-54.
197. Hobfoll S. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. Am Psychol. 1989;44:513-24.

9.EKLER

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU:

YAŞ:

CİNSİYET: 1. KADIN 2. ERKEK

MEDENİ DURUM: 1. EVLİ 2. BEKAR 3. DUL 4. BOŞANMIŞ

5. AYRI YAŞIYOR

KİMLERLE YAŞIYOR: 1.Eş ve çocuklar 2.Anne-Baba 3.Yalnız 4.Bir yakını ile

5.Diğer.....

EĞİTİM DÜZEYİ: 1.OKUR-YAZAR 2.İLKÖĞRETİM 3. LİSE MEZUNU

4.ÜNİVERSİTE

MESLEK:

1. EV HANIMI 2. MEMUR 3. ÖĞRENCİ 4.EMEKLİ 5. SERBEST 6. İŞÇİ

7. ÇALIŞMIYOR

AYLIK ORTALAMA GELİR: 1.1500 TL' den az 2.1500-3000 TL arası 3.3000 TL' den

fazla

Fibromiyalji sendromu başlama yaşı:
Hastalığın başladığı dönemlerdeki stresör faktörler:.....
Halen mevcut olan stresör faktörler:.....
Önceden psikiyatri başvuru? 1. Yok . 2.Var
Varsa tanı?.....Tedavi.....süre.....

FİBROMİYALJİ ETKİ ANKETİ

Bunları yapabiliyor musunuz?

	Her zaman	Çoğu zaman	Nadiren	Hiçbir zaman
a) Alışveriş yapmak	0	1	2	3
b) Çamaşır yıkamak (çamaşır makinesi ile)	0	1	2	3
c) Yemek pişirmek	0	1	2	3
d) Elde bulaşık yıkamak	0	1	2	3
e) Halı süpürmek	0	1	2	3
f) Yatakları yapmak	0	1	2	3
g) Birkaç sokak yürüme	0	1	2	3
h) Arkadaş / akraba ziyaretleri	0	1	2	3
i) Bahçe işleri	0	1	2	3
j) Araba kullanmak	0	1	2	3
k) Merdiven çıkmak	0	1	2	3

2) Geçen hafta içinde kaç gün kendinizi iyi hissettiniz?

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

3) Geçen hafta içinde hastalığınız nedeniyle kaç gün işe gitmediniz ? (Ev hanımı iseniz boş bırakınız).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4) İşe gittiğinizde ağrınız ya da hastalığınızla ilgili diğer sorunlarınız işinizi yapmanızı ne kadar etkiliyor?

Hiç etkilemiyor

Çok etkiliyor

5) Ne derece ağrınız var?

Ağrı yok

Dayanılmaz ağrı var

6) Ne derece yorgunluk hissediyorsunuz?

Yorgunluğum yok

Çok yorgunum

7) Sabahları nasıl uyanıyorsunuz?

İyi dinlenmiş olarak

Çok yorgun olarak

8) Ne derece sabah tutukluğunuz var?

Tutukluğum yok

Çok tutukluğum var

9) Kendinizi ne derece gergin, sinirli veya endişeli hissediyorsunuz?

Gergin hissetmiyorum

Çok gerginim

10) Kendinizi ne derece üzüntülü veya sıkın hissediyorsunuz?

Üzüntülü hissetmiyorum

Çok üzüntülüym

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutu içine X işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin.

		Sizi ne kadar tanımlıyor? Size ne kadar uygun?			
	BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	%0	%30	%70	%100
1	Kimsenin bilmesini istemem				
2	İyimser olmaya çalışırım				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim				
8	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9	İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11	Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15	Problemin çözümü için adak adarım				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18	Olaydan /olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım				
20	Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21	Mücadelen vazgeçerim				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24	Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim				
25	'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim				
27	'Benim suçum ne' diye düşünürüm.				
28	'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

SKÖ

Sizin de bildiğimiz gibi, hepimiz zaman zaman kendimizi diğer insanlarla karşılaştırır ve bazı değerlendirmeler yaparız. Bu değerlendirmeler sonucunda kendimizle ilgili bazı fikirler ediniriz. **Sizin de kendinizle ilişkili bazı kişisel görüşleriniz** mutlaka vardır. Lütfen, aşağıdaki sıfatların her birinde **sizi en iyi yansıtan sayıyı** bularak üzerine **(X)** işareti koyunuz.

Yetersiz	1	2	3	4	5	6	Yeterli/tüştün
Beceriksiz	1	2	3	4	5	6	Becerikli
Başarısız	1	2	3	4	5	6	Başarılı
Sevilmeyen biri	1	2	3	4	5	6	Sevilen biri
İçe döntük	1	2	3	4	5	6	Dışa döntük
Yalnız	1	2	3	4	5	6	Yalnız değil
Dışta bırakılmış	1	2	3	4	5	6	Kabul edilmiş
Sabırsız	1	2	3	4	5	6	Sabırlı
Hoşgörtüstiz	1	2	3	4	5	6	Hoşgörütlü
Söyleneni yapan	1	2	3	4	5	6	İnsiyatif sahibi
Korkak	1	2	3	4	5	6	Cesur
Kendine güvensiz	1	2	3	4	5	6	Kendine güvenli
Çekingen	1	2	3	4	5	6	Atılgan
Dağınık	1	2	3	4	5	6	Düzenli
Pasif	1	2	3	4	5	6	Aktif
Kararsız	1	2	3	4	5	6	Kararlı
Antipatik	1	2	3	4	5	6	Sempatik
Boyun eğici	1	2	3	4	5	6	Hakkımı arayıcı

EK - III

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğundan yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarına güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarım ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylayabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen dört seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

- 1- (0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzgün hissediyorum.
(2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2- (0) Gelecekte umutsuz değilim.
(1) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- (0) Kendimi başarısız görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(2) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(1) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(3) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5- (0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- (0) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(1) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- (0) Kendimden hoşnutum.
(1) Kendimden pek hoşnut değilim.
(2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(3) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- (0) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(1) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(2) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

- 11- (0) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(2) Çoğu zaman sinirliyim.
(3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
- 12- (0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- (0) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(1) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- (0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(2) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(3) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16- (0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(1) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- (0) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(3) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
- 18- (0) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(3) Artık hiç iştahım yok.
- 19- (0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
- 20- (0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(2) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- (0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(1) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(2) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(3) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				