



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**SOMATİZASYON BOZUKLUĞU VE FİBROMİYALJİ
SENDROMUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
DİSOSİYATİF YAŞANTILARIN ARAŞTIRILMASI**

DR. ŞULE ÖZKAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ADNAN ÖZÇETİN

DÜZCE-2015

ÖNSÖZ

TEŞEKKÜR

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ihtisasım süresince desteklerini hissettiğim başta anabilim dalı başkanımız kıymetli Hocam Prof. Dr. Ahmet Ataoğlu'na, Tez danışmanım Prof. Dr. Adnan Özçetin'e ve Yrd. Doç. Dr. Celalettin İçmeli hocalarım ve yaptığım Çocuk Psikiyatrisi rotasyonumda emeği geçen Prof. Dr. Ayten Erdoğan hocama, istatistik konusunda içten yardımlarını gördüğüm Prof. Dr. Handan Ankaralı hocama teşekkürü bir borç bilirim.

Birlikte çalıştığım tüm asistan ve hemşire arkadaşlarıma,

Bu araştırmaya katılan tüm gönüllülere,

Yoğun geçen tez dönemimin zorluklarına sabreden ve tez yazımında yardımları olan eşim Aybars Bey'e gerektiğinde bilgisayarda yazılarımı yazan oğlum M. Kadir, kızım H. Elif'e, manevi desteklerini her zaman hissettiğim anne ve babama teşekkür ve sevgilerimle...

Dr. Şule ÖZKAN

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı somatizasyon bozukluğu (SB) ve fibromyalji sendromunun (FMS) disosiyatif semptomlarla/bozuklukla ve çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisi, somatizasyon bozukluğu ve fibromyalji sendromunda çocukluk çağı travmalarının hastalığın oluşumunda rol oynayıp oynamadığını araştırmaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya 2013–2014 yılları arasında Düzce Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalına başvuran, DSM-IV-TR'ye göre somatizasyon bozukluğu tanısı almış hastalar (grup I) ile fibromyalji sendromu tanısıyla takip edilen hastalarda (grup II) testleri uygun şekilde anlayıp cevaplayabilecek, en az ilkokul mezunu olan, çalışmaya katılmayı kabul edenler ile kontrol grubu için benzer sosyodemografik özelliklere sahip, en az ilkokul mezunu sağlıklı bireyler alındı. SB için mental retardasyon, psikoz, somatizasyonu açıklayacak ek organik hastalığı ya da madde kullanımı bulunma, FMS için ek organik hastalığı olma dışlama kriterleriydi. Çalışmaya katılan 189 kişiden 60 kişi grup I (Somatizasyon Bozukluğu), 60 kişi grup II (Fibromiyalji Sendromu), 69 kişi grup III(kontrol grubu) olup, her üç gruba da çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ-28) ve disosiyasyon ölçeği (DIS-Q) ile birlikte sosyodemografik bilgiler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim, ekonomik durum, yaşadığı yer, ailede hastalık öyküsü sorgulandı.

Bulgular: SB ve FMS'li grupların Toplam CTQ ortalama puanları Kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p = 0,008$). CTQ ölçeğinin alt boyutları bakımından gruplar karşılaştırıldığında; SB ve FMS olan hastaların duygusal ihmal puanı ortalaması, kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p < 0,001$). Buna karşın SB ve FMS'li hastalarda duygusal ihmal ortalamaları benzerdir ($p > 0,05$).

Duygusal istismar ortalaması bakımından SB olan hastaların ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,029$). Diğer gruplar arasında fark olmayıp, duygusal istismar ortalamaları bakımından SB ve FMS benzerdir($p > 0,05$).

Fiziksel ihmal ortalamaları bakımından FMS hastalarının ortalaması kontrol grubunun ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş ($p = 0,046$), ancak

SB olanların fiziksel ihmal ortalamaları ile kontrol ve fibromiyaljili hastaların fiziksel ihmal ortalamaları arasında anlamlı fark tesbit edilmemiştir; SB ve FMS bu anlamda benzerdir ($p > 0,05$).

Tüm gruplarda CTQ'nun tüm alt ölçeklerinin ortalama puanları, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında belirlenen kesim puanlarının üstünde bulunmuştur (kontrol grubunun duygusal ihmal puanı dışında).

DIS-Q ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,004$). Farklılıklar detaylı olarak incelendiğinde fibromiyalji hastaların DIS-Q ortalaması somatizasyon bozukluğu olan hastaların ve kontrol grubunun ortalamasından anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (sırasıyla p değerleri 0,05; 0,003).

Sonuç: Çalışmamızda SB ve FMS'nin tüm çocukluk travmaları, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal açısından benzer olduklarını tesbit ettik. SB ve FMS için DIS-Q ortalamaları yüksek düzeyde olup FMS'de anlamlı düzeyde yüksekti. Etiyolojilerindeki çocukluk çağı travmaları ve travmatik yaşantıların benzerliği nedeniyle SB, FMS hatta Disosiyatif Bozukluklar iç içe geçmiş, travmanın sebep olduğu nörobiyolojik, psikolojik ve somatik sonuçlarıyla seyreden aynı hastalığın farklı klinik görünümleri olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızın bundan sonra bu alanda yapılacak olan diğer çalışmalara ışık tutacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Somatizasyon bozukluğu, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif yaşantılar, Ağrı

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

INVESTIGATION OF CHILDHOOD TRAUMA AND DISSOCIATIVE EXPERIENCES IN SOMATIZATION DISORDER AND FIBROMYALGIA SYNDROME

Objective: The aim of the study was the relationship of somatization disorder (SD) and fibromyalgia syndrome (FMS) with dissociative symptoms / disorder and childhood trauma, investigation of whether childhood trauma have role in the cause of somatization disorder and fibromyalgia syndrome.

Materials and methods: The patients, agreed to participate and admitted to Duzce University department of psychiatry between 2013-2014 years, who had been diagnosed as somatization disorder (group I) according to DSM-IV TR and patients (group II) who can appropriately understand and answer the tests, at least elementary school graduate, and the healthy subjects with similar socio-demographic characteristics and at least elementary school graduate for control group were included in the study. Exclusion criterias for SD were mental retardation, psychosis, the presence of additional organic disease or substance abuse mimicking somatization and additional organic diseases for FMS. 60 people group I (somatization disorder), 60 people in the study group II (fibromyalgia syndrome), 69 people in group III (control) from 189 people were participated in the study. Together with childhood trauma scale (CTQ-28) and dissociation scale (DIS-Q) applied three groups; the name, age, sex, marital status, occupation, education, economic status, place of residence, family history of psychiatric disorders were questioned as socio-demographic data.

Results: Total mean CTQ score of groups with SD and FMS was significantly higher than the control group ($p = 0.008$). When we compared to the groups in terms of the CTQ subscales scale; Emotional neglect mean score of the patients with SD and FMS were significantly higher than the control group ($p < 0.001$). In spite of that, the average emotional neglect is similar in patients with FMS and SD ($p > 0.05$).

The average of patients with SD in terms of emotional abuse was significantly higher than the average of the control group ($p = 0.029$). There was not difference among other groups, and in terms of averages emotional abuse, SD and FMS are similar ($p > 0.05$).

According to average physical neglect terms, the average of patients with FMS was significantly higher than the average of the control group ($p = 0.046$), but statistically significant difference was not found between average physical neglect terms of patients with SD and average physical neglect of the patients with FMS and the control group. In this sense, SD and FMS is similar ($p > 0.05$).

The average scores of all subscales of the CTQ in all groups were found higher than cut-off point determined at scale of Turkish validity and reliability study (except for mean emotional neglect score of control group).

Significant differences were detected among the groups in terms of mean DIS-Q (somatization disorder, fibromyalgia, control) ($p = 0.004$). When the differences were examined in detail, average DIS-Q of patients with FMS was significantly higher than the average of patients with somatization disorder and control group ($p=0.05$ and 0.003 , respectively).

Conclusion: We detected the similar to SD and FMS in terms of whole childhood trauma, emotional neglect, emotional abuse, physical neglect, DIS-Q average was higher for SD and FMS and it was significantly higher in FMS. Due to the childhood trauma the likeness of the traumatic experience, the SD, FMS even dissociative disorders should be considered as interfered, the different clinical manifestation of the same disease, caused by trauma and associated with neurobiological, psychological and somatic consequence. Our study about the etiology and comorbid psychiatric conditions has also strengthened this thesis and we thought that it will be lead on the work to be performed in this area.

Key Words: Childhood trauma, Fibromyalgia, Somatization disorder, Dissociative experiences, pain

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| ÖNSÖZ | ii |
| ÖZET | iii |
| İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) | v |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR..... | x |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1.Somatizasyon | 3 |
| 2.2.Somatoform Bozukluklar | 6 |
| 2.2.1.Somatizasyon bozukluğu | 8 |
| 2.3.Fibromiyalji Sendromu | 31 |
| 2.4.Disosiyasyon | 48 |
| 2.4.1.Disosiyatif Bozukluklar | 49 |
| 2.5. Çocukluk Çağı Travmaları..... | 55 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 62 |
| 3.1.Çalışma Grubunun Seçimi | 62 |
| 3.2.Veritoplama Aracı | 62 |
| 3.3. Çalışmada Kullanılan Testler..... | 62 |
| 3.4. İstatistiksel Analiz Yöntemleri..... | 67 |
| 4. BULGULAR..... | 68 |
| 4.1. Sosyodemografik Özellikler..... | 68 |
| 4.2. DIS-Q Ortalamaları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması..... | 74 |
| 4.3. Toplam CTQ Puanları Ortalamaları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması..... | 75 |
| 4.4. Minimizasyon Ortalamaları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması..... | 75 |
| 4.5. CTQ Ölçeğinin Alt Boyutları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması..... | 75 |

| | |
|---|-----|
| 4.6. Her bir Çalışma Grubu için (SB, FMS, Kontrol) CTQ toplam puanı, CTQ 5 alt ölçek puanı, Minimizasyon puanı ve DIS-Q Ölçek Puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi | 82 |
| 5. TARTIŞMA | 88 |
| 6. SONUÇ | 112 |
| 7. KAYNAKLAR | 114 |
| 8. EKLER..... | 138 |

TABLULAR DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1: DSM IV-TR’ a göre Somatizasyon Bozukluğu tanı kriterleri (33,36) | 20 |
| Tablo 2. ICD-10’a göre Somatizasyon Bozukluğu tanı kriterleri (36) | 21 |
| Tablo 3: ACR (American College of Rheumatology) 1990 Fibromiyalji Sınıflandırma Kriterleri (132) | 42 |
| Tablo 4: ACR (American College of Rheumatology) 2010 Fibromiyalji Tanı Kriterleri (7,133) | 43 |
| Tablo 5: Çalışma grubunun yaş ortalamalarına göre dağılımı | 69 |
| Tablo 6: Çalışma grubunun eğitim durumlarına göre dağılımı..... | 69 |
| Tablo 7: Çalışma grubunun cinsiyete göre dağılımı | 70 |
| Tablo 8: Çalışma grubunun medeni durumlarına göre dağılımı | 70 |
| Tablo 9:Çalışma grubunun mesleklerine göre dağılımı | 71 |
| Tablo 10: Çalışma grubunun ikamet ettiği yere göre dağılımı | 72 |
| Tablo 11: Çalışma grubunun ekonomik durumlarına göre dağılımı | 72 |
| Tablo 12: Çalışma grubunun ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre dağılımı | 73 |
| Tablo 13: Her bir Çalışma Grubu (SM, FMS, Kontrol)ve sosyodemografik değişkenler için toplam CTQ puanı, Minimizasyon puanı ve DIS-Q Ölçek Puanları arasındaki ilişkiler..... | 74 |
| Tablo 14: Duygusal ihmal ortalamaları bakımından gruplar | 76 |
| Tablo 15: Duygusal istismar ortalamaları bakımından gruplar..... | 77 |
| Tablo 16: Fiziksel ihmal ortalamaları bakımından gruplar ve | 78 |
| Tablo 17:Fiziksel istismar ortalamaları bakımından gruplar | 79 |
| Tablo 18: Cinsel istismar ortalamaları bakımından gruplar..... | 80 |
| Tablo 19: CTQ ölçeğinin alt boyutları bakımından gruplar arası karşılaştırılması ... | 81 |
| Tablo 20: Somatizasyon Bozukluğu olanlar ayrı ayrı 5 alt ölçek puanları, toplam CTQ puanı, minimizasyon ve DIS-Q ölçek puanları arasındaki ilişkileri | 86 |
| Tablo 21: Fibromiyalji hastaları için ayrı ayrı 5 alt ölçek puanları, toplam CTQ puanı, minimizasyon ve DIS-Q ölçek puanları arasındaki ilişkileri | 87 |
| Tablo 22:Kontrol grubu için ayrı ayrı 5 alt ölçek puanları, toplam CTQ puanı, minimizasyon ve DIS-Q ölçek puanları arasındaki ilişkileri | 87 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ACR: American College of Rheumatology
ASD: Kısıtlı somatoform Bozukluk
BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi
BTA: Başka türlü adlandırılmayan
ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları
DB: Disosiatif Bozukluk
EEG: elektroensefalogram
EMG; elektromiyografi
fMRG: Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
FMS: Fibromiyalji sendromu
FSS: Fonksiyonel Somatik Sendrom
GH: büyüme hormonu
GTBA: Gerilim tipi baş ağrısı
HN: hassas noktalar
HPA: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal
HVA: Homovanillic asit
İBS: irritabl barsak sendromu
ICD-10: International classification of diseases-10
İGF-1: insülin benzeri büyüme faktörü-1
JPFS: Juvenil Primer Fibromiyalji Sendromu
MAO: Monoamin oksidaz
MAS: Miyofasyal Ağrı Sendromu
MINI: Mini International Nöropsikiyatrik Görüşme
MDB: Major Depresif Bozukluk
MRG: Manyetik rezonans görüntüleme
MSD: Multisomatoform Bozukluk
MSS: Merkezi Sinir Sistemi
NREM: non-rapid eye movement
OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
PB: Panik Bozukluğu

PCP: fensiklidin

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

SSA: Somato sensiyel Amplifikasyon

SPECT: Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi

SSRI: Selektif Serotonin Reuptake inhibitorleri

TMD: temporomandibular bozukluk

TNF α : Tumor Nekroz Faktörü α

TSA: Trisiklik antidepresanlar

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Somatizasyon Bozukluğu, birçok organ sisteminde birden fazla tıbben açıklanamayan bedensel yakınmaların olduğu, birkaç yıldan uzun süren ve tedavi arayışı ile birlikte önemli işlev kaybına neden olabilen bir bozukluktur. Yakınmaların çoğu çoklu organ sistemlerini içermekte, genellikle 25 yaş öncesi ve ergenlikte başlayıp kronik seyir göstermekte ancak muayenede laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmamaktadır. Psikiyatrik tedavi alanlarda ise hastanın bedensel belirtileri düzelmektedir (1).

Somatizasyon hastanın bir patofizyolojik açıklaması olmayan fiziksel/somatik belirtiler yaşaması ve bunları bir hastalık işareti olarak yanlış değerlendirip tıbbi çare arama eğilimi göstermesidir (2). Toplum temelli araştırmalarda sağlıklı bireylerde haftada en az bir bedensel belirti yaşadığı gösterilmiş olup (3), somatizasyonun en yaygın ve kabul gören şekli ağrıdır (4). Klasik temel kitaplarda somatizasyon, immatur savunma düzeneğidir.

Uluslararası Ağrı çalışmaları Birliği'ne göre ağrı; “mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak tarif edilen hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir” (5). Kronik ağrı ise 3-6 aydan daha uzun süren ve uzun süreli tedavi gerektiren, öznel ve çok boyutlu yaşantısı olan, duyuşsal, duygusal, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren ağrı olarak tanımlanmaktadır (6). Ağrı somatizasyon Bozukluğunda önemli olduğu kadar Fibromiyalji Sendromunda da önemli olup kronik ve yaygın ağrı vardır.

Fibromiyalji sendromu, kronik, yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ile karakterize ve beraberinde parestezi, yorgunluk, uyku bozukluğu, simetrik dağılım gösteren ağrılı hassas noktalarla karakterize sık karşılaşılan bir hastalıktır. Diğer hastalıkların olması fibromiyalji tanısını dışlamamaktadır. Tanı kriteri olarak kullanılacak laboratuvar ve radyolojik bulgu yoktur (7).

Romatolojik bir hastalık olarak tanımlanan FMS'nin Somatoform Bozukluklar ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip olması, benzer klinik semptomların görülmesi, benzer şekilde tanı kriterleri arasında herhangi bir pozitif laboratuvar bulgusunun olmaması, kesinleşmemiş etyolojik hipotezlerinin benzer olması, komorbid psikiyatrik bozuklukların her iki hastalıkta da sık görülmesi, farklı

alışmalar üzerinden yapılan değerlendirmelerde benzer kişilik özelliklerine sahip oldukları bildirilmiş olması sebebiyle FMS'nin bir psikiyatrik bozukluk olabileceğini düşünüyoruz. Bu çalışmadaki amacımız Somatizasyon Bozukluğu ve Fibromiyalji hastalarında etiyolojide çocukluk ağı travmalarını ve komorbid disosiyatif yaşantıları araştırmak ve bundan yola çıkarak Fibromiyaljinin psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı sorusuna cevap aramaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Somatizasyon

Somatizasyon terimi ilk defa W.Stekel tarafından derin içsel çatışmaların bedensel göstergesi şeklinde kullanılmıştır (8, 9). Klasik temel kitaplarda somatizasyon, immatur savunma düzeneğidir. Freud'un psikonevroz ve aktuel nevroz ayırımına dayanarak, somatizasyon fizyolojik bir süreç kabul edilmeye başlandı (10). Alexander, Freud'un aksine psikosomatik hastalıkları açıklarken dürtü-çatışma modelini kullandı. Zamanla psikosomatik hastalık terimi yerine içeriği daha kapsamlı olan "Psikosomatik Tıp" kavramı kullanılmaya başladı. Somatizasyonda fiziksel belirtiler, konversiyon bozukluğunda ise somatik temsiliyetin daha çok Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'ndeki iradi kısmının etkilendiği düşünülmektedir (11). Kleinmann'a göre bedenselleştirme, kişisel ve sosyal stresin bedensel belirtiler ve tıbbi yardım arama yoluyla dile getirilmesidir (4). Bedenselleştirme genellikle duygusal ve sosyal stresin bir belirtisidir, ama bazen yalnızca sosyal sorunlara da işaret ediyor olabilir (12).

Somatizasyon "Hastanın patofizyolojik olarak açıklanamayan fiziksel / somatik belirtiler göstermesi ve bunları bir hastalık işareti olarak yanlış değerlendirip tıbbi çare arama eğilimi göstermesidir (2). Toplum temelli araştırmalarda sağlıklı bireylerin haftada en az bir bedensel belirti yaşadığı gösterilmiş olup (3), bu da yanlış yorumlama riskini artırmaktadır. Ağrı somatizasyonun kabul gören en yaygın şeklidir. Bedenselleştirme sosyal destek, yardım ihtiyacını gösteren ve ilişkileri etkileyen evrensel bir yoldur (4).

Psikiyatrik bozuklukların önemli kısmında somatik belirtiler görülür. Haftgoli ve ark.(2010)'nın İsviçre'de birinci basamağa en az bir fiziksel yakınma ile gelen hastalarda yaptıkları çalışmada depresyon %20, anksiyete bozuklukları %15,5 ve somatik bozuklukları %15,1 oranda buldular (13). Bu sıralama genelde diğer çalışmalarda da benzerdir.

Depresif durumlar, somatik belirtilerin sık görüldüğü psikiyatrik bozuklukların başında gelir Somatik belirtilerin ön planda olduğu depresyonlar için "maskeli depresyon" terimi sıkça kullanılmıştır. Özellikle yaşlılık depresyonlarında somatizasyon daha da belirginleşmektedir. Bazı klinik gözlemler,

yaşlılık çağı depresyonunda, hipokondriyak ve diğer somatik yakınmaların daha fazla olduğunu düşündürmektedir (14).

Anksiyete bozuklukları, somatizasyonun ve çok sayıda bedensel belirtinin görülebildiği önemli diğer psikiyatrik bozukluk grubudur. Anksiyetenin çok sayıdaki somatik belirtisi; özellikle Panik Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda bazen yoğun tıbbi muayene ve tetkik istemine neden olmakta; hastalar önemli bedensel hastalık korkusuna kapılmaktadırlar.

Psikozlarda sanrısız düzeyde olan ya da olmayan somatik yakınmalar, hastanın temel uğraşı alanını oluşturabilir. Bu belirtiler bazen ilaç yan etkileriyle karışarak tedaviyi etkileyebilir.

2.1.1.Hastalık rolü ve gereksinimi

Fiziksel hastalıkla ilgili endişeler hastanın dikkatinin değişik bedensel duyumlara odaklanmasına yol açabilir. Bu mekanizma, panik ataklarının patofizyolojisinde rolü olduğu iyi bilinen ve somatizasyonda da üzerinde durulan bir mekanizmadır (15, 16).

Hasta rolü, normal rahatsızlık davranışına belirli zorunluluklar ve ayrıcalıkların eklenmesi ile edinilen kimliktir. Bu durum bir temaruz(bilinçli olarak belirti uydurma) değildir, çünkü hasta belirtilerinin ortaya çıkış sürecinin farkında değildir. Hekim bu bilinçaltı ihtiyacı akılda tutmalıdır. Barsky (1992)'nin dediği gibi *'Hasta olma ihtiyacını iyileştirecek ilaç ve kurtaracak ameliyatı yoktur'* (15).

2.1.2. Somatizasyon ve öfke ilişkisi

Kellner ve ark (1992) bedensel yakınmalarla öfke baskılanması arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Öfke baskılanması yoluyla kışkırtılan sempatik sinir sistemi aktivite artışı somatizasyonla ilişkili olabilir (17). Öfkeyi açığa vurmak agresif davranışlara , baskılamak ise anksiyete ve somatoform bozukluklarda bedensel yakınmalar üzerinde öfkenin açığa vurulması ile çıkmayan dolaylı bir etkiye sahiptir (17). Bu bulgular Koh ve ark (2005)'nin çalışma bulgularından farklıdır. Onlar depresif bozukluklu hastalarda öfke açığa vurmanın bedensel yakınmalar üzerinde baskılamadan daha baskın bir role sahip olduğunu söylemektedir. SB'daki bedensel belirtiler üzerinde hem depresyonun hem de anksiyetenin doğrusal etkileri bulunmaktadır (18). Biyolojik olarak artmış öfke baskılama ve anksiyete, artmış sempatik sistem aktivitesi yoluyla bedensel

semptomların ortaya çıkışında roloynayabilir. Ek olarak, sosyokültürel sınırlamalar, emosyonel olarak zorlayıcı duygular ve düşüncelerin dışavurumunu engelleyerek bedensel belirtilere dönüşümünde rol alabilir (19).

Epidemiyolojik Alan Taraması (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında sadeleştirilmiş somatizasyon kriterleri (erkekler için 4, kadınlar için 6 somatik semptom) katılımcıların %12'si tarafından karşılanmıştır (20).

Kırsal kesimden gelen, eğitim düzeyi ve sosyokültürel düzeyi düşük kişilerde bedensel belirtilerin daha yaygın ve yoğun olduğu ve aynı zamanda bedensel yakınmaların da geldiği alt kültüre göre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu kişilerin bedensel tedavileri psikiyatrik tedavilere göre daha çok tercih ettikleri saptanmıştır (21).

Somatizasyonu olan kişilerde yakınmaların tekrarına sebep olan kişilik özellikleri (trait) vardır. Hasta hissetmediği bir şeyi söylememekte, uydurmamaktadır. Belirtilerin yanlış yorumu, bir hastalık varlığı inancına sebep olur. Somatizasyonu açıklamada kullanılan önemli kavramlardan biri aleksitimi olup *“duyguları ifade için söz bulamama”* şeklinde tanımlanmıştır (22). Aleksitimik kişiler; gerçekler, ayrıntılar ve dış olaylara odaklanan kısıtlı hayal gücüne sahip kişilerdir. Bazı çalışmalarda psikiyatrik hastalarda ve somatik yakınmaları olan normal örnekleme aleksitimik özelliklerin daha sık olduğu bildirilmiştir (23).

Nöropsikolojik testler somatizasyonun bilgi işleme defisitleriyle beraber olduğunu göstermektedir (24, 25). Eğitim ve kültür/alt kültür önemli faktörler olup zeka düzeyi ile fonksiyonel somatik belirti sayısı arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmiştir (26). Düşük sosyoekonomik düzey sınıflarda somatizasyonun daha sık görüldüğü öne sürülmüştür (27). Somatizasyon bir hastalık ya da tanısız kategoriden çok, ilişkili tıbbi bulgular olmadan fiziksel belirtilerden yakınan hastalardaki yaşantısal, bilişsel ve davranışsal tipik özelliklerden oluşan bir durumu gösterir (2).

2.1.3.Fonksiyonel somatik sendrom kavramı

Birinci basamakta veya diğer uzmanlık alanlarında Somatoform Bozukluk tanıları hemen hiç kullanılmamaktadır. Yerine tıbbi uzmanlık dalları ya depresyon, anksiyete gibi özgül olmayan tanı ya da kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji veya huzursuz barsak sendromu gibi isimlendirmeler kullanılmaktadırlar (28, 29). Bu

sonuncu tanımlar genellikle Fonksiyonel Somatik Sendrom (FSS) ana başlığında toplanmaktadır.

Huzursuz barsak sendromu tanısı alanların çoğu kronik pelvik ağrı veya fibromiyalji ölçütlerini de karşılamaktadır ya da tersi görülmektedir. Kadın cinsiyet baskınlığı, şimdiki veya geçmiş psikiyatrik öykü, çocukluk çağı travmaları, doktor hasta ilişkisinin zorluğu gibi tipik özellikler nerdeyse birbirinin aynı olup, depresyon ve anksiyete bozuklukları için de bu geçerlidir. Tedavi yöntemi ve tedavilere alınan cevaplar büyük benzerlik gösterir (29-31).

Belirtilerin otonom sinir sistemi ve hipotalamik-pitüiter-adrenokortikal eksenin hiperaktivitesi ile açıklanabileceği, kas-iskelet sistemi belirtilerinin ise beyin sapı ve medullada lokalize retiküler sistemin işlev bozukluğuna bağlanabileceği varsayılmaktadır.

2.2.Somatoform Bozukluklar

Somatoform bozuklukların, Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM sınıflandırma sisteminde ayrı bir kategori olarak yer alması ilk kez DSM-III ile birlikte olmuştur. DSM-III'te yer alan tanıma göre somatoform bozukluklar içinde yer alan bozuklukların ortak özelliği, fiziksel bir hastalığı taklit eden bedensel belirtiler olmasına karşın bunları açıklayabilecek organik bir bozukluk ya da patofizyolojik bir mekanizma bulunmaması, hastalığın psikolojik faktör ya da çatışmalarla ilişkisini gösteren güçlü ipuçlarının varlığıdır. DSM-IV oluşturulurken de büyük çaplı değişikliğe gidilmemiş ve ICD-10'da somatoform bozukluklara oldukça geniş yer ayrılmıştır (32)

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

DSM IV TR'e göre somatoform bozuklukların sınıflandırılması şöyledir (33):

1. Somatizasyon bozukluğu
2. Farklılaşmamış somatoform bozukluk
3. Konversiyon bozukluğu
4. Ağrı bozukluğu
5. Hipokondriyazis bozukluğu
6. Beden dismorfik bozukluğu
7. Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk

ICD-10'da ise somatoform bozukluklar, 'hastaya belirtilerin fiziksel bir nedeni olmadığı açıklandığı halde, fiziksel belirtilerin ısrarlı tıbbi araştırma isteğiyle beraber yineleyici nitelikte sunulması' şeklinde tanımlanmıştır ve bu sınıflandırma içerisinde konversiyon bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğu tanıları yoktur, bunların yerine 'somatoform otonomik işlev bozukluğu' ve 'diğer somatoform bozukluklar' tanıları yer alır. ICD-10'da konversiyon, bir disosiyatif bozukluk gibi tanımlanır. Somatoform otonomik işlev bozukluğu semptomları ise DSM IV'deki anksiyete ve depresif bozukluklarla ilişkili semptomlarla benzerdir ve ICD-10'da beden dismorfik bozukluğu hipokondriyakal bozukluğun içinde yer alır (34).

ICD-10'a göre sınıflandırma şöyledir:

1. Somatizasyon bozukluğu
2. Ayırışmamış somatoform bozukluk
3. Hipokondriyakal bozukluk
4. Somatoform otonomik işlev bozukluğu
5. Persistan somatoform ağrı bozukluğu
6. Somatoform bozukluk, belirlenmemiş
7. Diğer somatoform bozukluklar

Somatoform bozukluğun çeşitli psikiyatri okullarında tanımlanmış olan alt grupları içerisinde en çok araştırmanın somatizasyon bozukluğu üzerinde yapılmış olduğu ve geçerliliğinin yüksek bulunduğu bildirilmektedir. Temel bileşen analizleri, izleme çalışmaları, aile araştırmaları ve nöropsikolojik bulgular geçerli bir sendrom olduğuna işaret etmektedir (32).

DSM-V’de sınıflama Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında:

- Somatik Belirti Bozukluğu (ağrının baskınlığı ile giden-önceki adı ağrı bozukluğu, süregiden ,ağır olmayan, orta, ağır)
- Hastalık Anksiyetesi bozukluğu (Bakım arayan, Bakımdan kaçan)
- İşlevsel Nörolojik Bozukluk (Konversiyon bozukluğu) (güçsüzlük ya da paraliziyile giden, olağandışı devinimle giden, yutma belirtileriyle giden, konuşma belirtisiyle giden, ataklarla ya da katılmalarla giden, anestezi ya da duyu yitimiyle giden, özel duyuusal belirti ile giden, karma belirtilerle giden, akut, sürekli, ruhsal tetikleyici olan / olmayan)
- Tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler
- Yapay Bozukluk (Kendine yüklenen yapay bozukluk, başkasına yüklenen önceden bakım verenin yapay bozukluğu idi yapay bozukluk
- Tanımlanmış diğer bir somatik belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk
- Tanımlanmamış Diğer Somatik belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk şeklinde tanımlanmaktadır.

2.2.1.Somatizasyon bozukluğu

Erken yaşta başlayan, çoğunlukla kadınları etkileyen ve tekrarlayıcı, çok sayıda organ sistemini ilgilendiren çoğul somatik yakınmalarla karakterize polisemptomatik bir bozukluktur. Bedensel belirtiler ve yakınmalar, hasta için belirgin bir sıkıntı kaynağı olmasının yanı sıra hastanın toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozmaya yetecek derecede de ağırdır (35).

Bu bozuklukta belirgin psikolojik sıkıntı ile beraber sosyal ve mesleki işlevsellikte aksamalar olabilir. Dikkati çeken bir başka özellik de belirtilerin başlangıç ve seyrinin, çeşitli psikolojik zorluklar ve yaşam olaylarıyla bağlantılı olmasıdır. Bu hastalarda ‘‘aşırı tıbbi çare arama davranışı’’ da gözlenir. Ağrı, sindirim sistemi, cinsel ve yalancı-nörolojik belirtilerin bir bileşkesi şeklinde kendini gösteren somatizasyon bozukluğu, yakınmaların ve tutulan organ sistemlerinin çokluğuyla diğer somatoform bozukluklardan ayırt edilir.

2.2.1.1. Tarihçe

Somatizasyon Bozukluğu eski Mısır döneminden beri bilinmektedir. İkinci yüzyılda Galen bu hastalar için ‘‘melancolica hipokondriaca’’ kavramını önermiştir. On yedinci yüzyılda histerinin ruhsal ve bedensel belirtilerini ayrıntılı olarak tanımlayan Thomas Sydenham, belirtilerin oluşumunda psikolojik faktörlerin önemini vurgulamıştır. Freud histeri kavramına büyük bir dikkat ve önem göstermiş, histerinin detaylı incelenmesiyle psikanalizin birçok ilkesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. 1850’lerde Fransız ruh hekimi Paul Briquet’in tanımladığı bu sendromu yeni baştan ele alan Guze ve arkadaşları da gene histeri terimini kullanarak bozukluğun sınırlarını çizmeye çalıştılar. Onsekizinci yüzyıl sonlarına dek benzer olguları tanımlamak için ‘‘histeri, melankoli, hipokondriazis’’ gibi isimler kullanılmış ve daha çok kadınları etkilediği düşünülmüştür. ‘‘Histeri’’ terimi Yunanca’da hystera (uterus) sözcüğünden köken almaktadır. Hipokrat, histerideki belirtilerin doyurulmamış döl yatağının kadının bedeninde dolaşarak bir yere yerleşmesi sonucu ortaya çıktığını ifade etmiştir. Bozukluk uzunca bir süre ‘‘Briquet Sendromu’’ olarak adlandırılmıştır. Briquet Sendromu esas olarak fiziksel ve psikiyatrik 59 belirleyici içeren ve teşhis için bunlardan 25 tanesinin gerekli olduğu bir araştırma tanısıdır. Stabilesi ve gözlemciler arası güvenilirliği yüksek olan bozukluk ilk olarak 1980 yılında DSM-III sisteminde ‘‘Somatoform Bozukluklar’’ başlığı altında yer almıştır. Takiben ölçüleri çeşitli revizyonlardan geçirilerek DSM-IV ve ICD-10’da da yerini korumuştur (36).

2.2.1.2. Epidemiyoloji

Çalışmalar somatoform bozuklukların sıklığıyla ilgili farklı oranlar göstermekle birlikte SB’nun yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda % 0,2-2 arasında, erkeklerde ise % 0,2’den az olduğunu göstermektedir (37). Türkiye Ruh Sağlığı Araştırması verilerine göre kadınlarda %0,4, erkeklerde %0 (12 aylık sıklık), toplamda % 0,2 olarak bulunmuştur (38).

Hastalığın başlangıç yaşı büyük oranda 25 yaşından öncedir. Genellikle ilk semptomların ortaya çıkışı ergenlik dönemine uzanır (39). Somatizasyon bozukluğu geliştirme için risk faktörleri; hasta bir aile bireyi ile geçirilen çocukluk dönemi, anne-babada madde kullanım öyküsü, ebeveynlerde antisosyal kişilik özelliklerinin varlığı, kırsal bölgelerde yaşıyor olma, evlenmemiş olma, düşük eğitim düzeyi, kadın

olmadır (40). Kültürel faktörler, SB'nın görülme oranlarını etkilediği gibi semptomların sıklığı ve tiplerini de etkiler. Örneğin Güney Asya ve Afrika'da el ve ayaklarda yanma, cilt altında böcekler dolaştığı hissi varken Amerikan toplumunda ağrı, nörolojik belirtiler daha öndedir (39).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların % 5'i SB tanı ölçütlerini karşılar.Genel hastane popülasyonunda % 9, kronik ağrı hastalarında %12,İBS'li hastalarda % 17 gibi oranlar mevcuttur(39). Kadın için yaşam boyu prevalans yaklaşık olarak % 1-2 olarak tahmin edilmektedir ve kadınlarda erkeklerden 5-20 kat daha fazladır. Kadınlardaki bu yüksek oranların cinsiyete bağlı fenotipik bir farklılık olabileceği ya da kültürel farklılıkların kadın cinsiyet üzerine bir yansıması olabileceği düşünülmüştür.

Sivas il merkezinde yapılan bir çalışmada SB'nun yaşam boyu yaygınlığı % 2.6, son bir yıldaki yaygınlık ise % 2.9 olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek oranların bulunmasını yazar araştırmanın yarı kırsal bir alanda yapılmış olmasına, Türkiye'nin gelişmekte olan bir ülke olmasına, geleneksel toplum yapısının egemenliğini sürdürmesine, insanların yaşam olaylarına tepki verme ve ruhsal sorunların anlatımında beden dilini daha çok kullanmasına bağlamaktadır. Bu çalışmada somatizasyon bozukluğunun kadınlarda, 45-65 yaşları arasında olanlarda, ekonomik düzeyi düşük kişilerde, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda daha yüksek bulunduğu da belirtilmiştir. Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağı'na başvuran 400 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise bedensel belirti sayını ortalama 3.46 ve kadınlarda erkeklerin iki katı olarak bulmuştur (36).

SB olan kadın hastaların 1.derece kadın akrabalarında SB oranı %10-20 olarak gözlenmiştir. Yine aynı kadınların erkek akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu oranları yüksek bulunmuştur (41). Antisosyal kişilik ve somatizasyon bozukluğu arasındaki ilişkide aleksitiminin ortak bir özellik olabileceği düşünülmektedir. Biyolojik veya üvey anne-babasinda bu üç bozukluktan (SB, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu) biri bulunan kişilerde yine bu üç bozukluktan biri ortaya çıkmaktadır (41).

SB ve depresyon birlikteliğine ilişkin % 55-95 arasında değişen oranlar bildirilmektedir. Anksiyete bozuklukları, özellikle de panik bozukluğu sık görülen diğer bir eştamdır. Son yıllarda SB'nun dissosiyatif bozukluklarla ilişkisinden de söz

edilmeye başlanmıştır. Çoğul kişilik tanısı almış vakalarda da somatizasyon ve diğer bozuklukların görülebildiği bilinmektedir. Sık görülen kişilik özellikleri yada kişilik bozuklukları ise çekingen, paranoid, kendine-karşı gelen (*self-defeating*) ve obsesif kompulsif özellikleri kapsamaktadır. Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI) çalışmalarında ise, diğer psikiyatrik hasta gruplarına kıyasla, Briquet Sendromunda paranoya ve şizofreni skalarında yükselme de dahil çeşitli patolojiler bildirilmektedir. Bütün bunlar bize, psikotik bozukluklar da dahil psikiyatrik hastalıkların birçoğunun ayırıcı tanısında SB'nun akılda tutulması gerektiğini düşündürmektedir (36).

Etiyoloji

SB'nun nedeni henüz tam olarak bilinmemekle beraber psikososyal ve biyolojik etkenlerin bir bileşimi olduğu düşünülmektedir.

2.2.1.3. Psikososyal etkenler

Geçen yüzyılın başlarında somatizasyonu ilk kez kullanan Stekel, altta yatan derin bir nevroz nedeniyle kişinin duygusal sorunlarını beden diliyle ifade etmesi ve çoğu kez sembolik bir anlam taşıyan bir iletişim yöntemi olduğundan söz eder. Yadsıma, yer değiştirme ya da mantıksallaştırma ile birlikte somatizasyon bir savunma düzeneği olarak kişinin varolan duygusal sorunlarının yerini bedensel belirtilerin almasına ve kişinin tolere edilemeyen çatışmalar yerine bedensel duyuları ile uğraşmasını sağlamaktadır. Belirtiler, sorumluluktan kaçmak, duyguları ifade etmek ya duyguları veya bir inancı sembolize etmek amacıyla geliştirilmiş bir sosyal iletişim yolu olarak yorumlanmaktadır. Psikanalitik bakış açısına göre somatik belirtiler, bastırılmış dürtüsel impulsların yedekleri olarak ortaya çıkmaktadır ve egonun bu dürtüsel güçlerle uzlaşmasının sonucudur (36).

Somatizasyonun yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olarak üç ana bileşeni vardır. Kişilerin bedenlerine ilişkin algıladıkları duyuların varlığı yaşantısal, bunların yorumlanması ve bir fiziksel hastalığa atfedilmesi bilişsel, tıbbi yardım arama çabası da davranışsal boyutları oluşturmaktadır. Birçok çalışmada bedensel duyuların algılanmasında öğrenmenin rolü olduğu belirtilmektedir. Kişinin yetiştiği aile veya toplumda somatizasyonun genel kullanımının yaygın olması da sendromun ortaya çıkışı açısından yatkinlaştırıcı olabilir. Davranışsal kurama göre ana-babanın

davranışları ve aile içi tutumları çocuklarda somatizasyon pekiştirebilmekte, kendilerini ifade biçimi olarak bedensel belirtileri kullanmalarına yol açmaktadır.

SB, somatik belirtilerin varolan sıkıntıyı ifade etmek ve psikososyal sorunlarla baş etmek için kullanıldığı uzun süreli durumlarda daha kolay ortaya çıkar. SB olan kadınların arasında çocukluk çağı istismarının daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar da bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Bazı nedenlerden dolayı kimi hastaların duygularını ifade etmek için duygusal dil kullanımını hiç öğrenemedikleri ve daha çok bedensel dili kullandığı iddia edilmektedir (36).

Somatizasyon, özellikle’’hasta rolü’’ için fiziksel hastalığın mazeret olarak kabul edildiği ve kişinin anlayış gördüğü, ancak psikolojik belirtilerin reddedildiği kültürlerde yaygındır (36).

Mechanic tarafından geliştirilmiş olan hastalık davranışı kavramı hasta olduğu ya da hissettiği zaman bir kişinin yatağa gitmek, ilaç almak, doktora gitmek ya da acillere başvurmak gibidavranışlar göstermesi anlamına gelir (42). Öğrenme teorisi bu davranışın da diğerleri gibi tecrübeler yoluyla öğrenildiğini varsayar. Çocuklar hasta ebeveynlerini ya da kardeşlerini gözlemlene yoluyla da hastalık davranışını öğrenebilir. Önceki hastalık tecrübeleri de somatizasyonun patogenezinde önemlidir. Kimlik gelişme sürecinde, ağır ve kronik herhangi bir hastalığı olan aile üyelerini izleyen çocuk yaşlandıkça somatoform bozukluklar geliştirebilir. Aynı zamanda SB’lu kadınların babalarının büyük olasılıkla antisosyal kişilik bozukluğu ya da özellikleri olduğu (43) ve böyle ailelerde fiziksel ve cinsel istismar riskinin yüksekliği gözden kaçmamalıdır.

SB ve çocukluk çağı travmalarına ilişkin pek çok çalışma tıbben açıklanamayan bedensel semptomların ve hastalıkların altında çocukluk çağı cinsel istismarının var olduğunu bildirmektedir (44, 45). Ancak SB ve distonisi olan iki hasta grubunu karşılaştıran daha yakın bir çalışmada, somatizasyon grubunda amnezi puanlarının anlamlı yüksek olduğu, emosyonel ve fiziksel istismarın bu hastalarda daha belirgin olduğu gösterilmiştir (46). Emosyonel istismarın süresi, fiziksel istismarın şiddet puanları somatizasyonla daha anlamlı ilişki göstermektedir. Oysa iki grup arasında şiddete maruz kalmanın total puanlamalarında fark yoktur. SB’lu grupta daha anlamlı düzeyde yüksek aile çatışması ve daha düşük aile dayanışması saptanmıştır. Pek çok hasta, aile içinde emosyonel zorlanma ve zayıf destekten

bahsetmektedir. Patolojik aile çevresinin değişkenleri ile tıbben açıklanamayan belirtiler ve emosyonel istismar arasında güçlü bir ilişki vardır (46).

Etnisite, eğitim ve cinsiyet somatizasyonla bağlantılı diğer faktörlerdir. Somatizasyon ile etnik yapı, düşük sosyal sınıf, düşük eğitim düzeyi ve kadın cinsiyet arasında yüksek ilişki düzeyleri gösterilmiştir (47, 48). Kişilik özellikleri SB gelişimini etkiler. SB'da altta yatan kişilik bozuklukları veya özellikleri vardır; özellikle B kümesi kişilik bozuklukları, pasif-bağımlı, histriyonik ve duyarlı-agresif özellikler anksiyete ve depresyon hastalarına göre iki kat daha sıktır. Sınırdaki kişilik bozukluğu tanımlı kişilerde de SB prevalansı yüksektir (49, 50).

Aleksitimi ile somatizasyon arasındaki ilişki üzerine yoğun bir literatür vardır (51). Yaşam olayları somatizasyonu ortaya çıkarıcı olabilir. Craig ve ark (1994) SB'de sekonder kazanç ve stresli yaşam olaylarının eşlik ettiğini göstermişlerdir (52). Bazı olaylar tüm psikiyatrik bozukluklar üzerinde ortaya çıkarıcı etki yapıyorken sekonder kazanç SB'da daha yaygındır. Hekimler de SB'nun patogenezinin bir kısmında yer alırlar. Hastalar kötü yönetilir ve gereksizce uzman hekimlere veya pahalı girişimsel tanı ve tedavi işlemlerine yönlendirilirse, yakınmalar etiketlenerek tıbbileştirilmiş olur. Bu tür hastalarda iyatrojenik faktörler etiolojinin bir kısmını tetikler (53).

2.2.1.4. Somatizasyon ve somatoform bozukluklarda biyolojik etkenler

DeneySEL çalışmalar, somatize hastaların bedensel duylara daha hassas olduğunu ve 2 nokta duyarlılığını ayırt etmede normal kontrollere göre daha iyi olduğunu göstermiştir. Fiziksel muayene sonucunda semptomları açıklayacak objektif bulgular olmaması, bu bozuklukta önemlidir. Subjektif şikayetleri açıklayan laboratuvar sonuçları olmaması da kayda değer bulgudur (34).

Somatizasyonun görüldüğü hastalar, tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtilerden yakınır veya belirtiler nesnel bulgulara göre aşırıdır (36). Belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılmamaktadır, yani istemli kontrol altında değildir.

Somatizasyon bozukluğunda, farklılaşmamış somatoform bozuklukta, konversiyon bozukluğunda ve ağrı bozukluğunda ilgi odağı belirtilerin kendisidir ve bu bozukluklardaki belirtiler somatizasyon bozukluğunun tanı ölçütlerinde yer alan belirtilerdir. Hipokondriasis ve beden dismorfik bozukluğunda ise

hastaların zihinsel uğraşı alanları önemlidir. Bu iki bozukluk birçok anlamda, belirti merkezli somatoform bozukluklardan çok obsesif kompulsif bozukluğa, hatta psikotik bozukluklara benzemektedir (35).

Somatizasyon bozukluğunda görülebilecek ağrı, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik belirtilere örnek olarak da otuz üç adet somatik belirti tanımlanmıştır (54). SB hastaları, sağlık kurumlarını sık kullanan ve hekim açısından tanısız yaklaşım ve yönlendirmede güçlükler çıkaran hastalardır. Sağlık hizmeti harcamaları ve yeti yitimine bağlı iş gücü kayıpları da sorunun bir diğer boyutunu oluşturmaktadır (34).

Somatoform belirtiler tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtiler olarak tanımlanmış ve etiopatogenezi genellikle psikososyal yaklaşımlarla açıklanmaya çalışılmış olsa da, son yıllarda yapılan nörobiyolojik araştırmalar somatoform belirtilerin oluşması ve devam etmesinde biyolojik etkenlerin de rol oynadığını göstermektedir (55, 56). Bu biyolojik etkenler arasında artmış fizyolojik uyarılmışlık, immün ve endokrin sistemler, aminoasitler ve nörotransmitterler, genetik, ilişkili beyin bölgelerindeki yapısal ve işlevsel değişiklikler sayılabilir (54).

2.2.1.5. Otonomik fizyolojik uyarılmışlık

Somatoform belirtiler otonomik fizyolojik uyarılmışlığın sonucu olabilir ve fizyolojik aktivite artışı bedensel sinyallerin algılanması ve yanlış değerlendirilmesi olasılığını artırabilir(54). Algılama büyük ölçüde psikolojik süreçlerden etkilense de, kalp hızı gibi otonomik değişkenlerin fizyolojik aktivasyonunun bedensel duyuların hatalı algılanması ve değerlendirilmesinde bağımsız rol oynayabileceği, fizyolojik sinyallerin yoğunluğu ile somatoform belirtilerin şiddeti arasında doğrudan ilişki olduğu ileri sürülmüştür (57).

2.2.1.6. immün sistem

Birçok tıbbi durumda kişinin kendini hasta hissetmesi ve hastalık davranışı sergilemesi ile immün sistemin proinflamatuvar süreçlerinin aktivasyonu arasında yakın ilişki olduğu, benzer bir ilişkinin depresyon ve somatoform bozukluklarda görülen hastalık davranışı için de geçerli olduğu düşünülmektedir (54, 58).

Son dönemde yapılan bazı çalışmalarda ise SB ve diğer somatoform bozukluklarda interleükinler, tümör nekroz faktörü ve interferonlar gibi sitokinlerin etkileri araştırılmaktadır. İmmün sistem ve sinir sistemi içinde görev yapan bu habercilerin aşırı uyku, yorgunluk, depresyon ve anoreksi gibi özgün olmayan belirtilerin oluşumunda rol oynayabileceği bildirilmektedir. Ancak bu hipotezi destekleyen verilerin yeterli olmadığı hatırlanmalıdır (32).

İnsanlarda immün aktivasyon, akut faz proteini haptoglobulin ve sitokin düzeyleri (IL-1, IL-2, IL-6 ve TNF-alfa) ile kişinin kendini hasta hissetmesi, hastalık davranışı, özgün olmayan somatik belirtiler ve ağrılı uyarana karşı duyarlılık artışı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (58, 59).

Somatoform belirtilerle ilişkilendirilen ağrıya olumsuz bilişsel ve emosyonel yanıt gelişmesinin de proinflamatuvar süreçlerle ilişkili olduğu, immün aktivasyonun belirtilerin algılanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde rol oynadığı düşünülmektedir (58, 60). Uzun süreli stresli yaşam olaylarına maruz kalan kişilerdeki proinflamatuvar aktivasyon ile anterior singulat korteks alanındaki aktivite artışı arasında ilişki olduğu gözlenmiştir. Dikkat ve emosyon arasında köprü görevi gören anterior singulat korteksteki aktivite artışının, istenmeyen uyarana ve bedensel duymalara (özellikle ağrı) karşı duyarlılık artışına yol açtığı ileri sürülmektedir (58, 61).

2.2.1.7. Endokrin sistem

Endokrin sistem, özellikle de hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) sistem stres yanıtında önemli bir işleve sahiptir ve ağrı algısını etkilemektedir. Stres ve ağrı algısı da somatoform bozukluklarla ilişkilidir (54, 58). Ayrıca immünolojik süreçler ve HPA eksenini karşılıklı etkileşim içindedir. Çevresel stresörler ve proinflamatuvar sitokinler HPA ekseninde olağan dışı aktiviteye yol açabilirler ve bunu takiben hastalık davranışı, depresyon veya somatizasyonla ilişkili çeşitli nörokimyasal değişiklikler gelişebilir (58).

Somatoform belirtilerin olduğu birçok durumda ortalama veya azalmış kortizol düzeyleri ve düşük doz deksametazon verilmesiyle kortizol yanıtının baskılandığı görülmektedir. Benzer bir hipokortikolizm şekli travma sonrası stres bozukluğunda da gelişmektedir (58, 62). Uzun süreli strese maruziyet ve

düzenleyici T hücrelerinin aşırı birikiminin tedricen HPA ekseninde tükenmeye yol açtığı ve strese kortizol yanıtının azaldığı öne sürülmüştür (63).

2.2.1.8. Nörotransmitterler ve aminoasitler

Serotonin migren gibi çeşitli ağrılı durumlarda önemli rol oynar. Depresyon gibi serotoninle ilişkili bozukluklarda ağrı algısı ve eşliğinde değişiklikler meydana gelir (54). Esansiyel amino asitlerden olan triptofanın beyindeki miktarı ve kullanılabilirliğinin depresyon ve somatizasyonda azaldığı bildirilmiştir (64). Somatoform bozukluklarda yüksek ağrı skorları ile serotonin metaboliti 5-hidroksi indol asetik asit ve triptofan düzeylerinin düşüklüğü ve de ağrı sinyali iletiminde görev alan nöropeptit P maddesi düzeylerinin yüksekliği arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (65).

Depresyon ve somatizasyonda nörotoksik etkisi olduğu belirtilen kinürenin ve kinolinik asit miktarının arttığı, nöroprotektif etkisi olduğu belirtilen kinürenik asit miktarının azaldığı gözlenmiştir. Depresyon hastalarına ve sağlıklı kontrollere kıyasla somatizasyon hastalarında plazma triptofan düzeylerinin daha düşük, kinürenin/kinürenik asit ve kinürenin/triptofan oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (59).

Kimyasal yapıları nedeniyle dallı zincirli aminoasitler olarak tanımlanan valin, lösin ve izölösün kaslardaki enerji metabolizmasında işlev görürler. Bu esansiyel amino-asitlerin eksikliği yorgunluk ve kas güçsüzlüğü gibi somatik belirtilerle ilişkilendirilmiştir (58). Depresyon hastalarına ve sağlıklı kontrollere kıyasla somatizasyon hastalarında dallı zincirli aminoasit düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (64).

2.2.1.9. Genetik

Somatizasyon bozukluğunun etiyolojisi bilinmemekle birlikte ailesel bir bozukluk olduğu üzerinde durulmaktadır. Birçok çalışmada SB olan hastaları birinci derece kadın akrabalarının yaklaşık % 20'sinin SB tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (58). Çeşitli çalışmalarda SB olan kadın hastaların erkek akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu ve alkolizm riskinin arttığı belirtilmiştir (56). Kadınlardaki SB'nun antisosyal kişilikle ortak bir etiyolojiyi paylaştığı da ileri sürülmektedir. Kurallara ve beklentilere uyma yetersizliğinin bu rahatsızlığın ortaya çıkışını sağladığını öne sürenler vardır. Bu somatik

belirtilerin hastayı toplumsal kurallardan ve kendisine zor gelen beklentilerle karşılaşmaktan koruyor olabileceği düşünülmüştür (56).

Bir çalışma, evlat edinilmiş kadınlarda somatizasyonun arttığını ve evlat edinen ailelerin psikotik ve kriminal davranış gösterme derecelerinin yüksek olduğunu bildırıyordu (66). Genetik bağıntı ile ilgili pozitif ve negatif sonuçlar bildiren ikiz çalışmaları vardır (67). SB'da genetik faktörler rol oynasa bile etkisinin sınırlı olduğu düşünülür.

Yakın zamanda yayınlanan bir ikiz çalışmasında, yüksek somatik belirti skorları için eş hastalanma oranlarının monozigotik ikizlerde % 30, dizigotik ikizlerde ise % 17 olduğu bildirilmiştir (68). Çoklu somatik belirtilerle tanımlanan fibromiyalji gibi farklı bozukluklar için de ailevi yatkınlık ve genetik etkenlerin rolü üzerinde durulmaktadır (69).

Somatizasyonda sadece somatoform belirtilerin gelişimine değil, belirtilerin algılanması ve değerlendirilmesi üzerine de odaklanılmaktadır. Katekol-o-metiltransferaz genindeki işlevsel polimorfizmin (val158met) dopamin ve noradrenalin metabolizmasını düzenlediği, homozigot met158 aleli taşıyan bireylerde ise ağrı duyarlılığının arttığı bildirilmiştir (70).

Depresyon ve somatizasyonda immüniteyle ilgili genlerin ekspresyonunun değiştiği ve bu bozukluklardaki genetik aktarımda kısmen immün sistemin de rol oynadığı öne sürülse de, genetik ve immün etkenlerin etkileşimini daha iyi açıklayacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (58).

2.2.1.10. Nörogörüntüleme

Şu an için somatoform bozukluklar başta olmak üzere ruhsal bozukluklarda tanısal bir değer taşımaktan öte belirgin bir nöral patolojinin tesbitinde ve ayırıcı tanıda negatif tanısal belirteç olarak kullanılabilir (56, 71). Yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, hasta gruplarında sağlıklı kontrollerle karşılaş tırıldığında nöroanatomik ve nöroişlevsel farklılıklar olduğunu ortaya koymak tadır. Ancak mevcut verilerle, nörogörüntüleme- menin somatoform bozukluk larda pozitif tanısal belirteç olarak kullanılması mümkün görünmemektedir (56). Kısıtlı sayıdaki beyin görüntüleme araştırması da frontal loblarda ve baskın olmayan beyin yarıküresinde metabolizma yavaşlığından söz etmektedir (32). Somatizasyon bozukluğundaki bulgular, daha büyük kaudat

çekirdek, daha küçük amigdala ve dominant olmayan hemisferde hipoperfüzyon ortaya koymuştur (72, 73). Emosyonel- limbik ve dikkat-prefrontal sistemlerle ağrıyı ayırt edici sistem arasında bir etkileşim olduğu ve bu etkileşimin ağırlı uyarılara duyarlılık artışı veya azalmasını etkilediği öne sürülmüştür. İstenmeyen uyarılara tepki vermede artmış aktivasyon görülmesi daha çok anterior singulat korteks ve insulanın yer aldığı araştırmalarda dikkat çekmektedir (56). Bu gözlem özellikle anterior singulat, insula ve duyuşal kortekslerden kaynak alan artmış duyuşal uyarılmış potansiyel ile ağırlı somatik yakınmalar arasında ilişki bildiren elektrofizyolojik çalışmalarla desteklenmiştir (74, 75). Bedensel yakınmalarla seyreden depresif bozukluğu olan hastalarda, ağırlı uyarın uygulaması sırasında bu bölgelerde aktivite artışı gözlenmemesi, ağırlı uyarın beklentisi esnasında ise artmış aktivite görülmesi önemli bir bulgudur (76, 77). Bu durum, somatoform belirtilerin depresyondan ayrı bir klinik antite olduğunu desteklemektedir (56). Somatoform ağrıyla ilişkili veya ilişkisiz kronik ağrıyla seyreden durumlarda ve fibromiyalji tanısı alan hastalarda gri maddede azalma olduğu bildirilmiştir (77, 78).

2.2.1.11. Somatoform belirtilerin sinyal filtreleme modeli

Somatoform bozuklukların gelişmesi ve sürmesinde, bedensel sinyallerin algılanmasındaki bozuklukların önemli rolü olduğu düşünölmektedir (58). Bu süreçlerin daha iyi anlaşılabilmesi için bedensel sinyallerin gelişimi, filtrelenmesi ve algılanması aşamalarını içeren somatoform belirtilerin sinyal filtreleme modeli tanımlanmıştır (54).

Farklı beden bölgeleri beyne çeşitli duyuşal sinyaller gönderir, ancak sağlıklı bireylerde nöral filtreleme süreçleri nedeniyle bu uyarınların çoğu kortikal algılama düzeyine ulaşmaz. Bu yaklaşım ağrı araştırmalarındaki kapı kontrol kuramının temelini oluşturmaktadır. Çevreden gelen ağırlı uyarınlar medulla spinaliste bir grup nöron tarafından yukarıya yani beyne ileilmeye çalışılırken, diğeri bir grup nöron ağrının medulla spinalis düzeyinde kontrol altına alınmasına çalışır. Bu noktada hangi grup üstün gelirse sonuç ona göre değişkenlik gösterir. Eğer ağrıyı ileten hücreler üstün gelirse kapıyı açan uyarınlar medulla spinalis boyunca ilerler ve üst merkezlere ulaşırlar. Bu arada beyin de inen kontrol sistemi adı verilen bir sistemle çeşitli maddeler

salgılayarak ağrıyı kontrol altına almaya çalışır. Bu maddeler içerisinde serotonin, adrenalin, endorfin ve enkefalin vardır. Bütün bu kontrol sistemleri yetersiz kaldığında ağrı kortikal düzeyde algılanır ve kişi ağrıyı hisseder (54, 79).

Somatoform bozukluklarda bedensel duyuların algılanması kadar yorumlanması, bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepkiler geliştirilmesi de hastalık sürecinde önemli rol oynamaktadır (55). Bedensel sinyalleri artıran etkenler arasında artmış fizyolojik uyarılmışlık, stres, HPA eksenin kronik olarak uyarılması, tekrarlayan uyaranlara alışma becerisinin yokluğu ve duyarlılaşma; duyuşal filtrelemeyi azaltan etkenler arasında ise sağlık anksiyetesine bağlı seçici dikkat, enfeksiyonlar ve immünolojik değişiklikler, depresif duygudurum gibi psikobiyolojik etkenler sayılabilir. Kortikal algılamayı ve değerlendirmeyi bozabilen etkenler arasında; merkezi uyarıcı ve baskılayıcı nöral aktivitelerdeki düzensizlikler, nörotransmisyon bozuklukları ve genetik etkenler yer alır (54, 55). Kısacası son yıllarda yapılan nörobiyolojik araştırmalar biyolojik etkenlerin de somatoform bozuklukların gelişiminde rol oynadığını göstermektedir (55, 56).

2.2.1.12. Tanı

İlk kez 1980 yılında DSM-III'le birlikte resmi bir tanı kategorisi haline gelen SB, yani Sydenham'ın histeri-hipokondriasis kavramının modern hali, DSM-III-R ve DSM-IV'te de fazla bir değişikliğe uğramadan yerini korumuştur. Amerikan psikiyatri Birliği'nin bu girişimini takiben Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ICD-10'da SB'na yer vermiştir. Yapılan çalışmalar, DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV arasında SB açısından belirgin bir güvenilirlik olduğunu, dolayısıyla aynı hastalığı tanımladığını göstermiştir. Briquet Sendromu için tanı ölçütlerinin kullanıldığı karşılaştırma çalışmaları da DSM kriterlerinin aynı hasta grubunu, üstelik daha da etkin bir şekilde belirlediğini bildirmektedir. Ancak DSM-IV ve ICD-10 arasındaki tanısal uyumun düşük olduğu gözlenmektedir (tablo 1 ve 2).

Tablo 1: DSM IV-TR'a göre Somatizasyon Bozukluğu tanı kriterleri (33,36)

-
- A.** Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması.
- B.** Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır. Herhangi tek bir semptom bu bozukluğun gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.
1. Dört ağrı semptomu: En az dört ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması.(örn. baş, karın,sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstruasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında)
 2. İki gastro intestinal semptom: Ağrı dışında en az iki gastrointestinal semptom öyküsünün bulunması (örn.bulantı, şişkinlik, gebelik sırasında olanın dışında kusma, diyare ya da birçok değişik yiyeceğin dokunması.)
 3. Bir cinsel semptom: Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili semptom öyküsünün olması (örn. cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakülatuar işlev bozukluğu, menstruasyonların düzensiz olması, aşırı menstruel kanama, gebelik boyunca kusma)
 4. Bir psödonörolojik semptom: Ağrı ile sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunması koordinasyon ya da denge bozukluğu gibi konversiyon semptomları, paralizi ya da lokalize güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, hallüsinasyonlar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırılık, katılmalar; amnezi gibi dissosiyatif semptomlar; bayılma dışında bilinç yitimi)
- C.** Aşağıdakilerden ya 1. ya da 2. vardır:
1. Yeterli bir incelemeden sonra B Tanı Ölçütlerindeki semptomların hiçbiri bilinen genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileri ile tam açıklanmaz.
 2. İlişkili genel tıbbi bir durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.
- D.** Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır (Yapay Bozuklukta ya da Simülasyonda (Temaruz) olduğu gibi).
-

Tablo 2. ICD-10'a göre Somatizasyon Bozukluğu tanı kriterleri (36)

Kesin tanı için aşağıdakilerin hepsinin bulunması gereklidir.

- 1.En az 2 yıl süreli, herhangi bir fiziksel hastalık bulunmaksızın ortaya çıkan çok sayıda ve çeşitli fiziksel belirtiler,
 - 2.Doktorların herhangi bir fiziksel hastalık bulunmadığına ilişkin sözlerine ve güvence vermelerine rağmen bunu ısrarlı biçimde kabul etmeme,
 - 3.Belirtiler, yakınmalar ve bunların yol açtığı davranışlara bağlı olarak toplum ve aile yaşamında belirli derecede bir bozulma olması
-

Somatizasyon bozukluğunun en önemli tanısal özelliği, sürekli tıbbi ilgi arayışına neden olan kronik ve tekrarlayıcı bedensel yakınmalardır. Pratisyen hekimler tarafından hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğu terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığı için şunu vurgulamakta fayda vardır: Somatizasyon bozukluğunda hipokondriyazisten farklı olarak esas endişe, katastrofik ve hayatı tehdit eden bir hastalıktan ziyade, açıklanamayan çoğul somatik belirtiler üzerine yoğunlaşmıştır. Sadeleştirilmiş somatizasyon ise, toplum çalışmalarında SB'nun yaygınlığının düşük bulunması nedeniyle Escobar tarafından geliştirilmiş olan bir tanı grubudur (48). Kadınlarda tanı koymak için gereken belirti sayısı 14'ten 6'ya, erkeklerde 12'den 4'e düşürülerek oluşturulmuştur.

Tıbbi olarak açıklanamayan, kişinin yaşamında önemli kısıtlamalara yol açan çoğul fiziksel belirtilerin bulunması önem arzeder (80). SB'nda yineleyici, önemli somatik yakınmalar ön planda bulunmakla beraber bu hastalarda konversiyon, disosiyasyon, fobik anksiyete ve afektif belirtiler gibi diğer psikiyatrik semptomlar da görülebilir. DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre SB'da somatik yakınmalar 30 yaşından önce başlamalı ve yıllarca sürmeli, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanmalıdır (A ölçütü). Çoğul somatik belirtiler: En azından 4 farklı bölge (örn. Baş, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum) ya da işlevle (örn. Menstrüasyon, cinsel ilişki, idrar yapma) ilişkili ağrı öyküsü olmalıdır (B1 ölçütü).

Ağrı dışında en az iki gastrointestinal belirti öyküsü bulunmalıdır (B2 ölçütü). Ağrı dışında en azından bir cinsel ya da üreme ile ilgili belirti olmalıdır (B3 ölçütü). Son olarak ağrı dışında nörolojik bir durumu gösteren en azından bir belirti olmalıdır (koordinasyon ya da denge bozulması, paralizisi ya da lokal zayıflık, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümleme, afoni, idrar retansiyonu, varsanılar, dokunma ya da ağrı duyusunun kaybı, çift görme, körlük, sağırılık ya da nöbetler gibi konversiyon belirtileri; amnezi gibi disosiyatif belirtiler; bayılma dışında bilinç kayıpları) (B4 ölçütü). Çoğul somatik yakınmalar bilinen herhangi bir tıbbi durum ile açıklanamıyor olmalı ya da bir maddenin doğrudan etkileri sonucu oluşmamış olmalıdır. Bunlar genel bir tıbbi duruma eşlik ediyorsa, fiziksel yakınmalar ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulmalar öykü, fizik muayene veya laboratuvar testlerinden beklenenden daha fazla olmalıdır (C ölçütü). SB'ndaki açıklanamayan belirtiler istemli olarak taklit edilmez, ya da ortaya çıkarılmaz (yapay bozukluk ya da temaruzda olduğu gibi) (D ölçütü) (33, 37).

2.2.1.13. Klinik Özellikler

Belirtiler ya tıbbi kontrol ve laboratuvar testleri ile açıklanamaz ya da mevcut hastalığın gidişatı ile açıklanamayacak kadar aşırıdır. DSM-IV'e göre tanı için belirti dağılımı; 4 farklı bölgede ağrı, en az 2 gastrointestinal belirti, en az 1 cinsel veya ürolojik belirti ve en az 1 nörolojik belirtidir. DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda Tablo 2'de verilmiştir. Ağrılı bölgeler baş, boyun, sırt, kol, bacak, göğüs, anüs olabilir; cinsel ilişki ve mensturasyon sırasında ortaya çıkabilir. Gastrointestinal belirtiler daha çok bulantı, kusma, karında şişkinlik, ishal, kabızlık veya besin intoleransı şeklindedir. Cinsel ve ürolojik belirtiler menstruasyon düzensizliğı, menoraji, gebelik kusmaları, erkekler için ejakülasyon ve ereksiyon sorunlarıdır. Nörolojik belirtiler ise baş dönmesi, denge bozuklukları, görme ve işitme kayıpları, ekstremitelerde parestezi ve paraliziler, yutma güçlüğü, dokunma ve ağrı duyusu kayıpları, bayılma ve amnezi atakları olabilir. Bedensel belirtileri için sıklıkla doktora gitmelerine karşın, genellikle ruhsal tedavi için başvuramazlar ve gereksiz tıbbi ve cerrahi girişimler açısından risk taşırlar. Stresli yaşam olaylarının yatışması ya da depresyon ve anksiyete belirtilerinin tedavilerle azalmasıyla belirtileri bir süre yatışır, ama daha sonra başka bir belirtinin varlığı ile ortaya çıkarlar. Semptomsuz

geçen süreleri en fazla 9 veya 12 ay gibidir, hastalar yeni semptom ürettiklerinde sanki eski semptomları hiç varolmamış ya da tedavi edilmemiş gibi davranırlar, bu da tedavi ekibinde hastaya karşı olumsuz duygular ve zorlanma ortaya çıkarabilir (41).

Bu kişilerde psikolojik sorunlar ve kişilerarası ilişkilerdeki problemler belirgindir. İntihar tehditleri sık fakat gerçek intihar girişimi nadirdir. İntihar girişimi genellikle madde kullanımı olanlarda görülür. Hastaların tıbbi öyküleri çoğunlukla belirsiz, karmaşık ve düzensizdir. Yakınmalar genellikle anlaşılması güç, abartılı ve renkli bir dille ifade edilmektedir. Çoğunlukla zaman sırasını karıştırırlar ve şimdiki semptomlarını geçmişteki semptomlardan ayırt edemezler. Hastalar çoğunlukla bağımlı, benmerkezci, ilgi bekleyen ve manüplatif olarak algılanabilirler.

SB'na sıklıkla Major Depresif Bozukluk (MDB), kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ve fobiler eşlik edebilir. Bu bozuklukların kronik somatizasyon belirtileriyle birlikte bulunması ailevi, mesleki ve sosyal sorunları da arttıracaktır. Araştırmacılar, bedenselleştirme davranışının geç çocukluk döneminden ileri yaşa dek her dönemde ortaya çıkabildiğini, hem kadınlarda, hem de erkeklerde görülmekle beraber kadınlarda özellikle ileri yaşlarda daha yaygın olduğunu bildirmektedir. SB'da psikiyatrik eştanı oranları yüksektir. SB'na sıklıkla majör depresif bozukluk, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu ve fobiler eşlik edebilir. Anksiyete ve duygudurum bozukluğu belirtileri genellikle vardır. En sık Eksen I bozukluklar olarak major depresyon, PB ve madde kullanım bozuklukları eşlik eder. En sık Eksen II tanılar ise histriyonik, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. Dürtüsel davranışlar, intihar girişim ve tehditleri ve evlilik sorunları sıktır. İlaçları aralıklı ve sık kullanımları yan etkilere ve madde istismarına zemin hazırlar. Artmış sağlık hizmeti kullanımı, sık tıbbi inceleme ve operasyonel girişimlerle hastane yatışları diğer iyatrojenik risklerdir (39).

2.2.1.14. Ayırıcı Tanı

SB'nun belirtileri özgün ve tanı koydurucu olmadığından, özellikle de yakınmaların 40 yaşından sonra başladığı hastalarda mutlaka organik sebebe yönelik bir araştırma yapılmalıdır. Multipl skleroz, miyastenia gravis, sistemik lupus eritematozus, akut intermittan porfiri, hiperparatroidizm, hipertroidizm, porfiri,

AIDS ve kronik sistemik enfeksiyonlar aynı yaş grubundan, çoğul ve değişken belirtilerle giden hastalıklardandır. Ancak, bu fiziksel hastalıklara özgü klinik özellikler ve laboratuvar bulguları ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Birçok ruhsal hastalık SB'nun ayırıcı tanısında düşünülmelidir ancak SB olan hastaların yaklaşık yarısının bir psikiyatrik eştanıyla birlikte görülmesi, bu durumu biraz karmaşıklştırmaktadır. Majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve şizofreni hastalarının hepsi de başlangıçta somatik belirtilerle doktora başvurabilmektedir. Fakat bütün bu ruhsal bozukluklarda depresyon, anksiyete ya da psikoz belirtileri bedensel belirtilere baskın gelir ve daha çok öne çıkar. SB'da ise bedensel yakınmalar daha kronik ve inatçıdır; dalgalanma göstermez. Somatoform bozukluklar arasında yer alan ve sıklıkla SB ile karıştırılan hipokonriazisde de bedensel belirtiler bulunur. Ancak, bu hastalar ciddi bir hastalıkları olduğu inancı ve bunun neden olduğu kaygıyı taşımaktadırlar. Oysa SB'da hastayı meşgul eden problem, ölümcül bir hastalıktan ziyade çoğul bedensel belirtilerdir ve 'güzel aldırma' söz konusu olabilir. Konversiyon bozukluğundaki belirtiler, SB'nun belirti kümesi içinde yer almakla beraber daha sınırlı sayıdadır ve daha az kroniktir. Somatoform ağrı bozukluğunda yakınma genellikle ağrı ile sınırlıdır. Yapay bozuklukta ise, SB'dan farklı olarak, belirtiler hasta tarafından oluşturulur (36).

2.2.1.15. Gidiş ve sonlanım

SB hastanın hayatı boyunca devam eden kronik bir problemdir. Ele alım prensipleri, tedaviye değil, semptomları azaltmak ve medikal bakım masraflarını azaltmaya yöneliktir. SB'nin en sık ve en önemli komplikasyonları yineleyen cerrahi girişimler, ilaç bağımlılığı, ayrılma ya da boşanmalar ve intihar girişimleridir. Hastalığın tanınması ve uygun bir tedavi yaklaşımının sağlanması halinde ilk iki komplikasyon önlenmektedir.

SB hastaları sağlıklarının aşırı derecede bozuk olduğuna inanmalarına karşın, uzun süreli izlemde SB'de ölüm oranlarının genel nüfusa eşit olduğu ve majör depresif bozukluk geçiren kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur (81).

Uzun süreli bir araştırma, hastaların yaşam sürelerinde herhangi bir azalma bulmamıştır. Bu durum hastaların temelde yatan herhangi bir biyolojik hastalığının olmadığını göstermektedir (82). Bu hastaların sadece fiziksel yakınmaları değil psikolojik özellikleri de oldukça heterojendir. Bütün bu çeşitliliğin

içinde somatizasyon hastalarının önemli bir ortak noktası vardır: Stres ve ilgili duygusal uyarılmaya bilişsel değil bedensel tepki verme. Tanımı gereği, belirtiler 30 yaşından önce başlamış, çoğunlukla erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmış ve birkaç yıldır devam ediyor olmalıdır. Hastaların özellikle çalışma alanında ve ebeveyn rollerinde belirgin yeti yitimine uğradıkları, birlikte görülen bazı psikiyatrik bozuklukların bu yeti yitiminin ortaya çıkmasında önemli rol oynadıkları bildirilmektedir (36).

Yaşamın hemen hiçbir döneminde kendiliğinden iyileşme beklenmez. Özellikle yaşam koşullarının ağırlaştığı dönemlerde belirtilerin şiddetlendiği ve yenilerinin eklendiği görülür. Tipik bir epizod 6-9 ay sürebilirken, remisyon dönemleri 9-12 ay kadar devam edebilir. Fakat, SB olan hastaların yeni bir semptom geliştirmedikleri ya da tıbbi yardım arayışına girmedikleri bir yıl geçirmeleri çok nadirdir. Tanı ölçütlerini karşılamasa bile her çeşit somatizasyonun hem kişisel, hem de toplumsal olarak önemli sonuçlara yol açabileceği unutulmamalı ve sosyal yeti yitimi hastalığın bir parçası gibi ele alınıp tedavi öyle planlanmalıdır. Somatizasyon hastaları sağlık hizmetlerinden fazlasıyla yararlanma eğilimindedir ve ruh sağlığı birimlerine başvurmadan çok genel tıbbi hizmetler almayı tercih ederler. Somatizasyon belirtileri ile başvurulara sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarında rastlanmaktadır. Birinci basamağa fiziksel semptomlar ile başvuran hastaların %25'inde durumu açıklayan organik bir patoloji bulunmamaktadır (83). Bu hastalığın genel sağlık hizmetlerindeki gizli psikiyatrik hastalıkların % 50'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (84). Somatik semptomlarla başvuran hastalar çoğunlukla aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizdir ve sürekli doktorunu değiştirme eğilimindedirler (85). Ayrıca bu tedaviye dirençli hastaların sık sık değişen şikayetleri ve tedaviden memnuniyetsizlikleri hekimlerin bıkkınlık hissetmelerine neden olmaktadır (85, 86). Somatik yakınmalı hastalara ne yazık ki farmakolojik veya psikososyal tedavilerin hiçbirinin belirgin klinik fayda getirmediği kanıtlanmıştır. Standart tıbbi tedaviler somatizasyon bozukluğunun tedavisinde faydasız olduğu için alternatif tedaviler geliştirilmiştir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) bu hastalık için, en yaygın olarak çalışılan alternatif tedavi olmuştur. Çalışmaların hepsinde standart tıbbi tedaviye göre bireysel BDT'nin bedensel yakınmaları daha çok azalttığı

gösterilmiştir. Yine yapılan çalışmalardan birinde bireysel BDT ile standart medikal tedavi karşılaştırılmış ve BDT ile daha fazla iyileşme olduğu gösterilmiştir (86, 87). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada da BDT'nin fiziksel aktivitede artış ile ilişkili olduğu, iki çalışmada da BDT ile sağlık hizmeti kullanımının azaldığı gösterilmiştir (88, 89). BDT uygulanan hastaların belirtilerinin uzun vadede değişimini değerlendiren 2 çalışmadan birinde tedavi tamamlandıktan 6 hafta sonra somatizasyon belirtilerinde önemli azalma olduğunu diğer çalışmada ise tedaviden 12 ay sonra somatizasyon belirtilerinin iyilik halinin devam ettiği gösterilmiştir (87, 88). Lidbeck'in bir çalışmasında BDT uygulanan hastaların tedaviden 18 ay sonra bile somatizasyon ve hipokondriyak inançlarındaki azalmayı muhafaza ettikleri görünüyordu (90). Uzun süreli iç görü veya destekleyici psikoterapi ile, hastalara belirtileriyle baş etme, altta yatan duyguları fark etme, ve duyguları ifade etmek için alternatif yollar geliştirme konusunda yardımcı olunmalıdır (20).

2.2.1.16: Tedavi

Somatizasyon Bozukluğunda Tedavi İlkeleri (91)

- 1.Hastanın tanısı doğru konmalı
- 2.Eş tanıları belirlenmeli
- 3.Hastanın bedenselleştirme yakınması eleştirilmeden kabul edilmeli
- 4.Uygun tıbbi değerlendirme yapılmalı
- 5.Stres kavramı ve bunun vücut üzerindeki etkileri anlatmak için benzetmeler yapılmalı
- 6.Hastayı işlevselliğin artması, doktor ziyaretlerinin azalması için hedefler konusunda bilgilendirmeli
- 7.Tam bir iyileşme peşinde koşma yanlısamasından kaçınmalı
- 8.Hastalık davranışını küçümser veya görmezden gelirken, uyuma yönelik sağlıklı davranışlar övülmeli
- 9.Basit tedaviler kısa süreli olarak kullanılmalı
- 10.Alkol, reçeteli veya reçetesiz ilaçların kendi kendine kullanımı engellemeli
- 11.Doktor doktor gezme davranışı ve çoğul ilaç kullanımı engellenmeli
- 12.İstirahat ve maluliyet konularında tutucu olmalı
- 13.Gerçek fiziksel hastalık olasılığı unutulmamalı

Somatoform bozuklukların tedavisi dendiğinde öncelikle psikososyal tedaviler akla gelmektedir. Psikofarmakolojik tedavinin yer edinebilmesi ancak altta sağlam nörobiyolojik kanıtların bulunması ile mümkün olabilecektir (56). Literatürde somatizasyon bozukluğuna yönelik farmakoterapinin etkinliğini araştıran kontrollü çalışmalar henüz yoktur. Amaç bu hastaların olabildiğince işlevsel kalmalarını sağlamaktır. Genel olarak farmakoterapi kural değildir. Ancak ek psikiyatrik hastalık varsa bu yönde uygun ilaçlar seçilmeli, özellikle analjezik etkinliği olması sebebiyle trisiklik antidepresanlar tercih edilebilir. Yan etkiler açısından da başlarken küçük dozları ve yavaş artışları tercih etmek yan etkilere duyarlılık eğilimini düşük düzeyde tutabilir. Bu açıdan da Selectif Serotonin Reuptake inhibitörleri (SSRI)'ların seçimi trisikliklerden daha uygun görünmektedir. Antidepresanlar ağrı bozukluğu gibi diğer kronik somatoform bozukluklarda yaygın şekilde tavsiye edilmekte ve kullanılmaktadır (92). Özellikle disforik semptomlar varolduğu zaman antidepresanları SB'lu hastalarda kullanmak açık bir gereklilik olabilir.

Ancak bu hastaların ilaç kötüye kullanımı ve bağımlılık geliştirme riskleri bulunduğu hatırlanmalı ve yakın takip edilmelidir. Antidepresanların depresif belirtilerin belirgin olmadığı durumlarda da (atipik yüz ağrısı, bazı kronik ağrılar vb.) yararlı olabildikleri gözlenmektedir. Yapılan bir araştırmada, ırklar arasında % 40-85 oranında değişiklik olmakla birlikte, SB tanısı alan hastaların antidepresan ilaç tedavisine orta-iyi derecede yanıt verdikleri belirtilmiştir (SSRI, trisiklik ve kombinasyonları). Birlikte yaygın anksiyete bozukluğu ya da panik bozukluğu olan hastalarda ise bunalıtı giderici ilaçlar önerilebilmektedir. İhtiyaç duyulursa anksiyolitik ilaçlar kısa sürelerle ve zamanı sabit tutularak verilmelidir. İlaça dirençli küçük bir grupta MAO inhibitörlerinin yeri vardır. Ancak benzodiazepinlerden ve opiyatlardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (32).

SB'nun tedavisinde psikodinamik yaklaşımların, aile sistemine yönelik girişimlerin, bilişsel-davranışçı yaklaşımların ve grup tedavisinin yararı olabildiği bildirilmektedir. Hem bireysel, hem de grup psikoterapilerinin bu hastaların sağlık harcamalarını, özellikle de hastane yatışlarını azaltarak % 50 oranında düşürdüğü gözlenmiştir.

Psikoterapide hastalara belirtileriyle baş etme, altta yatan duyguları fark etme ve duyguları ifade etmek için alternatif yollar geliştirme konusunda yardımcı olunmaktadır. SB hastalarında % 26-86 arasında değişen oranlarda yeti yitimi olduğu bildirilmektedir. Çalışmanın hastaların hayatına kattığı anlam ve düzen de göz önüne alınırca, SB hastalarının olabildiğince işlevsel kalmaları sağlanmalıdır. İstirahat ya da maluliyet raporlarının düzenlenmesinden olabildiğince kaçınılmalıdır. Bütün diğer hastalar gibi SB hastaları da tedavi sırasında psikososyal ortamlardan bağımsız düşünülemez. Bu hastalar sıklıkla kaotik sosyal durumlar içinde yaşamaktadırlar ve etkin bir tedavi yaklaşımı için bunlar da ele alınmalıdır.

2.2.1.17. Bir somatizasyon biçimi olarak ağrı

Ağrı deneyimi subjektif bir yaşantı olup, çok farklı nitelik ve nicelikte olabilmektedir. Kişinin bilişsel yapısı, kültürel faktörler ve ağrıyı değerlendirenin deneyimleri ağrı algısına etki eden faktörlerdir. Bundan dolayı genel bir ağrı tanımının yapılması oldukça güçtür (93). Uluslararası Ağrı çalışmaları Birliği'ne göre ağrı; "mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak tarif edilen hoş olmayan duysal ve duygusal bir deneyimdir"(5). Kronik ağrı ise 3-6 aydan daha uzun süren ve uzun süreli tedavi gerektiren, öznel ve çok boyutlu yaşantısı olan, duysal, duygusal, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren ağrı olarak tanımlanmaktadır (6).

Kronik ağrı klinik uygulamalarda sık karşılaşılan bir sağlık problemidir. Bir sendrom olarak tek başına ele alınması gereken bir tablodur ve psikiyatrik belirti birlikteliği oldukça fazladır (93, 94). Kimi zaman depresif bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozulmalara yol açabilmektedir (93). Hastalığı, hastayı ve sağlığı anlamada 1970'li yıllarda ilk kez Engel'in adlandırdığı biyopsikososyal kavrayış tıp uygulamaları içinde yerini almıştır. Birey üzerinde biyolojik ve psikolojik sistemlerin etkisi göz önüne alındığında psikosomatik olmayan hastalık yoktur demek hiç uzak görünmemektedir (95). Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin ağrı-hastalık durumunu yorumlama biçimi, ağrının hasta tarafından algılanmasını ve ifade edilmesini etkiler (96).

Ağrı, nesne ilişkilerinin düzenlenmesine de yardımcı olur ve kişinin çevresi ile olan iletişimde sembolik bir rol oynar. Bazı hastalarda ağrı, cezalandırma olarak

yorumlanabilir. Bilinçaltı suçluluk duygusu ile birliktedir. Sevgi yatırımı yapılan kişinin ölümü ağrıyı başlatabilir (97).

Psikanalitik görüş bağlamında, ağrıda kullanılan başlıca ego savunma düzenekleri arasında represyon (bilinçdışına bastırma) ve/veya refulman (bilinçten bilinçdışına bastırma), izolasyon, sembolizasyon, kendine çevirme, konversiyon ve somatizasyon sayılabilir (98).

Hastalar, hasta rolünü sürdürmeye dönük dikkat çekici davranış ve reddedilmeye duyarlılık gösterirler. Hasta rolü ikincil kazanç olabilir. Kullanılan savunma düzenekleri inkâr, akla uygunlaştırma, supresyon ve yansıtmadır. Ruhsal hastalığı bedensel yakınmalarla örtme, alkol-madde ve analjezik kötüye kullanımı depresyonu gizleyebilir. Depresif ağrı hastaları sıklıkla depresyonu ve depresif duygudurumlarını inkâr ederek, kendilerinde depresyon olmadığını ve bütün şikâyetlerinin ağrıdan kaynaklandığını düşünebilirler (93).

Ağrılı bireylerde yapılan çalışmalar, özgün bir kişilik tanımlamamakla birlikte bazı kişilik tiplerinin ağrıya yatkın olduğunu bildirmektedir. Ağrılı bireyler, benzer birtakım davranış kalıplarını kullanmakta ve aynı zamanda değiştirilmesi zor, çarpıtılmış düşüncelere de sahip olabilmektedir. Bu kişiler sıklıkla duygusal bir dil kullanmaya hazırdırlar ve ağrıyı; gerginlik, korku, otonomik huzursuzluk olarak tanımlamaktadırlar (93). Kronik ağrının benlik saygısında da azalmaya yol açtığı belirtilmektedir (99). Yapılan bir takım çalışmalar, hasta gruplarında yüksek aleksitimi yaygınlığı bildirmektedirler (100, 101).

Ağrı hastalarında çocuklukta ihmal edilmişlik ve bastırılmış agresyon gibi değişik unsurlar da tanımlanmış (99), öfke ve hostilitenin ağrının gelişmesi ve devam etmesinde önemli rolü olduğu bildirilmiştir. Öfke ifade biçimi, bu hastalarda üzerinde durulan konulardan biridir. Bu görüşe göre; ağrı hastanın yoğun öfke duygularını bastırmak istemesinden kaynaklanmakta ve içe dönük bu öfke sağlıklı kontrollere göre daha yaygın sıklıkta görülmektedir (99, 102, 103).

2.2.1.18. Ağrı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Fiziksel ağrı ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliğindeki neden-sonuç ilişkisi genellikle belirlenememektedir (104). İngiltere’de yapılan epidemiyolojik bir araştırmada ağrı ve psikiyatrik tanı birlikteliği %16,9 olarak saptanmıştır (105). Sağlık kurumlarına başvuruda bulunan hastaların en az yarısında ilk yakınma ağrıdır.

Akut ağrıda fizyolojik olarak doku yıkımını önlemeye yönelik tepkisel bir süreç vardır. Beraberinde sempatik noradrenerjik aktivitede artış ve parasempatik aktivitede azalma söz konusudur. Genellikle akut ağrıya karşı gelişen anksiyete reaksiyonu mevcuttur. Ağrı kronikleşince birçok özelliği değişir. Kronik ağrı bir bulgu olmaktan çıkarak artık bir sendrom, bir hastalık haline gelmiştir.

Kronik ağrıda sempatik aktivite azalır, olayın mental, davranışsal, duyuşsal yönleri ön plana çıkar. Kronik ağrılar çalışma, ev hayatı ve sosyal hayatta bozulmalara, daha önce zevk alınan aktivitelerden uzak kalmaya, itibar ve iş kaybına, yaşam kalitesinde düşüklüğe neden olarak psikiyatrik belirti ve bulgulara yol açabilmektedir (106). Farklı psikiyatrik bozukluklar tabloya eklenir. Kronik ağrı ile birlikte olan en yaygın ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon genellikle kronik ağrıya ikincil olarak gelişir (93).

Depresif Bozukluklar başta olmak üzere''Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Kişilik Bozuklukları, Psikozlar'' tanıları ağrılı hastalarda sıklıkla eştanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikopatolojilerin bir parçası ve belirtisi olabilen gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili yapılmış bir çalışmada, konulan psikiyatrik tanı sıklığı şöyle sıralanmıştır: Ağrı Bozukluğu %30,4, Major Depresif Bozukluk %28,9, Somatizasyon Bozukluğu %13,5, Yaygın Anksiyete Bozukluğu %9,5, Distimik Bozukluk %4,7 (107). Major psikopatoloji varlığının ağrı için kötü prognoz göstergesi olduğu unutulmamalıdır (108). Ağrı tüm depresif bozukluklarla ilişkilidir (99). Ancak bu ilişki henüz tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Bilinen ağrının depresyonu, depresyonun da ağrıyı artırdığı'' gerçeğidir (109). Depresyon ve ağrı benzer biyolojik yolları ve nörotransmitterleri kullanmaktadırlar (110). Örneğin nöropatik ağrı için inen inhibitör ağrı yollarında anahtar nörotransmitterler serotonin ve noradrenalin (111). Benzer bulgular TSA ve SNRI'nin araştırıldığı çalışmalarda da saptanmıştır (112, 113). Somatik belirtiler depresyonda limbik sistemde, noradrenalin ve serotonin işlevlerinde, adrenal, tiroid ve büyüme hormonu dizgelerinde ortaya çıkan biyolojik değişikliklerle de ilişkili olabilir. Serotoninin afektin ağrı üretmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Diensefalonda limbik sistemde, talamus ve hipotalamusta ortaya çıkan değişikliklerin depresyon ve ağrı arasındaki ilişkide bağlantısal bir rol oynadığı varsayılmaktadır. Depresyonda ağrı eşiğinin düşmesi

gibi diğ er uyarılara karşı da duyarlılık artmaktadır. Diğ er taraftan depresyonda retiküler sistem de aktive olmaktadır. Periferik kas gerginliğ i retiküler sistemin uyarılması sonucu ortaya çıkan anksiyete ile ilişkilidir. Bir meta analizde depresyonu olan hastalarda ağ rı prevalansı % 65 bulunmuştur (114, 115).

Genellikle ağ rılı hastalarda süre uzadıkça depresyonun da ortaya çıkması beklenir. Ağ rı süresi ile depresyon düzeyleri arasında korelasyon gösterilmiştir (116). Ağ rı, ayrıca depresif epizotun uzamasına da katkıda bulunmaktadır (103).

Sadece depresyonu olan hastalara oranla depresyon ağ rı birlikteliğ inde iş kaybı iki kat artmaktadır. Bir çalışmada, 3745 depresyon hastasının analizinde ağ rı semptomu olanların sıklıkla daha genç, Afrika-Amerikalı ya da Hispanik ve daha düşük eğ itimli oldukları gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada anksiyöz özellikler, irritabilite, sempatik uyarılmışlık, gastrointestinal sorunlar ve düşük yaşam kalitesi ağ rı yakınmalarıyla ilişkilili bulunmuştur (117). Birçok çalışma; depresyonun, bel ve boyun ağ rıları, gerilim tipi baş ağ rısı, migren, romatoid artrit ve fibromiyalji ile yakın ilişkilili olduğunu göstermektedir (94, 106, 107, 114, 118, 119). Ağ rısı olan hastalar bilinçli ya da bilinçsiz olarak durumları ile ilgili olumsuz düşüncelerin tacizine uğ ramaktadır. Bu olumsuz düşünceler ağ rı davranışının ve ümitsizlik düşüncesinin tekrarlamasına yol açmaktadır. Ağ rıya uyumu sağlayacak başa çıkma teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırmanın önemli bileşenidirler. Yaş a, cinsiyete ve kişiye göre değ iş en baş etme mekanizmaları uygulanabilir (93).

2.3.Fibromiyalji Sendromu

Fibromiyalji sendromu; kas iskelet sisteminde yaygın ağ rı ve katılık ile birlikte fizik muayenede palpasyonla ağ rılı hassas noktalar (HN) saptanan, spesifik labratuvar bulgusu olmayan klinik bir tablodur. Yapılan çalışmalarda prevalans tüm populasyonun % 1-4'ü arasında saptanmış olup, erkeklerde %0-4, kadınlarda ise % 2.5-10,5 arasında değ iş mektedir (120-122). Yaygın vücut ağ rıları (hiperaljezi ve/veya allodini), belirli anatomik bölgelerde hassasiyet (hassas noktalar), kronik yorgunluk, uyku bozukluğ u, tutukluk, subjektif şişlik gibi semptomların eşlik ettiğ i hastalık hem fiziksel hem psikolojik bozukluğ a yol açması nedeni ile de kişinin yaşam kalitesini bozar (123).

2.3.1.Tanım ve sınıflandırma

Fibromiyaljide klinik bulguların çeşitliliği, hasta uyumu ve tedavi yanıtlarının farklılığı bazı yazarların bu sendromun alt gruplara ayrılması gerektiğini ileri sürmelerine neden olmuştur. Aslında fibromiyalji temel olarak primer ve sekonder olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Primer FMS'de hastalığa sebep olan veya eşlik eden bir durum yoktur. Sekonder FMS'de ise, hastalardaki lokalize ağrıyı açıklayacak bir sebep vardır. Örneğin osteoartrit gibi. Fakat günümüzde primer fibromiyalji için daha ileri sınıflandırmalar önerilmektedir.

Thieme ve ark. primer fibromiyaljiyi 3 alt gruba ayırmışlardır. Birinci gruptaki hastalar disfonksiyonel olarak adlandırılmış ve anksiyetenin temel problem olduğu bildirilmiştir. İkinci grup psikiyatrik problemlerin eşlik ettiği fibromiyaljili hastaları kapsamakta, üçüncü gruptaki hastalarda ise psikiyatrik problem saptanmamaktadır (124).

Giesecke ve ark.'da benzer şekilde üç ana alt grup bildirmişlerdir. Birinci gruptaki hastalarda hassas noktalarda belirgin olarak artmış hassasiyet vardır, fakat psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. İkinci gruptaki hastalarda orta derecede hassasiyet artışı ve hafif psikiyatrik değişiklikler gözlenmiş, üçüncü gruptaki hastalarda ise depresif ve kognitif değişikliklerin belirgin olduğu psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (125).

Müller ve ark. ise primer fibromiyaljiyi dört alt gruba ayırmış ve tedavinin bu gruplara göre belirlenmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir(126). Buna göre;

Grup 1: Ağrıya karşı artmış duyarlılıkla karakterize (psikolojik bozukluk yok)

Grup 2: Fibromiyalji ve kronik ağrıya bağlı depresyon birlikteliği

Grup 3: Fibromiyalji ve depresyon birlikteliği

Grup 4: Somatizasyon bozukluğuna bağlı fibromiyalji

Grup 1: Tetikleyen faktör veya psikolojik bozukluk saptanmamıştır. İnterlökin (IL) 10, IL 1 ve tümör nekroz faktörü (TNF) alfa düzeylerinde kontrol grubuna göre belirgin artış olması, etiyolojide ılımlı immünolojik veya inflamatuvar süreçlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Gen bağımlı immünopatolojik mekanizmaların da etkili olabileceği düşünülmektedir. Tedavide nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar çok az etkilidir. 5HT3 reseptör blokajları ile (5mg tropisetron) çok iyi sonuçlar alınmıştır (127, 128).

Grup 2-3: Fibromiyalji ve depresyon: Fibromiyaljili hastalarda depresyon insidansı %22-55 arasında değişmekle birlikte bu iki hastalık arasındaki ilişki tartışmalıdır. Depresyonun fibromiyaljiye neden olan ve eşlik eden bir hastalık olabileceği veya kronik ağrıya bağlı olarak gelişebileceği ileri sürülmektedir. Bu grup hastalarda antidepresan ilaçlarla tedavi önerilmektedir. Burada doz seçimi önemlidir. Kronik ağrıya bağlı depresyon gelişen hastalarda düşük doz tedavi yeterli iken, diğer grup hastalarda daha yüksek doz tedavi uygulanması gereklidir.

Grup 4: Bu grup hastalarda somatoform ağrı bozukluğu vardır. Geçmişte veya halen devam eden psikolojik stres, anormal duygusal modülasyona ve ağrı gelişimine neden olmaktadır. Bu hastalara bulguları nedeniyle birçok doktor tarafından yanlış tanı konulup, farklı tedaviler uygulanabilmektedir. Son yıllarda kullanılmakta olan fonksiyonel MRG ile patofizyolojik süreç hakkında bilgi edinilmeye başlanılmıştır. Tedavide psikoterapi ve psikoaktif ilaç kullanımı önerilmektedir (129).

1990 yılında Amerikan Romatoloji Cemiyeti (ACR) tarafından yayınlanan kriterlerinde FMS'nun primer ve sekonder olarak sınıflandırılması önerilmemiştir. Primer ve sekonder FMS tanısı olan hastaların klinik özellikleri farklı bulunmamıştır. Ayrıca sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, hipotroidizm gibi FMS'na eşlik eden bir hastalığın bulunması durumunda, bu hastalığın uygun tedavisi ile FMS tablosu gerilememekte veya HN sayısı azalmamaktadır. Özellikle klinik araştırma yapılıyorsa, primer ve konkomitan fibromiyalji sınıflaması kullanılabilir.

2.3.2.Tarihçe

Kas-iskelet sistemi ağrıları ile ilgili en eski bilgilere 16.yüzyıl Avrupa tıbbi literatüründe rastlanmaktadır. FMS tablosunun tanımlamak için kullanılan fibrozit terimi İngiliz nörolog Sir William Gowers tarafından 1904 yılında tıbbi literatüre kazandırılmıştır. Gowers bel ağrılı hastaları ile ilgili bir yazısında spontan ağrıdan, asemptomatik mekanik basınç duyarlılığından, yorgunluk, uyku bozukluğu, soğuk ve kas aktivitesinin artmasından bahsetmekte ve ağrının kas fibroz dokusunda inflamasyona bağlı olarak ortaya çıktığını ifade etmektedir. Smythe, birlikte çalıştığı ve Kanada'lı bir psikiyatrist olan Harvet Moldovsky'nin yayınlanmamış uyku elektroensefalogram (EEG) bulgularını refere ederek (1975) ilk kez FMS'nun objektif patofizyolojik temelini oluşturmuştur. 1976 yılında Kahler Hench fibrozit

terminolojinin yanlış kullanılageldiğini, bu hasta grubunda yapılan pek çok araştırmanın kanıtladığı gibi herhangi bir inflamatuvar sürecin bulunmadığını, bu nedenle fibrozit terimi yerine fibröz doku (fibro-) ve kasta (miyo-) ağrı (algia) anlamına gelen fibromiyaljinin kullanılmasının daha uygun olacağını belirtmiş ve Gowers ile başlayan 72 yıllık bir terminoloji hatasına son vermiştir (130). Symthe ve Moldovsky, 1977 yılında kendi klinik deneyimleri doğrultusunda, kronik ağrı, uyku bozukluğu, sabah katılığı, yorgunluk ve tanımladıkları 14 noktanın 12'sinde hassasiyetten oluşan ilk fibromiyalji tanı kriterlerini yayınlamışlardır (21, 130).

Yunus, 50 hasta ve yaş-cinsiyet açısından eşleştirilmiş 50 sağlıklı kontrol grubu ile yaptığı ilk kontrollü çalışma ile FMS'lu hastalarda ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluğu gibi karakteristik özelliklerin ve hassas nokta sayısının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada daha önce tanımlanamayan subjektif doku şişliği ve parestezi gibi semptomlar da fibromiyaljinin bir komponenti tanımlanmıştır. Çok sayıdaki bulguların kaydedilmesi sayesinde bu klinik tablo sendrom seviyesine taşınmış ve o zamandan bu yana FMS olarak anılmaya başlanmıştır. Bu kriterler, 1990 yılında 16 merkezde, aralarında Smythe ve Yunus'un da bulunduğu 25 araştırmacıdan oluşan ACR komitesi tarafından yeniden düzenlenen kriterlere hem zemin hazırlamış hem de o döneme kadar klinik ve araştırmalar için kullanılagelmiştir (131).

1990 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmayla ACR, FMS sınıflandırma kriterlerini yayınlamıştır (131). Bu sınıflandırma kriterlerine göre kişinin en az 3 aydır süren hem kronik yaygın ağrı öyküsü, hem de muayenesinde 18 hassas noktadan en az 11'i veya daha fazlasında 4 kg'lık basınca hassasiyeti olması gerekmektedir. ACR 1990 kriterleri, FMS tanımında standardizasyonu sağlamış ve geniş kullanım imkânları bulmuştur. Hastalık 1992'de WHO tarafından da tanınmıştır (132) FMS alt gruplarının ayrılmasında, ağrı dışı yakınma ve semptomların ön planda olduğu durumlarda ve tedavinin kişiselleştirilmesinde yeterli olmaması nedeniyle ACR tarafından 2010 yılında yaygın ağrı indeksi ve semptom şiddeti skorlarını içeren yeni tanı kriterleri belirlenmiştir (133). Fibromiyalji ve ilişkili sendromların anlaşılmasındaki asıl gelişme, araştırmacıların bu durumun nedeninin periferik hasar ya da inflamasyondan kaynaklanmadığını, bunun yerine santral nöral mekanizmaların rol oynadığının farkına varmasından sonra

olmuştur(134). Son araştırmalar FMS'nin santral ağrı işlenişindeki disfonksiyonla karakterize bir multisemptomatik bozukluk olduğunu belirtmektedir ve güncel olarak "santral sensitivite" ya da "santral ağrı sendromu", "nonnosiseptif ağrı" ve "kronik multisemptom hastalıklar" terimleri de kullanılmaya başlanmıştır (135, 136).

2.3.3.Epidemiyoloji

Fibromiyalji sendromu tüm etnik gruplarda, her yaş ve cinsiyette görülebilmekle birlikte en sık 40-60 yaş grubu kadınları etkilemektedir. Hastaların %85-90'ını kadınlar oluşturmaktadır. Erkek FMS'lu hastalarda kadınlara oranla ortalama HN sayısı ve eşlik eden semptom sayıları daha az bulunmuştur. FMS prevelansı %2-8 arasında bilinmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde %2 (kadınlarda %3.4, erkeklerde %0.5), Kanada'da %3.3 (kadınlarda %4.9, erkeklerde %1.6) oranında saptanmıştır. 20-64 yaş grubunda 1930 kadın üzerinde yapılan bir tarama çalışması sonucunda Türkiye'de (Trabzon) kadınlarında FMS prevelansı %3.6 bulunmuştur. Prevelans yaşla artmaktadır. Türkiye'de her yıl yaklaşık olarak 100.000 kişiye tanı konulmakta ve bu sayı her geçen gün hastalığın doktorlar tarafından tanınmasının artmasıyla giderek artmaktadır. 5-6. dekatta görölme sıklığı %7,5-10 dur. Toplum çalışmalarında, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda daha sık FMS geliştiği bildirilmektedir (137).

2.3.4.Etyopatogenezi

Fibromiyaljide etyoloji tam olarak belirlenememiştir. Hastalıkta rol oynayabileceği düşünölen bazı biyokimyasal, nörohormonal, santral sinir sistemi, immünolojik, psikolojik ve çevresel faktörlere ait kanıtlar bulunmuştur. Periferik ve santral ağrı mekanizmalarına etki eden genetik faktörlerin FMS hastaları tarafından hissedilen yaygın kronik ağrıyı ortaya çıkardığı ileri sürölmektedir.

2.3.5. Genetik Faktörler

Araştırmacılar FMS'de güçlü ailesel yatkınlığı FMS'li hastaların birinci derece yakınlarında, genel populasyona göre 8 kat daha fazla FMS gelişme riski olduğunu bulmuşlardır. FMS'li hastaların aile bireylerinin ağrıya daha duyarlı ve irritabl barsak sendromu (İBS), temporomandibular bozukluk (TMD), baş ağrısı ve diğer bölgesel ağrı sendromları gibi durumları geliştirme yatkınlıkları daha fazladır (138, 139). Pellegrino ve ark. FMS'li hastaların ailelerini incelemişler; FMS sıklığı

% 52 olarak saptanmış ve otozomal dominant bir geçiş olduğunu öne sürmüşlerdir. İkizlerde yapılan çalışmalarda kronik yaygın ağrı geliştirme riskinin yarısının genetik, diğer yarısının ise çevresel kökenli olduğu saptanmıştır (140).

FMS'deki spesifik genetik polimorfizmi göstermeye yönelik pek çok çalışma yapılmaktadır. Günümüze kadar serotonin reseptörü, serotonin taşıyıcı, dopamin D4 reseptör ve katekol-O-metiltransferaz genlerindeki polimorfizmler yüksek oranlarda bulunmuştur (141). Saptanan tüm bu polimorfizmler, monoaminlerin metabolizma ve transportunda görevlidirler ki; bu da insan stres cevabında kritik rol oynayan bileşiklerdir.

2.3.6. Çevresel Faktörler

Birçok hastalıkta olduğu gibi, genetik bir yatkınlık temelinde çevresel faktörler FMS ve benzeri durumların başlamasında tetikleyici rol oynamaktadır. FMS gelişiminden çoğunlukla sorumlu olan çevresel faktörler; fiziksel travma (özellikle gövdeye olan), bazı enfeksiyonlar (Hepatit C virüsü, Ebstein Barr virüs, Parvovirüs ve Lyme hastalığı vb.) ve duygusal streştir Kadın cinsiyet, kronik sıkıntı ve işsizlik, ağrı ve diğer somatik semptomların gelişiminde tetikleyicidir. Çocukluk çağındaki fiziksel veya seksüel istismar, posttravmatik stres bozukluğu ve diğer travmalar önemli stresörler olarak vurgulanmaktadır (142). Ancak kronik ağrıya yol açan sadece major travmatik olaylar değildir, aynı zamanda sağlıklı genç erişkinlerle yapılan toplum çalışmaları ve deneylerinde uyku bozukluğu ve egzersiz yapmamanın da ağrılı semptomlara yol açtığı gösterilmiştir (143).

2.3.7. Nöroendokrin Anormallikler

Nöroendokrin disfonksiyonlar ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiş olsa da yaygın görüş, FMS hastalarında serotonin düzeylerinin düşük olduğu ve depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu ve bozulmuş kas fonksiyonuyla ilgili olabileceği yönündedir. Ayrıca serotonin prekürsörleri olan 5 hidroksitriptofan ve 5 hidroksi indolasetik asit düzeyleri, FMS'li hastaların serebrospinal sıvılarında düşük olarak bulunmuştur (144). Serotonin, HPA aksının sirkadiyen ritmini de etkiler. Çeşitli çalışmalar serotonin ve serotonin agonistlerinin HPA aksını sitümüle ettiğini, HPA aksının aktivitesi ile serotonin düzeyleri ve serotonin reseptörleri yoğunluğuyla paralellik olduğunu göstermiştir (145). Kas-iskelet sistemi ağrısı, anksiyete, uykusuzluk, psödodepresyon, barsakla ilişkili

yakınmalar, dizesteziler, hipotiroidizm, mevsimsel alevlenmeler ve hatta immün hücrelerin disfonksiyonunun serotonin eksikliğine bağlı olduğu bildirilmektedir (146,147).

Non-REM uykunun 4. fazında salgılanan büyüme hormonu (GH) ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (İGF-1)'in FMS patogeneğinde özellikle kas disfonksiyonu ile ilgili olabileceği ileri sürülmüştür. FMS'de GH ve İGF-1 düzeylerinin düşük olduğu bilinmektedir. FMS'de görülen yorgunluk, egzersiz kapasitesinde düşüklük ve soğuk intoleransı gibi birçok klinik bulgu, GH'nin eksikliği ile açıklanabilmektedir

Fibromiyaljinin menopoz öncesi daha fazla görülmesi patogeneğinde seks hormonlarının rolü olabileceğini gündeme getirmiş, substans P ve serotoninin beyinde östrojen tarafından modüle edildiği gösterilmiştir (148). FMS'de görülen kas ağrısı ve kas yorgunluğunun düşük androjen düzeyi ile de ilgili olabileceği öne sürülmüştür (149). Akut strese cevap olarak hipotalamustan salınan CRH, ön hipofizden ACTH ve adrenal bezlerden kortizol salınmasına neden olur. Stres ortadan kalktıktan sonra da kortizol ve ACTH seviyeleri yüksek kalmaya devam eder. Örneğin erken yaşlarda ebeveynlerini kaybeden çocukların serum kortizol düzeyinin normalden yüksek olduğu ve bu çocuklarda daha ileri yaşlarda psikiyatrik hastalık ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (150).

Bengtsson ve ark. FMS hastalarının trapezius kasındaki hassas bölgede, adenosin trifosfat ve fosfokreatin düzeyinde azalma ile birlikte, kırmızı fibrillerde yırtılmalar olduğunu bildirmişlerdir (151). Bu durum, devamlı mikro travmaya bağlı olarak oluşabilmekte ve bu hastalarda görülen egzersiz sonrası ağrı ve ağrılı durumlara katkıda bulunabilmektedir. Bennet ve ark. egzersiz esnasında kontrol grubuna oranla, FMS hastalarında kas kan akımlarında düşüklük tespit etmiştir. FMS'li ve sağlıklı kontroller üzerinde yapılan kas biyopsilerinin elektron mikroskopik değerlendirmelerinde belirgin bir farklılık gözlenmemiştir (152). FMS'li hastalarda nöropeptid Y düzeyleri ile ağrı ve semptomların korele olduğu bildirilmiş ve hastalarda genellikle düzeyleri yüksek bulunmuştur (153). FMS'li hastalarda tekrarlayan egzersizleri izleyen 24-48 saatte ağrıda artma olduğu da bildirilmiştir (154).

2.3.8. Fibromiyaljide Ağrı Mekanizması

Petzke ve ark.'ları FMS'li hastaların baskıya daha duyarlı olduklarını ve vücuttaki herhangi 4 noktadaki basınç ağrı eşiğinin 18 hassas ve 4 kontrol noktasındaki ortalama hassasiyet düzeyi ile korele olduğunu göstermiştir (155). Sağlıklı kişilerde ve laboratuvar hayvanlarında, yoğun ağrılı bir uyarının 2-5 dakika süre ile uygulanması tüm vücutta bir analjezi sağlamaktadır. Birçok çalışma bu analjezik etkinin (yaygın zararlı inhibitör kontrolü) FMS hastalarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha azalmış veya hiç olmadığını göstermiştir (156). İnsanlardaki bu inhibitör kontrol bölgesinin inen opioidlerjik ve serotonerjik-noradrenerjik ara yolların bir parçası olduğu varsayılmaktadır. Son zamanlardaki biyokimyasal ve nörogörüntüleme verilerine göre FMS hastalarında opioidlerjik aktivite normal veya artmıştır. Bu veri FMS ve ilgili tablolarda opioidlerin etkisiz bir analjezik olduğu klinik deneyimi ile de örtüşmektedir (157).

Ağrılı uyarın çalışmalarını FMS'de yanıtın abartılı olduğunu göstermiştir. Bunun nedeni çalışmalarda FMS hastalarının serobrospinal sıvılarında substans P'nin kontrol deneklere göre 3 kat fazla olması ile ilişkilendirilmiştir (158).

2.3.9. Fibromiyalji ve Psikolojik Faktörler

Psikolojik faktörler, başta kronik ağrı olmak üzere her türlü ağrının önemli bir bileşenidir. Psikolojik stres ve ağrı kısır döngü içinde birbirlerini besleyen iki etkileşim oluştururlar. FMS'lu hastalarda ömür boyu depresyon ve anksiyete prevalansı normal populasyona oranla artmış bir sıklıkta bildirilmekle birlikte romatoid artrit gibi kronik ağrı ile giden hastalıklarda da benzer depresyon oranları bildiren pek çok çalışma da yayınlanmıştır Hastaların çoğunda psikolojik faktörlerin tedavisi/düzeltilmesi FMS tedavisini olumlu yönde etkilemekle birlikte semptomların tamamen ortadan kalkmasını sağlamamaktadır.

Bohn ve ark. tarafından yapılan çalışmada fibromiyaljitanılı 117 hastada (%84 kadın) çocukluk çağı travmaları, somatoform, dissosiyasyon belirtileri, genel sağlık durumu vedepresyon araştırılmış. Çocukluk ve ergenlikdöneminde, hastaların %20,5'i ciddi duygusal kötüye kullanım, %8,6'sı ciddi fiziksel kötüye kullanım, %12,8'iciddi cinsel taciz, %25,6'sı ciddi duygusal ihmal ve %12,0'si ciddi fiziksel ihmal yaşantısı bildirmişlerdir. Aynı çalışmada uygulanan diğer ölçeklerle 117 fibromiyalji hastasının 54'ünün (%46,2) muhtemel bir dissosiasyon bozukluk,

112'sinin (%95,7) muhtemel bir somatoform bozukluk ve 86'sının da (%73,5) muhtemel bir depresif bozukluk tanı kriterlerini karşıladığını bulmuşlardır (159).

Bu çalışmalarda elde edilen bulgular göstermektedir ki, fibromiyaljili hastalarda hem çocukluk hem de erişkinlik dönemine ilişkin yüksek oranda çeşitli travma yaşantıları mevcuttur. TSSB yanı sıra dissosiyatif bozuklukların da travma ile yakından ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Fibromiyaljili hastalarda psikiyatrik bozukluk eş tanısı, hem sağlıklı kontrollere hem de diğer romatizmal hastalığı olanlara göre yüksek olarak bulunmaktadır (7).

2.3.10. Psikodinamik Açıdan Açıklamalar

FMS hakkında yapılan etyolojik araştırmalarda psişik faktörlerin ön plana çıkması ile FMS artık psikosomatik bir hastalık olarak tanımlanmaya başlanmış ve psikodinamik açıdan etyolojisi hakkında yorumlar getirilmiştir. Freyberger, psikosomatik hastalıklarda, kendilik ve özsaygının yetersiz olduğunu, obje kaybı ya da algısı karşısında narsisistik zedelenme yaşadıklarını, depresyondaki gibi terkedilmiş olma tepkisine başvurduklarını ve depresif durumun fiziksel bozukluğa yol açtığını belirtmiş ve bu durumu semptom-çatışma-kişilik arasındaki pregenital olgunlaşma yetersizliği zemininde oluşan bir süreç olarak tanımlamıştır.

Alexander, semptomu simgesel bir anlam yükleyerek psikosomatik hastalıkları organ nevrozu olarak görmüştür. Bilinç dışı çatışmayı stres olarak yorumlayarak çatışma altında organizmada istemli sinir sistemi etkisi ile konversiyon ya da istem dışı sinir sistemi etkisi ile psikosomatik bozukluk olduğunu ve stres karşısında sempatik ya da parasempatik tepkilerin ortaya çıktığını belirtmiştir. O'na göre; kişi herhangi ruhsal bir çatışmayla karşılaştığında stres, gerilim yaşar ve bu gerilim limbik sistemdeki duyu merkezini zorlar ve homeostatik dengeyi bozar, bunun üzerine patojen savunmalar, engellenmiş dürtülerin harekete geçmesini önlemek için bazı hareketleri engeller. Hareketlerin bu inhibisyonu da, hareket alanındaki istemli kontrolün görece zayıflığını anlatır. İşte bu savunma çabası, istemli kas sisteminin fonksiyonel bozukluklarına yol açar. İçgüdüsel çatışmalar kaslarda hipertonic bir anlatımla ağrıya neden olurken, hipotonik bir anlatımla da yeti kaybına yol açabilir. Bu vakalarda tutulan kasların kişi için sembolik anlamları vardır. Özellikle istemli kaslarda meydana gelen kasılmalar bir anksiyete eşdeğeri

olarak kabul edilir. Bunun dışında kin ve bastırılmış öfke de fiziksel olarak kas sistemiyle ilgili belirtilere yol açabilir (160, 161).

Freud'a göre somatoform bozuklukların ve FMS'nin en önemli semptomu olan ağrı, olumsuz bir uyarana karşı savunma tepkisidir. Freud ağrının bir konversiyon semptomu olduğunu ve hoşnutsuzluk yaratan duyguların ağrıya dönüştürüldüğünü ve sembolik bir anlam kazandığını ifade etmiştir. Sonraki araştırmacılar ağrının sosyal olarak kabul edilebilir bir agresyon biçimi olduğunu, suçluluk, pişmanlık ve düşmanlık duygularıyla bağlantılı olarak oluştuğunu bildirmişlerdir. Ağrı bilinç dışı bir güçlük veya çatışmadan kaçınmayı sağladığında birincil kazanç, belli bir güçlükten bilinçli olarak sakınma davranışı ve hasta rolünün oluşmasıyla ikincil kazanç elde edilmiş olur. Ağrının süregenleşmesindeki temel sebep birincil kazancın sağlanmasıdır (162).

2.3.11. Fibromiyalji ve Uyku Bozukluğu

Hastaların çoğunluğu uyku bozukluğundan, sıklıkla da dinlendirici olmayan uykudan yakınır. İlk kez Moldofsky ve arkadaşları tarafından objektif olarak gösterilen uyku bozukluğu verilerinde 10 FMS'li hastanın 7'sinde alfa dalgalarında artış, NREM döneminde delta dalgalarına alfa intrüzyonu ve azalmış delta dalgaları rapor edilmektedir. Bu bulgular daha sonra Branco ve Dwors tarafından da desteklenmiştir. Uyku kalitesi ertesi gün içerisindeki ağrı şiddeti için iyi bir belirleyicidir (163).

FMS'li hastalarda, 10-12 siklus/sn'lik alfa dalgaları ile bozulan, non-REM uyku EEG paterni mevcuttur. Normal kişilerde, kronik insomnili ve distimili hastalarda alfa uyku EEG anomalisi, non-REM uykusunun sadece %25 kadarını kapsarken FMS'li hastalarda ise bu oran %60'tan fazladır (164).

Uygun kontrol grubu ile yapılan çalışmalar FMS'nde kas patolojisi olmadığını, histolojik, immunokimyasal ve moleküler çalışmalar kaslarda serotonin, P maddesi ve galanin gibi ağrı ile ilgili biyokimyasal maddelerin normal düzeyde bulunduğunu göstermektedir. Enfeksiyon ya da aşılarda FMS'nun da aralarında bulunduğu santral duyarlılık sendromlarında neden olmadıkları kanıtlanmış, ancak klinik tablonun ortaya çıkmasında tetikleyici rol oynayabilecekleri sonucuna varılmıştır. Santral sensitizasyon terimi, geniş bir spektrumu kapsayan çok değişik faktörlerle stimülasyon sonucu santral sinir sisteminde genel bir aşırı reaktivite

durumunu ifade etmektedir. FMS hastalarında talamus ve nükleus kaudatusta tek foton emisyon tomografi (SPECT) ile gösterilen azalmış bölgesel kan akımı serebral yapıların artmış ağrı algılanmasındaki rolünü göstermektedir. Sonuç olarak periferde travma ya da herhangi bir başka inflamasyona bağlı ağrının uyarılmasından sonra duyarlı kişilerde periferdeki ağrılı uyaran devam etmemesine rağmen santral sinir sisteminde plastisite devam edebilmektedir. Serebrospinal sıvıda P maddesinin sağlıklı kontrollere göre 3 kat fazla olması yine FMS'li hastalarda ağrı algılama mekanizmalarında değişiklik olduğunun göstergesidir. Fibromiyalji ve somatizasyon bozukluğu olan hasta grubunda kontrol grubuna göre posterior singulat kortekste glutamat + glutamin seviyesinde anlamlı yükselme bulmuşlar ve yazarlar bu hasta gruplarında glutamaterjik aktivitenin azaltılmasının iyileşmede rol aldığını düşünmüşlerdir (157). Somatoform ağrıyla ilişkili ya da ilişkisiz kronik ağrıyla seyreden durumlarda sol putamende D2 reseptörüne bağlanmanın arttığı ve fibromiyaljide belirlendiği gibi gri maddede azalma olduğu gösterilmiştir (165). Fibromiyalji, somatoform ağrı bozukluğu, işitsel varsanı ve/veya edilgenlik yaşantıları olan şizofreni hastaları ile sağlıklı kontrol grupları 10'ar kişiden oluşturulmuş olup bir aparatla her hastada kendi kontrolü ve dış kaynaklı dokunma stimülasyonu ile dokunma algısı ölçülmüş. Sağlıklı kontrol grubu ile santral ağrı bozuklukları olan fibromiyalji ve somatoform ağrı bozukluğunda kendi kendine uyarımda daha şiddetli algılama olduğu bulunmuştur (158). Bu çalışmalarda somatoform bozukluk ve fibromiyalji hastalarında kontrol gruplarından farklı olarak hem merkezi sistemde etyolojik nedenler hem de ağrı algısının benzer olduğuna vurgu yapılmıştır(7) . Sonuç olarak bu günkü bilgilerimize göre, FMS genetik yatkınlığı olan kişilerde multifaktoriyel olarak santral sensitizasyonun tetiklenmesi ile ortaya çıkan klinik tablodur. Patofizyolojik mekanizmalarla ilgili çalışmalar devam etmektedir.

2.3.12. Klinik Özellikleri

Hastalığın en önemli bulgusu kronik yaygın kas iskelet sistemi ağrısıdır. Ağrı, vücudun hem solunda hem sağında, hem alt hem üst vücut yarısında ve aksiyal iskelettedir. Kronik olması ise 3 aydan daha uzun süredir devam etmesini ifade etmektedir. Ağrının hissedildiği bölgeler; boyun, bel, alt ekstremitte, sırt, dirsek, göğsün ön tarafı, çenedir. Ağrı geniş bir alandadır ve hasta sınırlarını net olarak

çizemez (166). Ayrıca tanıda ACR 1990 FMS sınıflandırma kriterleri içinde yer alan parmak ile palpasyon ile tespit edilen hassas noktalar kullanılmaktadır.

Noktalar iki taraflı toplam 18 adettir. Duyarlı noktanın pozitif kabul edilebilmesi için, hasta palpasyonun ağırlı olduğunu vurgulamalıdır (131).

Fibromiyalji hastalarında tutukluk yaygındır ve sabahları daha belirgin olup tüm gün sürebilmektedir. Tutukluk tüm vücutta hissedilir ve fonksiyonel kayıp oluşturmaz. Görülme sıklığı %75-85 arasında değişmektedir (20, 167).

Yumuşak dokularda şişlik hissi FMS'li hastaların %50'sinde görülmektedir ve bu his genellikle ekstremitelerde eklem ya da eklem dışı yerleşimli olabilir fakat objektif bir şişliğe rastlanılmaz (20, 167). Yorgunluk ve halsizlik FMS'li hastaların yaklaşık olarak %75- 90'ında orta ve ciddi düzeyde görülebilir ve sabah yataktan kalkarken ve günün ileri saatlerinde en fazla olup genellikle gün boyu sürer (132, 167).

Psikolojik bulgular FMS'li hastalarının yaklaşık olarak %30- 60'ında vardır. Bunlar anksiyete, stres ve depresyonu içerir (168). Migren ve migren dışı baş ağrıları FMS'li hastalarda %28-58 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (169). Dismenore hastaların %50'sinde, gastrointestinal problemler %60'ında ve Raynaud fenomeni de % 30'unda bildirilmiştir (168). Ağız ve göz kuruluğu, sikka semptomlarına benzer kuruluk bulguları görülebilir. Ağız kurummasının nedeni bilinmemektedir ve herhangi bir ilaç kullanımına bağlı olmaksızın gelişen bir durumdur. Bu semptomların anormal duyu algısı ile ilgili olduğu düşünülmektedir (168, 170).

Tablo 3: ACR (American College of Rheumatology) 1990 Fibromiyalji Sınıflandırma Kriterleri (132)

-
1. Yaygın ağrı hikâyesi: Ağrının yaygın kabul edilebilmesi için; vücudun sağ ve sol yarısında, belin alt ve üst tarafında ağrının olması ve ek olarak aksiyel iskelet (servikal omurga veya göğüs kafesi veya torasik omurga veya bel) ağrısının olması
 2. 18 hassas noktanın en az 11'inde palpasyon ile ağrının olması
-

Tanıda yukarıdaki iki kriteri taşıyan olgu FMS olarak kabul edilir. Yaygın ağrı en az 3 ay süreli olmalıdır. İkinci bir klinik hastalığın varlığı, FMS tanısını dışlamaz.

Tablo 4: ACR (American College of Rheumatology) 2010 Fibromiyalji Tanı Kriterleri (7, 133)

1. Ağrı şikayeti başvurunuzdan en az üç ay önce mi başladı?
2. Ağrınızı açıklar başka /ek bir rahatsızlığınız var mı?
3. $WPI \geq 7$ ve SS skala skoru ≥ 5 veya $WPI=3-6$ ve SS skala skoru ≥ 9

A. WPI (“Wide Pain Index”)

Son bir haftada 19 bölgede olan ağrı (bölge skorlaması: 0-19)

Sağ omuz kuşağı - Sol omuz kuşağı

Sağ kol - Sol kol

Sağ önkol - Sol önkol

Sağ kalça (kaba et, torakanter) - Sol kalça (kaba et, torakanter)

Sağ uyluk - Sol uyluk

Sağ alt bacak - Sol alt bacak

Sağ çene - Sol çene - Göğüs - Karın

Sırt - Bel - Boyun

B. Semptom skala skoru (SS)

Bitkinlik

Dinlenmiş uyanmama

Kognitif belirtiler’den her biri için

Son bir haftada

0= şikayet yok

1= hafif şikayet (genellikle hafif ve tekrarlayan)

2 = orta şikayet (var olan ve/veya orta seviyede)

3= ciddi, devamlı, her tarafına yayılan, hayatına müdahale eden şikayet

Toplam puan:0-9

Somatik belirtiler

Kas ağrısı, kas güçsüzlüğü, bitkinlik/yorgunluk, düşünme veya hatırlama problemi, sersemlik, uyuşukluk, sinirlilik, uykusuzluk, depresyon, baş ağrısı, kabızlık, üst karında ağrı, bulantı, irritabl barsak sendromu, karında ağrı veya kramp, kusma, göğüs ağrısı, bulanık görme, kuru göz, ateş, ishal, ağız kuruluğu, kaşıntı, ürtiker, rash, güneşe duyarlılık, wheezing, solunumun kısılması, Raynaud fenomeni, kulakta çınlama, oral ülser, tat duyusunda kayıp veya değişiklik, işitme zorlukları, saç dökülmesi, sık idrara çıkma, ağrılı idrar yapma, mesane spazmları

Somatik belirtiler: 0-3 arasında puanlanma,

SS skala skoru= 0- 12

Noktalar iki taraflı toplam 18 adettir. Duyarlı noktanın pozitif kabul edilebilmesi için, hasta palpasyonun ağrılı olduğunu vurgulamalıdır. Huzursuz bacak sendromu FMS’lilerin %30’unda görülür. Semptomlar daha çok uyku öncesinde ortaya çıkar. Baldırda bazen kalça, uyluk ve ayakları da içerecek şekilde tüm alt ekstremitede ağrı ve halsizlik ile seyreden bir tablodur (168).

Altunören ve ark. 51 fibromiyalji tanıli hasta ve 51 kontrol ile yaptıkları çalışmada hasta grubunun %76,5 oranında DSM-IV-TR kriterlerine göre psikiyatrik bir tanı aldıklarını belirtmişlerdir. Üçte birinin majör depresyon olmak üzere sıklık

oranına göre distimik bozukluk, anksiyete bozukluğu, somatizasyon ve obsesif kompulsif bozukluk şeklinde sıralanmaktadır. Aynı çalışmada fibromiyaljili grupta yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük sebat etme puanlarının olduğu bulunmuştur (171).

Atagün ve ark. fibromiyaljili hastalarda hastalık etki şiddeti belirleyicisinin aleksitimi (özellikle de duyguları tanımada güçlük faktörü) olduğunu belirtmişler, depresyon ve anksiyetenin fibromiyalji için daha fazla yük getirici psikiyatrik sorunlar olduğuna vurgu yapmışlardır (172). Çok merkezli bu çalışmada ise Hauser ve ark. yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş olan 395 fibromiyalji ve 395 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), fibromiyalji grubunda %45,3 (n=179) ve kontrol grubunda %3,0 (n=12) oranında, olası depresif bozukluk sırayla %65,6 (n=259) ve %4,8 (n=19) oranında bulunmuştur (173).

2.3.13.Laboratuvar Bulguları

Tam kan sayımı, kas enzimleri de dahil olmak üzere kan biyokimyası, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, romatoid faktör gibi serolojik testler ve tiroid fonksiyon testleri FMS'lu hastalarda normal sınırlardadır. ANA pozitifliği %10 olup sağlıklı populasyondan farklı değildir. FMS'de rutin laboratuvar testleri, serolojik testler, röntgen, bilgisayarlı tomografi, MRG, sintigrafik yöntemler ve elektromiyografi (EMG) incelemeleri normaldir (171). Uyku elektroensefalogram (EEG) testi rutin olarak yapılmamakla birlikte periyodik bacak hareket bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu olan hastalarda kullanılabilir. FMS'lu hastalarda derin uykuda (uykunun 3. ve 4. dönemleri; *non-rapid eye movement* (NREM) uyku) EEG anormallikleri saptanmıştır.

2.3.14. Görüntüleme Yöntemleri

Fibromiyaljili hastalarda SPECT'in ilk kullanıldığı çalışmayı Mountz ve ark. yapmışlardır ve bu hastalarda sağlıklı kontroller ile yaptıkları karşılaştırmada talamus ve kaudatte serobrospinal sıvıda azalma tespit etmişlerdir (174). Guedj ve ark. FMS hastalarında somatosensoriyal kortekste hiperperfüzyon, ön ve arka korteks, amigdala, medial frontal, parahipokampal yarık ve serebellumda hipoperfüzyon görüntülediklerini rapor etmişlerdir (175). Bir çalışmada amitriptilin ile tedavi edilen 14 hastada tedavi sonrası SPECT görüntülerde talamus ve bazal gangliyalarda

serobrospinal sıvıda artış gösterilmiştir (176). Ağrılı uyaranlara karşı kan oksijen düzeylerinde FMS hastalarında kontrol gruplarına göre daha fazla artış olduğunu, ayrıca primer ve sekonder somatosensörial kortekste, insulada ve ön singulada da fMRG’de daha fazla aktivite artışı olduğunu bildirmişlerdir.

2.3.15. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda, miyofasyal ağrı sendromu (MAS), kronik yorgunluk sendromu, psikojenik ağrı, depresyon, romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus, polimiyaljiya romatika, miyozitis gibi romatizmal hastalıklar, hipotiroidi ve nöropatiler düşünülmelidir. Romatizmal hastalıklar, hipotiroidi ve nöropatilerin ayırıcı tanısında klinik ve laboratuvar incelemeleri oldukça faydalıdır (177, 178).

Miyofasyal Ağrı Sendromu: FMS ile en çok karışan tablo MAS’dır. Kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülen bu sendromda ağrı ve tutukluk yaygın değil, bölgeseldir. Aynı zamanda palpasyonla yansıyan ağrı yaratan odaklar (tetik nokta) vardır. Etkilenmiş kaslar palpasyonla şerit halinde ele gelir. FMS’de ise hassas noktalar kas dışı bölgelerdedir ve yansıyan ağrı olması gerekmez. MAS’da uyku bozukluğu genellikle yoktur (179).

Kronik yorgunluk sendromu: FMS, kronik yorgunluk sendromu (KYS) ile çok karışabilir. KYS altta yatan nedeni belli olmayan, popülasyonda orta sıklıkta görülen bir hastalıktır. KYS, günlük yaşam aktivitelerini engelleyen süregelen ve ağır yorgunluk olarak tanımlanır. Bunun yanı sıra kas veya eklem ağrısı, hafıza veya konsantrasyon bozukluğu, yeni baş ağrıları ve dinlendirmeyen uyku gibi semptomları da kapsar (180). KYS’de kadınlarda daha sıktır, ancak ortalama görülme yaşı FMS’ye göre daha erkendir. Hastaların büyük kısmında ACR kriterlerine göre FMS’de tanımlanan 18 HN’nin çoğunda duyarlılık gözlenir ancak duyarlı noktaların sayısı FMS’den daha azdır. FMS kriterlerinden farklı olarak, KYS’de önde gelen semptom ağır yorgunluk ve halsizliktir, ayrıca KYS’nin sınıflandırma kriterlerinde bilinen belirgin kronik yorgunluğa neden olan hipotiroidizm, malignite, uyku apnesi, hepatit, madde bağımlılığı ve psikotik psikiyatrik hastalıklar gibi durumlar dışlanmalıdır (181).

Psikojenik ağrı: FMS ağrıları psikojenik ağrıyla da karışabilir, ancak psikojenik ağrıda semptomlar değişkendir, ağrı sinir ve kas sistemlerinin anatomisi ile uyumlu değildir ve belirgin hassas nokta yoktur. Hastalar her türlü dokunmaya ani

ve abartılı geri çekmelerle cevap verirler ve belirtileri analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlardan etkilenmez. Ayrıca psikojenik kökenli ağrısı olan hastalarda beraberinde psikolojik etkenler bulunur. FMS’de ise ağrı lokalizasyonları bellidir. Hafif palpasyona dayanıklıdır. Belirtiler iklim şartlarına göre değişim gösterir (178).

Depresyon: FMS’de depresyon, diğer kronik ağrı durumlarında olduğu gibi oldukça fazla görülmektedir. Her ikisinde de uyku bozukluğu, yorgunluk ve normal aktivite düzeyinde azalma mevcuttur. Ayırıcı tanıda diğer depresyon belirtileri aranmalıdır (178).

Diğer klinik durumlar: FMS enfeksiyon, diskopati, kas hastalıkları, çeşitli konnektif doku hastalıkları ve bir çok durumla karışabilir. Radyolojik ve laboratuvar incelemeler ile ayırıcı tanı yapılır (182, 183).

2.3.16.Tedavi

Fibromyaljili hastalar genellikle tanı konmadan önce uzun süren invaziv tetkiklerden geçmiş, farklı doktorlar tarafından değerlendirilip, anlaşılmadığı duygusuna kapılmış olabilirler. ‘Hastalık hastası’ olarak değerlendirilecekleri ve rahatsızlıklarının önemsenmeyeceği ile ilgili endişe hissedebilirler. Bu nedenle hekimin fibromyaljili hastalarla iyi bir iletişim içinde olması önemlidir.

Romatoloji ve FTR polikliniklerinde sık rastlanan fibromyalji sendromunun tedavisinde ilaç tedavisi ve/veya ilaç dışı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. İlaç dışı tedavi yöntemleri arasında egzersiz ve fiziksel uyumun artırılması, EMG biofeedback, lokal fizik tedaviler (buz, sıcak, ultrason, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu ve lazer), akupunktur, lokal enjeksiyonlar, masaj gibi tedavilerden faydalanılmaktadır (178, 184). Ayrıca hipnoz, kognitif davranış terapisi ve gevşeme tekniklerinin yararlı olduğu bildirilmektedir.

İlaç tedavisi olarak antidepresanlar, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, S-Adenozil Metiyonin, 5-Hidroksi Triptofan denenmiştir. Analjezik ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların etkilerinin çok az olduğu bulunmuştur. En etkin bulunanlar ise amitriptilin ve siklobenzaprin gibi antidepresan ilaçlardır. Bu ilaçlar, fibromyalji sendromunun etiyolojisinde uyku bozukluklarının yeri anlaşıldıktan sonra kullanım alanı bulmuşlardır. Serotonerjik ve antikolinerjik etkinliği olan amitriptilinin düşük dozlarda hipnotik etkisi olduğu, REM supresyonuna ve non-REM uykusunun 3. ve 4. safhalarının uzamasına yol açtığı bilinmektedir. Bu ilacın FMS’de 25-50 mg gibi

düşük dozlarda kullanıldığında, plasebo ve nonsteroid antiinflatuar ilaçlardan daha iyi etki sağladığı gösterilmiştir (185). Ayrıca fluoksetin ve sertralin gibi SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) grubu antidepresanların maprotilin, imipramin gibi serotonerjik etkisi az olan antidepresanların da etkili olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Ek olarak, klorpromazin, meprobamat, diazepam, metakarbamol, alprazolam, moklobemid ve klormezazon gibi ilaçlar da FMS’da etkili bulunmuştur (178, 185).

FMS tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar santral sinir sistemi üzerine etkili ilaçlardır. Bu ilaçlar antidepresan, kas gevşetici ya da antikonvülzan etketi taşımakla birlikte beyin ve spinal korda ağrı duyusu ve toleransını module eden çeşitli nörokimyasallar üzerinden analjezik etki gösterirler (186).

Çok sayıda araştırmanın sonuçlarına göre trisisiklik antidepresanlar ile hastaların %25-45’inde klinik olarak anlamlı iyileşmeler meydana gelmektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri grubundan fluoksetin 20-80 mg/gün dozunda FMS tedavisinde kullanılmaktadır. Dual geri alım inhibitörlerinden (serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri, SNRI) venlafaksin, milnacipran ve duloksetin randomize kontrollü çalışmalarla FMS tedavisinde etkili bulunmuştur. Duloksetin ve milnacipran, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından FMS tedavisinde kullanımına onay verilen ikinci ve üçüncü ilaçlardır Nöropatik ağrı tedavisinde kullanılan ikinci jenerasyon bir antikonvülzan ilaç olan pregabalin voltaj duyarlı kalsiyum kanallarının alfa 2 gama alt ünitesine bağlanarak depolarizasyon sırasında Ca²⁺ girişini azaltan ve glutamat, noradrenalin ve P maddesi salınımını engelleyen bir moleküldür. Pregabalin 2007 yılında FMS tedavisinde FDA onayı alan ilk ilaçtır. Nokturnal miyoklonus ve periyodik bacak hareketi bozukluğu olan FMS’lu hastalarda akşam 0,5 mg klonazepam kullanımı ile iyi yanıtlar alınmaktadır. Steroid olmayan antiinflatuar ilaçların FMS tedavisinde yeri yoktur. Son yıllarda santral analjezik etkili tramadol 200-300 mg/gün dozunda FMS tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve oldukça başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Tramadol mü opioid reseptörlere bağlanarak analjezik etki gösterir (186).

Aerobik egzersizler beta endorfin benzeri maddelerin, prolaktin ve büyüme hormonunun salınımını arttırarak ağrı algılanmasında azalma sağlar. Ayrıca

egzersizin hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) aks disfonksiyonunun düzelterek ağrı, halsizlik ve uyku sorunlarında iyileşme sağladığı bildirilmektedir

FMS tedavisinde kullanılan fizik tedavi modaliteleri yüzeysel sıcak, ultrason, elektrotterapi, hidroterapi ve EMG '*biofeedback*'tir. 40 hasta üzerinde yapılan kontrolsüz bir çalışmada TENS'in etkili olduğu bildirilmektedir. EMG biofeedback ile yapılan iki çalışmada 12 ve 18 FMS'lu hastada ağrının azaldığı rapor edilmektedir. Çift kör plasebo kontrollü, düşük yoğunluklu infrared diod lazer uygulanan 68 hastada HN sayısının azaldığı saptanmıştır.

Etkinlikleri konusunda güçlü kanıt bulunan ilaç dışı tedaviler aerobik egzersiz, kognitif-davranış terapileri ve hasta eğitim programlarını da içeren multidisipliner yaklaşımlardır. Kognitif davranış terapileri gevşeme teknikleri, sağlıklı davranış paternlerinin pekiştirilip ağrı davranışının azaltıldığı, ağrı ile başa çıkma becerilerinin geliştirildiği bir yaklaşımdır (186).

2.3.17. Prognoz

Semptomlar genellikle yaşam boyu iniş çıkışlarla seyreder. Bazı hastalarda semptomlar yaşamı çok etkilemezken diğer bir grup hastada süreğen ve şiddetli semptomlar nedeniyle yaşam kalitesi ileri derece bozulabilir. Yapılan çalışmalarda FMS'lilerin %33'ü hastalıkları nedeni ile işlerini değiştirdiği ve %22'sinin ise hastalık nedeni ile emekli olduğu saptanmıştır (187).

FMS'lu hastalarda özürlülük oranları romatoid artrit bel ağrısı gibi diğer kronik hastalıklarla benzer bulunmuştur ve psikolojik faktörlerle kolerasyon göstermektedir. Kennedy ve Felson'un çalışmasında hastaların %66'sı tanı aldıktan 10 yıl sonra semptomlarında belirgin azalma olduğunu söylemiştir.

2.4. Disosiyasyon

Disosiyasyon, hipnozda olduğu gibi gerçek duyuşal uyarın olmadığı halde tam ve ayrıntılı duyuşal deneyimler yaşamaya imkan veren zihin işlevidir. Rüyalar ve flashbackler gibi disosiyatif yaşantılar sırasında yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, merkezi sinir sisteminin böyle iç deneyimlerle aktifleşen bölgelerinin gerçek dış uyarınlarla aktifleşen bölgelerle aynı olduğunu göstermektedir (188, 189). Somatizasyonlu hastalar, diğer psikiyatrik durumlardaki hastalara göre daha fazla disosiyatif belirtiler bildirmektedirler. Bu belirtiler arasında flashbackler, beden dışı

deneyimleri(kişinin kendi bedenini ikinci bir kişi gibi dışardan gözlemesi), depersonalizasyon sayılabilir. Bu yüzden bazı bedenselleşmiş belirtiler disosiyasyonun (ağrı ve diğer duyuşsal algıların bedensel temsillerinin gerçek bir fiziksel uyarana olmadığı halde merkezi sinir sisteminde oluşması) sonucu da olabilir gibi görünmektedir. Bu fenomen''fantom ağrı''lara benzemektedir: Ağrı bildirilen yerde gözlenebilen doku hasarı olmadığı halde, merkezi sinir sistemi doku hasarı varmış gibi davranmaktadır (190).

2.4.1.Disosiyatif Bozukluklar

Disosiyasyon, kendisi patolojik olmayan, belirli koşullar altında herkeste ortaya çıkabilecek, gündelik yaşamda da yeri olan, uyumsal yönleri olan bir mekanizmadır (191). Ancak kişide psikososyal işlev bozulmasına sebep olduğunda tanı koyulabilir. DSM-IV-TR'de genellikle entegre olan bilinç, bellek veya çevrenin algılanması gibi işlevlerde ayrılma şeklinde tanımlanır. DSM-IV-TR'de dört özgün disosiyatif bozukluk tanımlanır: Disosiyatif amnezi, disosiyatif füğ, disosiyatif kimlik bozukluğu ve depersonalizasyon bozukluğunun yanında başka türlü adlandırılmayan (BTA) disosiyatif bozukluk da yer alır (192).

2.4.1.1 Disosiyatif amnezi

Fenomen amnezi ile sınırlıdır.Hasta genellikle genellekle stresli veya travmatik olan önemli bir kişisel anıyı hatırlayamaz, ancak yeni materyali öğrenmek için kapasite korunmuştur. Amnezi tıbbi bir durumla açıklanamaz veya sebebi bir ilaç değildir.

DSM-IV-TR disosiyatif amnezi tanı kriterleri, unutulmuş bilginin travmatik veya stresli bir doğası olmasına vurgu yapar.Unutulmuş bellek genellikle bilinçli farkındalığın rutin bir parçası olan günlük bilgilerle ilişkilidir(örneğin bireyin kim olduğu). Hastalar yeni bilgileri öğrenme ve hatırlama kapasitesine sahiptir ve genel bilişsel işlevsellik ve lisan kapasitesi genellikle sağlamdır. Disosiyatif amnezi başlangıcı genellikle anidir ve öykü acı veren duygular ve psikolojik çatışmayla yüklü bir tetikleyici travmayı gösterir. Hastalar belleklerini kaybettiklerinin farkındadır ve bazıları kayıpla ilgili öfkeli de olsa da diğerleri ilgisiz veya umursamaz olabilir. Hastalar amneziden önce ve sonra genellikle uyanıktır; ancak bazıları amnezi başlangıcını çevreleyen dönemde bilinçte hafif bir bulanma bildirirler. Depresyon ve anksiyete sıkça

yatkınlık yaratan faktörlerdir. Amnezi birincil veya ikincil kazanç sağlayabilir(örneğin ölen bir bebeğin doğumuyla ilgili amnestik bir kadın). Disosiyatif amnezi birkaç formdan birini alabilir: Lokalize amnezi(kısa bir süre içindeki olaylara karşı bellek kaybı); jeneralize amnezi (tüm yaşam boyu deneyimlerle ilgili belleğin kaybı); ve seçici veya sistematik amnezi (kısa bir süre içindeki olayların hepsini değil bir kısmını hatırlayamama). Amnezi genel tıbbi bir durumun veya bir madde kullanılmasının sonucu değildir (192).

2.4.1.2.Epidemiyoloji

En sık disosiyatif bozukluktur. Kadınlarda erkeklerden daha siktir. Ergenlerde ve genç erişkinlerde yaşlılardan daha sık oluşur. Savaş ve doğal afet dönemlerinde sıklığı artar.

2.4.1.3.Etiyoloji

Presipite eden duygusal travmadır. Tıbbi sebepler dışlanmalıdır.

2.4.1.4. Psikodinamik

Travmatik olayın anısı, olay boyunca bastırılır ve bu durum insanın olay boyunca bu bilgiyi hatırlamasını engelleyebilir. Savunmalar arasında represyon (rahatsız edici uyarılar bilinçten uzak tutulur), inkar (bilinçli süreç tarafından dışsal gerçekliğin bir yönünün yok sayılmasıdır) ve disosiyasyon yer alır. Bellek kaybı acılı psikolojik çatışmaya ikincildir. Psikanalitik açıdan seçici unutmalar (yani bilinç dışına bastırma) vardır.

2.4.1.5. Ayırıcı tanı

Demans veya deliryum, epilepsi, geçici global amnezi

2.4.1.6. Gidiş ve sonlanış

Disosiyatif amnezi belirtileri aniden sonlanır. Düzelme tamdır ve birkaç yineleme görülür.Bazı hastalarda, özellikle de ikincil kazancı olanlarda bu durum uzun sürebilir.Hastaların unutulmuş bellekleri mümkün olduğunca kısa sürede hatırlatılmazsa bastırılan bellek bilinçdışı bir çekirdek oluşturabilir ve daha sonra buradan amnestik dönemler gelişebilir.Düzelme genellikle spontandır ancak tedavi ile hızlanır.

2.4.1.7. Tedavi

Psikoterapi; hastaların belleklerini bilinçli halle bütünleştirmelerine yardım eder. Hastanın unutulmuş bilgiyi yeterince hatırlayabilmesi için gevşetmek amacıyla hipnoz kullanılabilir.

İlaç tedavisi; İntravenöz kullanılan Tiopental ve sodyum amobarbital gibi kısa etkili barbituratlarla ve benzodiyazepinlerle ilaç yardımıyla görüşmeler hastaların unutulmuş belleği hatırlamasına yardım etmek için kullanılabilir.

2.4.2. Disosiyatif Füg

Evinin veya işinin bulunduğu yerden ani, dürtüsel olarak ayrılarak başka yere seyahat etme ve daha önceki kimliğe ait önemli şeyleri (isim, aile, meslek) hatırlayamama olup genellikle yeni bir kimlik edinilir. Bellek kaybı anidir ve genellikle uzun zaman süren, amaca yönelik kafa karışıklığının olmadığı geziler bunlara eşlik eder. Hastalar geçmişe ait belleği kısmen veya tamamıyla kaybederler ve genellikle bellek kaybının farkında değildirler. Normal görünen, acayip olmayan yeni bir kimlik edinirler. Ancak şaşkınlık ve yönelim bozukluğu oluşabilir. Aniden önceki kimliklerine döndüklerinde füg öncesindeki tarihi hatırlarlar ancak füg perioduna karşı amnestiktirler. Nadirdir, genel popülasyonda yaygınlık oranı % 0,2. En sık savaş zamanlarında, doğal afet sırasında ve yoğun içsel çatışma olan kişisel krizlerin sonucu olarak oluşur. Cinsiyet oranı ve başlangıç yaşı değişkendir, Etiyolojide tetikleyen duygusal travma vardır. Psikososyal faktörler arasında evlilikle ilgili, finansal, mesleki ve savaş dönemi stresörleri yer alır. Yatkinlik yaratan faktörler arasında sınır, histriyonik, şizoid kişilik bozuklukları; alkol kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları, organik bozukluklar (özellikle epilepsi) ve kafa travması öyküsü yer alır. Tıbbi sebepler dışlanmalıdır (192).

Ayırıcı tanıda; bilişsel bozukluk, temporal lob epilepsisi, disosiyatif amnezi, temaruz, disosiyatif kimlik bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni düşünülmelidir.

Fügler kısa olma eğilimindedir, saatler, günler sürebilir. Çoğu birey düzelir ancak nadir vakalarda amnezi sebat edebilir. Düzeltme spontan ve hızlıdır. Rekürrens olabilir.

Tedavide psikiyatrik görüşmeler, ilaç yardımlı görüşmeler ve hipnoz hasta ve hekimin füğ atağını tetikleyen psikolojik stresörleri ortaya çıkarmasına yardım eder. Psikoterapi hastaların presipite edici stresörleri sağlıklı ve bütünleştirilmiş bir şekilde psişik yapılarına eklemelerini sağlar (192).

2.4.3. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (Çoğul Kişilik Bozukluğu)

Genellikle çocuklukta fiziksel veya cinsel istismar gibi travmatik bir olayı içerir. Hastalarda iki veya daha fazla birbirinden ayrı kişilik veya kimlik vardır; bunlardan her biri kişinin tutumları, davranışı ve kendine bakışına sanki diğerleri yokmuş gibi baskın olabilir.

Tanı için birbirinden ayrı iki farklı kişilik halinin olması gerekir. Orijinal kişilik genellikle diğer kişiliklere karşı amnestiktir ve bunların farkında değildir. Ortalama kişilik sayısı 5-10 arasında değişirse de DSM-IV-TR'de erkekler için ortalama 8, kadınlar içinse 15 kişilik olduğu belirtilmiştir. Tanı sırasında iki veya üç kimlik belirgindir ve diğerleri tedavinin seyri sırasında fark edilir.

Bir kişilikten diğerine geçiş ani olma eğilimindedir. Bir kişilik halinde iken hastalar diğer hallere ve bu kişilik baskınken yaşanan olaylara amnestiktirler. Bazı kişilikler diğerlerinin varlığının farkında olabilir; her bir kişiliğin kendi bellek ve ilişkiler seti olabilir ve her birinin kendine ait ismi veya tanımı vardır. Farklı kişiliklerin farklı fizyolojik özellikleri olabilir (örneğin farklı gözlük reçeteleri) ve psikometrik testlere farklı yanıtlar verebilirler (örneğin farklı IQ skorları). Kişiliklerin cinsiyet, yaş veya ırkları farklı olabilir. Bir veya birden fazla kişilikte eşlik eden psikiyatrik bir bozukluğun (duygudurum bozukluğu, kişilik bozukluğu) bulguları olabilir (192).

Hastalık psikiyatrik hastaların %5'inde görülür. Kadınlarda erkeklerden daha sıktır. En sık geç ergenlik ve genç erişkinlikte görülür ancak belirtiler tanı öncesinde 5-10 yıldır bulunuyor olabilir. Bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında daha sıktır. Hastaların üçte ikine varan kısmı intihar girişiminde bulunur.

Etiyolojide; çocuklukta şiddetli cinsel ve psikolojik kötüye kullanım, etrafındaki önemli kişilerden yeterince destek olmaması vardır. Beraberinde epilepsi bulunabilir. Tıbbi sebepleri dışlamak gerekir.

Psikodinamiğinde; şiddetli psikolojik ve fiziksel kötüye kullanım benliği korku ve acıdan uzak tutmaya yönelik derin bir ihtiyaca yol açar. Her bir kişilik orijinal kişiliğin ifade etmeye çekindiği bazı gerekli duygu veya halleri (öfke, cinsellik, rekabet, gösterişlilik) ifade eder. Kötüye kullanım sırasında çocuk korkutucu eylemlerden disosiye olarak kendini travmadan korumaya çalışır, böylece istismar yaşamayan ve istismar nesnesi olmayacak kişi veya kişilere dönüşür. Disosiye olmuş benlikler uzun dönemde algılanan duygusal tehditlere karşı kendini korumanın bir yolu olurlar. Ayırıcı tanıda; şizofreni, temaruz, sınır kişilik bozukluğu, hızlı döngülü bipolar bozukluk, nörolojik bozukluklar vardır (192).

Disosiyatif kimlik bozukluğunun başlangıcı ne kadar erkense sonlanış o kadar kötüdür; en kroniği ve ağır olanıdır. Yeti kaybı düzeyi farklı kişiliklerin sayısı, tipi ve kronikliğine bağlı olarak orta-şiddetli arasında değişir. Düzelve genellikle tam değildir. Her bir kişiliğin kendine özgü ayrı ruhsal bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve kişilik bozuklukları olabilir ve disosiyatif bozukluk en sıktır.

Tedavide; psikoterapi; genellikle hipnoterapi veya ilaç yardımcı görüşme ile birlikte yapılan içgörü yönelimli psikoterapi en etkili yaklaşımdır. Hipnoterapi ilave öykü almak, daha önce fark edilmemiş kimlikleri tesbit etmek ve abreaksiyonu (boşalma, rahatlama, duyarsızlaşma) teşvik etmek için faydalıdır. Psikoterapotik tedavi tanının doğrulanması ve farklı kişiliklerin belirlenip özelliklerinin anlaşılmasıyla başlar. Terapinin amaçları arasında hastanın disosiyasyon için orijinal sebeplerin artık olmadığını anlamasını sağlayarak birbirinden ayrı, bölünmüş afektleri(aşırı öfke, korku ve istismara ikincil konfüzyon) bütünleştirmek ve tüm afektlerin, kendiliğin barçalanmasına gerek kalmadan tek ve bütün bir kişilik tarafından ifade edilmesini sağlamaktır. Hastaneye yatırma bazı vakalarda gerekebilir (192). İlaç tedavisi; ilaç yardımcı görüşme ilave öykü almak ve fark edilmemiş kimlikleri belirlemek için yararlıdır. Antidepresan antianksiyete ilaçlar psikoterapi yanında kullanılabilirler. Seçilmiş hastalarda karbamazepin gibi antikonvulzan ilaçlar faydalı olmuştur (192).

2.4.4. Depersonalizasyon Bozukluğu

Kişinin kendinden veya bedeninden ayrılmasına dair sürekli ve tekrarlayıcı hisler (mekanik veya rüyadaymış gibi hissetmek) vardır. Dönemler egodistoniktir ve hasta belirtilerin gerçek olmadığını farkındadır. Depersonalizasyon bozukluğu için DSM-IV-TR kriterleri arasında hastaya önemli ölçüde sıkıntı yaratan ya da sosyal mesleki ya da kişiler arası ilişkilerinde bozulmaya sebep olan sürekli veya tekrarlayıcı depersonalizasyon dönemleri olması yer alır. Gerçeklik testi korunmuştur. Hastanın içsel mental süreçleri ve dış olaylar değişmez ancak bunların hastayla bir ilişkisi ya da hasta için bir anlamı yokmuş gibi görünür. Bu bozukluk için temel bir özellik gerçekdışılık hissi ve yabancılaşmadır. Zaman ve mekan hissinde çarpıtmalar, ekstremitelerin çok büyük veya çok küçük olduğu hissi ve derealizasyon(dış dünyayla ilgili yabancılık hissi) siktir. Nadiren olan izole depersonalizasyon dönemleri siktir ve toplumun %70'inde oluşur. Patolojik depersonalizasyon nadirdir. Erkeklerde kadınlardan daha siktir. Ortalama yaş 16'dır. 40 yaş üzerindeki kişilerde nadiren bulunur (192).

Etiyolojide; tetikleyici faktörler arasında anksiyete, depresyon ve şiddetli stres yer alır. Psikolojik nörolojik veya sistemik hastalık sebep olabilir. Alkol, barbitüratlar, benzodiazepinler, skopolamin, beta adrenerjik antagonistler, marihuana ve hemen tüm fensiklidin (PCP) benzeri veya halusinojenik maddeler ile ilişkilidir. Anksiyete bozuklukları depresif bozukluklar ve şizofreni ile sıkça ilişkilidir.

Ayrırcı tanıda; bir belirti olarak depersonalizasyon hem psikiyatrik hem de tıbbi bir çok sendromda olabilir. Duygudurum bozuklukları anksiyete bozuklukları, şizofreni, disosiyatif kimlik bozukluğu, madde kullanımı, ilaçların istenmeyen etkileri, beyin tümörleri ya da hasarı ve nöbet bozuklukları (örneğin temporal lob epilepsisi) dışlanmalıdır. Depersonalizasyon bozukluğu depersonalizasyonun baskın olduğu durumu tarif eder. Depersonalizasyonun psikotik bozukluklardan farkı gerçeklik testinin korunmuş olmasıdır.

Belirtiler en sık 15-30 yaşlar arasında ani başlar. Vakaların %50'sinden fazlasında bozukluk uzun sürebilir.

Tedavide genellikle anksiyolitikler ve hem içgörü yönelimli hem de destekleyici terapiye yanıt verirler. Anksiyete azaldıkça depersonalizasyon azalır.

2.4.5. BTA Disosiyatif Bozukluk

Baskın özelliğın bir disosiyatif belirti olduğu (normalde entegratif kimlik, bellek veya bilinç işlevleri) ve özgün bir disosiyatif bozukluk kriterlerini karşılamayan bozukluklar.

Örnekler:

Ganser sendromu-Sorulara yaklaşık cevaplar vermek(örn: 2+2 = 5) veya konunun dışında konuşmak şeklindedir; sıklıkla diğer belirtiler eşlik eder (örn:amnezi, yönelim bozukluğu, algı bozuklukları, füğ, konversiyon belirtileri).

Disosiyatif trans bozukluğu-Bilinç, kimlik veya bellekte belirli bölgeler ve kültürlere özgü bozukluklar(örn: amok öfke reaksiyonu), pibloktog(kendine zarar verme davranışı). Trans halleri çevresel uyaranlara yanıtın belirgin azaldığı veya seçici olarak odaklandığı bilinçli değişme halleridir. Çocukta böyle haller fiziksel istismar veya travmayı takip edebilir.

Hatırlanmış anı sendromu-Hipnoz veya psikoterapi sırasında acı veren bir deneyim veya çatışmanın (örn; cinsel veya fiziksel istismar) hatırlanması. Hasta deneyimi sadece hatırlamakla kalmaz ayrıca uygun afektif yanıtlar bunu azaltabilir (abreaksiyon adı verilen bir süreçle).

Uzun süreli ve zorlayıcı telkine maruz kalmış (örn; teröristler veya bir uç mezhep tarafından tutsak edilen kişilerde beyin yıkanma veya endoktrinasyon) kişilerde disosiyatif haller (192).

2.5. Çocukluk Çağı Travmaları

Amerika'da yılda 1 milyon çocuğın istismara ya da ihmale uğradığı düşünülmektedir, bu sorun yılda 2000-4000 ölümlle sonuçlanmaktadır. Kötüye kullanıma uğrayanlar düşük doğum ağırlığı olan ya da prematür olanlar(Tüm istismar edilenlerin %50'si), özürllüler (örnek zeka geriliği, serebral palsi) ya da zorlukları (örnek karşı gelen, hiperaktif) olan çocuklardır. Kötüye kullanan ebeveyn genellikle annedir ve kendisinin istismar öyküsü vardır. Kötüye kullanan ebeveyn sıklıkla dürtüsel, madde kötüye kullanan, çökkün, antisosyal ya da narsistik kişilerdir. Her yıl 150000-200000 yeni cinsel istismar vakası

bildirilmektedir. Bu ihbarların %2-8'i yanlıştır ve birçok diğ er iddia kanıtlanamamaktadır. Cinsel tacize uğ rayan her 10 çocuğ un 8'inde saldırgan genellikle erkektir ve çocuğ un tanıdığı bir kişidir. %50'sinde fail bir ebeveyn, üvey ebeveyn ya da akrabadır (192).

İstismar, insan ilişkilerinde bir tarafın diğ erini kasıtlı olarak, o kişinin zararına ve aleyhine olacak şekilde kötü amaçla kullanmasıdır. Çocuk istismarı kavramı duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanıma, yaralamaya tekabül eder. Ayrıca böyle bir ilişkiyi teşvik etmek, ilişkiye izin vermek ve duyarsız kalmak veya bundan bir çıkar sağlamak da bir istismardır (193).

Fiziksel istismar sıyrık, yanık, kafa travması, kırık, iç organlara ait yaralanmalar veya en az 48 saat süren her hangi bir fiziksel hasar gibi yaralanmaya yol açacak şekilde zarar vermedir. Bu tanım aşırı şekilde bedene yönelik cezalandırmaları ve bağlama, kilitleme gibi kapalı bir yere hapsedmeyi de kapsar. Fiziksel istismarın nadir fakat önemli bir şekli de bakım verenin yol açtığı Münchausen sendromudur. Bu sendromda ebeveynler çocuklarını herhangi bir neden olmaksızın cerrahi veya dahili bir takım tıbbi işlemlere tabi tutarlar. Lipman ve MacMillan fiziksel hasarın hem şekli hem de ne sıklıkla yapıldığını dikkate almışlardır. Fiziksel istismar tanımını “büyümekte iken bir erişkin tarafından sık sık tekmelenme, ısırılma, yumruklanma, bir şeyle vurulması veya seyrek de olsa boğulma, yakılma, kaynar su dökülmesi veya fiziksel olarak herhangi başka bir şekilde saldırılması” şeklinde yapmışlardır (193).

Duygusal istismarı tanımlamak daha güçtür. Aşırı derecede sözlü tehdit, hakaret, aşağılama, gurur kırıcı ifadeleri ve çocuğ un duygusal ve zihinsel iyilik halini tehlikeye sokacak şekilde tehdit ve alay edilmesini kapsar. Ayrıca aile içinde kestirilemeyen yanıtlar, devamlı negatif duygulanım ve uyumsuzluğ un olması, çift mesaj içeren iletişimin olması, ebeveynlerin kabul, sevgi, şefkat ve güven hislerini sağlayamamaları da buna dahildir.

İhmal ise çocuğ a, fiziksel (beslenme, emniyet, eğitim, sağlık) veya duygusal (sevgi, şefkat, destek, ilgi) olarak iyi bir bakım sağlamayan davranışlardır. Örneğ in; evden kovma, evden kaçmış olan çocuğ u kabul etmeme ve benzeri durumlar ihmali yansıtmaktadır (193).

Cinsel istismar ise bağımlı, gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocukla erişkin

arasındaki, çocuğun tam olarak anlayamadığı, rıza gösterebilmesinin mümkün olmadığı ve ailedeki rollerle ilgili sosyal tabuları ihlal eden cinsel etkinliği tanımlar. Bu tanım erişkinin cinsel organını çocuğa teşhir etmesi, çocuğun cinsel organını teşhir etmeye zorlanması, cinsel organları okşamayı, cinsel organların elle veya oral yolla uyarılması, vajinal, anal birleşmeyi, çocuğa fahişelik yaptırılmasını ve pornografide kullanılmasını kapsar (193). Finkelhor ve Korbin geniş bir tanımlama kullanmıştır (64, 194). Buna göre, cinsel istismar, bir erişkin ve cinsel olarak olgunlaşmamış (cinsel olgunluk, fizyolojik olduğu kadar sosyal olarak da tanımlanmaktadır) çocuk arasındaki, erişkinin cinsel arzularını yerine getirmek amacıyla gerçekleşen herhangi bir cinsel temas olarak tanımlanmıştır. Bir çocukla güç, tehdit veya kandırma (yalan) yolu ile cinsel temas ya da yaşı, acizliği ve erişkinle yakınlığının gereği rızası olmadan yapılan cinsel temastır. Bu tanımda belirttikleri gibi, tanımlama çocuk ile ebeveyni ya da bakım verenler arasındaki cinsel yaşantıları kapsamakta, bu tanım ayrıca çocukların pornografik ya da fuhuş gibi parasal amaçlı eylemlerde kullanılmalarını da içermektedir (193). Tanıma göre cinsel olmasına karşın, erişkine haz veren bir eylem değilse istismar tanımına dahil edilmemektedir (195).

Kutchinsky çocuk cinsel istismarını “çocuğun bir erişkin veya yaşça oldukça büyük bir kişi tarafından, cinsel doyum elde etmek için istismar edilmesi” olarak tanımlamıştır. Bifulco ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, çocuk cinsel istismarını “gelişimini henüz tamamlamamış bağımlı durumdaki çocukların ve ergenlerin tam olarak kavrayamadıkları veya bilerek kabul etmelerinin düşünülemeyeceği cinsel ilişkilere veya aile rollerine ilişkin sosyal tabulara zıt cinsel eylemlere karıştırılmaları” olarak tanımlamışlardır (196). Lipman ve MacMillan yaptıkları toplum çalışmasında cinsel istismarı araştırırken “büyümekte iken bir erişkin tarafından...” şeklinde hem kurbanın hem de istismar edenin yaşını az da olsa belirlemeye çalışmışlar ve cinsel istismar tanımına cinsel ilişkiye girmek için tehdit edilmeyi de dahil etmişlerdir (197). İstismarın bazı tanımları çocuğun ergenler ya da akranları tarafından istismarını içermez. Bazı yazarlarca tanımlara bunu da dahil etmek şeklinde değişiklikler yapılmıştır. Genel olarak çocuklar ya da ergenler ya da eş gelişimsel düzeydeki genç insanlar arasındaki araştırıcı nitelikteki cinsel aktivite çocuğun cinsel istismarı tanısı içine sokulmaz (198). Bu tanımların ortak

özellikleri olduğu gibi birbirlerinden ayrıldıkları öğeler de vardır. Bir davranışa tanı konabilmesi için, o davranışın bazı ayırıcı ölçütlere göre değerlendirilmesi gerekir. Çocuk cinsel istismarında razı olma, yaş farkı, yöntem ve yasal durum olmak üzere dört ölçüt dikkate alınmaktadır. Ek olarak, cinsel amaçlı niyetin olup olmaması, fiziksel temasın olup olmaması, kötü niyetin olup olmaması gibi kavramların da öznel olarak tanımlanması gerekir. Öznel değerlendirmelere dayanması ve toplumsal değer yargılarının dikkate alınması istismarın herkesin üzerinde anlaşıldığı bir tanımının yapılmasını güçleştirmektedir. Araştırmalara göre, çocukluk cinsel istismarının en sık tipi mastürbasyon ve penetratif eylemlerdir. Bunları teşhircilik, uygunsuz okşama ve dokunma izler. Baker ve Duncan'a göre istismarların %51'inde dokunmadan istismar varken sadece %5'inde anal ya da vajinal ilişki (penetratif eylemler) vardır. Bu durumda kliniğe başvuranların daha ciddi, yani penetratif cinsel eylemler olduğu düşünülmektedir. Kızlarla olan cinsel istismarın en sık rastlanan formları teşhircilik, okşama, genitallere dokunma, mastürbasyon ve vajinal, oral ya da anal ilişkidir. Erkek çocuklara uygulananlar ise genellikle okşama, kendisine mastürbasyon yaptırma, oral seks ve anal ilişkidir (199). Erkeklerin %42'si anal ilişki ya da ilişki girişimi ile karşılaşırken, kızlarda bu oran %7'dir. Çocukluk cinsel istismarlarının %15-25'inde beraberinde fiziksel istismar da vardır (195).

2.5.1. Epidemiyolojik Veriler

Çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. İstatistiksel sonuçların farklılığının istismar kavramının tanımlanmasından, değişik örnek grupları kullanılmasından ve bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneğin cinsel istismarın nüfustaki yaygınlığı ile ilgili olarak, kadınlar için %6'dan %62'ye, erkekler için %3'den %16'ya kadar değişen oranlar ileriye sürülmüştür. Bulgular, özetle, kızların erkeklere göre daha büyük oranlarda cinsel istismara uğramakta olduklarını ve bunu yapan kişilerin daha çok aile içinden çıktığını göstermektedir. Erkek çocukların ise bir akraba tarafından daha az olasılıkla, yabancı tarafından daha büyük oranda istismara uğratıldıkları anlaşılmaktadır (195). Son 20 yılda, çocukluk çağı cinsel istismarı insidansında dramatik bir artış vardır. A.B.D.'de 1979-1980'de, bir yılda görülen yeni vaka sayısı 44700'dir. Bu sayı 1984'de 150000-200000'e, 1993-1994'de 300000'e, 1997'de 1000000'a ulaşmıştır. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmal

Merkezi'ne göre (National Center of Child Abuse and Neglect) vakaların %54'ünde ihmal, %22'sinde fiziksel, %8'inde cinsel, %4'ünde de duygusal istismara rastlanmaktadır(193). Cinsel istismar prevalansı kızlarda %10-25, erkeklerde %2-10 arasındadır. Cinsel ilişkiyi içeren ciddi deneyimlerin oranı daha düşüktür (kızlarda %5,6, erkeklerde %1,4). Tüm çalışmalarda, çocukluk cinsel istismarı kızlarda daha fazladır. İnsidans ise kızlarda %6-62 ve erkeklerde %3-31 gibi çok geniş bir aralıktadır. Genellikle erkek istismarı daha az bilinmekte, kliniğe daha az yansımaktadır. İstismarın erkeklerde daha az görülmesine karşın, cinsel temas göreceli olarak erkeklerde daha ciddidir (195). Jacobson psikiyatrik hastalarda %81 oranında cinsel veya fiziksel istismar olduğunu bildirmiştir (200). Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların %20,1'de cinsel istismar, %35,5'de fiziksel istismar, %33,2'de ihmal, %34,3'de duygusal istismar, %10,2'de ensest tespit edilmiştir. İstismarın kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (201). Cinsel istismar suçlarının sadece %20'sinin rapor edildiği göz önüne alınacak olursa, toplumlarda cinsel istismarın yaygınlığı hakkındaki sayıların, bildirilenlerin çok üstünde olması gerekir (198).

2.5.2. İstismarın psikopatoloji üzerinde etkileri

Çeşitli çalışmalardan elde edilen verilere göre yaşamın ilk yıllarında yaşanan stres, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması ve devam etmesi konusunda önemli bir risk etmenidir. Özellikle major depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, borderline, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol/madde kullanımı, kötü muamele görmüş çocuklarda daha fazla oranda görülür (202). Yaşamın ilk yıllarındaki olumsuz yaşantıların duygudurum ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli bir role sahip olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Çocuklukta yaşanan cinsel istismar ve ebeveynlerin ilgisinden mahrum kalınma erişkinlerdeki depresyonla ilişkili bulunmuştur. Bir çalışmada dört kezden daha fazla istismara uğrayanlarda depresyonun sendromal düzeyde olduğu ve şiddetinin de istismarın derecesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (202). Olgu kontrollü epidemiyolojik çalışmalarda, erken dönemde ebeveyn kaybının da major depresyon riskini arttırdığı saptanmıştır. Depresyonun da strese yanıt açısından alt tiplere ayrılacağı bildirilmektedir. Erken dönemde, travması olmayan depresif hastaların strese yanıtları normal bulunurken, depresyon ve anksiyetenin birlikte

olduğu, travması olan alt tipte ise strese yanıtta aşırı hassasiyet olduğu (ACTH ve kortizol seviyeleri, kalp atım hızında aşırı artış) saptanmıştır. Erken dönemde travması olan fakat psikiyatrik bozukluğu olmayanların artmış pituiter yanıtı, biyolojik yatkınlığı göstermektedir, ancak bu kişilerde karşıt düzenleme mekanizması olarak adrenal korteksin uyumu (artmış ACTH'a normal kortizol yanıtı) söz konusudur. Çocukluk çağındaki istismar aynı zamanda panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğuna yatkınlığı da arttırır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalarda, fiziksel tacizi olan grupta olmayan gruba göre depresyon şiddetinin daha fazla olduğu, duygusal istismar ve ihmal öyküsü olan hastalarda disosiyatif yaşantılar ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (203). Swedo, cinsel istismar ile obsesif-kompulsif bozukluğun komorbidite gösterdiği durumların tedavi sürecinde güçlüklerle karşılaşılabileceğine dikkat çekmiştir (204). Kendine fiziksel olarak zarar verme ve özkıyım davranışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi birçok farklı çalışmayla belirgin bir şekilde ortaya konmuştur. Çocuk yaş grubunda bu ilişki ilk kez Green tarafından fark edilmiştir (205). Daha sonra ilk kontrollü çalışmada Green, fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin özkıyım ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösterdiklerini ve kontrol grubundaki sağlıklı çocuklarda bu oranın anlamlı bir şekilde düşük olduğunu göstermiştir (206). Benzer ilişkiyi, okul öncesi çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde ortaya koyan birçok çalışma yapılmıştır (207, 208). Şiddet ve sıklık değerlendiren ölçüm araçlarının kullanıldığı bazı çalışmalar, travma ile kendine zarar verme davranışı arasında doz-yanıt ilişkisi bulunduğunu ortaya koymuştur (209). Örseleyici ruhsal yaşantılara bağlı olarak oluşan kendine fiziksel zarar verme davranışı, sadece insanoğlunda değil, daha basit canlılarda da gözlenebilmektedir. Örneğin bebekliklerinde izole edilerek anne bakımı almaları engellenmiş olan rhesus maymunlarının kendilerini dövme, kafalarını sert yerlere vurma ve kafa sallama gibi davranışlar gösterdikleri belirtilmiştir. Dolayısıyla kendine zarar verme davranışlarının, primer olarak çatışma, suçluluk, superego baskısı ve kendine yönelik agresyon gibi dinamik etkenlerden ziyade, bebeklik ve çocukluk döneminde bakım veren kişiyle yaşanan travmatik ilişki neticesinde ortaya çıkan ve daha basit canlılarda da gözlenebilen ilkel bir davranış örüntüsü olduğu belirtilmektedir (210).

Ensest İçin Risk Faktörleri (211);

- Alkolik baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşmaları,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması,
- 6 - 8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı,
- İktidarsızlık ve psikopatidir

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışmaya 2013-2014 yılları arasında Düzce Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran, DSM-IV-TR Tanı kriterlerine göre Somatizasyon Bozukluğu tanısı alan, 18-65 yaş arası, mental retardasyonu, psikoza olmayan, somatizasyonu açıklayacak herhangi bir organik hastalığı ya da madde kullanımı bulunmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile ACR 2010 Fibromiyalji Tanı Kriterlerine göre Fibromyalji sendromu tanısı almış, ek organik hastalığı olmayan hastalardan testleri uygun şekilde anlayıp cevaplayabilecek, çalışmaya katılmayı kabul edenler ve kontrol grubu için benzer sosyodemografik özelliklere sahip olabilecek sağlıklı bireyler alındı. Çalışmaya katılan 189 kişi, 60 Somatizasyon bozukluğu, 60 Fibromiyalji Sendromu hastaları olmak üzere, 69 kontrol bireyleri olmak üzere 3 gruptan oluşuyordu.

3.2.Veri Toplama Aracı

Çalışmaya katılan bireylerin Çocukluk Travmalarını değerlendirmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) (Ek 1) (213) ve disosiyatif bozukluk açısından değerlendirmek için Disosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) kullanıldı (214) (Ek 2). Sosyodemografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, ekonomik durumu, yaşadığı yer, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü) ise kullandığımız testlere ek bir bölüm olarak bireylere sunuldu (Ek 3).

3.3. Çalışmada Kullanılan Testler

3.3.1. Çocukluk travmaları ölçeği:

CQT-28 ölçeği, Duygusal İhmal, Duygusal İstismar, Fiziksel İhmal, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar şeklinde 5 alt ölçekten oluşup her alt boyut 5'er soru içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte 3 minimizasyon-inkar sorusu bulunmaktadır; bunlar ters sorulardır ancak hesaplanırken ters çevrilmezken diğer ters sorular (2,5,7,13,19,26,28) kodlamada ters çevrilir. 5 alt puan toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Minimizasyon soruları sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir.

Duygusal istismar soruları 3,8,14,18,25, fiziksel istismar soruları 9,11,12,15,17 cinsel istismar soruları 20,21,23,24,27, duygusal ihmal soruları 5,7,13,19,28,

fiziksel ihmal soruları 1,2,4,6,26 numaralı sorulardır. Minimizasyon soruları 10,16,22 numaralı sorulardır (Travmanın inkarını ölçmede kullanılır. Toplam puanı etkilemez, ters sorulardır ancak ters çevrilmez). Ters Sorular (kodlamada ters çevrilir); 2,5,7,13,19,26,28 numaralı sorulardır.

Özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein (212) tarafından oluşturulmuş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. CTQ-28 geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012'de Vedat Şar ve ark. tarafından yapılmıştır (213). Bulgular CTQ'nun Türkçesinin de İngilizce özgün biçimi gibi geçerli ve güvenilir olduğunu desteklemektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı ve test-yeniden-test uyumu yüksek düzeydedir. Açık uçlu sorularla saptanan çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları ile CTQ ile elde edilen puanlar arasında derecelendirilmiş bir anlamlı ilişki bulunmaktadır. Klinik değişkenlerle CTQ puanı arasında da anlamlı koşutluklar bulunmaktadır.

Faktör analizi bulguları fiziksel ihmal dışındaki tüm çocukluk çağı travması puanları için maddelerin uygun yerleşim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel ihmal boyutunun faktör analizinde yeterli biçimde ortaya konulamayışında çoğunluğu (%70) orta sosyoekonomik düzeyde olan bu denek grubunda fiziksel ihmalin görece az bildirilen bir durum olması bir etken olarak dikkati çekmektedir. İkinci bir etken bazı travma türlerinin yaygın olarak birlikte görülmesinin sonuçlar üzerindeki etkisidir. Üçüncü etken olarak az sayıda maddede, özellikle travma türleri arasındaki birlikte görülüm ve dilin kullanımından kaynaklanan örtüşmelerin ek açıklamalarla giderilmesine gereksinim olmasıdır.

Örneğin fiziksel ihmal boyutunda yer alması gereken madde 1 (“yeterli yemek bulamazdım”) ve madde 6 (“kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım”) fiziksel istismar boyutunda yüksek yük almışlardır. Bu iki maddenin bir ceza olarak kullanılmış ya da denek tarafından öyle algılanmış olması nedeniyle fiziksel istismarla birlikte gerçekleştiği düşünülebilir. Bu konuda istismardan çok ihmale vurgunun artması amacıyla, küçük eklemelerle madde 1 “evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım“ ve madde 6 “yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım” olarak geliştirilmiştir.

Yine fiziksel ihmal boyutunda yer alması gereken madde 2 (“bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum”) ise duygusal ihmal boyutunda belirgin olarak yüksek puan almıştır. Duygusal ihmale yaptığı vurgu nedeniyle ”koruyan”ifadesi kaldırılarak “benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum” olarak değiştirilmiştir. Bu çalışmaya katılmayan bir başka fiziksel ihmal sorusu olan madde 26 (“İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı”) konusunda ise işlem yapılmamıştır. “Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı” ifadesinden oluşan madde 4 diğer travma türlerinden bağımsız yük alan tek madde olarak fiziksel ihmali temsil etmiş, fakat CTQ toplam puanı ile düşük korelasyon göstermiştir.

Fiziksel istismar boyutunda yer alması gereken madde 15 (“vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum”) aynı zamanda cinsel istismar boyutunda da benzeri bir yük almıştır. Ayrımı belirginleştirmek için bu maddeye parantez içerisinde “dövülme, itilip kakılma vb.” açıklaması eklenmiştir. Özgün yerinde yeterli yük aldığı halde aynı doğrultuda madde 25 (“duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum”) için de benzeri işlem yapılmış ve parantez içerisinde “hakaret, aşağılama vb.” ibaresi eklenmiştir.

Türkiye’de daha önce, çocukluk çağı travmaları bakımından yüklü olduğu bilinen popülasyonlarda CTQ kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Örneğin dissosiyatif belirti gösteren şizofreni hastalarında ortalama CTQ puanları 50,0-52,2 arasında iken, dissosiyatif belirti göstermeyenlerde bu puanlar 38,3-41,5 arasında kalmış, fark anlamlı bulunmuştur. 34 Konversiyon bozukluğu hastalarında bu ortalama 48,0 olarak bulunmuştur. 35 Üniversite öğrencileri arasından (klinik dışı popülasyondan) toplanan ve sınırda kişilik bozukluğu ölçütlerini dolduran bireylerde CTQ toplam puanı disosiyatif bozukluk eştanısı olanlarda 40,6, olmayanlarda 37,1 bulunmuştur. 36 Her iki bozukluğu göstermeyen üniversite öğrencilerinde ise bu ortalama 32,9 olarak saptanmıştır ve fark anlamlıdır.

Hollanda’da bu ortalamalar klinik grup için 50,9, klinik dışı grup için 33,5 olarak bulunmuştur. 37 Kuzey Amerika’da üniversite öğrencileri için kadınlarda 36,8-37,8, erkeklerde 35,4-37,9 bulunmuş, bu rakamlar Türkiye’de üniversite öğrencilerinde kadınlarda 32,1, erkeklerde 34,5 (aradaki fark anlamlı) olarak ortaya çıkmıştır (213). Türkiye ve başka ülkelerdeki bulgular birbirine benzemekle birlikte

Ülkemizde ortalamaların bir kaç puan dŖmekte olduğu görülmekte ve bir alıŖmada klinik dıŖı popülasyonda kadınlarda travma bildiriminin erkeklerden az olması ilginç bir fark olarak ortaya çıkmaktadır (213). Türkiye’de CTQ puanlarının kesim noktaları konusunda Ŗimdiye dek her hangi bir düzey bilinmemekte idi. Bu alıŖmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aŖılmasının, yani sorulardan her hangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini dŖndrmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaŖılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği görülmektedir. Ancak bu bulguların yeni alıŖmalarla doğrulanması ve gerekirse deėiŖtirilmesi gerekmektedir. Bu arada, CTQ’nn bir önceki biçimi olan 53 maddelik versiyonu ile 28 maddelik Ŗimdiki biçimi arasındaki yüksek korelasyonlar ölçeğin her iki versiyonu ile de yapılan alıŖmalarda elde edilen bulguların karŖılaŖtırılabilirlik özelliği taŖıdığını da göstermektedir.

Çocukluk ağı Travmaları leği, açık uçlu sorulardan oluŖup, bu liste 5 eŖit çocukluk ağı travmasını doğrudan soruŖturmakta ve bazılarını derecelendirme olanağı sunmaktadır. Yargıç, Tutkun ve Ŗar tarafından geliŖtirilen bu liste Ŗimdiye dek bir çok alıŖmada baŖarılı olarak kullanılmıŖtır.

3.3.2 Disosiyasyon leği (DIS-Q):

ltğ nitelik Disosiyatif yaŖantı ve bozuklukları taramada ve Ŗiddetini ölçmede kullanılır

Ölçek türü Kendini değerlendirme leği

Uygulanacak grup Psikiyatri hastaları, travmatik yaŖantıları olan kiŖiler, tarama amacıyla klinik dıŖı popülasyonlar.

Kapsamı Toplam 63 soru içermekte ve denek bunların her biri için iŖaret koymaktadır.

Materyal Hastalar ölçeğin üzerine iŖaretleyerek yanıt verirler

Puanlama Her madde 1-5 arasında puanlanır. Bu puanların toplanıp 63’e bölünmesi ile ortalama toplam puan elde edilir.

Yorumlama Türkiye’de yapılan alıŖmalar sonucunda ortalama toplam puanı 2,5 ve üzerinde olan kiŖilerde bir disosiyatif bozukluk bulunma olasılığı yüksektir.

Ölçek bilgileri

Özgün adı Dissociation Questionnaire (DIS-Q)'i J. Vanderlinden geliştirmiş Türkçe'ye Vedat Şar uyarlamıştır (214).

3.3.2.1.Türkçe formunun güvenilirliği (215): Cronbach alfa değeri 0,98'dir. Test-yarım test güvenilirliği (Guttman yöntemi ile) 0,98 olup DIS-Q toplam puanı için 29 denek üzerinde test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0,74$ ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Tek tek maddeler için test-tekrar test korelasyonu hesaplanmış bu katsayının 58 madde için 0,37 ve 0,83 arası (medyan= 0,59) olduğu ve $p<0,05$ 'lik anlamlılık sınırının üzerinde olduğu görülmüştür; 35 soru için bu düzey $<0,001$ dir. Madde 57 ($r=0,36$), madde 26 ($r=0,35$), madde 23 ($r=0,33$), madde 50 ($r=0,18$) ve madde 44 ($r=0,01$) için test-tekrar test korelasyonu 0,05'lik anlamlılık sınırının altında kaldı. Bu hastalardan oluşan grupta her bir sorunun puanı ile o soru dışta tutularak belirlenen ortalama DIS-Q puanı arasında Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. 62 madde için bu katsayı $<0,05$ 'lik anlamlılık düzeyinin üzerinde idi. 61 madde için sonuçlar 0,42 ile 0,83 arasında değişiyordu, medyan katsayı 0,70 idi. Madde 51 ($r=0,14$) ve madde 53 ($r=0,19$) için bu değerler anlamlılık sınırının altında kaldı (215).

3.3.2.2.Türkçe formunun geçerliliği (215):

Ölçek normallere ($N=35$); ayrıca şizofreni ($N=30$), iki uçlu duygudurum bozukluğu($N=31$), anksiyete bozukluğu ($N=36$), disosiyatif kimlik bozukluğu ($N=24$) ve BTA disosiyatif bozukluk ($N=11$) tanısı alan hastalara uygulanmıştır. Disosiyatif bozukluk grubunu normallerden ve belirtilen psikiyatrik bozukluk gruplarından ayırabildiği görülmüştür. DES puanı ile DIS-Q puanı arasında yüksek korelasyon vardı($r=0,90$ $n=170$ $p<0,001$)(215).

3.4. İstatistiksel Analiz Yöntemleri

3.4.1. İstatistiksel analiz:

İstatistiksel değerlendirmelerin SPSS Analiz programında bilgisayar ortamında yapıldı, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ alındı. Çalışmaya katılan 189 kişi, 60 Somatizasyon Bozukluğu, 60 Fibromiyalji Sendromu, 69 kontrol bireyleri olmak üzere 3 gruptan oluşuyordu. Sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim, ikamet ettiği yer, maddi düzey, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü) ise ölçeklerin cevap kağıdına ek bir bölüm olarak bireylere sunuldu (Ek-3)

Çalışmada elde edilen niceliksel ölçümlere ait tanımlayıcı değerler ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak kategorik ölçümlere ait değerleri ise sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Niceliksel değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı ShapiroWilk testi ile incelenmiştir. Gruplar arasında demografik özellikler bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA ve Pearson ki-kare testleri ile incelenmiştir. Çalışmada dikkate alınan bazı klinik ve sosyodemeografik özellikler bakımından genel olarak gruplar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bu özelliklerin ölçek puanlarını etkileyebileceği bilindiğinden, bu puanlar açısından gruplararası karşılaştırmaları yaparken bu özellikler bakımından grupların homojen hale getirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla kurulan modelde yukarıdaki tabloda verilen sosyodemografik ve klinik özellikler kovaryatif olarak alınmış ve puanlar bakımından grupların karşılaştırmasında kovaryans analizi kullanılmıştır. Somatizasyon bozukluğu olanlar, fibromiyalji hastaları ve kontrol gruplarında ayrı ayrı ölçek puanları (5 alt ölçek puanı, minimizasyon, toplam puan CTQ ve DIS-Q) arasındaki ilişkiler pearsonkorelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak 0.05 alınmış ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiş ve hesaplamalarda SPSS (ver. PASW 18) programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda bireylerin sosyodemografik bilgileri ile ilgili sorular uygulanan CTQ ve DIS-Q ölçeklerine ek olarak bireylere sunuldu. Sosyodemografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, ekonomik durum ve yaşadıkları yer (ikamet), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmak üzere 8 parametre sorgulandı. Yaş aralığı 18-68 idi. (başta 18-65 aralığı planlanmış olup SB olan 68 yaş 1 hasta bilişsel fonksiyonları yeterli görüldüğü için çalışmaya dahil edildi).Eğitim yıl olarak sorgulandı. Medeni durum evli, bekar, dul şeklinde 3 parametre idi. Meslek memur, işçi, ev hanımı, öğrenci ve bunların dışındaki diğer parametrelerinden oluşuyordu. İkamet şehir, ilçe, köy şeklinde sorgulandı. Maddi düzey kişinin kendi algısını gösterecek şekilde iyi, orta, kötü şeklinde sorgulandı. Aile öyküsü ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var/yok şeklinde soruldu.

Çalışma grubu; 60 FMS, 60 SB, 69 kontrol grubu olmak üzere 189 kişiden oluşmaktaydı.

Aşağıdaki tablolarda sayısal yapıdaki yaş ve eğitim süresi bakımından somatizasyon bozukluğu olanlar, fibromiyalji hastaları ve kontrol grupları karşılaştırılmış ve karşılaştırma sonucunda elde edilen p değerleri ile tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Tablo incelendiğinde yaş ve eğitim süresi bakımından gruplar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Dolayısıyla ölçek puanları bakımından gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken yaş ve eğitim sürelerinin etkisinin giderilmesi gerekecektir

4.1.1.Çalışma gruplarının yaşa göre dağılımı

SB olan hastaların yaş ortalaması 36,3 yıl (Minimum 21, Maximum 68), FMS hastalar yaş ortalaması 39,3 yıl (Minimum 22,Maximum 62), Kontrol grubu yaş ortalaması 32,2 (Min 20, Max 62) (P=0,001) olup yaş açısından gruplar arası anlamlı farklılık görülmüştür.

Tablo 5: Çalışma grubunun yaş ortalamalarına göre dağılımı

| | Gruplar | N | Ortalama ±SD | Min | Max | p |
|-----|--------------------------------|----|--------------|-------|-------|--------------|
| Yaş | Somatizasyon bozukluğu olanlar | 60 | 36.31±10.34 | 21.00 | 68.00 | 0,001 |
| | Fibromiyalji hastaları | 60 | 39.38±9.43 | 22.00 | 62.00 | |
| | Kontrol | 69 | 32.28±11.14 | 20.00 | 62.00 | |

4.1.2. Çalışma gruplarının eğitim düzeyleri dağılımı

SB olan hastaların eğitim yılı ortalaması 7,31 (Min 1,0 yıl, Max 15,0 yıl), FMS hastalarının ortalaması 5,81 (Min 5,0 yıl, Max 17,0 yıl), Kontrol grubu eğitim yılı ortalaması 14,0 (Min 3,0 yıl, Max 27,0 yıl) ($P<0,001$) olup eğitim yılı açısından gruplar arası anlamlı farklılık görülmüştür.

Tablo 6: Çalışma grubunun eğitim durumlarına göre dağılımı

| | Gruplar | N | Ortalama±SD | Min | Max | p |
|--------------|--------------------------------|----|-------------|------|-------|------------------|
| Eğitim (yıl) | Somatizasyon bozukluğu olanlar | 60 | 7.31±3.36 | 1.00 | 15.00 | <0,001 |
| | Fibromiyalji hastaları | 60 | 7.03±3.19 | 1.00 | 15.00 | |
| | Kontrol | 69 | 14.08±4.81 | 3.00 | 27.00 | |

Aşağıdaki tablolarda gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, meslek ikamet, maddi durum, hastalık öyküsü oranları bakımından anlamlı farklılıkların olup olmadığı incelenmesi sonucunda elde edilen dağılımlar yer almaktadır. Tablolar incelendiğinde tüm kategorik sosyo-demografik özellikler bakımından gruplar arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçek puanları bakımından gruplar karşılaştırılırken bu kategorik değişkenler bakımından grupların homojen olması gerekmektedir. Bu koşulu sağlayabilmek için puanlar karşılaştırılırken sosyo-demografik özelliklerden kaynaklanan farklılıklar giderilecektir.

4.1.3.Çalışma gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Toplam 189 kişi olan örnekleme; SB olan 50 kadın (%83,3), 10 erkek (%16,7) vardı. FMS tanısı alan 58 kadın (%96,7), 2 erkek (%3,3) olup Kontrol grubunda 51 kadın (%73,9), 18 erkek (%26,1) çalışıldı. Toplamda 159 kadın (%84,1), 30 erkek (%15,9) olup cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p<0,002$).

Tablo 7: Çalışma grubunun cinsiyete göre dağılımı

| Cinsiyet | | Gruplar | | | Toplam | P |
|----------|------|--------------------------------|------------------------|---------|--------|----------------|
| | | Somatizasyon bozukluğu olanlar | Fibromiyalji hastaları | Kontrol | | |
| Kadın | Sayı | 50 | 58 | 51 | 159 | p=0,002 |
| | % | 83.3 | 96.7 | 73.9 | 84.1 | |
| Erkek | Sayı | 10 | 2 | 18 | 30 | |
| | % | 16.7 | 3.3 | 26.1 | 15.9 | |

4.1.4. Çalışma gruplarının medeni duruma göre dağılımı

SB olan gruptan 49'u evli (% 81,7), 8'i bekar (% 13,3), 3'ü dul (%5,0) şeklinde dağılıyordu. FMS grubunun 50'si evli (% 83,3), 5'i bekar (% 8,3), 5'i dul (% 8,3) şeklinde dağılıyordu. Kontrol grubunda 36 evli (% 52,2), 32 bekar (% 46,4), 1 dul(% 1,4) birey vardı.

Toplamda 135 evli(% 71,4), 45 bekar(% 23,8), 9 dul(% 4,8) birey olup gruplar arasında medeni durum bakımından anlamlı fark vardı($p<0,001$).

Tablo 8: Çalışma grubunun medeni durumlarına göre dağılımı

| Medeni durum | | Gruplar | | | Toplam | P | |
|--------------|-------|--------------------------------|------------------------|---------|--------|------|-------------------|
| | | Somatizasyon bozukluğu olanlar | Fibromiyalji hastaları | Kontrol | | | |
| Medeni durum | Evli | Sayı | 49 | 50 | 36 | 135 | p<0,001 |
| | | % | 81.7 | 83.3 | 52.2 | 71.4 | |
| | Bekâr | Sayı | 8 | 5 | 32 | 45 | |
| | | % | 13.3 | 8.3 | 46.4 | 23.8 | |
| | Dul | Sayı | 3 | 5 | 1 | 9 | |
| | | % | 5.0 | 8.3 | 1.4 | 4.8 | |

4.1.5. Çalışma gruplarının meslek dağılımı

SB grubu 4 memur (% 6,7), 13 işçi (% 21,7), 30 ev hanımı (% 50,0), 1 öğrenci (% 1,7), 12 diğer meslek (12 serbest) grubundan (% 20,0) oluşuyordu. FMS grubunda 6 memur (% 10,0), 7 işçi (% 11,7), 30 ev hanımı (% 50,0), diğer meslek (16 serbest, 1 emekli) 17(% 28,3)'di. Kontrol grubunda 30 memur (% 43,5), 13 ev hanımı (% 18,8), 13 öğrenci (%18,8), 13 diğer meslek (11 serbest, 2 emekli) (%18,8) vardı.

Toplamda örneklemimiz 40 memur (% 21,2), 20 işçi (% 10,6), 73 ev hanımı (% 38,6),14 öğrenci (%7,4), 42 diğer meslek (% 22,2)'den oluşuyordu. Gruplar arasında meslek dağılımı açısından anlamlı farklılık vardı($p<0,001$).

Tablo 9:Çalışma grubunun mesleklerine göre dağılımı

| Meslek | Gruplar | | | Toplam | P |
|-----------|--------------------------------|------------------------|---------|--------|------|
| | Somatizasyon bozukluğu olanlar | Fibromiyalji hastaları | Kontrol | | |
| Memur | Sayı | 4 | 6 | 30 | 40 |
| | % | 6.7 | 10.0 | 43.5 | 21.2 |
| İşçi | Sayı | 13 | 7 | 0 | 20 |
| | % | 21.7 | 11.7 | 0.0 | 10.6 |
| Ev hanımı | Sayı | 30 | 30 | 13 | 73 |
| | % | 50.0 | 50.0 | 18.8 | 38.6 |
| Öğrenci | Sayı | 1 | 0 | 13 | 14 |
| | % | 1.7 | 0.0 | 18.8 | 7.4 |
| Diğer* | Sayı | 12 | 17 | 13 | 42 |
| | % | 20.0 | 28.3 | 18.8 | 22.2 |

*(serbest meslek, emekli: SB 12 serbest; FMS 16 serbest, 1 emekli; Kontrol 11 serbest, 2 emekli)

4.1.6. Çalışma gruplarının ikamet ettiği yere göre dağılımı

SB grubunda 35 kişi (% 58,3) şehirde, 16 kişi (%26,7) ilçede, 9 kişi (% 15,0) köyde ikamet etmekteydi. FMS grubunda 38 kişi (% 63,3) şehir, 13 kişi (% 21,7) ilçe, 9 kişi (% 15,0) köyde ikamet etmekteydi. Kontrol grubunda 57 kişi (% 82,6) şehir, 7 kişi (% 10,1) ilçe, 5 kişi (%7,2) köyde ikamet etmekteydi.

Toplamda örnekleminizde 130 kişi (% 68,8) şehir, 36 kişi (%19,0) ilçe, 23 kişi (% 12,2) köyde ikamet ediyordu. Gruplar arasında ikamet edilen yere göre dağılımda anlamlı farklılık vardı ($p < 0,037$).

Tablo 10: Çalışma grubunun ikamet ettiği yere göre dağılımı

| İkamet | | Gruplar | | | Toplam | P |
|--------|------|--------------------------------|------------------------|---------|--------|----------------|
| | | Somatizasyon bozukluğu olanlar | Fibromiyalji hastaları | Kontrol | | |
| Şehir | Sayı | 35 | 38 | 57 | 130 | p=0,037 |
| | % | 58.3 | 63.3 | 82.6 | 68.8 | |
| İlçe | Sayı | 16 | 13 | 7 | 36 | |
| | % | 26.7 | 21.7 | 10.1 | 19.0 | |
| Köy | Sayı | 9 | 9 | 5 | 23 | |
| | % | 15.0 | 15.0 | 7.2 | 12.2 | |

4.1.7. Çalışma gruplarının bireysel algılarına göre ekonomik durumları

SB grubunda 11 kişi (%18,3) maddi düzeyini kötü, 34 kişi (% 56,7) orta, 15 kişi (% 25,0) iyi olarak tanımlıyorlardı. FMS grubunda 9 kişi (% 15,0) kötü, 32 kişi (% 53,3) orta, 19 kişi (% 31,7) kötü olarak tanımlıyordu. Kontrol grubunda 1 kişi (% 1,4) kötü, 30 kişi (% 43,5) orta, 38 kişi (% 55,1) iyi şeklinde tanımlıyordu. Toplam örnekleme ise 21 kişi (%11,1) kötü, 96 kişi (% 50,8) orta, 72 kişi (%38,1) iyi şeklinde tanımlıyordu. Gruplar arasında ekonomik duruma göre dağılım açısından anlamlı farklılık vardı ($p < 0,001$).

Tablo 11: Çalışma grubunun ekonomik durumlarına göre dağılımı

| Maddi durum | | Gruplar | | | Toplam | P |
|-------------|------|--------------------------------|------------------------|---------|--------|----------------|
| | | Somatizasyon bozukluğu olanlar | Fibromiyalji hastaları | Kontrol | | |
| Kötü | Sayı | 11 | 9 | 1 | 21 | p=0,001 |
| | % | 18.3 | 15.0 | 1.4 | 11.1 | |
| Orta | Sayı | 34 | 32 | 30 | 96 | |
| | % | 56.7 | 53.3 | 43.5 | 50.8 | |
| İyi | Sayı | 15 | 19 | 38 | 72 | |
| | % | 25.0 | 31.7 | 55.1 | 38.1 | |

4.1.8. Çalışma gruplarının ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre dağılımı

SB grubunda 27 kişinin (% 45,0) ailesinde (1. ya da 2 derece yakınlarında) psikiyatrik hastalık olup, 33 kişi (% 55,0)nin ailesinde bilinen psikiyatrik hastalık yoktu. FMS grubunda 32 (%53,3) kişide aile öyküsü olup, 28 kişide (% 46,7) yoktu. Kontrol grubunda ise 19 kişide (% 27,5) aile öyküsü olup, 50 kişide (% 72,5) aile öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık vardı ($p<0,009$)

Tablo 12: Çalışma grubunun ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre dağılımı

| Öykü | | Gruplar | | | Toplam | P |
|------|------|--------------------------------|-----------------------|---------|--------|----------------|
| | | Somatizasyon bozukluğu olanlar | Fibromiyalji hastalar | Kontrol | | |
| Var | Sayı | 27 | 32 | 19 | 78 | p=0,009 |
| | % | 45.0 | 53.3 | 27.5 | 41.3 | |
| Yok | Sayı | 33 | 28 | 50 | 111 | |
| | % | 55.0 | 46.7 | 72.5 | 58.7 | |

Kovaryans analizi ile elde edilen sonuçlar incelendiğinde, minimizasyon ve Toplam CTQ puan ortalamaları bakımından cinsiyet, medeni durum, meslek, ikamet ve maddi durumlar arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Benzer şekilde eğitim süresi ile puanlar arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Tablo 13: Her bir Çalışma Grubu (SM, FMS, Kontrol) ve sosyodemografik değişkenler için toplam CTQ puanı, Minimizasyon puanı ve DIS-Q Ölçek Puanları arasındaki ilişkiler

| | DIS-Q | | | Minimizasyon | | Toplam Puan CTQ | |
|------------------|------------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|-----------------|--------------|
| | Kategori | Ortalama±SD | p | Ortalama±SD | p | Ortalama±SD | p |
| Çalışma Grupları | Somatizasyon bozukluğu | 2,32±1,06 | 0,004 | 0,33±1,25 | <0,001 | 46,89± 20,36 | 0,008 |
| | Fibromiyalji | 2,47±1,13 | | 0,37±1,33 | | 47,08± 21,55 | |
| | Kontrol | 1,94±1,27 | | 1,11±1,49 | | 38,23± 24,23 | |
| Cins | Kadın | 2,10±1,38 | 0,058 | 0,65±1,62 | 0,629 | 43,49± 26,46 | 0,691 |
| | Erkek | 2,39±0,90 | | 0,56±1,06 | | 44,65± 17,20 | |
| Medeni durum | Evli | 2,27±1,24 | 0,126 | 0,73±1,46 | 0,568 | 42,39± 23,66 | 0,177 |
| | Bekar | 1,98±1,00 | | 0,59±1,18 | | 39,91± 19,20 | |
| | Dul | 2,48±0,75 | | 0,49±0,88 | | 49,90± 14,30 | |
| Meslek | Memur | 2,04±1,07 | 0,105 | 0,31±1,26 | 0,096 | 43,49± 20,49 | 0,840 |
| | İşçi | 2,44±0,88 | | 0,50±1,04 | | 46,09± 17,00 | |
| | Evhanımı | 2,16±1,46 | | 0,50±1,71 | | 43,30±27,84 | |
| | Öğrenci | 2,14±0,88 | | 0,95±1,04 | | 42,00± 16,85 | |
| | Diğer | 2,43±0,88 | | 0,74±1,03 | | 45,45± 16,79 | |
| İkamet | Şehir | 2,29±1,33 | 0,650 | 0,49±1,57 | 0,449 | 44,90± 25,49 | 0,846 |
| | İlçe | 2,29±0,90 | | 0,63±1,06 | | 43,62± 17,23 | |
| | Köy | 2,15±0,83 | | 0,69±0,98 | | 43,67±16,02 | |
| Maddi durum | Kötü | 2,42±0,87 | 0,032 | 0,65±1,03 | 0,767 | 47,31±16,73 | 0,218 |
| | Orta | 2,28±1,15 | | 0,54±1,35 | | 43,56± 21,95 | |
| | İyi | 2,03±1,07 | | 0,61±1,26 | | 41,33± 20,46 | |
| Aile Yükü | Var | 2,38±1,14 | 0,011 | 0,66±1,35 | 0,405 | 44,69± 21,88 | 0,556 |
| | yok | 2,10±1,36 | | 0,55±1,60 | | 43,44± 26,02 | |
| Yaş | | -0,029±0,006* | <0,001 | -0,009±0,008* | 0,229 | -0,098± 0,12* | 0,428 |
| Eğitim | | -0,013±0,017* | 0,467 | -0,005±0,020* | 0,799 | -0,18±0,32* | 0,583 |

*Kovaryans analizi sonucunda elde edilen regresyon katsayısı (β) SD

4.2. DIS-Q Ortalamaları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

DIS-Q ortalamaları bakımından gruplar (somatizasyon bozukluğu, fibromiyalji, kontrol) arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (p=0,004). Farklılıklar detaylı olarak incelendiğinde fibromiyalji hastaların DIS-Q ortalaması somatizasyon bozukluğu olan hastaların ve kontrol grubunun ortalamasından anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (sırasıyla p değerleri 0,05; 0,003). DIS-Q ortalamaları bakımından

maddi durumlar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir ($p=0,032$). Maddi durumu iyi olanların DIS-Q ortalaması maddi durumu kötü olanların ortalamasından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p=0,05$). Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların DIS-Q ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,011$). Yaş arttıkça DIS-Q değeri de anlamlı derecede azalmaktadır. Bir başka ifadeyle yaşı küçük olan bireylerin DIS-Q puanı anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,001$). Kovaryans analizi sonucunda elde edilen regresyon katsayısı $-0,029 + 0,006$ olup ($p < 0,001$) ters yönde anlamlı bir ilişki vardır.

4.3. Toplam CTQ Puanları Ortalamaları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Toplam CTQ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,008$). Kontrol grubunun Toplam CTQ puan ortalaması diğer iki gruptan anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır (sırasıyla p değerleri 0,016; 0,011). Grup değişkeni dışında kalan tüm değişkenlerde ve gruplar arasında minimizasyon ve toplam CTQ puan ortalamaları benzer bulunmuştur (her biri için $p>0,05$).

4.4. Minimizasyon Ortalamaları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Minimizasyon ortalamaları bakımından somatizasyon bozukluğu, fibromiyalji, kontrol grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kontrol grubunun minimizasyon puanı ortalaması diğer iki gruptan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (her iki karşılaştırma için $p<0,001$).

4.5. CTQ Ölçeğinin Alt Boyutları Bakımından Çalışma Grupları ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

4.5.1. Duygusal ihmal ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Duygusal ihmal ortalamaları bakımından gruplar (somatizasyon bozukluğu, fibromiyalji, kontrol) arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kontrol grubunun Duygusal ihmal puanı ortalaması somatizasyon bozukluğu olan ve fibromiyalji hastası olanlardan anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır (sırasıyla p

değerleri 0,002; <0,001). Buna karşın somatizasyon ve fibromiyaljili hastalarda Duygusal ihmal ortalamaları benzerdir (p>0,05).

Tablo 14: Duygusal ihmal ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

| Etken | Duygusal ihmal | | |
|--------------|------------------------|----------------|------------------|
| | Kategori | Ortalama± SD | p |
| Grup | Somatizasyon Bozukluğu | 13,75±7,76 | <0,001 |
| | Fibromiyalji | 14,31±8,21 | |
| | Kontrol | 9,65±9,22 | |
| Cinsiyet | Kadın | 12,04±10,08 | 0,341 |
| | Erkek | 13,10±6,55 | |
| Medeni durum | Evlü | 12,32±9,01 | 0,212 |
| | Bekâr | 10,91±7,31 | |
| | Dul | 14,48±5,44 | |
| Meslek | Memur | 12,65±7,81 | 1 |
| | İşçi | 12,31±6,48 | |
| | Evhanımı | 12,59±10,61 | |
| | Öğrenci | 12,68±6,42 | |
| | Diğer | 12,62±6,40 | |
| İkamet | Şehir | 13,34±9,71 | 0,395 |
| | İlçe | 12,33±6,57 | |
| | köy | 12,04±6,10 | |
| Maddi durum | Kötü | 12,60±6,37 | 0,376 |
| | Orta | 13,12±8,36 | |
| | İyi | 11,99±7,79 | |
| Öykü | Var | 12,58±8,33 | 0,984 |
| | Yok | 12,56±0,94 | |
| Yaş | | -0,002± 0,047* | 0,964 |
| Eğitim | | -0,089± 0,125* | 0,480 |

* Kovaryans analizi sonucunda elde edilen regresyon katsayısı (β)± SD

4.5.2. Duygusal istismar ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Duygusal istismar ortalamaları bakımından gruplar (somatizasyon bozukluğu, fibromiyalji, kontrol) arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,032). Kontrol grubunun Duygusal istismar ortalaması somatizasyon bozukluğu olan hastaların ortalamasından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (p=0,029). Ancak diğer

gruplar arasında Duygusal istismar ortalamaları bakımından anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 15: Duygusal istismar ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

| Etken | Kategori | Duygusal istismar | |
|--------------|------------------------|--------------------|--------------|
| | | Ortalama \pm SD | p |
| Grup | Somatizasyon Bozukluğu | 9,81 \pm 5,87 | 0,032 |
| | Fibromiyalji | 9,28 \pm 6,22 | |
| | Kontrol | 7,50 \pm 6,99 | |
| Cinsiyet | Kadın | 8,87 \pm 7,64 | 0,981 |
| | Erkek | 8,85 \pm 4,96 | |
| Medeni durum | Evli | 8,71 \pm 6,83 | 0,649 |
| | Bekâr | 8,22 \pm 5,54 | |
| | Dul | 9,67 \pm 4,13 | |
| Meslek | Memur | 8,80 \pm 5,91 | 0,908 |
| | İşçi | 9,05 \pm 4,91 | |
| | Evhanımı | 9,21 \pm 8,03 | |
| | Öğrenci | 7,94 \pm 4,86 | |
| İkamet | Diğer | 9,32 \pm 4,85 | 0,901 |
| | Şehir | 8,68 \pm 7,36 | |
| | İlçe | 8,99 \pm 4,98 | |
| Maddi durum | Köy | 8,93 \pm 4,62 | 0,143 |
| | Kötü | 10,06 \pm 4,83 | |
| | Orta | 8,48 \pm 6,33 | |
| Öyku | İyi | 8,06 \pm 5,91 | 0,876 |
| | Var | 8,91 \pm 6,32 | |
| | Yok | 8,82 \pm 7,51 | |
| | Yaş | -0,052 \pm 0,03* | 0,145 |
| | Eğitim | -0,007 \pm 0,09* | 0,942 |

* Kovaryans analizi sonucunda elde edilen regresyon katsayısı (β) \pm SD

4.5.3. Fiziksel ihmal ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Fiziksel ihmal ortalamaları bakımından gruplar (somatizasyon bozukluğu, fibromiyalji, kontrol) arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,048$). Fibromiyaljili hastaların Fiziksel ihmal ortalaması, Kontrol grubunun Fiziksel ihmal ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,046$). Ancak

somatizasyon bozukluğu olanların Fiziksel ihmal ortalamaları ile kontrol ve fibromiyaljili hastaların Fiziksel ihmal ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 16: Fiziksel ihmal ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

| Etken | Kategori | Fiziksel ihmal | |
|--------------|------------------------|--------------------|--------------|
| | | Ortalama \pm SD | p |
| Grup | Somatizasyon Bozukluğu | 8,93 \pm 4,70 | 0,048 |
| | Fibromiyalji | 9,23 \pm 4,98 | |
| | Kontrol | 7,54 \pm 5,59 | |
| Cinsiyet | Kadın | 8,56 \pm 6,11 | 0,977 |
| | Erkek | 8,58 \pm 3,97 | |
| Medeni durum | Evli | 8,28 \pm 5,47 | 0,666 |
| | Bekâr | 8,20 \pm 4,43 | |
| | Dul | 9,22 \pm 3,30 | |
| Meslek | Memur | 8,54 \pm 4,73 | 0,095 |
| | İşçi | 9,49 \pm 3,92 | |
| | Evhanımı | 7,65 \pm 6,43 | |
| | Öğrenci | 8,09 \pm 3,89 | |
| | Diğer | 9,05 \pm 3,88 | |
| İkamet | Şehir | 8,80 \pm 5,89 | 0,459 |
| | İlçe | 8,91 \pm 3,98 | |
| | Köy | 7,98 \pm 3,70 | |
| Maddi durum | Kötü | 9,21 \pm 3,86 | 0,138 |
| | Orta | 8,65 \pm 5,07 | |
| | İyi | 7,84 \pm 4,72 | |
| Öyku | Var | 8,65 \pm 5,05 | 0,743 |
| | Yok | 8,49 \pm 6,00 | |
| Yaş | | 0,003 \pm 0,02* | 0,903 |
| Eğitim | | -0,108 \pm 0,07* | 0,158 |

* Kovaryans analizi sonucunda elde edilen regresyon katsayısı (β) \pm SD

4.5.4. Fiziksel istismar ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Modele alınan tüm değişkenlerin Fiziksel istismar puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği gözlenmiştir (her biri değişken için $p>0,05$).

Fiziksel istismar ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış ayrıca diğer sosyodemografik değişkenlerin de Fiziksel istismar puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği gözlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 17:Fiziksel istismar ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

| Etken | Kategori | Fizksel istismar | |
|--------------|------------------------|------------------|-------|
| | | Ortalama±SD | p |
| Grup | Somatizasyon Bozukluğu | 7,37±5,01 | 0,651 |
| | Fibromiyalji | 7,79±5,30 | |
| | Kontrol | 7,17±5,96 | |
| Cinsiyet | Kadın | 7,29±6,51 | 0,682 |
| | Erkek | 7,59±4,23 | |
| Medeni durum | Evli | 7,26±5,82 | 0,564 |
| | Bekâr | 6,82±4,72 | |
| | Dul | 8,24±3,51 | |
| Meslek | Memur | 7,66±5,04 | 0,972 |
| | İşçi | 7,00±4,18 | |
| | Evhanımı | 7,21±6,85 | |
| | Öğrenci | 7,79±4,14 | |
| | Diğer | 7,57±4,13 | |
| İkamet | Şehir | 7,32±6,27 | 0,233 |
| | İlçe | 6,76±4,24 | |
| | Köy | 8,24±3,94 | |
| Maddi durum | Kötü | 8,49±4,11 | 0,129 |
| | Orta | 6,86±5,40 | |
| | İyi | 6,97±5,04 | |
| Öyku | Var | 7,70±5,38 | 0,326 |
| | Yok | 7,18±6,40 | |
| Yaş | | -0,027±0,03* | 0,372 |
| Eğitim | | -0,067±0,08* | 0,410 |

* Kovaryans analizi sonucunda elde edilen regresyon katsayısı (β)± SD

4.5.5. Cinsel istismar ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Dul olanların Cinsel istismar ortalaması evli ve bekâr olanların ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla p değerleri 0,004; 0,015).

Cinsel istismar ortalamaların bakımından meslek grupları karşılaştırılması sonucunda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (p=0,011). Farklılıklar detaylı olarak incelendiğinde işçilerin Cinsel istismar ortalaması memurlardan anlamlı derecede

yüksek bulunmuştur (p=0,016). Ancak diğer meslek grupları arasından Cinsel istismar puanları bakımından anlamlı farklılık gözlenmemiştir (her biri için p>0,05).

Tablo 18: Cinsel istismar ortalamaları bakımından gruplar ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

| Etken | Kategori | Cinsel istismar | |
|--------------|------------------------|-----------------|--------------|
| | | Ortalama±SD | p |
| Grup | Somatizasyon Bozukluğu | 7,02±3,36 | 0,281 |
| | Fibromiyalji | 6,45±3,55 | |
| | Kontrol | 6,35±3,99 | |
| Cinsiyet | Kadın | 6,70±4,36 | 0,683 |
| | Erkek | 6,51±2,83 | |
| Medeni durum | Evli | 5,80±3,90 | 0,006 |
| | Bekâr | 5,74±3,16 | |
| | Dul | 8,27±2,35 | |
| Meslek | Memur | 5,85±3,38 | 0,011 |
| | İşçi | 8,21±2,80 | |
| | Evhanımı | 6,61±4,59 | |
| | Öğrenci | 5,48±2,78 | |
| | Diğer | 6,87±2,77 | |
| İkamet | Şehir | 6,74±4,20 | 0,849 |
| | İlçe | 6,60±2,84 | |
| | Köy | 6,47±2,64 | |
| Maddi durum | Kötü | 6,93±2,75 | 0,636 |
| | Orta | 6,42±3,62 | |
| | İyi | 6,46±3,37 | |
| Öyku | Var | 6,84±3,61 | 0,186 |
| | Yok | 6,37±4,28 | |
| Yaş | | -0,02±0,02* | 0,327 |
| Eğitim | | 0,09±0,05* | 0,101 |

* Kovaryans analizi sonucunda elde edilen regresyon katsayısı (β) ± SD

Tablo 19: CTQ ölçeğinin alt boyutları bakımından gruplar arası karşılaştırılması

| Etken | | Duygusal ihmal | | Duygusal istismar | | Fiziksel ihmal | | Fiziksel istismar | | Cinsel istismar | |
|--------------|-----------------------|----------------|------------------|-------------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|-------|-----------------|--------------|
| | Kategori | Ortalama±SD | p | Ortalama±SD | p | Ortalama±SD | p | Ortalama±SD | p | Ortalama±SD | p |
| Gruplar | SomatizasyonBozukluğu | 13,75±7,76 | <0,001 | 9,81±5,87 | 0,032 | 8,93±4,70 | 0,048 | 7,37±5,011 | 0,651 | 7,02±3,36 | 0,281 |
| | Fibromiyalji | 14,31±8,21 | | 9,28±6,22 | | 9,23±4,98 | | 7,79±5,30 | | 6,45±3,55 | |
| | Kontrol | 9,65±9,22 | | 7,50±6,99 | | 7,54±5,59 | | 7,17±5,96 | | 6,35±3,99 | |
| Cinsiyet | Kadın | 12,04±10,08 | 0,341 | 8,87±7,64 | 0,981 | 8,56±6,11 | 0,977 | 7,29±6,51 | 0,682 | 6,70±4,36 | 0,683 |
| | Erkek | 13,10±6,55 | | 8,85±4,96 | | 8,58±3,97 | | 7,59±4,23 | | 6,51±2,83 | |
| Medeni durum | Evli | 12,32±9,01 | 0,212 | 8,71±6,83 | 0,649 | 8,28±5,47 | 0,666 | 7,26±5,82 | 0,564 | 5,80±3,90 | 0,006 |
| | Bekâr | 10,91±7,31 | | 8,22±5,54 | | 8,20±4,43 | | 6,82±4,72 | | 5,74±3,16 | |
| | Dul | 14,48±5,44 | | 9,67±4,13 | | 9,22±3,30 | | 8,24±3,51 | | 8,27±2,35 | |
| Meslek | Memur | 12,65±7,81 | 1 | 8,80±5,91 | 0,908 | 8,54±4,73 | 0,095 | 7,66±5,04 | 0,972 | 5,85±3,38 | 0,011 |
| | İşçi | 12,31±6,48 | | 9,05±4,91 | | 9,49±3,92 | | 7,00±4,18 | | 8,21±2,80 | |
| | Evhanımı | 12,59±10,6 | | 9,21±8,03 | | 7,65±6,43 | | 7,21±6,85 | | 6,61±4,59 | |
| | Öğrenci | 12,68±6,42 | | 7,94±4,86 | | 8,09±3,89 | | 7,79±4,14 | | 5,48±2,78 | |
| | Diğer | 12,62±6,40 | | 9,32±4,85 | | 9,05±3,88 | | 7,57±4,13 | | 6,87±2,77 | |
| İkamet | Şehir | 13,34±9,71 | 0,395 | 8,68±7,36 | 0,901 | 8,80±5,89 | 0,459 | 7,32±6,27 | 0,233 | 6,74±4,20 | 0,849 |
| | İlçe | 12,33±6,57 | | 8,99±4,98 | | 8,91±3,98 | | 6,76±4,24 | | 6,60±2,84 | |
| | Köy | 12,04±6,10 | | 8,93±4,62 | | 7,98±3,70 | | 8,24±3,94 | | 6,47±2,64 | |
| Maddi durum | Kötü | 12,60±6,37 | 0,376 | 10,06±4,83 | 0,143 | 9,21±3,86 | 0,138 | 8,49±4,11 | 0,129 | 6,93±2,75 | 0,636 |
| | Orta | 13,12±8,36 | | 8,48±6,33 | | 8,65±5,075 | | 6,86±5,40 | | 6,42±3,62 | |
| | İyi | 11,99±7,79 | | 8,06±5,91 | | 7,84±4,72 | | 6,97±5,04 | | 6,46±3,37 | |
| Öykü | Var | 12,58±8,33 | 0,984 | 8,91±6,32 | 0,876 | 8,65±5,05 | 0,743 | 7,70±5,38 | 0,326 | 6,84±3,61 | 0,186 |
| | Yok | 12,56±0,94 | | 8,82±7,51 | | 8,49±6,00 | | 7,18±6,40 | | 6,37±4,28 | |

4.6. Her bir Çalışma Grubu için (SB, FMS, Kontrol) CTQ toplam puanı, CTQ 5 alt ölçek puanı, Minimizasyon puanı ve DIS-Q Ölçek Puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Aşağıdaki tabloda her bir grup için ayrı ayrı 5 alt ölçek puanları, toplam CTQ puanı, minimizasyon ve DIS-Q ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi sonucunda elde edilen korelasyon katsayısı (r) ve korelasyon katsayıların anlamlılığı test etmede kullanılan p değerleri yer almaktadır. Diğer değişkenler içinde p ve r değerlerine bakılarak benzer yorumlamalar yapılabilir.

Somatizasyon Bozukluğu olanlarda;

Tablo incelendiğinde Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda Duygusal ihmal puanı yükseldikçe, Duygusal istismar, Fiziksel ihmal, Fiziksel istismar, Cinsel istismar, Toplam CTQ puanı, DIS-Q puanlarında anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir ve bu ilişkilerin derecesi orta düzeydedir. Ancak minimizasyon puanı arttıkça Duygusal ihmal puanının anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ve bu ilişki orta düzeydedir ($r=-0,363$; $p=0,004$).

Duygusal ihmal ile Duygusal istismar puanları arasında anlamlı orta düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,001$ $r=0,415$).

Duygusal ihmal ile Fiziksel ihmal puanları arasında anlamlı orta düzeyde (+) bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,615$).

Duygusal istismar- Fiziksel ihmal puanları arasında anlamlı orta düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,001$ $r=0,428$).

Duygusal ihmal - Fiziksel istismar arasında anlamlı orta-düşük düzey (+) yönde bir ilişki vardır ($p=0,017$ $r=0,307$).

Duygusal istismar-Fiziksel istismar arasında anlamlı orta düzey (+) yönde bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,569$).

Fiziksel ihmal-Fiziksel istismar arasında anlamlı orta düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,001$ $r=0,407$).

Duygusal ihmal-Cinsel istismar arasında anlamlı orta-düşük düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,006$ $r=0,351$).

Duygusal istismar-Cinsel istismar arasında anlamlı orta düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,001$ $r=0,412$).

Fiziksel ihmal-Cinsel istismar arasında anlamlı orta düzey (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r = 0,522).

Fiziksel istismar-Cinsel istismar arasında anlamlı orta düzey (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,597).

Duygusal ihmal-Minimizasyon arasında orta-düşük düzey (-) bir ilişki vardır

(p=0,004 r = -0,363)

Fiziksel ihmal-Minimizasyon arasında düşük düzey (-) bir ilişki vardır

(p=0,031 r = -0,279)

Duygusal ihmal-Toplam CTQ Puanı arasında güçlü (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,786).

Duygusal istismar-Toplam CTQ Puanı arasında güçlü (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,764).

Fiziksel ihmal-Toplam CTQ Puanı arasında güçlü (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,787).

Fiziksel istismar-Toplam CTQ Puanı arasında güçlü (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,705).

Cinsel istismar-Toplam CTQ Puanı arasında güçlü (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,700).

Duygusal ihmal-DİS-Q arasında orta-düşük (+) bir ilişki vardır (p=0,015 r =0,313).

Duygusal istismar-DİS-Q arasında orta düzey (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,528).

Fiziksel ihmal-DİS-Q arasında orta düzey (+) bir ilişki vardır (p=0,001 r =0,404).

Fiziksel istismar-DİS-Q arasında zayıf-orta (+) bir ilişki vardır (p=0,011 r =0,327).

Cinsel istismar-DİS-Q arasında orta düzey (+) bir ilişki vardır

(p=0,001 r =0,409).

Toplam CTQ Puanı –DİS-Q arasında orta düzey (+) bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,524).

Fibromiyalji olanlarda ;

FMS olan hastalarda Duygusal ihmal puanı arttıkça Duygusal istismar, Fiziksel ihmal, Fiziksel istismar, Toplam CTQ Puanı, DIS-Q puanları anlamlı derecede artmış olup bu ilişkilerin derecesi orta düzeydedir. Minimizasyon

puanı arttıkça Duygusal ihmal ve Fiziksel ihmal puanları anlamlı derecede azalmaktadır ve bu ilişkiler orta düzeydedir.

Duygusal ihmal-Duygusal istismar arasında orta-güçlü (+) bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,696$).

Duygusal ihmal-Fiziksel ihmal arasında orta-güçlü (+) yönde bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,695$).

Duygusal istismar-Fiziksel ihmal arasında orta düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,496$).

Duygusal ihmal-Fiziksel istismar arasında orta düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,547$).

Duygusal istismar-Fiziksel istismar arasında güçlü (+) yönde bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,702$).

Fiziksel ihmal-Fiziksel istismar arasında orta düzey (+) bir ilişki vardır ($p=0,001$ $r=0,428$).

Duygusal ihmal-Minimizasyon puanları arasında orta düzey (-) yönde bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=-0,525$).

Fiziksel ihmal-Minimizasyon puanları arasında orta düzey(-) yönlü bir ilişki vardır ($p=0,001$ $r=-0,434$).

Duygusal ihmal-Toplam CTQ Puan arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000$).

Duygusal istismar-Toplam CTQ Puanı arasında (+) yönde güçlü bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,858$).

Fiziksel ihmal-Toplam CTQ Puan arasında (+) yönde güçlü bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,776$).

Fiziksel istismar-Toplam CTQ Puan arasında (+) yönde güçlü bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=0,771$).

Cinsel istismar-Toplam CTQ Puanı arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,018$ $r=0,305$).

Minimizasyon-Toplam CTQ Puanları arasında (-) (ters) yönde orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r=-0,441$).

Duygusal ihmal-DIS-Q arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,006$ $r=0,351$).

Duygusal istismar-DIS-Q arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır

($p=0,002$ $r =0,388$).

Fiziksel ihmal-DIS-Q arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır

($p=0,008$ $r =0,340$).

Cinsel istismar-DIS-Q arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır

($p=0,012$ $r =0,323$)

Toplam CTQ Puanı -DIS-Q puanları arasında (+) yönde orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,001$ $r =0,404$.)

Kontrol Grubunda;

Duygusal ihmal-Duygusal istismar arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,002$ $r =0,372$).

Duygusal ihmal-Fiziksel ihmal arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,002$ $r =0,365$).

Duygusal istismar-Fiziksel ihmal arasında (+) yönde orta düzeyu bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r =0,509$).

Duygusal ihmal-Fiziksel istismar arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,007$ $r =0,319$).

Duygusal istismar-Fiziksel istismar arasında (+) yönde orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r =0,518$).

Fiziksel ihmal-Fiziksel istismar arasında (+) yönde zayıf- orta düzey bir ilişki vardır ($p= 0,011$ $r =0,304$).

Duygusal istismar-Cinsel istismar arasında (+) yönde orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r =0,565$).

Fiziksel ihmal-Cinsel istismar arasında (+) yönde orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r =0,512$).

Fiziksel istismar-Cinsel istismar arasında (+) yönde orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r =0,410$).

Duygusal ihmal-Minimizasyon puanları arasında (-) (ters) yönde orta düzey bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r = - 0,466$).

Duygusal ihmal-Toplam CTQ Puanı arasında (+) yönde güçlü bir ilişki vardır ($p=0,000$ $r =0,705$).

Duygusal istismar-Toplam CTQ Puanı arasında (+) yönde güçlü bir ilişki vardır

(p= 0,000 r =0,793).

Fiziksel ihmal-Toplam CTQ Puan arasında (+) yönde güçlü bir ilişki vardır

(p=0,000 r =0,706).

Fiziksel istismar-Toplam CTQ Puanı arasında (+) (aynı) yönde güçlü bir ilişki vardır (p= 0,000 r =0,715).

Cinsel istismar-Toplam CTQ Puanı arasında (+) yönde orta-güçlü yönde bir ilişki vardır (p=0,000 r =0,671).

Minimizasyon-Toplam CTQ Puanları arasında (-) (ters) yönde zayıf-orta bir ilişki vardır (p=0,003 r = - 0,351).

Duygusal istismar-DIS-Q puanları arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır (p=0,001 r =0,386).

Fiziksel ihmal-DIS-Q puanları arasında (+) yönde zayıf bir ilişki vardır

(p=0,036 r =0,253).

Fiziksel istismar-DIS-Q puanları arasında (+) yönde zayıf-orta bir ilişki vardır

(p=0,003 r =0,356).

Cinsel istismar-DIS-Q puanları arasında (+) yönde zayıf-orta düzey bir ilişki vardır (p=0,004 r =0,346).

Toplam CTQ Puan –DIS-Q puanları arasında (+) zayıf-orta düzey bir ilişki vardır

(p= 0,001 r =0,396).

Tablo 200: Somatizasyon Bozukluğu olanlar ayrı ayrı 5 alt ölçek puanları, toplam CTQ puanı, minimizasyon ve DIS-Q ölçek puanları arasındaki ilişkileri

| Somatizasyon Bozukluğu Olanlar (n:60) | Grup | | Distismar | Fihmal | Fistismar | Cistismar | Minimizasyon | TopPuan CTQ | DIS-Q |
|---------------------------------------|----------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | Duygusal ihmal | r | | .415 | .615 | .307 | .351 | -.363 | .786 |
| | p | | .001 | .000 | .017 | .006 | .004 | .000 | .015 |
| Duygusal istismar | r | | | .428 | .569 | .412 | .006 | .764 | .528 |
| | p | | | .001 | .000 | .001 | .962 | .000 | .000 |
| Fiziksel ihmal | r | | | | .407 | .522 | -.279 | .787 | .404 |
| | p | | | | .001 | .000 | .031 | .000 | .001 |
| Fiziksel istismar | r | | | | | .597 | .080 | .705 | .327 |
| | p | | | | | .000 | .545 | .000 | .011 |
| Cinsel istismar | r | | | | | | .27 | .700 | .409 |
| | p | | | | | | .840 | .000 | .001 |
| Minimizasyon | r | | | | | | | -.182 | -.090 |
| | p | | | | | | | .164 | .493 |
| Toplam Puan CTQ | r | | | | | | | | .524 |
| | p | | | | | | | | .000 |

Tablo 21: Fibromiyalji hastaları için ayrı ayrı 5 alt ölçek puanları, toplam CTQ puanı, minimizasyon ve DIS-Q ölçek puanları arasındaki ilişkileri

| Grup | | | Distimar | Fihmal | Fistimar | Cistimar | Minimizasyon | TopPuan CTQ | DISQ |
|-------------------------------|-------------------|---|-------------|--------------|-------------|----------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | | | | | |
| Fibromiyalji hastaları (n:60) | Duygusal ihmal | r | .696 | .695 | .547 | .188 | -.525 | | .351 |
| | | p | .000 | .0000 | .000 | .151 | .000 | .000 | .006 |
| | Duygusal istismar | r | | .496 | .702 | .146 | -.212 | .858 | .388 |
| | | p | | .000 | .000 | .267 | .103 | .000 | .002 |
| | Fiziksel ihmal | r | | | .428 | .219 | -.434 | .776 | .340 |
| | | p | | | .001 | .092 | .001 | .000 | .008 |
| | Fiziksel istismar | r | | | | .054 | -.235 | .771 | .167 |
| | | p | | | | .680 | .070 | .000 | .202 |
| | Cinsel istismar | r | | | | | -.160 | .305 | .323 |
| | | p | | | | | .221 | .018 | .012 |
| | Minimizasyon | r | | | | | | -.441 | .035 |
| | | p | | | | | | .000 | .794 |
| | Toplam Puan CTQ | r | | | | | | | .404 |
| | | p | | | | | | | .001 |

Tablo 222:Kontrol grubu için ayrı ayrı 5 alt ölçek puanları, toplam CTQ puanı, minimizasyon ve DIS-Q ölçek puanları arasındaki ilişkileri

| Grup | | | Distimar | Fihmal | Fistimar | Cistimar | Minimizasyon | Top Puan CTQ | DISQ |
|----------------|-------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | | | | | | | | | |
| Kontrol (n:69) | Duygusal ihmal | r | .372 | .365 | .319 | .179 | -.466 | .705 | .150 |
| | | p | .002 | .002 | .007 | .142 | .000 | .000 | .218 |
| | Duygusal istismar | r | | .509 | .518 | .565 | -.182 | .793 | .386 |
| | | p | | .000 | .000 | .000 | .134 | .000 | .001 |
| | Fiziksel ihmal | r | | | .304 | .512 | -.088 | .706 | .253 |
| | | p | | | .011 | .000 | .474 | .000 | .036 |
| | Fiziksel istismar | r | | | | .410 | -.193 | .715 | .356 |
| | | p | | | | .000 | .113 | .000 | .003 |
| | Cinsel istismar | r | | | | | -.201 | .671 | .346 |
| | | p | | | | | .097 | .000 | .004 |
| | Minimizasyon | r | | | | | | -.351 | -.022 |
| | | p | | | | | | .003 | .856 |
| | Toplam Puan CTQ | r | | | | | | | .396 |
| | | p | | | | | | | .001 |

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda SB olan hastaların yaş ortalaması 36,3 yıl şeklindeydi. SB genellikle 30-35 yaşlar öncesinde başlamakta ilk belirtilerin görülmesi gençlik çağlarına kadar uzanmaktadır. Perley ve ark. çoğu vakada semptomların adolesan dönemde başladığını ve tanı kriterlerinin 20 yaşında tamamlandığını ileri sürmüşlerdir (216). Bu şekilde SB grubumuzdaki yaş ortalaması genel epidemiyolojiyle uyumlu görülmektedir.

FMS grubunda yaş ortalaması 39,3 yıl şeklindeydi. Makela ve ark., Farooqi ve ark. çalışmalarında FMS belirtilerinin 40-60 yaşlarında daha sık ortaya çıktığını, toplumda sıklığın yaşla birlikte arttığını, başlıca risk faktörlerinin kadın olmak, boşanmış olmak, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyi olduğunu ileri sürmüşlerdir (217,218). Bizim FMS grubumuzda ise yaş ortalaması genel epidemiyolojiyle kısmen uyumlu olsa da (beklenenin alt sınırında), SB grubuna benzer şekilde daha genç yaş grubuydu. Bunun sebebi, hastaların ardışık alınması olabilir ya da işlevselliğin etkilendiği hastalıkta genç hastalardan gerek iş gerekse ev-aile hayatında işlevsellik beklentisi yaşlılara göre daha fazla olacağından gençlerin daha sık tedavi arayışı olabilir.

SB olanların %83,3'ü kadın, %16,7'si erkekti. Özenli, Türkiye'de 2008-2009 yılında yapılan epidemiyolojik bir çalışmada SB'nin genel popülasyonda % 0,3-2,9'u bulunduğunu, kadınlarda bu oranın %1-5 gibi yüksek değerlere ulaştığını ileri sürmüştür. Erkek / kadın oranı ise 1/20 şeklinde bulunmuştur (219). Hollifield (2005), epidemiyolojik açıdan daha az eğitilmiş ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda SB sıklığının arttığı ve kadınlarda erkeklerden 5-20 kat daha sık görüldüğünü ileri sürer (39). Bizdeki oran 1/5 olup belirgin kadın hakimiyeti vardır. Örneklemimiz homojenize olmadığı ve toplum evrenini tam olarak temsil etmediğinden böyle bir oran olabilir.

Makela ve Farooqi FMS tanısı alan hastaların %80-90'ını kadınların oluşturduğunu ileri sürerler (217, 218). Bizde de FMS tanısı alanların %96,7'si kadın, %3,3'ü erkekti. Bu da literatür bilgisiyle uyumlu idi. Aynı yazarlar FMS

için boşanmış olmanın risk faktörleri arasında olduğunu ileri sürmüşlerdi (217, 218). Mai (2004) SB için risk faktörleri arasında evlenmemiş olmanın olduğundan bahseder (40). Bizim çalışma grubumuzun toplamda 2/3'ünü evli olanlar oluşturuyordu. Gerek FMS gerekse SB tanısı almış hastaların çoğunluğu evli idi. Oranlar da birbirine benzerdi. FMS grubunda dul oranı diğer her iki gruptan fazla idi. Gruplar arasında bekar oranı en yüksek kontrol grubunda, ama SB'da FMS'den daha yüksek idi. Boşanmış ya da dul olma oranı ise FMS grubunda diğer gruplardan daha yüksekti. FMS için bekar ve dul olanların oranı eşitti (%8,3). Hastaların çoğunluğunun evli olması işlevsellik azalması nedeniyle evlilikte, evde sorunlar ortaya çıkıp, tedavi arayışının artışıyla ilgili olabilir.

Sheehan (1999) somatizasyonu, psikososyal stresorlerle ilişkili olabilen fiziksel semptomların yaşanması ve ifade edilmesi şeklinde tanımlamıştır (222). Sosyoekonomik düzey düşüklüğü de psikososyal stresörleri artırıcı bir faktör sayılabilir. Noll-Hussong'a göre (2012), somatoform bozukluklarda bedensel duyuların algılanması kadar yorumlanması, bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepkiler geliştirilmesi de hastalık sürecinde önemli rol oynamaktadır (223). Bedensel duyuların algılanması da eğitim, modelleme gibi faktörlerden etkilenecektir. Mai'ye göre (2004), anne-babada madde kullanım öyküsü, ebeveynlerdeki antisosyal kişilik özellikleri, kırsal bölgede yaşıyor olma, evlenmemiş olma, hasta bir aile bireyiyle geçirilen çocukluk dönemi de SB geliştirme için risk faktörlerindedir (40). Gentry ve ark. düşük sosyoekonomik düzey sınıflarda somatizasyonun daha sık görüldüğü öne sürmüşlerdir (27). Somatizasyon ile etnik yapı, düşük sosyal sınıf, düşük eğitim düzeyi ve kadın cinsiyet arasında yüksek ilişki düzeyleri başka çalışmalarda da (Kroenke 1998, Escobar 1989) vurgulanmıştır (47, 223). Bucci (1997) ve Rief (1999)'e göre Nöropsikolojik testler, somatizasyonun bilgi işleme defisitleriyle beraber olduğunu göstermektedir (24, 25). Kingma ve ark. (2009), Eğitim ve kültür / alt kültürün önemli faktörler olup, zeka düzeyi ile fonksiyonel somatik belirti sayısı arasında ters bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (26). Zeka düzeyi kişinin genetiği ve biyolojik yapısıyla ilişkilidir. Bizim çalışmamızda SB grubunun en büyük kısmını ev hanımları, en az kısmını öğrenciler oluşturuyordu. İşçi oranı SB'de FMS'den daha yüksekti. FMS grubunun da en büyük kısmını SB'deki gibi ev hanımları

oluşturmakta olup, hiç öğrenci yoktu. Meslek dağılımı açısından SB ve FMS örneklemi benzerdi denebilir. SB grubunun çoğunluğu şehirde ikamet etmekte, en az oran köyde idi. FMS grubunun % 63,3'ü şehir, % 21,7'si ilçe, %15,0'i köylerde ikamet etmekteydi. FMS grubunda da çoğunluk şehirlerde ikamet etmekte ve yine en az kesim köylerde ikamet etmekteydi. Şehirde yaşama, belki stres faktörlerini artırabileceği gibi, tedaviye ulaşım kolaylığı ya da sağlıkla ilgili beklentilerin yüksek olması sebebiyle başvuru oranını da artırabilir.

Düzce ili 2013 sonu verilerine göre nüfusun %59,8'i şehirde, %40,2'si köyde yaşamaktadır (225). SB ve FMS dağılımı bu verilerle uyumlu görünmektedir.

Eğitim yılı açısından gruplar arası anlamlı farklılık görülmüştür. Barsky, somatizasyon bozukluğu sıklığının sosyoekonomik ve eğitim düzeyi ile ters orantılı olduğunu bildirmektedir (15). Daha az eğitilmiş ve sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde SB daha sıktır (192).

FMS hastalarının eğitim yılı ortalaması 5,81 olup, eğitim düzeyi düşüktü. Zaten Makela ve Farooqi çalışmalarında FMS için başlıca risk faktörlerinin kadın olmak, boşanmış olmak, düşük eğitim ve düşük gelir düzeyi olduğunu ileri sürmüşlerdir (217, 218). Bizim sonuçlarımıza göre eğitim düzeyi ortalaması FMS ve SB'da düşük olup, FMS grubu için daha düşüktür.

SB grubunun çoğu maddi düzeyini orta olarak tanımlıyordu. FMS grubu da genelde maddi düzeyini orta olarak tanımlıyordu. FMS grubu ve SB grubu dağılımı açısından benzer ve kontrol grubundan farklı görünmekteydiler. Maddi durumun kötü olması sosyoekonomik düzeyin düşük olması, fiziksel şartların yetersizliği anlamına gelip, fiziksel ya da duygusal ihmal sebebi olabilir. Bu da çocukluk travmasına bağlı olarak disosiyatif yaşantılara sebep olabilir, DB riskini ortaya çıkarabilir. Çalışmamızda maddi durumunu kötü olarak tanımlayanların DIS-Q ortalama puanı iyi olarak tanımlayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Maddi durumla ilgili olumsuz algı arttıkça DIS-Q değerleri artmakta, ama hiçbirisinde DB (yani 2,5 ve üzeri) değerlerine ulaşmamaktaydı. Yani disosiyatif yaşantılar ya da semptom düzeyinde seyretmekteydi. Ancak genel puan düzeyleri her üç grup için de yüksek denebilecek düzeylerdeydi. Çalışmamızı sosyoekonomik açıdan değerlendirmeye çalışırsak; ortalama eğitim yılı açısından SB ve FMS grubu ortalamaları ilköğretim ya da ilköğretim düzeyine karşılık gelmekte olup eğitim

düzeylerinin orta-düşük olduğu söylenebilir. Meslek dağılımı olarak, hem SB grubu, hem de FMS grubunun yarısını ev hanımları oluşturuyordu. Her iki grup için geri kalan diğer yarıyı memur, işçi, diğer meslekler (emekli, serbest meslek) oluşturuyordu. Bu açıdan SB ve FMS benzerdi. Maddi durum algısını, SB için yaklaşık 3/4'ü orta ve kötü ve FMS için 2/3'ü orta ve kötü olarak tarifliyordu. Maddi durumlarını kötü olarak tanımlayanlarda muhtemelen sosyoekonomik düzey düşük olup, beraberinde travmatik yaşantı, duygusal ve fiziksel ihmal riskinin arttığı hasta gruplarına işaret ediyor olabilir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü SB için %45, FMS için daha fazla olup %53'tü. Ailede psikiyatrik hastalık olması, düşük sosyoekonomik düzey ya da çocukluk travmaları açısından risk faktörü olabilir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların DIS-Q ortalaması olmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuş, ancak yine de DB düzeylerine ulaşmamıştır. SB ve FMS hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık (SB, FMS, DB, Anksiyete Bozukluğu, Depresif Bozukluk, Borderline/Antisosyal /Histriyonik Kişilik Bozukluğu, madde kullanımı, OKB gibi) görülme sıklığı artmış olduğundan, psikiyatrik hastalığı olan ebeveynler ya da diğer aile bireyleri çocukları ihmal ya da istismar edebilir. Dolayısıyla çocukluk travmalarına maruz kalmış olanlarda DIS-Q değerinin de yüksek olması beklenebilir. Yaş arttıkça DIS-Q değeri de anlamlı derecede azalmaktadır. Bir başka ifadeyle yaşı küçük olan bireylerin DIS-Q puanı anlamlı derecede daha yüksektir. Çocukluk çağı travmaları açısından ya da başka travmalar için belirli bir sürenin geçmiş olması varsa travmanın akut etkilerinin azalması ya da yaşla birlikte baş etme yeteneklerinin, olgun savunma düzeneklerinin gelişmesi, travmaya uyum ile ilişkilendirilebilir. Bu sonuç kontrol grubundan ziyade özellikle FMS ya da SB tanılı hastalar açısından önemlidir.

Maaranen ve ark. (2004), 1739 kişiden oluşan çalışmalarında, genel Finlandiya toplumu için ölçülen yüksek düzey (ağır) somatoform disosiyasyon prevalansını %9,4 buldular. Çalışmalarında işsizlik, azalmış çalışma kabiliyeti, kötü mali durum ağır somatoform disosiyasyonla ilişkili idi. Ağır somatoform disosiyasyonun kötü çocukluk deneyimlerinden fiziksel cezalandırma ile güçlü ilişkisi vardı. Ağır somatoform disosiyasyon ihtimali ayrıca ebeveynleriyle iletişimleri kötü olan erkeklerle, çocukluklarında evlerinde alkol kötüye kullanımı olan kadınlar arasında da artmaktaydı. Sonuçta kötü çocukluk deneyimlerinin

sayısının artışıyla ağır somatoform bozukluk arasında güçlü düzeyde bir ilişki tesbit edilmiştir. Çocukluk travması psikolojik disosiyasyonla ilişkili olmasına rağmen, travmanın, somatoform disosiyasyonun bir sonucu bile olabileceğine dair kanıtlar olduğu ileri sürülmüştür (226). Bizim çalışmamızda da ailede psikiyatrik hastalık oranının hem FMS’de hem SB’de fazla olması aile içi çocukluk ihmal ya da istismarlarını, işsizlik oranını artırabilir ve dolayısıyla ekonomik durumu da olumsuz etkileyebilir. Kötü çocukluk deneyimleri de somatoform disosiyasyon sebebi olabilir. Ancak bizim çalışmamızdaki ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda dissosiyatif yaşantılar hastalık ya da bozukluk düzeyine ulaşmıyordu.

Smith ve ark.’na göre (1994) pozitif aile öyküsü; etkilenen hastaların anne ve kız kardeşlerinin %10-20’sinde mevcuttur; eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde %29, çift yumurta ikizlerinde %10’dur (195). Bizde oranın yüksek gelme sebebi her tür psikiyatrik hastalığı pozitif bildirim saymamız, ağırlı hastalık sorguladığımızda romatizmal hastalıkların da psikiyatrik hastalıkla karıştırılarak var şeklinde cevap verilebileceği sebepleriyle olabilir. SB’un etiolojisinde başlıca psikososyal ve biyolojik (organik, genetik) etkenler sorumlu tutulmaktadır. Sigvardsson ve ark. (1984) yaptıkları çalışmada, evlat edinilmiş kadınlarda somatizasyonun arttığı ve evlat edinen ailelerin psikotik ve suç içeren davranış gösterme derecelerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (227). Craig ve ark. 1994’de SB’a sekonder kazanç ve stresli yaşam olaylarının eşlik ettiğini göstermişlerdir (52). Pozitif aile öyküsü, hastaların anne-kızkardeşlerinde %10-20’sinde mevcut olup, ailesel kümelenme genetik olduğu kadar çevresel de olabilir (195). Bizim çalışmamızda da SB’da aile öyküsü %45 oranındaydı. Aynı zamanda Cloninger ve ark.’na göre SB’lu kadınların babalarının büyük olasılıkla antisosyal kişilik bozukluğu ya da özellikleri olduğu (228) ve böyle ailelerde fiziksel ve cinsel istismar riskinin yüksekliği gözden kaçmamalıdır. Ataman ve ark.’na göre (2012) FMS’li hastaların 1. derece yakınlarında, RA hastalarının yakınlarına göre 8,5 kat daha fazla FMS görülür (220). Pellegrino ve arkadaşları (1989) FMS’li hastaların ailelerini incelemişler; FMS sıklığı %52 olarak saptanmış ve otozomal dominant bir geçiş olduğunu öne sürmüşlerdir (221). Bizim FMS grubumuzda da aile öyküsü çoğunlukta (%53,3). Buskila ve ark. (2006) FMS ve benzeri somatik belirtilerle seyreden sendromlarda etiopatolojide genetik ve

çevresel faktörlerin rol oynayabileceğini ileri sürmüşlerdir (69). Çalışmamızda aile öyküsü olanlarda ortalama DIS-Q puanı $2,38 \pm 1,14$, ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlarda DIS-Q ortalaması $2,10 \pm 1,36$ şeklindeydi. Ailede psikiyatrik hastalık olması; şayet ebeveynde psikiyatrik hastalık durumu varsa, tedavi alınmamışsa, çocukluk ihmal ve istismarlarına veya travmatik kaotik yaşantılara kişiyi açık hale getirebilir. Al-Eithan ve ark. (2013) çalışmalarında Suudi Arabistan'daki özürlü çocukların annelerinin kontrollere göre anlamlı düzeyde daha fazla dissosiyatif deneyimler gösterdiğini tesbit ettiler ve onların anksiyete ve depresyonlarıyla bu durumun ilişkili olduğunu belirttiler. Dissosiyatif belirtiler gösteren anneler dissosiyatif süreçte dürtüsel olabilir, davranış bozukluğu gösterebilir, çocuğunu istismar edebilir. Bu da özürlü çocuk annelerinin çocuklarına fiziksel ve duygusal istismar uygulayabilmeleri gerçeğiyle örtüşür. Ancak, çalışmada dissosiyasyonla çocuğun ve annenin yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (230).

Sack ve ark. (2010) 240 psikosomatik poliklinik hasta grubunda tutarlı beden imajı için yaptıkları bir çalışmada cinsel travmaya uğramış, hem erkek hem de kadın hastalarda, hiç bir cinsel veya diğer bir travmaya maruz kalmamış hastalarla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha fazla somatoform ve daha fazla dissosiyatif belirti saptamışlar, cinsel travma mağdurlarının, cinsel olmayan travma veya hiç bir travması olmayan hastalara kıyasla, kendi vücudunu olumsuz algılamayı içeren daha karmaşık bir semptom paternine sahip olduklarını ileri sürmüşlerdir (231).

Çalışmamızda FMS'de DIS-Q ortalaması $2,47 \pm 1,13$ olup kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekken, Dissosiyatif Bozukluk (DB) düzeyine ulaşmamıştı (2,5 ve üzeri değerler DB lehine olarak değerlendirilir). SB için ise DIS-Q ortalaması $2,32 \pm 1,06$ olup kontrol grubuyla arasında anlamlı fark yoktu. Dissosiyatif yaşantılarla travmatik yaşantılar arasındaki pozitif ilişki dikkate alınacak olursa, bu sonucun FMS etiolojisindeki travmatik yaşantılara vurgu yaptığı ve etiolojik açıdan FMS etiolojisinde travmatik yaşantıların SB'ye göre daha önemli olduğu anlamına gelebilir veya SB'ye göre FMS'de daha fazla DB birlikteliği görülebileceği anlamına gelebilir. Sherman ve ark.(2000) fibromiyalji tanısı ile izlenen 93 hastanın 52'sinde (%56.0) Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) benzeri belirtiler saptadılar (232). Amital ve ark.'nın (2006) 55 TSSB, 20

majör depresyon ve 49 kontrol olmak üzere toplam 124 vaka ile yaptıkları bir çalışmada; TSSB hastalarının %49'u ACR'nin fibromiyalji için tanı kriterlerini karşılamış, bu oran majör depresyon grubunda %5'te kalmıştır. Yazarlar TSSB ve fibromiyalji arasında oldukça yüksek bir ilişki olduğunu vurgulamışlardır (233). Ablin ve ark. (2008) başa çıkma yöntemlerini araştırdıkları çalışmalarında ise TSSB olan fibromiyaljili hasta grubunun başa çıkma yöntemlerinden supresyonu, TSSB olmayan diğer gruba göre anlamlı olarak daha fazla kullandıklarını bulmuşlardır (234). Servan-Schreber ve ark.'na göre (2000), somatizasyonlu hastalar, diğer psikiyatrik durumlardaki hastalara göre daha fazla disosiyatif belirtiler bildirmektedirler. Yani ağrı bildirilen yerde gözlenebilen doku hasarı olmasa da merkezi sinir sistemi doku hasarı varmış gibi davranmaktadır (190).

Semiz ve ark. (2014) FMS hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), aleksitimi ve disosiyatif semptomların yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında, travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığının FMS'de RA grubundan daha yüksek olduğunu saptanmışlardır. FMS hastalarında TSSB, aleksitimi ve disosiyatif semptomların yaygın olduğu bulunmuş, FMS hastalarında TSSB, aleksitimi ve disosiyatif semptomların değerlendirilmesinin hastalık aktivitesi ve ağrı açısından önemli olduğu sonucuna varmışlardır. Bu çalışmada fibromiyalji hastalarında tedavi stratejileri düzenlenirken psikiyatrik durumların da değerlendirilmesi gerektiği sonucu çıkarılmıştır (235). Sonuç olarak yazarlar tarafından FMS tedavi sürecinde Disosiyatif Bozukluk, TSSB varlığı sorgulanması ve tedavi düzenlenmesinde dikkate alınması gerektiği ileri sürülmüştür. Wabnitz ve ark. (2013), çalışmalarında TSSB ve DB'un klinik olarak aynı tanı kategorisi içinde sınıflandırılabilir olduğu görüşünü desteklemektedirler (236).

Gaon ve ark. (2013) Dissosiyatif belirtilerin prevalansı ve travma sonrası deneyimleri değerlendiren ayaktan yaptıkları çalışmalarında, cinsel ve çocukluk duygusal istismarın etkilerinin kurbanın hayatı boyunca şiddetli olarak kaldığını, diğer taraftan, doğal afetler ve savaş travması gibi travmatik deneyimlerin nispeten düşük yoğunlukta etkilerle seyrettiğini tesbit ettiler. Burada en önemli vurgu, daha sonraki hayatta büyük etkisi olan çocukluk travması, özellikle cinsel istismardır. Yazarlara göre çocukluk istismarının önlenmesi, erken tanı ve tedavisi uzun vadeli psikopatoloji önlemede vurgulanmalıdır (237). Bizim çalışmamızda cinsel istismar

açısından gruplar arasında fark olmayıp, duygusal istismar açısından SB hastaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek puanlar göstermekteydi. Ancak her üç grubun puanları da cinsel istismar açısından pozitif bildirim sayılacak düzeydeydi.

Bohn ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada fibromiyalji tanılı 117 hastada (%84 kadın) çocukluk çağı travmaları, somatoform, dissosiyasyon belirtileri, genel sağlık durumu ve depresyon araştırılmış. Çocukluk ve ergenlik döneminde, hastaların %20.5'i ciddi duygusal kötüye kullanım, %8.6'sı ciddi fiziksel kötüye kullanım, %12.8'i ciddi cinsel taciz, %25.6'sı ciddi duygusal ihmal ve %12.0'si ciddi fiziksel ihmal yaşantısı bildirmişlerdir. Aynı çalışmada uygulanan diğer ölçeklerle 117 FMS hastasının 54'ünün (%46,2) muhtemel bir dissosiyatif bozukluk, 112'sinin (%95,7) muhtemel bir somatoform bozukluk ve 86'sının da (%73,5) muhtemel bir depresif bozukluk tanı kriterlerini karşıladığını bulmuşlardır (159). Görüldüğü üzere SB ve FMS'de travmatik yaşantılar, çocukluk çağı travmaları hastaların hikayelerinde önem arz etmektedir. Leavitt ve arkadaşları fibromiyaljili 89 ve diğer romatizmal hastalığı olan 64 hasta ile yaptıkları çalışmada bilişsel yakınma ve dissosiyatif belirtileri, fibromiyaljili hastalarda anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır (238). Aynı yazar diğer çalışmasında fibromiyaljili hastalarda dissosiyasyon oranını diğer romatizmal hastalardan yine anlamlı olarak yüksek bulduğunu belirtmiştir (239).

Şar ve ark.'a göre dissosiyatif kimlik bozukluğu ve benzeri durumlar çocukluk çağı ruhsal travmalarının rol oynadığı psikiyatrik bozukluklar içerisinde en önde gelmektedir (240).

Park ve ark. (2014) 18-74 yaş arasındaki 6027 denekle yaptıkları bir çalışmada; çocukluk çağında birden çok türde potansiyel travmatik olaya maruz kalmanın, tek bir türde potansiyel travmatik olaya maruz kalmaya göre anlamlı bir oranda obsesif-kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk gibi hastalıklara yol açtığını ve yorgunluk ve ağrı ile de ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir (241). Bizim çalışmamızda toplam çocukluk travma ölçeği puanları hem SB için, hem de FMS için kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı ve yüksekti. SB için Toplam CTQ Puan ortalaması $46,89 \pm 20,36$, FMS için Toplam CTQ puan ortalaması $47,08 \pm 21,55$, (35 üzeri) bulunmuştur.

Filippon ve ark. (2013) çocukluk çağı travması öyküsünün, FMS'li yetişkin kadınlarda işlev kaybı ile ilgili olup olmadığının araştırıldığı bir çalışmada çocukluk travmasının FMSli erişkin kadınlarda işlevsellik kaybı ile klinik olarak önemli bir ilişki göstermediği, ancak komorbid depresyonu olmayan katılımcılar arasındaki ilişkinin belirgin olduğu gösterilmiştir (242). Depresyon birlikteliği yoksa, FMS'de işlev kaybının belirgin olması; FMS hastalarının mükemmelliyetçi, kırılğan, yüksek zarardan kaçınan, düşük kendini yönetme, düşük kişisel uyum özellikleri ile ilgili olabilir. Bizim çalışmamızda FMS hastalarında DB dışında ek bir psikiyatrik hastalık ya da işlevsellikle ilgili değerlendirmemiz yoktu.

Şar ve ark. (2012) Türkiye'de Toplam CTQ puanlarının kesim noktalarıyla ilgili sınırın 35 dolayında olabileceği belirtilmişlerdir (213). Bizim çalışmamızda SB için Toplam CTQ Puan ortalaması $46,89 \pm 20,36$, FMS için Toplam CTQ puan ortalaması $47,08 \pm 21,55$ şeklinde olup, bu sonuçlara göre toplam çocukluk travmaları ölçeği ortalama puanları açısından SB ve FMS puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek ve birbirlerine benzerdir. Her üç grup da çocukluk travmaları açısından pozitif bildirim sayılmaktadır. Çocukluk çağı travmalarının tüm alt gruplarının SB ve FMS için hastalık oluşum sürecinde, önemli olduğu ileri sürülebilir, bu da literatürle uyumlu seyretmektedir.

Öncü ve ark. (2012) çalışan çocukların ailede istismarı ile ilgili kesitsel nitelikteki çalışmalarında 18 yaş altı 595 çıraktan anket formu topladılar. Çocukların %20,0'nın fiziksel, %9,6'sının duygusal, %2,7'sinin cinsel olmak üzere toplamda %24,7'sinin baba, anne, kardeş ve akrabaları tarafından istismara uğradığını, %12,4'ünün fiziksel ve %21,0'nın duygusal olmak üzere toplamda %27,1'inin ihmale uğradığını saptadılar. Aile gelirinin kötü olmasının her tür istismar ve ihmal olasılığını artırırken, kız olmanın duygusal ve cinsel istismar ile duygusal ihmale uğrama olasılığını arttırdığını tespit ettikleri çalışmalarında, aile içi istismar ve ihmalin çalışan çocuklar arasında halen önemini koruduğunu gösterdiler (243). Biz çalışmamızda ekonomik durumun kötü olmasıyla disosiyatif yaşantıların anlamlı artışını tesbit ettik. Maddi düzey kötü ise çocuklar da küçük yaşlarda çalıştırılabilir ve ihmal ya da istismara uğrayabilirler.

İmbierowicz ve ark.'nın (2003) çalışmalarında, FMS hastaları çocukluk travmaları içerisinde en yüksek puanı göstermektedir. Cinsel ve fiziksel kötü

muameleye ek olarak, FMS hastaları her iki ebeveyn ile kötü duygusal ilişki, fiziksel sevgi eksikliği, ebeveynlerin fiziksel kavgalarını deneyimleme yanı sıra, 7 yaş öncesinde annenin alkol ya da diğer bağımlılık sorunlarını, ayrılık, kötü mali durumu daha sıklıkla rapor ettiler. Bu deneyimler Somatoform Ağrı Bozukluğu hastaları ile benzer derecede olmasına rağmen, kontrol grubunda belirgin bir şekilde daha az sıklıkta bulunmuştur. Sonuçlar, fibromiyaljide, somatoform ağrı bozukluğunda olduğu gibi hastalık oluşum sürecinde erken psikososyal travmaları işaret eder (244). Bizim çalışmamızda FMS için genel çocukluk travmaları, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve disosiyatif yaşantılar öne çıkmaktaydı. Cinsel istismar daha çok işçi olanlar (düşük sosyoekonomik düzeye işaret edebilir) ve dul olanlarda anlamlı olarak öne çıkmaktaydı.

Sararçelik ve ark. (2013), 300 ergen ve genç erişkin hastada çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ile kasıtlı kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkiyi çalıştıkları araştırmalarında, kasıtlı kendine zarar verme davranışının ergen psikiyatrik hasta popülasyonunda yüksek olduğu, kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü, çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarının (CTQ-28 uygulanmıştır) azımsanmayacak bir oranda ve kendine fiziksel olarak zarar verme davranışı ile ilişkili olduğunu tesbit ettiler. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan grupta çocukluk çağı kötüye kullanımı %71,3 oranında iken, bu oran kasıtlı kendine zarar verme davranışı olmayan grupta %42,7 bulunmuş, çalışmaya katılan tüm hastaların %57,0'sinde çocukluk çağı kötüye kullanımı, kızların %60,4'ünde, erkeklerin %46,6'sında çocukluk çağı kötüye kullanımı olduğu bulunmuştur (245).

Webermann ve ark (2014) disosiyatif bozukluk hastalarında çocukluk istismarı ve yakın partner şiddetini araştırdıkları çalışmalarında; çocukluk istismarı, çocuklukta kötü muamelenin, erişkinlikte sonraki yakın partnerin şiddeti için bir risk faktörü olduğunu ileri sürdüler. Çocuklukta kötü muamele ve yakın partner şiddeti arasındaki bağlantının teorik mekanizmasının disosiyasyon olduğunu belirttiler. Disosiyasyonun faillerin şiddetine izin verebileceği, gerçekten de, yakın partner şiddeti mağdurları ve failleri arasında disosiyasyon ve disosiyatif bozukluklar oranlarının yüksek olduğunu tesbit ettiler. Ayrıca, pilot çalışmalarda, DB klinisyenleri, DB hastalar arasındaki şiddet davranışının yüksek düzeylerini bildirdi. Ayaktan tedavide 275 DB hastası arasında çocukluk kötü muamelesi ve yakın partner

şiddeti oranları araştırıldığında; fiziksel ve duygusal çocuk istismarının, fiziksel partner şiddeti ile ilişkisi ve yine çocuklukta aile içi şiddete tanıklık etmek ve çocukluk ihmalinin duygusal partner şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (246). Hansen ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarı yaşamış olan erişkinlerde cinsel davranış sırasında dissosiyatif belirtilerin ortaya çıkmasına dikkat çekmişlerdir. Bu çalışma için, cinsel istismar öyküsü olan ve travmatik stres nedeniyle tedavi çalışmasına giren HIV enfeksiyonlu yaşayan 57 yetişkin, cinsel davranış sırasında dissosiyatif yaşantılar ölçeği dahil olmak üzere klinik görüşmeleri tamamladılar. DSM-IV-TR'e göre TSSB, DB tanısı, güvendiği, yakın partneri tarafından tecavüze uğrama, cinsel istismar süresi, cinsel istismar faillerinin sayısı ve güncel cinsel doyum belirleyici değişkenler olarak kabul edildi. Sonuçlar, TSSB, DB, bir yakın partnerin tecavüzü, cinsel istismar süresi ve cinsel istismarda faillerin sayısının, cinsel davranış sırasında artan disosiyasyon ile ilişkili olduğunu gösterdi. Cinsel ilişki sırasında disosiyasyon olasılıkla yeniden cinsel kurban olmaya karşı korumasızlığı ve cinsel riskli davranışa yatkınlığı artırır sonucuna vardılar (247). Soylu ve ark.'nın (2012) 3–18 yaş aralığında, cinsel istismara uğramış ve adli rapor için gönderilen 234 çocuk ve ergeni (181 kız, 53 erkek) değerlendirdikleri çalışmalarından elde ettikleri sonuçlara göre; en sık bildirilen cinsel istismar tipi cinsel uyarılma için bedene dokunmaydı (%31.2). Olguların %44,9 unun birden çok kez cinsel istismara maruz kaldığı saptandı. İstismarcıların %97,9'u erkek, %73,6sı tanıdık, %14,5'i ise aile içinden biriydi. Olguların %20,1 inde birden çok istismarcının olduğu, %54,3 ünde fiziksel şiddetin cinsel istismara eşlik ettiği belirlendi. Olguların %67,1 inde en az bir ruhsal bozukluk tanısının konduğu belirlendi. Birden fazla kişi tarafından cinsel istismara uğrayan, aileden biri tarafından istismara uğrayan, istismar sırasında penetrasyon ve fiziksel şiddet olan ve yineleyen şekilde istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorun gelişme riski daha yüksekti. Çalışmanın sonuçlarına göre cinsel istismar çocuklarda uzun süreli duygusal ve davranışsal sorunlara neden olmaktadır. Cinsel istismarın bazı türleri diğerlerinden daha ciddi sonuçlara yol açmaktaydı. Cinsel istismarın sık ve kronik olmasının uygunsuz cinsel davranış gelişimini artırdığını bildirmişlerdir. Yazarlar cinsel yönden riskli davranışlar göstermenin bu olguları yeni istismarlara açık hale getireceği, bu nedenle bu olgularda koruyucu önlemlerin etkin bir şekilde

yürütülmesinin gerektiği önerisinde bulundular (248). Spertus ve ark. (2003) iki yüz beş kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; duygusal istismar ve ihmal öyküsünün artan anksiyete, depresyon, travma sonrası stres ve fiziksel belirtilerle ömür boyu travmaya maruz kalma ile ilişkili olduğunu, fiziksel, cinsel istismar ve yaşam boyu travmanın fiziksel ve psikolojik semptomların anlamlı göstergesi olduğunu ileri sürdüler. Ayrıca çocukluk duygusal istismarı ve ihmalinin ve daha ileri travma maruziyetine açık olmanın sonucu olarak, uzun süren davranışsal sonuçlar ortaya çıkabileceğini öngördüler (249). Kısacası çocukluk çağı travmalarıyla ilgili yapılmış bu çalışmalarda çocukluk çağı ihmal ve istismarlarının çocuklarda kendine zarar verme davranışı, disosiyatif semptom ya da bozukluklarla, şiddet davranışı, davranış sorunları, cinsel riskli davranışlar, uygunsuz cinsel davranış gelişimi, ruhsal sorunlar, anksiyete, depresyon, fiziksel belirtilerle, travma sonrası stresle ilişkili olduğundan bahsedilmektedir. Biz de çalışmamızda FMS ve SB'da çocukluk çağı travmalarını, disosiyatif yaşantıları sorguladığımız için, DB gibi SB ve FMS'nin de travmatik kökenleri dikkat çektiğinden; bu tür klinik görünümleri dikkate almamız, dolaylı olarak SB ya da FMS'yi yorumlamamız açısından önemli olabilir. Bu komorbid durumlar bu hastalıkların tedavisinde karşılaşılabilecek, göz ardı edilmemesi gereken ayrıntılar olabilir. Çünkü hem FMS hem de SB'da çocukluk çağı travmaları hastaların öyküsünde önemli yer tutmaktadır. Ayrıca disosiyatif semptomların birlikteliği de özellikle FMS'de önem arz etmektedir. SB ve FMS'de disosiyatif semptomların bazen DB'un birlikteliği görüldüğü gibi, DB'da da FMS ya da SB sorgulanması önemli olabilir. SB ya da FMS varlığında çocukluk travması öyküsü sorgulanması ihmal edilmemeli, şayet var ise bahsedilen klinik görünümler de araştırılıp, tedavi sürecinde psikoterapi ya da farmakoterapi düzenlenmesinde dikkate alınmalıdır. Belki yazarların önerilerinden yola çıkarak her çocukluk travması öyküsü varlığında beraberinde disosiyatif yaşantıları sorgulayarak, gerek kendine zarar verme davranışı, gerekse cinsel riskli davranışlar, fiziksel veya ruhsal şiddete açık olma ya da hastada şiddet davranışı açısından uyanık olunmalı ve tedavi stratejilerinin düzenlenmesinde gözden kaçırılmamalıdır.

CTQ ölçeğinin alt boyutları bakımından gruplar karşılaştırıldığında; SB için Duygusal ihmal ortalaması $13,75 \pm 7,76$, FMS için duygusal ihmal ortalaması $14,31 \pm 8,21$, kontrol grubu içinse $9,65 \pm 9,22$ şeklindedir. Hasta

gruplarının puanlarının sağlıklı kontrollerden istatistiksel anlamlı olarak yüksek olması, her iki hastalığın özgeçmişindeki benzerliği ve bunun da anlamlı olduğunu göstermektedir. İlgili literatürde SB'da çocukluk travmalarından cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ağırlık kazanmaktadır. FMS içinse etiyojide çocukluk travmalarından fiziksel istismar, cinsel istismar, ciddi duygusal ihmal, ciddi fiziksel ihmal, ciddi duygusal istismar; yani çocukluk çağı travmalarının tüm alt grupları önemli görünmektedir. Vedat Şar ve ark. tarafından yapılan çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Türkiye 'de CTQ puanlarının kesim noktaları ile ilgili duygusal ihmal için en az 12 puan almış olmanın yeterli ve pozitif bildirim olarak sayılması gerektiği bildirilmektedir (213). SB ve FMS tanılı hastalar için duygusal ihmal alt ölçeği yüksek düzeylerde gelmiş olup, bu hastalıklarda çocuklukta duygusal ihmalin önemini göstermektedir.

Van Dijke ve ark. (2011) 474 kişilik çalışmalarında erken çocukluk çağında (0-6 yaş) en yakınları tarafından duygusal istismara uğramanın borderline kişilik bozukluğu ve somatoform bozukluklar gibi kompleks psikiyatrik hastalıklarla ilişkisini ortaya koymuşlardır (250). Çalışmamızda duygusal istismar ortalamaları bakımından SB ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Karşılaştırma testlerinde somatizasyon bozukluğu olan hastaların duygusal istismar ortalamasının kontrol grubunun ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,029$). Diğer gruplar arasında fark olmayıp, duygusal istismar ortalamaları bakımından SB ve FMS benzerdir ($p> 0,05$). SB için duygusal istismar ortalaması $9,81 \pm 5,87$, FMS için duygusal istismar ort $9,28 \pm 6,22$, kontrol grubu için duygusal istismar ort $7,50 \pm 6,99$ olarak tesbit edilmiştir. SB'da duygusal istismar puanının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olması SB'da öyküde çocukluk travmalarından duygusal istismarın önemini göstermektedir. Bu da literatürle uyumludur. Brown ve ark. (2005) SB hastalarının çoğunun, kronik duygusal ve fiziksel istismarla karakterize duygusal olarak soğuk, mesafeli, destek olmayan aile çevresinde yetiştirildiklerine dikkat çektiler. Cinsel istismar hastalık için gerekli önkoşul olmayıp, disosiyasyonun sadece bir tipi ise SB hastalarında tıbbi kontrol grubuna göre daha şiddetli idi (46). Şayet

ailede, ebeveynlerde psikiyatrik hastalık varsa çocuklar kronik duygusal ve fiziksel istismara maruz kalabileceklerdir. Bu da çalışmamızla uyumludur.

Pennebaker (1992), duygusal sıkıntılar, kaygı, duygu ve düşüncelerin bastırılmasının bedensel belirtileri ortaya çıkaran otonom sempatik sinir sistemini aktive ettiği, yani biyolojik etki ortaya çıkardığını bildirmektedir (251). Cloninger de duygu ve düşüncelerin bastırılması, duygu ve düşüncelerin ifadesinin daha kısıtlı olduğu kapalı toplumlarda sosyokültürel sınırlamaların somatizasyonu artıracaklarını sürmüştür (43). SB ile FMS arasında duygusal istismar ortalamaları açısından fark olmaması yani benzer olması bu hastalıkların benzer özellikleri olduğu anlamına gelebilir ($p > 0,05$). Vedat Şar ve ark CTQ Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Fiziksel ihmal ve duygusal istismar puanı için kesim sınırının 7 puan olduğu ve pozitif bildirim lehine kabul edileceğini belirtmektedirler (213). Bizim gruplarımızda ortalama duygusal istismar puanları SB için 9,81, FMS için 9,28, kontrol grubu için 7,50'dir. Kontrol grubu puanı da duygusal istismar açısından dikkate değerdir. FMS duygusal istismar açısından kontrol grubundan anlamlı fark göstermeyip, SB sağlıklı kontrollerden istatistiksel anlamlı olarak farklıdır. Bu bilgi literatürle uyumluluk göstermektedir.

FMS hastalarında fiziksel ihmal ortalaması ($9,23 \pm 4,98$) olup, sağlıklı kontrollerden ($7,54 \pm 5,59$) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,046$). Bu da, FMS grubunda çocukluk çağı ruhsal travmalarından fiziksel ihmalin önemini göstermektedir. SB grubu için Fiziksel ihmal ortalaması $8,93 \pm 4,70$ olup SB ile FMS arasında fiziksel ihmal açısından anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$) yani benzerdirler. Bu da bu hastalıkların benzer olduğu şeklinde yorumlanabilir. Somatizasyon bozukluğu olanların fiziksel ihmal ortalamaları ile kontrol grubunun fiziksel ihmal ortalamaları arasında da anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Vedat Şar ve ark CTQ Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında fiziksel ihmal puanı için kesim sınırının 7 puan olduğu ve pozitif bildirim lehine kabul edileceğini belirtmektedirler. Bizde ortalama fiziksel ihmal puanları 7 üzeri olup FMS 9,23, SB 8,93, Kontrol 7,54 şeklindedir. Kontrol grubu puanı da Fiziksel ihmal açısından dikkate değerdir.

Fiziksel istismar ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış ayrıca diğer sosyodemografik değişkenlerin de fiziksel

istismar puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği gözlenmiştir ($p > 0,05$). Ancak grupların hepsinde ortalama puanların 5 üzerinde olması dikkate ve araştırmaya değerdir. Cinsel istismar puan ortalamaları bakımından da gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p=0,28$). İlgili literatürle karşılaştırıldığında; fiziksel istismar hem SB hem de FMS'de etiyolojide önem arzetmekteyken bizim sonuçlarımızda kontrol grubundan farklılık görülmemiştir. CTQ Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan her hangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiği belirtilmektedir. Yine grupların hepsinde cinsel istismar puanlarının 6-7 gibi anlamlı düzeylerde olması dikkate ve araştırmaya değerdir. Kontrol grupları için dahi çocukluk travmalarının anlamlı düzeyde olması acaba Türkiye'nin sosyoekonomik düzeyiyle ilgili çocuk duygusal ihmali ya da fiziksel ihmal/ istismarını işaret ediyor olabilir. Sosyoekonomik düzeyin düşmesiyle kaotik yaşantıların ortaya çıkıp çocukların sayısının artması, kontrolünün azalması ve böylece İhmal ve istismara açık hale gelmeleri önemli olabilir. Ya da Türkiye'de kültürel olarak çocuk terbiyesi ya da eğitimi olarak kabul edilen yöntemlerin (ceza verme vb.) aslında çocuk ihmal ya da istismarına sebep olduğu ve sorgulanması, tartışılması gerektiği anlamına gelebilir. Katon ve Sullivan çocukluk dönemindeki stres dolu yaşam olaylarının (fiziksel ve cinsel taciz gibi) ileri yaşlarda görülebilecek ruhsal sorunlar ve FMS gibi psikosomatik belirtilerle seyreden bozukluklara yol açabileceğini bildirmektedirler (252). Benzer şekilde Finestone ve ark. üç aydan uzun süre kronik ağrısı olan kadınların olmayanlara göre çocukluk çağında daha çok cinsel tacize uğramış olduğunu ve cinsel tacize uğrayanlarda FMS'nin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (253). Somatoform Bozukluk etiyolojik araştırmalarında da çocukluk çağı cinsel travmalarının önemli rolü olduğu bilinmektedir.

Roelofs ve ark (2002), Pribor ve ark. (1993) çalışmalarında SB ve ÇÇT'a ilişkin tıbben açıklanamayan bedensel semptom ve bozukluklarda da çocukluk çağı cinsel istismarının olduğunu rapor etmektedirler (44, 45). Bizim çalışmamızda ise SB hastalarının özgeçmişinde cinsel istismar ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yani bu alt boyut açısından her 3 grup

benzer bulunmuştur ($p = 0,28$). Cinsel istismar ortalaması SB için $7,02 \pm 3,36$, FMS için $6,45 \pm 3,55$, kontrol grubu için $6,35 \pm 3,99$ olup anlamlı bir fark olmasa da puanların 5 üzeri olması pozitif bildirim sayılmaktadır. Bu da cinsel istismarın yaygınlığına dikkat çekmesi açısından önemli bir sonuç olabilir. Katerndahl ve ark. (2005) çocukluk çağında cinsel kötüye kullanıma maruz kalmış 90 genç-erişkin kadının % 76'sında herhangi bir Eksen-1 bozukluğu saptamışlardır. Söz konusu çalışmada, ailede alkol kötüye kullanımının, ekonomik sıkıntıların ve travma sıklığının erişkinlikte ruhsal hastalık oluşması için risk faktörü olduğu belirtilmiş olup (254) benzer şekilde; Özen ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada çocukluk çağındaki ve şimdiki ekonomik zorluklar, anne-baba eğitim düzeyinin düşüklüğü ve kardeş sayısının fazlalığının örselenme yaşantılarına yatkınlık oluşturan etkenler olduğunu buldular (ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça kişi başına düşen sevgi, ilgi, denetleme, fedakârlık, para ve zaman ayırma miktarı azalacaktı). Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan bu çalışmada fiziksel örselenme her iki cinsiyette aynı düzeydeyken, duygusal ve cinsel örselenme erkeklerde daha yüksek gözükmekteydi. Çocukluk döneminde erkek çocukların; oyun, gezme, ek bir işte çalışma gibi nedenlerle anne-baba denetiminden uzak ev dışı ortamlarda daha çok bulunmasının cinsel travmaları kolaylaştırıcı etkenlerden bazıları olabileceği öngörülmüştür. Ayrıca, namus kavramının kadın davranışlarıyla eşdeğer kabul edildiği bölgede, aile bireyleri tarafından kız çocuklarının erkek çocuklara kıyasla daha çok denetlendiği üzerinde durulmuştur (255). Sosyokültürel farklılıklar nedeniyle çocukluk travmaları açısından Türkiye'de bölgeler arası farklılıklar görülecektir. Bizim çalışmamızda cinsiyetler açısından çocukluk travmalarında herhangi bir anlamlı fark tesbit edilmemiştir.

Dul olanların cinsel istismar ortalaması evli ve bekâr olanların ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Dul olanlar için cinsel istismar ortalaması $8,27 \pm 2,35$, bekâr cinsel istismar ort $5,74 \pm 3,16$, evli cinsel istismar ort $5,80 \pm 3,90$ (3 grubun karşılaştırılmasında P değeri 0,006) cinsel istismar ortalamaları her 3 medeni durumda da 5 üzeridir. Yani pozitif bildirim kabul edilir. Dul olanların cinsel istismar puanlarının bekar ve evlilere göre anlamlı düzeyde yüksek olması başta çocuklukta cinsel travmatik yaşantıları olanların belki evlilikte cinsel problem yaşama olasılıklarının artmış olması nedeniyle ya da evlilik

bağlarının zayıf olması gibi sebeplerle açıklanabilir. Bu boşanmayla ilgili bir açıklama olabilir. Cinsel istismara uğramış olanlarda boşanma oranının yüksek olmasına bir başka sebep yakın partneri tarafından ruhsal ya da fiziksel anlamda istismar edilmenin devamı (şayet disosiyatif belirtiler eşlik ediyorsa istismara açık hale gelebilir) ya da cinsel istismara uğrayanlarda sık görülen davranış bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, riskli davranışlar buna yol açabilir (Webermann ve ark. 2014, Hansen ve ark. 2012) (246, 247) . M. İlhan Atagün ve ark.'nın çalışmasında (2013), çocukluk döneminde fiziksel ve duygusal istismar öyküsü (CTQ-28 kullanılmıştır) FMS grubunda daha sıklıkla ve cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulundu. Erken yaşta travma, stres işlemeyi ve günlük stresle başa çıkmayı etkileyebilir. Sonuçta kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlılığa, cinsel eşle yakınlık kurma zorluğuna ve dolayısıyla cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir (256). Bu da cinsel istismara uğramış olanlarda boşanma oranının yüksek olmasına sebep olabilir. Eşi vefat edenler de dul olarak değerlendirilmiş olduğundan bunu da hesaba katmak gerekir. Ancak çalışmamızda dul olanlar arasında eşi vefat eden yoktu. Sadece evli olanlarla değil bekar olanlarla da cinsel istismar açısından anlamlı düzeyde fark olması da değerlendirilmelidir. Muhtemelen burada da bekar olanlarda oranın düşük olması ile ilgili değil dullarda yüksek olmasıyla ilgili olabilir. Dullarla ilgili yüksek olması muhtemelen çocukluk travmaları öyküsü olanlarda boşanmanın artmış olmasıyla ilgilidir. Taner ve ark. (2015) çoklu lojistik regresyon analizinde cinsel istismar öncesi herhangi bir psikiyatrik tanı almış olma, yineleyen istismara uğramış olma ve cinsel istismara fiziksel şiddetin eşlik etmesi durumlarının birlikte görüldüğü durumlarda istismar sonrası herhangi bir psikopatoloji gelişme riskinin 175 kat arttığını saptamışlardır (257).

Cinsel istismar ortalamaları bakımından meslek grupları karşılaştırılması sonucunda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Memurlar için ortalama cinsel istismar puanı $5,85 \pm 3,38$, İşçiler için cinsel istismar ort $8,21 \pm 2,80$, Ev hanımı cinsel istismar ort $6,61 \pm 4,59$, Öğrenci Cinsel istismar ort $5,48 \pm 2,78$, bunların dışında diğer cinsel istismar ort $6,87 \pm 2,77$ olup, tüm meslek grupları karşılaştırmasında $p=0,011$ tesbit edilmiştir. Farklılıklar detaylı olarak incelendiğinde işçilerin Cinsel istismar ortalaması memurlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,016$). Ancak diğer meslek grupları arasından Cinsel

istismar puanları bakımından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. İstatistiksel anlamlı olmasa da gruplar arasında en düşük cinsel istismar ortalaması öğrencilerde, sonra memurlarda, daha sonra ev hanımlarında, diğer meslek grupları ve en yüksek işçilerde olup, sonuçları yorumlarken sosyodemografik ayrıntıların da dikkate alınması önemlidir. Ayrıca her meslek grubu için de ortalamaların 5 üzerinde olması yani pozitif sayılacak düzeyde olması dikkat çekicidir. İşçi kesimi belki çalışmak zorunda olan, okumak yerine çalışmak zorunda kaldığı için eğitim düzeyi düşük kalan, sosyoekonomik düzeyi düşük kesimi temsil ediyor olabilir. Eğitim düzeyinin, sosyoekonomik düzeyin düşük olması kaotik yaşantılara ve her tür istismarlarla birlikte cinsel istismarın da artışına sebep olabilir.

Minimizasyon ortalamaları bakımından somatizasyon bozukluğu, fibromiyalji ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,001$). SB için minimizeasyon ortalama puanı $0,33 \pm 1,25$, FMS grubu için minimizeasyon ortalama puanı $0,37 \pm 1,33$ olup, kontrol grubu için bu değer $1,11 \pm 1,49$ 'dir. Kontrol grubunun minimizeasyon puanı ortalaması diğer iki gruptan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Sağlıklı kontrollerin minimizeasyon puanının yüksek çıkması, kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları değerlendirmesinde daha düşük puanlar bulunmasının nedeni olabilir ve çalışmanın bir kısıtlılığı sayılabilir. Bu nedenlerle daha büyük örneklemler gerekmektedir. Minimizeasyon ile ilgili maddeler (madde 10, 16, ve 22) sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizeasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her biri için, ancak en yüksek puanı (5 puan) alınırsa cevaplar hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizeasyon puanı elde edilir. Bizim örneğimizde minimizeasyon ortalaması SB ve FMS için 1 altı, ancak kontrol grubu için 1 üzeridir. Acaba kontrol grupları da çocukluk travmatik yaşantıları olduğu halde, travmayı inkar mı ediyorlardı, yoksa her şeye rağmen beraber yaşadıkları ailelerini olumsuz nitelendirmekten mi kaçınıyorlardı (ki o takdirde aileyle yaşamaya uyum sağlamak mümkün olmayacaktır)? Çünkü kontrol grupları için de çocukluk travma ölçeği ve alt ölçek puanları genellikle pozitif bildirim düzeyindeydi. M. İlhan Atagün ve ark.'ın (2013) FMS olan kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğunu ileri sürdükleri çalışmalarında CTQ-28'i kullanmışlar ve onların

çalışmalarında da kontrol grubunun minimizasyon puanları hasta grubundan yüksek olarak tesbit edilmiştir. Bizde kontrol grubu için; duygusal ihmal puanı dışında kalan çocukluk travma ölçeğinin toplam CTQ puanı dahil olmak üzere, diğer tüm alt ölçek puanları kesim noktalarının üzerinde yani pozitif bildirim düzeyinde gelmiş olup, minimizasyon puanlarının, bu grupta hasta grubundan anlamlı olarak yüksek olması; aslında kontrol grubunun daha en baştan bazı travmaları travma kabul etmedikleri ya da inkar ettikleri, yani kontrol grubu içerisinde travmatik yaşantıları olup henüz kabullenememiş (belki bununla nasıl başedeceğini bilemeyen ya da bilmek istemeyen) önemli bir kesim olduğu anlamına gelebilir. Hasta grupları ise travmalarını zaten kabul etmiş, inkar etmeyip çeşitli savunma düzenekleri (somatizasyon, ağrı gibi) geliştirmiş olduklarından, minimizasyon puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük çıkmış olabilir.

Klinik takiplerinde, Somatizasyon Bozukluğu tanısı almış olan bir hastanın aynı zamanda FMS kriterlerini de karşılayıp Romatoloji tarafından FMS tanısıyla takip ve tedavi alıyor olması sık rastlanılan tecrübelerdir. 2010 yılında ACR yeni FMS tanı ölçütleri önermiş; duyarlı nokta ölçütünü kanıta dayalı olmaması nedeni ile ölçütlerin arasından çıkarmış yerine belirti ciddiyeti indeksi tanımlamıştır (133). Ağrının yanı sıra bitkinlik, yorgun uyanma, kognitif belirtiler, sinirlilik, uykusuzluk, depresyon ve somatik belirtiler de yeni tanı kriterlerine eklenmiştir.

Bu tür benzerlikler ve yeni gelişmeler FMS'nin Psikiyatrik bir hastalık olabileceği tezini bizde güçlendirmeye başlamıştır. Müller ve ark. ise primer fibromiyaljiyi dört alt gruba ayırmış ve tedavinin bu gruplara göre belirlenmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir (126). Buna göre FMS hastaları: Grup 1'de Ağrıya karşı artmış duyarlılıkla karakterize (psikolojik bozukluk olmayan), Grup2'de FMS ve kronik ağrıya bağlı depresyon birlikteliği, Grup 3'de FMS ve depresyon birlikteliği, Grup 4'de ise Somatizasyon Bozukluğu'na bağlı FMS şeklinde sınıflandırılmıştır. Görüldüğü üzere ağırlıklı olarak psikiyatrik hastalık birlikteliği ya da SB hastalığı olanlarda FMS gelişmesi tanımlanmaktadır. Acaba FMS-SB birlikteliği mi vardır, yoksa FMS aslında bir psikiyatrik bozukluk mudur? Bu iki hastalık arasındaki benzerliklerin çalışılması bu soruların cevabını aramada yol göstericidir. Bu anlamda biz SB ve FMS arasında etiyolojik anlamda da benzerlik olduğunu öngördüğümüzden, ilgili literatür taramasıyla

birlikte kendi çalışmamızda travmatik yaşantılar içindeki önemi tartışılmaz olan çocukluk çağı travmalarını araştırdık. Aynı zamanda yine travmatik yaşantıların etiyojisinde önemli etken olduğu disosiyatif bozukluk/ yaşantıların da FMS ve SB ile beraberliğini çalıştık. Bilindiği üzere SB’da tanıda psödönörolojik semptomlardan disosiyatif olanları (bilinç yitimi, unutmalar, dokunma ya da ağrı duyusu yitimi gibi.) sıklıkla görülebilmektedir. FMS’de de disosiyatif belirtilerin birlikteliğinden bahsedilmektedir (Bohn ve ark. 2013, Leavitt ve ark. 2002) (159,238).

Birinci basamakta veya diğer uzmanlık alanlarında somatoform bozukluk tanıları hemen hiç kullanılmamaktadır. Yerine depresyon, anksiyete gibi özgül olmayan tanı ya da kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji veya huzursuz barsak sendromu gibi isimlendirmeler kullanılmaktadırlar (28, 29). Bu tanıları genellikle Fonksiyonel Somatik Sendrom (FSS) ana başlığında toplanmaktadır. Bunların ayrı bir hastalık mı yoksa aynı patofizyolojinin farklı klinik görünümüleri mi olduğu tartışılmaktadır. Çok sayıda çalışma tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler (TOAB)’le seyreden ve FSS çatısı altında birleşen hastalıkların pek çok açıdan örtüşüğünü göstermektedir. Huzursuz barsak sendromu tanısı alanların çoğu kronik pelvik ağrı veya fibromiyalji ölçütlerini de karşılamaktadır ya da tersi görülmektedir. Kadın cinsiyet baskınlığı, şimdiki veya geçmiş psikiyatrik öykü, çocukluk çağı travmaları, doktor hasta ilişkisinin zorluğu gibi tipik özellikler nerdeyse birbirinin aynı olup, depresyon ve anksiyete bozuklukları için de bu geçerlidir. Tedavi yöntemi, özel bazı ilaçlar dışında tercih edilen tedaviler (antidepresanlar) ve tedavilere alınan cevaplar da büyük benzerlik göstermektedir (29, 31).

Biyolojik olarak artmış öfkeyi baskılama ve anksiyete, artmış sempatik sistem aktivitesi yoluyla bedensel semptomların ortaya çıkışında rol oynayabilir. Bu açıdan, Gökler (2002), Dumlu (2003) erken yaşam stresörlerinin oluşturabileceği nörobiyolojik değişikliklerin rolünün de gözönünde bulundurulması gerektiğinden bahsetmektedirler (258, 259). Ayrıca endokrin yolla; HPA ekseninin stresle aktive olduğu ve ağrı algısını da etkilediği bilinmektedir.

Somatizasyon bozukluğunun etiyojisine ilişkin olarak Fink ve ark. (2005), Wood PB (2005) uzun süreli ya da çocukluktaki ağır travmatik yaşantılara sekonder gelişen nörobiyolojik değişikliklere değinmişlerdir (belirtilerin otonom

sinir sistemi ve hipotalamik-pitüiter-adrenokortikal eksenin hiperaktivitesi ile açıklanabileceği, kas-iskelet sistemi belirtilerinin ise beyin sapı ve medullada lokalize retiküler sistemin işlev bozukluğuna bağlanabileceği gibi fizyolojik ve serebral yolaklar aracılığıyla işleyen bir stres yanıtını temsil ediyor olabilir (28, 260). Rief ve ark. (2010), Harrison ve ark. (2009) uzun süreli stresli yaşam olaylarına maruz kalan kişilerde, proinflamatuvar aktivasyon ile anterior singulat korteks alanındaki aktivite artışının (ki dikkat ve emosyonda aracı görev görür) istenmeyen uyarın ve bedensel duyumlara (özellikle ağrı) karşı duyarlılığı artırdığını ileri sürdüler (58, 61). Abeles ve ark.a göre (2007) anormal ağrı işleme, santral sensitizasyon, inhibitör ağrı yollarının körelmesi, nörotransmitterlerde değişiklikler ve psikiyatrik komorbid durumlar gibi etki gösteren birkaç mekanizmayla sonuçlanabilir (261). Rief ve ark. (2005), Noll-Hussong ve ark. (2012) fizyolojik uyarılmışlık, stres, HPA eksenin kronik olarak uyarılması, tekrarlayan uyarılara alışma becerisinin yokluğu ve duyarlılaşmadan (duyusal filtrelemeyi azaltan sağlık anksiyetesine bağlı seçici dikkat, enfeksiyonlar ve immünolojik değişiklikler, depresif duygudurum gibi psikobiyolojik etkenler) bedensel sinyalleri artıran etkenler olarak bahsetmişlerdir (54, 55). Preussner ve ark. (1999) akut streste hipoaljezi kronik streste ise hiperaljezi şeklinde ağrı algı değişikliklerinden (262), Gaab ve ark. (2003) SB'da kortizolün hipersensitivitesinden bahsederler (263). Rief ve ark. (2010), Heim ve ark. (2000) somatoform belirtilerin olduğu birçok durumda ortalama veya azalmış kortizol düzeyleri ve düşük doz deksametazon verilmesiyle kortizol yanıtının baskılandığından, benzer bir hipokortikolizm şeklinin travma sonrası stres bozukluğunda da geliştiğinden bahsederler (58, 62). Pukhalsky ve ark. (2008) çalışmalarında, somatoform belirtilerin karmaşık immünolojik ve endokrinolojik süreçlere dayandığı, uzun süreli strese maruziyet ve düzenleyici T hücrelerinin aşırı birikiminin tedricen HPA ekseninde tükenmeye yol açtığı ve strese kortizol yanıtının azaldığını öne sürmüşlerdir (63). Rief ve ark. (2005) (2010) stres yanıtında önemli bir işleve sahip olan HPA sisteminin ağrı algısını etkilediği, stres ve ağrı algısının da somatoform bozukluklarla ilişkili olduğundan bahsederler (54, 58). Bu çalışmalardan çıkarılabilecek sonuç; kronik stres ya da travmanın aynı zamanda biyolojik/nörobiyolojik değişiklikleri de

beraberinde getirmesidir. Bizim üzerinde çalıştığımız SB ve FMS hastalarının özgeçmişinde de çocukluk çağı travmaları önemli olup, bu hastalıkların hastada nörobiyolojik değişiklikleri de beraberinde getirmiş olabileceğini, belki de hastalığın direncini artırabileceğini unutmamak önemli olabilir. Yani psikoterapotik yaklaşımların yanında hastalığın biyolojik tedavisinin de ihmal edilmemesi bu hastalıkların tedavisinde başarıyı artırabilecektir.

Van Houdenhove ve ark. (2005) stresin fibromiyaljide hazırlayıcı, presipite edici ve / veya devam ettirici rolüne dikkat çekmektedirler (264). Kısacası travmatik yaşantılar FMS etiolojisinde önemli bir rol oynamakta ve hastalığın psikiyatrik boyutunu ortaya çıkarmaktadır. Beraberinde pekiştirici sekonder kazançlar ya da travmanın devamı hastalığın tedavisini zorlaştırmaktadır.

Hollifield M.A. (2005) SB'da psikiyatrik eştanı oranları yüksekliği; madde kullanım bozukluklarının histriyonik, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının sık eşlik etmesinin; dürtüsel davranışları, intihar girişim ve tehditleri ve evlilik sorunlarını artırdığından bahsetmektedir (39). Altunören ve ark. 51 fibromiyalji tanılı hasta ve 51 kontrol ile yaptıkları çalışmada hasta grubunun %76,5 oranında DSM-IV-TR kriterlerine göre psikiyatrik bir tanı aldıklarını belirtmişlerdir (171). Hayta ve ark. (2010) Fibromiyaljili 100 kadın hastanın alındığı bir çalışmada 86 hastada (%86) halsizlik yorgunluk, 79 hastada (%79) stresle klinik şikâyetlerde artış, 71 hastada (%71) parestetik şikâyetler, 70 hastada (%70) migren ve migren dışı baş ağrısı, 69 hastada (%69) sabah tutukluluğu, 68 hastada (%68) uyku bozukluğu, 54 hastada (%54) yumuşak dokularda şişlik hissi, 52 hastada (%52) anksiyete, 52 hastada (%52) dismenore, 43 hastada (%43) spastik kolon, 32 hastada (%32) huzursuz bacak sendromu ve 25 hastada (%25) Raynaud fenomeni tespit etmişlerdir (265). Kashikar–Zuck ve ark. (2008), juvenil fibromiyalji tanısı alan 76 çocuk ve ergeni değerlendirmiştir. Hastaların % 67.1'inde mevcut en az 1 ve % 71.5'inde yaşam boyu en az 1 DSM-IV psikiyatrik tanı olup, en sık görülen psikiyatrik tanı anksiyete bozukluğu (juvenil FMS hastalarının % 57.5) idi (266). Peres ve ark. (2009) çalışmalarında psikolojik travmalar ile ilişkili olan özellikle baş ağrısı ve FMS gibi kronik ağrı hastalarında, kesinlikle özel bir yönetim stratejisi gerektiğini öne sürmüşlerdir. Travmatize hastalarda baş ağrısı ve FMS tanısı veya kronik ağrı hastalarında TSSB tanısı koymanın büyük önem taşıdığından psikoterapi ve

farmakoterapötik seçeneklerin eşlik eden TSSB ve baş ağrısı ve / veya FMS olan hastalarda başlanması gereğinden bahsederler (267). Sadece hassas nokta sayısını esas alan 1990 ACR tanı kriterleri ile hastaların çalışmaya dahil edildiği önceki çalışmalarda psikiyatrik belirtilerin yoğun olduğu diğer hastaların çoğu araştırmaların dışında kalmış olabilir. Bu yeni tanı kriterleri ile yapılacak çalışmalarda olasılıkla psikiyatrik eş tanı daha fazla oranlarda görülecektir. Literatürde fibromiyaljili hastalarda sağlıklı kontrol ve diğer romatizmal hastalık gruplarına göre psikiyatrik bozukluk eş tanısı ve psikiyatrik belirti oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bunlar daha çok depresyon ve kaygı bozuklukları, çocukluk çağı ve erişkinlik dönemi travmaları ile ilişkili TSSB, dissosiyatif bozukluklar ve somatoform bozukluklar şeklinde sıralanabilir. Kısacası SB ve FMS hastalarında eş psikiyatrik hastalık tanısı oranları literatürde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da uyumlu olarak her iki hastalıkta; özellikle FMS’de dissosiyatif yaşantıların birlikteliği önemli olup tedavi sürecinde göz ardı edilmemesi, tedavi başarısı açısından önemli olacaktır. Yani FMS ve SB hastalarında ek psikiyatrik tanıları araştırılıp tedavi edilmelidir. Bu anlamda FMS tanısı alanlarda da psikiyatrik konsültasyon ihmal edilmemelidir. FMS’nin tedavisinde gerek psikoterapiden fayda görüyor olması, gerekse farmakoterapi açısından tedavi sürecinde hastalığın psikiyatrik ayağı unutulmamalıdır.

Mai ve ark. hekimlerin SB’nun patogeneğinde kısmen yer aldıklarından bahsederler. Hastalar gereksizce pahalı girişimsel tanı ve tedavi işlemlerine yönlendirilirse, semptomlar tıbbileştirilmiş olur. Bu tür hastalarda iyatrojenik faktörler etiyolojinin bir kısmını tetikler (53). SB’da ve FMS’de hekimler tedavi sürecinde sekonder kazanç oluşmasına engel olarak, hastalığın devamını engelleyebilirler. SB gibi psikiyatrik bir hastalık olduğunu düşündüğümüz FMS’nin tedavisinde psikiyatristlerin yer almasının, hastalığın prognozunu açısından önemli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları: Kesitsel bir çalışma olması, öz bildirime dayalı ölçeklerin kullanılmış olması, yalnız çocukluk dönemi travmalarının incelenip yaşam boyu travmayı değerlendirme aracı kullanılmamış olması ve çocukluk döneminin geriye dönük olarak değerlendirilmiş olması bu çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Ayrıca dışlama kriterleri grubun homojen olması açısından faydalı olsa da ardışıklığı

zedelemektedir Grupların sosyodemografik açıdan farklı olmaları da bu çalışmanın kısıtlılıklarından olabilir ($p<0,05$). Ancak gerek SB, gerekse FMS için görülme yaşları arasındaki fark (FMS'nin SB'den daha ileri yaşlarda görülmesi) homojenliği etkileyen sebeplerden birisidir.

6.SONUÇ

Çalışmamızda Toplam CTQ puanları FMS ve SB’de kontrol grubundan farklı olarak benzer bulunmuştur. SB ve FMS’de duygusal ihmal puanları kontrol grubundan farklı olarak birbirine benzer bulunmuştur. Duygusal istismar açısından SB puanları kontrol grubundan anlamlı yüksek, fiziksel ihmal açısından FMS grubu puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DIS-Q puanları açısından FMS grubunun puanları Kontrol grubu puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kısaca hasta gruplarının öyküsünde tüm çocukluk travmaları, duygusal ihmal, duygusal istismar, Fiziksel ihmal açısından SB ve FMS’nin benzer olduklarını tesbit ettik. Disosiyatif yaşantılar her iki hasta grubunda da eşlik etmekte olup, FMS’de DIS-Q ortalamaları sağlıklı kontrollerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti.

Kontrol grubunun duygusal ihmal puanı dışında, tüm gruplarda CTQ’nun tüm alt ölçeklerinin ortalama puanlarının ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında belirlenen kesim puanlarının üstünde çıkması, SB ve FMS tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Dolayısıyla SB hastalarının tanı ve tedavi sürecinde duygusal ihmal, duygusal istismar ve genel çocukluk travmalarının, disosiyatif yaşantıların sorgulanması ve tedavinin bu şekilde yönlendirilmesi önemli olabilir. Aynı şekilde genel çocukluk travmaları, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve disosiyatif yaşantı/ bozukluk birlikteliği de FMS açısından önem taşımaktadır.

Çocukluk çağında ya da sonrasında devam eden ruhsal/fiziksel kişiyi zorlayan travmatik yaşantılar; kişinin değişen biyolojik/nörobijolojik yapısı, genetik yapısı, sahip olduğu çevresel faktörleri, sosyodemografik özellikleri ve ruhsal savunma düzeneklerinin çeşitliliği sebebiyle kişiden kişiye değişen hastalık belirtilerine sebep olabilir; kimisi travmaya somatik belirtilerle, ağrıyla ya da disosiyasyonla uyum yaparak SB, FMS, ya da DB hastası olabilir.

Etiyolojilerindeki çocukluk çağı travmaları ve travmatik yaşantıların benzerliği nedeniyle SB, FMS hatta Disosiyatif Bozukluklar iç içe geçmiş, travmanın sebep olduğu nörobijolojik, psikolojik ve somatik sonuçlarıyla seyreden aynı hastalığın farklı klinik görünümüleri olarak değerlendirilebilir.

Aslında bu hastalıklar ‘‘Travmaya bağlı psikiyatrik hastalıklar’’ çatısı altında toplanmalıdır. Etiyolojileri ve komorbid disosiyatif yaşantılar konusundaki yaptığımız çalışmamız da bu tezimizi güçlendirmiş olup, daha sonra bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşüncesindeyiz. Tezimizi destekleyecek daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak olan yeni çalışmalara ihtiyaç duyulacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Koçer E, Kırpınar İ, Hipondriazis vr Somatizasyon bozuklupu: İki Elmanın yarısı? Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 2013, Cilt 3 Sayı.1: 34-41
2. Lipowski Z. Somatizasyon: the concept and its clinical applications. Am J Psychiatry 1988; 145: 58-68
3. Egan K, Beston R, Response to symptoms in health low utilisers of the health care system. Journal of Psychosomatic Research 1978; 31: 11-21
4. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. 1995;38:19-28.
5. Merskey H Classification of chronic pain. Bogduk (eds): 2nd ed. IASP Task Force on Taxonomy IASP Pres, Seattle, WA, 1994
6. Gonzales VA, Martelli MF, Baker JM. Psychological assessment of persons with chronic pain. Neurorehabilitation 2000; 14: 69-83
7. Özçetin A. Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi? Derleme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4 (3): 34–44.
8. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract. 2003 Mar;53(488):231-9.
9. Woolfolk RL, Allen LA, Tiu JE. New directions in the treatment of somatization. Psychiatr Clin North Am. 2007 Dec;30(4):621-44.
10. Taylor GJ. Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs? J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2003 Fall;31(3):487-508.
11. Hurwitz TA. Somatization and conversion disorder. Can J Psychiatry. 2004 Mar;49(3):172-8.
12. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. J Rheumatol 1999;26:1577-1585.

13. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Fam Pract.* 2010 Sep 15;11:67.
14. Brown FW, Golding JM, Smith GR Jr. Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosom Med.* 1990 Jul-Aug;52(4):445-51.
15. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics.* 1992 Winter;33(1):28-34. Review.
16. Pennebaker JW *The Psychology of Physical symptoms.* Newyork : Springer-Verlag;. 1982
17. Kellner R. Hypochondriasis and somatization. *JAMA.* 1987 Nov 20;258(19):2718-22.
18. Koh KB, Kim DK, Kim SY, Park JK. The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005 Apr;66(4):485-91
19. Guggenheim, FG. Somatoform disorders. in: BJ Sadock, VA Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry.* Williams & Wilkins, Philadelphia (PA); 2000:1504–1532.
20. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum.* 1981;11:151-71.
21. Yunus MB, Masi AT. Fibromyalgia, restless legs syndrome, periodic limb movement disorder and psychogenic pain. In *Arthritis and allied condition,* 12th.ed.,Lea &Febiger edited by DJ.Mc Carty and WJ Kopman, 1992:1383.
22. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry.* 1996 Jul;153(7):137-142. Review.
23. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *J Psychosom Res.* 1992 Jul;36(5):417-24.
24. Bucci W. Symptoms and symbols A multiple code theory of somatization.*Psychoanalytic Inquiry* 1997;17(2):151-172
25. Rief W.Nanke, A. Somatization disorder from a cognitive-psychobiological perspective. *Current Opinion Psychiatry,* 1999. 12, 733-738.

26. Kingma EM, Tak LM, Huisman M, Rosmalen JG. Intelligence is negatively associated with the number of functional somatic symptoms. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Nov;63(11):900-5
27. Gentry, WD, Shows, WD, Thomas, M. Chronic low back pain: a psychological profile. *Psychosomatics*. 1974;15:174–177.
28. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Sep;39(9):772-781.
29. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999 Sep 11;354(9182):936-939. Review.
30. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug;65(4):528-533.
31. Fantoni F, Salvetti G, Manfredini D, Bosco M. Current concepts on the functional somatic syndromes and temporomandibular disorders. *Stomatologija*. 2007;9(1):3-9.
32. Köroğlu E, Güleç C. (Editörler) (2007), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007:369-393.
33. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM IV-R)* Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000, Köroğlu ( eviri) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007:705-745
34. Sadock B J, Sadock V A. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry Türkçesi*. Çeviri Ed: Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, Ankara (2007) S.1800-1829.
35. Köroğlu E. *Psikonozoloji: Yanılmayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara. HYB Yayıncılık 2004.
36. Yücel B, Polat A. Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılamamış Somatoform Bozukluk : In Köroğlu E, Güleç C (Editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 370-376.

37. Liu G, Clark MR, Eaton WW. Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Psychol Med.* 1997 May;27(3):617-626.
38. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili 1. Baskı Ankara sağlık bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü 1997.
39. Hollifield MA. Somatoform disorders. in: BJ Sadock, VA Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry.* 8 baskı Williams & Wilkins, Philadelphia (PA); 2005:1800–1829.
40. Mai F. Somatization disorder: a practical review. *Can J Psychiatry.* 2004.Oct;49(10):652-62.
41. Sadock B J, Sadock V A Somatoform disorders Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (10th Ed) Williams & Wilkins, Philadelphia (PA); 2007 634-657
42. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med.* 1986 Feb;16(1):1-7
43. Cloninger R-C, Martin R, Guze S, Clayton P. A prospective follow up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry* 1986;143:873–878
44. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Näring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry.* 2002 Nov;159(11):1908-13.
45. Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, Wetzel RD. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry.* 1993 Oct;150(10):1507-11.
46. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry.* 2005 May;162(5):899-905
47. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med.* 1998 Mar-Apr;60(2):150-5
48. Escobar JI, Manu P, Matthews D, Lane T, Swartz M, Canino G. Medically unexplained physical symptoms, somatization disorder and abridged somatization: studies with the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatr Dev.* 1989 Autumn;7(3):235-45.

49. Stern J, Murphy M, Bass C. Personality disorders in patients with somatisation disorder. A controlled study. *Br J Psychiatry*. 1993 Dec;163:785-789.
50. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kreisman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry*. 1996 Dec;153(12):1598-1606.
51. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *J Psychosom Res*. 2003 May;54(5):425-434.
52. Craig TK, Drake H, Mills K, Boardman AP. The South London Somatisation Study. II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *Br J Psychiatry*. 1994 Aug;165(2):248-258.
53. Mai FM, Merskey H. Briquet's Treatise on hysteria. A synopsis and commentary. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Dec;37(12):1401-1405.
54. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Nov;30(10):996-1002.
55. Noll-Hussong M, Gündel H. [Etiopathogenetic aspects of somatoform disorders]. *Nervenarzt*. 2012 Sep;83(9):1106-14. doi: 10.1007/s00115-011-3444-y
56. Atmaca M. Neuro-imaging in somatoform disorders: a review. *Turk Psikiyatri Derg*. 2012 ;23(4):276-81
57. Wientjes CJ, Grossman P. Overreactivity of the psyche or the soma? Interindividual associations between psychosomatic symptoms, anxiety, heart rate, and end-tidal partial carbon dioxide pressure. *Psychosom Med*. 1994 Nov-Dec;56(6):533-540.
58. Rief W, Hennings A, Riemer S, Euteneuer F. Psychobiological differences between depression and somatization. *J Psychosom Res*. 2010 May;68(5):495-502.
59. Anderson G, Maes M, Berk M. Biological underpinnings of the commonalities in depression, somatization, and Chronic Fatigue Syndrome. *Med Hypotheses*. 2012 Jun;78(6):752-756.
60. Maes M. Inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways underpinning chronic fatigue, somatization and psychosomatic symptoms. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jan;22(1):75-83

61. Harrison NA, Brydon L, Walker C, Gray MA, Steptoe A, Critchley HD. Inflammation causes mood changes through alterations in subgenual cingulate activity and mesolimbic connectivity. *Biol Psychiatry*. 2009 Sep 1;66(5):407-14.
62. Heim C, Ehler U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2000 Jan;25(1):1-35.
63. Pukhalsky AL, Shmarina GV, Alioshkin VA, Sabelnikov A. HPA axis exhaustion and regulatory T cell accumulation in patients with a functional somatic syndrome: recent view on the problem of Gulf War veterans. *J Neuroimmunol*. 2008 May 30;196(1-2):133-8.
64. Rief W, Pilger F, Ihle D, Verkerk R, Scharpe S, Maes M. Psychobiological aspects of somatoform disorders: contributions of monoaminergic transmitter systems. *Neuropsychobiology*. 2004;49(1):24-9
65. Schwarz MJ, Späth M, Müller-Bardorff H, Pongratz DE, Bondy B, Ackenheil M. Relationship of substance P, 5-hydroxyindole acetic acid and tryptophan in serum of fibromyalgia patients. *Neurosci Lett*. 1999 Jan 15;259(3):196-8.
66. Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring AL, Bohman M. An adoption study of somatoform disorders. II. Identification of two discrete somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1984 Sep;41(9):863-71
67. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1986 May;43(5):502-505.
68. Lembo AJ, Zaman M, Krueger RF, Tomenson BM, Creed FH. Psychiatric disorder, irritable bowel syndrome, and extra-intestinal symptoms in a population-based sample of twins. *Am J Gastroenterol*. 2009 Mar;104(3):686-94.
69. Buskila D, Sarzi-Puttini P. Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*. 2006;8(5):218.
70. Jensen KB, Lonsdorf TB, Schalling M, Kosek E, Ingvar M. Increased sensitivity to thermal pain following a single opiate dose is influenced by the COMT val(158)met polymorphism. *PLoS One*. 2009 Jun 23;4(6):e6016.
71. Browning M, Fletcher P, Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med*. 2011 Feb-Mar;73(2):173-184.

72. Hakala M, Karlsson H, Kurki T, Aalto S, Koponen S, Vahlberg T, Niemi PM. Volumes of the caudate nuclei in women with somatization disorder and healthy women. *Psychiatry Res.* 2004 May 30;131(1):71-8.
73. Atmaca M, Sirlier B, Yildirim H, Kayali A. Hippocampus and amygdalar volumes in patients with somatization disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Aug 15;35(7):1699-703
74. Diers M, Koeppel C, Yilmaz P, Thieme K, Markela-Lerenc J, Schiltenswolf M, van Ackern K, Flor H. Pain ratings and somatosensory evoked responses to repetitive intramuscular and intracutaneous stimulation in fibromyalgia syndrome. *J Clin Neurophysiol.* 2008 Jun;25(3):153-60
75. Drewes AM, Rössel P, Le Pera D, Arendt-Nielsen L, Valeriani M. Cortical neuroplastic changes to painful colon stimulation in patients with irritable bowel syndrome. *Neurosci Lett.* 2005 Mar 3;375(3):157-61
76. Bar KJ, Wagner G, Koschke M, Boettger S, Boettger MK, Schlösser R, Sauer H. Increased prefrontal activation during pain perception in major depression. *Biol Psychiatry.* 2007 Dec 1;62(11):1281-7
77. Strigo IA, Simmons AN, Matthews SC, Craig AD, Paulus MP. Association of major depressive disorder with altered functional brain response during anticipation and processing of heat pain. *Arch Gen Psychiatry.* 2008 Nov;65(11):1275-84
78. Lutz J, Jäger L, de Quervain D, Krauseneck T, Padberg F, Wichnalek M, Beyer A, Stahl R, Zirngibl B, Morhard D, Reiser M, Schelling G. White and gray matter abnormalities in the brain of patients with fibromyalgia: a diffusion-tensor and volumetric imaging study. *Arthritis Rheum.* 2008 Dec;58(12):3960-9
79. Atmaca M, Sec S, Yıldırım H, ark. Hipokondriak hastalarda volümetrik MEG analizi *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2010; 20(4) 293-299.
80. Kaplan HI, Sadock B J, Grebb JA. Somatoform disorders Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Science Clinical Psychiatry (7 th Ed) Williams & Wilkins, Philadelphia (PA); 1994.
81. Coryell W (1981) Diagnosis-specific mortality. *Arch Gen Psychiatry,* 38:939-42

82. Ebert M H., Loosen P T., Nurcombe B, Leckman J F. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Çeviri Editörü Selçuk Candansayar Güneş Tıp Kitabevi 2013 S. 402-409.
83. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997 Jul;154(7):989-95.
84. Julien N, Goffaux P, Arsenault P, Marchand S. Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain* 2005;114:295-302.
85. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, Wagner E. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med*. 1991 May-Jun;6(3):241-6.
86. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med*. 2001 May 1;134(9 Pt 2):897-904.
87. Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA, Woolfolk RL, Jahn E, Rodgers D. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med*. 2007 Jul-Aug;5(4):328-35.
88. Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006 Jul 24;166(14):1512-8.
89. Sumathipala A, Hewege S, Hanwella R, Mann AH. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychol Med*. 2000 Jul;30(4):747-57
90. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in primary care: maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Jun;107(6):449-56
91. Stoudemire A, Fogel BS: Psychiatric care of the medical patient. New York, Oxford University Press, 1993
92. Luo YL, Zhang MY, Wu WY, Li CB, Lu Z, Li QW. A randomized double-blind clinical trial on analgesic efficacy of fluoxetine for persistent somatoform pain

- disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009 Nov 13;33(8):1522-1525.
93. Kara H, Abay E, Ağrıya psikiyatrik yaklaşım *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 1:88-99.
94. Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N. Kronik ağrılı hastalarda depresyon düzeyinin ağrı şiddeti ve süresi ile ilişkisinin araştırılması. *New/Yeni Symposium Journal* 2006; 44(4):178-81.
95. Oken D. Evolution of psychosomatic diagnosis in DSM. *Psychosom Med*. 2007 Dec;69(9):830-841.
96. Dray A. Kinins and their receptors in hyperalgesia. *Can J Physiol Pharmacol*. 1997 Jun;75(6):704-712.
97. Özkan S. Bel ağrısı, duygudurum, psikososyal ortamla ilişkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1998; 5(Özel sayı):81-83.
98. Nevzat T. Low back pain'e psikosomatik yönden bir bakış. *Aktüel Tıp Dergisi* 1997; 11:550-555
99. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *T Klin Psikiyatri* 2001;2(1):36-42.
100. Postone N. Alexithymia in chronic pain patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8(3):16-37.
101. Dilbaz N, Özen AR, Ozan G, Güz H. Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbidite. In: Özkan M, ed. *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1996-1997*, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1996.
102. Fernandez E, TurkDC. The scope and the significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995;61(2):165-175.
103. Kerns RD, Rosenberg R, Jacob MC. Anger expression and chronic pain. *J Behav Med* 1994;17(1): 57-67.
104. Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş, Şahin G, Buturak V. Kronik ağrı hastalarında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13(2):72-77.
105. Benjamin S, Morris S, Mc Beth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population based study. *Arthritis Rheum* 2000;43(3):561-567

106. Ataoğlu S, Özçetin A, Ataoğlu A, İçmeli C, Makarç S, Yağlı M. Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3(4):223-226.
107. Aslan S, Nazlıel B. Gerilim tipi baş ağrısında anksiyete, depresyon düzeyleri ve tanısall değerlendirme. *Yeni Symposium* 2002;40(1):10-14.
108. Jamison NR. Treatment of chronic pain. In: Jacobson JL, Jacobson AM, eds. *Psychiatric Secrets*. Hanley&Belfus, Inc, 2006:389-395.
109. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;(30):101-108.
110. Croft PR, Papergeorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain: evidence from a prospective study in the general population. *Spine* 1995;20(24):2731-2737.
111. King SA. Pain Disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Textbook of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press. 1999:1003-1024.
112. Lynch M. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26(1):30-6.
113. Fava M, Mallinckrodt C, Dekte M. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *J Clin Psychiatry* 2004;65(4):521-530.
114. Bair MJ, Robinson RL, Katon W. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163(20):2433-2445.
115. Greist JH, Jefferson JW, Trivedi MH. Depression and pain. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(12):1970-8.
116. Wenzel HG, Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. A population study of anxiety and depression among persons who report whiplash traumas. *J Psychosom Res* 2002;53(3):831-5.
117. Husain MM, Rush AJ, Trivedi MH, et al. Pain in depression: STAR*D study findings. *J Psychosom Res* 2007;63(2):113-122.
118. Öyekçin, D. G., Sarıkaya, Ö., Duraklı, M., & Erol, A. (2007). Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 281-6.

119. Stahl SM, Stahl's Essential Psychopharmacology. Third Edition Cambridge University Press 2008: 773-814
120. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995;38:19-28.
121. Forseth KO, Gran JT, Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 years. *Br J Rheumatol* 1997;36:1318-23.
122. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *J Rheumatol* 1999;26:1577-85.
123. Clauw DJ. Fibromyalgia: An overview. *Am J Med* 2009; 122(12 Suppl):S3-S13.
124. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med* 2004;66:837-44.
125. Giesecke T, Williams D, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum* 2004;50:2716-17.
126. Müller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2007;27:1005-10.
127. Farber L, Stratz T, Brückle W, Spath M, Pongratz D, Lautenschläger J, et al. Efficacy and tolerability of tropisetron in primary fibromyalgia highly selective and competitive 5-HT₃ receptor antagonist. *Scand J Rheumat.* 2000;29 Suppl 113:49-54.
128. Späth M, Stratz T, Neeck G, Kötter B, Hammel B, Amberger CC, et al. Efficacy and tolerability of intravenous tropisetron in the treatment of fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 2004;33:267-70.
129. Bağış S. Fibromyaljide Klinik Bulgular ve Tanı –Eğitim. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi* 2008; 54 Özel Sayı 1: 12-4
130. Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull Rheum Dis* 1977;28:928-31.

131. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al. The Am College of Rheumatol 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*.1990; 33:160-72.
132. Kayhan Ö. *Fibromiyalji: Medikomat Basın Yayım*, Ankara, 1995.
133. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The Am College of Rheumatol preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:600-10.
134. Clauw DJ, Chrousos GP. Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation* 1997;4:134-53.
135. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008;37:339-52.
136. Clauw DJ. Fibromyalgia: update on mechanisms and management. *J Clin Rheumatol* 2007;13:102-109.
137. Gür A, Çevik R, Nas K, Saraç AJ, Özen Ş. Quality of life in young fibromyalgia patients and effect of depression. *Aplar J Rheumatol*. 2006;9:70-8.
138. Buskila D, Neumann L, Hazanov I, Carmi R. Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum* 1996;26:605-11.
139. Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Pedersen NL. Importance of genetic influences on chronic widespread pain. *Arthritis Rheum* 2006;54:1682-86.
140. Pellegrino MJ, Waylonis GW, Sommer A. Familial occurrence of primary fibromyalgia. *Arch of Phys Med and Rehabilitation* 1989;70:61-3.
141. Buskila D. Genetics of chronic pain states. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:535-47.
142. Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1995;38:235-41.
143. Glass JM, Lyden A, Petzke F, Clauw D. The effect of brief exercise cessation on pain, fatigue, and mood symptom development in healthy, fit individuals. *J Psychosomatic Res* 2004;57:391-98.

144. Wolfe F, Russell IJ, Vipraio G, Ross K, Anderson J. Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *J Rheumatol* 1997; 24: 555-9.
145. Crofford LJ, Demitrack MA. Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22(2) : 267-284
146. Russell, Orr MD, Littman B. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1994;37(11):1593-1601
147. Moldofsky H. Sleep and pain. *Sleep Medicine*,2001;5:387-398.
148. Korszun A, Young EA, Engleberg NC, Masterson L, Dawson EC, Spindler K, McClure LA. Follicular phase hypothalamic-pituitary-gonadal axis function in women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *J Rheumatol.* 2000;27:1526-30.
149. Okifuji A, Turk DC. Sex hormones and pain in regularly menstruating women with fibromyalgia syndrome. *J Pain* 2006;7:851-9.
150. Kaufman J, Birmaher B, Perel J, Dahl RE, Moreci P, Nelson B, Wells W, Ryan ND. The corticotropin releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biological Psychiatry* 1997;42:669-79.
151. Bengtsson A, Henriksson KG, Larsson J. Muscle biopsy in primary fibromyalgia: light microscopical and histochemical findings. *Scand J Rheumatol*1986;15:1-6.
152. Bennet RM, Clark SR, Goldenberg L. Aerobics fitness in patients with fibromyalgia - a controlled study of respiratory gas Exchange and 133 xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis Rheum* 1989; 32:454-60.
153. Anderberg UM, Liu Z, Berglund L, Nyberg F. Elevated plasma levels of neuropeptide Y in female fibromyalgia patients. *European J Pain* 1999;3:19-30.
154. Krsnich-Shriwise S. Fibromyalgia syndrome: an overview. *Physical Therapy* 1997;77:68-75.

155. Petzke F, Clauw DJ, Ambrose K, Khine A, Gracely RH. Increased pain sensitivity in fibromyalgia: effects of stimulus type and mode of presentation. *Pain* 2003;105:403-13.
156. Julien N, Goffaux P, Arsenault P, Marchand S. Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain* 2005;114:295-302.
157. Harris RE, Clauw DJ, Scott DJ, McLean SA, Gracely RH, Zubieta JK. Decreased central μ -opioid receptor availability in fibromyalgia. *The J Neuroscience* 2007;27:10000-6.
158. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, Lopez Y, MacKillip F. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1994;37:1593-1601.
159. Bohn D, Bernardy K, Wolfe F, Häuser W. The Association Among Childhood Maltreatment, Somatic Symptom Intensity, Depression, and Somatoform Dissociative Symptoms in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Single-Center Cohort Study. *Journal of Trauma & Dissociation*. May/Jun 2013; 14(3): 342-358
160. Parman T. (2005) Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği Psikanaliz Yazıları, 11,13-31
161. Fenichel O. (1974). Nevrozların psikanalitik tedavisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi. No:98. İzmir, sf:218-230
162. Özkan S (1993) Psikiyatrik ve psikososyal açıdan ağrı. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, Roche, İstanbul. s.117-134
163. Moldofsky H. Sleep and pain. *Sleep Med* 2001;5:387-98.
164. Bradley LA, Alarcon GS. Fibromyalgia. In: Koopman WJ ed. *Arthritis and allied Conditions*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.2001:1811-44.
165. Russell IJ, Mease PJ, Smith TR, Kajdasz DK, Wohlreich MM, Detke MJ, Walker DJ, Chappell AS, Arnold LM. 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;136:432-44.
166. Helmann DB, Stone HJ. Fibromyalgia. *Current Consult*. 2006;1:2110-19.

167. Yunus MB, Masi AT, Aldağ JC. A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. *J Rheumatol* 1989;19:62-71.
168. Inancı F, Yunus MB, Edward S, Rachlin MD (2002). Fibromyalgia syndrome: clinical features, diagnosis, and biopathophysiologic mechanisms. In: *Myofascial Pain and Fibromyalgia Trigger Point Management* (Eds. Rachlin ES, Rachlin IS). pp3-32. 2nd.ed. Mosby Co, New York.
169. Clark S, Campbell SM, Forehand ME, Tindall EA, Bennet RM. Clinical characteristics of fibrositis. A “blinded” controlled study using standard psychological tests. *Arthritis Rheum* 1985;28:132-7.
170. Richards S. The pathophysiology of fibromyalgia. *CPD Rheumatol* 2001;2:31-5.
171. Altunören Ö, Orhan FÖ, Nacitarhan V, Özer A, Karaaslan MF, Altunören O. Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2011; 48(1): 31-8
172. Atagün Mİ, Atagün Z, 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: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2012; 25(4): 338-344.
173. Hauser W, Galek A, Erbsloh-Moller B, Kollner V, Kuhn-Becker H, Langhorst J, et al. Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome.H. *PAIN*. AUG, 2013; 154(8): 1216-1223,
174. Mountz JM, Bradley LA, Modell JG, Alexander RW, Triana-Alexander M, Aaron LA, Stewart KE, Alarcón GS, Mountz JD. Fibromyalgia in women: abnormalities of regional cerebral blood flow in the thalamus and the caudate nucleus are associated with low pain threshold levels. *Arthritis Rheum* 1995;38:926-38.

175. Guedj E, Cammilleri S, Niboyet J, Dupont P, Vidal E, Dropinski JP, Mundler O. Clinical correlate of brain SPECT perfusion abnormalities in fibromyalgia. *The J Nuclear Med* 2008;49:1798-1803.
176. Adiguzel O, Kaptanoglu E, Turgut B, Nacitarhan V. The possible effect of clinical recovery on regional cerebral blood flow deficits in fibromyalgia: a prospective study with semiquantitative SPECT. *Southern Medical Journal* 2004;97:651-5.
177. Kayhan Ö: Fibromyalji. Ağrı Serisi, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995
178. Goldenberg DL. Fibromyalgia. In Klippel JH, Dieppe PA, editors. *Rheumatology*. London Mosby, 1994;5: 16. 1-12.
179. Yunus M.B; Research in Fibromyalgia and Myofascial Pain Syndromes: Current Status, Problems and Future Directions; *Journal of Musculoskeletal Pain* 1993, (1), 23-47.
180. Fukuda K, Straus SE, Hickie I. : The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Case Definition Study Group. *Ann Intern Med*. 1994;121:953-959.
181. Martinez JE., Febraz MB., Sato El., Atra E.: Fibromyalgia versus Rheumatoid Arthritis, a longitudinal comparison of the quality of life; *J.Rheumatol*, 1995,22:2; 270-4.
182. Hudson JI, Pliner LF, Hudson MS: The dexamethasone suppression test in fibrositis. *Biol Psychiatry* 1984; 19:1489-1493.
183. Brückle W., Lautenschlager J., Müller W.: The course and topography of pain in fibromyalgia; *EULAR Bulletin* 1992, 1: 12-18.
184. Kuran B, Özgüzel M, Çağlar N: Fibromyalji sendromunda tizanidine ve ultrason tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1994; 8:29-33.
185. Carette S, McCain G, Bell DA ve ark.: Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheum* 1986; 29:655-659.
186. Gursel Y Terapötik egzersizler. In *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* (ed. Beyazova M, Gokce Kutsal Y) (2000). pp.909-29. Güneş Kitabevi:

187. Henriksson C.M.: Longterm effects of fibromiyalgiya on everyday life; Scand.J. Rheumatol. 1994, 23:36-41.
188. Rauch SL, van der Kolk BA, Fisler RE, Alpert NM, Orr SP, Savage CR, Fischman AJ, Jenike MA, Pitman RK. A symptom provocation study of posttraumatic stressdisorder using positron emission tomography and script-driven imagery. Arch Gen Psychiatry. 1996 May;53(5):380-7
189. Nofzinger EA, Mintun MA, Wiseman M, Kupfer DJ, Moore RY. Forebrain activation in REM sleep: an FDG PET study. Brain Res. 1997 Oct 3;770(1-2):192-201.
190. Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb R. Somatizing patients: part I. Practical management. Am Fam Physician. 2000 Mar 1;61(5):1423-8, 1431-2
191. Şar V. Disosiyatif Bozukluklar Koroğlu E.,Güleç C. (Editörler) (2007), Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007:393-402
192. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock Kaplan Sadock Klinik psikiyatri el kitabı,4. baskı Lippincott Williams & Wilkins 2005 ,202-207
193. Bernet W. Child maltreatment. B Sadock, V Sadock (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, 7. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2000;2878- 2889
194. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect 1994;18:409-17
195. Smith M, Bentovim A. Sexual abuse. Rutter M, Taylor E and Hersov L (ed): Child and Adolescent Psychiatry- Modern Approaches'da. Blackwell Science, 1994; 230-251
196. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adulthood. Br J of Psychiatry 1991;159:115-122
197. Özen-Erberk N, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları Kış 1997;2(5):473-491
198. Merry SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure Of abuse. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry 1994;33-7, . 939-944

199. Green AH. Child sexual abuse and incest. Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook'da. Williams and Wilkins 1996;1041-1048
200. Jacobson A, Richardson B. Assault Experiences of 100 psychiatric inpatients: Evidence for the need for routine inquiry. Am J Psych 1987;144:908-913
201. Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ, Özpulat T, Yanık M. Yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında ruhsal travma yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme davranışı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İstanbul 1995; s.71
202. McCauley K, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, DeChant HK, Ryden J et al. Clinical characteristics of women with history of childhood abuse; JAMA, Vol. 277 May 1997;17:1362-1368
203. Karamustafaoğlu S. Obsesif-Kompulsif Bozukluklu hastalarda dissosiyatif yaşantılar. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi. İstanbul 1999
204. Swedo SA, Leonard HL. "Çocuktur, Geçer!" . Epsilon Yayıncılık, 2002; 107 – 123
205. Green AH. Self-mutilation in schizophrenic children. Arch Gen Psychiatry 1967;52:947- 959
206. Green AH. Self-destructive behavior in battered children. Am J Psychiatry 1978;135:579-582
207. Van der Kolk B, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. Am J Psychiatry 1991;148:
208. Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self mutilation in female patients with borderline personality disorder. Can J Psychiatr1994;39:259-268
209. Putnam FW. Dissociation in children and adolescents. Newyork, Guilford Press 1997
210. Van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. BA van der Kolk,

- AC McFarlane, L Weiseth (eds): Traumatic Stress'te, New York, Guilford Press 1996;182-214
211. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S, Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:4 (2007) 13-22
212. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl 2003; 27:169-190.
213. Şar V , Öztürk E, İkikardeş E. . "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği." Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 32.4 (2012): 1054-1063.
214. Şar V, (1996) Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) Türkçe Versiyon (uyarlama) İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoterapi Birimi, İstanbul.
215. Şar V, Kızıltan E, Kundakçı T ve ark. (1997) Dissosiyasyon Ölçeği'nin (DIS-Q) geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, s. 43-53.
216. Perley MJ, Guze SB. Hysteria: The stability and usefulness of clinical criteria. New England Journal of Medicine 1962;266:421-26
217. Mäkelä M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. BMJ 1991; 303:216-219.
218. Farooqi A, Gibson T. Prevalence of the rheumatic disorders in the adult population of north Pakistan. Br J Rheumatol 1998; 37: 491-495.
219. Özenli Y Türkiye'de somatoform bozukluklar epidemiyolojisi. (2009), Erişim Tarihi: 01.03.2015 Başkent Üniversitesi sitesi: http://78.189.53.61/-/bs/ess/y_ozenli.pdf
220. Ataman Ş, Yalçın P, Romatoloji Medikal Network 2012 s.710-770
221. Pellegrino MJ, Waylonis GW, Sommer A. Familial occurrence of primary fibromyalgia. Arch Phys Med Rehabil. 1989 Jan;70(1):61-63.
222. Sheehan B, Banerjee S. Review: Somatization in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Dec;14(12):1044-1049.

223. Noll-Hussong M, Gündel H. [Etiopathogenetic aspects of somatoform disorders]. *Nervenarzt*. 2012 Sep;83(9):1106-1114.
224. Escobar JJ, Canino G. Unexplained physical complaints. Psychopathology and epidemiological correlates. *Br J Psychiatry Suppl*. 1989 May;(4):24-27.
225. http://www.investinduzce.gov.tr/sa_content_duzce_raporlari?mode=2&MenuId=2904
226. Maaranen P, Tanskanen A, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Viinamäki H. Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population. *J Nerv Ment Dis*. 2004 May;192(5):337-42
227. Sigvardsson S, von Knorring AL, Bohman M, Cloninger CR. An adoption study of somatoform disorders. I. The relationship of somatization to psychiatric disability. *Arch Gen Psychiatry*. 1984 Sep;41(9):853-859.
228. Cloninger CR, Reich T, Guze SB. The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). *Br J Psychiatry*. 1975 Jul;127:23-32
229. Hennings A, Zill P, Rief W. Serotonin transporter gene promoter polymorphism and somatoform symptoms. *J Clin Psychiatry*. 2009 Nov;70(11):1536-9
230. Muwafak Al-Eithan, Hathab Al Juban, Asirvatham Alwin Robert Dissociative experiences and their relationship to mood problems among Arab mothers of disabled children *Pan Afr Med J*. 2013; 15: 21
231. Sack M, Boroske-Leiner K, Lahmann C. Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 May-Jun;32(3):315-20.
232. Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain*. June 2000; 16(2): 127-134.
233. Amital D, Fostick L, Polliack ML, Zohar J, Segev S, Rubinow A, et al. Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *Journal of Psychosomatic Research*. November 2006; 61(5): 663-669

234. Ablin JN, Cohen H, Kaplan Z, Neumann L, Buskila D. Coping styles in fibromyalgia: Effect of co-morbid posttraumatic stress disorder. *Rheumatology International*. May 2008; 28(7): 649-656.
235. Semiz M , Kavakci Ö, Pekşen H. at all. ., Dissosiyasyon, S. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder, Alexithymia and Somatoform Dissociation in Patients with Fibromyalgia. *Turk J Phys Med Rehab* 2014;60:245-51
236. Wabnitz P, Gast U, Catani C. Differences in trauma history and psychopathology between PTSD patients with and without co-occurring dissociative disorders. *Eur J Psychotraumatol*. 2013 Nov 26;4.
237. Gaon A, Kaplan Z, Dwolatzky T, Perry Z, Witztum E. Dissociative symptoms as a consequence of traumatic experiences: the long-term effects of childhood sexual abuse. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2013;50(1):17-23
238. Leavitt F, Katz RS, Mills M, Heard AR. Cognitive and dissociative manifestations in fibromyalgia. *JCR-Journal of Clinical Rheumatology*. APR, 2002; 8(2); 77-84
239. Leavitt F, Katz RS. The Dissociative Factor in Symptom Reports of Rheumatic Patients with and Without Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2003; 10(4): 259-266
240. Sar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakim B, Baral I. Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Compr Psychiatry*. 2000 May-Jun;41(3):216-222.
241. Park, S., Hong, J. P., Bae, J. N., Cho, S. J., Lee, D. W., Lee, J. Y., ... & Cho, M. J. (2014). Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: Single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatry research*, 219(3), 443-449.
242. Filippou, A. P. M., Bassani, D. G., Aguiar, R. W. D., & Ceitlin, L. H. F. Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* (2013). 35(1), 46-54.
243. Öncü, E., Kurt, A. Ö., Esenay, F. I., & Özer, F. Çalışan çocukların ailede istismarı/Abuse of working children within the family. *Turkish Journal of Public Health*, (2012). 10(3), 128-140).

244. Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Eur J Pain*. 2003;7(2):113-9
245. Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H., & Yeşilbaş, D. ,Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı ile Çocukluk Çağı Travma Yaşantıları Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 222-229
246. Webermann AR, Brand BL, Chasson GS. Childhood maltreatment and intimate partner violence in dissociative disorder patients. *Eur J Psychotraumatol*. 2014 Sep 12;5. 245-68.
247. Hansen NB, Brown LJ, Tsatkin E, Zelgowski B, Nightingale V. Dissociative experiences during sexual behavior among a sample of adults living with HIV infection and a history of childhood sexual abuse. *J Trauma Dissociation*. 2012;13(3):345-60
248. Soylu N, Pılan BŞ, Ayaz M, Sönmez S. Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2012; 13(4): 292-298
249. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl*. 2003 Nov;27(11):1247-1258.
250. Van Dijke A, Ford J, Van der Hart O, Van Son M, Van der Heijden P, Bühring M. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2011;2 5628
251. Pennebaker JW, Hughes C & O’Heeron RC (1987), The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personal and Social Psychology* 41:213-223. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
252. Katon W, Sullivan M, Walker E: Medical symptoms without identified pathology:relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med* 2001; 134:917-25.

253. Finestone HM, Stenn P, Davies F ve ark.: Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse* 2000; 24:547-556.
254. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N: Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 193:258-264, 2005.
255. Özen, Ş., Antar, S. ve Özkan, M. (2007). Çocukluk Çağı Travmalarının Umutsuzluk, Sigara ve Alkol Kullanımı Üzerine Etkisi: Üniversite Son Sınıf Öğrencilerini inceleleyen Bir Çalışma. *Düşünen Adam*. 20(2), 79–87.
256. Atagün, M. İ., Atagün, Z., Doğan, S., Evren, C., Yalçınkaya, E. Y., & Öneş, K. (2013). Sexual dysfunction is related with childhood trauma in female patients with fibromyalgia. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14(3), 200-209.
257. Taner HA, Çetin FH, Işık Y, İşeri E. Psychopathology in abused children and adolescents and related risk factors. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2015; 16(4): 294-300.
258. Gökler I: Çocuk «stismar» ve ihmali: Erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 9: 2002 .47-57.
259. Dumlu K, Cimilli C: Erken yaflam stresörlerinin nörobiyolojik sonuçlar». *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14:301-310.
260. Wood PB. Neuroimaging in functional somatic syndromes. *Int Rev Neurobiol.*2005;67:119-63
261. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2007 May 15;146(10):726-34.
262. Pruessner JC, Hellhammer D, Kirschbaum C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosom Med* 1999; 61: 197–204.
263. Gaab J, Rohleder N, Heitz V ve ark. Enhanced glucocorticoid sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome. *Acta Neuropsychiatrica* 2003; 15:184–191.
264. Van Houdenhove B, Egle U, Luyten P. The role of life stress in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep.* 2005 Oct;7(5):365-70.

265. Hayta E, Doğan ÖT, Doğan SC, Akdeniz T, Őencan D, KarakaŐılı S, ve ark. Hizmetli S. Fibromiyalji tanısı konan 100 kadın olgunun klinik özellikleri. Cumhuriyet Tıp Derg. 2010; 32(1): 74-79.
266. Kashikar-Zuck S, Parkins IS, Graham TB, Lynch AM, Passo M, Johnston M, Schikler KN, Hashkes PJ, Banez G, Richards MM. Anxiety, mood, and behavioral disorders among pediatric patients with juvenile fibromyalgia syndrome. Clin J Pain. 2008 Sep;24(7):620-6
267. Peres JF, Gonçaves AL, Peres MF. Psychological trauma in chronic pain: implications of PTSD for fibromyalgia and headache disorders. Curr Pain Headache Rep. 2009 Oct;13(5):350-7.

8. EKLER

Ek.1: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

Adı Soyadı

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisinde işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınızı gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
6. Yırtık sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kaldım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak
5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert cisimle vurarak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

17. Bana o kadar kötü vuruyorlar ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğiy oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

19. Ailemdelikiler kendilerini birbirine yakın hissedilerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım taktirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak
5.Çok Sık

Ek.2: DİSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (DIS-Q)

| 1=Hiç | 2=Biraz | 3=Orta | 4=Çok | 5=Tam | |
|--|---------|--------|-------|-------|---|
| 1. Bazen rüyadaymışım gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Hiç düşünmeksizin tıka basa yediğim oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden fark ediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Hiçbir neden yokken ve kendim ve kendimde istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Bazen sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden fark ediyorum ki, sanki anlatılanların hiç birini (ya da bir bölümünü) duymamıştım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Kimi zaman, yorgun olduğum da, sanki dışarıdan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veremiyormuş gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Bazen tam olarak kim olduğumu bilemiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Sıklıkla, aç olmadığım halde bir şeyler yeme isteği duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Hiç istemediğim halde öfkelendiğim oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Bazen bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Zaman zaman şaşkınlıyorum ve kafam karışıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Bazen, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlamıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığımı söylüyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 20. Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Geçmiş yaşamımdaki bazı önemli olayları (örneğin mezuniyet ya da nikâh töreni) hiç hatırlamadığım olur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Bazen bir şey söyleyecek iken ağzımda tamamen farklı bir şey çıkıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ruh halimdeki neşe ya da keyifsizlik gibi belirgin değişiklikler ani geçişler biçiminde olabiliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Bazen bir şey yaparken ne yapmakta olduğumu birden unutuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Bazen aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Bazen vücudumun değişmekte olduğu hissi duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissi duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiçbir şeyi fark etmiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Bazen geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Eskiden olmuş bir şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki, sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Bazen ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu fark ediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alıkoyamıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Bazen kendime nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 38. Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi, yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm, karıştırıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Bazen kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Bazen bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyör ya da yapıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Kendimi, yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi fark ediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki, sanki onlar gerçekten başımdan geçiyormuş gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Bazen aklımda bir şey olmaksızın gözüm dalıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Hiçbirşey düşünmediğim sık oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Kötü alışkanlıklarıma karşı durmakta çok zorluk çekiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Bazen bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Yemek yerken aklım başka yerde oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Kendimi hayallere dalmış hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Kendime daha fazla yön verebilmeyi isterdim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Yürürken attığım her adımı izliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Başka durumlarda pek elimden gelmeyen şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Yemek yerken ağızıma attığım her lokmayı izliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Bazen kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. Bazen zihnim parçalara bölünmüş gibi hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

59. Kendimi aynı anda iki ya da daha fazla kişi olarak hissediyorum. 1 2 3 4 5
60. Bir şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.
61. Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor. 1 2 3 4 5
62. Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor. 1 2 3 4 5
63. Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor. O zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar. 1 2 3 4 5
-

Ek.3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU

ADI-SOYADI:

YAŞ:

CİNSİYET: Kadın Erkek

MEDENİ DURUM: Evli Bekâr Dul Boşanmış

MESLEK: Ev Hanımı Memur İşçi Öğrenci Diğer

EĞİTİM: (Yıl)

EKONOMİK DURUM: Kötü Orta İyi

YAŞADIĞI YER: Köy İlçe Şehir

AİLE ÖYKÜSÜ: Var Yok