

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN FİBROMİYALJİ
TANILI HASTALARDA BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE D TİPİ KİŞİLİK
ÖZELLİĞİ İLE BİRLİKTELİĞİ**

Dr. Tuğba YALVAÇ

UZMANLIK TEZİ

Konya-2023

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN FİBROMİYALJİ
TANILI HASTALARDA BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE D TİPİ KİŞİLİK
ÖZELLİĞİ İLE BİRLİKTELİĞİ**

Dr. Tuğba YALVAÇ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof.Dr.Nazmiye KAYA

Konya-2023

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince bilgi ve tecrübeleri ile her zaman yoluma ışık olan, tez sürecim boyunca desteğini esirgemeyen, çalışkanlığı ve disiplini ile her zaman örnek aldığım değerli hocam Prof.Dr.Nazmiye KAYA'ya

Klinik deneyimleri ve bilgileri ile uzmanlık eğitimime katkıda bulunan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Adem AYDIN, Prof. Dr. Mine ŞAHİNGÖZ, Prof. Dr. Mehmet AK, Dr. Öğretim Üyesi Hasan BAKAY'a

Tezimin istatistiksel analizlerinde her türlü desteği sağlayan, azmi ile örnek olan değerli hocam Doç.Dr.Şakir Gıca'ya

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, birlikte çalışma fırsatı bulduğum, klinik tecrübeleri ile her zaman yol gösterici olan kıymetli hocam Prof. Dr. Faruk UĞUZ'a

Rotasyon eğitimim süresince katkılarından dolayı tüm Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarıma,

Asistanlığım süresince desteklerini her zaman hissettiğim, çalışmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Ayşegül Kırkaş, Dr.Rıdvan Mehmet Gökteş'a,

Birlikte çalıştığım kıymetli araştırma görevlisi arkadaşlarım ve tüm emekçi sağlık personellerine,

Tedavi süreçlerine dahil olduğum ve psikiyatri alanında deneyim kazanmamı sağlayan bütün hastalarım,

Beni bugünlere getiren, bana güç veren, varlıklarına şükrettiğim en büyük destekçilerim canım annem ve babama, değerlilerim ablalarım ve biricik yeğenime,

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Haziran , 2023

Dr. Tuğba YALVAÇ

ÖZET

Amaç: Bedensel belirti bozukluğu psikiyatri dışındaki kliniklere başvuru oranı oldukça sıktır. Bu nedenle diğer branşlar tarafından da ayırıcı tanıda akılda tutulması önem teşkil etmektedir. Bedensel belirtileri olan hastalarda D tipi kişilik özellikleri sık görülmektedir. Çalışmamızın amacı fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran fibromiyalji tanımlı hastalarda bedensel belirti bozukluğu sıklığı ve D tipi kişilik özelliğı ile birlikteliğini tespit etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi ile Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 18-65 yaş aralığında 250 hastaya sosyodemografik veri formu, bedensel belirti bozukluğu şiddet ölçeğı ,hasta sağlık anketi -15 (PHQ-15), Bedensel duyumları abartma ölçeğı (SSAS), D tipi kişilik ölçeğı ve hastane anksiyete ve depresyon (HADS) ölçekleri uygulanmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından SCID/CV (Structured Clinical Interview for DSM-5/Clinical version) kapsamında psikiyatrik görüşme yapılarak ve DSM-V tanı kriterine göre Bedensel Belirti Bozukluğu tanısı konmuştur.

Bulgular: Fizik tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastalarda Bedensel belirti bozukluğu yaygınlığı %26,8 olarak bulunmuştur. Tüm hastalarda D tipi kişilik özelliğı sıklığı %33 olarak bulunmuştur. Bedensel belirti bozukluğu olanlarda D tipi kişilik özelliğı birlikteliğı %49,3 olarak tespit edilmiştir. Bedensel belirti bozukluğu olan grup ile olmayan grup arasında sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiş olup, BBB olan grupta PHQ-15, SSAS, HADS, D tipi kişilik ölçek skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastalarda Bedensel belirti bozukluğu sıklığı genel popölasyona oranla yüksek olduğu, D tipi kişilik ile özellikleri ile birlikteliğinin de daha sık olduğu tespit edildi. Fibromiyalji hastalarında bedensel belirti bozukluğunun akılda tutulması hastalığın tedavi ve prognozu açısından önemlidir. Bulgularımızın desteklenmesi için geniş örneklem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bedensel belirti bozukluğu ,fibromiyalji ,D tipi kişilik özelliğı, klinik özellikler.

ABSTRACT

Objective: The rate of admission to clinics other than psychiatry for somatic symptom disorder is quite common. For this reason, it is important to keep in mind in the differential diagnosis by other branches. Type D personality traits are common in patients with physical symptoms. The aim of our study is to determine the frequency of somatic symptom disorder and its association with type D personality traits in patients with fibromyalgia who applied to the physical therapy and rehabilitation outpatient clinic.

Method: In this study, 250 patients between the ages of 18-65 to Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital and Beyhekim Training and Research Hospital physical therapy and rehabilitation Socio-demographic data form, Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15), Somatosensory Amplification Scale (SSAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Type D Personality Scale, Somatic Symptom Scale will be applied. The patients were diagnosed with Somatic Symptom Disorder according to the DSM-V diagnostic criteria by conducting a psychiatric interview within the scope of SCID/CV (Structured Clinical Interview for DSM-5/Clinical version) by the researcher.

Results: The prevalence of somatic symptom disorder was found to be 26.8% in patients who applied to the physical therapy and rehabilitation outpatient clinic. The frequency of D type personality traits was found to be 33% in patients. The frequency of type D personality traits in patients with somatic symptom disorder was found to be 49.3%. There was no statistically significant difference in terms of sociodemographic data between the group with somatic symptom disorder and the group without. PHQ-15, SSAS, HADS, D type personality scale scores were found to be significantly higher in the group with somatic symptom disorder.

Conclusion: In our study, it was determined that the frequency of somatic symptom disorder was higher in patients who applied to the Physiotherapy and Rehabilitation outpatient clinic compared to the general population, and its association with type D personality and characteristics was more frequent. Keeping the symptom disorder in mind in fibromyalgia patients is important for its treatment and prognosis. Large sample studies are needed to support our findings.

Key words: Somatic Symptom Disorder , fibromyalgia , type d personality, clinical features.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLOLAR DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Fibromiyalji Sendromu.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji	3
2.1.4. Etiyoloji	4
2.1.5. Klinik görünüm ve tanı kriterleri.....	6
2.1.6. Ayırıcı tanı.....	8
2.1.7. Tedavi.....	8
2.2. Bedensel Belirti Bozukluğu.....	11
2.2.1. Tanım.....	11
2.2.2. Tarihçe.....	11
2.2.3. Epidemiyoloji	12
2.2.4. Etiyolojisi	13
2.2.5. Tanı kriterleri.....	16
2.2.6. Ayırıcı tanı.....	17
2.2.7. Tedavi.....	18
2.3. D Tipi Kişilik.....	20
2.4. Bedensel Belirti Bozukluğu ve D tipi kişilik.....	20
2.5. Fibromiyalji ve Bedensel Belirti Bozukluğu.....	20
2.6. Fibromiyalji ve D tipi kişilik	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	23
3.2. Araştırmanın Yürütülmesi	23
3.3. Etik kurul.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24

3.4.1. Sosyodemografik veri formu	24
3.4.2. Hasta sağlık anketi (PHQ-15).....	24
3.4.3. Bedensel duyumlari abartma olceği (SSAS)	24
3.4.4. Hastane anksiyete ve depresyon olceği (HADS).....	25
3.4.5. D tipi kişilik olceği	25
3.4.6. Bedensel Belirti Bozukluğu şiddet olceği (Klinisyen için)	25
3.4.7. SCID/CV (Structured Clinical Interview for DSM-5/Clinical version)	25
3.4.8. İstatiksel Analiz.....	26
4. BULGULAR	26
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	26
4.2. Hastaların Klinik Özellikleri	29
4.3. Gruplar Arasında Bedensel Belirtilerle İlgili Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
4.4. Gruplar arası D tipi kişilik özelliklerinin sıklığı ve D tipi kişilik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
4.5. Gruplar arası HADS ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
4.6. Hasta gruplarının sayısal verileri arasındaki korelasyonun incelenmesi.....	34
4.7. Psikometrik testlerin BBB tanısı ile ilişkisinin oluşturulan hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmesi.....	35
5. TARTIşMA	35
6. KISITLILIKLAR.....	40
7. SONUÇLAR	41
8. KAYNAKLAR.....	42
9.EKLER	62

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 2: Hasta gruplarına ait klinik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 3: Hasta gruplarına ait klinik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 4: Gruplar arasında bedensel belirtilerle ilgili ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 5: Gruplar arası D tipi kişilik özelliği varlığı ve D tipi kişilik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 6: Gruplar arası HADS ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 7: Hasta gruplarının sayısal verileri arasındaki korelasyonun incelenmesi

Tablo 8: Psikometrik testlerin BBB tanısı ile ilişkisinin regresyon analizi ile incelenmesi

KISALTMALAR

ACR: American College Of Rheumatology

APA: American Psychiatric Association

BBB: Bedensel Belirti Bozukluğu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

FMS: Fibromiyalji Sendromu

HADS: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

ICD: International Classification of Diseases

NSAİD: Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug

PHQ-15: Hasta sağlık anketi-15

SNRI: Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitors

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

SSAS: Bedensel duyumlari abartma ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fibromiyalji; yaygın vücut ağrısı, yorgunluk, uyku bozukluğu, halsizlik ile seyreden ve psikiyatrik semptomların eşlik ettiği nedeni bilinmeyen kronik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Kia & Choy, 2017a). Genel olarak etyopatogenezi net olmamakla birlikte olası nedenleri arasında genetik, nörolojik, psikolojik, uyku ve immünolojik faktörler sayılmaktadır (Bazzichi et al., 2016a). Genetik yatkınlığı olan kişilerin, psikolojik ve fizyolojik streslere maruz kalmaları ile fibromiyalji geliştiği ileri sürülmektedir (Ay, 2015; Berker, 2007). Genel olarak popülasyondaki prevalansının %2 civarında olduğu bulunmuştur (Macfarlane et al., 2017a).

Hastalığın ana ve en sık görülen semptomu ağrı olmakla birlikte beraber görülen diğer semptomlar da bu duruma katkıda bulunmaktadır (Park et al., 2001). Yapılan çalışmalara göre fibromiyalji tanımlı hastalarının %35'inde psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir (Özçetin, 2014).

FMS semptomlarının yatkınlığında, alevlenmesinde ve sürdürülmesinde biyolojik ve psikososyal faktörlerin önemli olduğu bir biyopsikososyal FMS kavramı üzerinde durulmaktadır (Häuser et al., 2013).

FMS'li hastaların çoğunda fiziksel hastalıklar ile ifade edilemeyen birçok fiziksel belirtiler bulunabilir (Häuser et al., 2008). Bu sebeple FMS bazı psikiyatristler tarafından bir somatizasyon bozukluğu olabileceği öne sürülmektedir (Arnold et al., 2012).

Bedensel belirti bozukluğu (BBB), kişide yoğun sıkıntıya neden olan, tıbbi olarak açıklanamayan veya açıklanabilmesine karşın kişinin belirtileriyle orantısız düzeyde içsel güç ve aşırı zaman harcadığı bedensel belirtilerle karakterize bir ruhsal bozukluktur (Köroğlu, 2014).

Bedensel belirti bozukluğu tanısının DSM-IV'teki somatoform bozukluklar grubunda bulunan 3 farklı tanının (somatizasyon bozukluğu, ayrışmamış somatoform bozukluk ve ağrı bozukluğu ile bazı vakalar için hipokondriyazis) yerine geçtiği yorumu yapılmaktadır (J. Katz et al., 2015).

FMS'nin altta yatan net bir tıbbi sebebin olmaması nedeniyle öncelikle bir somatoform bozukluk olarak sınıflandırılması gerektiği fikri, psikiyatri ve ağrı literatüründe anlamlı bulunsa da (Fink & Schröder, 2010a; Kroenke, 2007a), bu görüşe bazı araştırmacılar katılmamaktadır (Yunus, 2008a).

Yapılan bir çalışmada FMS'nin Bedensel Belirti Bozukluğu (BBB) olarak sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağı ile bedensel belirti bozukluğu belirtileri araştırılmış ve BBB semptomlarının her biri, FMS'li kadınlarda günde birkaç kez hafif ve orta şiddette görülmüştür. Günlük yaşam ilişkisi, BBB'nun B kriterinin karşılanabileceğini ve bu nedenle FMS'nin DSM-5'e göre BBB olarak sınıflandırılabilmesi görüşü ortaya atılmıştır. Yapılan çalışmada FMS'li hastalarının %82'sinde görülen bedensel semptomların BBB'nun B kriterini karşıladığı görülmüştür(Klaus et al., 2017).Alman popülasyonunda yapılan bir çalışmada FMS hastalarının %28,1'inin BBB tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür (Häuser et al., 2020).

Tip D kişilik, depresif ruh hali, öfke, kaygı ve sinirlik gibi olumsuz duyguları (negatif affekt) deneyimleme eğilimi ve bu duyguların ifadesini sosyal ortamlarda baskılama (sosyal inhibisyon) gibi temel özelliklere sahip olan kişilik türü olarak tanımlanmıştır (Watson & Pennebaker, 1989a).

Yapılan bir çalışmada fibromiyalji tanılı kişilerde Olumsuz duygulanım (NA) ve sosyal engellenme (SI)'nin etkisini ayrı ayrı araştırmış ve özellikle NA'nın daha kötü tedavi sonuçları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Fibromiyaljili hastalarda Tip D kişilik sıklığı %56.5 bulunmuş. Ek olarak, olumsuz duygulanım (NA), daha kötü zihinsel ve fiziksel sağlık ile ilişkili bulunmuştur (van Middendorp et al., 2016a).

Bugüne kadar Fibromiyalji ve Somatizasyon Bozukluğu ile ilgili yurtdışı kaynaklı çalışmalar bulunsun da Fibromiyalji ve Bedensel Belirti Bozukluğu ile ilgili az sayıda çalışma olup, ülkemizde ulaşılabildiği kadarıyla bu alanda yapılan çalışma bulunmamaktadır. Somatik belirtilerden özellikle kronik ağrı yakınması ile hastalar birçok polikliniğe başvurmakta, en sık da fizik tedavi polikliniğine başvurmaktadırlar. Bu hastalar sıklıkla fibromiyalji tanısı almaktadır. Bu nedenle fibromiyalji hastalarının ayırıcı tanı açısından ve eşlik eden bedensel belirti bozukluğu sıklığı açısından değerlendirilmesi önem teşkil etmektedir. Bu çalışmada fibromiyalji hastalarında BBB sıklığı ve D tipi kişilik özelliği ile birlikteliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fibromiyalji Sendromu

2.1.1. Tanım

Fibromiyalji sendromu (FMS) yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ile karakterize ek olarak yorgunluk, halsizlik, kas eklemlerde tutukluk, uyku bozuklukları, kognitif işlevlerde bozulma ile seyreden etyolojisi tam olarak bilinmeyen kronik bir ağrı sendromudur(Jahan et al., 2012). Fibromiyalji sendromunda hassas noktalar olarak isimlendirilen bazı anatomik bölgelerde aşırı hassasiyetin görüldüğü bilinmektedir(Clauw, 2009).

Fibromiyalji sendromu, yaşam kalitesinde düşüşe, fiziksel ve emosyonel işlevlerde bozulmaya ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmalara neden olur (Henriksson et al., 1992).

2.1.2. Tarihçe

FMS ilk defa, 1904 yılında, Sir William Gowers tarafından “fibrozit” olarak tanımlanmıştır (Harris & Clauw, 2008a) . 1970’li yıllarda, Symthe ve Moldofsky tarafından, inflamasyon olmaması nedeniyle, tanımlamak için fibrozit yerine, “fibromiyalji sendromu” tanımı kullanmaya başlamıştır. Yine Moldofsky tarafından tüm hastalarda sıkça rastlanılan hassas noktalar tanımlanmış ve yine bu hastalarda özellikle uykunun dördüncü fazında olan kesilmelerde FMS semptomlarının ortaya çıktığı gösterilmiştir (Moldofsky et al., 1975) . 1990 yılında ise Wolfe ve arkadaşları tarafından bugün halen kullanılan FMS için “American College of Rheumatology” (ACR) kriterleri geliştirilmiştir (Wolfe et al., 1990a).

2.1.3. Epidemiyoloji

Fibromiyalji prevalansının %0,2 ile %6,6 arasında olduğu, kadınlarda %2,4 ile 6,8, şehirlerde %0,7 ile %11,4, kırsal alanlarda %0,1 ile %5,2 arasında olduğu belirtilmiştir (Marques et al., 2017). Yapılan bir prevalans çalışmasında kullanılan tanı kriterlerine göre farklılık gösterse de görülme sıklığı; Türkiye için %3,6-5,6 , son yapılan çalışmalarda Avrupa’da %2,64 , dünya çapında ise %2,7 olarak saptanmıştır(Queiroz, 2013).

Genel olarak popülasyondaki prevalansının %2 olduğu kabul edilmektedir (Macfarlane et al., 2017b). Dünya genelinde yapılan epidemiyolojik araştırmalar bu sendromun kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir (Branco, Bannwarth, et al., 2010).

Fibromiyalji ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklere oranla 9-10 kat daha sık rastlanılmaktadır (Wolfe et al., 1995).Fibromiyalji genellikle orta yaşlı kadınlarda sık görülmekle birlikte, çocuk, ergen ve yaşlıları da etkileyebilmektedir (Fitzcharles et al., 2013a).

2.1.4. Etiyoloji

Fibromiyalji sendromu etyopatogenezi net olamamakla birlikte olası nedenleri arasında genetik, nörolojik, psikolojik, uykuyla ilişkili faktörler ve immünolojik faktörler sayılmaktadır (Bazzichi et al., 2016a)

Hastalığın ortaya çıkışı hakkında çeşitli hipotezler öne sürülmüştür. Bağışıklık sistemindeki bozukluklar, uyku bozuklukları, nöroendokrin bozukluklar, periferik ve merkezi sinir sistemi anormalliklerinin fibromiyalji semptomları ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalar vardır; ancak bu çalışmaların bulguları hastalığın oluşum mekanizmasını belirleyebilmek için yeterli değildir(Gür, 2008b; Ramanathan et al., 2012).

2.1.4.1. Genetik etkenler

Genetik faktörler FMS etyopatogeneziinde önemli rol oynamaktadır. FMS'li hastaların birinci derece yakınlarında FMS görülme ihtimali sağlıklı popülasyona göre 8 kat artmıştır (Kato et al., 2006). Bununla birlikte FMS'li hastaların aile bireylerinde herhangi bir hassasiyet ve kronik ağrı olma riski sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu görülmüştür(Erşan et al., 2014).

Son zamanlarda yapılan genetik çalışmalarında spesifik gen polimorfizmlerinden özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve katekolaminerjik sistem üzerinde durmaktadır. FMS'li hastalarda, serotonin transporter, dopamin 4 reseptör, serotonin 5-HT2A reseptör (T/T fenotipi) ve COMT (katekolamin o-metil transferaz) polimorfizmleri ile monoamin oksidaz (MAO-A) aktivasyonu fazla olan gen alellerini taşıyanlarda hastalığın daha kötü seyrettiği gösterilmiştir (Harris & Clauw, 2008b). TRPV2 geni ise FMS'deki ağrı eşiğindeki düşüşten sorumlu bulunmuş (Mickle et al., 2015).

2.1.4.2. Endokrin etkenler

Hipotalamopituitieradrenal (HPA) aksın disregülasyonu ile giden nöroendokrin bozuklukların FMS etyopatogenezi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Gür, 2008a).

FMS'li hastalarda HPA aksını araştıran çalışmalarda diüurnal paternde düzleşme ile yüksek kortizol düzeyleri bulunmuştur ve bu yüksek kortizol düzeylerinin deksametazon uygulaması ile baskılanmadığı bildirilmiştir. Yapılan bir araştırmada, FMS'li hastalarda 24

saatlik üriner serbest kortizol düzeylerinin sağlıklı kontrollerden daha düşük saptanırken, akşam toplanan total ve serbest kortizol düzeylerinin ise FMS'li hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada kortikotrop salgılayıcı hormon (CRH) uyarısına kortizol cevabının FMS'li hastalarda sağlıklı kontrollere oranla azaldığı tespit edilmiştir (Crofford et al., 1994).Yapılan başka bir çalışmada FMS'li hastalardaki kortizol düşüklüğünün depresyon skoru yüksek hastalarda daha belirgin olduğu saptanmıştır (Gur et al., 2004).

FMS'li hastalarda kontrol grubuna kıyasla dolaşımdaki somatomedin C seviyelerini daha düşük bulunmuştur. Düşük somatomedin C düzeyleri, büyüme hormonu (BH) salınımını persistan olarak bozulmasına sebep olmakta ve bunun sonucu olarak da HPA aks cevabında disregülasyona ve BH salınımında azalmaya neden olmaktadır (R. M. Bennett et al., 1992).

FMS'nin kadınlarda daha sık görülmesi nedeniyle, son zamanlarda FMS ile seks hormonları arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır. Yapılan çalışmalarda, östrojen ile substans P ve serotonin arasında bir ilişkinin olduğu ve bu iki nörotransmitterin beyinde östrojen tarafından modüle edildiği gösterilmiştir (Bethea et al., 1998; Dufourny & Warembourg, 1999).

2.1.4.3. Nörotransmitter anormallikleri

FMS'li hastalarda dopamin, norepinefrin ile serotonin seviyelerinin beyin omurilik sıvısında (BOS) azaldığı diğer yandan glutamat ile substans P (SP) düzeylerinin ise arttığı saptanmıştır, FMS ile ilgili anormal ağrı algılanmasının; artan substans P düzeyleri ve düşük serotonin düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Petersel et al., 2011).Serotonin düşüklüğü ağrı eşiğinin düşmesine neden olmakla birlikte ,FMS ile uyku ve bilişsel bozukluklar arasındaki ilişkiyi de aydınlatılabilir (Bellato et al., 2012).

2.1.4.4. İmmunolojik etkenler

Fibromiyaljinin otoimmün hastalıklara sık eşlik ediyor olması etyolojisinde immünolojik bir sebep olabileceğini düşündürmektedir(Kılıçarslan et al., 2018). Romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematozus (SLE), sjögren sendromu gibi otoimmün hastalıklarda FMS sık görülmektedir.

FMS tanılı hastalarda tümör nekroz faktör- α , interlökin-8, interlökin-10 düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür ve bu sitokin düzeyleri ile başta ağrı olmak üzerine diğer FMS semptomları arasında korelasyon olduğu saptanmıştır (Harris & Clauw, 2008c).

İnsan immün yetmezlik virüsü(HIV), koksaki virüs, parvovirüs enfeksiyonu sonrasında FMS gelişebilmesi de etyolojide immünolojik bir mekanizma olabileceğini akla getirmektedir (Goldenberg, 1993).

2.1.4.5 Psikopatolojik faktörler ve uyku bozukluğu

FMS hastalarında, psikiyatrik rahatsızlıkların yaşam boyu eşlik ettiği ve FMS tanısı koyulmadan önce de psikiyatrik semptomların var olduğu görülmüştür(Dell’Osso et al., 2011). Psikiyatrik bozukluklar FMS gelişimine katkı sağlamakla birlikte diğer romatizmal hastalıklara kıyasla FMS’de psikiyatrik durumlar daha sık görülmekte ve en sık görülen psikiyatrik hastalıklar depresif bozukluk (%20-80) ve anksiyete bozukluğu (%13-65,8) olarak görülmüştür (Giesecke et al., 2003a).Depresif belirtileri olan fibromiyalji hastalarında ağrı hassasiyetinin daha da arttığı bulunmuştur (Siracusa et al., 2021).

Fibromiyalji hastalarının kişilik özelliklerini inceleyen çalışmalara bakıldığında bu kişilerin içe dönük, karamsar kişilik özellikleri olduğu; öfke ve düşmanlık duygularıyla başa çıkmakta zorlanan, beklenti seviyesi yüksek, çatışmaları inkar ederek bunun yerine somatik şikayetler geliştiren ve aleksitimi düzeylerinin sağlıklı topluma göre yüksek bireyler olduğu görülmüştür(Blumer & Heilbronn, 1981; Celiker et al., 1997; Gencay-Can & Can, 2012; Sayar et al., 2004).

Fibromiyalji hastalarında uyku patolojilerinin eşlik ettiği özellikle derin uykuda alfa ve delta dalga örüntülerinde anormalliklerin sık görüldüğü tespit edilmiştir (Anch et al., 1991).Kötü uyku kalitesinin hem ağrı şiddeti hem de yorgunluğun artmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür(Gür, 2008c). FMS hastalarında uyku ile ilgili en sık görülen yakınmalar gündüz uyku hali, sık uyanmalar, nokturnal huzursuzluk, istemsiz bacak hareketleridir(Choy, 2015).

Uyku bozukluğunun ağrı eşiğini etkilediği bununla birlikte ağrının da uyku sürecini etkilediği karşılıklı bir etkileşim içerisinde oldukları görülmüştür. Bu sebeple uyku bozukluğunun, FMS’nin nedeni mi sonucu mu olduğu halen net anlaşılamamıştır (Gür, 2008c; Koca, 2015).

2.1.5. Klinik görünüm ve tanı kriterleri

Fibromiyalji sendromu temel olarak kas-iskelet sistemini etkileyen, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan yaşam kalitesini düşüren bir kronik ağrı sendromudur (Friedberg, 2010; Friedberg & Jason, 2001a; Lorente et al., 2014).

Kliniklere başvuru nedeni ve en sık görülen semptom ağrıdır. Yaygın vücut ağrısı şeklinde olabileceği gibi bölgesel de olabilir. Hastalar ağrıyı yanıcı, sızlayıcı, batıcı olarak tanımlayabilirler. Stresörler, komorbiditeler, kronik yorgunluk, ısı değişimleri ağrıyı kötüleştiren faktörlerdendir (Sarzi-Puttini et al., 2020). En sık görülen diğer bir semptom yorgunluktur, Özellikle sabahları olan çoğunlukla gün boyunca devam eden yorgunluk hali vardır (White et al., 2000). Sıklıkla uykuya dalmakta zorlanma ,sık uyanma ,uyku kalitesinde bozulma ve dinlenmemiş hissetme görülür (Sarzi-Puttini et al., 2020).Çoğunda sıklıkla ekstremitelerde olmak üzere vücudun herhangi bir yerinde uyuşma, karıncalanma gibi parestetik yakınmaları vardır (Yunus, 2007).

FMS de görülen bilişsel bozuklukların sıklıkla kronik ağrı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Bertolucci & de Oliveira, 2013). Unutkanlık, dikkatini toplayamama, kelimeleri bulmakta zorlanma gibi bilişsel yakınmalar sık görülmektedir (R. S. Katz et al., 2004).

Belirtilerin çeşitliliği hastalığın objektif olarak tanı konulmasını ve tanımlanmasını zorlaştırmaktadır (Kaltsas & Tsiveriotis, 2015). Bu nedenle fibromiyaljiye özel spesifik tanı kriterleri ilk olarak 1990 yılında Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından tanımlanmıştır. Bu tanı kriterlerine göre en az 3 aydır devam eden yaygın vücut ağrısına ek olarak tanımlanan 18 hassas noktanın en az 11'inde palpasyon ile ağrı ve hassasiyet bulunmasıdır (Wolfe et al., 1990b).

1990 ACR Fibromiyalji Sendromu Tanı Kriterleri

1. Yaygın Vücut Ağrısı : Kronik olan (en az 3 aydır devam eden) yaygın vücut ağrısı. Yaygın olarak tanımlanabilmesi için ağrının vücudun üst ile alt yarısı ,sağ ile sol yarısında ve aksiyel isketler olarak tanımlandığımız göğüs ön duvarı ,sırt, bel ve boyunda olması gerekmektedir.

2. Hassas Noktalar : Tanımlanan 18 hassas noktadan en az 11 'inde ağrı olması .

2010 ACR Fibromiyalji Sendromu Tanı Kriterleri

1990 yılındaki ACR kriterlerin düşük özgüllük ve duyarlılığının olması bir çok eleştirilere sebep olmuştur (Dymon et al., 2015). Bu nedenle 2010 yılında tanı kriterleri

tekrardan düzenlenmiştir.2010 ACR tanı ölçütlerinde hassas nokta muayenesi terk edilmiş ve yerine semptomlara dayalı değerlendirmeye geçerek hastaların kendisinin doldurduğu Yaygın ağrı indeksi ve semptom şiddet skalası geliştirilmiştir. Tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (Wolfe et al., 2010).

1.Yaygın Ağrı İndeksi (YAI) ≥ 7 semptom şiddeti skalası (SS) ≥ 5 veya yaygın ağrı indeksi (YAI): 3-6 ve semptom şiddeti skalası (SS) ≥ 9

2. Semptomların kronik olması (>3 aydır)

3.Ağrıyı açıklayacak başka bir hastalık olmaması

2016 yılında 2010 ACR tanı kriterleri revize edilerek yaygın ağrı indeksinde değerlendirilen ağrı duyulan yerler bölgelere ayrılarak bu 5 bölgeden en az 4'ünde ağrı olması tanı kriterlerine eklenmiş olup, fibromiyalji tanısının diğer tanılardan bağımsız olduğu ve başka ağrılı rahatsızlıkların varlığı bu tanıyı dışlamamaktadır.Bu 5 bölge şu şekildedir: sağ üst bölge ,sağ alt bölge ,sol üst bölge ,sol alt bölge ,aksiyal bölge (Wolfe et al., 2016).

2.1.6. Ayırıcı tanı

Fibromiyalji hastalığında spesifik olmayan çok fazla semptom görüldüğü için birçok hastalıkla karışabilmekte bu nedenle ayırıcı tanısının yapılması önem arz etmektedir (Harris & Clauw, 2008d). Yorgunluk ile kronik ağrının birçok hastalıkta görülmesi ek olarak fibromiyalji sendromuna spesifik bir laboratuvar ve radyolojik testin bulunmaması tanı konulmasını daha da güçleştirmektedir. Ayırıcı tanıda ilk aklımıza gelenler miyofasiyal ağrı sendromu, Romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, ankilozan spondilit, polimiyaljiya romatika, sjögren sendromu, miyozitis gibi romatizmal hastalıklar, kronik viral enfeksiyonlar, osteoartrit, psikojenik kökenli ağrı, hipotiroidi, depresyon ve nöropatilerdir (Cruz et al., 2006). Bu hastalıkların ayırıcı tanısı için ayrıntılı bir anamnez ve kas gücü, eklem hareket açıklığı ve nörolojik muayeneyi içeren detaylı bir fizik muayene yapılması gerekmektedir (Häuser et al., 2019).

2.1.7. Tedavi

FMS tedavisinde amaçlanan hastanın yaşam kalitesini artırmak, semptomları mümkün olduğunca azaltmak ve işlevlerini korumak olmalıdır. Semptomları tamamen ortadan kaldıran, tamamen iyileşme sağlayan bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Etyolojisi multifaktöriyel olan bu hastalıkta etkili tek bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte klinik pratikte ilaç ve ilaç

dışı tedavi yöntemleri birlikte kullanılarak multidisipliner bir tedavi yaklaşımı uygulanmaktadır (Clauw, 2015).

2017 yılında Avrupa Romatoloji Birliği (EULAR) FMS’de tedavi protokollerini gözden geçirerek asıl dikkat edilmesi gereken noktaları vurgulamıştır. Öncelikli olarak faydalı bir tedavi için erken tanı koymanın önemine ve baskın semptom olan ağrıyı detaylıca değerlendirmenin önemine değinmiştir. Diğer bir önemli husus tedavide başta hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek amaçlanarak ilk tedavi seçeneği olarak hasta eğitimi ve non-farmakolojik tedaviyi önermiştir (Macfarlane et al., 2017c).

2.17.1 Non-farmakolojik tedavi yöntemleri

Hasta eğitimi

FMS tedavisinde ilk adım hastanın hastalık ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesidir. Bu hastalar kronik olan ağrıları sebebiyle birçok bölüme başvurmakta bu sebeple kaygıları artmakta ve tedavileri gecikmektedir. Hastalığın kronik olduğu fakat yaşamı tehdit etmediği konusunda bilgilendirmek hastanın kaygısı azaltmakla ve tedaviye uyumunu arttırmaktadır (Sindel et al., 2012).

Egzersiz

Egzersiz yaşam kalitesini arttırmanın yanında FMS hastalarında görülen ağrı dışında diğer semptomlar üzerine de tedavi edici etkisi vardır (Jones et al., 2006).Yapılan çalışmalarda kanıtlanan en etkin tedavi yöntemlerinden birisidir. Egzersiz sayesinde salgılanan endorfin ile ağrıyı azaltmanın yanında, kas doku kaybını da engellemektedir (Gowans & dehueck, 2004).

Bilişsel davranışçı terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) genellikle psikiyatrik hastalıklarda kullanılsa da ilerleyen zamanlarda kronik ağrı da dahil olmak üzere pek çok alanda tercih edilen bir tedavi yöntemidir(R. Bennett & Nelson, 2006).BDT yöntemi ile ağrı ve diğer semptomlar ile baş etme yöntemlerinin arttırılması, zihindeki olumsuz düşünceleri yeniden şekillendirerek kaygının azaltılması ve gevşeme teknikleri ile kişinin rahatlaması amaçlanmaktadır(Butler et al., 2006).

Ek olarak fibromiyaljiyle birlikte sık görülen anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları gibi psikiyatrik eş tanıların tedavisinde de BDT yöntemi akılda bulundurulmalıdır (Friedberg & Jason, 2001b).

2.1.7.2 Farmakolojik tedavi yöntemleri

Fibromiyalji tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olan farmakolojik tedavi seçenekleri; seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI), seratonin nöradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar(TCA), tramadol ve bazı antiepileptiklerdir (pregabalin, gabapentin)(Macfarlane et al., 2017d). Ek olarak antioksidanlar, kas gevşeticiler, ağrı kesiciler 5-HT3 reseptör antagonistleri gibi tedaviler de kullanılmaktadır fakat FDA (Food and Drug Administration) onayı alan 3 ilaç ise Pregabalin, Duloksetin, Milnasipran'dır (Chinn et al., 2016) .

SNRI'ların ağrı inhibisyon yolları üzerinde etkili olan serotonin ve noradrenalinin inhibisyonuyla fibromiyalji tedavisinde etkili olduğu düşünülmektedir (Kia & Choy, 2017b). SNRI'lar genellikle tedavide birinci seçenek olarak tercih edilmekte olup; SSRI'lardan daha etkili olduğuna dair görüşler vardır (Malemud, 2009). SNRI grubundan sıklıkla tercih edilen duloksetinin fibromiyalji hastalarında duygudurumda olumlu yanıtlara ,ağrı yakınmasında azalmaya ve yaşam kalitesinde düzelmeye sebep olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Arnold et al., 2010; Chappell et al., 2009).Yine bir metaanaliz 12 haftalık duloksetin tedavisi sonucunda plaseboya göre ağrı üzerinde anlamlı azalmaya neden olduğu, etkinin de tedavi süresince her hafta giderek arttığı bildirilmiştir(Arnold et al., 2009). FMS için tedavide etkin doz 60 mg'dır ve 60 mg ile 120 mg arasında tedavi açısından fark olmadığı bir çalışmada gösterilmiştir (Kia & Choy, 2017c).

SNRI grubundan olan Milnasipran fibromiyalji tedavisinde FDA onaylı olup, yapılan çalışmalarda ağrıda azalmaya sebep olduğu, işlevsellikte artışa sebep olduğu gösterilmiştir (Branco, Zachrisson, et al., 2010; Clauw et al., 2008; Geisser et al., 2011).

Diğer bir tedavide etkili ilaç olan pregabalin beyinde presinaptik nöronların kalsiyum kanal reseptörlerine bağlanıp substans P ve glutamat gibi nörotransmitterlerin salınmasını azaltarak anksiyolitik, analjezik ve antiepileptik etkilerini gösterir (Spaeth, 2008). Çift kör bir çalışmada pregabalinin plaseboya kıyasla yorgunluk, ağrı, uyku üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Crofford et al., 2005).

2.2. Bedensel Belirti Bozukluğu

2.2.1. Tanım

Somatizasyon (bedenselleştirme) psikolojik sıkıntılarının somatik belirtiler yoluyla ifade edilmesi olarak açıklanabilir. Somatizasyon aslında zihin ve beden etkileşiminin açıkça hissedildiği bir alan olmakla birlikte gelişiminde ve sürmesinde biyolojik, psikodinamik, kültürel ve bilişsel etmenler rol oynamaktadır. Oldukça sık görölmekte ve çoğunlukla stres altında ortaya çıkmaktadır (Lipowski, 1988a).

Somatizasyon tanısıl kategori olmaktan ziyade, adlandırılabilir düzeyde tıbbi bulgular olmaksızın fiziksel belirtileri olan hastaların bilişsel, duygusal ile davranışsal özelliklerinden oluşan bir tanımlama olarak ifade edilmektedir (Kırkpınar İ, 2013).

Tarihsel süreç boyunca sınıflandırma sistemlerinde sık tartışılan konulardan olan bu hastalık grubu DSM-5 ile birlikte “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” olarak tanı sınıflandırmasında yerini almıştır (D. American Psychiatric Association & Association, 2013).

Bedensel Belirti Bozukluğu (BBB) bir veya birden fazla tıbbi olarak açıklanamayan veya açıklanabilmesine karşın yakınmalarla orantısız güç ile aşırı zaman harcadığı belirtilerle giden, günlük yaşamı zorlayan, sürekli olarak sıkıntı veren belirtilerle giden bir ruhsal bozukluktur (Köroğlu E, 2013).

2.2.2. Tarihçe

Somatizasyon, uzun yıllardır hekimler tarafından anlaşılmaya çalışılan bir kavramdır. Tanımlamak için birçok farklı terim kullanılmıştır. Melankoli ve histeri kavramlarının milattan önceki yıllarında Mısırlılar ile Sümerliler tarafından kullanılmıştır. Uzun bir süre boyunca histeri, hipokondriazis ile melankoli kelimeleriyle birbirinin yerine kullanılmıştır (Lipowski, 1988a). En çok tanım karmaşasına sebep olan histeri ise Yunanca da “hysteron” (uterus) kelimesinden türemiştir (Kaplan HI & Sadock BJ, 1985).

Sydenham 1682 yılında histerinin bedensel ve ruhsal belirtilerini tanımlayarak bunun aslında kadınlara spesifik bir hastalık olduğunu, erkeklerdeki karşılığının ise hipokondriyazis olduğunu ve bunların beden ile zihindeki dengesizliğin sebep olduğu ileri sürölmüştür (Kaplan HI & Sadock BJ, 1980)(Ünal S, 1999).

Yıllar boyunca histeri ve hipokondriyazis kavramlarına yüklenen anlamlar sürekli değişmiştir (Kaplan HI & Sadock BJ, 1985). 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile birlikte

sağlığı etkileyen uygun tıbbi yaklaşıma rağmen açıklanmayan fiziksel belirtiler olarak tanımlanan “tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler” artık somatoform bozuklukların içinde yer almıştır. Somatoform bozukluklar içinde somatizasyon bozukluğu, hipokondriasis, konversiyon bozukluğu, psikojenik ağrı bozukluğu ve atipik somatoform bozukluğu yer alır. Somatizasyon bozukluğu ise, uzun yıllardır devam eden, kişide sıkıntıya sebep olan yeterli tıbbi araştırmalara rağmen bir fiziksel bozukluk saptanmayan birden çok bedensel yakınmanın olması olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 1980).

Somatizasyon bozukluğu DSM-4 ile birlikte Somatoform Bozukluklar grubunda sınıflandırılmıştır. Somatizasyon bozukluğu tekrarlayıcı olan, 30 yaşından önce başlayan; klinik olarak anlamlı ağrı, psödonörolojik, gastrointestinal ve cinsel belirtilerle görülen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (A. P. American Psychiatric Association & Association, 1994). Ruh sağlığı dışındaki hekimlerin tanı koymalarını kolaylaştırmak ve tanı kriterlerine netlik kazandırmak amacıyla DSM-V’te “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” ismiyle yer almıştır. Bu kategoride bedensel belirti bozukluğu, konversiyon bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, yapay bozukluk, diğer tıbbi durumlarını etkileyen psikolojik etkenler, belirlenmiş diğer bir bedensel belirti ve ilişkili bozukluk, belirlenmemiş diğer bir bedensel belirti ve ilişkili bozukluk tanıları yer almaktadır. Tanı ölçütlerinde çok sayıda semptom kriterlerden çıkarılarak bedensel belirtilerle ilgili hastalık kaygısı, hastalık düşüncesiyle aşırı meşgul olma durumu ve harcanan içsel güç önem kazanmıştır (D. American Psychiatric Association & Association, 2013). Bedensel belirtilerin tıbbi olarak açıklanıp açıklanamayacağı ile ilgili yargılarının net olması sebebiyle tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirti varlığı tanı kriteri olmaktan çıkarılmıştır (Klaus et al., 2013).

2.2.3. Epidemiyoloji

Bedensel belirti bozukluğunun görülme sıklığı genel popülasyonda %4-6 olarak bildirilmektedir (Sadock, 2015a). En sık görüldüğü yaş aralığı 20-60 yaş olarak bildirilmektedir (Kesebir, 2004). Araştırmalarda somatizasyonun kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Barsky et al., 2001; Sayar & Ak, 2001). Ülkemizdeki bir çalışmada bedensel belirtilerle polikliniğine başvuran vakaların genellikle kadınlar olduğu saptanmıştır (Kesebir, 2004). Cinsiyet farkı ile ilgili bir çalışmada kadınların depresif yakınmaları bedenselleştirdiği, erkeklerin ise ifade ettiğine vurgu yapmıştır (Mian MD & Grossman Ph D, 1998). Somatizasyon bozukluğu ile ilgili prevalans çalışmaları ihmal edildiğini, sıkça yanlış tanı konulduğunu ve bu nedenle daha çok araştırma yapılması gerektiğini düşündürmektedir (Mai, 2004).

2.2.4. Etiyolojisi

Bedensel belirti bozukluğunun etyopatogenezi net olmamakla birlikte elde edilen veriler çoğunlukla somatoform bozukluklarla ilgili yapılan çalışmalardan alınmış olup; etiyojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Tanı kriterlerinde yapılan revizyonlar ve tanımında dahi uzun yıllar süren uzlaşamama, etiyojisi hakkındaki görüş farklılıklarını kanıtlamaktadır. Lipowski ve ark. somatizasyonun genetik faktörler, kişilik özellikleri, gelişimsel öğrenme ve sosyokültürel değişkenler gibi birçok faktöre bağlı olduğunu ifade etmiştir (Lipowski, 1988b).

2.2.4.1 Biyolojik etkenler

Bedenselleştirme belirtilerinin gelişmesi ve süregelenleşmesinde genetik faktörlerin etkisi olduğu düşünölmekle birlikte bu etkinin daha iyi anlaşılabilmesi için belirtilerin gelişimindeki biyopsikososyal etkenler arasındaki etkileşimlerin göz önünde bulundurulması önemlidir. Rief ve ark. yaptığı bir çalışmada Somatizasyon Bozukluğu tanısı olan kadın hastaların birinci derece yakınlarının %20'sinin somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını görölmüştür. Genetik çalışmalar monoaminerjik sistemle ile ilişkinin olabileceğini düşöndürmektedir. (Rief et al., 2010). Yapılan bir çalışmada seratonin taşıyıcı genini daha yüksek ifade eden allel varyantlarına sahip olanların daha fazla somatik semptom gösterdikleri bulunmuş (Hennings et al., 2009). Bedenselleştirme ve monoaminerjik sistemin ilişkisinin olduğu çalışmalar incelendiğinde serotonin reseptör geni olan HTR2A'da tek nükleotid polimorfizmi ile ilişkisi gösterilmiştir (Klengel et al., 2011).

Somatoform bozukluklarda, ağrı semptomları gelişiminde serotonin öncölü triptofan ve metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit(5-HIAA) düzeylerinde azalma ile ağrı iletiminden sorumlu olan Substans P düzeylerinin yüksekliği arasında bir ilişki gösterilmiştir (Schwarz et al., 1999).

Endokrin sisteme bakıldığında hipotalamopituiter adrenal (HPA) aks stres yanıtındaki yeri bilinmekle birlikte somatizasyonda aksta yavaşlama ve hipokortizolizm olduğu görölmüştür (Dinan, 2001; Heim et al., 2000).

İmmünolojik sistemin özellikle proinflamatuvar sürecin somatizasyonda görölen ağrı ve somatik belirtilerde etkili olabileceği düşünölmüştür (Rief & Barsky, 2005). İmmun sistemin aktive olması, sitokinlerde artış ile kişinin hasta hissetmesi, ağrılı uyarana karşı hassasiyet, non-spesifik somatik yakınmalar arasında ilişki görölmüştür (Anderson et al., 2012).

Görüntüleme çalışmalarında somatizasyonu olan hastalarda sağlıklı kontrollere göre her iki kaudat çekirdekte ve sol putamende daha düşük glukoz metabolizması bulunmuş olup ek olarak bilateral kaudat çekirdekte hacim artışı görülmüştür (Hakala et al., 2002). Araştırmalarda istenmeyen uyarılara tepki vermede anterior singulat korteks ile insulada artmış aktivasyon görülmüştür (Atmaca, 2012). Özellikle anterior singulat, insula ve duyuusal korteksteki aktivasyon ile uygunsuz uyarılar sonucundaki ağırlı somatik yakınmalar arasında ilişki elektrofizyolojik çalışmalarla da pekiştirilmiştir (Diers et al., 2008; Drewes et al., 2005).

Ağrı sadece bir duyu değil, karmaşık bir kavramdır. Nosisepsiyon dokuda hasara neden olabilecek uyarılarla bağlantılı duyu bilgisini ulaştıran afferent nöronal aktivite olarak tanımlanırken; ağrı ise kortikal aktivite ile birlikte nosisepsiyon olmadığında da ortaya çıkabilen bilinçli bir semptom olarak tanımlanmıştır (Kidd & Urban, 2001). Somatizasyonu olan hastaların da seçici algılama ile bedensel yakınmalarını abarttıkları ve bu yakınmaları fiziksel rahatsızlık şeklinde yorumladıklarını, böylelikle de hissettikleri yakınmaların ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu bilişsel stil "somatosensoryal amplifikasyon" şeklinde ifade edilmiştir (Barsky, 1992). Bedeselleştirmeye eğilimli bireylerde aşırı duyarlı bir nöral ağrı varlığına dair nörobiyolojik bir olasılığı tanımlamak için "merkezi duyarlılık" tanımı kullanılmaya başlanmıştır. Bu duyarlılaşmaya bağlı olarak normalde ağrıya sebep olamayacak hafif ve zararsız uyarılar nosiseptif hücreler ile ağrı deneyimine sebep olabilir (Bourke et al., 2015).

2.2.4.2 Psikososyal etkenler

Somatizasyon ile ilişkili etnik köken, düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum, kadın cinsiyetinde olmak riski arttıran sosyal etkenlerdir (Escobar & Canino, 1989; Kirmayer & Young, 1998). Somatizasyon için en riskli durumun çocukluk döneminde duygularını ifade etmenin dışı yansıtmanın ayıplandığı ve kınandığı topluluklarda yetişen insanların olduğu öne sürülmüştür (Berry & Pennebaker, 1993). Yakın zamanda Koreli ve Amerikalı gönüllüler ile yapılan bir çalışmada Koreli gönüllülerin stresli bir durumdaki ilişkisini yansıtırken daha çok bedenle ilgili sözcükler kullandıkları, duyguları ifade edilirken somatik ifadelerin tercih edildiği yazılar okutulduğunda diğer gruba göre daha fazla sempati hissettikleri gözlemlenmiştir (Choi et al., 2016).

Bedensel belirti bozukluğu gelişiminde etkili diğer bir etken travmatik yaşam olaylarıdır. Yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu olan hastalarının birçoğunun ailelerinde sosyopati ile alkolizm olduğu görülmüştür (Ebert et al., 2000). Çocukluk döneminde

görülen ihmal ve istismarın, erişkinlik döneminde psikopatoloji riskini artırdığı bilinen bir gerçektir(Brown & Anderson, 1991). Taycan ve ark. Türkiye’de yaptığı bir çalışmada çocukluk çağında duygusal ve fiziksel istismara maruz kalan bireyler ile somatizasyon gelişimi arasında ilişki bulunmuştur (Taycan et al., 2014).

İnkâr ile duyguların bastırılması da somatizasyonla ilişkili etkenlerdendir (Lipowski, 1986). Artan öfke ve anksiyete sempatik sinir sistemi aktive ederek bedensel semptomların oluşmasında rol oynamaktadır. Kellner ve arkadaşları bedensel yakınmalar ve öfkenin baskılanmasının ilişkisini ifade etmişlerdir (Kellner, 1987).

Belirli kişilik özellikleri ile somatizasyon arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Lipowski’ye (1987) göre bu hastalar aşırı duyarlı, bağımlı, duygusal açıdan ilgiye muhtaç, çabuk öfkelenen özsaygısı düşük ve kaygılı bireylerdir(Lipowski, 1987).Genelde stresle baş etmekte zorlanan, yoğun nevrotik kişilik özellikleri olan kişilerle ilişkilidir. Bu kişilerde stresle karşı karşıya kaldıklarında yaşadıkları sıkıntıyı ifade etmenin yolu olarak bedensel belirtiler ortaya çıkabilir (Katon et al., 2001)

Nörotisizm somatizasyon ile yakından ilişkilidir. Genellikle depresyon ile anksiyeteye yatkınlık , strese karşı hassasiyetle ilgili kişilik örüntüsü olarak ifade edilmektedir (Costa Jr & McCrae, 1987).

Psikodinamik yaklaşım

Psikanalitik yaklaşıma göre bedenselleştirme bastırılmış dürtüler ile ortaya çıkmaktadır. Freud’un tanımladığı savunma düzeneklerinden konversiyon, dürtülerin bastırılarak bedensel semptom olarak ortaya çıktığı ve bu biriken ruhsal enerjinin fizyolojik yol ile boşalmasını ifade eder (Freud & Strachey, 1964; Katon et al., 2001). Freud histeri belirtileri görülen hastalarda benliğin travmatik duygulanım ve anıların sembolik olarak travmayı ifade eden bedensel belirtilere dönüştürmesine vurguda bulunur (North, 2015). Freud’un tanımladığı kurama göre de bütün ruhsal eğilimlerin bedende yeterli ifade araması sonucuna dayanır (Alexander, 1936).

Freud’a göre ağır bir stres karşısında libidonun nesnelerden geri çekilebildiğini yani ikincil narsisizmden söz etmiştir. Böylelikle dış dünyadan ilginin ayrılarak kendi bedenine döndüğünü ileri sürmüştür (North, 2015).

Psikodinamik açıdan bakıldığında hastalığın kaynağı bunalıya bağlanır. Bilinçdışı çatışmalar sebebiyle ortaya çıkan bunalıya karşı yer değiştirme savunma düzeneği ile somatizasyon yakınmaları ortaya çıkar. Klasik psikoanalitik görüşe göre bu bilinçdışı çatışmaların en önemli kaynağı iğdişlik korkuları ve ödipal saplantılardır. Bu hastalarda olan bedensel semptomlar olurken temelde olan iğdişlik korkusunu başka bir organa aktarmış durumdadır. Çoğunlukla hastalarda bedensel uğraşlar başlamadan önce oldukça uzun süren sıkıntılı bir dönem olur (Öztürk O & Uluşahin A, 2016a).

Öğrenme modeline göre davranışların tecrübe yoluyla kazanıldığı kabul edilir. Bu modele göre somatizasyon kişinin uyuma yönelik davranışlardaki bazı eksikliklerinden ötürü toplumsal ihtiyaçlarını gidermenin uygunsuz bir yol ile ifade edilmesidir (Munford & Liberman, 1982). Çocukların yakınmaları genellikle aile üyelerinin yakınmalarının bir kopyasıdır. Ailedeki bir birey rahatsızlandığında diğer üyelerin şefkatini ve sevgisini gördüğünü gözlemleyen çocuk hasta bireyle özdeşim kurabilir (Craig et al., 1993).

Bağlanma biçimleri incelendiğinde somatizasyonu olan kişilerde güvensiz bağlanma sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kişiler arası ilişkiler ve sağlık ile ilgili tıbbi yardım arayışlarının özünde güvensiz bağlanmanın yer alabileceği düşünülmektedir (Waller et al., 2004).

2.2.5. Tanı kriterleri

DSM-II’de tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler, “Nevrozlar, Psikofizyolojik Bozukluklar ve Özel Belirtiler” kategorisinde yer alırken nevrozlar ise; histerik nevroz, nevrasteni, depersonalizasyon, hipokondriazis ve diğer nevrozlar olarak alt sınıflarla incelenmiştir (Kırpınar, 2019). Somatizasyon bozukluğu ise DSM-III ile ilk defa sınıflandırma sisteminde yer almıştır (American Psychiatric Association, 1980). DSM-IV ile somatizasyon bozukluğu “Somatoform bozukluklar” kategorisinde değerlendirilirken DSM-5’te “Bedensel Belirti Bozuklukları” şeklinde ismi değiştirilerek tanı ölçütlerinde de değişiklikler olmuştur (A. P. American Psychiatric Association & Association, 1994)(D. American Psychiatric Association & Association, 2013).

Psikiyatri dışı hekimler tarafından diğer tanı ölçütlerinin anlaşılmasının zor olması ve pratikte kullanılmasının zor olması nedeniyle tanı kriterleri eleştirilmiştir (Mayou, 2014). Somatik belirtileri için herhangi bir tıbbi sebep olmaması şartı tartışmalara sebep olmuştur (Dimsdale et al., 2013a). Birden çok sisteme ait belirtilerin bulunması şartı da katı bulunarak eleştirilere sebep olmuştur (J. K. Smith & Józefowicz, 2012). Bu sebepler nedeniyle

somatizasyon bozukluğu sıklığı oldukça düşük olması beklenen bir durumdur (Hüsing et al., 2018). Tanı kriterlerindeki revizyondan sonra bedensel belirti bozukluğu sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Cao et al., 2020a).

DSM-V e göre tanı kriterleri;

A. Günlük yaşamı önemli derecede etkileyen veya kişiye sıkıntı veren bir veya birden çok somatik semptom varlığı

B. Aşağıdakilerden en az biri ile seyreden; somatik belirtiler ve sağlık ile ilgili kaygılarla ilgili yoğun düzeyde duygu, düşünce veya davranışlar

1.Yakınmalarının önemiyle orantısız düzeyde ve süreklilik gösteren düşünceler

2.Yakınmalarıyla ve sağlığıyla ilgili yoğun düzeyde kaygı

3.Yakınmalarla ve sağlıkla ilgili kaygılarına aşırı düzeyde zaman ve enerji harcama

C. Herhangi bir somatik belirtinin sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma halinin süreklilik göstermesi (en az 6 ay)

Hastalığın şiddeti ise B tanı kriterindeki alt ölçütlerin sayısına göre değişir. Bu B tanı ölçütlerinde yalnız bir adet varsa ‘hafif’ ,iki veya daha fazla varsa ‘orta’ iki veya daha fazla bulunmasının yanı sıra birden çok somatik belirti veya çok ağır bir somatik belirti varsa da ‘ağır’ olarak tanımlanır (D. American Psychiatric Association & Association, 2013).

Yeni tanı ölçütleri de bir çok açıdan eleştirilmiş olup asıl eleştirilen nokta kronik yakınmalar ile giden tıbbi hastalığı olan bir kişinin yanlışlıkla bedensel belirti bozukluğu tanısı alma ihtimalinin artmasıdır. Bu noktada da en çok dikkat çeken nokta tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler yerine B tanı kriterlerinde yer alan bu belirtilerin kişide duygu, davranış ve düşünce üzerine etkilerine durulmasıdır. Böylelikle yanlış tanının önüne geçilmeye çalışılmıştır(Mayou, 2014).

2.2.6. Ayırıcı tanı

Bedensel belirti bozukluğu ayırıcı tanısında öncelikle somatik belirtilere sebep olabilecek romatolojik rahatsızlıklar, nörolojik rahatsızlıklar, kas hastalıkları ve neoplastik durumlar gibi genel tıbbi durumlar akılda bulundurulmalıdır (Sadock, 2015b).

Birçok psikiyatrik bozuklukta da somatik belirtiler sık görülmektedir. Major depresif bozukluğu olan özellikle de yaşlı hastalarda hekimlere somatik belirtiler ile başvurabilirler ancak ayrıntılı ruhsal muayene ile bu belirtilere ek olarak çökkün duygudurum, ilgi ve istekte azalma, hayattan zevk alamama gibi majör depresif bozukluğun diğer belirtileri de bulunduğu görülür. Benzer şekilde anksiyete ve panik bozuklukta da bedensel belirtiler görülmekte olup özellikle panik bozuklukta görülen bedensel belirtilerin ataklar ile seyretmesi ek olarak diğer ruhsal belirtilerinde eşlik etmesi ile ayrılır (Starcevic et al., 1992).Psikotik bozukluklarda da somatik belirtiler görülmekte olup çoğunlukla sanrısız nitelikte, garip acayip ve tutarsızdır (Sadock, 2015b). Diğer bir bozukluk beden dismorfik bozukluk ise kişinin var olduğuna inandığı bir beden kusuruyla aşırı uğraşması veya hafif olan bir kusuru daha da abartması ile giden bir bozukluktur. Bedeni, dış görünüşü ile ilgili ile ilgili aşırı değer verilmiş düşünceler olan bu bozuklukta asıl sorun olan belirtilerden kendisinden ziyade onların anlamı ve sonuçlarının rahatsız edici olması ile ayrılır (Öztürk O & Uluşahin A, 2016b).

Bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar adlı gruptaki diğer rahatsızlıklarla da karışmaktadır. Bunlardan biri olan Hastalık kaygısı bozukluğunda; bazı somatik belirtilerle ilgili kaygı duymaktan ziyade önemli bir hastalığı olma ihtimali ile ilgili bir kaygı duyar ve temelinde hasta olacağı ile ilgili bir kaygı vardır (D. American Psychiatric Association & Association, 2013).

Konversiyon bozukluğu organik bir nedenle açıklanamayan organ, duyu fonksiyon kaybı ve azalması ile giden bir rahatsızlık olup ,akut başlangıçlıdır ,kişinin bu yakınmalarına karşı bir aldırılmazlık hali vardır (Levenson & Sharpe, 2016; Öztürk O & Uluşahin A, 2016b).

2.2.7. Tedavi

Bedensel belirti bozukluğunun tedavisi çok yönlüdür ve tedavi seçenekleri arasından karar hasta özelinde karar verilmelidir. Bu hasta grubu psikiyatriste başvurana kadar birçok tıbbi bölüme başvurduğu için tanı süreci uzamakta, hastalar klinisyenlere karşı şikayetçi, memnun olmayan bir tavır sergilemektedir (Sharpe et al., 1994). Hastaların belirtilerini açıklayan organik bir sebep bulunamayışının hastalar ve yakınlarında yeterli araştırma yapılmadığı kaygısına sebep olduğu, hekimlerin bir ruhsal hastalık ya da davranış sorunu tanısı koymak yerine enfeksiyon hastalıkları, fibromiyalji sendromu, kronik yorgunluk sendromu gibi tıbbi tanılar koymayı yeğlediği , hekimlerde belirtileri aşırı tıbbileştirme yolunu seçmelerine sebep olmuştur (Morabito et al., 2020). Tanıda ve müdahalede gecikme duygudurum ve anksiyete belirtilerinin kötüleşmesine, işlevsellikte azalmaya sebep olmaktadır bu sebeple kesin

tanı koyulduktan sonra zaman kaybetmeden tedavi başlanmalıdır (D'Souza & Hooten, 2022).Etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleri bilişsel davranışçı terapi, farmakoterapi ile farkındalık temelli bilişsel terapidir (Kurlansik & Maffei, 2016a).

Psikoterapiler bedensel belirti bozukluğu tedavisinde önemli bir yer almaktadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT) en çok etkinliği kanıtlanmış tedavi seçeneğidir. Tedavi psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, sorun çözme ve iletişim becerileri, gevşeme egzersizleri ile davranışsal aktivasyonu içermektedir (Şafak & Türkçapar, 2013). Bedensel belirti bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli bilişsel terapi, davranış terapisi ve diğer psikoterapileri yöntemlerinin değerlendirildiği 21 adet randomize kontrollü çalışmaların bulunduğu bir meta-analizde tedavinin sonunda çalışmaların hepsinde kullanılan psikoterapi yöntemlerinin belirtilerde iyileşmeye yol açtığı görülmüştür (Van Dessel et al., 2014). Emosyonel farkındalık ve duygu ifadesi odaklı terapi yöntemlerinin de yakınmaları anlamlı düzeyde iyileştirdiği bulunmuştur (Maroti et al., 2021).

Diğer etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemi farmakoterapidir. Tedavi klavuzlarına göre antidepressan grubu ilaçları ek olarak depresif semptomların olması halinde kullanılmasını önerilmektedir (Kleinstaeuber et al., 2014). Antidepressanların etkinliği ile ilgili kanıtlar sınırlı olmakla birlikte bedenselleştirmedeki faydasının; serotonin ve nöradrenalinin inen ağrı yolağındaki analjezik etkisi ile immün sistemdeki düzenleyici etkilerin yorgunluk gibi belirtilerdeki iyileşmeye sebep olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Kubera et al., 2001; Stahl, 2002).

Bununla birlikte eş tanı durumunda (kaygı bozukluğu, depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu) fayda sağlaması ile ilişkilidir (De Waal et al., 2004).Antidepressan ilaç grubundan trisiklik antidepressanlardan amitriptilin ağrı ,genel iyilik hali ,sabah tutukluğu, halsizlik, yorgunluk gibi somatik belirtilere faydalı olduğu gösterilmiştir. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinden fluoksetin ile de ağrı ve yorgunluk üzerine faydalı olduğu bildirilmiştir (Kurlansik & Maffei, 2016b). Ağrı inhibisyon yollarında; ağrı sinyalinin taşınmasında azalmaya neden olan nörotransmitterlerden nöradrenalin ve serotoninin geri alımını azalttığı için ağrı üzerinde etkili olan duloksetin de tedavide ön plana çıkmaktadır (Hirakawa et al., 2020; T. Smith & Nicholson, 2007).

2.3. D Tipi Kişilik

Tip D kişilik, kaygı, depresif ruh hali, öfke ve sinirlik gibi olumsuz duyguları yaşama eğiliminin fazla olması ve onaylanmama durumundan kaçınmak için kendini ifade edememe gibi temel özelliklere sahip olan kişilik türü olarak tanımlanmıştır. Sosyal ortamlarda duygularını baskılama (sosyal inhibisyon) ile olumsuz duygulanım (negatif affekt) olarak iki alt kısımdan oluşur (Denollet et al., 1995). Negatif affekt (NA) ; olumsuz duyguları deneyimleme, yaşama eğilimi olarak tanımlanmış olup bu olumsuz duygu depresyon, öfke şeklinde ifade edilebilmektedir. Sosyal inhibisyon ise kişilerin etkileşimde bulundukları sosyal ortamda duygularını ifade etmekte zorlanması olarak tanımlanmıştır (Alçelik et al., 1970a; Watson & Pennebaker, 1989b).

Kişilerin kendini ifade ederken sosyal ortamı gözlemlediği, diğer kişilerden gelebilecek olumsuz geri dönüşlerin kendisinde sıkıntıya ve huzursuzluğa sebep olabileceği bu sebeple reaksiyonları önlemeye çalışarak aşırı kontrolcü davrandıkları, çoğunlukla gergin ve sinirli oldukları bildirilmiştir (Bolger & Zuckerman, 1995; Eisenberg et al., 1995).

Yapılan çalışmalarda kronik böbrek yetmezliği, kanser, cilt hastalıkları, diyabetes mellitus(DM) gibi bedensel hastalığı olan bireylerde Tip D kişilik özelliklerinin daha sık görüldüğü ,hastalığın seyrini negatif etkilediği ,kişinin tedaviye uyumunu bozduğunu ve işlevsellik ile yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (Denollet et al., 1995, 2000).

2.4. Bedensel Belirti Bozukluğu ve D tipi kişilik

D tipi kişilik özelliklerinin bedensel hastalığı olan bireylerde daha yaygın olduğu, hastalık gidişatını kötü etkilediği, tedaviye uyumu azalttığı ve yaşam kalitesini azalttığı yönünde görüşler vardır.

BBB olan hastalarda D tip kişilik prevalansını ve tedavi sonuçlarıyla ilişkisini araştıran çalışmada BBB olan hastalarında D tipi kişilik prevalansı %63 olarak bulunmuştur. Bu da her üç hastadan ikisinin olumsuz duyguları deneyimleme ve sosyal inhibisyon konusunda güçlü bir eğilim olduğu anlamına gelir(De Vroege et al., 2019a).

Bedensel duyuları abartma somatik duyarlılıktan çok D tipi kişilik özelliklerinden olan olumsuz duygulanım ile ilişkilidir(Kellner et al., 1992).

2.5. Fibromiyalji ve Bedensel Belirti Bozukluğu

Tıbbi olarak açıklanamayan kronik yaygın ağrının, psikiyatrik sınıflandırma sisteminde fiziksel bir bozukluk olarak mı veya bir zihinsel somatoform bozukluk olarak mı

sınıflandırılacağı tartışılmakta olup ve tanı genellikle ilgili uzmanın klinik tecrübesi ile değişmektedir (Henningsen et al., 2007).

FMS'nin altta yatan bir tıbbi sebebin olmaması nedeniyle bir somatoform bozukluk olarak sınıflandırılabilmesi düşüncesi ;ağrı ve psikiyatri literatüründe anlamlı bulunsa da ,bazı araştırmacılar ve bazı klinisyenler bu görüşe katılmamaktadır (Fink & Schröder, 2010b; Kroenke, 2007b; Yunus, 2008b).

Yapılan bir çalışmada fibromiyalji sendromunun somatik semptom bozukluğu olarak sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağı ile somatik semptom bozukluğu belirtileri araştırılmış ve sonuç olarak SSD semptomlarının her birini, FMS'li kadın hastaların günde birkaç kez tarifledikleri ve bu yakınmaların hafif ile orta şiddette olduğu görülmüş. Bu yakınmaların BBB kriterinin karşılanabileceğini ve bu sebeple FMS'nin DSM-5'e göre aslında SSD olarak sınıflandırılabilmesini düşünülmektedir. FMS'li katılımcıların %82'sinin hafif şiddette de olsa her gün görülen semptomları göz önüne alındığında BBB B kriterini karşıladıkları görülmüştür (Fink & Schröder, 2010b).

Alman popülasyonunda yapılan bir kesitsel çalışmada 2016 ACR kriterlerine göre FMS prevalansı %3.4 görülmüş olup, FMS hastaların %28,1'i BBB kriterlerini karşıladığı görülmüş ve bu çalışmanın neticesinde FMS hastalarında yüksek miktarda somatik ve psikolojik semptom yükü görüldüğü ve yüksek sağlık kaygısı bildirmiştir. Genel popülasyonda da, FMS ve BBB arasında önemli bir benzeşme olduğu gözlenmiştir (Häuser et al., 2020).

Fibromiyalji sendromu tanıli hastalarda somatik semptom bozukluğu sıklığını araştıran Almanya'da yapılan bir çalışmada FMS tanıli 156 hastanın %25'i, somatik semptom bozukluğunun tanı kriteri olan en az birden çok rahatsız edici somatik semptom ve sağlık semptomlarıyla ilgili sürekli olan yüksek düzeyde kaygıyı karşıladı(Häuser et al., 2015a).

2.6. Fibromiyalji ve D tipi kişilik

D tipi kişilik sosyal izolasyon ve olumsuz duygulanım özelliklerini ile diğer kişilik tipleri arasında en depresif seyreden kişilik tipidir (van Middendorp et al., 2016b).D tipi kişilik özelliği sıklığı genel popülasyonda %21 , hipertansiyonu olan hastalarda %53, koroner arter hastalığı olanlarda %28 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Denollet, 2005a).Ayrıca kronik ağrısı olan bireylerde %43, fibromiyaljisi olan bireylerde ise %57 oranında görülmüştür (Barnett et al., 2009; van Middendorp et al., 2016c).

Fibromiyalji hastalarında sık görülmesi sebebiyle D tipi kişiliğin bu hastalık grubuna psikolojik ve klinik etkilerine odaklanılmıştır. Yapılan bir çalışmada fibromiyaljili hastalardan oluşan geniş bir örnekleme negatif duygulanım ve sosyal izolasyonun spesifik kombinasyonunun sıklığı %56,5 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada fibromiyalji ve D tipi kişilik bulunan hastalarda D tipi kişiliğin, sosyal ve duygusal işlevsellik açısından daha kötü ruh sağlığı ve kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (van Middendorp et al., 2016b).

Hem negatif duygulanım hem de sosyal inhibisyon kavramlarının ayrı ayrı, fibromiyaljide daha kötü zihinsel ve fiziksel sağlık durumu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kool et al., 2010; van Middendorp et al., 2010)

Türkiye’de yapılan bir çalışmada fibromiyalji tanılı 100 hasta dahil edilmiş ve D tipi kişilik sıklığı %33 saptanmış ayrıca fibromiyaljiye eşlik eden D tipi kişilik özelliği olanların olmayanlara göre daha yüksek hastalık şiddeti gösterdiği görülmüştür. Benzer şekilde ağrı, fiziksel hareketlilikte kısıtlanma ve uyku alanlarında da daha fazla bozulma görülmüştür (Garip et al., 2020).

Fibromiyalji tanılı hastalarda yapılan çalışmalarda D tipi kişilik özelliği olanların tedavi uyumu konusunda daha fazla desteklenmeleri ayrıca tedavinin başında bireyin kişilik özelliklerine göre tedavi planı belirlenmesi gerektiği sonucuna varılmış olmakla birlikte bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (Bazzichi et al., 2016b; Bucourt et al., 2017; de Souza et al., 2009; Fitzcharles et al., 2013b; Giesecke et al., 2003b; Kaya et al., 2010; Rutledge et al., 2009; van Middendorp et al., 2016d; Vilalta-Abella et al., 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmamızda 18-65 yaş aralığında fibromiyalji sendromu tanısı almış 250 hastayı içermektedir.

Dahil Edilme Kriterleri

- 1.18-65 yaş arasında olmak
- 2.ACR tanı kriterine göre fibromiyalji tanısı almak
- 3.Çalışmaya katılmaya gönüllü olarak, aydınlatılmış gönüllü onam formuna imza atmış olmak

Dışlama Kriterleri

- 1.18 yaşından küçük,65 yaşından büyük olmak
- 2.Ağrıya sebebiyet verebilecek ek bedensel hastalık olmaması (Sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, ankilozan spondilit)

3.2. Araştırmanın Yürütülmesi

Araştırma fibromiyalji tanıli hastalarda bedensel belirti bozukluğu sıklığını saptamak ve D tipi kişilik özelliği ile birlikteliğini tespit etmek amacıyla 24.02.2022-01.06.2023 tarihleri arasında N.E.Ü. Meram tıp fakültesi fizik tedavi ve rehabilitasyon anabilim dalı ile Beyhekim Eğitim ve araştırma hastanesi fizik tedavi ve rehabilitasyon anabilim dalı polikliniğine başvuran ACR 2016 tanı kriterlerine göre Fibromiyalji sendromu tanısı koyulan ,araştırma ile ilgili bilgilendirilen onayı alınan ve çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 18-65 yaş aralığında 250 hasta dahil edilerek yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hastalara araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu ve bedensel belirti bozukluğu şiddet ölçeği ,hasta sağlık anketi -15 (PHQ-15), Bedensel duyumları abartma ölçeği (SSAS), D tipi kişilik ölçeği ve hastane anksiyete ve depresyon (HADS) ölçekleri uygulanmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından SCID/CV (Structured Clinical Interview for DSM-5/Clinical version) kapsamında psikiyatrik görüşme yapılarak ve DSM-V tanı kriterine göre Bedensel Belirti Bozukluğu tanısı konmuştur. Araştırmamız kesitsel gözlemsel anket çalışmadır.

3.3. Etik kurul

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2022/3682 sayılı karar ile onay almıştır. (ek 1)

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan bu formda fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran fibromiyalji tanımlı hastaların cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, medeni hal, mesleği, ekonomik durumu, yaşadığı yer, ek fiziksel hastalık, ek psikiyatrik hastalık, ailede psikiyatrik hastalık, ailede FMS öyküsü, alışkanlıklar, fibromiyalji tanı alma yaşı, önde gelen belirtisi, tedavi alıp almadığı, tedavi çeşidi sorularının bulunduğu sosyodemografik özellikleri kapsayan formdur. (ek 2)

3.4.2. Hasta sağlık anketi (PHQ-15)

Kroenke ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş olan, ülkemizde 2012 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Medine Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından yapılan anket sağlık birimine başvuran bireylerdeki somatik belirtilerin saptanması için kullanılan bir özbebildirim ölçeğidir. Çoktan seçmeli bir tarama ve değerlendirme ölçeğidir. Somatik, depresif ve anksiyete belirtilerinin sık görüldüğü birinci basamak sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak tasarlanmıştır. 3'lü likert tipi (0= Hiç rahatsız olmadım, 1=Biraz rahatsız etti, 2=Çok rahatsız etti) olarak geliştirilen anketin her bir modülü için 0-4 puan aralığı hafif şiddet, 5-9 orta şiddet ve 10-15 yüksek şiddet olarak belirlenmiştir (Kroenke et al., 2010). (ek 3)

3.4.3. Bedensel duyumlari abartma ölçeği (SSAS)

Arthur Joseph Barsky ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilen, ülkemizde Güleç ve arkadaşları tarafından (2007) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan özbebildirim ölçeği kişilerin bedenselleştirirken kullandıkları abartmayı ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır ve bu 10 madde bireylerin bedensel yakınmalarını nasıl yaşadıklarını ve somatizasyona olan yatkınlıklarını ölçmek için fayda sağlamaktadır. Maddeler için 'tamamen uygun' ve 'hiç uygun değil' ifadelerini temsil eden 1'den 5'e doğru artan ihtimaller vardır ve bu maddeler çoğunlukla rahatsızlık veren bedensel yakınmaları içermektedir. Her madde için işaretlenen puanların toplamındaki toplam puan abartma puanı olarak değerlendirilir (Barsky et al., 1990; Güleç et al., 2007). (ek 4)

3.4.4. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS)

Somatik yakınmaları olan hastalar ile birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon açısından riski saptamak, hem düzeyini hem de şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (Zigmond & Snaith, 1983).

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Türkçeye çevrilmiştir. Anksiyete ile depresyon alt ölçekleri olup, ölçek toplam 14 sorudan oluşur. İki alt ölçek için de minimum puan 0, maksimum puan 21'dir. Ölçek puanının artması depresyon ile anksiyete şiddetinin arttığı anlamına gelir. Kesme puanları alt ölçeklerden depresyon için 7, anksiyete için 10 olarak belirlenmiştir (Aydemir et al., 1997). **(ek 5)**

3.4.5. D tipi kişilik ölçeği

Her biri 7 sorudan oluşan negatif duygulanım (NA) ile sosyal baskılanma (SI) olarak iki alt ölçekten oluşan ölçek toplamda 14 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 0-4 arasında puanlanmakta olup likert tipi bir ölçektir. Negatif duygulanım (2,4,5,7,9,12,13) ve sosyal içe dönüklüğü (1,3,6,8,10,11,14) ölçek maddeler içermekte, 1 ve 3. maddeler ters olarak kodlanmıştır. Negatif duygulanım ve sosyal inhibisyon alt ölçekleri için de kesme puanı 10 olarak belirlenmiş olup 10 puan ve üzerindeyse D tipi kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir (Denollet, 2005b). Denollet tarafından 2005 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Alçelik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Alçelik et al., 1970b). **(ek 6)**

3.4.6. Bedensel Belirti Bozukluğu şiddet ölçeği (Klinisyen için)

DSM-5 bedensel belirti bozukluğu olan hastalarda kullanılmak üzere geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarıkavak ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek klinisyen tarafından uygulanmaktadır. Bedensel belirti bozukluğu tanımlı hastalarda bedensel belirtilerin şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Güvenilirlik analizlerinde ölçeklerin hem toplamının hem de alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. Ayrıca madde toplam puan ve alt boyut-toplam puan korelasyon katsayıları ile ölçeğin güvenilirliği ortaya konmuştur (Sarıkavak T, 2017). **(ek 7)**

3.4.7. SCID/CV (Structured Clinical Interview for DSM-5/Clinical version)

DSM-V'e geçiş ile birlikte tanı kategorisindeki bazı değişiklikler nedeniyle tanı atlanmaması amacıyla geliştirilen kapsamlı SCID/CV First ve ark. tarafından 2016 yılında geliştirilmiş olup (First et al., 2016), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve

arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Ayrıntılı tanı ölçütleri ve araştırmacı sorular bulunmaktadır. 10 modülden oluşmakta olup; modüller duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ,psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorularını kapsamaktadır(ELBİR et al., 2019). (ek 8)

3.4.8. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20 yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi ve Fisher Testi kullanıldı. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Students' t testi kullanıldı. Her iki değişkenin de normal dağılıma uyması durumunda sayısal değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi; değişkenlerden en az birisinin normal dağılıma uymaması durumundaysa Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kabul edilecektir. Önceki analizlerde belirlenen faktörler kullanılarak, sonuç değişkenini (bedensel belirti bozukluğu tanısı varlığı) etkileyen bağımsız prediktörler hiyerarşik lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Fibromiyalji tanısı olan 250 hasta çalışmaya alındı. Hastaların %93,6'sı (n=234) kadın, %6,4'ü (n=16) erkek, yaş ortalaması 47,36±8,58(47) olarak bulundu. Çalışmaya alınan 250 Fibromiyalji hastasının %26,8'i (n=67) BBB tanısı aldı (Tablo 1).

BBB tanısı olanların %92,5'i (n=62) kadın, %7,5'i (n=5) erkek; BBB olmayanların %94'ü (n=172) kadın, %6'sı (n=11) erkek olup gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmadı. BBB olan hastaların yaş ortalaması 46,53±8,23(48), BBB olmayanların yaş ortalaması 47,67±8,71(47) olup anlamlı bir fark bulunmadı. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında BBB olanların (%91, n=61) ve BBB olmayanların (%85,8, n=157) önemli kısmının evli olduğu, iki grup arasında medeni durum açısından da anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 1).

BBB olanların %56,7'sinin (n=38) ilkokul mezunu ve altı , %43,3'ünün (n=29) ortaokul mezunu ve üstü (ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu) olduğu; BBB olmayanların %60,7'sinin (n=111) ilkokul mezunu ve altı olduğu , %39,3'ünün (n=72) ortaokul mezunu ve üstü olduğu görülmüş olup gruplar arası eğitim durumu açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında BBB olanların %77,6'sının (n=52) çalışmadığı, %22,4'ünün (n=15) çalıştığı; BBB olmayanların %80,9'unun (n=148) çalışmadığı, %19,1'inin (n=35) çalıştığı tespit edilmiş olup çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1).

BBB olanların (%94, n=63) ve BBB olmayanların (%91,8, n=168) önemli bir kısmının il merkezinde yaşadığı görüldü. Gruplar arasında yaşadığı yer açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1).

Sosyoekonomik durumu açısından bakıldığında sosyoekonomik gelir düzeyinin BBB olanlarda %46,3'ünde kötü-orta olduğu, %53,7'sinde iyi olduğu; BBB olmayanların sosyoekonomik gelir düzeyinin %56,3'ünün kötü-orta olduğu, %43,7'sinin iyi olduğu tespit edilmiş olup gruplar arası anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 1).

Sigara, alkol ve madde kullanımı açısından bakıldığında BBB olanların %76,1'inin (n=51) sigara kullanmadığı, %23,9'unun (n=16) sigara kullandığı, BBB olmayanların %83,6'sının (n=153) sigara kullanmadığı, %16,4'ünün (n=30) sigara kullandığı görüldü. Alkol kullanıma bakıldığında BBB olanların %1,5'inin (n=1) alkol kullandığı, %98,5'inin (n=66) alkol kullanmadığı; BBB olmayanların %1,1'inin (n=2) alkol kullandığı, %98,9'unun (n=181) alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Madde kullanımına bakıldığında BBB olanların %1,5'inin (n=1) madde kullandığı, %98,5'inin (n=66) madde kullanmadığı; BBB olmayanların tamamının madde kullanmadığı saptanmış olup sigara, alkol, madde kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		Toplam (n=250)	BBB olan (n=67)	BBB olmayan(n=183)	X ² /Z	p*
Cinsiyet	Kadın n (%)	234 (93,6)	62 (92,5)	172 (94)	0,173	0,678
	Erkek n (%)	16 (6,4)	5 (7,5)	11 (6)		
Yaş	Ortalama±ss (median)	47,36±8,58(47)	46,53±8,23(48)	47,67±8,71(47)	-0,703	0,482
Medeni durum	Bekar/Boşanmış n(%)	32 (12,8)	6 (9)	26 (14,2)	1,212	0,271
	Evli n (%)	218 (87,2)	61 (91)	157 (85,8)		
Eğitim durumu	İlkokul ve altı n (%)	149 (59,6)	38 (56,7)	111 (60,7)	0,316	0,574
	Ortaokul ve üstü n (%)	101 (40,4)	29 (43,3)	72 (39,3)		
Meslek	Çalışmayan (%)	200 (80)	52 (77,6)	148 (80,9)	0,326	0,568
	Çalışan n (%)	50 (20)	15 (22,4)	35 (19,1)		
Yaşadığı yer	İl merkezi n (%)	231 (92,4)	63 (94)	168 (91,8)	0,346	0,556
	İl dışı n (%)	19 (7,6)	4 (6)	15 (8,2)		
Sosyoekonomik durum	Kötü/ Orta n (%)	134 (53,6)	31 (46,3)	103 (56,3)	1,978	0,160
	İyi n (%)	116 (46,4)	36 (53,7)	80 (43,7)		
Sigara	Kullanıyor n (%)	46 (18,4)	16 (23,9)	30 (16,4)	1,831	0,176
	Kullanmıyor n (%)	204 (81,6)	51 (76,1)	153 (83,6)		
Alkol	Kullanıyor n (%)	3 (1,2)	1 (1,5)	2 (1,1)	0,066	0,797
	Kullanmıyor n (%)	247 (98,8)	66 (98,5)	181 (98,9)		
Madde	Kullanıyor n (%)	1 (0,4)	1 (1,5)	0 (0)	2,742	0,098
	Kullanmıyor n (%)	249 (99,6)	66 (98,5)	183 (100,0)		

p<0,05 kabul edilmiştir. Ki-kare Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır

BBB: Bedensel belirti bozukluğu

4.2. Hastaların Klinik Özellikleri

Fibromiyalji hastalarının tanı alma yaş ortalaması BBB olanlarda $41,91 \pm 8,87$, BBB olmayanlarda $43,83 \pm 8,86$ olup, iki grup arasında tanı alma yaşı açısından anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 2).

BBB olan (%53,7, n=36) ve BBB olmayan (%53, n=97) hastaların ek fiziksel hastalık açısından birbirine yakın oranlarda olduğu, aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı (Tablo 2).

Ek psikiyatrik hastalık dağılımına bakıldığında ise depresyon eş tanısı BBB olanlarda (%13,4, n=9), BBB olmayanlara (%8,2, n=15) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). Depresyon dışı diğer psikiyatrik hastalık (anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu) eş tanısının da BBB olanlarda (%17,9, n=12), BBB olmayanlara (%6,6, n=12) göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,008$) (Tablo 2).

Geçmiş psikiyatrik hastalık dağılımına bakıldığında geçmişte depresyon tanısı BBB olanlarda %17,9 (n=12) , BBB olmayanlarda %9,3 (n=17); geçmişte depresyon dışı diğer psikiyatrik hastalık tanısı BBB olanlarda %11,9 (n=8) , BBB olmayanlarda %8,2 (n=15) olarak tespit edilmiş olup anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 2).

Ailede FMS öyküsü BBB olmayanlarda (%19,7, n=36) BBB olanlardan (%11,9, n=8) oran olarak yüksek olmakla birlikte anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 2).

BBB olanların aile öyküsünde depresyonun %7,5 (n=5) oranında, depresyon dışı diğer psikiyatrik hastalıkların %10,4 (n=7) oranında görüldüğü; BBB olmayanların aile öyküsünde depresyonun %6 (n=11), depresyon dışı diğer psikiyatrik hastalığın %6 (n=11) oranında görüldüğü tespit edilmiş olup gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 2).

Tablo 2 : BBB Tanısı Alan ve Almayan Hastaların Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Toplam (n=250)	BBB olan (n=67)	BBB olmayan (n=183)	X ² /Z	p [*]
Tanı alma yaşı	Ortalama ±ss		41,91± 8,87	43,83±8,86	248	0,127
Ek fiziksel hastalık	Yok n (%)	117 (46,8)	31 (46,3)	86 (47)	0,01	0,919
	Var n (%)	133 (53,2)	36 (53,7)	97 (53)		
Ek psikiyatrik hastalık	Yok n (%)	202 (80,8)	46 (68,7)	156 (85,2)	9,656	0,008
	Depresyon n (%)	24 (9,6)	9 (13,4)	15 (8,2)		
	Diğer n (%)	24 (9,6)	12 (17,9)	12 (6,6)		
Geçmişte psikiyatrik hastalık	Yok n (%)	198 (79,2)	47 (70,1)	151 (82,5)	4,836	0,089
	Depresyon n (%)	29 (11,6)	12 (17,9)	17 (9,3)		
	Diğer n (%)	23 (9,2)	8 (11,9)	15 (8,2)		
Ailede fms öyküsü	Yok n (%)	206 (82,4)	59 (88,1)	147 (80,3)	2,022	0,155
	Var n (%)	44 (17,6)	8 (11,9)	36 (19,7)		
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok n (%)	216 (86,4)	55 (82,1)	161 (88)	1,699	0,428
	Depresyon n (%)	16 (6,4)	5 (7,5)	11 (6)		
	Diğer n (%)	18 (7,2)	7 (10,4)	11 (6)		

P <0,05 kabul edilmiştir. Ki-kare Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır

BBB: Bedensel belirti bozukluğu

BBB olanlarda önde gelen FMS belirtilerine bakıldığında ilk sırada %28,4 ile sırt ağrısı bunu %16,4 ile yaygın vücut ağrısı ve boyun ağrısı, %14,9 ile eklem ağrısı, %7,5 ile bel ağrısı, %6 ile ekstremitte ağrısı ve omuz ağrısı, %4,5 ile diz ağrısı izlemekte ; BBB olmayanlarda önde gelen FMS belirtilerine bakıldığında ilk sırada %19,1 ile eklem ağrısı, bunu %17,5 ile boyun ağrısı, %16,9 ile bel ağrısı, %13,1 ile yaygın vücut ağrısı ve sırt ağrısı, %9,8 ile omuz ağrısı, %6,6 ile ekstremitte ağrısı, %3,8 ile diz ağrısı izlemekte olup FMS belirtileri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 3).

Fibromiyalji tanısı için tedavi alanlar arasında; BBB olanların (%86,6, n=58) BBB olmayanlara (%73,2, n=134) göre fibromiyalji için anlamlı düzeyde daha yüksek oranda tedavi aldığı görülmüştür (p=0,027) (Tablo 3).

Tedavi alan hastaların %54,6'sı (n=106) duloksetin kullandığı , %38,1'i (n=74) nonfarmakolojik tedavi aldığı, %6,2'si nsaid ve daha düşük oranlarda da amitriptilin, pregabalin kullandığı görülmektedir (Tablo 3).

BBB olanların %64,4'ünün (n=38), BBB olmayanların %50,4'ünün (n=68) duloksetin kullandığı, BBB olanların duloksetin kullanım oranı daha yüksek olmakla birlikte anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 3).

BBB olanların %25,4'ünün (n=15), BBB olmayanların %43,7'sinin (n=59) nonfarmakolojik tedavi aldığı; BBB olmayanlarda nonfarmakolojik tedavi alma oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur(p=0,016) (Tablo 3).

BBB olanların (%96,6, n=56) ve BBB olmayanların (%99,3, n=126) yüksek oranda tedaviden fayda gördüğü görülmüş olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 3).

Tablo 3: BBB Tanısı Alan ve Almayan Hastaların Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Toplam (n=250)	BBB olan (n=67)	BBB olmayan (n=183)	X ² /Z	p*
Önde gelen fms belirtisi	Yaygın vücut ağrısı	35 (14)	11 (16,4)	24 (13,1)	11,492	0,119
	Eklem ağrısı	45 (18)	10 (14,9)	35 (19,1)		
	Bel ağrısı	36 (14,4)	5 (7,5)	31 (16,9)		
	Sırt ağrısı	43 (17,2)	19 (28,4)	24 (13,1)		
	Boyun ağrısı	43 (17,2)	11 (16,4)	32 (17,5)		
	Diz ağrısı	10 (4)	3 (4,5)	7 (3,8)		
	Omuz ağrısı	22 (8,8)	4 (6)	18 (9,8)		
	Ekstremitte ağrısı	16 (6,4)	4 (6)	12 (6,6)		
Fms tedavisi alma	Yok n (%)	58 (23,2)	9 (13,4)	149 (26,8)	4,901	0,027
	Var n (%)	192 (76,8)	58 (86,6)	134 (73,2)		
Duloksetin kullanımı	Yok n (%)	88 (45,4)	21 (35,6)	67 (49,6)	3,264	0,071
	Var n (%)	106 (54,6)	38 (64,4)	68 (50,4)		
Pregabalin kullanımı	Yok n (%)	187 (96,4)	54 (91,5)	133 (98,5)	5,773	0,016
	Var n (%)	7 (3,6)	5 (8,5)	2 (1,5)		
Amitriptilin kullanımı	Yok n (%)	190 (97,9)	59 (100)	131 (97)	1,785	0,182
	Var n (%)	4 (2,1)	0 (0)	4 (3)		
NSAİD kullanımı	Yok n (%)	182 (93,8)	55 (93,2)	127 (94,1)	0,052	0,820
	Var n (%)	12 (6,2)	4 (6,8)	8 (5,9)		
Nonfarmakolojik tedavi	Yok n (%)	120 (61,9)	44 (74,6)	76 (56,3)	5,815	0,016
	Var n (%)	74 (38,1)	15 (25,4)	59 (43,7)		
Tedaviden fayda	Yok n (%)	11 (5,7)	2 (3,4)	9 (6,7)	0,782	0,377
	Var n (%)	182 (94,3)	56 (96,6)	126 (99,3)		

p<0,05 kabul edilmiştir. Mann-Whitney ve Independent Sample T-Testi kullanılmıştır

BBB : Bedensel belirti bozukluğu ,FMS: fibromiyalji sendromu, Nsaid : Non Steroidal Antienflamatuar İlaçlar

4.3. Gruplar Arasında Bedensel Belirtilerle İlgili Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tüm hastaların PHQ-15 ölçek puan ortalamasının kesme puanının üzerinde olduğu; BBB olan grubun PHQ-15 ölçek puan ortalaması $18,77 \pm 5,11$ olup belirtileri şiddetli düzeyde olduğu, BBB olmayan grubun PHQ-15 ölçek puan ortalaması $13,96 \pm 5,22$ olup belirtilerinin orta şiddetli olduğu tespit edildi. BBB olan grubun PHQ-15 ölçek puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0,001$) (Tablo 4).

BBB olan grubun SSAS ölçek puan ortalaması $33,79 \pm 6,98$, BBB olmayan grubun SSAS ölçek puan ortalaması $27,48 \pm 8,76$ olup, BBB olan grubun SSAS ölçek puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi ($p < 0,001$) (Tablo 4).

BBB olan grubun BBB şiddet ölçeği puan ortalaması $3,16 \pm 0,37$ (3), BBB olmayan grubun BBB şiddet ölçeği puan ortalaması $1,03 \pm 0,47$ (1) olup, BBB olan grubun BBB şiddet ölçek puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p < 0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4: Gruplar Arasında Bedensel Belirtilerle İlgili Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		BBB olan (n=67)	BBB olmayan (n=183)	Z	p*
PHQ-15	Ortalama $\pm$ ss	$18,77 \pm 5,11$	$13,96 \pm 5,22$	0,188	P<0,001
SSAS	Ortalama $\pm$ ss	$33,79 \pm 6,98$	$27,48 \pm 8,76$	6,657	P<0,001
BBB şiddet ölçeği	Ortalama $\pm$ ss (median)	$3,16 \pm 0,37$ (3)	$1,03 \pm 0,47$ (1)	-13,467	P<0,001

* $p \leq 0,05$, Independent Sample T-Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

BBB: Bedensel belirti bozukluğu, FMS: fibromiyalji sendromu, PHQ-15: Hasta Sağlık Anketi-15,

SSAS: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği BBB şiddet ölçeği: BBB şiddet ölçeği (klinikisyen için)

4.4. Gruplar arası D tipi kişilik özelliklerinin sıklığı ve D tipi kişilik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

BBB olan grubun %49,3'ünde ($n=33$), BBB olmayan grubun da %27,3'ünde ($n=50$) D tipi kişilik özelliğinin olduğu; BBB olanlarda, BBB olmayanlara göre D tipi kişilik özelliği sıklığı anlamlı derecede daha sık bulundu ($p=0,001$) (Tablo 5).

D tipi olumsuz duygulanım alt ölçek puan ortalaması BBB olanlarda ($19,62 \pm 6,72$), BBB olmayanlara ($14,10 \pm 7,22$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulundu ($p < 0,001$). D tipi

sosyal inhibisyon alt ölçek puan ortalaması BBB olanlarda (10,11±8,68), BBB olmayanlara (6,95±6,62) göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,024) (Tablo 5).

Tablo 5: Gruplar arası D tipi kişilik özelliği varlığı ve D tipi kişilik ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Toplam (n=250)	BBB olan (n=67)	BBB olmayan (n=183)	Z	p*
D tipi	Yok n (%)	167 (66,8)	34 (50,7)	133 (72,7)	10,637	P=0,001
kşilik	Var n (%)	83 (33,2)	33 (49,3)	50 (27,3)		
D tipi	Ortalama±ss(median)	16(28)	19,62±6,72 (21)	14,10±7,22(14)	-5,177	P<0,001
negatif						
D tipi	Ortalama±ss(median)	6(28)	10,11±8,68 (8)	6,95±6,62 (5)	-2,251	P=0,024
sosyal						

*p≤0,05, Ki-kare ve Mann- Whitney U Testi kullanılmıştır.

BBB: Bedensel belirti bozukluğu

D tip negatif: D tip kişilik negatif(olumsuz) duygulanım alt ölçeği, D tip sosyal: D tip kişilik sosyal inhibisyon alt ölçeği

4.5. Gruplar arası HADS ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

HADS-depresyon alt ölçek puan ortalaması BBB olanlarda 8,37 ±4,17 (8), BBB olmayanlarda ise 5,67±3,42 (5) olup, BBB olanlarda HADS-depresyon alt ölçek puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,001) (Tablo 6).

Tablo 6: Gruplar arası HADS ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

		BBB olan(n=67)	BBB olmayan(n=183)	Z	p*
HADS-depresyon	Ortalama±ss (median)	8,37 ±4,17 (8)	5,67±3,42 (5)	-4,633	P<0,001
HADS-anksiyete	Ortalama±ss (median)	11,53±4,38 (10)	8,24±3,69 (8)	-5,532	P<0,001

*p≤0,05, Mann- Whitney U Testi kullanılmıştır.

BBB: Bedensel belirti bozukluğu

Hastane anksiyete ve depresyon alt ölçekleri : HADS-depresyon ,HADS-anksiyete

HADS-anksiyete alt ölçek puan ortalaması BBB olanlarda $11,53 \pm 4,38$ (10), BBB olmayanlarda $8,24 \pm 3,69$ (8) olup, BBB olanlarda HADS-anksiyete alt ölçek puan ortalaması anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$) (Tablo 6).

4.6. Hasta gruplarının sayısal verileri arasındaki korelasyonun incelenmesi

Tüm katılımcıların yaş, tanı alma yaşı ve klinik ölçekler ile korelasyonu incelendiğinde yaş ile tanı alma yaşı ($p < 0,001$), SSAS ölçek puanları ($p < 0,05$) arasında anlamlı pozitif korelasyon, PHQ-15 ölçek puanları ile SSAS ölçek puanları ($p < 0,001$), BBB şiddeti ölçek puanları ($p < 0,001$), HADS-depresyon alt ölçek puanları ($p < 0,001$), HADS-anksiyete alt ölçek puanları ($p < 0,001$), D tipi negatif alt ölçek puanları ($p < 0,001$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. BBB şiddet ölçek puanları ile D tipi negatif ve sosyal alt ölçek puanları ($p < 0,001$), HADS-depresyon alt ölçek puanları ($p < 0,001$), HADS-anksiyete alt ölçek puanları ($p < 0,001$) arasında anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir. D tipi negatif alt ölçek puanları ile D tipi sosyal alt ölçek puanları ($p < 0,001$), HADS-depresyon alt ölçek puanları ($p < 0,001$), HADS-anksiyete alt ölçek puanları ($p < 0,001$) arasında anlamlı pozitif korelasyon gösterilmiştir. D tipi sosyal alt ölçek puanları ile HADS-depresyon alt ölçek puanları ($p < 0,001$), HADS-anksiyete alt ölçek puanları ($p < 0,001$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. HADS-depresyon alt ölçek puanları ile HADS-anksiyete alt ölçek puanları ($p < 0,001$) arasında anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

Tablo 7: Hasta gruplarının sayısal verileri arasındaki korelasyonun incelenmesi

	Yaş	Tanı alma yaşı	Phq-15	SSAS	BBB şiddeti	D tip negatif	D tip sosyal	HAD depresyon	HAD anksiyete
Yaş	1								
Tanı alma yaşı	0,86**	1							
Phq-15	0,04	0,02	1						
SSAS	0,15*	0,03	0,47**	1					
BBB şiddeti	-0,01	-0,05	0,39**	0,37**	1				
D tip negatif	0,09	0,07	0,34**	0,34**	0,40**	1			
D tip sosyal	-0,08	-0,12	0,12	0,07	0,17**	0,41**	1		
HADS depresyon	0,08	0,04	0,35**	0,20**	0,34**	0,53**	0,45**	1	
HADS anksiyete	0,03	-0,01	0,43**	0,36**	0,41**	0,62**	0,34**	0,47**	1

* $p \leq 0,05$, Spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

** $p < 0,001$, Spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

PHQ-15: Hasta Sağlık Anketi-15

SSAS: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

BBB şiddeti: Bedensel belirti bozukluğu şiddet ölçeği

HADS: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

D tip negatif: D tip kişilik negatif(olumsuz) duygulanım alt ölçeği, D tip sosyal: D tip kişilik sosyal inhibisyon alt ölçeği

4.7. Psikometrik testlerin BBB tanısı ile ilişkisinin oluşturulan hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmesi

Çalışmamıza dahil edilen katılımcılarda bedensel belirti bozukluğu tanısını yordayan faktörler tablo 7 da incelenmiştir. PHQ-15 ölçek puanlarının yüksek olmasının bedensel belirti bozukluğu tanısını istatistiksel olarak anlamlı derecede yordadığı tespit edildi. Hiyerarşik modelin ikinci basamağında bedensel duyumları abartma ölçeği eklendiğinde ise benzer şekilde hem PHQ-15 hem de SSAS ölçeği puanlarının yüksek olması BBB tanısını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı saptandı. Üçüncü basamakta ise D tipi kişilik ölçeği eklenerek PHQ-15, SSAS ve D tipi kişilik özellikleri ile oluşturulan hiyerarşik modelde benzer şekilde hem PHQ-15 hem SSAS hem de D tipi kişilik negatif alt ölçeği puanlarının yüksek olması BBB tanısını istatistiksel olarak anlamlı derecede yordadığı tespit edildi.

Tablo 8: Psikometrik testlerin BBB tanısı ile ilişkisinin regresyon analizi ile incelenmesi

	R ²	B.	S. E.	Exp (B)	95% C.I.for EXP (B)	p [*]
Step1	0,211					
PHQ-15		0,181	0,033	1,199	1,124-1,278	0,001
Constant		-3,973	0,586	0,019		0,001
Step 2	0,249					
PHQ-15		0,145	0,035	1,156	1,079-1,238	0,001
SSAS		0,058	0,022	1,060	1,016-1,105	0,007
Constant		-5,161	0,772	0,006		0,001
Step 3	0,297					
PHQ-15		0,124	0,036	1,132	1,054-1,215	0,001
SSAS		0,047	0,022	1,048	1,003-1,095	0,036
D tip negatif		0,064	0,027	1,067	1,011-1,125	0,019
D tip sosyal		0,022	0,041	1,022	0,943-1,108	0,595
D tip kişilik var		0,059	0,665	1,061	0,288-3,909	0,929
Constant		-5,791	1,150	0,003		0,000

*p<0,05, Hiyerarşik Lojistik Regresyon, Nagelkerke R Square=0,297

BBB: Bedensel belirti bozukluğu

PHQ-15: Hasta Sağlık Anketi-15

D tip negatif: D tip negatif(olumsuz) duygulanım alt ölçeği, D tip sosyal: D tip sosyal inhibisyon alt ölçeği

5. TARTIŞMA

BBB, bedensel belirtiler ve bu belirtilerle ilgili aşırı zihinsel uğraş ile giden işlevsellikte bozulmaya sebep olan bir ruhsal bozukluktur. Hastalar bedensel belirtiler ile psikiyatri dışı

birçok polikliniğe başvurmakta, tanı ve tedavi için zaman kaybetmektedirler. Bu sebeple BBB psikiyatri dışındaki kliniklerce de tanınması, bedensel belirtilerle başvuran hastalarda akılda tutulması erken tanı ve tedavi açısından oldukça önemlidir.

Çalışmamızda fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine başvuran fibromiyalji tanılı hastalarda BBB yaygınlığı %26,8 (n=67) olarak bulundu. Yapılan çalışmalara bakıldığında BBB genel popülasyonda yaygınlığının %5-7 olarak bulunduğu görülmüştür (Dimsdale et al., 2013b; Häuser et al., 2015b; Kurlansik & Maffei, 2016c). Çalışmamızda BBB görülme sıklığının genel popülasyondan yaklaşık 5 kat yüksek olması beklendiği gibi çalışmamızın fibromiyalji hastalarında yapılması ile ilişkilidir.

Çalışmamızın sonucunu karşılaştırabileceğimiz literatürde ulaşabildiğimiz kadarıyla iki çalışma bulunmaktadır. Almanya’da 156 fibromiyalji hastasıyla hasta sağlık anketi-15(PHQ-15), hasta sağlık anketi-4 (PHQ-4), psikolojik sıkıntı ölçeği(PSD), Whiteley Index, ağrı felaketlendirme ölçeği (PCS) , Pain Disability Index(PDI) ölçekleri ile yapılmış bir çalışmada hastaların %25,6’sının (n=40) BBB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur.(Häuser et al., 2015b). Kullanılan ölçekler ve örneklem birbirine yakın olması sebebiyle sonucu çalışmamızla uyumludur.

İşveçte yapılan bir başka çalışmada internet tabanlı bir çalışmanın verileri kullanılarak 140 fibromiyalji hastası alınmış, hastalara Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ), PHQ-9, Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7, Kaygı duyarlılığı indeksi-3, Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu (BFBFÖ-K) uygulanmıştır ve hastaların %35’inde (n=49) BBB tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür.(Axelsson et al., 2020). Bu çalışmanın sonucu bizim oranımızdan bir miktar yüksektir. Bunun örneklem ve kullanılan ölçeklerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada fibromiyalji hastalarında, BBB olanların yaş ortalaması 51,6±8,9, BBB olmayanların 49,8± 9,6 olarak bulunmuş olup çalışmamızın sonuçları ile uyumludur (Häuser et al., 2015b).

Çalışmamızda BBB olanların %92,5’i, BBB olmayanların %94’ü kadınlardan oluşmaktadır. Yapılan bir çalışmada BBB; kadınlarda erkeklere oranla neredeyse 10 kat daha sık görüldüğü ileri sürülmüştür (Greenberg et al., 2013). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da kadınlarda erkeklere kıyasla, bedensel belirti görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek

bulunmuştur(KESKİNİ et al., 2013; Özenli et al., 2009). Çalışmamızda da BBB olanların tamamına yakını kadınlar oluşturmaktaydı. Bu durum kadınların toplumda üstlendiği rol, içinde bulunduğu sosyokültürel etkenler, pasif konumda yetiştirilmeleri, beden dilini daha sık kullanmaları ve iç çatışmalarını somatize etme eğilimi ile açıklanabilir.

Yapılan bir çalışmada genel toplumda BBB'nun bekar veya eşinden ayrılmış kişilerde de anlamlı olarak daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (Ladipo et al., 2015).Çalışmamızda ise BBB olanların önemli bir kısmı (%91) evli idi. Bizim çalışmamızda evlilerin çok olmasının sebebi örneklem farklılığı ve sosyokültürel etkenlerin rolü olabilir.

Literatürde BBB ile eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey arasında ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. BBB ile düşük eğitim seviyesi ve düşük sosyoekonomik düzey arasında ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar olduğu gibi (Cao et al., 2020b) , ilişkisiz bulan çalışmalar da vardır (Jiang et al., 2021). Çalışmamızda BBB ile düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyi ile ilgili ilişki bulunmamıştır.

Bedensel belirti bozukluğu tanısı olan ve olmayan grup arasında yaşadığı yer, meslek, sigara-alkol-madde kullanımı açısından bir ilişki bulunmamıştır. Ulaşabildiğimiz kadarıyla literatürde bu değişkenlerin bedensel belirti bozukluğu sıklığı ile ilişkisine dair çalışma görülememiştir.

Bedensel belirti bozukluğu ile alkol/madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişki ile ilgili yapılan çalışmalar diğer psikiyatrik eş tanı araştırmalarına göre daha azdır ve bu durumun sebeplerinden biri de teşhis aşamasındaki sorunlar olduğu düşünülmektedir(Hasin & Katz, 2007).

BBB olan hastaların %53,7'sinde kronik başka bir fiziksel hastalık öyküsü olduğu görüldü.Literatürde kronik hastalık öyküsü olanlarla somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir(Fishbain et al., 2006; Norton et al., 1999). Araştırmamızda da anlamlı olmasa da BBB olan hastaların yarısından çoğunda kronik başka bir fiziksel hastalık öyküsü olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda somatizasyon bozukluğu ile birçok psikiyatrik hastalık ilişkilendirilmiş olsa da en sık depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluğu eşlik ettiği bulunmuştur(Barsky et al., 2005)(Simon & VonKorff, 1991)(Özen et al., 2010). Bedensel belirti bozukluğu olan hastalarda depresyonun sıklıkla eşlik ettiği ve işlevsellik, yaşam kalitesindeki düşüş ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Aigner et al., 2006; Kolovos et al., 2016;

Papakostas et al., 2004; Sheehan et al., 2017). Araştırmamızda da BBB'na en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk depresyondur.

Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne bakıldığında BBB olanların aile öyküsünde %7,5 oranında depresyon, %10,4 oranında depresyon dışı psikiyatrik hastalık görüldüğü bulundu. BBB olmayanların aile öyküsünde %6'sında depresyon, %6'sında depresyon dışı psikiyatrik hastalık görüldüğü bulundu. Literatüre bakıldığında somataform bozuklukları alt kümesinden herhangi bir tanısı olan bireylerin ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün araştırıldığı bir çalışmada, hastaların %6.7'sinde babada, %11.4'ünde annede, %4.5'inde kardeşlerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu tespit edilmiştir (Craig et al., 1994). Bulgularımızı karşılaştırabileceğimiz birebir bir çalışmaya ulaşamadık.

Ailede FMS öyküsüne bakıldığında hastaların %17,6'sında ailesinde FMS olduğu bulundu. Literatürde FMS tanılı hastaların birinci derece akrabalarında artmış risk olduğu (KÖSEHASANOĞULLARI & YILMAZ, 2018) (Arnold et al., 2004), yapılan bir çalışmada da FMS'nin birinci derece akrabalarında daha yüksek oranda (%26) görüldüğü bulunmuştur (Buskila & Neumann, 1997). Fibromiyalji ailesel faktörlerin rol aldığını düşündürmektedir.

Araştırmamızda BBB olan hastalarda PHQ-15 ölçek puan ortalaması ($18,77 \pm 5,11$), BBB olmayanlara ($13,96 \pm 5,22$) göre yüksek ve anlamlı idi. Ulaşabildiğimiz BBB tanılı 47 hasta ile 41 sağlıklı kontrolün dahil edildiği bir çalışmada BBB olanların PHQ-15 ölçek puan ortalamasının 14 (min-maks:5-28) olduğu gösterilmiş olup (Kabadayi Şahin, 2017), bulgularımızla uyumludur.

Literatüre bakıldığında depresyon ve fibromiyalji hastalardaki somatik belirtileri araştıran bir çalışmada; 160 katılımcının 33'ünün Fibromiyalji tanısı olduğu ve bu hastaların SSAS skorunun $27,63 \pm 7,63$ olarak bildirilmiştir (Tekintaş et al., 2022). Bizim verilerimizde BBB olmayan hastaların SSAS ölçek puan ortalaması $27,48 \pm 8,76$ olup bununla uyumludur. BBB olanlarınki ise SSAS ölçek puan ortalaması $33,79 \pm 6,98$ olup daha yüksektir. Bunun sebebi de fibromiyalji ile bedensel belirti bozukluğunun birlikte bulunması ile ilişkilidir.

Gruplar arası Hastane anksiyete ve depresyon ölçek puan ortalamasına bakıldığında HAD depresyon alt ölçek puan ortalaması; BBB olanlarda $8,37 \pm 4,17$ (8), BBB olmayanlarda ise $5,67 \pm 3,42$ (5), HAD anksiyete alt ölçek puan ortalaması ; BBB olanlarda $11,53 \pm 4,38$ (10)

,BBB olmayanlarda $8,24 \pm 3,69$ (8) olup her iki alt ölçek puan ortalaması da BBB olanlarda yüksek ve anlamlı idi. Literatürde yapılan çalışmalar somatoform bozukluğu ile ilgili yapılmış olup bu hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı gösterilmiştir (Huang et al., 2016). Araştırmamız BBB olan fibromiyalji hastalarında yapılmış olup bu sonuçlarla karşılaştırılması mümkün değildir. Bununla birlikte verilerimizde de BBB olanlarda, olmayanlara göre anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek bulundu.

Genel popülasyonda, D tipi kişilik özelliği sıklığı %13 ila %34 arasında bulunmuştur (Denollet, 2005c; Grande et al., 2010). Fibromiyalji hastalarında D tipi kişilik özelliği sıklığı %30 ile %58 arasında bulunmuştur(van Middendorp et al., 2016e)(Gokcen et al., 2022)(Ablin et al., 2016). Fibromiyalji hastalarında D tipi kişilik özelliği sıklığını %33,2 olarak tespit ettik.

Çalışmamızda bedensel belirti bozukluğu olanlarda D tipi kişilik sıklığı %49,3 olarak bulunmuştur. BBB tanılı 212 hasta ile yapılan bir çalışmada D tipi kişilik özelliği sıklığı %61,8 olarak tespit edilmiştir(De Vroeghe et al., 2019b). Bizim çalışmamızdaki orandan daha yüksek bulunmuştur. Bunda çevresel faktörlerin, örneklem farklılığının, sosyokültürel faktörlerin rolü olabileceği düşünülmektedir.

Fibromiyalji hastalarıyla yapılan bir çalışmada olumsuz duygulanımı ve sosyal inhibisyonu olan hastalarda olmayanlara kıyasla; anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının arttığı gösterilmiştir (Gokcen et al., 2022). BBB olan hastalarda yapılan bir çalışmada da D tipi kişilik özelliği olanlarda olmayanlara göre daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete görüldüğü ve D Tipi kişilik özelliğinin kaygının iyileşmesini zorlaştırdığı bulunmuştur(De Vroeghe et al., 2019b). Araştırmamızda da olumsuz duygulanım ve artmış sosyal inhibisyonun hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerini arttırdığı bulundu. D tipi kişilik alt ölçeklerinden olumsuz duygulanım ve sosyal inhibisyon ölçek puanlarındaki artışın; HAD-depresyon ve HAD-anksiyete ölçek puanlarını kötüleştirdiği görülmüştür. Kişinin olumsuz duygulanımı deneyimleme eğilimi arttıkça sosyal ortamlardan uzaklaştığı, duygularını ifade etmekten çekindiği ,depresif ve kaygı yakınmalarının arttığı düşünülmektedir.

Bedensel belirti sıklığı ve şiddetinin yaş ile artış gösterdiği bulunmuş olup literatürle paralellik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada bedensel belirti sıklığı ve şiddetinin yaş ile artış gösterdiği bulunmuştur (Wu et al., 2022). Yaş ilerledikçe bedensel duyuları abartma eğiliminin arttığı görülmüş olup burada yaş almanın getirdiği fiziksel ve ruhsal zorlukların rolü olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan korelasyon analizlerinde PHQ-15, SSAS ölçek puanları ile bedensel belirti bozukluğu şiddeti arasında pozitif korelasyon olduğunu tespit ettik. PHQ-15 ölçeğindeki somatik belirti şiddeti arttıkça hastaların bedensel duyumları abartma eğiliminin de arttığı düşünülebilir.

Literatürde somatik semptomları daha yoğun olan hastalarda depresyon ve kaygı şiddetinin de daha fazla olduğu görülmektedir(Pazvantoğlu et al., 2004; Terre et al., 2003). Araştırmamızda hastalarda bedensel belirti bozukluğu şiddeti ve PHQ-15 ölçeğindeki somatik belirti şiddeti arttıkça HAD ölçeğinde anksiyete ve depresyon puanlarının kötüleştiği görülmüştür. Somatik semptomların şiddeti arttıkça; kişinin semptomlar ile ilgili orantısız ve sürekli olan kaygı yakınmasının arttığı, karamsar ve umutsuzluk düşüncelerinin yoğunlaştığı düşünülmektedir. Bununla birlikte somatik semptomlarla ilgili psikiyatri dışı hekimlere başvurarak tanı ve tedavide zaman kaybetmenin de depresyonu ve anksiyeteyi arttırdığı düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda depresyon ve yüksek anksiyete düzeyleri arttıkça bedensel belirti bozukluğu şiddetinin arttığı görülmüştür. Bu bulgular ile depresyon ve yüksek anksiyete düzeylerinin kişiyi olumsuz düşüncelere ittiği, bedeni ile ilgili olumsuz algıları arttırdığı ve kişinin yakınmalarını bedenselleştirme eğilimini arttırdığı düşünülebilir. Literatürde de depresyonun şiddeti ile somatik belirtilerin sayısı arasında ilişki olduğu ileri sürülmüştür(Nakao & Yano, 2003).

Araştırmamızda olumsuz duygulanım ve sosyal inhibisyonu arttıkça Bedensel belirti bozukluğu şiddetinin arttığı görülmüştür. Bu veriler duygu dışavurumu az, olumsuz duygulanımı olan hastaların strese ve duygusal uyaranlara karşı tepkisini genellikle bedensel belirtiler şeklinde ifade ettikleri düşünülebilir. Literatürde bu alanda karşılaştırma yapabileceğimiz ulaşabildiğimiz kadarıyla bir çalışma bulunamadı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların % 54,6 ‘sı duloksetin kullanıyordu. Bu durumun antidepresan kullanan hastalarda bedensel belirtilerini ve bedensel belirtileri nedeniyle duyduğu kaygıyı azalttığı dolayısıyla bedensel belirti bozukluğu sıklığını da azalttığını da düşünülebilir.

6. KISITLILIKLAR

Araştırmamıza dahil edilen fibromiyalji hastaları iki farklı merkezden toplanmıştır.

Katılımcı sayısı ve kesitsel bir çalışma olması kısıtlılıklar arasından sayılabilir.

Katılımcıların başvuru esnasında kullanmakta oldukları ilaç tedavisindeki farklılıkların, özellikle antidepresan kullanımının bedensel belirti bozukluğu semptomlarını azaltabileceğini düşündürmektedir.

Bu alanda literatürde kısıtlı, ülkemizde ise ulaşabildiğimiz kadarıyla çalışma olmaması nedeniyle daha geniş örneklem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

7. SONUÇLAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi ve Beyhekim Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği fizik tedavi polikliniğine başvuran fibromiyalji tanılı hastalarda yapılan ölçek değerlendirmesinde ve SCID/CV(Structured Clinical Interview for DSM-5/Clinical version) ile yapılan psikiyatrik görüşme ile DSM-V tanı ölçütlerine göre BBB tanılı hasta oranı %26,8 olarak bulunmuştur.

Fibromiyalji tanılı hastalarda D Tipi kişilik özelliği sıklığı %33 olarak bulundu.

Hastaları alt gruplara göre ayırdığımızda BBB olanlarda D tipi kişilik özelliği sıklığı %49,3 ,BBB olmayanlarda bu oran %27,3 olarak saptanmış olup ,BBB olanlarda D tipi kişilik sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti.

BBB olan ve olmayan iki grup arasında sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Hasta gruplarına göre klinik özelliklere bakıldığında eşlik eden psikiyatrik hastalık sıklığı BBB olanlarda anlamlı oranda daha yüksekti.

Fibromiyalji için tedavi alma oranı BBB olanlarda daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Çalışmamızda BBB tanısı olanların hastaların PHQ-15, SSAS, HAD-depresyon, HAD-anksiyete ölçek puan ortalamaları BBB olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

D tipi kişilik özelliği alt ölçek (olumsuz duygulanım ve sosyal inhibisyon) puan ortalaması BBB olan hastalarda, BBB olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

PHQ-15, SSAS, D tipi negatif alt ölçek puan ortalamalarının BBB tanısını anlamlı derecede yordadığı bulunmuştur.

Bununla birlikte daha kesin yorumlarda bulunabilmek için daha büyük örneklem üzerinde, çalışmamız sınırlılıklarını da dikkate alan çalışmalara ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

- Abidin, R., Zohar, A. H., Zaraya-Blum, R., & Buskila, D. (2016). Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ*, 4, e2421.
- Aigner, M., Förster-Streffleur, S., Prause, W., Freidl, M., Weiss, M., & Bach, M. (2006). What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 81–86.
- Alçelik, A., Yıldırım, O., Canan, F., Eroğlu, M., Aktaş, G., & Şavlı, H. (1970a). A preliminary psychometric evaluation of the type D personality construct in Turkish hemodialysis patients. *Psychiatry and Behavioral Sciences*.
- Alçelik, A., Yıldırım, O., Canan, F., Eroğlu, M., Aktaş, G., & Şavlı, H. (1970b). A preliminary psychometric evaluation of the type D personality construct in Turkish hemodialysis patients. *Psychiatry and Behavioral Sciences*.
- Alexander, F. (1936). Addenda to “The medical value of psychoanalysis.” *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(4), 548–559.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders :DSM-3*.
- American Psychiatric Association, A. P., & Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (Vol. 4). American psychiatric association Washington, DC.
- American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, Issue 5). American psychiatric association Washington, DC.

- Anch, A. M., Lue, F. A., MacLean, A. W., & Moldofsky, H. (1991). Sleep physiology and psychological aspects of the fibrositis (fibromyalgia) syndrome. *Canadian Journal of Psychology/Revue Canadienne de Psychologie*, 45(2), 179.
- Anderson, G., Maes, M., & Berk, M. (2012). Biological underpinnings of the commonalities in depression, somatization, and chronic fatigue syndrome. *Medical Hypotheses*, 78(6), 752–756.
- Arnold, L. M., Clauw, D. J., Wohlreich, M. M., Wang, F., Ahl, J., Gaynor, P. J., & Chappell, A. S. (2009). Efficacy of duloxetine in patients with fibromyalgia: pooled analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(5), 237.
- Arnold, L. M., Clauw, D., Wang, F., Ahl, J., Gaynor, P. J., & Wohlreich, M. M. (2010). Flexible dosed duloxetine in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of Rheumatology*, 37(12), 2578–2586.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., Starck, L. O., & Keck Jr, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(3), 944–952.
- Arnold, L. M., Stanford, S. B., Welge, J. A., & Crofford, L. J. (2012). Development and testing of the fibromyalgia diagnostic screen for primary care. *Journal of Women's Health*, 21(2), 231–239.
- Atmaca, M. (2012). Neuro-imaging in somatoform disorders: a review. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 274.
- Axelsson, E., Hedman-Lagerlöf, M., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Andersson, E. (2020). Symptom preoccupation in fibromyalgia: prevalence and correlates of somatic symptom disorder in a self-recruited sample. *Psychosomatics*, 61(3), 268–276.
- Ay, S. (2015). Fibromiyalji sendromunun patogenezi. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*, 8(3), 5–9.
- Aydemir, Ö., Guvenir, T., Kuey, L., & Kultur, S. (1997). Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Türk Psikiyatri Derg*, 8(4), 280–287.
- Barnett, M. D., Ledoux, T., Garcini, L. M., & Baker, J. (2009). Type D personality and chronic pain: construct and concurrent validity of the DS14. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 194–199.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903–910.

- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266–275.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323–334.
- Bazzichi, L., Giacomelli, C., Consensi, A., Atzeni, F., Batticciotto, A., Di Franco, M., Casale, R., & Sarzi-Puttini, P. (2016a). *One year in review 2016: fibromyalgia*.
- Bazzichi, L., Giacomelli, C., Consensi, A., Atzeni, F., Batticciotto, A., Di Franco, M., Casale, R., & Sarzi-Puttini, P. (2016b). One year in review 2016: fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 34(2 suppl. 96), 145–149.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 2012.
- Bennett, R. M., Clark, S. R., Campbell, S. M., & Burckhardt, C. S. (1992). Low levels of somatomedin C in patients with the fibromyalgia syndrome. A possible link between sleep and muscle pain. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 35(10), 1113–1116.
- Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2(8), 416–424.
- Berker, E. (2007). Fibromiyalji sendromunda fizyopatolojik mekanizmalar. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 53, 36–40.
- Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59(1), 11–19.
- Bertolucci, P. H. F., & de Oliveira, F. F. (2013). Cognitive impairment in fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(7), 1–9.
- Bethea, C. L., Pecins-Thompson, M., Schutzer, W. E., Gundlah, C., & Lu, Z. N. (1998). Ovarian steroids and serotonin neural function. *Molecular Neurobiology*, 18(2), 87–123.
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1981). The pain-prone disorder: A clinical and psychological profile. *Psychosomatics*, 22(5), 395–402.
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890.
- Bourke, J. H., Langford, R. M., & White, P. D. (2015). The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 228–236.

- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, J. A., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., & Caubère, J.-P. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448–453.
- Branco, J. C., Zachrisson, O., Perrot, S., & Mainguy, Y. (2010). A European multicenter randomized double-blind placebo-controlled monotherapy clinical trial of milnacipran in treatment of fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 37(4), 851–859.
- Brown, G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 55–61.
- Bucourt, E., Martailié, V., Mulleman, D., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B., Reveillere, C., & Courtois, R. (2017). Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*, 84(2), 203–207.
- Buskila, D., & Neumann, L. (1997). Fibromyalgia syndrome (FM) and nonarticular tenderness in relatives of patients with FM. *The Journal of Rheumatology*, 24(5), 941–944.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
- Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Jiang, Y., Zhang, L., Zhang, Y., Chen, H., & Wu, H. (2020a). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, 62, 63–71.
- Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Jiang, Y., Zhang, L., Zhang, Y., Chen, H., & Wu, H. (2020b). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, 62, 63–71.
- Celiker, R., Borman, P., Öktem, F., Gökçe-Kutsal, Y., & Başgöze, O. (1997). Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. *Clinical Rheumatology*, 16(2), 179–184.
- Chappell, A. S., Littlejohn, G., Kajdasz, D. K., Scheinberg, M., D’Souza, D. N., & Moldofsky, H. (2009). A 1-year safety and efficacy study of duloxetine in patients with fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 25(5), 365–375.
- Chinn, S., Caldwell, W., & Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Current Pain and Headache Reports*, 20, 1–10.
- Choi, E., Chentsova-Dutton, Y., & Parrott, W. G. (2016). The effectiveness of somatization in communicating distress in Korean and American cultural contexts. *Frontiers in Psychology*, 7, 383.

- Choy, E. H. S. (2015). The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*, 11(9), 513–520.
- Clauw, D. J. (2009). Fibromyalgia: an overview. *The American Journal of Medicine*, 122(12), S3–S13.
- Clauw, D. J. (2015). Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(5), 680–692.
- Clauw, D. J., Mease, P., Palmer, R. H., Gendreau, R. M., & Wang, Y. (2008). Milnacipran for the treatment of fibromyalgia in adults: a 15-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, multiple-dose clinical trial. *Clinical Therapeutics*, 30(11), 1988–2004.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55(2), 299–316.
- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study: I: Longitudinal Course and the Influence of Early Life Experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 163(5), 579–588.
- Craig, T. K. J., Drake, H., Mills, K., & Boardman, A. P. (1994). The South London Somatisation Study: II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *The British Journal of Psychiatry*, 165(2), 248–258.
- Crofford, L. J., Pillemer, S. R., Kalogeras, K. T., Cash, J. M., Michelson, D., Kling, M. A., Sternberg, E. M., Gold, P. W., Chrousos, G. P., & Wilder, R. L. (1994). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 37(11), 1583–1592.
- Crofford, L. J., Rowbotham, M. C., Mease, P. J., Russell, I. J., Dworkin, R. H., Corbin, A. E., Young Jr, J. P., LaMoreaux, L. K., Martin, S. A., & Sharma, U. (2005). Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis & Rheumatism*, 52(4), 1264–1273.
- Cruz, B. A., Catalan-Soares, B., & Proietti, F. (2006). Higher prevalence of fibromyalgia in patients infected with human T cell lymphotropic virus type I. *The Journal of Rheumatology*, 33(11), 2300–2303.
- de Souza, J. B., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., & Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, 29, 509–515.
- De Vroege, L., De Heer, E. W., Van der Thiel, E., Van den Broek, K. C., van Eck van der Sluijs, J. F., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2019a). Type D personality, concomitant depressive and anxiety disorders, and treatment outcomes in somatic symptom and

- related disorders: an observational longitudinal cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 417.
- De Vroege, L., De Heer, E. W., Van der Thiel, E., Van den Broek, K. C., van Eck van der Sluijs, J. F., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2019b). Type D personality, concomitant depressive and anxiety disorders, and treatment outcomes in somatic symptom and related disorders: an observational longitudinal cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 417.
- De Waal, M. W. M., Arnold, I. A., Eekhof, J. A. H., & Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 470–476.
- Dell’Osso, L., Carmassi, C., Massimetti, G., Conversano, C., Daneluzzo, E., Riccardi, I., Stratta, P., & Rossi, A. (2011). Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L’Aquila 2009 earthquake in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 59–64.
- Denollet, J. (2005a). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97.
- Denollet, J. (2005b). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97.
- Denollet, J. (2005c). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97.
- Denollet, J., Sys, S. U., & Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 582–591.
- Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D. L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102(6), 630–635.
- Diers, M., Koeppe, C., Yilmaz, P., Thieme, K., Markela-Lerenc, J., Schiltenswolf, M., van Ackern, K., & Flor, H. (2008). Pain ratings and somatosensory evoked responses to repetitive intramuscular and intracutaneous stimulation in fibromyalgia syndrome. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 25(3), 153–160.
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M. R., & Levenson, J. (2013a). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 223–228.
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M. R., & Levenson, J. (2013b). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 223–228.

- Dinan, T. (2001). Novel approaches to the treatment of depression by modulating the hypothalamic–pituitary–adrenal axis. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16(1), 89–93.
- Drewes, A. M., Rössel, P., Le Pera, D., Arendt-Nielsen, L., & Valeriani, M. (2005). Cortical neuroplastic changes to painful colon stimulation in patients with irritable bowel syndrome. *Neuroscience Letters*, 375(3), 157–161.
- D’Souza, R. S., & Hooten, W. M. (2022). Somatic syndrome disorders. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Dufourny, L., & Warembourg, M. (1999). Estrogen modulation of neuropeptides: somatostatin, neurotensin and substance P, in the ventrolateral and arcuate nuclei of the female guinea pig. *Neuroscience Research*, 33(3), 223–228.
- Dymon, T. E., Pharm, D., Rogers, S. J., Pharm, D., Hunsinger-norris, D. M., Pharm, D., & Aq-cardiology, B. (2015). Fibromyalgia. *ACSAP Neurologic and. Psychiatric Care*, 5–18.
- Ebert, M. H., Loosen, P. T., & Nurcombe, B. (2000). *Current diagnosis and treatment in psychiatry*.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1995). Relations of shyness and low sociability to regulation and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 505.
- ELBİR, M., ALP TOPBAŞ, Ö., BAYAD, S., KOCABAŞ, T., TOPAK, O. Z., ÇETİN, Ş., ÖZDEL, O., ATEŞÇİ, F., & AYDEMİR, Ö. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1).
- Erşan, E., Şencan, D., Gürbüz, C., Deveci, H., & Karadağ, A. (2014). Fibromiyaljili hastaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Literatür Sempozyum Dergisi*, 1(3), 32–39.
- Escobar, J. I., & Canino, G. (1989). Unexplained physical complaints: psychopathology and epidemiological correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 154(S4), 24–27.
- Fink, P., & Schröder, A. (2010a). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426.
- Fink, P., & Schröder, A. (2010b). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User’s guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc.

- Fishbain, D. A., Cole, B., Cutler, R. B., Lewis, J., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (2006). Chronic pain and the measurement of personality: do states influence traits? *Pain Medicine*, 7(6), 509–529.
- Fitzcharles, M.-A., Ste-Marie, P. A., Goldenberg, D. L., Pereira, J. X., Abbey, S., Choinière, M., Ko, G., Moulin, D. E., Panopalis, P., & Proulx, J. (2013a). 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Research and Management*, 18(3), 119–126.
- Fitzcharles, M.-A., Ste-Marie, P. A., Goldenberg, D. L., Pereira, J. X., Abbey, S., Choinière, M., Ko, G., Moulin, D. E., Panopalis, P., & Proulx, J. (2013b). 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Research and Management*, 18(3), 119–126.
- Freud, S., & Strachey, J. E. (1964). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*.
- Friedberg, F. (2010). Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and related illnesses: a clinical model of assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 641–665.
- Friedberg, F., & Jason, L. A. (2001a). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 433–455.
- Friedberg, F., & Jason, L. A. (2001b). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 433–455.
- Garip, Y., Güler, T., Tuncer, Ö. B., & Sinay, Ö. (2020). Type d personality is associated with disease severity and poor quality of life in turkish patients with fibromyalgia syndrome: A cross-sectional study. *Archives of Rheumatology*, 35(1), 13.
- Geisser, M. E., Palmer, R. H., Gendreau, R. M., Wang, Y., & Clauw, D. J. (2011). A pooled analysis of two randomized, double-blind, placebo-controlled trials of milnacipran monotherapy in the treatment of fibromyalgia. *Pain Practice*, 11(2), 120–131.
- Gencay-Can, A., & Can, S. S. (2012). Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 32(12), 3957–3961.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., Gracely, R. H., & Clauw, D. J. (2003a). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism*, 48(10), 2916–2922.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., Gracely, R. H., & Clauw, D. J. (2003b). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism*, 48(10), 2916–2922.

- Gokcen, N., Coskun Benlidayi, I., Tamam, L., Demirkol, M. E., Yesiloglu, C., & Guzel, R. (2022). Type D personality and self-esteem in patients with fibromyalgia: a cross-sectional case-control study. *Rheumatology International*, 42(6), 1027–1034.
- Goldenberg, D. L. (1993). Do infections trigger fibromyalgia? In *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology* (Vol. 36, Issue 11, pp. 1489–1492). Wiley Online Library.
- Gowans, S. E., & dehueck, A. (2004). Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia. *Current Opinion in Rheumatology*, 16(2), 138–142.
- Grande, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K., & Herrmann-Lingen, C. (2010). The type-D scale (DS14)–Norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 935–939.
- Greenberg, D. B., Dimsdale, J., & Solomon, D. (2013). Somatization: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, medical evaluation, and diagnosis. *Up to Date (Internet)*. Dostupno Na: <https://www.uptodate.com/contents/Somatization-Epidemiology-Pathogenesis-Clinicalfeatures-Medical-Evaluation-and-Diagnosis> (Pristupljeno 12.5. 2017.).
- Güleç, H., Sayar, K., & Güleç, M. Y. (2007). Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(1), 16–24.
- Gür, A. (2008a). Etiopathogenesis in fibromyalgia. *Turk J Phys Med Rehab*, 54(Suppl 1), 4–11.
- Gür, A. (2008b). Fibromiyalji de Etiyopatogenez. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 54(2).
- Gür, A. (2008c). Fibromiyalji de Etiyopatogenez. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 54(2).
- Gur, A., Cevik, R., Sarac, A. J., Colpan, L., & Em, S. (2004). Hypothalamic-pituitary-gonadal axis and cortisol in young women with primary fibromyalgia: the potential roles of depression, fatigue, and sleep disturbance in the occurrence of hypocortisolism. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63(11), 1504–1506.
- Hakala, M., Karlsson, H., Ruotsalainen, U., Koponen, S., Bergman, J., Stenman, H., Kelavuori, J.-P., Aalto, S., Kurki, T., & Niemi, P. (2002). Severe somatization in women is associated with altered cerebral glucose metabolism. *Psychological Medicine*, 32(8), 1379–1385.
- Harris, R. E., & Clauw, D. J. (2008a). Newer treatments for fibromyalgia syndrome. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(6), 1331.

- Harris, R. E., & Clauw, D. J. (2008b). Newer treatments for fibromyalgia syndrome. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(6), 1331.
- Harris, R. E., & Clauw, D. J. (2008c). Newer treatments for fibromyalgia syndrome. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(6), 1331.
- Harris, R. E., & Clauw, D. J. (2008d). Newer treatments for fibromyalgia syndrome. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(6), 1331–1342.
- Hasin, D., & Katz, H. (2007). Somatoform and substance use disorders. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 870–875.
- Häuser, W., Bialas, P., Welsch, K., & Wolfe, F. (2015a). Construct validity and clinical utility of current research criteria of DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 546–552.
- Häuser, W., Bialas, P., Welsch, K., & Wolfe, F. (2015b). Construct validity and clinical utility of current research criteria of DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 546–552.
- Häuser, W., Burgmer, M., Koellner, V., Schaefer, R., Eich, W., Hausteiner-Wiehle, C., & Henningsen, P. (2013). Fibromyalgia syndrome as a psychosomatic disorder-diagnosis and therapy according to current evidence-based guidelines. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 59(2), 132–152.
- Häuser, W., Hausteiner-Wiehle, C., Henningsen, P., Brähler, E., Schmalbach, B., & Wolfe, F. (2020). Prevalence and overlap of somatic symptom disorder, bodily distress syndrome and fibromyalgia syndrome in the German general population: A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 110111.
- Häuser, W., Sarzi-Puttini, P., & Fitzcharles, M.-A. (2019). Fibromyalgia syndrome: under-, over-and misdiagnosis. *Clin Exp Rheumatol*, 37(Suppl 116), 90–97.
- Häuser, W., Zimmer, C., Felde, E., & Köllner, V. (2008). What are the key symptoms of fibromyalgia? Results of a survey of the German Fibromyalgia Association. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 22(2), 176–183.
- Heim, C., Ehlert, U., & Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25(1), 1–35.
- Hennings, A., Zill, P., & Rief, W. (2009). Serotonin transporter gene promoter polymorphism and somatoform symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 19301.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946–955.
- Henriksson, C., Gundmark, I., Bengtsson, A., & Ek, A.-C. (1992). Living with fibromyalgia. Consequences for everyday life. *The Clinical Journal of Pain*, 8(2), 138–144.

- Hirakawa, H., Terao, T., & Ishii, N. (2020). A Case of Facial Pain in Somatic Symptom Disorder Responding to Duloxetine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 40(5), 512–513.
- Huang, W.-L., Chen, T.-T., Chen, I.-M., Ma, H.-M., Lee, M.-T., Liao, S.-C., & Gau, S.-F. (2016). Depression and anxiety among patients with somatoform disorders, panic disorder, and other depressive/anxiety disorders in Taiwan. *Psychiatry Research*, 241, 165–171.
- Hüsing, P., Löwe, B., & Toussaint, A. (2018). Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 74–80.
- Jahan, F., Nanji, K., Qidwai, W., & Qasim, R. (2012). Fibromyalgia syndrome: an overview of pathophysiology, diagnosis and management. *Oman Medical Journal*, 27(3), 192.
- Jiang, Y., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Cao, J., Zhang, L., Zhang, Y., Chen, H., & Wu, H. (2021). Assessment of the structured clinical interview (SCID) for DSM-5 for somatic symptom disorder in general hospital outpatient clinics in China. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–8.
- Jones, K. D., Adams, D., Winters-Stone, K., & Burckhardt, C. S. (2006). A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988–2005). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 1–6.
- Kabadayi Şahin, E. (2017). *Bedensel belirti bozukluğu ve oksidatif stres*.
- Kaltsas, G., & Tsiveriotis, K. (2015). *Fibromyalgia*.
- Kaplan HI, & Sadock BJ. (1980). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Nemiah JC, Ed.).
- Kaplan HI, & Sadock BJ. (1985). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Nemiah JC, Ed.).
- Kato, K., Sullivan, P. F., Evengård, B., & Pedersen, N. L. (2006). Importance of genetic influences on chronic widespread pain. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 54(5), 1682–1686.
- Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9_Part_2), 917–925.
- Katz, J., Rosenbloom, B. N., & Fashler, S. (2015). Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), 160–167.
- Katz, R. S., Heard, A. R., Mills, M., & Leavitt, F. (2004). The prevalence and clinical impact of reported cognitive difficulties (fibrofog) in patients with rheumatic disease with and without fibromyalgia. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 10(2), 53–58.

- Kaya, E., Erden, D., Kayar, A. H., & Kıralp, M. Z. (2010). Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 56(3), 105–110.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization. *Jama*, 258(19), 2718–2722.
- Kellner, R., Hernandez, J., & Pathak, D. (1992). Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 160(4), 525–532.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 1, 14–19.
- KESKİNİ, A., ÜNLÜOĞLU, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4).
- Kia, S., & Choy, E. (2017a). Update on treatment guideline in fibromyalgia syndrome with focus on pharmacology. *Biomedicines*, 5(2), 20.
- Kia, S., & Choy, E. (2017b). Update on treatment guideline in fibromyalgia syndrome with focus on pharmacology. *Biomedicines*, 5(2), 20.
- Kia, S., & Choy, E. (2017c). Update on treatment guideline in fibromyalgia syndrome with focus on pharmacology. *Biomedicines*, 5(2), 20.
- Kidd, B. L., & Urban, L. A. (2001). Mechanisms of inflammatory pain. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 3–11.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430.
- Kılıçarslan, A., Yurdakul, F. G., & Bodur, H. (2018). Diagnosing fibromyalgia in rheumatoid arthritis: The importance of assessing disease activity. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64(2), 133.
- Kırkpınar İ. (2013). Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar: Uygulamaya Yansıyan Anlam Karmaşası. *Psikiyatride Güncel*, 3(1), 1–16.
- Kırpınar, İ. (2019). Somatizasyon ve bedensel belirti bozuklukları. In *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi* (Vol. 1).
- Klaus, K., Fischer, S., Doerr, J. M., Nater, U. M., & Mewes, R. (2017). Classifying fibromyalgia syndrome as a mental disorder?—an ambulatory assessment study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 230–238.
- Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H., & Mewes, R. (2013). The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the context of somatoform disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 161–171.

- Kleinstaeuber, M., Witthoeft, M., Steffanowski, A., van Marwijk, H., Hiller, W., & Lambert, M. J. (2014). Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.
- Klengel, T., Heck, A., Pfister, H., Brückl, T., Hennings, J. M., Menke, A., Czamara, D., Müller-Myhsok, B., & Ising, M. (2011). Somatization in major depression-clinical features and genetic associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(4), 317–328.
- Koca, T. (2015). Fibromiyaljide kognitif disfonksiyon. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(1), 105–118.
- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 460–468.
- Kool, M. B., Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Schenk, Y., Jacobs, J. W. G., Bijlsma, J. W. J., & Geenen, R. (2010). Lack of understanding in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: the Illness Invalidation Inventory (3* I). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(11), 1990–1995.
- Köroğlu E. (2013). *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (Vol. 5).
- Köroğlu, E. (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği, ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı. *Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR)*, Hekimler Yayın Birliği, 4, 419–447.
- KÖSEHASANOĞULLARI, M., & YILMAZ, N. (2018). Fibromiyalji sendromu ve nöropatik ağrı. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 26–31.
- Kroenke, K. (2007a). Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 593–619.
- Kroenke, K. (2007b). Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 593–619.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359.
- Kubera, M., Lin, A.-H., Kenis, G., Bosmans, E., van Bockstaele, D., & Maes, M. (2001). Anti-inflammatory effects of antidepressants through suppression of the interferon- γ /interleukin-10 production ratio. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(2), 199–206.
- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016a). Somatic symptom disorder. *American Family Physician*, 93(1), 49–54.
- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016b). Somatic symptom disorder. *American Family Physician*, 93(1), 49–54.

- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016c). Somatic symptom disorder. *American Family Physician*, 93(1), 49–54.
- Ladipo, M. M., Obimakinde, A. M., & Irabor, A. E. (2015). Familial and socio-economic correlates of somatisation disorder. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 7(1), 1–8.
- Lee, S., Creed, F. H., Ma, Y.-L., & Leung, C. M. C. (2015). Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 71–76.
- Levenson, J. L., & Sharpe, M. (2016). The classification of conversion disorder (functional neurologic symptom disorder) in ICD and DSM. *Handbook of Clinical Neurology*, 139, 189–192.
- Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(6), 609.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
- Lipowski, Z. J. (1988a). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- Lipowski, Z. J. (1988b). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- Lorente, G. D., Stefani, L. F. B. De, & Martins, M. R. I. (2014). Kinesiophobia, adherence to treatment, pain and quality of life in fibromyalgia syndrome patients. *Revista Dor*, 15, 121–125.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., & Branco, J. (2017a). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., & Branco, J. (2017b). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., & Branco, J. (2017c). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., & Branco, J. (2017d). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328.
- Mai, F. (2004). Somatization disorder: a practical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 652–662.

- Malemud, C. J. (2009). Focus on pain mechanisms and pharmacotherapy in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Clin Exp Rheumatol*, 27(Suppl 56), S86-91.
- Maroti, D., Ek, J., Widlund, R.-M., Schubiner, H., Lumley, M. A., Lilliengren, P., Bileviciute-Ljungar, I., Ljótsson, B., & Johansson, R. (2021). Internet-administered emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder with centralized symptoms: A preliminary efficacy trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 620359.
- Marques, A. P., Santo, A. de S. do E., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57, 356–363.
- Mayou, R. (2014). Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 204(6), 418–419.
- Mian MD, R. H., & Grossman Ph D, L. S. (1998). The somatization of depression in native Pakistani women. *Jefferson Journal of Psychiatry*, 14(1), 4.
- Mickle, A. D., Shepherd, A. J., & Mohapatra, D. P. (2015). Sensory TRP channels: the key transducers of nociception and pain. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 131, 73–118.
- Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R., & Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with “fibrositis syndrome” and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 341–351.
- Morabito, G., Barbi, E., & Cozzi, G. (2020). The unaware physician’s role in perpetuating somatic symptom disorder. *JAMA Pediatrics*, 174(1), 9–10.
- Munford, P., & Liberman, R. (1982). Behaviour therapy of hysterical disorders. *Hysteria*. New York: John Wiley, 287–303.
- Nakao, M., & Yano, E. (2003). Reporting of somatic symptoms as a screening marker for detecting major depression in a population of Japanese white-collar workers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(10), 1021–1026.
- North, C. S. (2015). The classification of hysteria and related disorders: historical and phenomenological considerations. *Behavioral Sciences*, 5(4), 496–517.
- Norton, G. R., Norton, P. J., Asmundson, G. J. G., Thompson, L. A., & Larsen, D. K. (1999). Neurotic butterflies in my stomach: the role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(3), 233–240.
- Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk Mu, Yoksa Birliktelik Mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 34–44.

- Özen, E. M., Serhadlı, Z., Türkcan, A. S., & Ülker, G. E. (2010). Somatization in depression and anxiety disorders. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23(1), 60.
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G. (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(Suppl 2), 131–136.
- Öztürk O, & Uluşahin A. (2016a). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (Vol. 14).
- Öztürk O, & Uluşahin A. (2016b). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(1), 13–17.
- Park, D. C., Glass, J. M., Minear, M., & Crofford, L. J. (2001). Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 44(9), 2125–2133.
- Pazvantoğlu, O., Okay, T., Dilbaz, N., Şengül, C., & Bayam, G. (2004). Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7(3), 153–160.
- Petersel, D. L., Dror, V., & Cheung, R. (2011). Central amplification and fibromyalgia: disorder of pain processing. *Journal of Neuroscience Research*, 89(1), 29–34.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 1–6.
- Ramanathan, S., Panksepp, J., & Johnson, B. (2012). Is fibromyalgia an endocrine/endorphin deficit disorder? Is low dose naltrexone a new treatment option? *Psychosomatics*, 53(6), 591–594.
- Rief, W., & Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 996–1002.
- Rief, W., Hennings, A., Riemer, S., & Euteneuer, F. (2010). Psychobiological differences between depression and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 495–502.
- Rutledge, D. N., Mouttapa, M., & Wood, P. B. (2009). Symptom clusters in fibromyalgia: potential utility in patient assessment and treatment evaluation. *Nursing Research*, 58(5), 359–367.
- Sadock, B. J. (2015a). *Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015). Wolters Kluwer Philadelphia, PA.

- Sadock, B. J. (2015b). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015). Wolters Kluwer Philadelphia, PA.
- Şafak, Y., & Türkçapar, H. (2013). Somatoform bozukluklarda bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel*, 3, 84–94.
- Sarıkavak T. (2017). DSM-5 Bedensel Belirti Ölçeği ile Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeklerinin Türkçe Formlarının geçerlilik ve güvenilirlikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 63–67.
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*, 16(11), 645–660.
- Sayar, K., & Ak, I. (2001). The predictors of somatization: A review. *Bull Clin Psychophar*, 11, 266–271.
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441–448.
- Schwarz, M. J., Späth, M., Müller-Bardorff, H., Pongratz, D. E., Bondy, B., & Ackenheil, M. (1999). Relationship of substance P, 5-hydroxyindole acetic acid and tryptophan in serum of fibromyalgia patients. *Neuroscience Letters*, 259(3), 196–198.
- Sharpe, M., Mayou, R., Seacroatt, V., Surawy, C., Warwick, H., Bulstrode, C., Dawber, R., & Lane, D. (1994). Why do doctors find some patients difficult to help? *QJM: An International Journal of Medicine*, 87(3), 187–193.
- Sheehan, D. V., Nakagome, K., Asami, Y., Pappadopulos, E. A., & Boucher, M. (2017). Restoring function in major depressive disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 215, 299–313.
- Simon, G. E., & VonKorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *The American Journal of Psychiatry*.
- Sindel, D., Saral, İ., & Esmaeilzadeh, S. (2012). Fibromiyalji Sendromunda Uygulanan Tedavi Yöntemleri. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*.
- Siracusa, R., Paola, R. Di, Cuzzocrea, S., & Impellizzeri, D. (2021). Fibromyalgia: pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8), 3891.
- Smith, J. K., & Józefowicz, R. F. (2012). Diagnosis and treatment of somatoform disorders. *Neurology: Clinical Practice*, 2(2), 94–102.
- Smith, T., & Nicholson, R. A. (2007). Review of duloxetine in the management of diabetic peripheral neuropathic pain. *Vascular Health and Risk Management*, 3(6), 833–844.

- Spaeth, M. (2008). Is pregabalin a safe and effective treatment for patients with fibromyalgia? *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 4(10), 514–515.
- Stahl, S. M. (2002). *The psychopharmacology of painful physical symptoms in depression*.
- Starcevic, V., Kellner, R., Uhlenhuth, E. H., & Pathak, D. (1992). Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Affective Disorders*, 24(2), 73–85.
- Taycan, O., Sar, V., Celik, C., & Erdogan-Taycan, S. (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1837–1846.
- Tekintaş, N. S., Yanartaş, Ö., Durmuş, F. B., & Sayar, K. (2022). Functional Somatic Symptoms and Their Predictors in Patients with Major Depressive Disorder and Fibromyalgia Syndrome. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 59(4), 274–280.
- Terre, L., Poston, W. S. C., Foreyt, J., & St. Jeor, S. T. (2003). Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(5), 261–267.
- Ünal S. (1999). Somatoform Bozukluklar; Nozoloji ve Tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1, 1–6.
- Van Dessel, N., Den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstaeuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., & Van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.
- van Middendorp, H., Kool, M. B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R. (2016a). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66–72.
- van Middendorp, H., Kool, M. B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R. (2016b). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66–72.
- van Middendorp, H., Kool, M. B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R. (2016c). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66–72.
- van Middendorp, H., Kool, M. B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R. (2016d). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66–72.
- van Middendorp, H., Kool, M. B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R. (2016e). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66–72.

- van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W. G., Bijlsma, J. W. J., & Geenen, R. (2010). The effects of anger and sadness on clinical pain reports and experimentally-induced pain thresholds in women with and without fibromyalgia. *Arthritis Care & Research*, 62(10), 1370–1376.
- Vilalta-Abella, F., Gutiérrez, J., & Joana, P. S. (2016). Development of a virtual environment based on the perceived characteristics of pain in patients with fibromyalgia. *Stud Health Technol Inform*, 219, 158.
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 200–209.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989a). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989b). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234.
- White, K., Speechley, M., Harth, M., & Østbye, T. (2000). Co-existence of chronic fatigue syndrome with fibromyalgia syndrome in the general population: a controlled study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29(1), 44–51.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600–610.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319–329.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 38(1), 19–28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990a). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 33(2), 160–172.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990b). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis &*

Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 33(2), 160–172.

- Wu, Y., Tao, Z., Qiao, Y., Chai, Y., Liu, Q., Lu, Q., Zhou, H., Li, S., Mao, J., & Jiang, M. (2022). Prevalence and characteristics of somatic symptom disorder in the elderly in a community-based population: a large-scale cross-sectional study in China. *BMC Psychiatry*, 22(1), 257.
- Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339–356.
- Yunus, M. B. (2008a). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 339–352.
- Yunus, M. B. (2008b). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 339–352.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

9.EKLER

Etik kurul (Ek 1)

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 149	Toplantı Tarihi: 04 Mart 2022
-----------------------------	--------------------------------------

Karar Sayısı: 2022/3682:(8585)N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazmiye KAYA'nın "**Fizik Tedavi Polikliniğine Başvuran Fibromiyalji Tanılı Hastalarda Bedensel Belirti Bozukluğu Sıklığı ve D-Tipi Kişilik Özelliği İle Birlikteliği**" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 24.02.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Dr. Tuğba YALVAÇ'ın uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazmiye KAYA'nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Nazmiye KAYA

Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Tuğba YALVAÇ, Prof. Dr. Hatice UĞURLU, Arş. Gör. Dr. Salih KARVANLI

ASLI GİBİDİR
04.03.2022



Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Etik kurul (Ek 1)

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 172

Toplantı Tarihi: 17 Mart 2023

Karar Sayısı: 2023/4252: (13427) N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazmiye KAYA'nın "Fizik Tedavi Polikliniğine Başvuran Fibromiyalji Tanılı Hastalarda Bedensel Belirti Bozukluğu Sıklığı ve D-Tipi Kişilik Özelliği İle Birlikteliği" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 10.03.2023 tarihli yardımcı araştırmacı eklenmesi hakkında dilekçesi ve ekleri görüşüldü, çalışmaya Uzm. Dr. Ramazan YILMAZ'ın yardımcı araştırmacı olarak eklenmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Nazmiye KAYA

Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Tuğba YALVAÇ, Prof. Dr. Hatice UĞURLU, Arş. Gör. Dr. Salih KARVANLI, Uzm. Dr. Ramazan YILMAZ



Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Sosyodemografik Veri Formu (Ek 2)

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Form no:

Merkez :	Tarih:
Cinsiyeti: 1 Kadın 2 Erkek	Tlf:
Yaş:	
Medeni durum: 1 Bekâr 2 Evli 3 Dul/Boşanmış/Diğer	
Mesleği:	
1 öğrenci 2 ev hanımı 3 işçi 4 memur 5 emekli 6 işsiz 7 serbest.....	
Öğrenim düzeyi (En son bitirdiği okul):	
1 Okur yazar değil 2 okur yazar 3 ilkokul 4 ortaokul 5 lise 6 üniversite	
Yaşadığı Yer: 1 köy 2 ilçe 3 şehir/kent	
Sosyoekonomik durum: 1 kötü 2 orta 3 iyi	
Sosyal güvence: 1 yok 2 var	
Özgeçmiş fiziksel hastalık: 1 yok 2 var.....	
Özgeçmiş psikiyatrik hastalık: 1 yok 2 var.....	
Soygeçmiş psikiyatrik hastalık varlığı: 1 yok 2 var.....	
Sigara kullanımı: 1 yok 2 var	
Alkol kullanımı: 1 yok 2 var	
Madde kullanımı: 1 yok 2 var	
Fibromiyalji	
• tanısı ne zaman : • Önde gelen belirti: • Tedavi alıyor mu : • Tedavide aldığı ilaç: • Ne kadar zamandır tedavi alıyor : • Tedaviden fayda görmüş mü:	
Halen kullanmakta olduğu ilaçlar (mümkünse etken madde ismi):	
1.mg/gün	
2.mg/gün	
3.mg/gün	
Ailede benzer hastalık öyküsü: 1 yok 2 var.....	

Hasta Sağlık Anketi-15 (PHQ-15) (Ek 3)

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım **(1)** Biraz rahatsız oldum **(2)** Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (SSAS) (Ek 4)

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1).....Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

Doğru değil.....Tamamen doğru					
	1	2	3	4	5
1. Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir					
2. Duman, sis yada hava kirliliğine tahammül edemem					
3. Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim					
4. Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır					
5. Ani yüksek sesler beni rahatsız eder					
6. Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım					
7. Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem					
8. Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim					
9. Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder					
10. Ağrıya çok az tahammülüm vardır					

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) (Ek 5)

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ 0 Çoğu zaman ☐ 1 Zaman zaman, bazen
☐ 2 Birçok zaman ☐ 3 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ 0 Aynı eskisi kadar ☐ 1 Yalnızca biraz eskisi kadar
☐ 2 Pek eskisi kadar değil ☐ 3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ 0 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐ 1 Evet, ama çok da şiddetli değil
☐ 2 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor
☐ 3 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ 0 Her zaman olduğu kadar ☐ 1 Kesinlikle o kadar değil
☐ 2 Şimdi pek o kadar değil ☐ 3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ 0 Çoğu zaman ☐ 1 Zaman zaman, çok sık değil
☐ 2 Birçok zaman ☐ 3 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ 0 Hiçbir zaman ☐ 1 Bazen
☐ 2 Sık değil ☐ 3 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- ☐ 0 Kesinlikle ☐ 1 Sık değil
☐ 2 Genellikle ☐ 3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ 0 Hemen hemen her zaman ☐ 1 Bazen
☐ 2 Çok sık ☐ 3 Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi birtedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ 0 Hiçbir zaman ☐ 1 Oldukça sık
☐ 2 Bazen ☐ 3 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ 0 Kesinlikle
☐ 1 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
☐ 2 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
☐ 3 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ 0 Gerçekten de çok fazla ☐ 1 Çok fazla değil
☐ 2 Oldukça fazla ☐ 3 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ 0 Her zaman olduğu kadar
☐ 1 Her zamankinden biraz daha az
☐ 2 Her zamankinden kesinlikle daha az
☐ 3 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ 0 Gerçekten de çok sık ☐ 1 Çok sık değil
☐ 2 Oldukça sık ☐ 3 Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ 0 Sıklıkla ☐ 1 Pek sık değil
☐ 2 Bazen ☐ 3 Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.

0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırdan ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon Anksiyete

D Tipi Kişilik Ölçeği (Ek 6)

		Yanlış	Kısmen Yanlış	Kararsızım	Kısmen Doğru	Doğru
1	İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim.	0	1	2	3	4
2	Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım.	0	1	2	3	4
3	Yabancılarla sıklıkla konuşurum.	0	1	2	3	4
4	Sıklıkla kendimi mutsuz hissedirim.	0	1	2	3	4
5	Sıklıkla çabuk kızarım.	0	1	2	3	4
6	Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir.	0	1	2	3	4
7	Olaylara karamsar bakarım.	0	1	2	3	4
8	Konuşmayı başlatmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
9	Genelde ruh halim kötüdür.	0	1	2	3	4
10	İçine kapanık bir insanım.	0	1	2	3	4
11	İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim.	0	1	2	3	4
12	Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum.	0	1	2	3	4
13	Genelde çökkün bir ruh halim vardır.	0	1	2	3	4
14	Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam.	0	1	2	3	4

Bedensel Belirti Bozukluğu Şiddet Ölçeği (Ek 7)

Bedensel Belirti Bozukluğunun Şiddeti

Form no Yaş: Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın Tarih:

Talimatlar: Lütfen, birey hakkında elinizde olan bütün bilgilere dayanarak ve klinik muhakemenizi kullanarak, son yedi (7) gün içinde bireyin yaşadığı aşağıdaki semptomların varlığını ve ciddiyetini (☐) değerlendiriniz. Lütfen, bireyin yanlış nitelendirmelerinin, aşırı kaygılanmasının ve/veya somatik semptomları hakkında endişelenmesinin ciddiyetini 0-4 arasındaki bir ölçekte değerlendiriniz						
	0	1	2	3	4	Puan
1-Birey, kendisinin belirtilerinin tıbbi ciddiyeti hakkında orantısız ve kalıcı endişelere sahip mi veya gösteriyor mu?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Oldukça fazla ☐	Çok fazla ☐	
2-Bireyde sağlığı ile ilgili olarak yüksek seviyede anksiyete var mı veya gösteriyor mu?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Oldukça fazla ☐	Çok fazla ☐	
3-Birey, bu semptomlara veya sağlık ile ilgili endişelerine yönelik olarak aşırı miktarda zaman ve enerji harcıyor mu?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Oldukça fazla ☐	Çok fazla ☐	
					Toplam Ham Puan	
					Ortalama Toplam Puan:	