



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**FİBROMYALJİ VE SOMATOFORM BOZUKLUK
HASTALARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. FİGEN KON YAVUZ

DÜZCE-2012



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**FİBROMYALJİ VE SOMATOFORM BOZUKLUK
HASTALARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**DR. FİGEN YAVUZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

PROF.DR. AHMET ATAÖĞLU

DÜZCE-2012

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tezimin hazırlanması süresince değerli bilgi ve deneyimlerini aktararak katkıda bulunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU'na,

Bölümümüzün değerli hocaları Doç. Dr. Adnan ÖZÇETİN ve Yrd. Doç. Dr. Celalettin İÇMELİ'ye,

Rotasyonlarım sırasında birikimlerinden faydalandığım tüm hocalarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan ve hemşire arkadaşlarıma,

Bu araştırmaya katılan tüm gönüllülere,

Gösterdikleri sabır ve yardımlarından dolayı sevgili eşim ve çocuklarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bizim bu çalışmadaki amacımız Fibromyalji Sendromu (FMS) ve Somatoform Bozukluğu (Somatizasyon Bozukluğu (SB), Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk (FSB), Konversiyon Bozukluğu (KB), Hipokondriyazis (HP), Psikojenik Ağrı Bozukluğu (PAB) olan hastaların kişilik özelliklerini ve sosyodemografik özelliklerini karşılaştırmak ve fibromyaljinin bir somatoform bozukluk alt tipi olup olamayacağı sorusuna cevap aramaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya DSM-IV'e göre somatoform bozukluğu tanısı konulan (28 SB, 30 FSB, 30 KB, 20 HP, 18 PAB) 126 hasta ile fibromyalji tanısıyla takip edilen 30 hasta ve kontrol grubu olarak benzer sosyodemografik özelliklere sahip 30 birey alındı. Çalışmaya katılan bireylerin kişilik özellikleri Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE) ile değerlendirildi. Sosyodemografik bilgileri için de yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, ekonomik durum ve yaşadığı yer olmak üzere 7 parametre sorgulandı.

Bulgular: FMS'li grubun sosyodemografik özelliklerinin somatoform bozukluklarla benzer ($p>0,05$) düzeyde olduğunu bulduk. Tüm alt ölçekleriyle birlikte HKE değerlendirildiğinde kontrol grubunun uyumunun diğer çalışma gruplarına göre daha iyi olduğunu, Fibromyalji grubunun uyumunun ise Somatoform Bozukluklarla benzer şekilde olduğunu ($p>0,05$) gördük.

Sonuç: Psikosomatik bir hastalık olarak tanımlanan FMS'nin Somatoform Bozukluklar ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip olması, benzer klinik semptomların görülmesi, benzer şekilde tanı kriterleri arasında herhangi bir pozitif laboratuvar bulgusunun olmaması, kesinleşmemiş etyolojik hipotezlerinin benzer olması, komorbid psikiyatrik bozuklukların her iki hastalıkta da sık görülmesi, farklı çalışmalar üzerinden yapılan yorumlarla ve bizim çalışmamızda da desteklediğimiz benzer kişilik özelliklerine sahip olmaları sebebiyle FMS bir somatoform bozukluk alt tipi olabilir. Bu savımızı destekleyecek daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak olan yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: fibromyalji sendromu, somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, psikojenik ağrı bozukluğu, kişilik özellikleri.

SUMMARY

Aim: The purpose of this study is to compare the personality traits and demographic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome (FMS), somatoform disorders (somatization disorder (SD), undifferentiated somatoform disorder (USD), conversion disorder (CD), hypochondriasis (HP), psychogenic pain disorder (PPD) and to seek the answer the question of whether fibromyalgia is a sub-type of somatoform disorders.

Materials and Methods: 126 patients (28 SD, 30 USD, 30 CD, 20 HP, 18 PPD) who had been diagnosed with a somatoform disorder according to DSM-IV, 30 patients with a diagnosis of fibromyalgia, and 30 individuals with similar socio-demographic characteristics as a control group were included in this study. Personality characteristics of individuals participating in the study were evaluated by Hacettepe Personality Inventory (HKE). For sociodemographic information, 7 parameters including age, gender, marital status, education, occupation, economic status and place of residence were questioned.

Results: We found that patients with FMS had similar socio-demographic characteristics with patients with somatoform disorders ($p > 0.05$). When HKE -with all sub-scales- was evaluated, the compliance of the control group was found to be better than that of patient groups. On the other hand, we have seen that the compliance of fibromyalgia group was in alignment with that of the somatoform disorders group ($p > 0.05$).

Conclusions: FMS, which is described as a rheumatic disease, may be a sub-type of somataform disorders because it has several similar features with somatoform disorders such as socio-demographic properties, clinical symptoms, lack of any significant laboratory findings, unproved etiological hypotheses, frequent comorbidity with other psychiatric disorders, and similar personality traits as we support with the current study. Further studies in larger groups of patients are needed in order to confirm our hypothesis.

KEYWORDS: fibromyalgia syndrome, somatization disorder undifferentiated somatoform disorder, conversion disorder, hypochondriasis psychogenic pain disorder, somatoform disorders, personality trait.

İÇİNDEKİLER

Önsöz.....	i
Özet	ii
İngilizce Özet	iii
İçindekiler	iv
Simgeler Ve Kısaltmalar Dizini.....	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Somatizasyon.....	2
2.1.1.Somatizasyon Bozukluğu.....	5
2.1.2.Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk.....	17
2.1.3.Konversiyon Bozukluğu.....	18
2.1.4.Hipokondriyazis.....	30
2.1.5.Beden Dismorfik Bozukluk.....	36
2.1.6.Psikojenik Ağrı Bozukluğu.....	40
2.2.Fibromyalji Sendromu	45
2.3.Kişilik.....	58
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	62
3.1.Çalışma Grubunun Seçimi.....	62
3.2.Veri Toplama Aracı.....	62
3.3.Çalışmada Kullanılan Test.....	62
3.4.İstatistiksel Analiz Yöntemleri	69
4. BULGULAR.....	70
4.1.Sosyodemografik Özellikler.....	70
4.2.Hacettepe Kişilik Envanterinin Değerlendirilmesi.....	76
5. TARTIŞMA.....	86
6. SONUÇ.....	98
7. KAYNAKLAR.....	99
8. EKLER.....	113

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACTH:	Adrenokortikotropin Hormon
AE	: Antisosyal Eğilimler
Aİ	: Aile İlişkileri
BDB	: Beden Dismorfik Bozukluğu
CRH	: Cortikotropin Releasing Hormon
DK	: Duygusal Kararlılık
DST	: Deksametazon Supresyon Testi
FM	: Fibromyalji
FMS	: Fibromyalji Sendromu
FSB	: Farklılaşmamış Somatoform bozukluk
GU	: Genel Uyum
HG	: Hastalık grubu
HP	: Hipokondriyazis
HPA	: Hipotalamik Pitüiter Adrenal
KB	: Konversiyon Bozukluğu
KG	: Kendini Gerçekleştirme
KoG	: Kontrol Grubu
KU	: Kişisel Uyum
KYS	: Kronik Yorgunluk Sendromu
MAS	: Myofasyal Ağrı Sendromu
NE	: Nevrotik Eğilimler
PAB	: Psikojenik Ağrı Bozukluğu
PB	: Psikotik Belirtiler
RA	: Romatoid Artrit
SB	: Somatizasyon Bozukluğu
Sİ	: Sosyal İlişkiler
SN	: Sosyal Normlar
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitörü
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitörü
SU	: Sosyal Uyum

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Somatoform bozukluklar; ruhsal sıkıntılar nedeniyle bedenın işlevleri veya bedensel duyumların etkilendiği, bir ruhsal hastalık kategorisidir (1). Bu hastalık grubunda bedensel belirtilerden oluşan ruhsal bozukluklar yer almaktadır.

Bu hastalar genellikle bedensel belirtilerle dahiliye veya cerrahi kliniklerine başvururlar, yapılan tetkiklerde organik patoloji saptanamaz veya saptanan patoloji ile hastanın yakınmaları arasında uyumsuzluk vardır. Hastaların bedensel belirtileri psikiyatrik tedaviyle düzelir. Ruhsal sıkıntılarının bu şekilde bedensel belirtiler yoluyla kendini göstermesine bedenselleştirme veya somatizasyon denir.

Bedenselleştirme kişisel stresin mecazi ya da sembolik bir şekilde dile getirilmesidir. Somatizasyon veya bedenselleştirme sosyal destek sağlanmasında, yardım ihtiyacını dile getirmede ve ilişkileri yönlendirmede evrensel bir yoldur (2).

Somatizasyonun en yaygın ve kabul gören şekli ağrıdır.

Ağrı, belli bir bölgeden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilişkili, hoş olmayan emosyonel bir duyum olarak tanımlanır (3). Ağrı, birçok spesifik organik hastalığın göstergesi olabileceği gibi saf psişik kökenli bir semptom olarak da karşımıza çıkabilir. Bunun en iyi örneği somatoform bozukluklardır. Somatoform bozukluklara benzer şekilde ağrı algısında psişik faktörlerin ön plana çıktığı bir başka hastalık da fibromyalji sendromudur. FMS'nun en karakteristik özelliği yaygın kas ağrılarının olması, belli anatomik bölgelerde hassasiyetin olması ve altta yatan herhangi bir organik sebebin bulunamamasıdır. Bunlara ek olarak FMS'de yorgunluk, uyku bozukluğu, pareteziler, bilişsel bozukluklar, komorbid psikiyatrik bozukluklar gibi somatoform bozukluklara benzer semptomatolojilere sık rastlanır.

FMS ile somatoform bozuklukların benzer semptomatolojilere sahip olması, pozitif laboratuvar bulgularının olmaması, etyolojilerindeki belirsizlik ve semptomların psikolojik faktörler ile ilişkisinin olması bu iki hastalığa yatkınlık anlamında benzer kişilik özelliklerinin olabileceğini düşündürmektedir.

Bizim bu çalışmadaki amacımız fibromyalji ve somatoform bozukluğu olan hastalardaki kişilik özelliklerini araştırmak ve fibromyaljinin bir somatoform bozukluk alt tipi olup olamayacağı sorusuna cevap aramaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Somatizasyon

Somatizasyon, ruhsal sıkıntılarının veya kişisel stresin mecazi ya da sembolik bir şekilde bedensel belirtiler yoluyla dile getirilmesidir. Somatizasyon veya bedenselleştirme sosyal destek sağlanmasında, yardım ihtiyacını dile getirmede ve ilişkileri yönlendirmede evrensel bir yoldur. Kleinman'a göre bedenselleştirme, kişisel ve sosyal stresin bedensel belirtiler ve tıbbi yardım arama yoluyla dile getirilmesidir (2). Bedenselleştirme genellikle duygusal ve sosyal stresin bir belirtisidir, ama bazen yalnızca sosyal sorunlara da işaret ediyor olabilir (4).

Somatoform bozukluklar dışında depresyonun, bedenselleştirmenin en sık görülen nedeni olduğu öne sürülmektedir (4,5). Depresyon dışında anksiyete bozuklukları, yas reaksiyonu, histrionik ve sınır kişilik bozukluklarında, yapay bozukluklar ve temaruzda hatta şizofrenide de bedenselleştirme görülmektedir.

Pek çok yazar batı ülkelerinde geçmişte depresyonun bedenselleştirildiğini kabul etmektedir. 'Psikolojik zihinlilik' yani ruhsal sıkıntılarının uygun biçimde dile getirilmesi 20.yy da psikiyatrinin gelişimiyle ortaya çıkan bir fenomendir. Bu fenomen sonrasında depresyonun bedensel belirtiler dışındaki diğer belirtileri ön plana çıkmaya başlamıştır.

Kırsal kesimden gelen, eğitim düzeyi ve sosyokültürel düzeyi düşük kişilerde bedensel belirtilerin daha yaygın ve yoğun olduğu ve aynı zamanda bedensel yakınmaların da geldiği alt kültüre göre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu kişilerin bedensel tedavileri psikiyatrik tedavilere göre daha çok tercih ettikleri saptanmıştır (6). Bu teorinin yanı sıra bedenselleştirmenin bu faktörlerle ilişkili olmadığını, kişinin ruhsal rahatsızlıklara karşı tutumunun bedenselleştirmede önemli rol oynadığına dair yayınlar da bulunmaktadır (7).

Somatizasyon ve hastalık davranışının gelişme sürecinde kişilerarası ilişkilerin manipülasyonu, hastalık rolünün avantajları, mali kazanç, sözel olarak bloke edilmiş düşünce ve duyguların ifade edilmesi ve intrapsişik bazı savunma mekanizmaları da önemli motivasyon kaynaklarıdır (8).

Somatizasyonun gözlenen yaygınlığı klinik ortalama ve tıbbi uzmanlık alanına göre farklılık göstermekle birlikte, hasta başvurularının %5 ile %40'ı arasındadır. Epidemiyolojik Alan Taraması (Epidemiologic Catchment Area)

çalışmasında sadeleştirilmiş somatizasyon kriterleri (erkekler için 4, kadınlar için 6 somatik semptom) katılımcıların %12'si tarafından karşılanmıştır. Somatizasyon hiç şüphesiz, birinci basamaktaki pratisyen hekimler veya iç hastalıkları uzmanlarına başvuran klinik popülasyon arasında daha yaygındır. Bu hastalar hem poliklinik, hem de yatarak tedavi hizmetlerini daha çok kullanırlar (8).

Somatizasyon veya hipokondriak uğraşları olan hastaların tıbbi harcamaların beşte birinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (9). Bu kadar önemli bir halk sorunu olmasına rağmen somatizasyon üzerine yapılan araştırma sayısı oldukça azdır.

Somatizasyon denilince sıklıkla ilk akla gelen konu somatoform bozukluklardır. Somatoform bozukluklar, altta yatan organik bir temel veya gösterilebilir fiziksel bulgular olmayan ve etyolojisinde, alevlenmesinde veya sürdürülmesinde psikolojik faktörlerin önemli olduğuna inanılan fiziksel belirtilerle karakterize bozukluklardır.

Somatoform bozuklukların, Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM sınıflandırma sisteminde ayrı bir kategori olarak yer alması ilk kez DSM III ile birlikte olmuştur. DSM III'te yer alan tanıma göre somatoform bozukluklar içinde yer alan bozuklukların ortak özelliği, fiziksel bir hastalığı taklit eden bedensel belirtiler olmasına karşın bunları açıklayabilecek organik bir bozukluk ya da patofizyolojik bir mekanizma bulunmaması, hastalığın psikolojik faktör ya da çatışmalarla ilişkisini gösteren güçlü ipuçlarının varlığıdır. DSM IV oluşturulurken de büyük çaplı değişikliğe gidilmemiş ve ICD 10'da somatoform bozukluklara oldukça geniş yer ayrılmıştır (8).

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

DSM IV'e göre somatoform bozuklukların sınıflandırılması şöyledir:

1. Somatizasyon bozukluğu
2. Farklılaşmamış somatoform bozukluk
3. Konversiyon bozukluğu
4. Ağrı bozukluğu
5. Hipokondriyazis bozukluğu
6. Beden dismorfik bozukluğu
7. Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk (10).

ICD-10'da ise somatoform bozukluklar, 'hastaya belirtilerin fiziksel bir nedeni olmadığı açıklandığı halde, fiziksel belirtilerin ısrarlı tıbbi araştırma isteğiyle beraber yineleyici nitelikte sunulması' şeklinde tanımlanmıştır ve bu sınıflandırma içerisinde konversiyon bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğu tanıları yoktur, bunların yerine 'somatoform otonomik işlev bozukluğu' ve 'diğer somatoform bozukluklar' tanıları yer alır. ICD-10'da konversiyon, bir disosiyatif bozukluk gibi tanımlanır. Somatoform otonomik işlev bozukluğu semptomları ise DSM IV'deki anksiyete ve depresif bozukluklarla ilişkili semptomlarla benzerdir ve ICD-10'da beden dismorfik bozukluğu hipokondriyakal bozukluğun içinde yer alır (11).

ICD-10'a göre sınıflandırma şöyledir:

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

Somatoform bozukluğun çeşitli psikiyatri okullarında tanımlanmış olan alt grupları içerisinde en çok araştırmanın somatizasyon bozukluğu üzerinde yapılmış olduğu ve geçerliliğinin yüksek bulunduğu bildirilmektedir. Temel bileşen analizleri, izleme çalışmaları, aile araştırmaları ve nöropsikolojik bulgular geçerli bir sendrom olduğuna işaret etmektedir (8).

2.1.1.Somatizasyon bozukluğu

Somatizasyon bozukluğu, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda organik bir neden ile açıklanamayan birçok bedensel yakınmanın bulunduğu bir bozukluktur. Diğer somatoform bozukluklardan en önemli farkı çok sayıda sistemi ilgilendiren birçok bedensel yakınmanın bulunmasıdır.

SB, 30 yaşından önce başlar ve yıllar süren kronik bir seyir gösterir. Somatik yakınmalar hastada belirgin psikolojik zorlanma, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma yaratmaktadır. Bu hastalarda yakınmaları için açık tıbbi çare arama davranışı gözlenir. Psikiyatrist ile ilk görüşmesinde, hasta doktoru şaşkırtan özel yakınmalardan söz eder. Uzun ve karmaşık bir tıbbi öykünün belirsiz bir dille ve dramatik bir tarzda anlatımı belirgindir. Somatik yakınmaların yanında detaylı olarak anlatılan sosyal, evlilik ve işle ilgili şikayetler mevcuttur. Tıbbi hikaye tamamlanmaya başlayınca, tıbbi olarak açıklanamayan, fiziksel yakınmaların kronik nitelikli olduğu fark edilir (1).

2.1.1.1.Tarihçe

Somatizasyon bozukluğunun ilk olarak 4000 yıl kadar önce eski Mısır döneminden beri bilindiği tahmin edilmektedir. O zamanlar histeri (Yunanca'da hystera -uterus sözcüğünden köken almaktadır) olarak tanımlanan bu hastalığın uterusun fiziksel olarak yer değiştirmesinin sonucu olarak ortaya çıktığına inanılıyordu. Tedavi "dolaşan uterusun" uygun yerine getirilmesine yönelik olarak yapılıyordu. İkinci yüzyılda Galen bu hastalar için 'melancolica hipokondriaca' kavramını önermiştir. On sekizinci yüzyıl sonlarına dek bu hastalık için 'histeri, melankoli, hipokondriyazis' gibi isimler kullanılmış ve daha çok kadınları etkilediği düşünülmüştür.

On yedinci yüzyılda histerinin ruhsal ve bedensel belirtilerini ayrıntılı olarak tanımlayan Thomas Sydenham, belirtilerin oluşumunda psikolojik faktörlerin önemini vurgulamıştır. Freud histeri kavramına büyük bir dikkat ve önem göstermiş, histerinin detaylı incelenmesiyle psikoanalizin birçok ilkesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Paul Briquet 1859'daki bir yazısında şimdiki SB'nin temelini oluşturacak bir histeri formundan söz etmiştir. Briquet histeriyi açıklanabilir bir organik patoloji bulunmaksızın dramatik tıbbi yakınmalarla belirli bir sendrom olarak tanımlamıştır. Purtell ve arkadaşları ise 1951'de Briquet'nin kavramını yeniden ele almışlar ve eşlik

eden bir takım Briquet belirtilerini belirleyerek bu olguya nicel bir boyut eklemiştirlerdir. Bu çoklu açıklanamayan yakınmalar sendromunu 1962'de Perley ve Guze toparlayarak tanımlamıştır. Guze 1970'de daha net tanımlanan bir "Briquet's sendromu" önermiştir. Briquet sendromu esas olarak fiziksel ve psikiyatrik 59 belirtiyi içeren ve teşhis için bunlardan 25 tanesinin gerekli olduğu bir araştırma tanısıdır. Stabilesi ve gözlemciler arası güvenilirliği yüksek olan bu bozukluk, ilk kez 1980 yılında DSM-III sisteminde somatizasyon bozukluğu olarak adlandırılmıştır. Takiben çeşitli revizyonlar sonucu DSM IV de ve ICD 10 da son halini almıştır (12).

2.1.1.2.Epidemiyoloji

Somatizasyon bozukluğu'nun yaşam boyu prevalansı % 0,1-0,5 arasında değişmektedir (13). SB, kadınlarda daha sık görülmekte, bildirilen erkek /kadın oranları 1/ 5-20 arasında değişmektedir. Bu oranların bu kadar yüksek olmasını erkeklerde bu tanıyı koymama eğilimine bağlayan yazarlar vardır. Genel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %5-10'u somatizasyon bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır (1).

Türkiye'de 2008 - 2009 yılında yapılan epidemiyolojik bir çalışmada SB genel popülasyonda %0,3-2,9 arasında bulunmuş, bu oran kadınlarda %1-5 gibi yüksek değerlere ulaştığı görülmüştür. Erkek /kadın oranı ise 1/20 şeklinde bulunmuştur (14).

Hastalık genellikle 30-35 yaşları öncesinde başlamakta ve ilk belirtilerin görülmesi gençlik çağlarına kadar uzanmaktadır. Çoğu vakada semptomlar adölesan dönemde başlar ve tanı kriterleri 20 yaşında tamamlanmış olur (15).

Sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu toplumlarda, kırsal kesimde ve doğu ülkelerinde daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Somatizasyon bozukluğuna %85'e varabilen oranlarda diğer ruhsal bozukluklar da eşlik edebilmekte, bunların başında da depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. SB olan kişilerde antisosyal ve histriyonik kişiliklerin beklendiği gibi yüksek olmadığı, buna karşın çekingen, paranoid, self defeating ve obsesif – kompulsif kişilik bozukluklarının %20-25 oranlarında görülebildiği bildirilmektedir (16).

2.1.1.3.Etyoloji

Somatizasyon bozukluğunun etyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle beraber, psikososyal ve biyolojik etkenlerin bir bileşimi olduğu düşünülmektedir.

Psikososyal etkenler

Bu kurama göre somatizasyon, yadsıma, yer değiştirme ya da mantıksallaştırma ile birlikte bir savunma düzeneği olarak kişinin var olan duygusal sorunlarının yerini bedensel belirtilerin almasını ve kişinin tolere edilemeyen çatışmalar yerine bedensel duyuları ile uğraşmasını sağlar. Belirtiler sorumluluktan kaçmak, duyguları ifade etmek ya da duyguları veya bir inancı sembolize etmek amacıyla geliştirilmiş bir sosyal iletişim yoludur.

Psikanalitik bakış açısına göre somatik belirtiler, bastırılmış dürtüsel impulsların yedekleri olarak ortaya çıkmaktadır ve egonun bu dürtüsel güçlerle uzlaşmasının bir sonucu olarak oluşur (8).

Somatizasyonun yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olarak üç ana bileşeni vardır. Kişilerin bedenlerine ilişkin algıladıkları duyuların varlığı yaşantısal, bunların yorumlanması ve bir fiziksel hastalığa atfedilmesi bilişsel, tıbbi yardım arama çabası da davranışsal boyutları oluşturmaktadır. Birçok çalışmada bedensel duyuların algılanmasında öğrenmenin rolü olduğu belirtilmektedir.

Dikkati bedensel duyular üzerinde yoğunlaştırmanın öğrenilmesi, bunları tehlikeli belirtiler olarak algılama, sözel veya sözel olmayan şekilde bu duyuları ifade etme, bu iletişim yolunun psikolojik sıkıntı ve ihtiyaçları dile getirmede kullanılması öncelikle aile içinde başlar. Aile içinde duygu belirten sözcüklerin az kullanılması kişilerin emosyonel sorunlarını beden diliyle dile getirmesine neden olabilmektedir. Bu durum terapide duygu belirten sözcüklerin kullanılması desteklenerek düzeltilebilmektedir (17,18). Aile aynı zamanda hem kişilerarası iletişimde önemli olan yolları belirler hem de ait olunan kültür ve sosyal sınıfın hastalıkla ilgili inançlarını yansıtır. Örneğin stres dönemlerinde beden dilinin kullanılması gibi. Araştırmalar göstermiştir ki çocukluk çağında ailenin diğer bireylerinde fiziksel hastalıklar ve ağrılarla karşılaşan çocuklarda erişkin yaşlarda bedenselleştirme riski artmaktadır (19). Bu süreçte identifikasyon ve modelleme önemli görünmektedir. Hasta olan veya bedensel belirtilerden yakınması olan kişilere ilgide artma, bazı sorumluluklardan veya çatışmalardan uzak tutma şeklinde ödül

verildiğini öğrenen çocuk, yaşamının ileriki yıllarında bedenselleştirmeyi bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabilir (20).

Bedensel duyularını abartılı ya da yanlış algılamada öğrenmenin yanı sıra kişilik özellikleri ve kişinin o anki duygudurumu da çok önemlidir. Psikiyatrik hastalık saptanmayan popülasyonda, nörotik kişilik özelliklerinin bedensel belirti sayısını doğrudan etkilediği saptanmıştır (21). İçeride dönük, başarısızlıkları ve eksiklikleriyle uğraşan, kendilerini ve başkalarının olumsuz özellikleri üzerinde duran kişiler olarak tanımlanan negatif affektivitenin yüksek olduğu bireyler, bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlıdır ve nonspesifik bedensel belirtileri hissetme eşikleri düşüktür. Bu konuda doktora daha çok başvururlar ve bedensel duyularını hakkındaki endişe düzeyleri yüksektir (22). SB olan hastaların MMPI profillerinin incelendiği bir çalışmada bu hastaların duygularını ifade etmede güçlük çektikleri ve içsel çatışmalar sonucu bedensel semptomlar çıkardıkları saptanmıştır (18). Bu tür profile sahip hastaların immatür, bağımlı, egosantrik kişilik özelliklerine sahip oldukları ve yetersizlik duygularını bastırdıkları belirtilmektedir.

Duygudurumu çökkün ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu durumlarda bedensel yakınmaların arttığı saptanmıştır (23). Bunun nedeni bu durumlarda bedensel duyuların daha olumsuz yorumlanması olabilir. Kişi kendini iyi hissediyorsa bu bedensel duyuların üstünde durmamaktadır.

Kirmayer'e göre (24) bedenselleştirme dünyanın her yerinde yaygın bir fenomendir ama kültürel nedenlerle duygusal sıkıntıların ifadesinde psikolojik terimlerin kullanılmadığı toplumlarda daha sık görülmektedir. Bu daha çok batılı olmayan ülkeler için geçerlidir. Kirmayer'e göre batılı ülkelerde bedenselleştirmeye daha çok düşük sosyoekonomik düzeyde rastlanmaktadır. Bedenselleştirmenin yönü ve görülen bedensel belirtiler de sosyokültürel yaşantıyla belirlenmektedir (25).

Biyolojik etkenler

a) Otonom aktivite: Duygusal sıkıntılar sıklıkla bedensel duyuların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gerçekten de kaygı, sempatik sinir sistemini aktive eder ve taşikardi, terleme ve titreme gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Yapılan araştırmalarda duygu ve düşüncelerin bastırılmasının psikolojik bir yük oluşturduğu ve otonom sinir sisteminde aktiviteyi artırdığı buna bağlı olarak da bedensel belirtilerin ortaya çıktığı görülmüştür (26).

b) Kas gerginliği: Kas gerginliğinde artma vücutun bazı bölgelerinde ağrı ve sızılara neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada vücutun çeşitli bölgelerinden yapılan EMG kayıtlarında hastanın bildirdiği bedensel belirtilerle bu bölgelerdeki kas gerginliğinde artma arasında ilişki bulunmuştur. Kas gerginliği hem yorgunlukta hem de bölgesel ağrılarda belirtilere etken olabilir (27).

c) Hiperventilasyon: Hiperventilasyon pek çok hastalığı andıran tablolar oluşturabilme kapasitesi nedeniyle sifilise benzetilir. Hiperventilasyona bağlı belirtiler nedeniyle hastalar çok farklı kliniklere başvurabilirler. Bu hastalar genellikle kardiyooloji, göğüs hastalıkları, gastroenteroloji ve nöroloji kliniklerine giderler. Hava açlığı olarak tanımlanabilen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve sayısız nonspesifik belirti hiperventilasyona bağlı gelişebilir. Bunlar genellikle hipokapni nedeniyle ortaya çıkan kan akımı azalması, alkalozaya bağlı gelişen sinirsel irritabilite veya anormal göğüs duvarı hareketlerine bağlı gelişen mekanik faktörler nedeniyle ortaya çıkar (28). Kronik hiperventilasyon sonucu multipl ve değişik somatik belirtiler ortaya çıkabilir.

d) Damarsal değişiklikler: Damar sistemi dinamik ve reaktif bir sistemdir. Bedensel duyuların olası kaynağıdır. Hiperventilasyon ve sempatik sinir sisteminin uyarılması gibi nedenlerle kan akımında değişiklikler oluşur. Kan akımındaki değişiklikler sonucu bedensel duyularda ortaya çıkar. Örneğin kan akımındaki artış rahatsızlık hissine, kan akımındaki azalma ağrı ve uyuşukluklara neden olabilir (29).

e) Uyku: Uykusuzluk sonucu halsizlik, ağrılar ve ısı regülasyonunda subjektif bozukluklar görülebilir.

f) İnaktivite: Amerikan uzay programının bir parçası olarak sağlıklı genç erkekler üzerinde yapılan çalışmada yatak istirahatinin kaslarda erime, egzersizde ortaya çıkan kardiyovasküler yanıtta değişiklik ve bunun sonucu harekete karşı tahammülsüzlüğe yol açtığı saptanmıştır. Postural kan basıncı kontrolündeki değişikliğe bağlı olarak ayakta dururken yorgunluk hissi ve ısı regülasyonunda bozulma inaktiviteye bağlı gelişen diğer değişikliklerdir. Bu değişikliklerin ortaya çıkması için bir hafta boyu sandalyede oturmak yeterli olabilmektedir (29).

g) Beyinde veri değerlendirmesi ve uyarılmış potansiyeller: Kişinin bedensel duyulara dikkatini psikolojik etkenlerin yanı sıra fizyolojik etkenler de etkiliyor olabilir. Horvath' a göre kronik ve çok sayıda belirti gösteren hastalarda önemsiz

afferent uyarıların filtre edilmesinde bir sorun vardır (30). Bu hipotezi Gordon ve arkadaşları incelemiş ve somatizasyon bozukluğu olan 15 hastayı normal kontroller ve anksiyöz bireylerle karşılaştırmıştır (31). Beynin afferent uyarılara verdiği yanıt olan uyarılmış potansiyeller kullanılarak bu bireylerin önemli ve görece önemsiz işitsel uyarılara verdiği yanıtlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda SB olan bireylerin göz ardı etmeleri gereken arka plan gürültülerine diğer gruplara oranla daha çok yanıt verdikleri saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları bedenselleştirmede görülen pek çok belirtinin farklı şiddetteki uyarıların değerlendirilmesindeki bir bozukluktan kaynaklanabileceğini göstermektedir. Yani bu hastalar dikkat etmeleri gereken anlamlı uyarıların yanı sıra diğer bireylerin anlamsız ve önemsiz olarak değerlendirdikleri uyarılara da gereğinden fazla dikkat etmektedirler.

h) Sitokinler: Nörolojik bilimlerin ilerlemesiyle yeni ortaya konan alanlardan biridir. Sitokinler, immün sistemin santral sinir sistemiyle ve kendi içindeki iletişimini sağlayan moleküllerdir. İnterlökinler, tümör nekrozis faktör ve interferonlar sitokinlere örnek olarak verilebilir. Bu konuda yapılan ön çalışmalar göstermiştir ki bu moleküller, hastalıklarda özellikle enfeksiyonlarda görülen iştahsızlık, yorgunluk, depresyon, hipersomni gibi bazı nonspesifik belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Şu anda bu hipotezi destekleyen veriler elde edilememişse de sitokin sistemindeki bozuklukların somatoform bozukluklarda görülen bazı belirtilerden sorumlu olabileceği düşünülmektedir (1).

ı) Endokrin sistemi: HPA (hipotalamik-pituiter-adrenal) eksenin stresle aktive olduğu ve ağrı algısını da etkilediği bilinmektedir ki; stres ve ağrı algısı da somatoform bozukluklarla ilişkilendirilmektedir.

HPA hormonları içinde en çok incelenen hormon kortizoldür. Bir çalışmada açıklanamayan bedensel belirtileri olan sıkıntılı insanların hipokortizolizme yatkınlığı gösterilmiştir (32). Bir başka çalışma da ise, sıkıntı sırasında normal/artmış serbest kortizol saptamıştır (33). HPA eksenindeki bu farklılaşma, stres etkeninin kısa-uzun süreli olması ile bağdaştırılmıştır (34). Akut stres sırasında hipoaljezi, kronik stres döneminde ise hiperaljezi şeklinde ağrı algısındaki değişiklikler olabileceği savunulmuştur (35). Bir başka çalışma da ise somatoform bozukluklar da kortizol düzeyi normal, fakat sensitivitesinde artma saptamıştır (36).

Sonuç olarak, somatizasyon bozukluğunun etyolojisinde HPA ekseninin rol oynadığı kesindir, fakat rolün tek başına değil başka etkenlerle de çok yönlü bir ilişkide olduğu düşünülmektedir.

i) Monoamin asitler, nörotransmitterler: Serotonin, başta olmak üzere nörotransmitterlerinde ağrı algısında eşik seviyesini değiştirdikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda serotoninin azalması ve ona antagonist olarak artan substans P'nin artması ağrı eşiğini düşürmektedir.

Ayrıca somatizasyon bozukluğundaki somatik belirtilerin yalnızca merkezi sinir sistemi (MSS) ile değil, kaslardaki enerji metabolizması gibi periferik etkilerle de tetiklenebileceği öne sürülmüş, bu amaçla kaslardaki enerji mekanizmasında önemli rolleri olan dallı zincirli aminoasit konsantrasyonlarının araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Gerçekten de bu çalışmada somatizasyon bozukluğunda, depresyon ve kontrol gruplarına nazaran dallı zincirli aminoasit konsantrasyonlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (37,38).

j) Genetik: Genetik veriler en azından bazı ailelerde SB'nun genetik geçiş özelliği gösterebileceğini düşündürmektedir. Kadın somatizasyon hastalarının birinci derece kadın akrabalarının %10-20'sinde SB görülürken, erkek akrabalarında ise antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanımı açısından risk artışı görülmektedir. Evlat edinme çalışmaları hem genetik hem de çevresel faktörlerin önemine işaret etmektedir. Bazı araştırmalar ise SB'nun sosyopati, alkolizm ve madde bağımlılığıyla birlikte görülme eğilimine dikkati çekmektedir (8).

2.1.1.4.Tanı

Somatizasyon bozukluğunun en önemli tanısal özelliği, sürekli bir tıbbi ilgi arayışına neden olan kronik ve tekrarlayıcı bedensel yakınmalardır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM IV-R kitabında somatizasyon bozukluğu teşhisi konulabilmesi için aşağıdaki özelliklerin olması gerekir:

A. Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fiziksel yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki teşhis ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır. Herhangi tek belirti-şikayet bu hastalığın gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

1-Dört ağrı semptomu: En az 4 ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması. (Örneğin; baş ağrısı, karın, sırt, eklemler, kollar-bacaklarda ağrılar, göğüste, makatta, adet döneminde, cinsel ilişki sırasında, idrar yaparken ağrı hissedilmesi.)

Önemli not: Bu ağrıları açıklayan bir tahlil-tetkik-muayene bulgusu olmamalıdır. Yani fiziksel-organik bir nedene bağlı olmamalıdır.

2-İki gastrointestinal (mide-bağırsak) semptom olmalı: (örneğin; bulantı, şişkinlik, gebelik dışında kusma, ishal ya da birçok yiyeceğin dokunuyor olması.)

3-Bir cinsel semptom: Ağrı dışında, örneğin cinsel ilgisizlik, erkekte peniste sertleşmenin olmaması, erken boşalma, ya da boşalamama; kadınlarda organik nedeni olmayan adet düzensizlikleri, aşırı kanama, gebelik boyunca hep kusmanın olması.

4-Bir psödonörolojik semptom: Ağrı ile sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom yada defisit öyküsünün bulunması (örneğin, koordinasyon ya da denge kusuru, güçsüzlük, halsizlik, felce benzer bir tablo olması. Belli bir organda güç yitimi, yutma güçlüğü, boğazda düğümlenme duygusu, ses kısılması, idrar tutukluğu, bazen olmayan şeyleri görme veya işitme, dokunma ya da ağrı duyusunun yitimi, çift görme, körlük, sağırılık, katımlar, unutmalar, bayılma dışında bilinç yitimi.)

C.Bütün bu belirti ve şikayetleri açıklayacak yeterli fiziksel-tıbbi durum olmamalıdır. Ayrıca kullanılan herhangi bir ilaç yan etkisine bağlı olmamalıdır. Kötüye kullanılan herhangi bir madde olmamalıdır.

D. Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomlar varmış gibi davranılmamaktadır (10).

2.1.1.5.Klinik özellikler

Bu hastalık genelde 30 yaşından önce başlayan süreğen bir hastalıktır, sık tekrarlayan, en çok ağrı ile karakterize olan bedensel belirtiler görülür. Genelde bu ağrıları açıklayacak bedensel bir hastalık bulunamaz. Ağrıdan sonra, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, kollar ve bacaklarda ağrılar, nefes darlığı, amnezi, gebelik ve menstruasyon ile ilgili komplikasyonlar en sık görülen diğer belirtilerdir.

Hastaların tıbbi öyküleri çoğunlukla belirsiz, karmaşık ve düzensizdir. Yakınmalar genellikle anlaşılması güç, abartılı ve renkli bir dille ifade edilir. Çoğunlukla zaman sırasını karıştırırlar ve şimdiki semptomlarını geçmişteki

semptomlarından ayırt edemezler. Hastalar çoğunlukla bağımlı, benmerkezci, ilgi bekleyen ve manüplatif olarak algılanabilirler (8).

Hastanın yaşam öyküsünde benzer şikayetlerin sık sık tekrarladığı görülür. Tekrar tekrar yapılan muayeneler ve ayrıntılı tetkiklerde ağrıları açıklayacak bir neden bulunamaz. Bu sebeple sürekli bir tıbbi tedavi arayışı içinde doktor doktor gezerler. Gittikleri doktorlardan değişik ağrı kesiciler talep ederler ve çok sayıda ilacın olduğu reçeteler yazıldığında memnun olurlar. Doktor bir neden bulamadığında veya ilaç önermediğinde bundan memnun olmaz ve başka doktor arayışına girerler. Bu hastaların yanında her zaman bir ağrı kesici vardır ve hemen hemen tüm ağrı kesicileri kullanmışlardır ve ağrı kesici tüketimi çok fazladır.

Sürekli yakınmaları olan bu hastalar zaman içinde toplumda dikkat çekmeye ve bu sayede bazı sorumluluklarından kurtulmaya başlarlar.

Bu kişilerde psikolojik sorunlar ve kişilerarası ilişkilerdeki problemler belirgindir. Hastalar bu hastalıkları yolu ile toplumsal ilişki kurarlar.

Depresyon ve anksiyete, somatizasyon bozukluğu hastalarında en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardır. Ayrıca kişilik bozuklukları (Histriyonik, sınırda ve antisosyal kişilik bozukluğu), madde kullanım bozukluğu ve fobiler de bu hastalığa eşlik edebilir. Bu hastalar da intihar tehditleri sık, fakat intihar girişimi nadirdir ve genelde madde kullanımı olanlarda görülür. Erken yaşlarda başlayan bu hastalık kişilik sorunu gibi süregündür.

2.1.1.6. Ayırıcı tanı

Somatizasyon bozukluğunda görülen belirtiler sıklıkla bu hastalığa özgül değildir ve çeşitli tıbbi bozukluklarla örtüşebilir. Somatizasyon bozukluğunu bir fiziksel hastalıktan ayırt etmede önem taşıyan üç özellik vardır:

1. Çeşitli organ ve sistemlerin tutulumu,
2. Erken başlangıç ve yapısal anormalliğe ait herhangi bir fiziksel belirti olmaksızın gözlenen kronik bir seyir,

3. İlgili olabilecek fiziksel bozukluğa özgü belli laboratuvar anormalliklerin olmaması etiyojinin belirsiz kaldığı olgularda göz önünde tutulmalıdır. Klinisyen çeşitli tıbbi bozuklukların somatizasyon bozukluğu ile karışabileceği konusunda dikkatli olmalıdır. Örneğin, multiplsklerozis ve sistemik lupus eritematozus gibi bazı

hastalıklar çok açık olmayan fiziksel belirtilerle birlikte belirsiz işlevsel ve duyuşal bozukluklar gösterebilir.

Akut intermittan porfiri, SB ile karışabilecek şekilde epizodik ağrı öyküsü ve çeşitli nörolojik bozukluklar gösterebilir. Somatik belirtilere ek olarak SB olan hastaların insan ilişkilerinde ve psikolojik durumlarıyla ilgili yakınmaları da olabilir.

Somatizasyon bozukluğunun ayırıcı tanısında dikkatli bir şekilde ele alınması gereken üç psikiyatrik bozukluk vardır: Anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozukluğu), duygudurum bozukluğu ve şizofreni.

En çok sorun yaratan ayırım anksiyete bozuklukları ile somatizasyon bozukluğu arasında olur. Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde sıklıkla somatizasyon bozukluğu hastalarında da bulunan çeşitli fiziksel yakınmalar olabilir, fakat anksiyete ve kaygı odağı fiziksel yakınmalarla sınırlı değildir. Anksiyete bozukluğu olan bireylerde somatizasyon bozukluğunda da olan hastalık kaygıları ve hipokondriyak yakınmalar olabilir. Benzer şekilde somatizasyon bozukluğu olan hastalar sıklıkla panik atakları bildirirler. Panik bozukluğunda da çoğul somatik belirtiler olabilir, fakat bunlar özellikle panik atakları sırasında olur. Panik bozukluğu SB ile birlikte de olabilir. Somatik belirtiler panik atakları dışında oluyorsa her iki tanı da düşünölmelidir.

Özellikle histriyonik kişilik özelliklerinin varlığı, konversiyon ve disosiyatif belirtiler, cinsel ve menstrüasyonla ilgili sorunlar ve toplumsal ilişkilerdeki bozulmalar somatizasyon bozukluğu tanısını destekler. Ayrıca cinsiyet de göz önünde tutulmalıdır. Erkekler somatizasyon bozukluğundan çok anksiyete bozukluklarından yakınırlar. Kesin tanı güç olmasına rağmen klinik açıdan önemlidir. Çünkü somatizasyon bozukluğunun tıbbi tedavisi anksiyete bozukluklarından farklıdır.

Duygudurum bozukluğu olan bireylerde (depresyon ya da mani, fakat özellikle depresyon) somatik yakınmalar dile getirebilirler. Sık olarak temel yakınma baş ağrısı, gastrointestinal bir bozukluk ya da açıklanamayan bir ağrıdır. Bu belirtiler duygudurum bozukluğunun tedavisi ile iyileşirken, somatizasyon bozukluğundaki fiziksel yakınmalar devam eder. Diğer taraftan somatizasyon bozukluğu olan kişiler sıklıkla depresif yakınlardan bahsederler. Majör depresyonun eşlik ettiğı somatizasyon bozukluğu olgularında, bazı somatik yakınmaları olan depresyon

hastalarına göre daha fazla depresif yakınma olur. Ayrıca bu hastaların daha fazla suçluluk, konsantrasyonda azalma, karmaşık düşünce, kendine güvende azalma, ölüm düşünceleri, öz kıyım planı, özkıyım girişimi ve iştah artışı bildirdikleri ve daha çok madde kötüye kullanımı ve antisosyal belirtiler gösterdikleri bulunmuştur.

Şizofrenide de açıklanamayan somatik yakınmalar olabilir. Dikkatli bir ruhsal muayenede sanrılar, varsanılar, formal düşünce bozukluğu görülecektir. Nadiren somatik belirtiler SB ölçütlerini karşılayacak yoğunlukta olabilir. Böyle olduğu takdirde her iki tanı da koyulabilir. Nadiren yoğun somatik belirtiler gösterip de o an psikozu olmayan bir hastada daha sonra şizofreni tablosu gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Bununla birlikte özellikle kadınlarda görülen SB'de varsanıların sık olarak görülebileceği unutulmamalıdır. Bu gibi durumlarda psikoz tanısı konusunda dikkatli olunmalı, gereksiz nöroleptik kullanımından kaçınılmalıdır (39).

2.1.1.7.Seyir

Somatizasyon bozukluğu sürekli ve tekrarlayıcıdır. Kesin tedavisi henüz bilinmemektedir. Genelde ergenlikte başlar ancak 30 yaşlarında başlayan vakalar da vardır. Stresli durumlarla karşılaşıldığında yeni belirtiler ortaya çıkar; her belirti kümesi 6-9 ay devam edebilir. Bir belirtinin ortadan kalkıp diğer bir belirtinin ortaya çıkması arasındaki zaman 1 yıldan uzun değildir. Yani hastalar iyileştikten sonra en geç bir yıl içinde başka belirtilerle yeniden hastalanırlar. Yeniden hastalanma genelde stresli bir durumla karşılaşılan bir döneme rastlar (10).

SB hastaları tıbbi hastalığı olan kişilere göre daha fazla psikolojik belirti ve toplumsal yetersizlik gösterirler. Toplumsal yetersizlik önemli boyutlara çıkabilir ve daha çok iş ve ebeveynlik sorumlulukları ile ilgilidir.

SB hastaları sağlıklarının aşırı derecede bozuk olduğuna inanmalarına karşın, uzun süreli izlemde SB'de ölüm oranlarının genel nüfusa eşit olduğu ve majör depresif bozukluk geçiren kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur (40).

Somatizasyon hastaları sağlık hizmetlerinden fazlasıyla yararlanma eğilimindedir ve ruh sağlığı birimlerine başvurmadan çok genel tıbbi hizmetler almayı tercih ederler. Somatizasyon belirtileri ile başvurulara sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarında rastlanmakta ve bu hastalığın genel sağlık hizmetlerindeki 'gizli psikiyatrik hastalıkların' %50'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (41).

SB'nin en sık ve en önemli komplikasyonları yineleyen cerrahi girişimler, ilaç bağımlılığı, ayrılma ya da boşanmalar ve intihar girişimleridir. Hastalığın tanınması ve uygun bir tedavi yaklaşımının sağlanması halinde ilk iki komplikasyon önlenmektedir.

Somatizasyon Bozukluğunda Tedavi İlkeleri

- 1.Hastanın tanısı doğru konmalı
- 2.Eş tanıları belirlenmeli
- 3.Hastanın bedenselleştirme yakınması eleştirilmeden kabul edilmeli
- 4.Uygun tıbbi değerlendirme yapılmalı
- 5.Stres kavramı ve bunun vücut üzerindeki etkileri anlatmak için benzetmeler yapılmalı
- 6.Hastayı işlevselliğin artması, doktor ziyaretlerinin azalması için hedefler konusunda bilgilendirmeli
- 7.Tam bir iyileşme peşinde koşma yanılışmasından kaçınmalı
- 8.Hastalık davranışını küçümser veya görmezden gelirken, uyuma yönelik sağlıklı davranışlar övülmeli
- 9.Basit tedaviler kısa süreli olarak kullanılmalı
- 10.Alkol, reçeteli veya reçetesiz ilaçların kendi kendine kullanımı engellemeli
- 11.Doktor doktor gezme davranışı ve çoğul ilaç kullanımı engellenmeli
- 12.İstirahat ve maluliyet konularında tutucu olmalı
- 13.Gerçek fiziksel hastalık olasılığı unutulmamalı (42).

2.1.1.8.Tedavi

Amaç bu hastaların olabildiğince işlevsel kalmalarını sağlamaktır. Bu hastalığa spesifik ilaç etkinliğini gösteren bir çalışma henüz yoktur. Ancak ek psikiyatrik hastalık varsa (depresyon...) bu yönde uygun ilaçlar seçilmeli, özellikle analjezik etkinliği olması sebebiyle trisiklik antidepresanlar tercih edilmelidir.

Bağımlı olmaya yatkın hasta grubu olduğundan anksiyete ya da depresyon dönemi dışında opiyat ve benzodiyazepinleri bu hastalarda kullanmaktan kaçınılmalıdır.

Uzun süreli iç görü veya destekleyici psikoterapi ile, hastalara belirtileriyle baş etme, altta yatan duyguları fark etme, ve duyguları ifade etmek için alternatif yollar geliştirme konusunda yardımcı olunmalıdır (8).

2.1.2.Farklılaşmamış somatoform bozukluk

Farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı, bilinen bir tıbbi durumla açıklanamayan veya bir medikal durumda beklenen yakınmaları aşan fakat spesifik somatoform bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamayan bir veya iki fiziksel yakınması olan hastalar için uygundur. Semptomlar altı aydır mevcut olmalı ve hastada belirgin duygusal sorunlara yol açmalı veya hastanın sosyal veya mesleki işlevselliğini bozmalıdır. Farklılaşmamış somatoform bozukluk, somatoform bozukluklar içinde en yaygın olanıdır.

Farklılaşmamış somatoform bozuklukta genellikle 2 çeşit semptom kümesi içeren hastalar görülür.

Birincisi otonomik sinir sistemi ile ilgili semptomları olanlar: Bu hastalarda sadece otonom sinir sistemi ile ilgili bedensel işlevlere ilişkin belirtiler görülür. Bunlar genellikle kalp-damar, solunum, sindirim ve cildi ilgilendiren belirtiler şeklindedir.

İkinci grup ise yorgunluk veya güçsüzlük durumlarını içerir. Bu hastalarda ruhsal ve bedensel halsizlik, güçsüzlük tükenme görülür. Bu belirtileri nedeniyle günlük aktivitelerini yürütemezler. Bu sendroma nevrasteni de denir (8).

Farklılaşmamış somatoform bozukluğun gidiş ve tedavisi ile ilgili veriler kısıtlıdır ancak SB'na göre bedensel belirtilerin epizodları daha az şiddetli ve daha az yeti kaybına neden olduğu bilinmekte, SB'nun daha hafif bir formu olarak kabul edilmesine rağmen tedavisi benzer şekilde düzenlenmektedir.

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğun DSM IV-R'ye göre tanı kriterleri

A.Bir ya da daha fazla fiziksel yakınmanın olması

B. aşağıdakilerden ya 1 ya 2 vardır.

1.Yeterli bir incelemeden sonra bu semptomlar bilinen genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin doğrudan etkileri ile açıklanamaz.

2.İlişkili genel tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma, öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulguları beklenenden çok daha fazladır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve benzeri alanlarda işlevsellik kaybına neden olur.

D. Bu bozukluğun süresi en az 6 aydır.

E. Bu bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

F. Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomlar varmış gibi davranılmamaktadır (10).

2.1.3. Konversiyon bozukluğu

Konversiyon, Latince’de conversiö = tamamen değişme, dönmek, çevirmek anlamındadır. Aslında bilinç dışı çalışan bir savunma düzeneğidir. Anksiyeteye yol açacak ruhsal iç çatışmalar, semboller halinde konversiyon olarak dış dünyaya ifade edilir (43).

KB, bedenin anatomisi, fizyolojisi, merkezi ya da periferik sinir sisteminin bilinen yapısına uymayan bedensel fonksiyon bozukluğudur. Çoğunlukla stres zemininde oluşur ve belirgin fonksiyon kaybına neden olur (44).

Psikolojik etkenlerin neden olduğu ve fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde bedensel işlevsellikte değişme ya da kayıplarla giden bu bozukluğun, batı ülkelerinde giderek azalma gösterdiğinin bildirilmesine rağmen ülkemizde halen sık karşılaşılan bir bozukluktur. Özellikle sosyoekonomik durumu düşük, kırsal kesimde yaşayan kadınlarda daha sık görülür (8).

2.1.3.1. Tarihçe

Somatizasyon bozukluğu gibi tarihçesi histeri kökenlidir. 18. yüzyıl sonrasında yavaş yavaş özelleşmeye başlamıştır.

18. yüzyılda Jean Martin Charcot, histerinin, sinir sisteminin kalıtsal dejeneratif bir hastalığı olduğunu, semptomların kişinin istemi dışında geliştiğini öne sürmüş, erkeklerde ve çocuklarda da görüldüğüne işaret etmiştir (44).

Janet ‘dissosiasyon’ kavramını ortaya atarak histerinin ruhsal boyutunu gündeme getirmiştir. Charcot’un öğrencisi Sigmund Freud, histerinin bastırılmış enerji, heyecan, psişik ya da emosyonel travmanın neden olduğu bilinçsiz zihinden kaynaklanan duygulanım bozukluğu olduğunu ileri sürmüştür (44).

1893’de Freud ve Josef Beuerin yayınladıkları ‘Histeri Üzerine Çalışmalar’ adlı kitapta histerinin fizyopatolojisini tarif ederken ilk olarak

'konversiyon' kelimesini kullanmışlar ve konversiyonu bastırılmış cinsellik ya da cinsel duyguların, duygulanım bozukluğuna dönüşümünü simgelediğini savunmuşlardır (45,46)

1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı ilk DSM sınıflamasında somatoform bozukluklar ile aynı başlık altında tanımlanan konversiyon bozukluğu, 1980 yılında DSM III'de somatizasyon bozukluğu ve konversiyon olarak ayrılmış, sonrasında yapılan düzeltmeler ve eklemeler sonucu en son DSM-IVR'de konversiyon, şimdiki tanımına ve tanı kriterlerine ulaşmıştır (44). Histeri kelimesi ise 'histriyonik kişilik bozukluğu' olarak günümüze gelmiştir.

ICD-9' da konversiyon bozuklukları 'nevrotik bozukluklar' başlığı altında incelenmiş, histeri terimi ile hem konversiyon hem de disosiasyon kastedilmiştir. (44). ICD-10'da ise konversiyon bozukluğu disosiyatif bozukluklar başlığı altında incelenmiştir.

2.1.3.2.Epidemiyoloji

KB, erken çocukluktan 90'lı yaşlara kadar her yaşta görülebilmeye rağmen en sık 15-35 yaşları arasında görülür (47). Genellikle gelişmemiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 oranında görülmektedir (48). Ülkemizde psikiyatri polikliniğine veya sağlık ocağına başvuran erişkin hastalarda yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğu oranları %4.5-32 olarak bulunmuştur (49,50).

KB ergenlik döneminden önce kız-erkek arasında eşit oranlarda görülür iken ergenlikten sonra kızlarda 2-19 kat daha sık görülmeye başlar (49).Araştırmalar sonucunda kırsal kesimde yaşama, düşük sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, yetersiz iç görü ve düşük zeka düzeyi KB sıklığını arttıran risk etmenleri olarak bildirilmiştir (51,52). Türkiye'de yapılan araştırmalarda konversiyon öncesi stres etmenlerinin %17-45 oranlarında görülebileceği belirtilmiştir (53,54).

2.1.3.3.Etyoloji

Dünyada bilim tarihinin ve daha sonraları psikiyatri biliminin evrimiyle, tüm hastalıklara olduğu gibi, KB'na da bakış açısı değişmiştir. Tarih içinde hastalığın

etiyojisi birçok nedene bağlanmakla birlikte, bugün için KB'nun nedeninin multifaktöriyel olduğu kabul edilmektedir.

Psikodinamik etkenler

KB'nun etyopatogenezini açıklamak için öne sürülen en önemli etken psikodinamik etkenlerdir. Bu teoriye göre, alt benlikten köken alan ve kabul edilmeyen cinsel ya da saldırgan dürtülerin dışa vurumu ve doyumunu engellenir. Benlik için bir tehlike olarak algılanan dürtü bilinç dışına bastırılır. Dürtü bastırılmış olsa bile doyuma ulaşmak istediğinden, sürekli olarak bilinç dışında tutulması gerekir. Ancak bu dürtüler, uygun koşullarda güçlenip benliği sıkıştırabilir. Bastırma ve diğer savunma düzenekleri yetersiz kalınca bu durum çatışma ve anksiyeteye yol açar. Konversiyon, bu intrapsişik çatışmanın baskılanması ve anksiyetenin fizyolojik işlev değişikliklerine çevrilmesi nedeniyle oluşur. Konversiyon düzeneği sayesinde hasta bilinçdışı çatışmalardan ve bunların sonucunda ortaya çıkan anksiyeteden kurtulur (birincil kazanç). Ayrıca ortaya çıkan işlevsel fizyolojik bozukluklar aracılığıyla çevrenin ilgisini, sevgisini, yardımını, yakınlığını elde ederek, bu ortam ve kişilerle ilgili sıkıntılarından kurtulmaya çalışır (ikincil kazanç) (8, 44, 55).

Biyolojik Etkenler

KB, zihinde bir sorun olabileceğini işaret edebileceği gibi, beyin işlevlerinde de bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir. Yakın zamanda yapılan etiyojik araştırmalar, striktürel, fonksiyonel, beyin görüntüleme çalışmaları üzerine yoğunlaşmıştır. Elde edilen bulgular, dominant hemisferde hipofonksiyon ile birlikte nondominant hemisferde disfonksiyonel aktivite artışına işaret etmektedir. Bunlara bağlı olarak interkortikal iletişim ve sözel ileti işlevinin bozulması sonucunda, KB semptomlarının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (44).

Öğrenme Teorisi

KB klasik olarak, koşullanmış öğrenme davranışı olarak düşünülebilir. Çocuklukta öğrenilen hastalık semptomları zor durumlarda çevreyi düzenleme ya da stres yaratan bir durumla baş etme aracı yani bir uyum mekanizması olarak ortaya çıkmaktadır (44).

Kalıtsal Etkenler

KB'nun etiyolojisinde genetik faktörler de araştırılmış, ilk olarak tek yumurta ikizlerinde görülme sıklığının arttığı bulunmuştur. Ayrıca KB olan kişilerin birinci derece yakınlarında görülme sıklığının normal toplumdaki 10 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (44).

Yatkınlık Yaratıcı Etkenler

Hastada var olan tıbbi hastalıklar, KB gelişmesinde rol oynayabilir. Ayrıca anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları olanlarda KB daha sık izlenmektedir. Sosyokültürel etkenler de yatkınlığa yol açan unsurlar olarak sayılabilir (44).

Hastalarda görülen konversiyon belirtilerinin niteliği, bireyin yaşadığı örselleyici olaylar ve yaşam öyküsü ile toplumun ve bireyin hastalık kavramıyla, bireyin eğitim düzeyi ile yakından ilgilidir. Zeka ve eğitim düzeyi düşük olanlarda, endüstrileşmemiş toplumlarda konversiyon belirtilerinin bir hastalığa bağlanması daha ilkel biçimde olmakta ve gerçek hastalığa daha az benzemektedir (8).

2.1.3.4.Klinik belirtiler

Konversiyon semptomları ani, beklenmedik, organik ya da genellikle nörolojik bir hastalığı akla getiren, dramatik özellikte ve klasik semptomlarla karakterize reaksiyonlardır. Semptomlar çoğunlukla, istemli motor ya da duyu işlevleriyle ilişkilidir. Bu semptomlar, vücudun işlevlerinin, merkezi ve periferik sinir sisteminin kabul gören anatomi ya da fizyolojisiyle uyumsuzdur (56,57).

Hemen her olguda konversiyon atağı öncesinde bir psikolojik stres vardır. Tetiği çeken etmen ani öfke, derin üzüntü, cinsel ya da fiziksel istismar, mekanik travma, yaşamsal tehlike oluşturan bir durum olabilir. Tetiği çeken etmenin her zaman saptanamadığı durumlar da olabilir.

Organik, nörolojik ve laboratuvar testlerinde patoloji saptanamaz. Bununla birlikte bu hastalarda komorbid bir hastalığın olabileceği de unutulmamalıdır(56).

KB olan hastalarda 'la belle indifference' (güzel aldırma) önemli bir psikiyatrik muayene bulgusudur. La belle indifference körlük sağırılık ya da pleji

gibi durumlarda hastada ortaya çıkması beklenen üzüntünün ve sıkıntının bulunmayışı, bir diğer deyişle hastanın bu önemli belirtilere aldirmamasıdır (56).

KB tablosu, ortaya çıkan semptomlara göre alt tiplere ayrılır:

Motor Semptom ya da Defisit Gösteren: Yürüyüş bozukluğu, anormal hareketler, paralizi ya da lokal güçsüzlük, koordinasyon ya da denge bozukluğu, yutma, afoni, okulomotor bozukluklar (blefarospazm, konverjans spazm, spastik midriyazis, izole pitoz) gibi semptomları kapsar. Büyük ritmik tremor, koreiform hareketler, tikler, jerkler de görülebilir (44, 58).

Duyu Semptomu ya da Defisit Gösteren: Körlük, görsel halüsinasyonlar (psödohalüsinasyon olarak kabul edilir), sağırılık, anestezi ve parestezi sıktır. Tüm duyuuları içerebilir. Bozukluğun dağılımı genellikle fizyolojik bilgilerle uyuzmaz. Semptom iki taraflı olabilir. Nörolojik muayenede bozukluk saptanmaz (58).

Katılmalar ya da Konvülsiyonlar Gösteren: İstemli motor ya da duyu komponentleri olan katılmalar ya da konvülsiyonları kapsar. Yalancı nöbet (pseudoseizure) grubuna sokulur. Hekim, klinik incelemeyle gerçek nöbetle ayırımını yapamayabilir.

Otonomik (visseral, vegetatif) semptomlar gösteren: Psikojenik kusma, bulantı, üriner retansiyon, lokalize özefajial spazm (globus histerikus), ishal, dismenore bu gruba girer. Psikojenik kusmada kilo kaybı görülmez, sindirim sisteminin muayenesi ve tetkikler normaldir. Üriner retansiyon nedenli tetkiklerde bozukluk saptanmaz (44, 56).

Karışık görünüm sergileyenler de olabilir.

2.1.3.5.Tanı

KB tanısı ancak, etiyolojik nörolojik ya da genel tıbbi durumları dışlamak için tam bir tıbbi araştırma yapıldıktan sonra koyulmalıdır. Bir nörolojik hastalığın saptanması hastada KB olmayacağını göstermez. Hekim, nörolojik semptomların psikolojik faktörlerle olan mutlak ve kritik ilişkisini saptarken simülasyon ve temaruzu da dışlamış olmalıdır. Birçok hastalığı taklit edebileceği için KB'nun tanısı, dikkatli konulmalıdır (44, 51).

KB tanısı konurken, DSM-IV'de belirtilen tanı kriterlerinin varlığı saptanmalıdır. Konversiyon bozukluğunun DSM-IVR'ye göre tanı kriterleri şöyle sıralanmaktadır:

A. İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren semptom ya da defisitlerin olması.

B. Bu semptom ya da defisite psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, çünkü söz konusu semptom ya da defisitin başlaması ya da alevlenmesi öncesinde çatışmalar ya da diğer stres etkenleri vardır.

C. Yapay bozuklukta ya da simulasyonda olduğu gibi bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.

D. Bu semptomlar ya da defisitler nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak açıklanamaz.

E. Bu semptom ya da defisit, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da tıbbi değerlendirmeyi gerektirir.

F. Semptomlar ağrı ya da cinsel işlev bozukluğuyla sınırlı değildir, somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (10).

KB tanısını destekleyici ölçütler ise geçmiş konversiyon öyküsü, somatizasyon bozukluğu öyküsü, sağlık kuruluşlarına çok sık başvurma öyküsü, yakınlarında benzer belirtileri olan bir kişinin olması, belirtilerle uyumlu fakat gerçek hastalığın doğası ile uyumsuz, hastalık hakkında edinilmiş kültürel düşünceler, belirtilerin sorun çözme ve iletişim geliştirme değerinin bulunması şeklinde sıralanabilir (44,56,59).

2.1.3.6. Ayırıcı Tanı

Konversiyon bozukluğunun semptomları tanımında da ifade edildiği gibi nörolojik ya da genel tıbbi durumu düşündüren semptomlar şeklinde olması nedeniyle ayırıcı tanıda bu hastalıkların ekarte edilmesi gerekmektedir.

Nörolojik Bozukluklar

Konversiyon bozukluğunun ayırıcı tanısında öncelikle düşünülmesi gereken nörolojik bozukluklar arasında epilepsi, multiple skleroz, myastenia gravis, Guillan Barre sendromu, periyodik paralizi, optik nevrit, kalıtsal ve edinilmiş distoniler, ilaca bağlı distoni, subdural hematoma, bazal ganglion ve periferik sinirlerin dejeneratif hastalıkları sayılabilir (51,56). Öykü ve ayrıntılı nörolojik muayene ile konversiyon ayrımı yapılamayan durumlarda düşünülen hastalıkla ilgili tetkiklerin yapılması gereklidir. Bir hastada konversiyon bozukluğu ile eş zamanlı olarak nörolojik bozukluklarında olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Bazı nörolojik bozuklukların ayırımında dikkat edilmesi gereken hususlar şöyle sıralanabilir:

Nöbetler

Konversiyon bozukluğunda en sık görülen belirtilerden biri olan nöbetler (yalancı nöbetler, psikojenik nöbetler, histerik nöbetler) sıklıkla gerçek epilepsi sanılarak yetersiz, etkisiz ve masraflı tanı ve tedavi yöntemlerine maruz kalırlar. Hatta antikonvülzan tedavi bile başlanabilir. Eğer hasta daha önce gerçek bir epileptik nöbeti de görmüşse, hekim klinik gözlemle bile konvülsif nöbetleri gerçek nöbetten ayırmakta zorlanabilir. Gerçek epileptik nöbetle konversif nöbet şu özellikleriyle birbirinden ayrılabilir:

a) Epileptik bir hastada genelde, nöbet geleceğinin habercisi olan haberci sinyal 'aura' dönemi varken, konversiyon nöbetinde yoktur (8).

b) Epileptik bir hastada nöbet çoğunlukla hiç beklenmeden bir anda ve ortada ruhsal bir neden olmaksızın da oluşurken, KB'nda nöbetlerin ortaya çıkışında psikolojik stres yaratan çatışma gibi nedenler rol oynar (8).

c) Epileptik hasta her zaman, her yerde nöbet geçirebilir. Yer seçimi ve düşme biçimi hastanın kendi kontrolü altında olmadığından hasta yaralanabilir. KB gösteren kişi genellikle çatışması olan kişilerin bulunduğu ya da onların haberdar olabileceği ortamlarda nöbet geçirir. Bu nöbetler hekim hastaya yaklaşıncaya ya da yakında başka kişiler varken de daha sıklıkla oluşur. Tehlikeli düşmeler gözlenmez.

d) Konvülsif hareketler, epilepside ritmik biçimde izlenen tonik-klonik hareketler biçimindeyken, KB'nda düzensiz sızramalar ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda tüm kaslarda genel bir gevşeme durumu olabilir (8).

e) Epilepside bilinç kaybı gözlenirken, konversif nöbetlerde tam bir bilinç kaybı genellikle yoktur. Bilinçte göreceli değişiklikler izlenebilir. Epileptik hasta konuşulanları duyamaz ve ağrılı uyaranlara yanıt vermezken, konversiyonlu hastalar genellikle çevrede konuşulanları çok uzaktan geliyormuş gibi duyduklarını, ancak yanıt veremediklerini belirtirler. Değişik derecedeki ağrılı uyarana cevap verirler.

f) Epileptik hastada nöbet sırasında konvülsiyondan hemen sonra patolojik refleksler saptanırken (örneğin; Babinski müsbetliği, pupil refleksinin alınmaması), konversif nöbette pupil, kornea ve öğürme refleksleri korunmuştur, patolojik reflekse rastlanmaz.

g) Epileptik hastalarda nöbet sırasında, dil ya da yanağı ısırma, idrar kaçırma olağan karşılanırken, konversif nöbette bunlar çok nadirdir. Konversif nöbet geçiren hasta, kollarının, bacaklarının başkaları tarafından oynatılmasına, göz kapaklarının açılmasına direnirler. Göz kapakları genellikle kapalıdır. Titreme ya da oynama olabilir.

h) Epileptik nöbet 1-2 dakika sürer, ardından postiktal bilinç sislenmesi, amnezi, geçici paraliziler ve uykudan uyanıyormuş gibi bir nöbet sonu izlenirken, konversif nöbet uzun sürer. Günlerce süren tablolar bilinmektedir. Konversif nöbet, genellikle hıçkırarak, ağlayarak, gülererek, ağızından hava çıkararak ya da öğürerek sonlanır. Nöbet sonrası bilinç bulanıklığı ya gözlenmez ya da çok minimal düzeydedir. Daha çok 'disosiyatif nitelikli' bilinç sislenmesi izlenir.

i) Yalancı nöbetten sonra serum kreatin kinaz ve prolaktin seviyesinin artmaması, gerçek epilepsiden ayrımı destekler.

j) Konversif nöbetlerde tanıda kesinlik sağlanamazsa, nöbet sırasında ve sonrasında çekilecek elektro ensefalogramda (EEG) normal elektrik olayların saptanması ile kesin ayırım yapılır. Ne var ki son çalışmalar, temporal ve limbik lob epilepsilerinde yavaş elektriksel boşalım artışının EEG'de saptanmasının zor olabileceğini göstermiştir (8,44,60).

Pleji ve paraziler

Konversif motor defisitler hemipleji, monopleji, parapleji şeklinde olabilir. Motor innervasyon örüntülerine uymaktan çok, belirli bir hareketi yapamamak şeklinde olur. Giyinirken ya da hastanın dikkati başka tarafa

çekilince ‘felçli’ tarafı istemeden hareket ettirir. ‘Felçli’ kol başın üstüne getirilip bırakılınca kol kısa bir süre baş üstünde kalıp başa-yüze çarpmadan yana düşer. Ekstremitte muayenesinde, felç görünümündeki uzuv hareket ettirilirken hekimin hareketine direnç gösterir (Hoover testi) (44, 61).

Yürüyüş Bozuklukları

Konversiyon bozukluğunda hasta yürürken ayağını tipik olarak sürükler. Ayakta duruyorken izlenen hareket bozuklukları yatarken kaybolabilir ya da değişebilir. Kas tonusu, derin tendon refleksleri ve EMG normal, plantar yanıt fleksiyondur. ‘Astasia-abasia’ denilen, oldukça ataksik, büyük ve düzensiz jerk yapısında anlamsız kol hareketleriyle birlikte sendeleyerek yürüme görülebilir. Eğer yatar durumda normale az-çok yakın bacak hareketi varsa konversif duruma bağlanmalıdır. Hasta, bu motor bozukluklara rağmen nadiren yere düşer, düşse bile zarar görmez. Uzun süren konversiyon bozukluklarında nadiren de olsa kas atrofisi ve kontraktürler de gelişebilir.

Duyusal algı bozuklukları

Konversiyonda duyuşsal algılarda değışiklikler vardır ancak bu sinir dağılımına (dermatom) uyumsuzdur, anatomik bölge sınırlarına daha fazla uyar ve telkinlerden etkilenebilir. Konversiyon hastalarında hemianestezi durumunda gövde ve yüzdeki sınır, orta hatta daha belirgindir. Hasta tüm duyuşlarının kaybolduğunu belirtse bile pozisyon duyuşu sağlamdır, karanlıkta tökezlemeden yürüyebilmesi tabes dorsalis ayırıcı tanısında yardımcı olur. Vibrasyon hissi de değışse bile sağlam kalır ve durumun organik temeli olmadığını gösterir. Elleriine tutuşturulan eşyayı tanıyabilirler. Anestetik alanlar perifer-distal arasında derece farklılıkları göstermez, kesin olarak sınırlanabilir, ama muayeneden muayeneye değışebilir.

Başın yarısında işitme, görme, koku, tad duyuşlarında azalma ile hemianestezi saptanabilir. Psikojenik hemianestezinin tanısı için diğere konversiyon kriterleri aranır ya da var olan bulguların olağan duyuşsal bozukluk sendromları ile çelişkileri incelenir (10,44).

KB’ndaki sağırılığın ayırıcı tanısı için birkaç yöntem vardır; bilateral sağırılıkta yüksek ses uyarını ile göz kırpması (cochleoröbiküler refleks) ya da cilt

terlemesinde değişiklik (psikogalvanik refleks) elde edilebilir. Tek taraflı sağırlıkta ise odiyometri ile ayırım yapılabilir.

Görme bozukluğu, bir ya da iki gözde, bazen hemiparezi ile birlikte olabilir. Genellikle ani başlar. Rahatsız edilmedikçe gözünü dikip bakar, ama bir şeyi görüp görmediği sorulunca ya gözlerini şaşılaştırır ya da başını o tarafa döndürüp yaklaştırır. Bir parmağına dokunması istenince yapamaz (körler bile proprioseptif duyu sayesinde bunu yapabilir). Ani ışık parlamasında hasta göz kırpar. Etraftaki cisimlere çarpmadan yürüyebilir. Hasta, tehlikeli durumlarda kendini korur (örneğin; yüzüne doğru hızla yaklaşan cisimden korunur). Pupil refleksleri normaldir (10,44).

Diğer Psikiyatrik Rahatsızlıklar

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer psikiyatrik rahatsızlıklar şöyle sıralanabilir:

Yapay Bozukluk

Kişinin, herhangi bir çıkarı olmadan, psikolojik nedenlerle hasta rolünü benimsemesidir. Nedeni bilinç dışından kaynaklanmakla birlikte, fizik semptomlar bilinçli olarak ortaya çıkartılmaktadır. Ayırım zor olabilir, ama genelde semptomların geliştiği ortamın iyi değerlendirilmesiyle, kişinin söylediklerine ek bilgi kaynakları (ortamdaki ilgili kişiler) değerlendirilmesiyle tanı koyulabilir (10,56).

Temaruz (simülasyon)

Psikiyatrik bir hastalık değildir. Ayırıcı tanıda önemlidir. Fiziksel neden olmadan, bilinçli olarak ortaya çıkarılan fiziksel bozukluklardır. Kişinin bir işten kaçmak, tazminat alabilmek, erken emekli olmak, bir cezadan kaçmak, ilaç elde etmek gibi somut istekleri için hastalık ya da yararlanmanın fizik ya da psikolojik belirtilerini kasten aşırı derecede abartmak ya da taklit etmesi bu tabloyu oluşturabilir (10,62).

Diğer Somatoform Bozukluklar

Somatizasyon bozukluğunda da duyu ve motor semptomlar görülür, ancak SB, erken yaşıta başlayan kronik bir hastalıktır. Semptomlar en az 4 sistemi ilgilendirir. Hipokondriyaziste vücutta herhangi bir fonksiyon kaybı yoktur.

Somatik şikayetler kroniktir ve nörolojik semptomların dışında başka semptomlar da olabilir. Semptomlar 'ağrı' üzerine odaklanmışsa ağrı bozukluğu tanısına yönlendirilir. Şikayetler daha çok cinsel konudaysa seksüel bozukluk tanısı konur (63).

Dissosiyatif Bozukluklar

KB ile bazı özellikleri paylaşır. Her iki bozukluk da nörolojik işlev bozukluğunu düşündüren semptomları kapsar. Aynı kişide bu iki durum da saptanırsa iki tanı da kaydedilmelidir (10).

Psikozlar, Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları gibi halüsinasyonların görüldüğü psikiyatrik hastalıklar, KB'nda rastlanan 'psödohalüsinasyon'lardan ayrılmalıdır. Hasta bunların gerçek olmadığını bilincindedir. KB'nda bunlar pozitif ya da negatif karakterde, işitme, görme, dokunma ile ilgili olabilir. Genellikle içgörü bozukluğu yoktur ve diğer psikotik bulgular eşlik etmez. Saf, çocuksu bir içerik taşıyabilirler. Semptomlar başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa KB tanısı konamaz (10).

Metabolik Nedenli Hastalıklar

Hipoglisemi, hiperparatiroidizm, akut intermitan porfiri, hipertiroidizm de ayırıcı tanıda düşünülmeli kendilerine özgü klinik ve laboratuvar tetkikleri yapılarak ayırt edilmelidir (54).

2.1.3.7.Gidiş

Konversiyon bozukluğu her yaşta başlayabilmekle birlikte, en çok 15-35 yaşları arasında başladığı kabul edilir. En sık gençlik ve genç erişkinlik dönemlerinde görülür. Tek bir konversiyon nöbeti olabileceği gibi, yaşam boyunca değişik zamanlarda yineleyebilir. Konversiyon belirtileri ilk kez ileri yaşlarda ortaya çıkarsa, nörolojik ve tıbbi durumlar araştırılmalıdır.

Konversiyon bozukluğunun doğal gidişi kesin olarak belirlenemez. Başlangıç ruhsal-toplumsal stresörlere bağlı olarak genellikle anidir. Konversiyon reaksiyonları genellikle kısa sürer. Hastaların %90'ından fazlasında semptomlar birkaç saat ya da günde çözümlenir. Yaklaşık %75'inde uygun sağaltım ve kontrol ile yinelemez. Ancak bir yıl içinde, stres etkeniyle karşılaşınca 1/5 ile 1/4 arasında bir oranda yeniden atak ortaya çıkar. Kronikleşme olasılığı vardır (44, 56, 59, 64).

Konversiyon bozukluğunda iyi prognozu gösteren durumlar şunlardır: Hastanın güçlü kişilik yapısına sahip olması, psikolojik olarak kendine yeterli, entelektüel düzeyinin yüksek ve içgörüsünün olması, belirtilerin akut başlaması, başlatıcı stresör etkenin belirli olması, motor belirtilerin (paralizi, körlük, afoni) olması, tedaviye erken başlanması, başka bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalığın eşlik etmemesi, hastanın ikincil kazançlarının fazla olmaması, çevredeki kişilerle yaşadığı çatışmanın fazla olmaması, çocukluk çağında yaşanmış cinsel ya da fiziksel istismar öyküsünün bulunmamasıdır (8,10).

2.1.3.8.Tedavi

KB gösteren kişiler, en iyi yaşadıkları ortamda tedavi edilebilirler. Neden olan etkenler, çevrenin ele alınması ya da öneriler ile düzeltilebilir. Altta yatan ve saptanamayan bazı organik hastalıklar olabileceği için, belirtileri işlevlerini engelleyen ve hastaneden çıktıkları zaman iyileşmeyen hastaların hastane ortamında izlemek, kronikleşen olguları ise psikiyatri servisinde izlemek tercih edilebilir (59).

KB'nun tedavisinde kullanılan yöntemler içinde farmakoterapi, faradizasyon, hipnoz ve diğer telkin yöntemleri, davranışçı tedavi, aile tedavisi, uzun süreli içe yönelimli psikoterapi sayılabilir.

Hastanın yoğun anksiyetesi ya da eşlik eden depresyon ve benzeri psikiyatrik hastalıkları varsa anksiyolitik ilaçlara ek olarak antidepresan ilaçlar başlanabilir. Anksiyolitik ilaçlar, özellikle acile başvuran akut semptomlar nedeniyle hastayla iletişim kurulamayan durumlarda yararlıdır. Saatler, günler içinde düzelmeyen durumlarda genellikle başka bir psikopatoloji ya da sosyal patoloji bulunabilir. Hastanın ailesinde iç dinamiklerde bozukluk varsa ya da aile içinde kişinin bu semptomları kompanse ediliyorsa yani sekonder kazançlar sürdürülüyorsa hastanın tam iyileşmesi mümkün olmayacaktır (44).

Hastanın tedavisinin tek hekim tarafından yürütülmesi önerilir. Tedaviye başlanmadan önce asıl şikayetlerin nedenini saptamak için gerekli tetkikler planlanmalıdır. Yönlendirme ve ikna yöntemleri kullanılmalı, hastaya iyiye gittiği yinelenmeli, rutin günlük işlerini yapmayı sürdürmesi yönünde hasta teşvik edilmelidir. Görüşmeler sırasında hastanın hekime rahatça soru sorabileceği ortam hazırlanmalı, sorular dürüstçe cevaplanmalıdır. Psikodinamik

yaklaşımlar, psikoanaliz ve içe yönelimli psikoterapiyi içerir. Kısa dönem psikoterapinin açık ve doğrudan şekilleri de bu hastalarda yararlı olabilir (44).

KB semptomları genellikle kendiliğinden düzelir. İçe yönelimli destekleyici ya da davranışsal tedavi ile düzelmeye hızlandırılabilir de, kullanılan yöntemden bağımsız olarak en önemli unsur, hastanın psikolojik durumunu odaklayan özenli bir tedavi ilişkisidir (55).

2.1.4.Hipokondriyazis

Hipokondriyazis, bilinen tıbbi bir nedenle açıklanamayan, ancak kişinin henüz tanı konulmamış ciddi bir fiziksel hastalığı olduğuna ilişkin inancı ile karakterize ruhsal bir hastalıktır. Bu bozukluğu ilk kez adlandıran hekim Hipokrat'tır. Hipokrat, bu hastalarda kostaların alt bölgesi (hipokondrium) ile ilgili yakınmaların yaygın oluşundan dolayı bu adı vermiştir (8). Günümüzde hipokondriyazis DSM ve ICD sınıflamalarında somatoform bozukluklar başlığı altında sınıflandırılır ve somatizasyon bozukluğu ile birlikte somatoform bozuklukların temelini oluşturur. Hipokondriyazis, ICD sınıflamasında beden dismorfik bozukluğunu da içerirken DSM sınıflamasında bu iki hastalık ayrı başlıklar altında verilmiştir (10).

2.1.4.1.Epidemiyoloji

Genel popülasyonda hipokondriyazisin sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Bir iç hastalıkları kliniğinde hastaların %4-6'sı hipokondriyazis tanı kriterlerini tam olarak karşılar (65).

Genellikle 20-30 yaşları arasında daha sık görülmekle birlikte daha erken ve geç yaşlarda da görülebilir. Hipokondriyazis sıklığı için, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi sosyodemografik özellikler belirgin farklılıklar göstermemektedir. A.B.D.'de değişik sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar arasında yapılan çalışmalarda hipokondriyazis sıklığı %4-14 arasında bulunmuştur (65).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvuran hastalar arasında hipokondriyazis tanısı konanların oranı kadınlarda %0,8, erkeklerde %0,3 olarak bulunmuştur. DSÖ ile işbirliği içinde yapılmış olan uluslararası 'Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar' araştırmasına göre 14 ülkenin ortalaması alınınca hipokondriyazis için %0,8 yaygınlık (prevalans) oranları verilmiştir (66).

2.1.4.2.Etyoloji

Hipokondriyazisi açıklamak için 5 farklı etyolojik kuram ileri sürülmüştür.

İlk kuram normal beden duyularının abartılı biçimde algılanması ile ilgilidir. Bu hastalar kendi bedensel duyularını diğer insanlardan daha belirgin olarak algılamakta ve bu durumu, varlığından endişe ettikleri hastalığın bir kanıtı olarak yorumlamaktadırlar. Bu hatalı algılamalar zaten yüksek olan kaygı düzeyini daha da arttırmakta, bu da bedensel uyarıyı şiddetlendirerek olayın kısır döngüye dönüşmesine yol açmaktadır. Haenen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hipokondriyak hastalar ve sağlıklı kontrol olguları, dikkatin bedene yöneltildiği ve başka bir yere istemli olarak çekildiği durumlarda değerlendirilmiş; her iki durumda da beden duyularının bildirilmesi hipokondriyak hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (67).

Bu hastalarda dikkati çeken bir diğer unsur bu kişilerdeki sağlık ve hastalıkla ilgili hatalı ve çarpıtılmış düşüncelerin (kognisyonlar) yoğun olmasıdır. ‘Bedensel belirtiler her zaman bir hastalık habercisidir’, ‘iyi olduğunuzu emin olabilirsiniz, ama hasta olmadığınızın emin olamazsınız’ ya da ‘doktorlar sık sık teşhis hatası yaparlar’ gibi inanışlar söz konusu olabilir. Dikkatin bu tür düşünceler doğrultusunda seçici hale gelmesi nedeniyle hastalar çevrelerinden, gazete haberlerinden veya daha önce gittikleri hekimlerden kendi inanışlarını destekleyecek ifadeleri aktarırlar. Kısır döngü nedeniyle giderek artan kaygı düzeyi ve hatalı yorumlanan duyular nedeniyle ciddi bir hastalığı olduğuna ilişkin inancı pekişen hastalar, tekrarlayıcı biçimde güvence arayışına girerler. Muayene ve tetkikler sonucunda ancak kısa süreli bir rahatlama dönemi yaşayabilirler.

Psikodinamik kurama göre hipokondriyaziste başkalarına yönelik agresif ve hostile arzular, bastırma veya yer değiştirme mekanizmasıyla bedensel yakınmalara dönüşür. Geçmişteki hayal kırıklıkları, kayıplar veya reddedilmeler böyle bir öfkeye kaynaklık edebilir. Bazı yazarlar suçluluk hissine karşı egonun bir savunma düzeneği olarak hipokondriyazisi kullandığını belirtmektedirler.

Öğrenme kuramına göre psikososyal öğrenme süreci bu hastalığın etiyojisinde önemli bir rol oynamaktadır. Burada hastalık rolünün öğrenilmesi ve sosyal ilgi, iletişim veya başka türlü bir ikincil kazanç ile bu rolün pekişmesi söz konusudur.

Etiyoloji ile ilgili bir diğerkuram da hipokondriyazisin depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi diğersikiyatrik hastalıkların farklılaşmış bir formu olduğu biçimindedir.

Hipokondriyazisle ilgili yapılan bir başkakaçalışmada hipokondriyak kişilerin yaşam öykülerinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla çocukluk çağı travma öyküsü bulunduğu, bunların çoğunlukla cinsel taciz veya ciddi fiziksel şiddet şeklinde olduğu bildirilmiş ve hipokondriyazis etyolojisinde çocukluk çağı travmalarında önemli bir neden olabileceği vurgulanmıştır (68).

Hipokondriyazis ile ilgili son etyolojik kuram ise genetik etyolojidir. Doğrudan genetik geçişe ait deliller bulunamasa da yapılan bazı aile çalışmalarında hipokondriyazis hastalarının birinci ve ikinci derece akrabalarının %20'sinde hipokondriyazis veya OKB varlığı gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise bu hastaların yakınlarında somatizasyon bozukluğu ve anksiyete bozukluklarının daha sık görüldüğü yönündedir. Bu çalışmaların sonucunu hipokondriyazisin genetik geçişinden ziyade, temelde öğrenilmiş davranışlar veya majör depresyon gibi genetik geçişi olan ve hem hastada hem de aile üyelerinde görülen bir psikiyatrik hastalığın dolaylı etkileri şeklinde yorumlayanlarda vardır (8,65).

2.1.4.3.Tanı

Hipokondriyazisin DSM IV-R'ye göre tanı kriterleri şöyledir:

A. Kişinin vücut semptomlarını yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması.

B. Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın bu düşüncelerin sürüp gitmesi.

C. A tanı ölçütündeki inanç sanrısalsal yoğunlukta değildir (Sanrısalsal Bozukluk, somatik tipte olduğu gibi) ve görünümü hakkında çerçevesi belirli bir kaygı ile sınırlı (vücut dismorfik bozukluğunda olduğu gibi) değildir.

D. Bu düşünceler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğeralanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluk en az 6 ay sürer.

F. Bu düşünceler, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluğu, bir Majör Depresif Epizod, Ayrılma Anksiyetesi ya da diğer bir Somatoform Bozukluk olarak açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü az olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi ciddi bir hastalığının olmasıyla ilişkili kaygısının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemektedir.

2.1.4.4.Klinik özellikler

Hipokondriyazisli hastalarda temel belirti ciddi bir fiziksel hastalığı olduğu hakkında aşırı zihinsel uğraşılardır. Bu zihinsel uğraşılar bedensel işlevlerle (çarpıntı, terleme gibi), önemsiz-sıradan bedensel sorunlarla (arasıra olan öksürük, küçük yaralar gibi), veya müphem ve değişken beden algılarıyla (damarların sızlaması, kalbin yorulması gibi) ilgili olabilir. Kişi bu belirtileri, varlığından kuşkulandığı hastalığın işaretleri olarak algılar veya yorumlar. Hastalık kaygısı aynı anda veya değişik zamanlarda değişik organ sistemlerini içerecek şekilde olabileceği gibi, tek bir organ veya hastalıkla da (kalp hastalığı veya beyin tümörü bulunduğu kaygısı gibi) sınırlı olabilir.

Yeterli muayene ve tıbbi incelemelerin herhangi bir hastalık varlığını doğrulamamasına, şüphelenilen hastalığın yol açması gereken sorun ve sonuçların görülmemesine ve tekrarlanan güvencelere karşın bu kaygılar devam eder. Ancak bu inanç hezeyanlı bozukluğun somatik tipinde olduğu gibi kesin ve değişmez değildir.

Kişi ciddi bir hastalığının olmasıyla ilgili kaygılarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa ve hezeyanlı bozukluk tanısı dışlanmışsa, içgörünün yetersiz olduğu belirtilir.

Bu kişilerde diğer önemli bir klinik bulgu şiddetli ölüm korkusunun varlığıdır ve bu korku somatizasyon bozukluğu olan kişilere göre çok daha fazladır.

Hipokondriyazisli hastaların hastalık kaygıları hayatlarının her anını kapsar, hastalıkları dışında başka kişilerle ve başka konularla pek ilgilenemezler. Bu yüzden sosyal ilgi alanları ve ilişkileri kısıtlıdır. Sosyal, mesleki ve cinsel problemler yaşarlar. Sıklıkla depresif bir süreç veya bir anksiyete bozukluğu varolan tabloya eşlik eder.

Hipokondriyak hastalar kendi bedensel uyarılarına duyarlı oldukları gibi, başka kişilerin hastalıklarını duyduklarında ya da hastalıkla ilgili yazılar

okuduklarında da aşırı düzeyde endişelenirler. Sağlıkla ilgili kitapların okunması, sağlık programlarının izlenmesi, sohbet konularının bile endişe edilen hastalıkla ilgili olması dikkat çekici diğer özelliklerdir. Bu hastaların tıbbi öyküleri çok sayıda hekim başvurusu ve yinelenen tetkiklerle, hekim-hasta ilişkisinde yaşanan sorunlar ve öfke duygularıyla doludur.

Bu kişiler genellikle yeterli ilgi ve tıbbi bakım görmediklerinden yakınılar ve psikiyatrik konsültasyona sıklıkla direnirler. Hastalık kaygısıyla tekrarlanan tıbbi muayene ve tetkikler ekonomik kayıpların yanı sıra, iyatrojenik komplikasyonlara da yol açabilir (11,69).

2.1.4.5. Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda öncelikli olarak şu hastalıkları düşünmek gerekir:

Organik hastalıklar: Hipokondriyak hasta bedensel bir yakınma ile geldiği için en başta her türlü tetkiklerinin yapılarak organik bir rahatsızlığının bulunup bulunmadığı iyice incelenmeli, özellikle kolaylıkla tanı konulamayan durumlardan ayrılmalıdır. Bu hastalıkların başında AIDS, endokrinopatiler, myastenia gravis, multiple skleroz, sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları, SLE, gizli neoplastik bozukluklar gelir.

Klinik olarak hipokondriyazis tanısına bizi yaklaştıran durumların başında hastanın özel somatik yakınmalarının hiç bir organik bozukluğa uymaması, garip anlatış biçimi ve zihninde sürekli olarak hastalık kurması gelir. Hastanın yakınmalarının dışında yaşam olayları ile ilgilenmemesi de diğer bir önemli ayırıcı belirtidir. Gerçek bir kalp, kanser, mide hastası genel olarak hastalığını düşündüğü kadar başka konuları da düşünür. Ayrıca hekimin verdiği güvenceler kendisini rahatlatır ve bunlara inanır. Oysaki hipokondriyak hasta çok kısa bir süre inanıyor gibi görünse de az bir zaman sonra tekrar hekim hekim dolaşmaya başlar.

Psikofizyolojik bozukluklar: Bunlar arasında migren türü baş ağrıları mide ülseri, kolitis, hipertansiyon gibi temelde organik olan, fakat ruhsal etkenlerin de rol oynadığı birçok hastalıklar vardır. Bu hastalıklarda asıl organik patoloji genellikle kolay saptanabilir. Ancak kolay tanı konulamadığı durumlarda hipokondriyak hastanın ilk anda tanımlanan ağır hastalık saplantıları ve kuşkularının bulunuşu ayırıcı tanıda yardımcı olur.

Somatizasyon ve konversiyon bozuklukları: Somatizasyon ve konversiyon bozukluğunda hastada genellikle anksiyetenin az olduğu, hatta kimilerinde güzel aldırma (la belle indifference) bulunduğu görülür. Ayrıca bunların daha çok kadınlarda olması, hekim hekim dolaşan özel bir yaşam stili göstermemeleri ve konversiyon bozulduklarında psödonörolojik belirtilerin sık görülmesi sayesinde ayırıcı tanıya varılabilir.

Hipokondriyak belirtiler depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında da ortaya çıkabilir. Eğer hasta hem hipokondriyazis hem de depresif bozukluk veya anksiyete bozuklukları gibi diğer bir major mental bozukluğun tanı ölçütlerini karşılıyorsa ve hipokondriyak semptomlar yalnızca diğer bozukluğun nöbetleri sırasında ortaya çıkmıyorsa her iki tanıyı da almalıdır. Ancak hastanın yaşlı olması ve ileri yaşlarda başlayan sağlıkla ilgili gerçekçi kaygılarının olması durumunda öncelikli olarak depresif bozukluk düşünülmelidir.

Anksiyete bozukluklarında da hastanın hastalık kaygısı dışındaki diğer alanlarda da kaygılarının bulunması ve spesifik anksiyete bozukluklarının diğer semptomlarının da eşlik etmesi durumunda anksiyete bozukluğu tanısına yönelmek doğru olur.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sanrılı hipokondriyak inanışlar olabilir fakat bu hastalıklar hezeyana özgü yoğunluk ve diğer psikotik semptomların varlığı ile hipokondriyazisden ayırt edilebilir. Ek olarak, şizofrenik hastaların somatik sanrılarının tuhaf, hastalığın özel durumu ile ilgili, kültürle uyumsuz şekilde olması ayırıcı tanıda yardımcı olur (11,70,71).

2.1.4.6.Gidiş ve sonlanım

Hipokondriyazis süregelen bir hastalıktır. İyileşme ve kötüleşme dönemleri olan dalgalı bir seyir izler. Tanı konan hastaların yaklaşık üçte ikisinde 1 yıl sonra da bozukluk devam eder. Geri kalanında ise tanı kriterlerini karşılamasa bile genellikle kalıcı hipokondriyak semptomlar vardır.

Hastalığın kötü prognoz kriterleri içinde semptomların süresi ve şiddetinin fazla olması, eşlik eden komorbid psikiyatrik hastalıkların bulunması, psikososyal stresör etkenlerinin ve sekonder kazançlarının olması sayılabilir (11).

İyi prognoz kriterleri ise, ani başlangıç, hastanın genel sağlık durumunun iyi olması, yüksek sosyoekonomik düzeyde olması, eşlik eden başka bir psikiyatrik

bozukluğun bulunmaması veya varsa bunların tedaviye iyi yanıt vermesi ve ek tıbbi hastalığının olmamasıdır (8).

2.1.4.7.Tedavi

Bu hastalarda tedaviye başlamadan önce kesin tanının konulması ve hekimin aklında soru işaretleri kalmaması için mutlaka gerekli muayenelerin ve konsültasyonların yapılarak organik hastalıkların ekarte edilmiş olması gerekir.

Hipokondriyak hastalar genellikle tedaviye dirençli hastalardır. Bu bozukluğunun etkin tedavisinin ne olduğuna dair net bir bilgi olmamasına rağmen bilişsel davranışçı tedavi uygulanabilirliği ve olumlu sonuçları nedeniyle en fazla önerilen yaklaşımdır. Tedavi prensibi ne olursa olsun hastayla güven ilişkisinin kurulması, içgörünün sağlanması ve tedavi işbirliğinin oluşturulması tedavinin temelini oluşturur. Sık ve düzenli olarak yapılacak fizik muayene, bu hastaların doktorları tarafından yeterince izlendiğini düşündürür ve yakınmalarının ciddiye alındığı konusunda güven duymalarını sağlar (8).

Bilişsel davranışçı terapide hastanın hipokondriyazis hakkında bilgilendirilmesi, bedensel duyumlarla kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin hastaya fark ettirilmesi, tıbbi güvence arama davranışının engellenerek hastanın kaçındığı kaygıyla başa çıkmasının sağlanması, hatalı algılama ve yorumlamaların düzeltilmesi, daha uyumlu davranış kalıplarının yerleştirilmesi amaçlanır (72).

Hipokondriyazisin farmakoterapisinde SSRI ve SNRI'ların etkili olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur. Özellikle hipokondriyazise eşlik eden anksiyete bozuklukları veya depresyon varlığında bu hastalıkların tedavisi ile hipokondriyazisin kliniğinde de olumlu değişiklikler olduğu görülmüştür. Depresif özellikleri olan hipokondriyazislilerde amitriptilin, anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği durumlarda ise klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin ve sitalopramın her iki durum içinde faydalı olduğunu bildiren yayınlar vardır (73,74).

Ek olarak, hipokondriyazis tedavisinde grup terapileri de etkili bulunmuştur. Ancak dinamik psikiyatrinin etkinliği gösterilememiştir (8).

2.1.5.Beden dismorfik bozukluğu

Beden dismorfik bozukluğu, kişinin görünüşündeki hayali veya hafif fiziksel bir kusurla işlevselliğini etkileyecek kadar aşırı düzeyde uğraşmasıdır. Bu durum kişinin benlik saygısında düşme, depresif düşünceler, kusuru kamufletme amaçlı

yoğun uğraşı ve gereksiz cerrahi girişimlere maruz kalması nedeniyle kişinin sağlığı, sosyal ve mesleki hayatıyla ilgili ciddi sorunlara neden olur.

2.1.5.1.Tarihçe

BDB, DSM'de ancak son iki dekad içinde yer almış olmakla birlikte dismorfofobi adıyla yaklaşık bir asırdır bilinmektedir. Bu bozukluk ilk kez Emil Kraepelin tarafından 'kompulsif bir nevroz' olarak tanımlanmış, daha sonra Pierre Janet tarafından 'bedenle ilgili utanç obsesyonu' olarak yeniden tarif edilmiştir. Freud 'kurt adam' adlı kitabında burnu ile ilgili aşırı endişeleri olan bir olguyu tanımlarken bu bozukluğa atıfta bulunmuştur. Avrupa'da tanınan bu bozukluk ABD'de ancak 1980'de psikiyatrik hastalıkların tanısal ve sayımsal el kitabının 3. baskısında (DSM-III) 'dismorfofobi' adıyla, atipik somatoform bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Daha sonra dismorfofobi tanımlamasının bir fobi biçimini çağrıştırmakla beraber, bu bozukluğun tipik fobik özellikler içermediği düşünüldüğünden DSM-III-R'de ve DSM-IV'te adı 'Beden dismorfik bozukluğu' olarak değiştirilmiştir (75).

2.1.5.2.Epidemiyoloji

Vücut dismorfik bozukluğu psikiyatrik hastalıklar içinde az çalışılan konulardan biridir. Çünkü bu tür hastalar psikiyatristlerden çok dermatologlara, dahiliye doktorlarına veya plastik cerrahlara başvururlar. Plastik cerrahi kliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada yalnızca %2'sinin beden dismorfik bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu durum, hastaların tanı kriterlerinin tümünü nadiren karşıladıklarını gösterir (70).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastaların %1'inde, dermatolojik başvurularda %12, plastik cerrahi başvurularında ise %7-15 oranında BDB saptanmıştır. Batı ülkelerinde daha yaygın olduğu belirtilmektedir. BDB hastalarının yarısına yakınının cerrahi işlemlere maruz kaldığı tahmin edilmektedir (76).

Başlangıcı en sık 15-20 yaşlar arasındadır. Kadın - erkek oranı birçok yayında eşit olarak gösterilse de görece olarak kadınlarda daha fazla görüldüğüne dair yayınlarda vardır. Etkilenmiş kişiler genellikle bekar, kentlerde yaşayan kişilerdir (14).

Beden dismorfik bozukluğunun diğer ruhsal bozukluklarla birlikteliği oldukça siktir. Bir çalışmada BDB olan hastaların %90'ından fazlasının yaşamlarının bir

döneminde majör depresif epizod yaşadıkları, yaklaşık %70'inin geçirilmiş anksiyete bozukluğu ve yaklaşık %30'unun da geçirilmiş bir psikotik bozukluğu olduğu belirtilmiştir (44).

2.1.5.3.Etyoloji

Etiyolojide psikolojik ve psikodinamik açıklamaların yanı sıra son araştırmalar ile birlikte biyolojik açıklamaların daha ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Psikodinamik görüşlerde BDB'deki uğraşının emosyonel veya cinsel bir çatışmanın yer değiştirme mekanizması ile ilgisiz gibi görünen bir beden bölgesine yansması olduğu vurgulamaktadır (77). Bunun dışında düşük benlik saygısı ve çocukluk çağında yaşanan travmaların da hastalığın nedeni olabileceği ileri sürülmüştür (8).

BDB'nin depresyonla birlikte görülmesinin sıklığı, aile içinde duygudurum bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk öyküsünün fazla oluşu ve serotonin üzerinden etki eden ilaçlara verilen olumlu yanıt etyolojide diğer psikiyatrik hastalıkların ve serotonerjik işlev bozukluğunun da olabileceğini düşündürmektedir (78,79). Merkezi serotonerjik etkileri olan marihuana kullanımı ile BDB belirtilerinin alevlenmesi, serotonin antagonisti olan siproheptadinin kronik kullanımı sonrası BDB gelişen olguların saptanması da bu hipotezi desteklemektedir (75,80).

Ayrıca aile ve kültür içinde güzellikle ilgili basmakalıp kavramların önemle vurgulanması BDB'nun sosyokültürel etkenlerini oluşturur.

Şizoid, kaygılı, içe dönük, hipokondriyak ve obsesif kişilik özelliklerine sahip olmakta BDB'ye yatkınlık oluşturan faktörler arasında sıralanmıştır (81).

2.1.5.4.Tanı

Beden dismorfik bozukluğunun DSM-IVR'ye göre tanı ölçütleri şöyledir:

A. Görünümündeki hayali bir kusur ile uğraşıp durma. Hafif bir fiziksel anomali varsa bile kişinin kaygısı buna göre belirgin olarak aşırıdır.

B. Bu uğraş, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu uğraş, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Anoreksiya Nervozadaki vücut biçimi ve ölçüleri ile ilgili hoşnutsuzluk) (10).

2.1.5.5.Klinik özellikler

BDB'nin kliniğinde obsesif nitelikte vücut kusurları ile uğraşma ve kompulsif nitelikte düzeltme, maskeleye, tekrar tekrar inceleme veya kaçınma davranışları gözlenir. Bedensel kusur düşünceleri genellikle yüz ve kafa bölgesine odaklıdır; sıklıkla saçlar, gözler, kulaklar, burun, cilt ve genital organların biçimsizliği, küçüklüğü veya iriliğine ilişkindir (76). Ayrıca BDB, her türlü vücut parçasına ilişkin görünümle ilgili olabileceği gibi bir beden işlevi ile ilgili kaygılardan da kaynaklanıyor olabilir. Bedeninden terleme ile kötü kokuların yayılması gibi.

Bu kaygılar nedeniyle hastalar aşırı düzeyde aynaya bakar ya da olabildiğince ayna gibi görüntü yansıtan nesnelere uzak durmaya çalışırlar, kusurlu olduğuna inandıkları bölgeleri gizlemek amacıyla bol miktarda makyaj malzemesi kullanabilir ve giyim kuşam biçimi değişiklikleri yapabilir ya da cerrahi girişimlere maruz kalabilirler (75).

Hastaların çoğu başkalarının kendilerindeki kusurlara özellikle dikkat ettiği, dolayısı ile kendilerine güldükleri, kendilerinden söz ettikleri biçiminde alınganlık düşüncelerine ya da sanrılarına sahiptirler. Bu sebeple BDB olgularının kaygıları sosyal ortamlarda daha da belirginleşir. Evden dışarı çıkamama veya yalnızca karanlıkta çıkma, kaygıları nedeniyle sosyal ortamlara girememe, okulu ve işi bırakma gibi kaçınma davranışları sık görülen belirtilerdir. Hastaların yaklaşık beşte birinde de intihar girişimi gözlenir (76).

2.1.5.6. Ayrırcı tanı

Beden dismorfik bozukluğu, kişinin görünümü ile ilgili normal uğraşlarından ayırt edilmelidir. BDB'de kişi önemli duygusal sıkıntı yaşar ve endişelerinden dolayı işlevselliğinde bozulma vardır (11).

Güçlü bir şekilde inanılan fikir ile hezeyan arasında ayırım yapmak güç olmakla birlikte eğer algılanan beden kusuru gerçekte hezeyan yoğunluğundaysa uygun tanı somatik tip sanrısız bozukluk olmalıdır. Ancak DSM-IV'e göre sanrılı BDB hastaları hem sanrılı bozukluk, hem de BDB tanısı alabilirler. Sadece somatik tip sanrılı bozukluk varsa sanrılar nadiren çirkinliğe odaklanır, daha çok kötü koku yayma, vücutta parazit bulunduğu, organlarının olmadığı veya çalışmadığı gibi temalardan kaynaklanır (8).

BDB tanısı konulan hastaların önemli bir bölümü sosyal ortamlarda kaçınma davranışları gösterirler. Bu durum sosyal fobi ile karışabilir. Sosyal fobik olgular,

kendilerine kaygı veren ve anksiyete oluşturan kalabalık ortamlardan uzak durdukları müddetçe rahattırlar ve kaygılarının anlamsız olduğunu bilirler. BDB hastaları ise kaygılarının anlamsız olduğunu düşünmedikleri gibi, sosyal ortamlardan uzak durmak onların kaygılarını azaltmaz ayrıca kaygı sebepleri sosyal fobide olmayan abartılı/yanlış algılanan bedensel kusurlarıdır.

BDB'nin ayırıcı tanısında anoreksiya nervoza ve transseksüalite de düşünülmesi gereken iki önemli bozukluktur. Ancak bu bozukluklarda BDB'de olduğu gibi beden parçaları veya işlevleri ile ilgili kaygı ve uğraşlar yerine genel vücut imajı ile ilgili bir bozukluk söz konusudur. Anorektikler genel olarak aşırı kilolu olduklarını düşünürlerken, transseksüeller yanlış bir beden içinde hapsolmuş olduklarını düşünürler (75).

BDB, obsesif-kompulsif bozukluk ile de karışabilir. OKB'de görülen takıntı ve kompulsyonların yalnızca görünümle ilgili olmaması, içgörülerinin BDB'den daha iyi olması ve referans fikirlerinin olmaması ile BDB'den ayrılırlar.

2.1.5.7.Gidiş ve tedavi

BDB genellikle sinsi bir başlangıçla birlikte düzelme ve alevlenme dönemleri ile seyreden kronik bir hastalıktır. Hastalar birden fazla beden parçası veya organ ile ilgili endişeler taşıyabilir ve zaman içinde bu beden parçalarının lokalizasyonu değişiklik gösterebilir. Tedavisi güç bir hastalıktır.

Hastaların tedavi amacıyla başvurdukları cerrahi, dermatoloji ve benzeri psikiyatri dışı yaklaşımlar hemen her zaman başarısızlıkla sonuçlanır.

Psikofarmakoterapide bu hastalarda birinci seçenek ilaç SSRI'lardır. Ancak depresyon tedavisinden daha yüksek doz ve daha uzun süreli tedavi gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda SSRI'ların hastaların %50'sinden fazlasında mevcut semptomları azalttığı gösterilmiştir (82).

Bilişsel davranışçı terapi ile hastalarda beden bölgeleri ile ilgili kaygı, yanlış inançlar ve BDB davranışlarının azaltılması ve sorunla başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi hedeflenmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda etkili bir tedavi olduğu belirtilmektedir (80).

2.1.6.Psikojenik ağrı bozukluğu

Psikojenik ağrı bozukluğu, bedende bir veya daha fazla yerde ağrı ve buna odaklanma ile bu durumun klinik önem göstermesiyle karakterizedir. ICD-10'a göre

bu ağrının duygusal çatışmalar ve psikososyal sorunlarla ilişkili olması gerekir. DSM'e göre ise ağrının nedeni psikolojik nedenler, genel tıbbi nedenler veya her ikisi birlikte olabilir (71). Tıbbi nedenler söz konusu ise ağrı bu nedenle açıklanamayacak kadar şiddetli veya uzun süreli olmalıdır ya da psikojenik bir etken ağrının başlangıcı veya şiddeti ile ilişkili olmalıdır.

2.1.6.1.Epidemiyoloji

Yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir. Hastane başvurularının en sık sebebinin ağrı olduğu düşünülürse genel tıbbi uygulamada sık olduğu kanaatine varılabilir. Ağrı bozukluğu tanısı kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla konur. Her yaşta görülebilmekle birlikte 30-50 yaşları arasında pik yapar. Bunun muhtemel nedeni ağrı toleransının yaşla birlikte azalmasıdır. Bir yıllık prevalans %0,6 kadardır. Olguların yaklaşık 1/3'ünde başta affektif belirtiler olmak üzere psikiyatrik bozukluklar sıktır (44,83).

2.1.6.2.Etyoloji

Öne sürülen etyolojik faktörler şöyle sıralanabilir:

Psikodinamik Faktörler: Tanımlanabilir veya yeterli fiziksel nedenleri olmaksızın vücutlarında acı ve ağrı hisseden hastalar bedenleri yoluyla sembolik olarak intrapsişik bir çatışmayı ifade ediyor olabilirler. Bedensel bozukluğun sembolik anlamı sevgi elde etmek, yanlış davranışlar için cezalandırılma, suça kefarete, doğuştan kötü olma hislerine karşı bir telafi veya bastırılmış öfke ile ilgili olabilir. Birçok hastanın ağrısı inatçıdır ve tedaviye yanıt vermez çünkü acı çekmeyi hak ettiklerini düşünürler.

Ağrı bozukluğu olan hastaların kullandığı savunma mekanizmaları, yer değiştirme, yerine koyma ve bastırmadır. Hasta, ağrısı olan bir sevgi nesnesine, örneğin anne baba gibi ambivalan bir tavır alırsa, özdeşim de rol alabilir.

Davranışsal Faktörler: Ağrı davranışı ödüllendirildiği zaman pekişir, göz ardı edildiği veya cezalandırıldığı zaman söner. Örneğin ılımlı şiddetteki ağrı semptomları kişiye diğer insanlardan maddi-manevi destek görme, onları yanlarında tutma ya da sorumluluklardan muaf tutulma gibi sekonder kazançlar sağlıyorsa ağrının şiddeti ve süresi artabilir.

Biyolojik Faktörler: Serotonin ve endorfinler ağrı algısında inhibitör olarak rol oynarlar. Özellikle endorfinlerin eksikliği gelen duygusal uyarıların güçlenip ağrının

oluşumuna neden olması veya varolan ağrının şiddetinin artması ile ilişkili gözükmektedir (44).

2.1.6.3.Tanı

DSM-IVR'ye göre psikojenik ağrı bozukluğunun tanı kriterleri şöyledir:

A. Bir ya da daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı klinik görünümün önde gelen özelliğidir ve klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirecek derecede şiddetlidir.

B. Ağrı, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin önemli rolünün olduğu yargısına varılır.

D. Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır (yapay bozuklukta ya da simülasyonda olduğu gibi).

E. Ağrı, bir duygudurum, anksiyete bozukluğu ya da psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve disparoni için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

PAB, DSM-IV'e göre psikolojik etkenlerin eşlik ettiği ağrı bozukluğu, hem psikolojik etkenlerin, hem de genel tıbbi bir durumun eşlik ettiği ağrı bozukluğu şeklinde ikiye ayrılır ve akut (6 aydan daha kısa süren), kronik (6 aydan daha uzun süren) diye ifade edilir (10).

2.1.6.4.Klinik özellikler

Psikojenik ağrı bozukluğunun önde gelen özelliği ağır ve uzun süreli ağrı şikayetinin olmasıdır. Ağrı gerçekte doku hasarının belirtisidir. Ancak PAB'de doku hasarı olmaz. Hastalarda ağrı olan bölgeye dokunmayla her zaman ağrı hissi oluşmayabilir. Ağrıya karıncalanma ve yanma gibi hisler eşlik edebilir (84).

Psikojenik ağrının görüldüğü özel bir lokalizasyon yoktur. Bel ağrısı, bacak ağrısı, sırt ağrısı, atipik yüz ağrısı, pelvik ağrı gibi çok çeşitli lokalizasyonlarda olabileceği gibi posttravmatik, nöropatik, nörolojik, iatrojenik şekilde oluşmuş ağrılar da olabilir. Ağrı bozukluğu tanısının karşılanması için ağrının psikolojik faktörlerle ilişkisi gösterilmiş olmalıdır (44).

Bu hastalar genellikle ağrılarını dramatik şekilde tanımlarlar. 'Sanki sırtıma bıçak saplanıyor' ya da 'midemde bir yangın var' gibi etkili bir anlatım dili kullanırlar.

Hastaların odaklandıkları ana problem ağrılarıdır. Bunun dışında, var olan psikolojik problemlerini ve insanlar arası ilişkilerdeki problemlerini inkar ederler (85). Bu hastalar çoğunlukla bağımsız kişiler olarak tanımlanırlar, fakat son zamanlardaki gözlemler diğer kişilere bağımlı olduklarını ileri sürmektedir. Sıklıkla doktordan ağrılarının giderilmesini talep ederler ve ağrıdan kurtulmak için cerrahi girişimlere de razı olurlar. Doktor doktor gezmek bu hastalarda sık gözlenir. Aile dinamikleri hastaya odaklanmış bir yaşantı oluşturacak biçimde değiştirilmiştir.

Ağrı hastaları sıklıkla iş ya da kendine bakım ile ilgili durumlarda kendilerini yetersiz ve aciz görürler. Özellikle sakinleştirici ve ağrı kesiciler olmak üzere, çok fazla ilaç talepleri olur ve sıklıkla da bunları elde ederler. Sürekli aşırı miktarda ilaç kullanmaları sebebiyle bu hastalarda hem psikolojik hem de fizyolojik ilaç bağımlılığı gelişme riski yüksektir (65).

2.1.6.5. Ayırıcı tanı ve komorbidite

Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken en önemli durum, ağrıya neden olabilecek tıbbi durumların ekarte edilmesidir. Ağrı subjektif bir bulgudur ve ağrının şiddetini ölçmek her zaman mümkün değildir. Aynı zamanda tıbbi kökenli ağrılar da psikolojik etkenlerle şiddetlenebilir. Bu sebeple henüz tanısı konulmamış tıbbi hastalıkların psikojenik ağrı tanısını koymadan önce mutlaka düşünülmesi gerekir. Tıbbi kökenli ağrılarının şiddeti genellikle dalgalanma gösterir ve duygusal, bilişsel, dikkate bağlı ve durumsal etkilere yüksek düzeyde duyarlıdırlar. Bu faktörlere duyarsız olan ve değişmeyen ağrının psikojenik olma olasılığı yüksektir. Ağrı artıp azalmazsa ve dikkat çelmesi veya analjeziklerle bile geçici de olsa rahatlama sağlanamazsa, klinisyen önemli bir psikojenik bileşenden şüphelenmelidir (70,85).

PAB, diğer somatoform bozukluklardan da ayırt edilmelidir. Hipokondriak bozukluğu olan hastalar ağrıdan yakınabilir ve ağrı bozukluğu olan hastalarda da bedenle zihinsel meşguliyet ve hastalık olduğuna inanma gibi hipokondriazise ait klinik özellikler gösterebilirler. Hipokondriazisi olan hastaların PAB olan hastalara göre çok daha fazla semptomu vardır ve bu semptomlar da PAB semptomlarına göre daha fazla dalgalanma eğilimi gösterir. Somatizasyon bozukluğunda da ağrı ana semptomdur ancak farklı olarak ağrıya eşlik eden birçok sistemi ilgilendiren fiziksel semptomlar bulunur. Konversiyon bozukluğunda ise ağrı genellikle kısa süreli ve akutur. Ayrıca, konversiyonda ağrı, tanımı gereği ana semptom olamaz.

Ayırt edilmesi gereken diğerk bir psikiyatrik bozukluk da depresyondur. Aynı zamanda ağrı bozukluğunda, depresyon en yüksek komorbiditesi olan hastalıktır. Tüm PAB olan hastalarının %25-50'sinde majör depresif bozukluk, %60-100'ünde distimik bozukluk veya depresif bozukluk semptomları bildirilmiştir (91). Eğer asıl tanı depresyon ise hastada ağrı semptomundan daha belirgin olarak depresif semptomlar göze çarpar. Komorbid bulunduğu durumlarda ise en belirgin depresif semptomlar anarji, anhedoni, libido azalması, insomnia ve irritabiledir; diurnal değışim, kilo kaybı ve psikomotor retardasyona ise nadiren rastlanır (44).

2.1.6.6.Gidiş ve Prognoz

Ağrı bozukluğunda ağrı genellikle ani başlar ve birkaç hafta veya ay içerisinde şiddeti artar. Prognoz değışkendir, fakat genellikle kronik, sıkıntılı ve fonksiyon kaybı yapıcıdır. Psikolojik etkenler baskın olduğunda ağrı tedavi ile veya dış pekiştireçlerin eliminasyonundan sonra yatışabilir. Hastalanma veya kazaya bağı olan ağrı ile ilgili tazminat davası gibi devam eden yasal bir soruşturma nın varlığı, işsizlik, cinsel ilgi azlığı veya kronik ağrının başlamasından önce bir somatizasyon öyküsünün olması bilinen kötü prognostik faktörlerdir (65).

2.1.6.7.Tedavi

Ağrıyı azaltmak mümkün olmayabileceğı için tedavi yaklaşımı rehabilitasyona yönelik olmalıdır. Klinisyenler tedavinin erken döneminde psikolojik faktörler konusunu tartışmalı, hastalara böyle faktörlerin hem fiziksel hem de psikojenik ağrının neden ve sonuçlarında önemli olduğunu açıkça söylemelidir.

Farmakoterapi: Ağrı bozukluğu olan hastaların çoğunda analjezikler faydalı olmaz. Ek olarak, madde kötüye kullanımı ve bağımlılık uzun dönem analjezik tedavisi alan hastalarda sık rastlanan bir sorundur. Sedatif ve anksiyolitik ajanlar da benzer şekilde kötüye kullanım, yanlış kullanım ve yan etkileri nedeniyle sorun oluştururlar.

Trisiklik ve SSRI gibi antidepresanların faydalı olduğu bulunmuştur. Antidepresanların ağrıyı antidepresan etkileri ile mi yoksa bağımsız, doğrudan analjezik etkiyle mi azalttıkları konusu tartışmalıdır. SSRI'ların başarısı, bozukluğun patofizyolojisinde seratoninin önemli olduğu hipotezini destekler. Bazı hastalarda

özellikle SSRI'lara ek olarak kullanıldığında analjezik etkileri olan amfetamin yararlı olabilir, fakat doz dikkatli monitörize edilmelidir.

Psikoterapi: Bazı veriler ağrı bozukluğu olan hastalarda psikodinamik psikoterapinin yararlı olduğunu göstermektedir. Psikoterapide birinci basamak hastayla empati kurarak terapötik bir ilişki oluşturmaktır. Sonrasında ağrının duyuşal yönlerini keşfedebilmek için hastanın kişilerarası ilişkileri incelenebilir ve ağrının kaynağına ulaşılabilir. Böylece hasta ilişkilerinde fiziksel yakınmalarının fonksiyonunu öğrenebilir. Bilişsel terapi, olumsuz düşünceleri değiştirmek ve pozitif bir tutum oluşturmak için kullanılır.

Bu tedavilerin yanı sıra biofeedback, hipnoz, transkutanöz sinir stimülasyonu ve dorsal kolon stimülasyonu gibi tedavi yöntemleri de kullanılır. Gerekli durumlarda hasta, hastanede yatırılarak kapsamlı bir ağrı denetim programına alınabilir. Multidisipliner ağrı üniteleri bilişsel, davranışçı ve grup terapileri gibi birçok psikiyatrik yaklaşımın yanında fizik tedavi ve egzersiz yolu ile yoğun fiziksel koşullanma sağlanmasını amaçlar (11,44,65).

2.2.FİBROMİYALJİ SENDROMU

FMS, yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ile karakterize ve beraberinde yorgunluk, uyku bozukluğu, irritabl kolon sendromu gibi kas-iskelet sistemi dışı klinik semptomları da içeren bir sendromdur (86). Fibromiyalji sözcük olarak, Latince kaynaklıdır; fibre (=lif); mys (=kas) ve algos (=ağrı) + ia (=durum) olarak tanımlanır. Araştırmacılar FMS'yi genelde primer ve sekonder olarak, 2 grupta incelemişlerdir. Primer FMS'de hastalığa sebep olan veya eşlik eden bir durum yoktur. Sekonder FMS'de ise, hastalardaki lokalize ağrıyı açıklayacak bir sebep vardır. Örneğin osteoartrit gibi. Fakat bu sebep tüm kliniği yansıtmaz. Ancak Amerikan Romatoloji Derneği bu ayırımın tanı amacı ile kullanılmasını önermemektedir. Bu sınıflama daha çok araştırmalarda kullanılmaktadır.

2.2.1.Tarihçe

Yüzyıl öncesine kadar 'nörasteni' ve benzeri terimlerle tarif edilmiş olan tablonun 'fibromiyalji' terimine giden yolu Gowers'ın 1904'te tabloyu 'fibrositis' olarak tanımlaması ile başlamıştır (87). Sir William Gowers, kas ağrıları ve kas romatizmalarının fibröz dokudaki inflamasyondan kaynaklandığını ileri sürmüş, o yüzden bu terimi kullanmıştır. Yapılan kas biyopsileri ile FMS'nin inflamatuvar ya da

dejeneratif bir niteliği olmadığı kanıtlanmıştır (87). Konnektif dokuların yapısında tekrarlanabilir kalıcı ve spesifik değişikliklerin gösterilememesine karşın, fibrozit terimi organik bir patolojinin bulunmadığı durumlarda hem lokal hem de genel kas iskelet sistemi ağrılarını tanımlamakta kullanılmıştır. Halen bazı kaynaklarda kullanılmaktadır. Bunun dışında psikojenik romatizma, non-artikuler romatizma, muskuler romatizma, yumuşak doku romatizması, miyofibrozitis terimleri de bu sendromun tanımlanmasında sıklıkla kullanılmıştır (88). Bu gelişmelerin sonucunda Hench ilk defa fibromiyalji (FM) terimini kullanmıştır (89). 1950'li yıllarda Lewis ve Kellegren hastalardaki psikolojik değişiklikleri sorgulamaya başlamışlardır (90). 1968'de Trout FM'yi sendrom olarak tanımlamış ve komponentlerini yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve kaslarda tendonların yapışma yerlerindeki hassasiyet olarak belirtmiştir. 1975'te Moldofsky FMS'nin etyolojik önemine dikkati çekerek demonstratif olarak anormal uyku paternlerini göstermiştir (87). Yunus FMS'li hastalar ve normal kontrol gruplarıyla yaptığı karşılaştırmalı çalışmalarla verilerini ve teşhis kriterlerini ortaya koymuştur (91). Ancak FMS'nin benimsenmesi ve tanı kriterlerinin klasik kitaplara girmesi, 1990 yılında yapılan çok merkezli bir kriter geliştirme çalışmasıyla olmuş sonrasında bu hastalık 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından da tanınmıştır (89).

2.2.2.Epidemiyoloji

FMS birçok ülkede yaygın olarak rastlanılan bir klinik antidedir. Romatoloji kliniklerinde %20, dahiliye kliniklerinde %6, aile hekimliği kliniklerinde %2 gözlenmiştir (87). Genel toplumda %3-6 oranında olduğu bildirilmektedir.

Türkiye'de 20-64 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada prevalans %3.6 bulunmuştur (92). Birçok ülkede yapılmış çalışmalar FMS'nin dünyada benzer sıklıkta bulunduğunu göstermiştir. FMS tanısı alan hastaların %80-90'ını kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmalar FMS belirtilerinin 40-60 yaşlarında daha sık ortaya çıktığını, toplumda sıklığının yaşla birlikte arttığını, başlıca risk faktörlerinin kadın olmak, boşanmış olmak, düşük eğitim ve düşük gelir düzeyi olduğunu göstermektedir (93,94).

2.2.3.Etyopatogenez

Yaklaşık yarım yüzyıldır fibromyaljinin etiyolojisini aydınlatmaya yönelik olarak yüzlerce araştırma yapılmıştır. Ancak bugün için bu sendromun etiyolojisi

halen bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar tarafından ileri sürölen çeşitli hipotezler bulunmaktadır. FMS'nin etiopatogenezini anlamaya yönelik araştırmalar arasında özellikle santral teoriler, fibromyaljinin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini anlamada önemlidir.

Santral teoriler

FMS'de uyku bozuklukları yaygın bir şekilde gözlenmektedir. FMS hastalarının EEG'lerinde uyku esnasında anormal paternlerin olduğu ilk olarak Moldofsky ve ark. tarafından gösterilmiştir (95). Bu anormal patern, Alfa EEG non-REM anomalisi olarak isimlendirilmiştir. Daha sonra yapılan deneysel bir araştırma ile sağlıklı insanlarda uyku bozukluğu yaratarak tüm klinik belirtileriyle FM tablosunun ortaya çıktığı gözlenmiş ve non-REM uykusundaki bozukluk nedeniyle fibromyaljinin ortaya çıktığı iddia edilmiştir. Ancak yapılan son araştırmalarda benzer uyku bozukluğunun başka bozukluklarda da görölmesi nedeniyle bu teori yeterli destek bulamamıştır (96).

FMS' de nöroendokrin sistemin rolünün araştırılması kapsamında, serotonin ve substans P seviyeleri ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (97,98). Serotonin, Non-REM uykusunun düzenleyicisidir, aynı zamanda ağrı oluşumunun ve depresyon, anksiyete bozukluklarının etyolojisindeki rolü en çok tartışılan nörotransmitterlerden biridir (97).

FMS'li hastalarda serotonin ve prekürsörü olan triptofan mekanizmaları anormal bulunmuştur. Sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, serum serotonin konsantrasyonları azalmış, plateletlerde serotonin reuptake reseptörlerinin sayısının artmış olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda FMS'nin şiddeti ile serum serbest triptofan düzeyi arasında ters korelasyon saptanmıştır (97,99). Serotoninin olası kaynağı beyin sapındaki raphe nükleus' tur. Bu çekirdeğin stimölasyonu uykuya neden olur ve bütün beyinde serotonin yoğunluğunu arttırır. Triptofanın serotonine dönüşümünün engellenmesiyle yavaş dalgalı uykuda azalma ve somatik semptomlarda artma ile FMS'li hastalardakine benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. Bu durumda serotonin etkinliği arttırıldığında semptomların azaldığı görölmüştür. MAO inhibitörleri ve trisiklik antidepresanların da, serotoninin inaktivasyonunu inhibe ederek serotonin miktarını arttırma yoluyla etki göstermesi serotonin yetmezliği varsayımını desteklemektedir (97,99,100,101).

Serotonin, HPA aksının sirkadiyen ritmini de etkiler. Çeşitli çalışmalar serotonin ve serotonin agonistlerinin HPA aksını sitümüle ettiğini, HPA aksının aktivitesi ile serotonin düzeyleri ve serotonin reseptörleri yoğunluğuyla paralellik olduğunu göstermiştir (99). Kas-iskelet sistemi ağrısı, anksiyete, uykusuzluk, psödod depresyon, barsakla ilişkili yakınmalar, dizesteziler, hipotiroidizm, iklimle ilişkili alevlenmeler ve hatta immün hücrelerin disfonksiyonunun serotonin eksikliğine bağlı olduğu bildirilmektedir (97,100).

FMS etyolojisinde ağrı transmisyonunda rol oynayan substans P düzeyleri ile ilgili çalışmalar da yapılmıştır. Artmış substans P düzeyleri üzüntü, gerginlik, yoğunlaşma zorluğu, ağrı ve bellek bozukluğuyla bağlantılıdır. Substans P' nin etki mekanizması belirsizdir. Kuramsal olarak egzersizle, endorfinler ve opioid peptidlerle düzeyi artmakta, aksonal düzeyde salınımının inhibe edilmesiyle de ağrı duyarlılığı düzenlenebilmektedir (101). FMS'li hastalarda BOS'ta substans P düzeyleri normal kontrollerden 3 kat daha yüksek bulunmuş, ancak muayenede hassas noktaların bulunması ile arasındaki bağlantının zayıf olduğu saptanmıştır. Semptomların tümünü açıklamak için başka anormallikler de bulunması gerektiği vurgulanmıştır (97,102).

Fibromyaljide nöroendokrin bozukluklarla ilgili yapılan diğer bir araştırma da Dekametazon Supresyon Testi (DST) ile ilgili olan araştırmalardır. Hudson ve ark., FMS ile majör affektif bozukluklar arasında bir psikobiyolojik ilişki olup olmadığını araştırmak için fibromyaljili hastalara DST uyguladıklarında hastaların %4'ünde supresyon olmadığını tespit etmişler ve bu oranın ayaktan izlenen hafif ve orta derecede depresyonu olan hastalarda elde edilen sonuçla benzer olduğunu bildirmişlerdir (103).

Neeck ve Riedel ise FMS'li hastalarda, Tiroid Releasing Hormona (TRH) Tiroid Stimulan Hormon (TSH) yanıtında küntleşme, serum kalsiyum ve kalsitonin düzeylerinde düşüklük saptamışlardır (104).

Ferraccioli ve ark. fibromyaljideki nöroendokrinolojik bulguları, diğer kronik romatolojik durumlardaki bulgularla karşılaştırmışlar ve FMS'nin bir alt grubunda endokrin sistem anormalliği olduğu (DST'de nonsupresyon, TRH'a hiperprolaktinematik yanıt) fikrine varmışlardır (105). Griep ve ark. FMS'li hastalarda sağlıklı sedanter kontrollere oranla Corticotropin Releasing Hormon (CRH) ve

Insulin Induced Hypoglycemia (IH) testlerinde belirgin olarak artmış adrenokortikotropin (ACTH) salınımı saptamışlardır. Fibromyaljinin hiperreaktif pitüiter ACTH salınımı ve adrenal bezin cevabında kısmi bir azalma ile giden bir nöroendokrin bozuklukla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (106).

Bu konuda araştırmalarını sürdüren kimi yazarlar ise FMS'li hastalarda, depresyondakine benzer şekilde sıklıkla tiroid bozukluklarına rastladıklarını bildirmektedirler (107). Kas dokusu için önemli bir anabolizan hormon olduğu düşünülen IGF-1 (Somatomedin C) düzeylerinin fibromyaljililerde belirgin şekilde azalmış olduğu ve Growth hormon-IGF-1 aksındaki değişikliklerin FMS'nin etiolojisinde rol oynayabileceğine dair görüşler de bulunmaktadır (108).

Birçok yazar FMS'de kronik ağrı ve stresin hipotalamo-pitüiter-tiroid aksında nöroendokrinolojik anormalliklere neden olduğu, özellikle kortizol, prolaktin ve TSH düzeylerinin değişiklikler gösterdiği fikrinde birleşmektedir (109).

Periferik teoriler

Kas çalışmaları

Fibromiyaljide kas iskelet ağrısının başlıca semptom oluşu araştırmacıları kasta patoloji aramaya yöneltmiştir. Morfolojik çalışmalarda hassas noktalarda rastlanan hafif nonspesifik metabolik değişiklikler MR spektroskopisi gibi daha gelişkin yöntemlerle gösterilememiştir. Fibromiyaljide ağrı, kaslardaki aşırı gerginliğe ve defektif sempatik kontrole bağlanmış, buna karşın EMG çalışmalarında herhangi bir bozukluğa saptanmamıştır. Sonuçta ilk çalışmalarda saptanan bazı patolojilerin FMS'ye özgü değil bu hastaların sedanter yaşam sürdürmelerine bağlı olduğu sonucuna varılmıştır (110).

Fibromiyaljide sempatik hiperaktivite, parasempatik hipoaktivite ve farklı uyaranlara karşı sempatik cevapta azalma gibi otonom sinir sistemi bozukluklarına sık rastlanmaktadır. Ancak tüm bu bozukluklar fibromiyaljiye özgü olmayıp kronik ağrılı birçok durumda saptanmaktadır.

İmmünolojik çalışmalar

FMS'li hastalarda immünolojik testler, serotonin eksikliği hipotezini destekler gibi görünmektedir. Hipotetik olarak, serotoninin doğal öldürücü hücreler (natural killer cell) ve özellikle makrofajlar ile monositler üzerine etkileri nedeniyle, bu hücrelerin aktiviteleri azalmıştır (97).

Fibromyalji ve psikiyatrik bozukluklar

Fibromiyaljili hastaların çeşitli şikayetlerine rağmen fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinde önemli bir bozukluk bulunamayışı hekimlerde semptomların psikolojik kaynaklı olabileceği düşüncesini uyandırmaktadır. Gerçekten de Beck Depresyon Ölçeği, SCL-90 ve anksiyete ölçekleri genellikle kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda eşlik eden farklı psikiyatrik bozukluklar farklı semptomları şiddetlendirmektedir (111). Fibromiyaljililerin doktora başvuru sırasındaki depresyon oranı %20, özgeçmişlerindeki depresyon oranı da %50 gibi yüksek oranlarda bildirilmektedir. Bu hastaların ailelerinde de depresyonun normal popülasyona göre sık olduğu gözlenmektedir. Ancak, FMS'de yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluk bildirilen bu çalışmaların, 3. basamak sağlık hizmeti veren üniversite kurumlarında yapılmış olması bu çalışmaların hastaların genelini yansıtmadığı şeklinde bir düşünceye yol açmaktadır. Bu görüşten yola çıkan bazı araştırmacılar, psikolojik faktörlerin fibromiyaljinin etyolojisinden çok hastaneye başvurma kararlarıyla ilişkili olduğu fikrini ileri sürmüşlerdir (112).

Bazı yazarlar ise ortak bir sebepten kaynaklandığını düşündüğü fibromiyalji, major depresif bozukluk, migren ve irritabl barsak sendromunu affektif bozukluk spektrumu adı altında toplamayı uygun görmüşlerdir (113). Bu görüşe göre, böyle bir tanımlama yapmanın gereği 'birkaç farklı sınıftan antidepresana tam olarak cevap veren bozuklukların hepsi, ortaya çıkmalarına neden olan etiyolojik zincir içerisinde ortak bir basamağı paylaşıyor olabilirler' düşüncesidir.

Psikiyatrik hastalıklar için tanımlanan 'somatize etmeye yatkın kişilik' özelliklerine benzer özellikler içeren 'ağrıya eğilimli kişilik'de fibromiyalji hastaları için tanımlanmıştır. Buna göre kişinin kendine yönelik yüksek beklenti düzeyi olması, bu nedenle iş merkezli yaşam, mükemmeliyetçilik, gevşeyememe ve hayattan zevk alamama, uyku bozuklukları, umutsuzluk, duygulanımsal ve kişiler arası çatışmaları inkar etme, bunun yerine somatik şikayetler geliştirme, öfke ve düşmanlık duygularıyla başa çıkamama, bağımlılık ve bakım gereksinimi gibi çocuksu ihtiyaçlar, ağrıya eğilimli kişilik özellikleri olarak belirtilmektedir (114).

Depresyon, anksiyete, post-travmatik stres bozukluğu, panik bozukluğu, somatizasyon gibi emosyonel bozukluklar, akut şiddetli veya sürekli mental stres, güçlüklerle başa çıkmada yetersizlik fibromiyalji sendromunda semptomları agra-

eden faktörler olarak ileri sürülmüş ve spesifik premorbid, ailesel ve psikodinamik karakteristikleri bakımından fibromyalji sendromunun fiziksel bir semptom olan ağrı ile kendini gösteren bir depresif bozukluk olabileceği ileri sürülmüştür (115).

Psikodinamik açıdan açıklamalar

FMS hakkında yapılan etyolojik araştırmalarda psişik faktörlerin ön plana çıkması ile FMS artık psikosomatik bir hastalık olarak tanımlanmaya başlanmış ve psikodinamik açıdan etyolojisi hakkında yorumlar getirilmiştir.

Freyberger, psikosomatik hastalıklarda, kendilik ve özsaygının yetersiz olduğunu, obje kaybı ya da algısı karşısında narsisistik zedelenme yaşadıklarını, depresyondaki gibi terkedilmiş olma tepkisine başvurduklarını ve depresif durumun fiziksel bozukluğuna yol açtığını belirtmiş ve bu durumu semptom-çatışma-kişilik arasındaki pregenital olgunlaşma yetersizliği zemininde oluşan bir süreç olarak tanımlanmıştır.

Alexander, semptomu simgesel bir anlam yükleyerek psikosomatik hastalıkları organ nevrozu olarak görmüştür. Bilinç dışı çatışmayı stres olarak yorumlayarak çatışma altında organizmada istemli sinir sistemi etkisi ile konversiyon ya da istem dışı sinir sistemi etkisi ile psikosomatik bozukluk olduğunu ve stres karşısında sempatik ya da parasempatik tepkilerin ortaya çıktığını belirtmiştir. O'na göre; kişi herhangi ruhsal bir çatışmayla karşılaştığında stres, gerilim yaşar ve bu gerilim limbik sistemdeki duygu merkezini zorlar ve homeostatik dengeyi bozar, bunun üzerine patojen savunmalar, engellenmiş dürtülerin harekete geçmesini önlemek için bazı hareketleri engeller. Hareketlerin bu inhibisyonu da, hareket alanındaki istemli kontrolün görece zayıflığını anlatır. İşte bu savunma çabası, istemli kas sisteminin fonksiyonel bozukluklarına yol açar. İçgüdüsel çatışmalar kaslarda hipertonic bir anlatımla ağrıya neden olurken, hipotonik bir anlatımla da yeti kaybına yol açabilir. Bu vakalarda tutulan kasların kişi için sembolik anlamları vardır. Özellikle istemli kaslarda meydana gelen kasılmalar bir anksiyete eşdeğeri olarak kabul edilir. Bunun dışında kin ve bastırılmış öfke de fiziksel olarak kas sistemiyle ilgili belirtilere yol açabilir (116,117).

Freud'a göre somatoform bozuklukların ve FMS'nin en önemli semptomu olan ağrı, olumsuz bir uyarana karşı savunma tepkisidir. Freud ağrının bir konversiyon semptomu olduğunu ve hoşnutsuzluk yaratan duyguların ağrıya

dönüştürüldüğünü ve sembolik bir anlam kazandığını ifade etmiştir. Sonraki araştırmacılar ağrının sosyal olarak kabul edilebilir bir agresyon biçimi olduğunu, suçluluk, pişmanlık ve düşmanlık duygularıyla bağlantılı olarak oluştuğunu bildirmişlerdir. Ağrı bilinç dışı bir güçlük veya çatışmadan kaçınmayı sağladığında birincil kazanç, belli bir güçlükten bilinçli olarak sakınma davranışı ve hasta rolünün oluşmasıyla ikincil kazanç elde edilmiş olur. Ağrının süregelenleşmesindeki temel sebep birincil kazancın sağlanmasıdır (118).

2.2.4.Klinik belirti ve bulgular

FMS'de klinik tabloyu oluşturan bulgu ve belirtiler çok çeşitlidir. Temel belirti ve bulgular kronik yaygın ağrı ve belli bölgelerde hassas noktalar. Yorgunluk, uyku bozukluğu, subjektif şişlik hissi, pareteziler, bilişsel bozukluklar, baş dönmesi, güçsüzlük hastalığın çok sık rastlanan belirtileridir.

Ağrı hastaların hekimlere başvurmalarının en önemli nedenidir. Zaman zaman bazı bölgelerde daha fazla hissedilmekle birlikte özelliği, vücudun alt ve üst kısmında, her iki yarısında yaygın olmasıdır. Fibromiyaljili hastalarda normalde ağrısız uyarılarla ağrı ortaya çıkması ve hafif ağrılı uyarılarla beklenenden daha şiddetli ağrı ortaya çıkışı gibi ağrı patolojileri görülebilmektedir. Hastalar ağrıyı yanıcı, batıcı, kemirici, sızlayan gibi farklı biçimlerde ifade edebilmektedirler (119).

Hassas noktalar, fibromiyaljinin en önemli muayene bulgusudur. Vücudun pek çok bölgesi sağlıklılara göre daha hassas olmakla birlikte aynı zamanda hassas noktaların palpasyonundan sonra hiperemi, deri ve derialtı dokusunun sıkılması ile de hassasiyet görülebilmektedir.

Hastaların %70-80 kadarında sabahları daha yoğun olmak üzere gün boyunca devam eden bir yorgunluk vardır. Genel bir enerjisizlik söz konusu olmasına karşın objektif kas gücü kaybı yoktur. Öğleden sonraları 1-2 saat kadar süren yorgunluğun olmadığı bir dönem görülebilmektedir. Bunun dışında fibromiyaljili hastaların önemli bir kısmı (kadınlarda %58, erkeklerde %80) aynı zamanda kronik yorgunluk sendromu kriterlerini de karşılar (120).

Hastaların yaklaşık %80'i uykuya dalmakta güçlük ve geceleri sık uyanma gibi uyku bozukluklarından yakınır. Uyku ertesi dinlenme hissetmediklerini, sabahları yorgun uyandıklarını ve yataktan kalkmada güçlük çektiklerini ifade ederler (91,121,122).

Büyük bir bölümünde özellikle ekstremitelerde olmak üzere vücudun herhangi bir yerinde uyuşma, karıncalanma gibi paretezik şikayetler vardır (123). Başlıca ellerde ve kolda olmak üzere eklemlerde ve yumuşak dokularda şişlik fibromiyaljili hastaların sık şikâyetlerindedir. Eklemler çevresinde olduğunda romatoid artrit gibi inflamatuvar romatizmal hastalıklarla karışabilir. Ancak muayenede objektif yumuşak doku şişliği veya artrit saptanmaz (91,124).

Fibromiyaljili hastalarda ayrıca, irritabl barsak sendromu, baş ağrısı, huzursuz bacak sendromu, temporomandibüler disfonksiyon, kronik yorgunluk sendromu, irritabl mesane sendromu, post travmatik stres bozukluğu gibi tabloların birlikte bulunması veya örtüşmesine sık rastlanmaktadır. Bu sendromlar günümüzde Santral Sensitizasyon Sendromları olarak ele alınmaktadır (125).

2.2.5.Tanı

Günümüzde fibromiyalji tanısı ACR 1990 kriterlerine göre konulmaktadır.

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

2.Palpasyonla 18 hassas noktadan en az 11'inde ağrı olması: Dijital palpasyon yaklaşık 4 kg basınç uygulayarak yapılmalıdır. Bir noktanın ağrılı kabul edilmesi için hasta palpasyonunun ağrılı (hassas değil) olduğunu söylemelidir. Hassas nokta muayenesi yapmak için hasta muayene masasına yatırılmalı her bir anatomik bölge parmakla palpe edilerek ağrı olup olmadığı sorulmalıdır. Bahsedilen 18 hassas noktanın anatomik yerleşimi şöyledir;

Oksiput: Bilateral suboksipital kas insersiyolarında

Alt servikal: Bilateral, C5-7 intertransvers bölgelerin önünde

Trapez: Bilateral, üst sınırın orta noktasında

Supraspinatus: Bilateral, origolarda, spina skapula üzerinde orta sınıra yakın

İkinci kosta: Bilateral, ikinci kostokondral bileşkede, üst yüzeylerin lateralinde

Lateral epikondil: Bilateral, epikondillerin 2 cm distalinde

Gluteal: Bilateral, kalça üst kadranında kasın ön kıvrımında

Büyük tokanter: Bilateral trokanterik çıkıntının posteriorunda

Diz: Bilateral, eklem çizgisi proksimalindeki medial yağ yastıkçığında (126).

Burada iki önemli nokta söz konusudur. En az 3 aydır devam eden yaygın ağrı olması ve hassas nokta sayısı (18 noktadan 11 inde hassasiyet olması). Diğer hastalıkların olması fibromiyalji tanısını dışlamamaktadır. Tanı için kullanılan laboratuvar veya radyolojik bulgu bulunmamaktadır.

Tanıda %88,4 duyarlılık ve %81,1 özgüllüğü olmasına rağmen son yıllarda ACR kriterlerinin tanıdaki yeterliliği ve kullanılabilirliği tartışılmaktadır (126). Genel olarak bu tanı kriterlerinin epidemiyolojik araştırmalarda, hasta gruplarının toplanmasında yeterli olabileceği, fakat günlük pratikte, atipik ağrıları olan hastalarda ve tedavi düzenlenmesinde yetersiz olduğu düşünülmektedir (127,128). Clauw, fibromiyaljili hastalarda tüm vücutta artmış bir hassasiyetin olduğunu ve hassas nokta kavramının tartışılması gerektiğini ileri sürmüştür (129). Bazı otörler ise tanı için 11 hassas nokta sayısının önemli olmadığını, eşlik eden klinik bulguların varlığında 8-9 hassas nokta sayısının yeterli olabileceğini bildirmişlerdir (127,128,130).

2.2.6.Fibromiyalji sendromunun sınıflandırılması

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

Thieme ve ark. primer fibromiyaljiyi 3 alt gruba ayırmışlardır. Birinci gruptaki hastalar disfonksiyonel olarak adlandırılmış ve anksiyetenin temel problem olduğu bildirilmiştir. İkinci grup psikiyatrik problemlerin eşlik ettiği fibromiyaljili hastaları kapsamakta, üçüncü gruptaki hastalarda ise psikiyatrik problem saptanmamaktadır (131).

Giesecke ve ark.'da benzer şekilde üç ana alt grup bildirmişlerdir. Birinci gruptaki hastalarda hassas noktalarda belirgin olarak artmış hassasiyet vardır, fakat psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. İkinci gruptaki hastalarda orta derecede hassasiyet artışı ve hafif psikiyatrik değişiklikler gözlenmiş, üçüncü gruptaki

hastalarda ise depresif ve kognitif değişikliklerin belirgin olduğu psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (132).

Müller ve ark. ise primer fibromiyaljiyi dört alt gruba ayırmış ve tedavinin bu gruplara göre belirlenmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir (133). Buna göre;

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

Grup 2: Fibromiyalji ve kronik ağrıya bağlı depresyon birlikteliği

Grup 3: Fibromiyalji ve depresyon birlikteliği

Grup 4: Somatizasyon bozukluğuna bağlı fibromiyalji

Grup 1: Tetikleyen faktör veya psikolojik bozukluk saptanmamıştır. İnterlökin (IL) 10, IL 1 ve tümör nekroz faktörü (TNF) alfa düzeylerinde kontrol grubuna göre belirgin artış olması, etiyolojide ılımlı immünolojik veya inflamatuvar süreçlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Gen bağımlı immünopatolojik mekanizmaların da etkili olabileceği düşünülmektedir. Tedavide nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar çok az etkilidir. 5HT3 reseptör blokajları ile (5mg tropisetron) çok iyi sonuçlar alınmıştır (134,135).

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

Grup 4: Bu grup hastalarda somatoform ağrı bozukluğu vardır. Geçmişte veya halen devam eden psikolojik stres, anormal duygusal modülasyona ve ağrı gelişimine neden olmaktadır. Bu hastalara bulguları nedeniyle birçok doktor tarafından yanlış tanı konulup, farklı tedaviler uygulanabilmektedir. Son yıllarda kullanılmakta olan fonksiyonel MRG ile patofizyolojik süreç hakkında bilgi edinilmeye başlanılmıştır. Tedavide psikoterapi ve psikoaktif ilaç kullanımı önerilmektedir (136).

2.2.7. Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda, miyofasyal ağrı sendromu (MAS), kronik yorgunluk sendromu, psikojenik ağrı, depresyon, romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus,

polimiyaljiya romatika, miyozitis gibi romatizmal hastalıklar, hipotiroidi ve nöropatiler düşünülmelidir. Romatizmal hastalıklar, hipotiroidi ve nöropatilerin ayırıcı tanısında klinik ve laboratuvar incelemeleri oldukça faydalıdır (107,137).

Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS): FMS ile en çok karışan tablo MAS'dır. Kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülen bu sendromda ağrı ve tutukluk yaygın değil, bölgeseldir. Aynı zamanda palpasyonla yansıyan ağrı yaratan odaklar (tetik nokta) vardır. Etkilenmiş kaslar palpasyonla şerit halinde ele gelir. FMS'de ise hassas noktalar kas dışı bölgelerdedir ve yansıyan ağrı olması gerekmez. MAS'da uyku bozukluğu genellikle yoktur (138).

Kronik yorgunluk sendromu: FMS, kronik yorgunluk sendromu (KYS) ile çok karışabilir. KYS altta yatan nedeni belli olmayan, popülasyonda orta sıklıkta görülen bir hastalıktır. KYS, günlük yaşam aktivitelerini engelleyen süregelen ve ağır yorgunluk olarak tanımlanır. Bunun yanı sıra kas veya eklem ağrısı, hafıza veya konsantrasyon bozukluğu, yeni baş ağrıları ve dinlendirmeyen uyku gibi semptomları da kapsar (139). KYS'de kadınlarda daha siktir, ancak ortalama görülme yaşı FMS'ye göre daha erkendir. Hastaların büyük kısmında ACR kriterlerine göre FMS'de tanımlanan 18 HN'nin çoğunda duyarlılık gözlenir ancak duyarlı noktaların sayısı FMS'den daha azdır. FMS kriterlerinden farklı olarak, KYS'de önde gelen semptom ağır yorgunluk ve halsizliktir, ayrıca KYS'nin sınıflandırma kriterlerinde bilinen belirgin kronik yorgunluğa neden olan hipotiroidizm, malignite, uyku apnesi, hepatit, madde bağımlılığı ve psikotik psikiyatrik hastalıklar gibi durumlar dışlanmalıdır (140).

Psikojenik ağrı: FMS ağrıları psikojenik ağrıyla da karışabilir, ancak psikojenik ağrıda semptomlar değişkendir, ağrı sinir ve kas sistemlerinin anatomisi ile uyumlu değildir ve belirgin hassas nokta yoktur. Hastalar her türlü dokunmaya ani ve abartılı geri çekmelerle cevap verirler ve belirtileri analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlardan etkilenmez. Ayrıca psikojenik kökenli ağrısı olan hastalarda beraberinde psikolojik etkenler bulunur. FMS'de ise ağrı lokalizasyonları bellidir. Hafif palpasyona dayanıklıdırlar. Belirtiler iklim şartlarına göre değişim gösterir (107).

Depresyon: FMS'de depresyon, diğer kronik ağrı durumlarında olduğu gibi oldukça fazla görülmektedir. Her ikisinde de uyku bozukluğu, yorgunluk ve normal

aktivite düzeyinde azalma mevcuttur. Ayırıcı tanıda diğer depresyon belirtileri aranmalıdır (107).

Diğer klinik durumlar: FMS enfeksiyon, diskopati, kas hastalıkları, çeşitli konnektif doku hastalıkları ve bir çok durumla karışabilir. Radyolojik ve laboratuvar incelemeler ile ayırıcı tanı yapılır (103,141).

2.2.8.Prognoz

Semptomlar genellikle yaşam boyu iniş çıkışlarla seyreder. Bazı hastalarda semptomlar yaşamı çok etkilemezken diğer bir grup hastada süregelen ve şiddetli semptomlar nedeniyle yaşam kalitesi ileri derece bozulabilir. Yapılan çalışmalarda FMS'lilerin %33'ü hastalıkları nedeni ile işlerini değiştirdiği ve %22'si hastalık nedeni ile emekli olduğu saptanmıştır (142).

2.2.9.Tedavi

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

Romatoloji ve FTR polikliniklerinde sık rastlanan fibromyalji sendromunun tedavisinde ilaç tedavisi ve/veya ilaç dışı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. İlaç dışı tedavi yöntemleri arasında egzersiz ve fiziksel uyumun artırılması, EMG biofeedback, lokal fizik tedaviler (buz, sıcak, ultrason, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu ve lazer), akupunktur, lokal enjeksiyonlar, masaj gibi tedavilerden faydalanılmaktadır (107,143). Ayrıca hipnoz, kognitif davranış terapisi ve gevşeme tekniklerinin yararlı olduğu bildirilmektedir.

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

düşük dozlarda kullanıldığında, plasebo ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardan daha iyi etki sağladığı gösterilmiştir (144). Ayrıca fluoksetin ve sertralin gibi SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) grubu antidepresanların maprotilin, imipramin gibi serotonerjik etkisi az olan antidepresanların da etkili olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Ek olarak, klorpromazin, meprobamat, diazepam, metakarbamol, alprazolam, moklobemid ve klormezazon gibi ilaçlar da FMS’da etkili bulunmuştur (107,144).

2.3.KİŞİLİK

Kişilik kavramı; bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içermektedir. Bu özellikler, bireyin bilişsel değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerini kapsamaktadır. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme biçimleri ve savunma düzenekleridir (71).

Günümüzde kişilik, karakter ve mizaç olarak iki bileşene ayrılmakta; karakter kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşamla başa çıkma biçimi olarak tanımlanırken mizaç ise kişinin doğuştan gelen daha çok biyolojik temeli olan davranış eğilimleri olarak ifade edilmektedir.

Kişiliğin oluşumunda doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk çağındaki fiziksel ve psikolojik koşullar yanında ayrıca olgunlaşma (maturation), öğrenme ve toplumsallaşma etkenleri de rol oynamaktadır (71).

Çok eski çağlardan beri kişiliğin tanımlanma ve sınıflanma gereksinimi hissedilmiş, çağın gereklerine uygun şekilde açıklamalar yapılmıştır. Örneğin Hipokrat ve Galenus kişiliği baskın vücut salgılarına göre (kanlı, sarı safralı, kara safralı, balgamlı), Krestmer (atletik, piknik, astenik, displastik) ve Sheldon (viserotonik, somatotonik, serebrotonik) beden tiplerine göre, Freud psikoseksüel gelişim dönemlerine göre (oral, anal, genital), Erickson psikososyal gelişim dönemlerine göre kişilik türlerini ve özelliklerini tanımlayarak kişiliğin oluşumundaki sebepleri ortaya koymaya çalışmışlardır (71).

Artık günümüzde kişiliğin tanımlanmasında bu tarz kategorik yaklaşımlardan ziyade boyutsal yaklaşımlar önem kazanmaya başlamıştır. Çünkü kategorik

yaklaşımlar ile kişilik özellikleri var ya da yok olarak değerlendirildiğinde ancak normal ve anormal (hasta) ayrımı yapılabilirken, normalin içindeki kişilik özellikleri sıralanamaz. Boyutlu yaklaşımda ise bireyler tanımlanan boyutlar üzerinde nicel farklılıklarına göre sıralanabilirler (145).

Cloninger'in, kişiliği araştırmak üzere ileri sürdüğü psikobiyojik model boyutsal yaklaşımlar içinde en çok benimsenenidir. O'na göre kişilik, yapısal açıdan mizaç, karakter ve zekayı kapsar. Mizaç kişiliğin biyolojik, karakter ise sosyal ve kültürel öğeleridir. Cloninger dört ana mizaç özelliği tanımlanmıştır: zarardan kaçınma (harm avoidance), yenilik arayışı (novelty seeking), ödül bağımlılığı (reward dependence) ve sebat etme (persistence) (146).

Zarardan kaçınma, ceza sinyalleri sonucunda davranışın ketlenmesini (inhibe edilmesini) belirtir. Yüksek düzeyde zarardan kaçınma; belirsizlikten korkma, sosyal ketlenme, yabancılardan utanma, kolay yorulma ve başkalarını kaygılandırmayacak durumlarda bile endişelenme ile gözlenir. Avantajı, tehlike söz konusu olduğunda tedbirlilik ve dikkatli planlamadır. Düşük düzeyde zarardan kaçınma gösteren kişiler kendinden emin, rahat, cesaretli, enerjik, sempatik, çoğu kişiyi endişelendiren durumlarda bile iyimserdirler.

Yenilik arayışı, ödül ve yenilik sinyalleri ile davranışın başlatılmasını belirtir. Yenilik arayışı yüksek olanlar; çabuk sinirlenen, meraklı, kolay sıkılan, dürtüsel, müsrif ve düzensiz kişilerdir. Yenilik arayışı düşük olanlar; yavaş mizaçlı, sorgulamayan, sevinç veya üzüntüye kayıtsız, düşünceli, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe katlanabilen ve düzenli kişilerdir. Yenilik arayışının yüksek olması bağımlılık davranışı için yatkınlaştırıcı bir özellik olarak tanımlanmıştır.

Ödül bağımlılığı, sosyal ödül işaretiyle davranışın sürdürülmesidir. Ödül bağımlılığı yüksek kişiler duygusal, sosyal olarak bağımlı ve hoş sohbet kişilerdir. Dezavantajı nesnelliklerini kaybetmelerine yol açacak kadar başkalarından etkilenmeleri ve objektif olamamalarıdır. Düşük olanlar ise pratik, katı, soğuk, sosyal olarak duyarsız, kararsız, objektif ve kaygısızdırlar.

Sebat etme, engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirmeye karşın davranışın sürdürülmesini yansıtır. Çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik olarak gözlenir. Yüksek düzeyde sebatkar olan insanlar çok çalışkan, azimli, ödül sezgisine yanıt olarak çabalarını artırma eğilimi gösteren, beklenilenden daha başarılı, hırslı

kişilerdir, engellenme ve yorgunluğu kişisel meydan okuma (challenge) olarak algırlar. Sebat etme düzeyi düşük olanlar; tembel, hareketsiz, değişken ve düzensizdirler, engellenmeyle karşılaştıklarında kolay vazgeçme eğilimindedirler.

Bu özellikler kalıtsaldır, erken çocukluk döneminde gözlenebilir, zamanla pek değişkenlik göstermez, ergen ve erişkin davranışın öngörücüsü olabilir ve farklı kültürler için geçerli olduğu gösterilmiştir.

Cloninger'e göre bu dört temel mizaç, dört temel duygu ile ilişkilidir. Zarardan kaçınma-korku, yenilik arayışı-öfke, ödül bağımlılığı-bağlanma, ve sebat etme-hırs ile ilişkilidir (145).

Cloninger ayrıca bu mizaç özelliklerini nörotransmitterlerle de ilişkilendirmiştir. Yenilik arayışında dopaminerjik, zarardan kaçınmada serotonerjik ve GABAerjik, ödül bağımlılığında serotonerjik ve noradrenerjik, sebatkar olma da ise serotonerjik ve glutamaterjik uyarımın etkili olduğu öne sürülmüştür (145).

Karakter mizaca göre çevresel etmenlerden daha fazla etkilenir, bu nedenle zamanla değişebilir. Üç ana karakter özelliği ayırt edilmiştir; kendini yönetme (self-directedness), işbirliğine yatkınlık (cooperativeness) ve kendini aşma (self-transcendence). Tam olarak geliştiklerinde bu özellikler olgun kişiliği tanımlarlar.

Kendini yönetme, kişinin ne kadar sorumlu, güvenilir, becerikli, amaca yönelik ve kendine güvenli olduğu ile ilgilidir. Kendini yönetme özelliği yüksek düzeyde olan bireylerin en avantajlı özelliği gerçekçi ve etkili olmalarıdır, yani davranışları gerçekçi, kendi seçtikleri amaçlarla uyumludur. Kendini yönetme özelliği düşük olan bireyler suçlayıcı, çaresiz, sorumsuz, güvenilirmez, tepkisel, kendilerine anlamlı amaçlar tanımlayıp sürdüremeyen kişilerdir. Kendini yönetme düzeyinin düşük olması kişilik bozukluğunun öngörücüsüdür. Diğer kişilik özellikleri ve koşullar ne olursa olsun, eğer kendini yönetme düzeyi düşük ise kişilik bozukluğu var demektir.

İşbirliğine yatkınlık, bireylerin ne derecede kendilerini toplumun ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirdiklerini ölçer. İşbirliğine yatkın olan kişiler empatik, hoşgörülü, sevecen, destekleyici ve ilkelidirler. İşbirliğine yatkın olmayanlar ise kendisiyle meşgul (self-absorbed), hoşgörüsüz, eleştirel, kinci, birincil olarak kendi çıkarlarını gözeten, başkalarının haklarını ve duygularını dikkate almayan kişilerdir. Kişilik bozukluğunun bütün kategorileri düşük işbirliğine yatkınlık ile bağlantılıdır.

Kendini aşma (selftranscendence) bireylerin kendilerini ne ölçüde evrenin bir parçası olarak değerlendirdiklerini ölçer. Kendini aşan (self-transcendent) bireyler gösterişe önem vermez, maneviyatçı (spiritual) ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, acı, hastalık veya ilerleyen yaşla kaçınılmaz olan ölümle karşı karşıya kalındığında uyumu kolaylaştırır. Kendini aşma özelliği düşük düzeyde olanlar pratik, kendini düşünen (self-conscious), maddeci ve idare edicidirler (146).

Kişilik özellikleri bireylerin strese karşı vermiş oldukları yanıtı etkilediğinden tüm hastalıklar özellikle de psikosomatik hastalıklar için önemli bir yatkınlaştırıcı faktördür. Günümüzde bu konuya yönelik çalışmalar her geçen gün daha da artmaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışmaya 2010-2011 yılları arasında Düzce Üniversitesi Psikiyatri AD'na başvuran, DSM-IV'e göre somatoform bozukluğu (somatizasyon bozukluğu, konversiyon, hipokondriyazis, psikojenik ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve beden dismorfik bozukluğu) tanısı konulan hastalar ile FTR polikliniğine başvuran fibromyalji tanısıyla takip edilen hastalardan testi uygun şekilde anlayıp cevaplayabilecek, en az ilkokul mezunu olan, çalışmaya katılmayı kabul edenler ile kontrol grubu için benzer sosyodemografik özelliklere sahip, en az ilkokul mezunu sağlıklı bireyler alındı.

Çalışmaya katılan 187 kişi, 30 kişi farklılaşmamış somatoform bozukluk, 28 kişi somatizasyon bozukluğu, 30 kişi konversiyon bozukluğu, 20 kişi hipokondriyazis, 18 kişi psikojenik ağrı bozukluğu, 1 beden dismorfik bozukluğu, 30 kişi fibromyalji sendromu hastaları ve 30 kontrol bireyleri olmak üzere 8 gruptan oluşuyordu.

3.2.Veri Toplama Aracı

Çalışmaya katılan bireylerin kişilik özellikleri Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE) ile değerlendirildi (Ek 1). Sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, ekonomik durum ve yaşadığı yer) ise çalışmada kullanılan test olan Hacettepe Kişilik Envanterinin cevap kağıtında ek bir bölüm olarak bireylere sunuldu (Ek 2).

3.3.Çalışmada Kullanılan Test

Çalışmada Hacettepe Kişilik Envanteri denilen, bireylerin 'kişisel' ve 'sosyal' uyum düzeylerini ölçme amacıyla İbrahim Ethem Özgüven tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, bireyin kendi yanıtladığı bir kişilik ölçeği kullanıldı.

HKE 'kişisel uyum' için dört ve 'sosyal uyum' için dört olmak üzere 8 alt ölçekten oluşan bir ölçektir. Alt ölçeklerin her biri için 20'şer soru ve geçerlik ölçeği (G) için 8 soru olmak üzere envanter toplam 168 sorudan oluşmuştur.

HKE'nin alt ölçekleri

Kişisel uyum alt ölçekleri

Kendini gerçekleştirme

Duygusal kararlılık

Nevrotik eğilimler

Psikotik belirtiler

Sosyal uyum alt ölçekleri

Aile ilişkileri

Sosyal ilişkiler

Sosyal normlar

Antisosyal eğilimler

3.3.1.Hacettepe Kişilik Envanteri'nin Uygulanması

HKE bireysel, sözel ve gruba uygulama olmak üzere üç farklı biçimde uygulanabilmektedir. Bu araştırmada bireysel uygulama biçimi kullanılmıştır (147).

HKE ruh sağlığı ve uyum düzeyleri hakkında genel bir fikir edinmek, çeşitli kuruluşlar ve okullarda tarama yapmak amacıyla kullanılabilir.

Bu çalışmada HKE bireyin kişisel ve sosyal uyum düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Uyumdan kasıt, bireyin hem kendisi, hem çevresi ile iyi ilişkiler kurabilmesi ve bunu sürdürebilmesidir.

Sağlıklı bir kişilik gelişiminin, bireyin sosyal ve kişisel yönü arasında dengeli bir etkileşimle mümkün olacağı düşünülür.

Bireyin kişisel yönü; davranış kalıplarını, tepki örüntüsünü, davranış biçimini, gerçekten ne yaptığını; sosyal yönü ise bireyin uyarıcı bir sistem olarak başkaları üzerinde bıraktığı etki ya da izlenimleri anlatır. Bireyin kişisel ve sosyal yaşantısıyla ilgili nitelikler Hacettepe Kişilik Envanterinin iki temel bölümünü oluşturmaktadır.

3.3.2.Hacettepe Kişilik Envanteri'nin Güvenirlik ve Geçerliliği

Özgüven tarafından, çeşitli gruplar üzerinde envanterin aralıklı tekrar yöntemiyle yapılan güvenirlilik çalışmaları genel sonucu olarak alt ölçeklere ilişkin güvenirlilik katsayıları 0.58 ile 0.92 arasında ve ortalama 0.82 civarındadır. Hacettepe Kişilik Envanterinin test-tekrar test güvenirliliği(Genel uyum) $r=0.92$, (Kişisel uyum) $r=0.93$, (Sosyal uyum) $r=0.84$; madde analizi değerleri 0.77 ile 0.94 arasındadır. Ara korelasyonlar ve iç tutarlılık katsayıları yüksektir (147).

Normal gruplarla psikiyatri kliniklerinde psikotik ve nevroitik tanısı konmuş bireylere HKE uygulanmıştır. Sonuçlar arasında 0.01 düzeyinde anlamlı farklar bulunmuştur. Bu çalışmada envanterin alt ölçeklerinin tümünün önemli düzeyde bu

grupları birbirinden ayırt edebildiği görülmüştür. Sonuç olarak HKE toplam ve alt ölçeklerinin klinik vakaları normal bireylerden ayırabildiği anlaşılmıştır (147).

Bireyin maksatlı cevaplandırma davranışı üzerinde ‘yanıltma’ ile ilgili çalışma sonuçları da kişinin ‘normal’ cevaplandırmadan farklı olarak kendisini önemli düzeyde ‘uyumlu’ ya da ‘uyumsuz’ göstermede başarılı olmadığını göstermektedir (147).

Benzer ölçek geçerliği yöntemi ile yapılan çalışmalarda, HKE puanları ile MMPI alt ölçekleri arasındaki korelasyonların çoğunluğu 50’nin üzerinde olmak üzere 40 ile 78 arasında değişmiştir. SCL-90, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Benlik Tasarımı ölçekleri ile yapılan ‘benzer ölçek geçerliği’ çalışmalarında HKE’nin klinik vakalarla normal kişileri ayırt edebildiğini göstermiştir (147).

3.3.3.Hacettepe Kişilik Envanteri’nin Puanlanması

HKE Evet/Hayır şeklinde iki cevaptan birini seçmeyi öngören ‘zorunlu seçme yöntemi’ ile yanıtlanan bir envanterdir. HKE’nin puanlanmasında alt ölçeklerde her doğru cevap için bir puan verilmelidir.

Envanterin puanlaması yapılmadan önce, (B) ve (G) puanlarının elde edilmesinde fayda vardır. (B) puanı bireyin envanteri cevaplandırırken gerçek olarak kendisini yaşantıları doğrultusunda ifade edip etmediği, kendisini savunucu bir tutum içinde olup olmadığı yönünü kabaca ifade eden bir geçerlik puanıdır (147). Boş bırakılan madde sayısı toplanarak elde edilmektedir. (B) puanının artması negatif olarak yorumlanmaktadır. Cevap kağıdındaki (B) puanının bir alt ölçekte 2 ve toplamda 8 ve daha fazlası olması halinde cevap kağıdı geçersiz sayılmalı ve puanlamaya dahil edilmemelidir (147).

(G) puanı bireyin envanteri dikkatli ve bilinçli bir içgörü ile cevaplandırıp cevaplandırmadığı, dikkatle her maddeyi okuyup incelemeyen cevap kağıdını doldurup doldurmadığı gibi envanteri doldurma davranışına ilişkin bir geçerlik puanıdır. (G) puanının elde edilmesi için aynı şekilde işaretlenmiş olması gereken maddeler vardır. Bunlar; (21-167), (42-143), (63-120), (84-95), (105-71), (126-48), (147-25), (168-1)’dir. Bu maddeler cevap kağıdında aynı şekilde işaretlenmiş ise puan verilmeli, farklı ise puan verilmemelidir (147).

Geçerlik puanının olabileceği maksimum değer 8'dir. Uygulamada, (G) puanının 5 ve daha aşağı olması halinde cevap kağıdı geçersiz sayılmakta ve puanlamaya dahil edilmemektedir (147).

HKE toplam puanları olan 'Kişisel Uyum', 'Sosyal Uyum' ve 'Genel Uyum' puanlarını elde etmek için alt ölçek puanları toplanmalıdır. KG, DK, NE, PB alt ölçeklerinin toplamı ile Kişisel Uyum; Aİ, Sİ, SN, AE alt ölçeklerinin toplamı ile de Sosyal Uyum puanları elde edilir. Kişisel uyum ve sosyal uyum puanlarının toplamı ile de genel uyum puanı elde edilir.

HKE'de hangi maddenin hangi alt ölçeğe ait olduğu ve soruların doğru cevapları Ek 3'de verilmiştir (147).

3.3.4.Hacettepe Kişilik Envanteri Puanlarının Normları

Envanterden elde edilen puanlar 'ham puan'lardır. Ham puanlar bireyin ölçülen nitelikler yönünden durumunun ne olduğu hakkında açık bir anlam ifade etmez. Bireyin aldığı puan bir referans grubuna göre karşılaştırıldığı zaman bir anlam kazanır (147).

HKE'ne ilişkin bireysel puanların yorumlanması için 'yüzdeler normları' geliştirilmiştir. Buna göre, her ölçek için %50, %75 ve %25'lik puanlar verilmiş ve o ölçek için bireyin uyum düzeyi açıklanmaya çalışılmıştır.

HKE'den alınan puanların azalması uyum düzeyinin düştüğü, puanların yükselmesi ise uyum düzeyinin arttığı anlamına gelir. Yorumlama da bireyin herhangi bir alt ölçekten aldığı puan, o ölçek için verilen yüzdeler değerler içinde hangi gruba girdiğine bakılır. Örneğin bireyin aldığı puan %25'lik dilime giriyorsa bireyin o ölçek için tedavi gerektirecek kadar uyumsuzluğunun olduğunu ifade eder. %50'lik değer ortanca değerdir. %25-50 arasında bir yüzdeye karşılık gelirse bireyin o alt ölçek için koruyucu hizmet alacak düzeyde uyumsuz olduğunu ifade eder. %50-75 arasındaki bir yüzdeye karşılık gelmesi ise bireyin o alt ölçek için derece farkı ile uyumlu olduğunu gösterir. %75lik bir yüzdenin üzerine karşılık gelmesi ise bireyin o alt ölçek için uyumlu olduğu şeklinde yorumlanır.

Tablo 1-2-3'de HKE'nin çeşitli norm gruplarına uygulanmasından elde edilen yüzdeler normlarının ham puan karşılıkları verilmiştir (147).

Tablo 1. Kişisel uyum alt ölçeklerinin yüzdeler normları

	KG	DK	NE	PB
%75	12	11	12	12
%50	9	8	9	9
%25	6	5	6	6

Tablo 2. Sosyal uyum alt ölçeklerinin yüzdeler normları

	Aİ	Sİ	SN	AE
%75	13	13	13	12
%50	10	10	10	9
%25	7	7	7	6

Tablo 3. HKE toplam alt ölçeklerinin yüzdeler normları

	KU	SU	GU
%75	43	52	95
%50	36	46	82
%25	30	40	70

3.3.5. Ölçekten Elde Edilen Verilerin Yorumlanması

Kişisel uyum alt ölçekleri

Kendini gerçekleştirme (KG)

Kendini gerçekleştirme puanı, kendini gerçekleştiren kişinin davranış özelliklerinden kendine güvenme, kendi yeteneklerinin farkında olma, kendi kendine karar verebilme, doğru bildiğini söyleyebilme, kabul edildiği ve bir işe yaradığı duygusu içinde olma gibi niteliklerle ilişkilidir.

Kendini gerçekleştirme puanı yüksek olan kişiler kendine güvenen, yeteneklerinin farkında olan, kendi kendine karar verebilen, doğru bildiğini söyleyebilen, kabul edildiği ve bir işe yaradığı duygusu içinde olan bireylerdir. Puanın düşük olması ise, bireyin kendine güvensiz, kararsız, çekingen ve toplumda kabul edilmediği, bir işe yaramadığı duygusu içinde olduğunu göstermektedir (147).

Duygusal kararlılık (DK)

Duygusal kararlılık puanının yüksek oluşu, bireyin duygusal yönden kararlı oluşunu belirtir. Duygusal kararlılık puanı yüksek olan bireyler, genellikle kendine

güvenen, az üzülen, alıngan olmama gibi özellikleri gösteren kişilerdir. Çoğu kez sakin ve huzurlu bireyler izlenimi verirler.

Başkalarından pek az tavsiye isterler. Kendi kararlarını kendileri verme eğilimindedirler. Ortaya çıkan yeni ve yabancı durumlardan çekinmezler. Acil durumlarda etkili davranışlar gösterirler.

Puanı düşük olan kişiler, genellikle gergin ve kaygılı olurlar. Sıkıntılı durumlarda gözyaşlarını tutamazlar. Karşılaştıkları yeni durumlarda ise ya korkak ve çekingen, ya da aşırı düzeyde atak ve kavgacı olabilirler (147).

Nevrotik eğilimler (NE)

Nevrotik belirtileri olan kişiler, kronik yorgunluk, baş ağrısı, uyuyamama, görme güçlükleri, iştahsızlık vb. çeşitli somatik belirtilerin birinden ya da birkaçından şikayetçidirler. Nevrotik kişiler, duygusal çatışmalarını genellikle fiziksel yollardan ifade etmektedirler. Ayrıca, nevrotik eğilimler benliğini olduğu gibi kabul edememe, mükemmelliyetçi olma, eleştiriye açık olmama gibi davranışları da içerirler.

Nevrotik eğilimler puanının yüksek bulunması, bu tür belirtilerin azlığını, düşük olması ise çokluğunu gösterir (147).

Psikotik belirtiler (PB)

Psikotik belirtiler puanı düşük olan bireylerde, insanlardan uzaklaşma ve yalnız kalmayı yeğleme eğilimi, dikkatini bir noktada toplama güçlüğü ve hayal kurma eğilimi gözlenir. Bu bireyler, alıngan ve aşırı duygusaldır. Kendilerine yönelik düşünceleri fazladır.

Psikotik belirtiler puanının yüksek olması bireyin, insanlardan uzaklaşma, yalnız kalma, dikkatini toplayamama, sürekli hayal kurma gibi olumsuz kişilik özelliklerini göstermediğini ifade etmektedir (147).

Sosyal uyum alt ölçekleri

Aile ilişkileri (Aİ)

Bu alt ölçekten elde edilen puan, bireyin ailesi ile olan ilişkilerini yansıtır. Puanın yüksek bulunması, kişinin anne babası ve kardeşleri ile dostça ve sağlıklı ilişkiler içinde olduğunu, ailesini sevdiğini, ailesi tarafından sevildiğini gösterir.

Bu tür bireyler, aile üyelerini normal ölçüler içinde, kendilerinden istekte bulunan, ancak belli düzeyde bağımsız olma hakkını onlara tanıyan kişiler olarak

görürler. Zamanlarının çoğunu aileleri ile evde geçirirler ve birlikte etkinlik gösterirler.

Aile ilişkileri puanının düşük bulunması ise; bireyin ailesi ile olan ilişkilerinde, karışıklık ve uyumsuzluk bulunduğuna işaret eder.

Genellikle anne babası ve kardeşleri ile problemleri olan bireyler, aile üyelerini çok otoriter bulurlar, onların kendilerinden çok fazla şey beklediklerini düşünürler. Çok zorunlu durumlar dışında, evde olmaktan kaçınırlar, evden kaçma isteklerini sık sık ifade ederler (147).

Sosyal ilişkiler (Sİ)

Sosyal ilişkiler puanı, bireylerin diğer insanlarla olan ilişkilerinin niteliğini belirtir. Puanın yüksek oluşu, sosyal olgunluk yönünden bireyin uyumlu ve sosyal becerilerinin yüksek düzeyde olduğuna işaret eder. Bu kişiler arkadaşları ve diğer yetişkin grupları içinde mutlu ve rahat bir görünüm verirler. Konuşmaktan hoşlanırlar ve başkalarının söylediklerine ilgi gösterirler. Başkalarını sever ve başkaları tarafından sevilirler. Topluluk içinde esnek bir tutum benimserler, kabul gören davranışlar sergilerler. Kendilerini sosyal durumlarda uygun şekilde idare etmesini bilirler.

Sosyal ilişkiler puanının düşük olması ise bireyin sosyal beceriler ve sosyalleşme bakımından yetersiz olduğu anlamına gelir. Bu kişiler, arkadaş grupları içerisinde iken, kendilerini mutlu ve rahat hissetmezler. Konuşmaktan ve başkaları ile bir arada olmaktan hoşlanmazlar. Dışarıdan gelen sosyal uyarıcılara tepki göstermede isteksiz hareket ederler ya da hiç tepki göstermezler (147).

Sosyal normlar (SN)

Sosyal normlar puanı, uyulması zorunlu yasal durumlara olduğu kadar, dikkate alınması gereken sosyal kural ve toplum değerlerine ve başkalarının haklarına saygılı olma, bunun yanı sıra kendi istek ve gereksinimlerini de toplumla uzlaşarak, belli ölçülerde bağımsız olarak karşılama gibi davranışları ölçer.

Sosyal normlar puanının yüksek olması, bireyin başkalarının haklarını anlayışla karşıladığı, kişisel isteklerini grubun gereksinimlerine göre erteleyebildiğini ya da değiştirebildiğini gösterir. Bu kişiler toplumda neyin yanlış neyin doğru olarak kabul edildiğinin bilincindedirler (147).

Antisosyal eğilimler (AE)

Antisosyal eğilimler puanının düşük olması, bireyin antisosyal eğilimlere sahip olduğunu gösterir. Antisosyal eğilimleri olan kişiler, genellikle sert, öfkeyle dolu, kavgacı, incitme isteği duyan, zor kullanmaya eğilimli, öç alma duyguları içinde olan, saygısız bireylerdir. Eşyalara, özellikle başkalarının eşyalarına zarar vermekten, bilinçli olarak toplumsal normlara ters düşen davranışlarda bulunmaktan hoşlanırlar ve bu şekilde kişisel doyum sağlamaya çalışırlar.

Antisosyal eğilimler puanının yüksek olması, bireyin belirli ölçüler içinde bu tür eğilimleri olmadığına işaret eder (147).

3.4.İstatistiksel Analiz Yöntemleri

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 15.0 analiz programı ile bilgisayar ortamında yapıldı. Kategorik yapıdaki sosyodemografik özellikler ve çalışma grupları arasındaki ilişkiler Likelihood Ki-Kare analizi ile incelendi ve istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ alındı. İlişkinin anlamlı olduğu durumlarda ise karşılaştırma, oranlar arası farka ait T testi kullanılarak yapıldı.

HKE'nin çalışma gruplarına göre değerlendirilmesinde çalışma gruplarının her birinde HKE alt ölçek ham puanlarının ortalamaları alındı. Ortalamaların kıyaslanması One-Way ANOVA testi kullanılarak yapıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ olarak alınan bu çalışmada Post Hoc Testi de anlamlılığı belirtmek için kullanıldı.

4.BULGULAR

4.1.Sosyodemografik Özellikler

Çalışma grubu; 28 somatizasyon bozukluğu, 30 farklılaşmamış somatoform bozukluk, 30 konversiyon bozukluğu, 20 hipokondriyazis, 1 beden dismorfik bozukluk, 18 psikojenik ağrı bozukluğu, 30 fibromyalji hastası ile 30 kontrol grubu olmak üzere 187 kişiden oluşmaktaydı. Çalışma grubumuzda 1 BDB hastası olması üzerine istatistiksel analizlerde bu hasta çalışma dışında bırakıldı.

Çalışmamızda bireylerin sosyodemografik bilgileri ile ilgili sorular uygulanacak test olan HKE cevap anahtarının üzerinde ek bir bölüm olarak sunuldu. Sosyodemografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, ekonomik durum ve yaşadıkları yer olmak üzere 7 parametre çalışmaya katılan bireylere soruldu.

Çalışma grubundaki yaş dağılımının incelenebilmesi için katılımcılar 20 yaş altı, 20-30 yaş, 30-40 yaş, 40-50 yaş ve 50 yaş üstü olarak gruplandı (tablo 4).

Tablo 4. Çalışma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı

	Yaş					Toplam	P
	<20y	20-30	30-40	40-50	50<		
Somatiz. Bozuk.	0 ,0%	3 10,7%	10 35,7%	10 35,7%	5 17,9%	28 100,0%	0,069
F.somat. Bozuk.	1 3,3%	10 33,3%	6 20,0%	9 30,0%	4 13,3%	30 100,0%	
Konversiyon	3 10,0%	10 33,3%	7 23,3%	8 26,7%	2 6,7%	30 100,0%	
Hipokondriyazis	2 10,0%	6 30,0%	4 20,0%	6 30,0%	2 10,0%	20 100,0%	
P.Ağrı Bozuk.	1 5,6%	1 5,6%	4 22,2%	9 50,0%	3 16,7%	18 100,0%	
Fibromyalji	0 ,0%	1 3,3%	9 30,0%	10 33,3%	10 33,3%	30 100,0%	
Toplam (HG)	7 4,5%	31 19,9%	40 25,6%	52 33,3%	26 16,7%	156 100,0%	
Kontrol	2 6,7%	6 20,0%	7 23,3%	10 33,3%	5 16,7%	30 100,0%	
Toplam	9 4,8%	37 19,9%	47 25,3%	62 33,3%	31 16,7%	186 100,0%	

Tablo incelendiğinde çalışmaya katılan 156 hasta bireyden 7 (%4,5)'sinin 20 yaş altında, 31 (%19,9)'inin 20-30 yaş arasında olduğu, 40 (%25,6)'ının 30-40 yaş arasında olduğu, 52 (%33,3)'sinin 40-50 yaş arasında olduğu, 26 (%16,7) kişinin de 50 yaş üstünde olduğu görülmektedir.

Hastalık gruplarına göre yaşlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamasa da hastalıkların belli yaş gruplarında daha ağırlıklı olduğu görüldü ($p=0,069$). Buna göre çalışmaya alınan somatizasyon bozukluğu hastalarının çoğu 30-50 yaş arasında iken FSB hastalarının çoğu ise 20-50 yaş arasında idi. Konversiyon hastalarının ise 40 yaş altında daha sık olduğu görüldü. Hipokondriyazis hastalarının yaş dağılımı ise 20-50 yaş arasında diğer yaş gruplarına göre nispeten daha fazla idi. PAB hastalarının çoğunluğunun belirgin olarak 30-50 yaş arasında olduğu görülürken fibromyalji hastalarının çoğunluğunun ise belirgin olarak 30 yaş üstünde toplandığı görüldü. Kontrol grubunun yaş dağılımı ise çalışmaya alınan hastalık grupları ile istatistiksel olarak farklılık yaratmayacak şekilde seçildi. Buna göre kontrol grubunda yaş dağılımının çoğunluğu hastalık gruplarının toplamında olduğu gibi 20 yaş üstü bireylerden oluşuyordu.

Çalışma grubumuzun cinsiyet dağılımı incelendiğinde toplam hastalık grubunda (Toplam HG) 116 (%74,4) kişinin kadın, 40 (%25,6) kişinin erkek cinsiyette olduğu görüldü. Hastalık gruplarına göre cinsiyet dağılımı (tablo 5) incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p\leq 0.001$).

Tablo 5. Çalışma grubunun cinsiyet dağılımı

	Cinsiyet		Toplam	P
	Kadın	Erkek		
Somatiz. Bozuk.	20 71,4%	8 28,6%	28 100,0%	<0.001
F.somat. Bozuk.	24 80,0%	6 20,0%	30 100,0%	
Konversiyon	30 100,0%	0 ,0%	30 100,0%	
Hipokondriyazis	9 45,0%	11 55,0%	20 100,0%	
P.Ağrı Bozuk.	9 50,0%	9 50,0%	18 100,0%	
Fibromyalji	24 80,0%	6 20,0%	30 100,0%	
Toplam (HG)	116 74,4%	40 25,6%	156 100,0%	
Kontrol	21 70,0%	9 30,0%	30 100,0%	
Toplam	137 73,7%	49 26,3%	186 100,0%	

Tablo incelendiğinde somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluğu grubu ve fibromyalji grubunda kadın cinsiyetin belirgin olarak fazla olduğu, konversiyon grubunun ise tamamının kadın cinsiyetten oluştuğu görüldü

(istatistiksel olarak farklılığı oluşturan grup). Hipokondriyazis grubunda ise erkek bireylerin sayısı, kadın bireylerden 2 kişi daha fazla idi. Psikojenik ağrı bozukluğu grubunda ise kadın- erkek sayısı eşit olarak bulundu. Kontrol grubunun cinsiyet dağılımı ise çalışma grubuyla benzer olacak şekilde çoğunluk olarak kadın bireylerden seçildi.

HKE, bireyin kendi kendine uygulayabileceği 168 sorudan oluşan bir test olması ve bireyin sorulan soruları yapabilmesi için anlayabilecek seviyede olması gerektiğinden çalışma grubuna en az ilkokul mezunu olan bireyler alındı. Bu sebeple çalışma grubunun eğitim düzeyini araştırmak için ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunları olmak üzere çalışma grubu eğitim yönünden 4 gruba ayrılarak incelendi (tablo 6).

Sonuç olarak hastalık gruplarında toplam 94 kişinin (%60,3) ilkokul mezunu, 17 (%10,9) kişinin ortaokul mezunu, 29 (%18,6) kişinin lise mezunu ve 16 (%10,2) kişinin üniversite mezunu olduğu saptandı. Hastalık gruplarına göre eğitim düzeyleri kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,767$).

Tablo 6. Çalışma grubunun eğitim düzeyleri

	Eğitim				Toplam	P
	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite		
Somatiz. Bozuk.	16 57,1%	4 14,3%	3 10,7%	5 17,9%	28 100,0%	0,767
F.somat. Bozuk.	17 56,7%	2 6,7%	8 26,7%	3 10,0%	30 100,0%	
Konversiyon	18 60,0%	5 16,7%	6 20,0%	1 3,3%	30 100,0%	
Hipokondriyazis	13 65,0%	1 5,0%	4 20,0%	2 10,0%	20 100,0%	
P.Ağrı Bozuk.	12 66,7%	0 ,0%	4 22,2%	2 11,1%	18 100,0%	
Fibromyalji	18 60,0%	5 16,7%	4 13,3%	3 10,0%	30 100,0%	
Toplam (HG)	94 60,3%	17 10,9%	29 18,6%	16 10,2%	156 100,0%	
Kontrol	18 60,0%	3 10,0%	6 20,0%	3 10,0%	30 100,0%	
Toplam	112 60,2%	20 10,8%	35 18,8%	19 10,2%	186 100,0%	

Tablo incelendiğinde tüm hastalık gruplarında ilkokul mezunu bireylerin belirgin olarak çoğunlukta olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun eğitim düzeyi de hastalık grupları ile benzer şekildedir.

Çalışma grubunun medeni durum açısından incelenmesi için bekar, evli, dul olmak üzere 3 alt grup oluşturulup çalışma grubumuz bu 3 alt gruba göre değerlendirildi (tablo 7). Sonuç olarak toplam hastalık grubunun 23 (%14,8) bekar, 117 (%75,0) evli ve 16 (%10,2) dul bireyden oluştuğu görüldü.

Hastalık gruplarına göre medeni durum alt grupları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p=0,118).

Tablo 7. Çalışma grubunun medeni duruma göre dağılımı

	Medeni durum			Toplam	P
	Bekar	Evli	Dul		
Somatiz. Bozuk.	6 21,4%	22 78,6%	0 ,0%	28 100,0%	0,118
F.somat. Bozuk.	4 13,3%	18 60,0%	8 26,7%	30 100,0%	
Konversiyon	3 10,0%	24 80,0%	3 10,0%	30 100,0%	
Hipokondriyazis	4 20,0%	15 75,0%	1 5,0%	20 100,0%	
P.Ağrı Bozuk.	3 16,7%	15 83,3%	0 ,0%	18 100,0%	
Fibromyalji	3 10,0%	23 76,7%	4 13,3%	30 100,0%	
Toplam (HG)	23 14,8%	117 75,0%	16 10,2%	156 100,0%	
Kontrol	5 16,7%	24 80,0%	1 3,3%	30 100,0%	
Toplam	28 15,1%	141 75,8%	17 9,1%	186 100,0%	

Tablo incelendiğinde somatizasyon bozukluğu ve PAB grubunda olan bireylerin çoğunluğunun evli bireylerden oluştuğu ve hiç dul bireyin olmadığı görülmektedir. FSB hastalarının da çoğunluğunun evli bireyler olduğu ancak dul bireylerin diğer hastalık gruplarına göre bu grupta belirgin düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Konversiyon bozukluğu ve fibromyalji grubunda da benzer şekilde evli bireyler çoğunluktadır, dul ve bekar birey sayısında ise anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Hipokondriyazis grubunda da yine evli bireylerin çoğunlukta olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun medeni durum dağılımı da toplam hastalık grubu ile benzer şekildedir.

Çalışma grubunun meslek açısından değerlendirilmesinde ev hanımı, memur, öğrenci, işçi ve diğer olmak üzere katılımcılar 5 alt grupta incelendi (tablo 8).

Sonuç olarak çalışma grubundaki bireylerin 82 (%52,5) tanesinin ev hanımı, 25 (%16,0) tanesinin memur, 10 (%6,4) tanesinin öğrenci, 25 (%16,0) tanesinin işçi ve 14 (%9,1) tanesinin diğer meslek grubunda olduğu bulundu.

Hastalık gruplarına göre bireyler meslek açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p=0,014$).

Somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu grubunda belirgin çoğunluğu ev hanımları oluştururken bu hastalıkların diğer meslek alt grupları dağılımında belirgin bir özellik görülmedi. Hipokondriyazis ve PAB grubunda ise ağırlıklı bir meslek grubu saptanamadı.

Tablo 8. Çalışma grubunun meslek dağılımı

	Meslek					Toplam	P
	EH	Memur	Öğrenci	İşçi	Diğer		
Somatiz. Bozuk.	11 39,3%	6 21,4%	5 17,9%	3 10,7%	3 10,7%	28 100,0%	0.014
F.somat. Bozuk.	20 66,7%	5 16,7%	0 ,0%	5 16,7%	0 ,0%	30 100,0%	
Konversiyon	22 73,3%	1 3,3%	2 6,7%	4 13,3%	1 3,3%	30 100,0%	
Hipokondriyazis	6 30,0%	4 20,0%	2 10,0%	4 20,0%	4 20,0%	20 100,0%	
P.Ağrı Bozuk.	4 22,2%	4 22,2%	1 5,6%	5 27,8%	4 22,2%	18 100,0%	
Fibromyalji	19 63,3%	5 16,7%	0 ,0%	4 13,3%	2 6,7%	30 100,0%	
Toplam (HG)	82 52,5%	25 16,0%	10 6,4%	25 16,0%	14 9,1%	156 100,0%	
Kontrol	16 53,3%	5 16,7%	2 6,7%	5 16,7%	2 6,7%	30 100,0%	
Toplam	98 52,7%	30 16,1%	12 6,5%	30 16,1%	16 8,7%	186 100,0%	

FSB grubunda öğrenci ve diğer meslek grubunda hiç birey yok iken belirgin çoğunluk yine ev hanımı idi. FMS grubunda da benzer şekilde çoğunluğu ev hanımları oluşturuyordu ancak öğrenci grubunda hiç birey bulunmuyordu. Diğer meslek alt grupları dağılımında da dikkati çeken bir özellik görülmedi. Kontrol grubunun meslek dağılımı da toplam hastalık grubu ile benzer şekilde idi.

Çalışma grubunun ekonomik durumları bireylerin bireysel algılarına göre kötü, orta ve iyi olmak üzere 3 grupta sınıflandı (tablo 9).

Sonuç olarak çalışma grubundaki bireylerin 47 (%30,1) tanesinin ekonomik durumlarını kötü, 73 (%46,8) tanesinin orta, 36 (%23,1) tanesinin ise iyi olarak nitelendirdiği bulundu. Bu sonuçlar kontrol grubunun ekonomik durum algıları ile benzer düzeyde idi.

Sonuç olarak çalışma grupları arasında bireysel algılarına göre ekonomik düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,941).

Tabloyu incelediğimizde çalışma gruplarının her birinin, kendi ekonomik düzeylerini daha çok orta olarak nitelendirdiği görülmektedir.

Tablo 9. Çalışma grubunun bireysel algılarına göre ekonomik durumları

	Ekonomik durum			Toplam	P
	Kötü	Orta	İyi		
Somatiz. Bozuk.	8 28,6%	13 46,4%	7 25,0%	28 100,0%	0,941
F.somat. Bozuk.	10 33,3%	14 46,7%	6 20,0 %	30 100,0%	
Konversiyon	9 30,0%	15 50,0%	6 20,0%	30 100,0%	
Hipokondriyazis	6 30,0%	9 45,0%	5 25,0%	20 100,0%	
P.Ağrı Bozuk.	5 27,8 %	8 44,4%	5 27,8%	18 100,0%	
Fibromyalji	9 30,0%	14 46,7%	7 23,3%	30 100,0%	
Toplam (HG)	47 30,1%	73 46,8%	36 23,1%	156 100,0%	
Kontrol	4 13,3%	20 66,7%	6 20,0%	30 100,0%	
Toplam	51 27,4%	93 50,0%	42 22,6%	186 100,0%	

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da toplam hastalık gruplarının ekonomik düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 10. Çalışma grubunun ikamet ettiği yere göre dağılımı

	İkamet			Toplam	P
	Köy	İlçe	Şehir		
Somatiz. Bozuk.	8 28,6%	11 39,3%	9 32,1%	28 100,0%	0,237
F.somat. Bozuk.	4 13,3%	9 30,0%	17 56,7%	30 100,0%	
Konversiyon	9 30,0%	10 33,3%	11 36,7%	30 100,0%	
Hipokondriyazis	6 30,0%	2 10,0%	12 60,0%	20 100,0%	
P.Ağrı Bozuk.	3 16,7%	8 44,4%	7 38,9%	18 100,0%	
Fibromyalji	7 23,3%	14 46,7%	9 30,0%	30 100,0%	
Toplam (HG)	37 23,7%	54 34,6%	65 41,7%	156 100,0%	
Kontrol	6 20,0%	10 33,3%	14 46,7%	30 100,0%	
Toplam	43 23,1%	64 34,4%	79 42,5%	186 100,0%	

Çalışma grubunun sosyodemografik incelemelerindeki son parametreyi bireylerin ikamet ettiği yer oluşturuyordu. Bu anlamda köy, ilçe ve şehir olmak üzere çalışma grubu yaşadıkları yere göre gruplandı (tablo 10).

Sonuç olarak toplam hastalık grubunda 37 (%23,7) bireyin köyde, 54 (%34,6) bireyin ilçede ve 65 (%41,7) bireyin şehirde yaşamış olduğu görüldü. Hastalık gruplarına göre ikamet yerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (p=0,237).

SB, PAB ve FMS gruplarının çoğunluğu ilçede yaşamaktaydı. FMS grubu içinde ilçede yaşanların oranı diğer hasta gruplarındakilere oranla daha fazla da olsa bu fazlalık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. FSB ve hipokondriyazis gruplarının çoğunluğu şehirde yaşamaktaydı ancak diğer ikamet bölgelerindeki dağılımlar arasında dikkati çeken bir sıklık durumu izlenmedi. KB olan hastalarının ikamet dağılımı ise her 3 alanda da benzer düzeyde idi. Kontrol grubunun ikamet dağılımı da toplam hastalık grubuna benzer şekildeydi; çoğunluğu şehirde yaşayan bireylerden oluşuyordu.

4.2.Hacettepe Kişilik Envanterinin Değerlendirilmesi

HKE, yorumlanırken alt ölçeklerden alınan ham puanların yüzdeler hangi dilime girdiğine bakılmaktadır. Yüzdeler dilim değerinin büyümesi o alt ölçek için uyum düzeyinin iyi, küçük olması ise uyum düzeyinin kötü olması (uyumsuzluk) yönünde yorumlanmaktadır.

Somatoform bozukluklar ile fibromyalji arasındaki kişilik özelliklerini karşılaştırdığımız bu çalışmada HKE sonuçları çalışma gruplarına göre aşağıda açıklanmıştır.

4.2.1.HKE KG alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Kendini gerçekleştirme (KG), kendine güvenme, kendi kendine kararlar verebilme, kendini ifade edebilme özelliklerini yansıtır. SB, FSB, KB, PAB, FMS ve KoG'da alınan bu alt ölçek ortalama puanlarının (tablo 11) HKE yüzdeler normlarına göre %50-75'lik dilime girdikleri bulunmuştur. Bu anlamda bu grupların uyum düzeyinin nispeten iyi olduğu; KG alanında kabul edilebilir tutum ve davranışlar içinde oldukları düşünülür.

Tablo 11. Çalışma gruplarının KG alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	10,6786	3,18624	6,00	17,00	50-75	0,043
F.somat. Bozuk.	30	10,1000	3,51695	1,00	15,00	50-75	
Konversiyon	30	10,1000	3,79973	2,00	18,00	50-75	
Hipokondriyazis	20	7,5500	2,62528	3,00	10,00	25-50	
P.Ağrı Bozuk.	18	10,9444	4,72132	2,00	18,00	50-75	
Fibromyalji	30	11,1333	3,55967	2,00	18,00	50-75	
Kontrol	30	10,2333	4,28858	4,00	17,00	50-75	

HP'de KG ortalama puanı ise $7,5 \pm 2,6$ olarak bulunmuştur (tablo11). Bu değer HKE yüzdelik normlarına göre %25-50'lik dilime girer. Bu anlamda HP olan bireylerin kendine güvensiz, kararsız, çekingen ve toplumda kabul edilmediği ve bir işe yaramadığı duygusu içinde oldukları yorumu yapılmaktadır.

KG'ye göre çalışma grupları kıyaslandığında hipokondriyazis grubunun uyumunun fibromyalji grubunun uyumuna göre belirgin olarak kötü olduğu bulunmuştur ($p < 0,017$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak belirgin bir fark saptanmamıştır.

4.2.2.HKE DK alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Tablo 12. Çalışma gruplarının DK alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	6,5714	3,54264	1,00	13,00	25-50	<0,001
F.somat. Bozuk.	30	6,5333	3,80320	1,00	16,00	25-50	
Konversiyon	30	6,9000	3,37690	2,00	16,00	25-50	
Hipokondriyazis	20	5,8500	2,88873	3,00	10,00	25	
P.Ağrı Bozuk.	18	7,7778	2,46280	5,00	13,00	25-50	
Fibromyalji	30	7,0000	3,43411	2,00	14,00	25-50	
Kontrol	30	10,4000	2,58110	7,00	15,00	50-75	

Duygusal kararlılık (DK) puanının yüksek olması bireyin duygusal açıdan kararlı, kendine güvenen, sakin ve huzurlu olduğunu gösterir. SB, FSB, KB, PAB, FMS gruplarında bulunan bu alt ölçek ortalama puanları HKE yüzdelik normlarına

göre %25-50'lik dilime girer (tablo 12). Bu anlamda bu grupların uyum düzeylerinin nispeten kötü olduğu, bu gruplardaki bireylerin gergin, kaygılı, karşılaştıkları yeni durumlarda korkak ve çekingen ya da aşırı düzeyde atak ve kavgacı bir tutum sergiledikleri düşünülür.

HP olan bireylerin ise DK ortalama puanlarının HKE yüzdelik normlarına göre %25'e denk gelmesi sebebiyle bu gruptaki bireylerin bu alanda kritik düzeyde, diğer gruplara oranla daha uyumsuz oldukları görülmektedir.

KoG'nin ise DK ortalama puanı HKE yüzdelik normlarına göre %50-75'lik dilime girer. Yani 'bu bireyler nispeten rahat, huzurlu bireylerdir ve karşılaştıkları yeni durumlarda etkili tutum ve davranışları sergileyebilirler' yorumu yapılabilir.

DK alt ölçeğine göre çalışma grupları kıyaslandığında Somatizasyon Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriyazis ve Fibromyalji gruplarının, kontrol grubundan farklı olarak DK puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$), yani uyumları daha kötüdür. Psikojenik ağrı bozukluğunun DK uyumunun tüm gruplarla kıyaslanmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$).

4.2.3.HKE NE alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Tablo 13. Çalışma gruplarının NE alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	4,8214	3,35607	,00	13,00	0-25	<0,001
F.somat. Bozuk.	30	6,0000	2,98271	2,00	12,00	25	
Konversiyon	30	5,2667	3,83211	,00	15,00	0-25	
Hipokondriyazis	20	5,7000	3,75710	2,00	12,00	0-25	
P.Ağrı Bozuk.	18	6,8333	2,61781	4,00	14,00	25	
Fibromyalji	30	6,3667	4,50657	,00	16,00	25	
Kontrol	30	11,8333	3,16319	6,00	17,00	50-75	

Nevrotik eğilimler (NE) puanının düşük olması bireyin kronik yorgunluk, baş ağrısı, uykusuzluk, iştahsızlık vb. çeşitli somatik belirtilerin birinden ya da birkaçından şikayetçi oldukları, duygusal çatışmalarını genellikle fiziksel yollardan ifade ettikleri, ayrıca benliğini olduğu gibi kabul edememe, mükemmelliyetçi olma, eleştiriye açık olmama gibi davranışları içerir. SB, KB, HP'de patolojik düzeyde

(%0-25), FSB, PAB ve FMS’de ise kritik düzeyde (%25) olmak üzere bu eğilimlerin bu gruplarda çok fazla olduğu bulunmuştur (tablo13).

KoG’de NE ortalama puanı HKE yüzdelerine göre %50-75’lik dilime denk gelir. Buna göre; KoG’deki bireylerin nevroitik özelliklere pek sahip olmadıkları, toplum için kabul edilebilir düzeyde bu özelliklerinin olduğu sonucuna varılır.

NE alt ölçeğine göre çalışma grupları istatistiksel olarak kıyaslandığında kontrol grubunun diğer gruplara göre NE puanının anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksek olduğu, diğer grupların ise kendi aralarında benzer olduğu bulunmuştur.

4.2.4.HKE PB alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Tablo 14. Çalışma gruplarının PB alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	6,7857	2,69921	3,00	15,00	25	<0,001
F.somat. Bozuk.	30	7,8000	3,61415	3,00	14,00	25-50	
Konversiyon	30	6,9667	3,42892	2,00	17,00	25	
Hipokondriyazis	20	6,9000	2,75108	2,00	11,00	25	
P.Ağrı Bozuk.	18	8,0556	2,60028	4,00	14,00	25-50	
Fibromyalji	30	8,7333	3,87684	3,00	16,00	25-50	
Kontrol	30	10,9000	3,59454	4,00	14,00	50-75	

SB, KB ve HP’de kritik düzeyde (%25), FSB, PAB ve FMS’de sağlıklı bireylere göre daha uyumsuz (%25-50), olmak üzere psikotik belirtilere (PB) sahip oldukları bulunmuştur (tablo 14). Bu anlamda bu gruplardaki bireylerin bu alanda uyumsuz oldukları; insanlardan uzaklaşma ve yalnız kalmayı yeğleme eğilimi, dikkatini bir noktada toplama gücü, hayal kurma eğilimi, kendilerine yönelik düşüncelerin fazla olması, alıngan ve aşırı duygusal olma gibi olumsuz kişilik özelliklerine sahip oldukları düşünülür. KoG grubunun uyumu ise (%50-75) toplum içinde kabul edilebilir düzeydedir.

PB alt ölçeğine göre çalışma grupları kıyaslandığında Somatizasyon Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, Konversiyon Bozukluğu, ve Hipokondriyazis’in, Kontrol grubundan farklı olarak PB puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bir başka deyişle psikotik belirtileri kontrol

grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Fibromyalji ve Psikojenik Ağrı Bozukluğu'nun PB uyumları ise tüm gruplarla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2.5.HKE Aİ alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Aile ilişkileri (Aİ), ölçeğinden elde edilen puan bireyin aile ilişkilerini yansıtır. SB'nda Aİ ortalama puanı HKE yüzdelik normlarına göre %75'e denk gelirken, HP, FMS ve KoG gruplarında %50-75'lik dilime denk gelir (tablo 15). Bu anlamda, bu gruplardaki bireylerin anne babası ve kardeşleri ile dostça ve sağlıklı ilişkiler içinde olduğu, ailesini sevdiği, ailesi tarafından da sevildiği anlaşılır.

Tablo 15. Çalışma gruplarının Aİ alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	13,6786	4,07389	3,00	19,00	75	0,010
F.somat. Bozuk.	30	9,6000	5,53110	1,00	19,00	25-50	
Konversiyon	30	10,9333	4,33059	3,00	19,00	50	
Hipokondriyazis	20	12,3000	3,88113	7,00	19,00	50-75	
P.Ağrı Bozuk.	18	11,8889	3,37620	7,00	19,00	50-75	
Fibromyalji	30	11,8000	3,80018	3,00	19,00	50-75	
Kontrol	30	12,6333	2,79758	7,00	18,00	50-75	

FSB'de Aİ ortalama puanı ise HKE yüzdelik normlarına göre %25-50'lik dilime denk gelir. HKE testi yorumlarına göre, FSB olan bireylerin eş, anne, baba ve kardeşleri ile dostça ve sağlıklı ilişkiler içinde olamadığı, aile içinde önemli uyum problemleri yaşadıkları, kendileri dışındaki aile üyelerini çok otoriter buldukları onların kendilerinden çok fazla şey beklediklerini düşündükleri sonucu çıkarılabilir.

KB'de Aİ ortalama puanı HKE yüzdelik normlarına göre %50'e denk gelir. Uygulanan testin yorumuna göre, KB olan bireylerin aile ilişkileri yönünden derece farkıyla uyumlu oldukları düşünülür.

Aİ alt ölçeğine göre çalışma grupları kıyaslandığında Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğu olan bireylerin aile ilişkileri, Somatizasyon Bozukluğu olan bireylere göre anlamlı derecede kötüdür ($p<0.004$). Ancak diğer çalışma gruplarının aile ilişkileri yönünden kıyaslanmasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

4.2.6.HKE Sİ alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Sosyal ilişkiler (Sİ) puanı, bireylerin diğer insanlarla olan ilişkilerinin niteliğini belirtir. SB, PAB, FMS ve KoG gruplarında Sİ ortalama puanı HKE yüzdelik normlarına göre %50-75’lik dilime denk gelir (tablo 16). Bu anlamda, bu gruplardaki bireylerin sosyal olgunluk yönünden nispeten uyumlu ve sosyal becerilerinin nispeten iyi düzeyde olduğu, topluluk içindeki tutum ve davranışlarının toplum için kabul edilebilir düzeyde olduğu düşünülür. FSB, KB ve HP gruplarının ise Sİ ortalama puanlarının HKE’ne göre %50’e denk gelmesi nedeniyle bu alanda bu kişilerin derece farkıyla uyumlu oldukları düşünülür.

Tablo 16. Çalışma gruplarının Sİ alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	11,0000	3,63114	1,00	18,00	50-75	0,213
F.somat. Bozuk.	30	10,3333	2,80803	3,00	15,00	50	
Konversiyon	30	10,5333	3,86615	3,00	17,00	50	
Hipokondriyazis	20	10,0500	3,10305	6,00	15,00	50	
P.Ağrı Bozuk.	18	12,0000	4,31141	4,00	18,00	50-75	
Fibromyalji	30	11,3000	4,09499	1,00	18,00	50-75	
Kontrol	30	12,3667	3,69047	7,00	20,00	50-75	

Sİ alt ölçeğine göre çalışma grupları istatistiksel açıdan kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.2.7.HKE SN alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Tablo 17. Çalışma gruplarının SN alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	14,6429	1,52058	11,00	18,00	75-100	0,161
F.somat. Bozuk.	30	13,7333	2,93532	9,00	19,00	75	
Konversiyon	30	13,7000	2,56165	6,00	18,00	75	
Hipokondriyazis	20	12,9500	3,11997	6,00	17,00	50-75	
P.Ağrı Bozuk.	18	14,1111	1,64098	11,00	17,00	75-100	
Fibromyalji	30	14,4000	2,02740	10,00	19,00	75-100	
Kontrol	30	13,3667	2,23581	11,00	18,00	75	

Sosyal normlar (SN) puanı, uyulması zorunlu yasal durumlara olduğu kadar, dikkate alınması gereken sosyal kural ve toplum değerlerine ve başkalarının haklarına saygılı olma, bunun yanı sıra kendi istek ve gereksinimlerini de toplumla uzlaşarak, belli ölçülerde bağımsız olarak karşılama gibi davranışları ölçer. SB, PAB ve FMS’de SN ortalama puanı HKE yüzdelerine göre %75-100’lük dilime denk gelirken, FSB, KB ve KoG’de ise %75’e denk gelir (tablo 17). Bu anlamda, bu gruplarda olan bireylerin başkalarının haklarını anlayışla karşıladığı, kişisel isteklerini grubun gereksinimlerine göre erteleyebildiği ya da değiştirebildiği anlaşılır. HP olan bireylerin ise bu özelliklerinin (%50-75) toplum içinde kabul edilebilir düzeyde oldukları bulunmuştur.

SN alt ölçeğine göre çalışma grupları istatistiksel açıdan kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.2.8.HKE AE alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Tablo 18. Çalışma gruplarının AE alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	10,8214	3,18624	4,00	17,00	50-75	0,178
F.somat. Bozuk.	30	10,9333	3,13966	5,00	16,00	50-75	
Konversiyon	30	11,4667	3,61733	4,00	18,00	50-75	
Hipokondriyazis	20	10,8500	2,39022	5,00	13,00	50-75	
P.Ağrı Bozuk.	18	11,7778	3,00109	5,00	18,00	50-75	
Fibromyalji	30	11,3667	3,13471	6,00	17,00	50-75	
Kontrol	30	13,0000	4,14396	3,00	18,00	75-100	

Antisosyal eğilimler (AE) puanı, bireyin antisosyal eğilimlere sahip olup olmadığını gösterir. SB, FSB, KB, HP, PAB ve FMS gruplarında AE ortalama puanları HKE yüzdelerine göre %50-75’lik dilime denk gelir (tablo 18). Bu anlamda, bu gruplardaki bireylerin öfkeli, kavgacı olma, başkalarını incitme isteği duyma, zor kullanmaya eğilimli olma, öç alma duyguları içinde olma gibi olumsuz kişilik özelliklerinin patolojik düzeyde olmadığı, toplum içinde kabul edilebilir düzeyde olduğu anlaşılır.

KoG olan bireylerin ise AE ortalama puanı ise HKE yüzdelerine göre %75-100'lük dilime denk gelir. Bu anlamda KoG'nin antisosyal eğilimlerinin diğer gruplara nazaran daha az olduğu sonucuna varılmaktadır.

AE alt ölçeğine göre çalışma grupları istatistiksel açıdan kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2.9.HKE KU alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Kişisel uyum (KU) puanı, yukarıda açıklanan 4 ölçek (KG, DK, NE, PB) puanlarının toplanmasıyla elde edilir. SB, KB ve HP'de KU ortalama puanı HKE yüzdelerine göre %0-25'lik dilime, FSB'de %25'e, PAB ve FMS'de ise %25-50'lik dilime denk gelir (tablo 19). Bu anlamda, bu çalışmaya göre SB, KB, HP ve FSB'deki bireylerin kişisel uyumlarının patolojik düzeyde, PAB ve FMS gruplarının ise toplum düzeylerine göre daha kötü olduğu yorumu yapılmaktadır.

Tablo 19. Çalışma gruplarının KU alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	28,8214	10,20549	15,00	51,00	0-25	<0,001
F.somat. Bozuk.	30	30,4333	10,35136	17,00	55,00	25	
Konversiyon	30	29,2667	13,02500	11,00	63,00	0-25	
Hipokondriyazis	20	26,0000	9,85687	13,00	42,00	0-25	
P.Ağrı Bozuk.	18	33,6667	10,70459	19,00	53,00	25-50	
Fibromyalji	30	33,2000	12,71817	10,00	63,00	25-50	
Kontrol	30	43,3667	10,80703	24,00	59,00	75	

KoG'de ise KU ortalama puanı HKE yüzdelerine göre %75'e denk gelir. Bu anlamda, bu çalışmaya göre KoG'deki bireylerin kişisel uyumunun iyi olduğu anlaşılır.

KU alt ölçeğine göre çalışma grupları istatistiksel açıdan kıyaslandığında Somatizasyon Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriyazis, Fibromyalji ve Psikojenik Ağrı Bozukluğu gruplarının KU puanlarının Kontrol grubundan farklı olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu yani kişisel uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

4.2.10.HKE SU alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Tablo 20. Çalışma gruplarının SU alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	50,1429	9,12755	21,00	63,00	50-75	0,188
F.somat. Bozuk.	30	45,2000	9,87997	27,00	58,00	25-50	
Konversiyon	30	46,8000	11,41505	30,00	69,00	50	
Hipokondriyazis	20	46,1500	8,89278	29,00	58,00	50	
P.Ağrı Bozuk.	18	49,7778	7,53467	41,00	69,00	50-75	
Fibromyalji	30	48,6667	11,12107	20,00	72,00	50-75	
Kontrol	30	51,3667	9,49222	36,00	62,00	50-75	

Sosyal uyum (SU) puanı, yukarıda açıklanan 4 ölçek (AI, SI, SN, AE) puanlarının toplanmasıyla elde edilir. SB, PAB, FMS ve KoG'de SU ölçeği ortalama puanları HKE yüzdellik normlarına göre %50-75'lik dilime denk gelir (tablo 20). Bu anlamda, bu gruplardaki bireylerin sosyal uyumu toplumda kabul edilebilir düzeydedir. KB ve HP olan bireylerin SU'ları ise derece farkıyla (%50) iyidir. Ancak FSB olan bireylerin SU'u HKE yüzdellik normlarına göre %25-50'lik dilime denk gelir ve toplum standartlarına göre daha kötü olduğu yorumu yapılabilir.

SU alt ölçeklerine göre çalışma grupları istatistiksel açıdan kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu anlamda tüm gruplar benzerdir.

4.2.11.HKE GU alt ölçeğinin değerlendirilmesi

Tablo 21. Çalışma gruplarının GU alt ölçek ortalama puanları.

	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	MİN.	MAX	HKE UYUMLULUK %	P
Somatiz. Bozuk.	28	78,9643	17,48964	36,00	112,00	25-50	0,001
F.somat. Bozuk.	30	75,6333	18,43251	45,00	111,00	25-50	
Konversiyon	30	76,1667	23,45808	46,00	131,00	25-50	
Hipokondriyazis	20	71,6500	17,61660	36,00	91,00	25-50	
P.Ağrı Bozuk.	18	83,4444	17,63760	63,00	122,00	50-75	
Fibromyalji	30	81,8667	22,07938	30,00	135,00	25-50	
Kontrol	30	94,7333	18,89158	61,00	117,00	50-75	

Genel uyum (GU) puanı, KU ve SU ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilir. SB, FSB, KB, HP ve FMS gruplarında GU ortalama puanları HKE yüzdelerine göre %25-50'lik dilime denk gelir (tablo 21). Bu anlamda, bu gruplardaki bireylerin genel uyumlarının toplum standartlarına göre kötü olduğu anlaşılır. PAB ve KoG gruplarının GU ortalama puanları ise HKE yüzdelerine göre %50-75'lik dilime denk gelir ve bu grupların genel uyumlarının toplum içinde kabul edilebilir düzeyde oldukları anlaşılır.

GU ölçeğine göre Somatizasyon Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu ve Hipokondriyazis Bozukluğu olan bireylerin genel uyumları Kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşüktür ($p < 0,05$). Ancak fibromyalji ve psikojenik ağrı bozukluğu olan bireylerin genel uyumları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p > 0,05$).

Tüm alt ölçekleriyle birlikte HKE değerlendirildiğinde kontrol grubunun uyumunun diğer çalışma gruplarına göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Fibromyalji grubunun uyumunun ise somatoform bozukluklarla benzer şekilde olduğu, Somatoform Bozukluklardan da en çok Psikojenik Ağrı Bozukluğundaki bireylerin kişilik özelliklerine benzediği bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Bir FTR uzmanının fibromyalji tanısıyla takip ettiği bir hastayı bir psikiyatristin somatoform bozukluk tanısı koyarak takip ve tedavi etmesi bu iki hastalığın birbirine ne kadar benzediğinin en basit ve somut kanıtıdır. Başlangıçta romatolojik bir hastalık olarak tanımlanan FMS'nin etyolojik araştırmalarının hipotezden öteye gidememesi, pozitif laboratuvar bulgularının olmaması ve hastalık semptomlarının psişik faktörlerle olan ilişkisi ilgili uzman ve otörlerin dikkatini çekmiş olacak ki FMS artık bir psikosomatik hastalık olarak tanımlanmaya başlanmış ve tedavisinde en etkin ilaçlar olarak antidepresanlar ilk sırayı almıştır.

Yaptığımız çalışma ile biz bir basamak daha ileri giderek FMS'nin bir somatoform bozukluk alt tipi olarak bir psikiyatrik hastalık olabileceğini ileri sürdük.

Bu hipotezimizi benzer semptomların görüldüğü bu hastalıklar hakkında ileri sürülen benzer etyolojik araştırmaların olması, benzer tedavilerden fayda görüyor olmaları ve yaptığımız çalışma ile saptadığımız benzer sosyodemografik özellikler ve benzer kişilik özelliklerine sahip olmaları sebebiyle ortaya koyduk. Her iki hastalık içinde yapılan etyolojik araştırmalar içinde en çok kabul gören yargı bu hastalıkların psişik faktörler ile ilişkisinin varlığıdır. Bu durum, bu hastalıklara yatkınlığı olan bireylerin kişilik özelliklerinin dolayısıyla mizaç ve karakter özelliklerinin benzer olmasından kaynaklanmaktadır.

Literatüre baktığımızda somatizasyon ve kişilik arasındaki ilişkiyi değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Russo ve arkadaşları (148) ile Grabe ve arkadaşlarının üç boyutlu kişilik anketini kullanarak yaptıkları çalışmalarında somatizasyonu en fazla zarardan kaçınmanın yordadığını belirtmişlerdir (149).

Anderberg ve arkadaşları ile Altunören ve arkadaşlarının FMS'li hastalarda mizaç ve karakter envanterini kullanarak yaptıkları bir çalışmada somatize eden bireylerdekine benzer şekilde FMS'li bireylerin de kontrol grubuna göre yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme puanları aldıklarını bulmuşlardır (150,151).

Yüksek zarardan kaçınma davranışları olan bireylerin, dikkatli, özenli, pasif, korkak ve güvensiz oldukları, sosyal ortamlarda inhibe ve utangaç davranışlar sergiledikleri, enerji seviyelerinin düşük olduğu ve yorgunluk gibi somatik semptomlarının sık olduğu ve ağrıyı hissetmeye daha yatkın oldukları bildirilmiştir.

Düşük kendini yönetme puanı olan bireylerin ise olgun olmayan, zayıf kırılğan ve sıklıkla bağımlı oldukları, gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmadığını gösteren kötü yürütücü işlevlere sahip bireyler oldukları belirtilmiştir. (152,153).

Oğuzhanoğlu ve ark.'nın 102 somatoform bozukluk hastasında yaptıkları bir çalışmada benzer sosyodemografik özelliklere sahip kontrol grubuna göre kaçınan ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının bu hastalarda daha sık olduğu saptanmış ve kaçınan kişilik için dış dünya ile ilişkilerindeki kaygılı tutum beden dili ile iletişimi ortaya çıkarmış olabilir yorumu yapılmıştır. Obsesif kompulsif kişilik için ise bu kişilerin güvensiz olmanın üstesinden gelme çabası olarak aşırı güven ve kontrol aramaları; ayrıntılara dikkat etmeleri ve tanıdık olmayan şeyleri tehdit olarak algılamaları ile somut ve bilinen durumla hastalıklarını açıklama çabaları içinde olmaları onların somatizasyona yatkınlıklarını arttırmış olabilir şeklinde yorum yapılmıştır (154).

Diğer yandan Alfici ve ark.'da fibromyaljili hastaları RA hastaları ile kıyasladıkları çalışmalarında fibromyaljili hastalarda belirgin obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin olması yanında psikodinamik özellikler olarak bağımlılık, edilgenlik, aile ilişkilerinin idealizasyonu, kayba karşı maladaptif cevap ve belirgin ergomani olduğunu tespit etmişlerdir. Bu araştırmacılara göre fibromyalji hastaları içsel ve kişiler arası çatışmalarını inkar eden, kendilerini depresyondan somatik uğraşları sayesinde koruyan bireylerdir (115).

Somatizasyona yatkınlığı olan kişilerde ve benzer şekilde FMS hastalarında yapılan farklı çalışmalarda bir de 'duygusal körlük' anlamındaki 'alexithymia' terimi ileri sürülmüş; bu kişilerde, duygusal yaşamda kısıtlılık, sözel ifade güçlüğü, işe düşkünlük, faydacı olma, dış merkezli uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı, bağımlılığı kabule hazır olma ve sorunlarla baş etmede pasif edilgin rolde kalma özelliklerinin olduğu aleksitimik kişilik özellikleri tanımlanarak bu hastalıkların kişilik özellikleri tanımlanmaya çalışılmıştır (155,156).

Şuana kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde, farklı çalışmalar üzerinden bu iki hastalığa yatkınlık anlamında benzer kişilik özelliklerinin tanımlanmış olduğu görülse de her iki hastalığın tek bir çalışma da kıyaslanarak incelendiği bir çalışmaya ulaşamadık. Bu amaçla bu hastalıklara sahip bireylerin kişilik özelliklerini diğer

çalışmalardan farklı bir test kullanarak, kontrol grubuna göre kıyaslayarak tek bir çalışmada incelemeye çalıştık.

Buna göre; HKE'nin kişinin kendine güvenme, kendi yeteneklerinin farkında olma, kendi kendine karar verebilme, doğru bildiğini söyleyebilme, kabul edildiği ve bir işe yaradığı duygusu içinde olma gibi niteliklerini araştıran alt ölçeği olan KG ortalama puanları tablo 11'de verilmiştir. KG'ye göre çalışma grupları kıyaslandığında hipokondriyazis grubunun uyumunun fibromyalji grubunun uyumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kötü olduğu bulunmuştur ($p<0,017$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Buna göre HP dışındaki somatoform bozuklukların ve FMS'nin kendini gerçekleştirme özelliklerinin kontrol grubuyla benzer şekilde olduğu ve HKE normlarına göre toplum içinde kabul edilebilir düzeyde olduklarını gördük. Bu durum bu hastalıklara sahip bireylerin kendine güvenme, kendi yeteneklerinin farkında olma, kendi kendine karar verebilme, doğru bildiğini söyleyebilme, kabul edildiği ve bir işe yaradığı duygusu içinde olma gibi olumlu benlik algılarının olduğu ya da Cloninger'in tanımlamış olduğu karakter özelliklerinden kendini yönetme karakter özelliklerinin bu bireylerde kontrol grubuyla benzer düzeyde olduklarını söyleyebiliriz.

Duygusal kararlılık puanı ise, bireyin 'duygusal' yönden kararlı olup olmadığını belirtir. Bu puanı yüksek olan bireyler, genellikle kendine güvenen, az üzülen, alingan olmama gibi özellikleri gösterirler, sakin ve huzurlu bireyler izlenimi verirler. Başkalarından pek az tavsiye isterler. Kendi kararlarını kendileri verme eğilimindedirler. Ortaya çıkan yeni ve yabancı durumlardan çekinmezler. Acil durumlarda etkili davranışlar gösterirler. Yaptığımız çalışmada çalışma gruplarının DK ortalama puanları tablo 12'de verilmiştir. DK alt ölçeğine göre çalışma grupları kıyaslandığında SB, FSB, KB, HP ve FMS gruplarının, KoG grubundan farklı olarak DK puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). PAB grubunun DK puanının tüm gruplarla kıyaslanmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmasa da kontrol grubuna nazaran diğer somatoform bozukluk gruplarına yakınlığı dikkat çekmektedir.

Bu durumda somatoform bozukluğu olan ve benzer şekilde FMS olan bireylerin duygusal kararlılık yönünden çok tutarlı bireyler olmadıkları aşırı alingan,

kendini yetersiz hisseden, bağımlı, acil durumlarda etkin davranışları gösteremeyen ya korkak-çekingen ya da aşırı atak ve kavgacı davranan huzursuz ve gergin bireyler olduklarını düşünebiliriz. Bulduğumuz bu sonuçlar somatoform bozukluk ve FMS olan bireylerin aşırı duygusal bir mizaca sahip olduklarının olaylar karşısında ya da stres karşısında nesnelliklerini kaybedecek kadar duygusal tepkiler verdiklerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Cloninger'in tanımladığı 4 tip mizaçtan buna en çok uyan ödül bağımlılığı yüksek olan mizacın özellikleridir.

Nevrotik eğilimler puanının düşük olması bireyin kronik yorgunluk, baş ağrısı, uykusuzluk, iştahsızlık vb. çeşitli somatik belirtilerin birinden ya da birkaçından şikayetçi oldukları, duygusal çatışmalarını genellikle fiziksel yollardan ifade ettikleri, ayrıca benliğini olduğu gibi kabul edememe, mükemmeliyetçi olma, eleştiriye açık olmama gibi davranışları içerir. NE alt ölçeğine göre çalışma grupları kıyaslandığında (tablo 13) somatoform bozukluk ve FMS olan bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) nevrotik eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Nevrotik eğilimler Somatoform Bozukluklarda hastalığın temelinde yatan patolojiyi ifade ettiği için kontrol grubuna göre düşük puanlar saptanması bu hastalıkların doğası ile uyumludur. Organik etyolojisi belli olmayan fiziksel yakınmaların sıkça eşlik ettiği FMS'de de somatoform bozukluklara benzer şekilde nevrotik eğilimlerin fazla olması dikkat çekicidir. Çünkü NE alt ölçeğinde 20 sorudan sadece 5 tanesi somatik yakınmalarla ilgilidir ve bu ölçek sadece somatik yakınmaları değil, aynı zamanda kişinin toplum ve aile içindeki diğer bireylerle olan ilişkilerindeki beklenti düzeylerini, mükemmeliyetçi olup olmadıklarını, kendi içlerindeki duygusal çatışmalarını nasıl ifade ettiklerini de değerlendiren bir ölçektir. Ödül bağımlılığı yüksek olan mizacın bir diğer özelliği bağımlılıktır. Bu bireyler başkalarının duygusal desteğine bağımlıdırlar. Reddedilmeye karşı aşırı hassastırlar ve karşısındaki insanlarda koruma ihtiyacı uyandırır. Böyle bir mizaca sahip olan bireylerin somatik yakınmalar oluşturması korunma, kollanma gereksinimlerinin iyi bir ifadesi olarak yorumlanabilir. Böylece ihtiyaç duydukları duygusal desteği sağlamış olacaklardır.

FMS ile bir başka romatolojik hastalık olan Romatoid Artrit (RA) arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda fibromyaljili hastaların RA hastalarına göre daha yüksek MMPI skorlarına sahip olduklarını, ve de özellikle hipokondriyazis ve histeri

skalalarında yükselme olduğu bulunmuştur (157,158,159). MMPI testinde hipokondriyazis ve histeri skalalarındaki yükseklik nevrotik eğilimlere tekabül ettiği için bulgularımız bu çalışma ile de uyumludur. Bu durum FMS'nin diğer romatolojik hastalıklara sahip bireylerden daha çok somatorm bozukluklara sahip olan bireylerle benzer kişilik özelliklerine sahip olduklarının aynı zamanda bu kişilik özelliklerinin kronik ağrıya ve eşlik eden semptomlara bağlı olarak oluşmadığının bir göstergesidir.

HKE'nin diğer bir alt ölçeği olan psikotik belirtiler puanları ise çalışmamızda tablo 14'de verilmiştir. İstatistiksel olarak incelediğimizde SB, FSB, KB ve HP olan bireylerin PB puanlarının KoG grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$), FMS ve PAB olan bireylerin PB puanlarının ise tüm gruplarla kıyaslanmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak HKE normlarına göre diğer somatorm bozukluklarla benzer kategoride oldukları görülmüştür.

Kontrol grubuna göre kıyasladığımızda somatorm bozukluk olan hastalarda daha belirgin olmakla beraber FMS olan bireylerde de psikotik belirtilerin; uyguladığımız testin yorumuna göre insanlardan uzaklaşma ve yalnız kalmayı yeğleme eğilimi, dikkatini bir noktada toplama güçlüğü, alıngan olma ve hayal kurma eğiliminin normale göre çok daha fazla olduğunu bulduk. Uyguladığımız teste göre sosyal uyumlarını normal olarak saptadığımız, ödül bağımlılığı yüksek mizaca sahip, dolayısıyla sosyal bağımlı olduklarını düşündüğümüz bu bireylerin kontrol grubuna göre daha fazla psikotik belirtilere sahip bir kişilik sergilemeleri mizaçlarına ters gibi algılanabilir. Ancak kişilik mizaç ve karakterin birleşimiyle oluşan bireyin bilişsel değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntüleridir. Sosyal bağımlı olan bu bireylerin mizaçlarına göre davranışlarını sürdürmeleri için ödüle yani sosyal desteğe ihtiyaçları vardır. Bu destek yeterince gelmediğinde karakterlerini belirleyen uyum mekanizmaları sonucu reddedilmeye aşırı hassas olan bu bireyler karşıt tepki oluşturarak destek görmedikleri ortamdan uzaklaşmayı, yalnız kalmayı yeğliyor olabilirler. Bu durum Cloninger'in tanımlamış olduğu karakter özelliklerinden 'düşük işbirliği yapma karakter özellikleri' sergilediklerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Diğerlerinden daha ileri yaşlarda sıklığı artan PAB ve FMS'de ise yaşlılıkla birlikte yardımsız kalma kaygısı ile yalnız kalmaktan korkma bu bireylerin işbirliğine kısmen yatkın olma yönünde davranışlar sergilediklerinin ifadesi olabilir.

Aile ilişkileri yönünden çalışma gruplarımızı istatistiksel olarak değerlendirilmesinde (tablo 15) FSB olan bireylerin aile ilişkilerinin, SB olan bireylere göre anlamlı derecede ($p<0,004$) kötü olduğu, KB olan bireylerinde aile ilişkilerinin anlamlılık sınırında kötü olduğu bulundu. Diğer çalışma gruplarının aile ilişkileri yönünden kıyaslanmasında ise anlamlı bir fark olmadığı, FMS olan bireylerin aile ilişkilerinin de diğer somatoform bozukluk hastalarıyla benzer düzeyde olduğu bulunmuştur.

Örnekleme grubumuza göre FSB olan hastaların aile ilişkileri diğer somatoform bozukluk gruplarına göre daha kötü idi. Çalışma amacımızın dışında olan öngöremediğimiz bir sonuçtu bu. Diğer somatoform bozukluklardan daha hafif semptomlara sahip olan FSB hastaları acaba çözemedikleri ailevi problemlerini FSB semptomları şeklinde mi yansıtıyorlardı yoksa ailevi destek görmemeleri somatize etmelerine engel mi oluyordu sorularını akla getirmektedir. Somatizasyonun en çok kabul gören ve sekonder kazançları besleyen şeklinin ağrı semptomu olduğu düşünüldüğünde ağrı semptomunun olduğu somatoform bozukluklarda ve benzer şekilde FMS’de aile ilişkilerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Bu sonuç ağrı semptomunun aile içinde de daha fazla kabul edildiği ve kişinin sekonder kazançlarına da hizmet ettiği için kişi tarafından bu şekilde yorumlanmış olabileceği gibi ağrının aile içinde de bir iletişim aracı olarak kabul gördüğü şeklinde de yorumlanabilir. Diğer yandan FSB ve KB hastalıklarının etyolojilerinde ailevi ve sosyal problemler diğer somatoform bozukluklara göre daha büyük bir öneme sahip olmuş olabilir. Ülkemizde yapılmış bazı çalışmalarda (Kaygısız ve Alkın 1999, Çalığı ve ark. 2001) konversiyon belirtilerinin oluşmasındaki sebeplerin başında eş ve eşin ailesi ile olan çatışmaların, yakınların hastalıkları ya da ölümlerinin ve duygusal zorlanmaların ön planda geldiği ifade edilmektedir (54).

Çalışmamızdaki diğer bir alt ölçek olan Sİ puanları tablo 16’da verilmiştir. İstatistiksel açıdan çalışma gruplarımızı bu alt ölçeğe göre kıyasladığımızda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptamamakla beraber FMS’nin bu alt ölçekte de somatoform bozukluklarla benzerliği dikkat çekicidir.

Somatoform bozuklukları olan bireylerin toplum içinde uyulması gereken kurallara ne kadar uyduklarını, toplum değerlerine ve başkalarının haklarına ne kadar saygılı olup olmadıklarını ölçen sosyal norm puanlarının (tablo 17)

değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu alt ölçeğe göre somatoform bozukluğu ve benzer şekilde FMS olan bireylerin toplum kurallarına uyan, toplumda yer edinmeye çalışan bireyler oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bu durum onların sosyal bağımlı olduklarının bir başka göstergesi olarak da yorumlanabilir.

Somatoform bozuklukların antisosyal eğilimlerini test ettiğimiz AE ölçek puanları tablo 18’de verilmiştir. Çalışma gruplarının her birinin bu özellikleri HKE normlarına göre toplum içinde kabul edilebilir düzeyde olmakla beraber, istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmasa da somatoform bozukluk ve FMS olan bireylerin hepsinin antisosyal eğilimlerinin kontrol grubumuza göre daha fazla olduğunu gördük. Bekledikleri sosyal desteği sağlayamama durumlarında bu bireylerin düşük işbirliği yapma karakter özelliklerini sergilediklerini yani tahammülsüz, eleştirel, intikamcı, çabuk sinirlenen ve öfkeli bireyler olabildikleri şeklinde yorumladık.

Diğer yandan öfkenin somatizasyonla, özellikle de ağrıyla olan ilişkisi bilinmektedir. Özellikle öfkenin bastırılması somatik semptomların gelişiminde önemlidir (160). Çalışmalar göstermektedir ki; kronik ağrıda öfkenin kendisinden çok, ifade edilme biçimi önemlidir. Araştırmacılar öfke ve ağrı çalışmalarında bireysel özelliklere yönelerek öfke, hostilete, agresyon ve öfkenin yönetim biçimine odaklanmışlardır. Öfke inhibisyonunun emosyonel stres kadar, ağrı şiddeti ve abartılı ağrı davranışıyla ilişkili olduğu da bildirilmiştir (161). Çalışmalara genel olarak bakılırsa, kronik ağrı hastalarında öfke kontrolünün ve iç öfkenin yüksek olduğu, dışa vurulamayan öfkenin bedensel belirtiler şeklinde ifade bulduğu ve özellikle ağrı semptomu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (162,163,164).

Ülkemizde fibromiyalji hastaları üzerinde yapılmış bir çalışmada iç öfke puanlarının fibromiyalji hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (165). İç öfkenin yüksekliği bu kişilerin öfkelerini uygun biçimde dışa vurmadıklarına işaret etmektedir. Araştırmacılar ağrının sosyal olarak kabul edilebilir bir agresyon biçimi olduğunu, suçluluk, pişmanlık ve düşmanlık duygularıyla bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir (165).

Ödül bağımlı mizaca sahip olduğunu düşündüğümüz bu bireylerin ödül yani sosyal destek için olduklarından farklı davranışlarda bulunabilme özellikleri onların

negatif duygularını aşırı baskılamalarına desteğin asla gelmeyeceğini hissettikleri ortamlarda bu duygularını açığa vurmalarına sebep olmuş olabilir.

HKE toplam ölçeklerinden KU ölçeği KG, DK, NE ve PB alt ölçeklerinin toplamından oluşur ve bu ölçeğe göre çalışma gruplarımızı değerlendirdiğimizde (tablo 19) somatoform bozuklukların ve FMS'nin kişisel uyumlarının kontrol grubumuza göre istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) düzeyde kötü olduğunu bulduk.

SU ölçeği Aİ, Sİ, SN ve AE alt ölçeklerinin toplamından oluşur. Bu ölçeğe göre çalışma grupları kıyaslandığında tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamakla beraber (tablo 20) kontrol grubu da dahil olmak üzere tüm grupların benzer olduğu söylenebilir.

Yaptığımız bu çalışma sonucunda kişisel uyumlarının kontrole göre kötü olduğunu saptadığımız somatoform bozukluk ve FMS olan bireylerin KU alt ölçeklerindeki değişimlerinde benzer olduğunu gördük (normal KG, düşük DK, düşük NE, düşük PB). Bunun yanında her iki grupta da benzer şekilde sosyal uyumlarının kontrol grubuyla benzer olduğunu saptadık. Bu durum bu iki grup hastalığın benzer kişilik özelliklerine sahip olduklarını gösterir.

Çalışmamızın sonuçlarını Cloninger'in tanımladığı mizaç ve karakter özellikleri açısından değerlendirdiğimizde bu bireyleri ödül bağımlılığı yüksek mizaçta olduğu gibi başkalarının duygusal desteğine ihtiyaç duyan, başkaları tarafından nasıl görüldüğüne önem veren, tek başlarına karar alma ve etkinlikte bulunma özellikleri zayıf olan, sosyal baskılara duyarlı, sosyal bağımlı bireyler olarak düşünebiliriz. Bu bireyler sosyal olarak olumlu mesajlar yani ödül geldiği sürece kendini yönetmenin yüksek olduğu karakter özelliklerindeki gibi sorumluluk sahibi, kendine güvenen, becerikli amaca yönelik davranışlar sergilemektedirler. Ancak sosyal desteğin zayıfladığı durumlarda desteğin sürdürülmesi için korunma, kollanma gereksiniminin bir ifadesi olarak bu bireylerde somatik yakınmalar açığa çıkmaktadır. Diğer yandan ödül olmadığında ya da sosyal açıdan olumsuz mesajlar geldiğinde aşırı kaygılı, eleştirel, toplumdan uzaklaşma ve kaçınma eğilimleri gösteren, öfkeli, intikamcı ve benmerkezci şekilde davranarak düşük işbirliği yapma karakter özelliklerinin açığa çıktığını saptadık. Bilindiği gibi Cloninger'in tanımladığı kişiliğin psikobiyolojik modeline göre ödül bağımlılığı yüksek olan mizaçta serotonin ve noradrenalinin rolü vardır. Somatoform bozukluklar ve benzer

şekilde FMS'nin tedavisinde SSRI ve SNRI ilaçların etkili olması da bu durumu destekler nitelikte görülmektedir.

Tüm alt ölçeklerin toplamı olan genel uyum yönünden çalışma gruplarının istatistiksel incelemesinde ise SB, FSB, KB, HP olan bireylerin genel uyumlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde ($p<0,05$) düşük olduğunu PAB ve FMS olan bireylerin ise çalışma grupları arasında anlamlı bir fark oluşturmamakla beraber anlamlılık sınırında genel uyumlarının kötü olduğunu görmekteyiz (tablo 21). Bu hastalıklara sahip kişilerin genel olarak toplumun diğer bireyelerine göre kendilerini yetersiz ve uyumsuz gördükleri sonucuna varılabilir.

Yapılan bazı araştırmalar sonucu içe dönük, başarısızlıkları ve eksiklikleriyle uğraşan, kendilerinin ve başkalarının olumsuz özellikleri üzerinde duran kişiler olarak tanımlanan negatif affektivitenin yüksek olduğu bireylerde bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık olduğu ve nonspesifik bedensel belirtileri hissetme eşiklerinin düşük olduğu görülmüştür (22). Alınan puan göz önüne alındığında FMS'nin bu kriterler bakımından da somatoform bozukluklara benzer olduğu dikkat çekicidir.

Somatoform bozukluklar psikiyatri ve psikiyatri dışındaki tüm kliniklerde çok sık karşılaşılan bir hastalık grubu olmasına rağmen bu hastalıkların kişilik özelliklerini konu alan yeni çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Yapılan çalışmalarında çoğu somatoform bozukluklarda kişilik özelliklerinin araştırılmasından ziyade komorbid depresyon ve anksiyete bozukluklarının araştırılması ve depresyon varlığı ile somatik belirti sayı ve süresindeki ilişki üzerinedir.

Bizim çalışmamıza benzer bir çalışma 1998 yılında Uğuz ve ark tarafından 72 konversiyon hastasında HKE kullanılarak yapılmış ve bizim sonuçlarımıza benzer şekilde bu hastalarda DK, NE, PB, KU puanları düşük bulunmuştur. Bu çalışmada hastalık süresi uzadıkça DK ve NE puanlarının daha da düştüğü aynı zamanda eşlik eden diğer ruhsal bozukluk sıklıklarının da anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptanmıştır. Bu artış da konversiyonu çözüm olarak kullanan kişilerde stres faktörlerinin sürmesi durumunda konversiyon belirtilerinin yetersiz kalmasından dolayı, ek olarak duygudurum ya da anksiyete bozukluğunun gelişmiş olabileceği ileri sürülmüştür (166). Bu çalışmada ve bazı çalışmalarda (167) en sık eşlik eden tanının depresyon olduğu bulunurken Pehlivan Türk ve Ünal'ın (154,168) yaptıkları araştırmada ise anksiyete bozukluklarının en sık ektanı olarak bulunduğu saptanmıştır.

Somatizasyon ve depresyon birlikteliğindeki bu sıklık birçok araştırmacının dikkatini çekmiş, yapılan çalışmalarla bu birliktelik açıklanmaya çalışılmıştır.

Clarke ve ark. somatizasyonun bir depresyon eşdeğeri olabileceğini ileri sürerken (169), bazı yazarlar da somatizasyonun depresyon ve anksiyetenin özel ve özgün bir formu olduğunu iddia etmişler (170), başka yazarlar ise somatizasyonun maskeli depresyon olduğunu iddia ederek maskeli depresyonun aşamaları içinde psikosomatik hastalıkların oluştuğu bir dönemin olduğunu belirtmişlerdir (171). Ancak bu görüş maskeli depresyon kavramıyla tanımlanan durumun belirsizliği yönünden eleştirilmiştir (172).

Somatoform bozukluklarla benzer semptomlara sahip olan FMS hakkında yapılan çalışmaları incelediğimizde ise somatoform bozukluk için yapılan benzer çalışmaların FMS için de yapıldığını ve de benzer sonuçların elde edilmiş olduğunu görmekteyiz.

Somatoform bozuklarda olduğu gibi epidemiyolojik çalışmalar toplum örneklemelerinde fibromyaljili hastalarda özellikle depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların artmış olduğunu göstermektedir (173). Bunun sebebini araştıran Katon ve Sullivan çocukluk dönemindeki stres dolu yaşam olaylarının (fiziksel ve cinsel taciz gibi) ileri yaşlarda görülebilecek ruhsal sorunlar ve fibromyalji gibi psikosomatik belirtilerle seyreden bozukluklara yol açabileceğini bildirmektedirler (174). Benzer şekilde Finestone ve ark., üç aydan uzun süre kronik ağrısı olan kadınların olmayanlara göre çocukluk çağında daha çok cinsel tacize uğramış olduğunu ve cinsel tacize uğrayanlarda fibromyalji sendromunun daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (175). Somatoform bozukluk etyolojik araştırmaları sonucunda da çocukluk çağı cinsel travmalarının önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir.

Bu bireylerde çocukluk çağında olan travmalar onların kişilik gelişimini etkilemiş, sosyal bağımlı bir mizaca sahip olmaları nedeniyle, travmaya karşı koyarak kurtulmak yerine toplumla ters düşmeden, yalnızlığı yeğleyerek, bedensel hastalık üreterek travmadan kaçınmayı öğrenmiş olabilirler. Bu durum onların işbirliği yapma karakter özelliklerindeki gelişime ket vurmuş, stres ile karşılaştıklarında toplumdaki uzaklaşan, içe kapanan, bedensel yakınmaları olan, kaygılı, öfkeli bireyler haline gelmelerine sebep olmuş olabilir.

Fibromyalji üzerine yapılan bir diğerk çalışmalar da depresyonla olan ilişkisi üzerinedir. Hudson ve ark., fibromyaljili hastalarda yaşam boyu majör affektif bozukluk oranını RA ve kontrol grubuna göre belirgin derecede yüksek olduğunu bulmuşlar ve bu yüksekliğin RA gibi diğerk kronik ağrılı durumlardan farklı olarak ağrıya bağlı olarak oluşmadığı, FMS’li bireylerde önceden varolan bir duyarlılığın ya da özel bir durumun olduğu, yani fibromyalji ile major affektif bozukluklar arasında bir ilişkinin varolduğu kanaatine varmışlardır (113).

Yaptıkları çalışmalarla bu görüşe karşı çıkan Ahles ve ark. ile Kirmayer ve Robbins, fibromyaljili hastalarda depresif semptomların ve yaşam boyu majör depresyon öyküsünün RA’e göre belirgin düzeyde yüksek olmadığını iddia etmişlerdir (159,176). Ayrıca Kirmayer ve Robins maskeli depresyon olasılığını da araştırmışlar ve sonuç olarak fibromyaljinin depresyonun somatik belirtilerle giden bir formu olmadığını bununla beraber FMS’li hastalarda, belirgin olarak daha fazla sayıda orijini belirsiz somatik semptom olduğunu ve bu hastalarda somatizasyon sürecini düşündürecek şekilde yardım arama davranışı olduğunu belirtmişlerdir.

Yine RA’e göre fibromyaljili hastalarda daha fazla depresif semptomlar olduğunu iddia eden Blumer ve Heilbronn ise tespit edilebilir bir organik patolojinin eşlik etmediği kronik ağrının bir “depresif hastalık” varyantı olduğunu ileri sürmüşler ve bu durumun “ağrıya eğilim bozukluğu” (pain prone disorder) olarak adlandırılabileceğini belirtip, somatoform bozuklukları tanımlarcasına ağrıya eğilim bozukluğunun klinik özelliklerini tanımlamışlardır. Onlara göre ağrıya eğilim bozukluğunun klinik özellikleri belirsiz orijinli somatik şikayet olması, hipokondriyak uğraşı, ameliyat isteği, çatışmaların inkarı, self ve aile ilişkilerinin idealizasyonu, depresif şikayetlerin olması, aile ve kişisel öyküsünde depresyon-alkolizm, eş kötüye kullanımı bulunması şeklindedir (177). Bu tanımlamanın somatoform bozuklukların klinik özellikleri ile benzerliği ortadadır.

FMS ile ilgili yapılan birçok çalışmada FMS’nin somatoform bozukluklarla benzerliği göze çarpsa da araştırmacılar FMS’de depresyonun somatizasyondan daha sık olduğunu ileri sürerek somatoform bozukluklardan ziyade depresyonla olan ilişkisi üzerinde durmayı tercih etmişlerdir. Ancak benzer şekilde somatoform bozuklukların her birinde de depresyon sık görülmektedir.

Yaptığımız çalışmaya göre ödül yani sosyal bağımlı mizaç ve düşük işbirliği yapma karakter özelliklerine sahip olduğunu düşündüğümüz bu bireyler, stres karşısında sosyal destek ihtiyaçlarını somatik yakınmaları ile ifade ederler. Bu ihtiyaçları karşılıksız kaldığında ise bu bireylerde sosyal çekilme, içe kapanma, kin, nefret ve öfke duyguları açığa çıkmakta düşük işbirliği yapma karakter özellikleri sergilemektedirler. Sosyal baskılar nedeniyle dışa vurulamayan bu negatif duyguların bireyin kendisine yönelmesi ile depresyon ortaya çıkmış olabilir.

Depresyonun dışında FMS'nin somatoform bozukluklarla olan ilişkisini kabul eden son yayınlarda her iki hastalık içinde yeni sınıflandırma önerilerinde bulunulmuştur.

Müller ve ark. FMS'nin depresyon ve somatizasyon bozukluğuna bağlı oluşan alt tiplerinin olduğunu savunarak FMS'yi ağrıya karşı artmış duyarlılıkla karakterize (psikolojik bozukluk yok) olan tip, fibromiyalji ve kronik ağrıya bağlı depresyon birlikteliğinin olduğu tip, fibromiyalji ve depresyon birlikteliğinin olduğu tip ve son olarak somatizasyon bozukluğuna bağlı fibromiyalji olmak üzere 4 grupta sınıflandırmayı önermişlerdir (133).

FMS'nin somatizasyonla ilişkisini kabul eden başka yazarlar da 1995-2011 yılları arasında yapılan 106 çalışmanın gözden geçirilmesi sonucu yazdıkları bir derlemede Latin Amerika'da somatizasyonu incelemişler ve somatoform bozuklukların FMS ve KYS ile birlikte tıbben açıklanamayan semptomlar kategorisi olarak ICD-11'de sınıflandırılabilceğini ileri sürmüşlerdir (178).

6.SONUÇ

Fibromyalji sendromu ve Somatoform bozukluklar hakkında yapılan çalışmalarda görülüyor ki FMS'nin depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklarla olan ilişkisi somatizasyonun depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklarla olan ilişkisinden pek farklı değildir. Şu ana kadar yapılan çalışmalar sonucunda FMS için tanımlanan kişilik özellikleri ile somatoform bozukluk hastaları için tanımlanan kişilik özelliklerinin benzerliği ortadadır. Biz de yaptığımız bu çalışmanın gerek sosyodemografik özellikler, gerekse kişilik özellikleri (düşük kişisel uyum, normal sosyal uyum) açısından bu benzerliği destekler nitelikte olduğunu bulduk. Ayrıca bu benzerliklerin yanında klinik, etyolojik ve tedavi yaklaşımları açısından da ortak yönlerini göz önüne aldığımızda ve FMS'nin tanı kriterleri arasında yer alan tek muayene bulgusu olan hassas nokta sayısının son araştırmalarda azaltılması gerektiği düşüncesinden yola çıkarak FMS'nin bir somatoform bozukluk alt tipi olabileceği kanaatine vardık. Bu savımızı destekleyecek daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak olan yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Guggenheim F. Smith GR (1995), Somatoform Disorders. Kaplan & Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry 1251-1270 Baltimore, Williams and Wilkins
2. Kleinman A, Kleinman (1985), Somatisation: the interconnections in Chinese society among culture, depressive experinces, and the meanings of pain. Aktaran: Goldberg DP, Bridges K (1988), Somatic representations of psychiatric illness in primary care setting:Invited Review. Journal of Psychosomatic Research 32: 137-144
3. Başak Y, Yılmaz N, Özkan S. Ayaktan izlenen kronik bağı hastalarının psikiyatrik değerlendirilmesi. III: ulusal konsültasyon liyezon psikiyatri kongresi ve mezuniyet sonrası eğitim kursu kitapçığı. 371-76
4. Katon W, Kleinman A, Rosen G(1982a), Depression and somatization: A review, part I. The American Journal of Medicine; 72:127-137
5. Lipowski Z.J.(1990), Somatization and depression. Psychosomatics; 31:13-21
6. Çevik A. (1978), Anksiyete nörozunun psikososyal yönü. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı Uzmanlık Tezi
7. Goldberg DP, Bridges K. (1988), Somatic Presentations of Psychiatric illness in primary care setting: Invited Review. Journal of Psychosomatic Research 32:137-144
8. Köroğlu E.,Güleç C. (Editörler) (2007), Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007:369-393
9. Lipowski ZJ (1987a), Editorial: Somatization: Medicine's unsolved problem. Psychosomatics 28: 294-297 Aktaran Kellner R (1990) Somatization : theories and research. The Journal of Nervous And mental disease 178:150-160
10. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM IV-R) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000, Köroğlu (çeviri) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007:705-745
11. Sadock B J, Sadock V A. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Türkçesi. Çeviri Ed: Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, Ankara (2007) S.1800-1829
12. Guze SB, Cloninger CR, Martin RL et al. (1986) A followup and family study of Briquet's syndrome. Br J Psychiatry, 149:17-23

13. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD et al. Lifetime prevalence of spesifik psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984;41:949-58
14. Özenli Y (2009), Türkiye’de somatoform bozukluklar epidemiyolojisi. Erişim Tarihi: 01.05.2011 Başkent Üniversitesi ağ sitesi: http://78.189.53.61/-/bs/ess/y_ozenli.pdf
15. Perley MJ, Guze SB. Hysteria: The stability and usefulness of clinical criteria. New England Journal of Medicine 1962;266:421-26
16. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and clasification of personality variants. Arch Gen Psychiatry 1987;44:573
17. Çevik A, Berksun O (1990), Bir grup süreci içinde iletişim ve etkileşimin duygu belirten sözcükler açısından incelenmesi. Türk Psikiyatri dergisi 1:3 199-201
18. Okyayuz ÜH, Berksun O, Çevik A (1991), Psikosomatik serviste yatarak tedavi gören hastaların bazı MMPI bulgularının aleksitimik özellikler açısından incelenmesi ve kontrol grubuyla karşılaştırılması. A.Ü.T.F Fakülte Dergisi 365:195-205
19. Hartvig P, Sterner G (1985), Childhood psychological enviromental exposure in women with diagnosed somatoform disorders. Scandinavian Journal of Social Medicine 13:153-157. Aktaran Lipowski ZJ (1988), Somatization: The concept and its clinical application. American Journal of Psychiatry 145:1358-1368
20. Mechanic D (1980), The experience and reporting of common physical complaints. Journal of Health and Social Behavior 21:146-155
21. Costa PT, & McCrae RR (1985), Hypochondriasis, neuroticism, and aging: when are somatic complaints unfounded? American Psychologist 40:19-28
22. Watson D, Pennebaker JW (1989), Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. Psychological Review 96:234-254 Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. International Review of Psychiatry 4:81-92
23. Kellner R (1985), Functional somatic symptoms and hypochondriasis. Archives of General Psychiatry 422 pp 821-833. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. International Review of Psychiatry 4:81-92

24. Kirmayer LJ (1984), Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatric Research review* 21:159-188
25. Çevik A (1985), Anksiyete nevrozunun psikososyal yönü. *Toplum ve Hekim* 38:18-21
26. Pennebaker JW, Hughes C & O’Heeron RC (1987), The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personal and Social Psychology* 41:213-223. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
27. Sainsbury P, Gibson JG (1954), Symptoms of anxiety and tension accompanying physiological changes in muscular system. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 17:216-44. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
28. Gardner W & Bass C (1989), Hyperventilation in clinical practice. *British Journal of Hospital Medicine* 41:73-81. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
29. Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
30. Horvath T, Friedman J & Meares R (1980), Attention in hysteria: A study of Janet's hypothesis by means of habituation and arousal methods. *American Journal of Psychiatry* 137:217-221 Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
31. Gordon E, Krauhin C, Kelly P, Meares R & Howson A (1986), A neurophysiological study of somatisation disorder. *Comprehensive Psychiatry* 27:295-301 Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatisation. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
32. Heim C, Ehler U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2000 ; 25: 1-35.
33. Rief W, Auer C. Cortisol and somatization. *Biol Psychol* 2000; 53: 13–23.

34. Gaab J, Huster D, Peisen R ve ark. Hypothalamic – pituitary – adrenal axis reactivity in chronic fatigue syndrome and health under psychological, physiological, and pharmacological stimulation. *Psychosom Med* 2002; 64:951–62.
35. Pruessner JC, Hellhammer D, Kirschbaum C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosom Med* 1999; 61: 197–204.
36. Gaab J, Rohleder N, Heitz V ve ark. Enhanced glucocorticoid sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome. *Acta Neuropsychiatrica* 2003; 15:184–91.
37. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 996-1002.
38. Rief W, Pilger F, Ihle D, Verkerk R, Scharpe S, Maes M. Psychobiological aspects of somatoform disorders: contributions of monoaminergic transmitter systems. *Neuropsychobiology* 2004; 49: 24–9.
39. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB et al. (1986) A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry*, 143:873-78.
40. Coryell W (1981) Diagnosis-specific mortality. *Arch Gen Psychiatry*, 38:939-42.
41. Bridges KW, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*, 29:563-69.
42. Stoudemire A ve Fogel BS: *Psychiatric care of the medical patient*. New York, Oxford University Press, 1993
43. Arkonaç O. *Psikiyatri Sözlüğü*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 1999.
44. Guggenheim FG, Somatoform Disorders. In: Sadok BJ, ed. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Volume 2, 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2000: 1504-1514.
45. Bowman ES, Nonepileptic seizures psychiatric framework. *Treatment and Outcome, Neurology* 1999, 53 (Supply 2):84-88.
46. Dilbaz N, Bitlis V, Doğan S, Usseli I, Ergoğan S, Konversiyon bozukluğu olan hastalarda psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam* 1994; 7(1-2):5-9.
47. Chandraseleoron R, Goshami UV, Sivakuner ve ark. (1994) Hysterical neurosis: a follow up study. *Acta Psychiatr Scand*, 89:78-80.
48. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) *Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı. Baltimore, Williams and Wilkins, s. 617-632.

49. Gülseren Ş, Özmen E, Önal C ve ark (1993) Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi. 31: 373-77.
50. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ ve ark. (1997) Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi, 8: 161-169.
51. Alkın T, Tunca Z (1997) Konversiyon bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı, C Güleç, E Köroğlu (Ed). Ankara. Hekimler Yayın Birliği, s. 537-544.
52. Bhatia MS, Vaid L (2000) Hysterical aphonia-an analysis of 25 cases. Indian J Med Sci, 54: 335-338.
53. Kaptanoğlu C, Aksaray G, Önen R ve ark. (1993) Konversiyon bozukluğunda semptom dağılımı, sosyo-kültürel özellikler, yaşam olayları ve depresyon. Nöropsikiyatri Arşivi, 30: 381-384.
54. Kaygısız A, Alkın T (1999) Konversiyon bozukluğundaki ruhsal bozukluk eş tanılarının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 10:40-49.
55. Ceylan ME, Yazan B. Anksiyete bozuklukları. In: Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 3. Cilt. İstanbul: 2000:339-404.
56. Dalton R, Forman MA, Psychosomatic Illness. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM eds. Nelson Textbook of Pediatrics. USA: WB Saunders Company. 1996:942.
57. Foster FM, Booker HE. The Epilepsies and Convulsive Disorders. In:Joynt RJ ed. Clinical Neurology, Vol 3, Chap 31. Philadelphia:JB Lippincott Com. 1992:30-31.
58. Trimble MR, Behavior and personality disturbances in neurology, In: Bradley WG, Danoff RB, Fenichel GM, Marsden CD eds. Clinical Practice, 3th Edition, Vol.1. USA: Butterworth-Heinemann. 1996: 89-104.
59. Trethowan, W., Psychiatry, Baillière Tindall, London, 1983, 201-16.
60. Mccahill ME. Somatoform and Related Disorders: Delivery of Diagnosis as First Step. American Family Physician 1995, July; 52 (1):193-203.
61. Aydemir Ö, Psikiyatri Konsültasyon El Kitabı. İstanbul: Mabsan. 1999:36-37
62. Göka E, Dönbak S. Sorunlarını bedenselleştiren hasta (Somatizer): Tanı güçlükleri ve tedavi yaklaşımları. Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1993; 1(4):326-37.
63. Işık E. Nevrozlar. Ankara: Kent Matbaa, 1996:299-312.

64. Ziyalar, A. Sosyal Psikiyatri, Yüce Yayım, İstanbul, 1999, 66.
65. Ford CV (2000) Somatoform Disorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry 366-367 New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.)
66. Üstün TB, Sağduyu A, (editörler) (1997). Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar, Uluslararası DSÖ Çalışması, Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi B1-DSÖ İşbirliği Merkezi
67. Haenen MA, Schmidt AJ, Kroeze S et al. (1996) Hypochondriasis and symptom reporting the effect of attention versus distraction. Psychother-Psychosom 65 1:43-48
68. Barksy AJ (1996) Hypochondriasis. Medical management and psychiatric treatment. Psychosomatics 37(1):48-56
69. Özmen H.E.(1999) Hipokondriyazis. Psikiyatri Dünyası 1999;1:15-18
70. Abay E. (Çeviri Ed.) (2004). Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004:219-231.
71. Öztürk O, Uluşahin A (2008).Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11.baskı. Ankara. 2008:512-555.
72. Salkovskis PM (1989) Somatic Problems. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems- A Practical Guide. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark D (Ed), Oxford University Press, Oxford, s.234-276.
73. Fallon BA, Schneider FR, Marshall R et al. (1996) The pharmacotherapy of hypochondriasis. Psychopharmacol Bull, 32 (4). 607-611.
74. Fallon BA, Qureshi AI, Schneider FR et al. (2003) An open trial of fluvoksamine for Hypochondriasis. Psychosomatics 44(4):298
- 75.Sungur M.Z.(1999). Beden dismorfik bozukluğu Psikiyatri Dünyası 1999;1:19-22
76. Aşkın R, Çilli S. (2002). Ayaktan Psikiyatrik Hastalarda Vücut Dismorfik Bozukluğu: Tanı, Yaşam Boyu Başka Ruhsal Hastalık Varlığı, Demografik ve Klinik Özellikler Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(3): 197-203
77. Phillips KA: Body dysmorphic disorder: THA distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1991;148:1138-1149
78. Stein DJ, Hollander E: Dermatology and condition related to obsessive compulsive disorder. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 237-242.
79. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, Klumber A, Klein DF: Treatment of body dysmorphic with serotonin reuptake blockers. Am J Psych. 1989; 146: 768-770

80. Phillips KA: The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder New York, Oxford University Press, 1996,
81. Elbozan B, Karlıdağ R, Ünal S (2003). Anadolu Beden dismorfik bozukluğu: Risperidon kullanılan bir olgu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:237-242
82. Phillips KA. Albertini RS. Siniscalchi JM. Khan A. Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart review study. J Clin Psychiatry 2001;62:721-727
83. Yüksel N (2001). Ruhsal Hastalıklar. Yenilenmiş 2. baskı. Çizgi Tıp Yayınevi. Ankara. s.320-346
84. Sağduyu A, Rezaki M. (1999). Somatoform Ağrı Bozukluğu: Tanımlayıcı Özellikler Ve Diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkileri, Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10(1):21-33
85. Dilbaz N: Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbidite. S Özkan (ed): Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Kitabı'nda, 1997, s.226.
86. Bradley L.A, Alarcon G.S: Fibromyalgia, In Arthritis and Allied Conditions, 1996: 84,1619, 199.
87. Yunus MB., Masi A.T.:Fibromyalgia, Restless Legs Syndrome, Periodic Limb, Movement Disorder and Psychogenic Pain; In arthritis and allied Condition, 12th edition, Lea & Febiger edited by D.J. Mc Carty and WJ. Kopman, 1992,1383.
88. Boissevan M. D. , Mc Cain G. A.: Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome, I. Medical and pathophysiological aspects; Pain, 1991:45, 227-38.
89. Kayhan Ö. Fibromiyalji: Medikomat Basın Yayım, Ankara, 1995.
90. Crette S: Fibromyalgia 20 years later: What have we really accomplished; J. Rheumatol, 1995 22/4, 590-92.
91. Yunus M B, Masi A T, Calabro J J. ; Primary Fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. Semin. Arthritis Rheum. 11: 151-171 1981.
92. Topbaş M, Çakırbay H, Güleç H: The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. Scand J Rheumatol. 2005; 34(2):140-144.
93. Mäkelä M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. BMJ 1991; 303:216-219.

94. Farooqi A, Gibson T. Prevalence of the rheumatic disorders in the adult population of north Pakistan. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 491-495.
95. Moldofsky H, Scarisbrick P, England R. Musculoskeletal symptoms and non-Rem sleep disturbances in patients with “fibrositis” syndrome and healthy subjects. *Psychosom Med.*37:341-51, 1975
96. Verimli A. (Editör) (2003). *Affektif Spektrum Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri. s.73-93.
97. Russell, Orr MD, Littman B. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1994;37(11):1593-1601.
98. Vaeroy H, Hele R, Forre Q. Elevated CFS levels of substance P and high incidence of raynaud phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. *Pain.*1988;32: 21-6.
99. Crofford LJ, Demitrack MA. Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22(2) : 267-284
100. Moldofsky H. Sleep and pain. *Sleep Medicine*,2001;5:387-398.
101. Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15(1) : 91-103.
102. Bennett RM : The fibromyalgia syndrome. *Textbook of Rheumatology*. 5th edition (Eds. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB) W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997:511-519
103. Hudson JI, Pliner LF, Hudson MS: The dexamethasone suppression test in fibrositis. *Biol Psychiatry* 1984; 19:1489-1493.
104. Neeck G, Riedel W: Thyroid function in patients with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1992; 19:1120- 1122.
105. Ferraccioli G, Cavalieri F, Salaffi F ve ark.: Neuroendocrinologic findings in primary fibromyalgia (soft tissue chronic pain syndrome) and in other chronic rheumatic conditions (rheumatoid arthritis, low back pain). *J Rheumatol* 1990; 17:869-873.
106. Griep E.N, Boersma J.W, Kloet R: Altered reactivity of the hypothalamic pituitary-adrenal axis in the primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1993; 20:469-474.

107. Kayhan Ö: Fibromyalji. Ağrı Serisi, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995
108. Ferraccioli G, Guerr P, Rizzi V: Somatomedin C (Insulin-Like Growth Factor1) levels decrease during acute changes of stress related hormones. Relevance for fibromyalgia. J Rheumatol 1994; 21:1332-1334.
109. Tot Ş, Toros F, Fibromyalji sendromunun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:232-239)
110. Dönmez A, Erdoğan N. Fibromiyalji Sendromu. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Anabilim Dalı, İstanbul Klinik Gelişim 60-64.
111. Oran Ö, Dönmez A, Erdoğan N, et al, Psychiatric Comorbidity affects of symptoms of fibromyalgia. Phys Med Rehab Kuror 2002; 12:284-287.
112. Aaron CA, Bradley LA, Alaron GS, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care seeking behavior rather than illness. Arthritis Rheum 1996; 39:436-445.
113. Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, et al: Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry 1985;142 (4):441-6,
114. Blumer D, Heilbronn. The pain prone disorder: a clinical and psychological profile. Psychosomatics 1981;22:395-402.
115. Alfici S, Sigal M, Landau M: Primary fibromyalgia syndrome- a variant of depressive disorder? Psychother Psychosom 1989; 51:156-161.
116. Parman T. (2005) Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği Psikanaliz Yazıları, 11,13-31
117. Fenichel O. (1974). Nevrozların psikanalitik tedavisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi. No:98. İzmir, sf:218-230
118. Özkan S (1993) Psikiyatrik ve psikososyal açıdan ağrı. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, Roche, İstanbul. s.117-134
119. Özcan O, İrdesel J, Sivrioğlu K. Kas iskelet sistemi ağrıları. Nobel &Güneş. Bölgesel ağrı sendromu. Fibromiyalji. Konçuy sivrioğlu 2005:187-196
120. White KP, Speechley M, Harth M, et al. Co-existence of chronic fatigue syndrome with fibromyalgia syndrome in the general population. Scand J Rheumatol 2000; 29:44-51.

121. Yunus MB, Inanici F, Aldag JC. Fibromyalgia in men: Comparison of clinical features primary fibromyalgia syndrome: A controlled and blinded study. *J Rheumatol*. 1989;16:97-101.
122. Bengtsson A, KG, Jorfeldt L. Primary fibromyalgia. A clinical and laboratory study of 55 patients. *Scand J Rheumatol*. 1986; 15:340-347,
123. Simms RW, Goldenberg DL. Symptoms mimicking neurologic disorders in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 1988; 15: 1271-1273.
124. Wolfe F. and The Vancouver Fibromyalgia Consensus Group: The fibromyalgia syndrome, a consensus report on fibromyalgia and disability; *J.Rheumatol*,1996, 23,3: 534-39.
125. Yunus MB: Fibromyalgia and Overlapping Disorders: The Unifying Concept of Central Sensitivity Syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36:339-356.
126. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
127. Clauw D. Fibromyalgia: Update on mechanism and management. *J Clin Rheumatol* 2007;13:102-9.
128. Katz RS, Wolfe F, Michaud K. Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey, and American College of Rheumatology criteria. *Arthritis Rheum* 2006;54:169-76
129. Petzke F, Clauw DJ, Ambrose K, Khine A, Gracely RH. Increased pain sensitivity in fibromyalgia: effect of stimulus type and mode of presentation. *Pain* 2003;105:403-13.
130. Harden RN, Revivo GR, Song S, Nampiaparampil D, Golden G, Kirincic M, et al. A critical analysis of the tender points in fibromyalgia. *Pain Med* 2007;8:147-56.
131. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fbromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med* 2004;66:837-44.
132. Giesecke T, Williams D, Harris RE, Cupps TR Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum* 2004;50:2716-17.

133. Müller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2007;27:1005-10.
134. Farber L, Stratz T, Brückle W, Spath M, Pongratz D, Lautenschläger J, et al. Efficacy and tolerability of tropisetron in primary fibromyalgia highly selective and competitive 5-HT₃ receptor antagonist. *Scand J Rheumat*. 2000;29 Suppl 113:49-54.
135. Späth M, Stratz T, Neeck G, Kötter B, Hammel B, Amberger CC, et al. Efficacy and tolerability of intravenous tropisetron in the treatment of fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 2004;33:267-70.
136. Bağış S. Fibromyaljide Klinik Bulgular ve Tanı –Eğitim. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi* 2008; 54 Özel Sayı 1: 12-4
137. Goldenberg DL. Fibromyalgia. In Klippel JH, Dieppe PA, editors. *Rheumatology*. London Mosby, 1994;5: 16. 1-12.
138. Yunus M.B; Research in Fibromyalgia and Myofascial Pain Syndromes: Current Status, Problems and Future Directions; *Journal of Musculoskeletal Pain* 1993, (1), 23-47.
139. Fukuda K, Straus SE, Hickie I. : The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Case Definition Study Group. *Ann Intern Med*. 1994;121:953-959.
140. Martinez JE., Febraz MB., Sato El., Atra E.: Fibromyalgia versus Rheumatoid Arthritis, a longitudinal comparison of the quality of life; *J.Rheumatol*, 1995,22:2; 270-4.
141. Brückle W., Lautenschlager J., Müller W.: The course and topography of pain in fibromyalgia; *EULAR Bulletin* 1992, 1: 12-18.
142. Henriksson C.M.: Longterm effects of fibromiyalgiya on everyday life; *Scand.J. Rheumatol*. 1994, 23:36-41.
143. Kuran B, Özgüzel M, Çağlar N: Fibromyalji sendromunda tizanidine ve ultrason tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1994; 8:29-33.
144. Crette S, McCain G, Bell DA ve ark.: Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheum* 1986; 29:655-659.
145. Topçuoğlu V. Kişiliğin Psikobiyolojik Modeli. Erişim Tarihi: 15.04.2012 <http://iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/477/file/kisilik/kisilik.ppt>

146. Akvardar Y. ve ark. :Alkol kullanım bozukluklarında kişilik özellikleri. Bağımlılık Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, 2005 / Journal of Dependence, Vol: 6, N.: 2, 2005 55
147. Özgüven E. Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı. İkinci Reviz. Ankara: 1992.
148. Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M et al. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. Psychosomatics 1994;35:546-56
149. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. Am J Psychiatry 2004; 161:1299-301.
150. Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, et al. Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients. Nord J Psychiatry 2009; 53:353-9.
151. Altunören ve ark. Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi Nöropsikiy. Arşivi 2011;48:31-38
152. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Washington University, St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
153. Cloninger C, Svrakic DM, Przybeck TR: A Psychobiological model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:975-90.
154. Oğuzhanoglu N, Çulha F, Ülkeröğlü F. Somatoform Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. Düşünen Adam; 1995, 8 (2): 37-42
155. Koptagel-İlal G. Somatizasyonu nasıl anlamalıyız? – Psikodinamik Değerlendirme. T Klin Psikiyatri 1999,1:27-33
156. Sayar K, Güleç H, Topbaş M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. Clin. Rheumatol, 23,441-448
157. Payne TC, Leavitt F, Garron DC: Fibrositis and psychologic disturbance. Arthritis Rheum 1982; 25: 213-217.
158. Wolfe F, Cathey MA, Kleinheksel SM: Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1984; 11:500-506.
159. Ahles TA, Yunus MB, Riley SO ve ark: Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndromes. Arthritis Rheum 1984; 27:1101-1105.

160. Koh KB. (2002). Stres and psychosomatic medicine. Seoul, Korea: Ilchokaak: 231-249
161. Kerns RD, Rosenberg R, Jakob MC. (1994). Anger expression and chronic pain. *J Behav Med*, 15, 57-67
162. Bruehl S, Chung OY, Burns JW, Diedrich L. (2007) Trait anger expressiveness and pain-induced beta endorphin release: support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, 130, 208-15
163. Fernandez E, Turk DC. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61,165-175
164. Okifuji A, Turk DC, Curran SL. (1999), Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *J Psychosom Res*, 47,1-12
165. Gabbard GO (2000). Cluster C personality disorders obsessive-compulsive, avoidant, and dependent. In: Glen OG (ed), Washington, American Psychiatric Pres, pp: 547-560
166. Uğuz Ş. Konversiyon Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikopatolojiler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Adana 1998.
167. Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A ve ark. (2000) Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. Ve II. eksen eştanılar. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2: 87-96.
168. Pehlivantürk B, Ünal F (2000) Conversion disorder in children and adolescents: clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Turk J Pediatr*, 42: 132-137.
169. Clarke DM, Smith GC (2000) Somatisation. What is it? *Aust Fam Physician*, 29:109-113
170. Howard R (1997) Syndromes of depression in the elderly. *Depression in Elderly People*, R Howard (Ed), Martin Dunitz Ltd, United Kingdom, s.33.
171. Özüğurlu K (1990) Maskeli Depresyon, *Depresif Hastalıklar*. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları, s.123.
172. Lipowski ZJ (1990) Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31:13-21.
173. Mcbeth J, Silman AJ: The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001;3:157-164.

174. Katon W, Sullivan M, Walker E: Medical symptoms without identified pathology:relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med* 2001; 134:917-25.
175. Finestone HM, Stenn P, Davies F ve ark.: Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse* 2000; 24:547-556.
176. Kirmayer LJ, Robbins JM: Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *Am J Psychiatry* 1988; 145:950-953.
177. Blumer D, Heilbornn M: Chronic pain as a variant of depressive disease. *J Nev Ment Dis* 1984; 172:405-407.
178. Tofoli LF, Andrade LH, Fortes S. Somatization in Latin America: a review of the classification of somatoform disorders, functional syndromes and medically unexplained symptoms. *Rev Bras Psiq.* May 2011;33

EK 1. HKE soru formu

HACETTEPE KİŞİLİK ENVANTERİ (HKE)

(Takım A)

(İKİNCİ REVİZYON)

Prof. Dr. İbrahim Ethem ÖZGÜVEN

ACIKLAMA:

Envanter için EVET ya da HAYIR şeklinde cevaplandırabilecek sorular vardır. Bu sorular çeşitli durumlarda sizin genellikle ne düşündüğünüz, nasıl duygulandığınız ve ne şekilde davranışta bulunduğunuz ile ilgilidir.

Her soruya cevaplandırırken önce sizin için cevabın *Evet* mi yoksa *Hayır* mı olduğunu kararlaştırınız, sonra da cevap kağıdında uygun yeri karalayarak işaretleyiniz. Cevaplandırmanın nasıl yapacağını görmek için aşağıda iki örnek verilmiştir.

ÖRNEKLER:

EVET

HAYIR

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Geceleri sık sık rüya görür müsünüz? | / / | X |
| 2. Arkadaşlarınızdan memnun musunuz? | X | / / |

Eğer sık sık rüya görmüyorsanız HAYIR, arkadaşlarınızdan memnunsanız EVET cevabını, yukarıdaki örnekte olduğu gibi işaretlersiniz.

Açıklamanın tamamını okuduktan sonra cevaplandırmaya başlayınız. Envanter üzerine hiçbir şey yazmayınız, cevaplarınızı CEVAP KAĞIDI üzerine işaretleyiniz. Cevaplandırırken bir kişi olarak sadece kendi gerçek durumumuzu

ifade ediniz. Bir soru üzerinde fazla zaman harcamayınız. İlk aklınıza gelen cevabı işaretleyiniz. Atlamadan soruların hepsini cevaplandırınız.

SORULAR

1. Başkaları sizinle tartışmaya kalkınca hemen rahatsız olur musunuz?
2. Zıt görüşte olanlara rağmen planınızı genellikle uygulayabilir misiniz?
3. Yaptıklarınıza üzüldüğünüz zamanlar çok oluyor mu?
4. Bazı anlamsız düşünceler zihninizi meşgul edip sizi rahatsız eder mi?/
5. Bir şanssızlığa uğrayacağınızdan korkuyor musunuz?
6. Oturduğunuz yerde duramaz hale geldiğiniz zamanlar olur mu?
7. Sık sık önemsiz şeyleri kendinize dert edinir misiniz?
8. Diğer insanlarla tanışmakta zorluk çeker misiniz?
9. Çözemediğiniz ve cesaretinizi kıran sorunlarınız ve sorumluluklarınız var mı?
10. Bazen hiç kimsenin size iyi anlayamadığını düşündüğünüz olur mu?
11. Arkadaşlarınızla dışarıda çok fazla zaman harcadığınızı için aileniz sizden şikayet ettiği olur mu?
12. Aile içinde kararlar alınırken sizin de fikirlerinizi alırlar mı?
13. İnsanları birbirleri ile tanıştırmak size kolay gelir mi?
14. Olabildiğince kalabalıktan uzak kalmak eğiliminiz var mı?
15. Arkadaşlarınız sosyal ilişkilerinizi istenilen düzeyde bulurlar mı?
16. Tanışmadığınız yeni birisine de dostça davranmak gerekir mi?
17. Yasalara uymayan davranışları için insanlar haklı görülebilir mi?
18. Başkalarına sır vermek size güç gelir mi?
19. Saygısız oluşlarından dolayı gençlerden öç almak istediğiniz zamanlar oluyor mu?
20. Çoğu zaman yanlış veya kötü bir şey yapacağınızdan kaygılanır mısınız?
21. Size kötü davrandıkları için öç almayı isteğiniz kişiler oldu mu?
22. Fikirlerinizi başkalarına kabul ettirmenin güç olduğu kanısında mısınız?
23. Çoğu zaman başkalarının aynı konuda ne karar verdiklerini öğrenme zorunluluğu duyar mısınız?
24. Hoş olmadığı için sizi uzun zamandır üzen bir yaşantınız var mı?
25. Duygularınızı kontrol altında tutabiliyor musunuz?
26. Güç bir durumla karşılaşacağınız düşünce heyecanlanır ve terler misiniz?
27. Görme gücünüzdeki bozukluklardan sık sık yakınır mısınız?
28. Aileniz bireyleri ile sık sık tartışmalarınız olur mu?
29. Beklentinizin üstünde dostluk gösteren insanlara karşı dikkatli olmaya çalışır mısınız?

30. Dikkatinizi bir konu üzerinizde toplamada çok güçlük çeker misiniz?
31. Çoğu zaman tüm vücudunuzda bir kırıklık, halsizlik hisseder misiniz?
32. Aileniz, onlara karşı düşünceli davrandığınız kanısında mıdır?
33. Aileniz bireyleri genellikle birbirine karşı sakın davranırlar mı?
34. Birbiri ile şakalaşan kimseler arasında olmak ister misiniz?
35. Diğer insanlarla ilişki kurmada sizi yetenekli bulurlar mı?
36. Genellikle karşı cinsten birisi ile çalışmaktan hoşlanır mısınız?
37. Sahibine haber vermeden bazı şeyleri ödünç almak doğru sayılabilir mi?
38. Kişinin toplumdaki adet ve geleneklere uyması sizce önemli midir?
39. Kendini beğenmiş oldukları için çevrenizdeki çoğu kişileri uyarmak zorunda kaldığımız oluyor mu?
40. Hakkınızda dedikodu yapacaklarından kurtulmak size kolay gelir mi?
41. Zararsız yalanlar söyleyerek zor durumlardan kurtulmak size kolay gelir mi?
42. Arkadaşlarınız sizi, “eğriye eğri doğruya doğru”, diyen bir kişi olarak mı bilirler?
43. Çevrenizdeki kişiler önemli konularda sizin görüşünüzü de öğrenmek isterler mi?
44. Çevrenizde ki kişiler önemli konularda sizin görüşünüzü de öğrenmek isterler mi?
45. Çevrenizdeki kişilerden kolayca hastalık kapam bir yaradılıştan mısınız?
46. “Başaramadığım” gibi bir duygudan rahatsız mısınız?
47. Sağlığınıza çok dikkat etmek ihtiyacında mısınız?
48. İçinde bulunduğunuz koşullardan dolayı sık sık sinirlendiğiniz olur mu?
49. Belli etmeseniz bile çevrenizdekilere sık sık darıldığınız olur mu?
50. Moralinizin bozulduğu ve bundan kurtulmanın çok zor olduğu zamanlar oluyor mu?
51. Çevrenizdeki kişilerin çoğu ile arkadaşlık etmek yerine yalnız olmayı tercih eder misiniz?
52. Tanıdıklarının bulunmadığı bir çevrede sıkılganlık çeker misiniz?
53. Ailenizdeki kişilerin bazıları size karşı çok cimri davranıyor mu?
54. Aileniz çoğu kez her şeye itaat etmenizi beklemeleri sizi kızdırır mı?
55. Mutlu olacağınız sayıda ve nitelikte arkadaşlarınız var mı?
56. Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanır mısınız?
57. Sosyal etkinlikler sırasında başkalarını eğlendirmek size zor gelir mi?
58. İş ve sorumluluklardan kaçmak her zaman hatalı mıdır?
59. İnsan verdiği sözü her zaman yerine getirmeli midir?

60. Kapıların açık bırakan kişilerin eşyalarının çalışmasını hak ettikleri görüşüne katılır mısınız?
61. Karşıt cinsten birisi ile birlikte olunca genellikle onun cinsiyeti ile ilgili şeyler mi düşünürsünüz?
62. Bulduğunuz çevrede çok fazla konu-komşu dedikoduları yapılıyor mu?
63. İnsan ilişkilerinde utangaç bir kişi misiniz?
64. Kişileri birbirine tanıştırmak ve başkalarına tanıştırlmak size kolay gelir mi?
65. Başkaları sizi yetenekli ve cesur bulur mu?
66. Alıngan bir kişi misiniz?
67. Fiziki görünüşünden dolayı görüşlerinizin esnek olduğu kanısında mısınız?
68. Duyularınıza olan güveninizden dolayı görüşlerinizin esnek olduğu kanısında mısınız?
69. Sık sık kabızlıktan ve mide ağrılarından şikayetiniz olur mu?
70. Ara sıra zihninizin ağır işlediğini hissediyor musunuz?
71. Başkalarının mutluluğunu kıskandığınız zamanlar oluyor mu?
72. Başarmayı arzu ettiğiniz şeyleri düşünmek, onları yapmaktan daha çok haz veriyor mu?
73. Size açık olan avantajlı durumlardan bazı kişilerin yararlanma çabasında oldukları kanısında mısınız?
74. İstekli olduğunuz toplantı veya etkinliklere katılmanız genellikle engellenir mi?
75. En az anlayış gördüğünüz yerin aileniz olduğunu düşündünüz oluyor mu?
76. Koşulsuz olarak her insana yardım eder misiniz?
77. Sönük geçmekte olan bir toplantıya öncülük edip canlandırmak size kolay gelir mi?
78. Çabuk arkadaş edinen bir kişi misiniz?
79. Ortaya çıkan fırsatlarda otobüse ücret ödmeden binmek bir şerefsizlik midir?
80. İşlerinizi düze çıkarmak için pek çok kişinin yalan söylediği kanısında mısınız?
81. Sosyal kurallardan oldukça bağımsız bir yaşantı içinde misiniz?
82. Çevrenizdeki çoğu kişilerin politik görüşleri sizinkine ters düşer mi?
83. Başkalarının saflığını kendi çıkarlarına kullanan kimseleri ayıplar mısınız?
84. Aileniz, sizin başarılı olduğunuz kanısında mıdır?
85. İsteddiğiniz bir işe veya mesleğe girmenizin engellendiği oldu mu?
86. Önemli olmayan konular yüzünden sık sık eleştirildiğiniz olur mu?
87. Yaptığınız bir yanlış kabul etmek size zor gelir mi?
88. Ailenizin düşündüğü gibi olmama duygusu sizi rahatsız ediyor mu?

89. Belirli bir nedeni olmadan duygularınız kolayca neşeden üzüntüye, üzüntüden neşeye dönüşür mü?
90. Çevrenizdeki insanlara gerçeği kabul ettirmenin güç olduğu zamanlar olur mu?
91. Zihninizi dolduran türlü düşünceler uykunuzu kaçırır mısınız?
92. Genellikle sakin ve meseleleri soğukkanlı olarak ele alan bir kişi misiniz?
93. Zaman zaman aleyhinize çalışan insanların varlığından şüphelendiğiniz olur mu?
94. İnsanların içinde iken bile kendinizi yalnız hisseder misiniz?
95. Aileniz yeterli düzeyde başarılı olduğunuz kanısında mıdır?
96. Akşamları eve dönüş sizi kaygılandırır mı?
97. Ailenizdeki kişilerden bazılarının yakınlık ve sevginize yeterince karşılık vermediği oluyor mu?
98. Yeni tanıştığınız bir kimse ile konuşmaktan çekinir misiniz?
99. Çevrenizdeki insanlar çoğu zaman sizi hayal kırıklığına uğrattırlar mı?
100. Sizce geçinilmesi güç kişilere de nazik davranılmalı mıdır?
101. Davranışınızın çevresindekilere aykırı düşmesi sizi rahatsız eder mi?
102. Söz dinlemeyip kendisini problemin içine atmakta ısrar eden kişiler cezalarını çekmeli midir?
103. Bazı konularda kendi kendinizle kavga içinde misiniz?
104. İnatçı kişilere biraz zor kullanmanın onlara ikna etmede yararlı olacağı kanısında mısınız?
105. Başkalarının mutluluğunu kıskandığınız zamanlar oluyor mu?
106. Başkalarının sizden hoşlandığı duygusu içinde misiniz?
107. Yeteneğinizi küçümseyip başladığınız bazı işleri yarım bıraktığınız olur mu?
108. Kafesleri içinde olsa da vahşi hayvan görmekten heyecanlanır mısınız?
109. Sizi eleştirdikleri zaman sakin kalabiliyor musunuz?
110. Kendinizi sinirli bir kişi olarak mı görürsünüz?
111. Üzüntülü ve heyecanlı olduğunuz zaman konuşmanızda kekemelik olur mu?
112. Sonradan pişman olacağınız çok şey yaptığınız oluyor mu?
113. Kaslarınızda bazen asabi hareketler veya tikler olur mu?
114. Belirli bir neden yokken kendinizi son derece neşeli veya üzüntülü hissettiğiniz zaman olur mu?
115. Yaşı sizden küçük olanların daha rahat bir yaşam sürdürdükleri kanısında mısınız?
116. Hoşlanmadıkları için ailenizin evde misafir etmek istemedikleri arkadaşlarınız var mı?

117. Ailenizle aranızdaki değer yargıları ve inanç farklılıkları nedeniyle önemli sorunlar yaşadığınız oluyor mu?
118. Aileniz sizden çok fazla şeyler mi bekliyor?
119. Kız ve erkeklerin birlikte bulunduğu durumlarda kendinizi rahat hissedermisiniz?
120. İnsan ilişkilerinde utangaç bir kişi misiniz?
121. Çıkarlarınızı korumak için pek doğru olmayan yollara sapanları ayıplar mısınız?
122. Bir şeyi bulan kişiye onu saklama hakkı verilmeli midir?
123. İnsanların inançlarında kusur etmeleri, bir diğerine bunu başkalarına yayma hakkı verir mi?
124. Yaptığınız şeylerin yanlış anlaşılacağı kaygısı için de misiniz?
125. İnsanların koşulsuz olarak serbest davranmalarına izin verilirse toplumun daha iyi olacağı kanısında mısınız?
126. İçinde bulunduğumuz koşullardan dolayı sık sık sinirlendiğiniz olur mu?
127. Arkadaşlarınız istemediğiniz bir davranışta bulunduğu zaman, çoğunlukla bunu, çekinmeden kendisine söyleyebilir misiniz?
128. Gerçek yeteneklerinizi gösterebildiğiniz kanısında mısınız?
129. Kendinize özgü bir plan yapmaktansa arkadaşlarınızın önerilerini uygulamak size daha kolay gelir mi?
130. Açlık hissi duymadan yemek yediğiniz zamanlar oluyor mu?
131. Akşama doğru ya da sabahları kendinizi çok yorgun hissedermisiniz?
132. Ne okuduğunuzun farkında olmadan bir süre okuyup sonra dikkatinizi topladığınız olur mu?
133. Çoğu zaman kendinizi yorgun ve halsiz hissedermisiniz?
134. Eleştirilmek sizi çok kırar mı?
135. Hoşlanmadığınız birisi ile karşılaşmamak için yolunuzu sık sık değiştirdiğiniz oluyor mu?
136. Cinsel konularda kendinizi rahat hissedermisiniz?
137. Başka bir aile veya grubun üyesi olmayı istediğiniz zamanlar olur mu?
138. Aile bireylerinin kişisel meselelerinizi bilmek istemelerinden şikayetçi misiniz?
139. Aileniz karşı cinsten olan arkadaşlarınızı genellikle reddeder mi?
140. Bulduğunuz çevrede halk tarafından sevilmeyen çok kişi var mı?
141. Topluluk içinde tanıştığınız insanlarla çabucak kaynayabiliyor musunuz?
142. Uzlaşma kabul etmeyen kişilere nazik davranır mısınız?
143. Arkadaşlarınız sizi, eğriye eğri doğruya doğru diyen bir kişi olarak mı bilirler?
144. Saygısızlık gösterenlere aynı şekilde cevap verir misiniz?

145. Onlara aldırmamak yerine öç almanın daha iyi olduğu kanısında mısınız?
146. Yasalara aykırı davranmadan yasanın bir açığından yararlanmada bir sakınca görür müsünüz?
147. Duygularınızı kontrol altında tutabiliyor musunuz?
148. Arkadaş edinmede zorluk çekiyor musunuz?
149. Doğru yargılarınızı bile, değerli bulmadıkları olur mu?
150. Cesaret verilmediği zaman çabuk heyecanlanan bir kişi misiniz?
151. Heyecanlı olaylar sizi karamsarlıktan kurtarır mı?
152. İşler kötü gittiği zaman çabuk heyecanlanan bir kişi misiniz?
153. Bazen içinizden insanlara küfretmek gelir mi?
154. Sık sık başınız ağrır mı?
155. Ayrıntılı konuşmadıkları için sık sık kişilerin sözlerini tekrarlatmak zorunda kalır mısınız?
156. Bazen sevdiğiniz kişiyi kırmaktan hoşlandığınız olur mu?
157. Sizden gelen bir neden yokken işlerinizin ters gittiği zamanlar oluyor mu?
158. Evden kaçıp başka bir yere gitmeyi düşündüğünüz zamanlar oluyor mu?
159. Ailenizdeki bireylerin hepsini denk ölçüler içinde seviyor musunuz?
160. Evde sakin olmak için ya susmak ya da dışarı çıkmak zorunda olduğunuz zamanlar olur mu?
161. Taşdığınız sorumlulukların ağırlığı sizi fazlaca hareketsiz hale getiriyor mu?
162. Neşeli arkadaşlar arasına katılınca üzüntülerinizi untabiliyor musunuz?
163. Sıkışık durumlardan kurtulmak için gerçeği söylemediğiniz zamanlar olur mu?
164. Bulunmuş olan bir eşyayı her zaman iade etmek gerekli midir?
165. Yaşamının bir döneminde her insanın bir şeyler çalmış olabileceği görüşüne katılır mısınız?
166. Bazı insanların mal ve mülklerinin tahrip edilmesini hak eden kişiler oldu mu?
167. Size kötü davrandıkları için öç almayı istediğiniz kişiler oldu mu?
168. Başkaları sizinle tartışmaya kalkınca hemen rahatsız olur musunuz?

HKE CEVAP FORMU								GU		
ADI SOYADI: YAŞ: CİNSİYET:		MEDENİ DURUM: MESLEK: EĞİTİM:		EKONOMİK DURUM: YAŞADIĞI YER:					SU	
E	H	E	H	E	H	E	H		KU	B
1. // //	22. // //	43. // //	64. // //	85. // //	106. // //	127. // //	148. // //		KG	
2. // //	23. // //	44. // //	65. // //	86. // //	107. // //	128. // //	149. // //			
3. // //	24. // //	45. // //	66. // //	88 // //	109. // //	130. // //	151. // //		DK	
4. // //	25. // //	46. // //	67. // //	89. // //	110. // //	131. // //	152. // //			
5. // //	26. // //	47. // //	68. // //							
6. // //	27. // //	48. // //	69. // //	90. // //	111. // //	132. // //	153. // //		NE	
7. // //	28. // //	49. // //	70. // //	91. // //	112. // //	133. // //	154. // //			
8. // //	29. // //	50. // //	71. // //	92. // //	113. // //	134. // //	155. // //			
9. // //	30. // //	51. // //	72. // //	93. // //	114. // //	135. // //	156. // //		PB	
10. // //	31. // //	52. // //	73. // //	94. // //	115. // //	136. // //	157. // //			
11. // //	32. // //	53. // //	74. // //	95. // //	116. // //	137. // //	158. // //		AI	
12. // //	33. // //	54. // //	75. // //	96. // //	117. // //	138. // //	159. // //			
13. // //	34. // //	55. // //	76. // //	97. // //	118. // //	139. // //	160. // //			
14. // //	35. // //	56. // //	77. // //	98. // //	119. // //	140. // //	161. // //		SI	
15. // //	36. // //	57. // //	78. // //	99. // //	120. // //	141. // //	162. // //			
16. // //	37. // //	58. // //	79. // //	100. // //	121. // //	142. // //	163. // //		SN	
17. // //	38. // //	59. // //	80. // //	101. // //	122. // //	143. // //	164. // //			
18. // //	39. // //	60. // //	81. // //	102. // //	123. // //	144. // //	165. // //			
19. // //	40. // //	61. // //	82. // //	103. // //	124. // //	145. // //	166. // //		AE	
20. // //	41. // //	62. // //	83. // //	104. // //	125. // //	146. // //	167. // //			
21. // //	42. // //	63. // //	84. // //	105. // //	126. // //	147. // //	168. // //		G	

EK 2 . HKE CEVAP FORMU

HKE CEVAP ANAHTARI								GU	
ADI SOYADI: YAŞ: CİNSİYET:		MEDENİ DURUM: MESLEK: EĞİTİM:		EKONOMİK DURUM: YAŞADIĞI YER:				SU	
E	H	E	H	E	H	E	H	KU	B
1. // X	22. // X	43. X //	64. X //	85. // X	106. X //	127. X //	148. // X	KG	
2. X //	23. // X	44. X //	65. X //	86. // X	107. // X	128. X //	149. // X		
				87. // X	108. // X	129. // X	150. // X		
3. // X	24. // X	45. // X	66. // X	88 // X	109. X //	130. // X	151. // X	DK	
4. // X	25. X //	46. // X	67. // X	89. // X	110. // X	131. // X	152. // X		
5. // X	26. // X	47. // X	68. // X						
6. // X	27. // X	48. // X	69. // X	90. // X	111. // X	132. // X	153. // X	NE	
7. // X	28. // X	49. // X	70. // X	91. // X	112. // X	133. // X	154. // X		
				92. X //	113. // X	134. // X	155. // X		
8. // X	29. // X	50. // X	71. // X	93. // X	114. // X	135. // X	156. // X	PB	
9. // X	30. // X	51. // X	72. // X	94. // X	115. // X	136. X //	157. // X		
10. // X	31. // X	52. // X	73. // X						
11. // X	32. X //	53. // X	74. // X	95. X //	116. // X	137. // X	158. // X	Aİ	
12. X //	33. X //	54. // X	75. // X	96. // X	117. // X	138. // X	159. X //		
				97. // X	118. // X	139. // X	160. // X		
13. X //	34. X //	55. X //	76. X //	98. // X	119. X //	140. // X	161. // X	Sİ	
14. // X	35. X //	56. X //	77. X //	99. // X	120. // X	141. X //	162. X //		
15. X //	36. X //	57. // X	78. X //						
16. X //	37. // X	58. X //	79. X //	100. X //	121. X //	142. X //	163. // X	SN	
17. // X	38. X //	59. X //	80. // X	101. X //	122. // X	143. X //	164. X //		
				102. // X	123. // X	144. // X	165. // X		
18. // X	39. // X	60. // X	81. // X	103. // X	124. // X	145. // X	166. // X	AE	
19. // X	40. // X	61. // X	82. // X	104. // X	125. // X	146. X //	167. // X		
20. // X	41. // X	62. // X	83. X //						
21. // X	42. X //	63. // X	84. X //	105. // X	126. // X	147. X //	168. // X	G	

EK 3 .HKE CEVAP ANAHTARI

