

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**‘Fibromiyalji Sendromu ve Miyofasyal Ağrı Sendromu Tanılı Kadın
Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İlişkili
Değişkenler’**

Dr. Nermin GÜNDÜZ

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

2014

T.C.

I

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**‘Fibromiyalji Sendromu ve Miyofasyal Ağrı Sendromu Tanılı Kadın
Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İlişkili
Değişkenler’**

Dr. Nermin GÜNDÜZ

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Aslıhan Özlem Polat IŞIK
Anabilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Ümit TURAL

2014

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| İÇİNDEKİLER | I |
| TEŞEKKÜR | IV |
| ÖZET | V |
| ABSTRACT | VII |
| TABLolar DİZİNİ | IX |
| KISALTMALAR DİZİNİ | XII |
| 1 GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2 GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1 Miyofasyal Ağrı Sendromu | 3 |
| 2.1.1 Tanım ve Tarihçe | 3 |
| 2.1.2 Epidemiyoloji | 4 |
| 2.1.3 Tetikleyici Etmenler | 5 |
| 2.1.4 Patofizyoloji | 7 |
| 2.1.5 Tanı | 7 |
| 2.1.6 Ayırıcı Tanı | 8 |
| 2.1.7 MAS ile İlgili Psikiyatrik Araştırmalar | 9 |
| 2.1.8 Etiyopatogenez | 14 |
| 2.2 Fibromiyalji Sendromu | 11 |
| 2.2.1 Tanım ve Tarihçe | 11 |
| 2.2.2 Epidemiyoloji | 13 |
| 2.2.3 Fibromiyalji Belirtileri | 14 |
| 2.2.4 FMS ve Psikiyatrik Bozukluklar | 25 |
| 2.2.5 FMS ve MAS Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar | 28 |
| 2.3 Çocukluk Çağı Travmaları | 30 |
| 2.3.1 Travma Kavramı | 30 |
| 2.3.2 Çocukluk Çağı Travma Tipleri | 31 |
| 2.3.3 Epidemiyoloji | 33 |
| 2.3.4 Çocukluk Çağı Travmalarının Neden Olduğu Ruhsal Sorunlar | 35 |
| 2.4 FMS ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi | 38 |
| 3 YÖNTEM VE GEREÇLER | 40 |
| 3.1.1 ÖRNEKLEM | 41 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1.2 | Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri | 41 |
| 3.1.3 | Çalışmaya Alınmama Kriterleri..... | 41 |
| 3.2 | VERİ TOPLAMA ARAÇLARI | 41 |
| 3.2.1 | Kişisel Bilgi Formu: | 42 |
| 3.2.2 | DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID I): | 42 |
| 3.2.3 | Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ): | 43 |
| 3.2.4 | Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ): | 43 |
| 3.2.5 | Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ 28):..... | 44 |
| 3.2.6 | Fibromiyalji Semptom Sorgulama Formu (FSS):..... | 45 |
| 3.3 | VERİLERİN TOPLANMASI: | 45 |
| 3.4 | VERİLERİN ANALİZİ: | 46 |
| 4 | BULGULAR..... | 47 |
| 4.1.1 | Grubun Genel Yapısı..... | 47 |
| 4.1.2 | Grubun Duygudurum ve/veya Anksiyete Bozukluğu Tanıları Varlığı Açısından Karşılaştırmalı Verileri | 51 |
| 4.1.3 | Grupların SCID I Duygudurum Bozukluğu ve SCID I Anksiyete Bozukluğu tanıları açısından tanımlanmaları..... | 52 |
| 4.1.4 | Grupların Psikiyatrik Ölçek Puanlarına İlişkili Bulgular:..... | 54 |
| 4.1.5 | Grupların Ölçek Puanlarının Birbirleriyle İlişisine Dair Bulgular: | 58 |
| 4.1.6 | Grupların CTQ-28 Ölçek Puanları ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki..... | 59 |
| 4.1.7 | FMS Hastalarında Fibromiyalji semptomları ile çocukluk çağı travması varlığı arasındaki ilişki | 60 |
| 5 | TARTIŞMA..... | 62 |
| 5.1 | Sosyodemografik Değişkenler..... | 62 |
| 5.2 | Psikiyatrik Eş Tanı Varlığı..... | 64 |
| 5.3 | Çocukluk Çağı Travmaları | 73 |
| 5.4 | Çocukluk Çağı Travmaları, FMS ve Duygudurum/Anksiyete İlişkisi | 82 |
| 5.5 | FMS Hastalarında Fibromiyalji Semptomlarının Dağılımı | 84 |
| 5.6 | FMS Hastalarında Çocukluk Çağı Travması Varlığı ve İlişkili Değişkenler | 85 |
| 5.7 | ÇÇT Ve İlişkili Fibromiyalji Yakınmaları..... | 87 |
| 6 | YÖNTEMSSEL KISITLILIKLAR | 89 |
| 7 | SONUÇLAR..... | 90 |

| | | |
|---|-----------------|-----|
| 8 | ÖNERİLER | 92 |
| 9 | KAYNAKLAR | 94 |
| | EKLER..... | 120 |



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında, bilgisi, araştırma anlayışı ve bakış açısıyla bana yol gösteren, değerli görüş ve önerileriyle tezimin oluşmasına katkıda bulunan Doç. Dr. Aslıhan Özlem Polat Işık'a;

Verilerin kodlanması, istatistiksel analizin yapılması, tablo ve şekillerin hazırlanması konularındaki yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Ümit Tural'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Bülent Coşkun, Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker, Doç. Dr. İrem Yaluğ Ulubil ve Yard. Doç. Dr. Cem Cerit'e;

Tezimi yapmam sırasında FTR Polikliniğinden hasta yönlendirilmesine yardımcı olan Yard. Doç. Dr. Ilgın Koca'ya;

Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri eğitimine başladığım ilk günden itibaren mesleki eğitim, beceri ve görüşlerini benimle paylaşan, eğitimimin her aşamasında desteğini benden esirgemeyen Dr. Tuncer Saydanoğlu'na;

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tezimin yazım aşamasında desteklerini ve görüşlerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Dr. Hatice Turan ve Dr. Erkal Erzincan'a;

Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri bölümünde birlikte çalıştığım tüm asistan, hemşire ve sağlık memuru arkadaşlarıma;

İlgilerini, çalışmalarındaki desteklerini, güler yüzlerini esirgemeyen, hayatımda oldukları için mutluluk duyduğum arkadaşlarım, Canan Gündüz, Tuba Cerrahoğlu, Ayşegül Taş ve Özge Korkmaz'a;

Sahip olduğum değerleri bana aşılaman, yaptıkları fedakarlıklarla bana her konuda destek veren canım annem Hacer Gündüz ve canım babam Ömer Gündüz'e çok teşekkür ederim.

ÖZET

Fibromiyalji Sendromu ve Miyofasyal Ağrı Sendromu Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İlişkili Değişkenler

Dr. Nermin GÜNDÜZ

Amaç: Fibromiyalji Sendromu (FMS) kronik ve yaygın kas ağrısı ile karakterize, duyarlı noktalar olarak adlandırılan belirli anatomik bölgelerde aşırı duyarlılığın eşlik ettiği, daha çok kadınlarda görülen eklem dışı romatizmal bir hastalıktır. FMS'li hastalarda sıklıkla rastlanan tetikleyici psikososyal etmenler kronik stres (zorlantı), duygusal travma ve duygusal, fiziksel veya cinsel istismar olarak sıralanabilir. FMS ile ilgili yazında çocukluk çağı travmalarının varlığından söz edilmekle birlikte FMS hastalarında çocukluk çağı travması varlığı ile fibromiyalji yakınmaları ilişkisini inceleyen veri alanının kısıtlılığı dikkat çekmektedir. Biz bu çalışmada FMS tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarını sorgulamayı, bu yaşantıların FMS yakınmaları ve eşlik eden duygudurum ve/veya anksiyete tanıları varlığı ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Hipotez:

- 1-Çocukluk çağı travmaları FMS etiyopatogenezinde rol oynuyor olabilir.
- 2-FMS hastalarında çocukluk çağı travması varlığı FMS'ye eşlik eden yakınmalarla ilişkili olabilir.

Yöntem: KOÜTF FTR Polikliniğinden FMS tanısıyla takip edilmekte olan 52 ardışık hasta ile kontrol grubu olarak 35 Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS) tanılı kadın hasta ve 49 FMS ve MAS tanıları açısından sağlıklı kadın kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, SCID I Duygudurum Modülü, SCID I Anksiyete Modülü, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ve Fibromiyalji Semptom Sorgulama Anketi uygulandı.

Bulgular:

- 1-FMS grubunda, MAS ve sağlıklı kontrol grubuna göre CTQ-28, HDÖ ve HAÖ puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.
- 2-FMS grubunda yapılan korelasyon analizinde fibromiyalji semptom sayısı (FSS) ile HDÖ toplam puanı ve CTQ-28 toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki

olduğu saptanmışken FSS ile HAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki varlığı saptanmamıştır.

3-FMS, MAS ve sağlıklı kontrol gruplarında CTQ-28 total puanı ile SCID I Duygudurum ve/veya SCID I Anksiyete tanısı varlığı arasındaki ilişki analiz edildiğinde sadece FMS grubunda CTQ-28 toplam puanı ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete tanısı varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

4- FMS grubunda ağlama, çok az çalışmayı takiben yorgunluk ve olaylara abartılı tepki verme gibi yakınmaların varlığının çocukluk ağı travması varlığı ile ilişkili olduğu bulundu.

Sonuç: Çocukluk ağı travmaları gibi erken nörögelişimsel etmenler FMS gelişiminde rol oynuyor olabilir. FMS hastalarında çocukluk ağı travmasının varlığı duygudurum ve/veya anksiyete tanıları ile birlikte eşlik eden fibromiyalji yakınma sayısıyla da ilişkilidir. Ayrıca FMS hastalarında ağlama, çok az çalışmayı takiben yorgunluk ve olaylara abartılı tepki verme gibi yakınmaların varlığı çocukluk ağı travması varlığıyla ilgili ipucu olabilir.

Anahtar kelimeler: Fibromiyalji, depresyon, anksiyete, çocukluk ağı travmaları

İletişim adresi: ngunduz2798@hotmail.com

ABSTRACT

Childhood Traumatic Experiences and Related Variables in Women with Fibromyalgia Syndrome and Myofascial Syndrome

Dr. Nermin GÜNDÜZ

Aim: Fibromyalgia syndrome (FMS) is a non-articular rheumatismal disease characterized by chronic, widespread pain in combination with excessive tenderness at specific anatomical sites. FMS is common in female gender. Although the etiology of FMS is still unknown; determined predisposing psychosocial factors thought to play an important role in etiology of FMS. These factors are chronic stress, emotional traumas and emotional, physical or sexual abuse. The high frequency of childhood trauma is known in fibromyalgia patients, however the data field about relationship between childhood traumatic events and fibromyalgia symptoms is limited. In this study, we aimed to investigate the prevalence of childhood traumatic events in women with FMS and to determine the relationship between childhood traumatic experiences and fibromyalgia symptoms and comorbid mood and/or anxiety disorders.

Hypothesis:

1-Childhood traumatic events may play a critical role in development of fibromyalgia.

2-Childhood traumatic events in fibromyalgia patients may be related with comorbid fibromyalgia symptoms.

Method: 52 consecutive fibromyalgia patients, 35 Myofascial Pain Syndrome patients and 49 healthy controls enrolled for the study. A Sociodemographic and Clinical Data Form, SCID I modules of anxiety disorders, SCID I modules of mood disorders, Fibromyalgia Symptom Questionnaire, Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) were applied to participants.

Results:

1- CTQ-28, HAM-D and HAM-A scores are found to be higher in FMS patients.

2-‘Fibromyalgia symptome counts’ was found to be related with HAM-D total scores and CTQ-28 total scores. But we didn’t find statistically significant relationship between ‘Fibromyalgia symptome counts’ and HAM-A total scores.

3- CTQ-28 total scores was found to be related with comorbid mood and/or anxiety disorders in only FMS patients.

4-Comorbid symptoms like crying, being tired after slightly working and exhibition exaggerated reaction (irritability) in FMS patients were found to be related with being abused or neglected in childhood.

Conclusion: Early neurodevelopmental factors may play a critical role in development of fibromyalgia. Being abused or neglected in childhood in fibromyalgia patients is also related with comorbid mood and/or anxiety disorders and fibromyalgia symptome counts. Also comorbid symptoms like crying, being tired after slightly working and exhibition exaggerated reaction (irritability) in FMS patients may play a predictive role for being abused or neglected in childhood.

Key words: Fibromyalgia, depression, anxiety, childhood traumatic events

Mail address: ngunduz2798@hotmail.com

TABLolar DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1: MAS Ayırıcı Tanıları | 8 |
| Tablo 2: Merkezi Duyarlılık Sendromları..... | 9 |
| Tablo 3: FMS ve MAS arasındaki farklılıklar | 28 |
| Tablo 4:Grupların yaş ile ilgili verileri..... | 47 |
| Tablo 5: Grupların medeni durum ile ilgili verileri | 47 |
| Tablo 6: Grupların yaşadığı yer ile ilgili veriler | 48 |
| Tablo 7: Grupların eğitim durumları ile ilgili verileri | 48 |
| Tablo 8: Grupların gelir düzeyi algıları ile ilgili veriler | 49 |
| Tablo 9:Grupların çalışma durumu ile ilgili veriler | 49 |
| Tablo 10: Katılımcıların alkol ve sigara kullanım varlığı ile ilgili verileri | 50 |
| Tablo 11: Grupların ek tıbbi durum, psikiyatrik özgeçmiş ve psikiyatrik soygeçmiş ile ilgili verileri | 50 |
| Tablo 12: Grupların herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı alma ile ilgili verileri..... | 51 |
| Tablo 13: FMS, MAS ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının SCID I Duygudurum ve/veya SCID I Anksiyete tanıları varlığı açısından karşılaştırılmaları | 52 |
| Tablo 14: FMS Grubunun SCID I Duygudurum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu Tanıları Dağılımı | 53 |
| Tablo 15: MAS Grubunun SCID I Duygudurum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu Tanı Dağılımı | 54 |
| Tablo 16: Grupların Psikiyatrik Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular | 55 |
| Tablo 17: Grupların CTQ-28 Ölçek Puanlarına göre çocukluk çağı travması varlığı ile ilgili verileri | 55 |
| Tablo 18: Grupların CTQ-28 Alt Ölçekleri ile ilgili verileri..... | 56 |
| Tablo 19: FMS Hastalarında FSS Anket Puanlarının Karşılaştırılması..... | 57 |
| Tablo 20: FMS Hastalarında Fibromiyalji Semptom Dağılımı..... | 58 |
| Tablo 21: FMS Hastalarının FSS, CTQ-28, HAÖ ve HDÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulguları | 59 |
| Tablo 22: Grupların CTQ-28 Total puanı ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki..... | 60 |
| Tablo 23: FMS Hastalarında Fibromiyalji semptomları ile çocukluk çağı travması ilişkisi | 61 |

| | |
|--|----|
| Tablo 24: ÇÇİ veya ihmali olan bireyler olmayan bireylere göre daha fazla ağrı semptomu veya kliniği gösterirler mi? | 74 |
| Tablo 25: Kronik ağrılı hastalar sağlıklı kontrollere göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildiriyorlar mı? | 75 |
| Tablo 26: Kronik ağrılı hastalar, kronik ağrısı olan fakat tedavi başvurusu olmayanlara göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildiriler mi? | 76 |
| Tablo 27: Toplum tabanlı örneklemlerde; ağrısı olan bireyler olmayanlara göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildiriler mi? | 77 |





KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|-----------------|---|
| MAS | Miyofasyal Ağrı Sendromu |
| TN | Tetik Nokta |
| FMS | Fibromiyalji Sendromu |
| SCID I | DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme |
| HDÖ | Hamilton Depresyon Ölçeği |
| HAÖ | Hamilton Anksiyete Ölçeği |
| CTQ-28 | Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği-28 |
| FSS | Fibromiyalji Semptom Sorgulama |
| FTR | Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon |
| TME | Temporomandibuler Eklem Bozukluğu |
| İBS | İrritabl Barsak Sendromu |
| TSSB | Travma Sonrası Stres Bozukluğu |
| HPA | Hipotalamo Pitüiter Adrenal Aks |
| CRH | Kortikotropin Releasing Hormon |
| SCL-90 | Semptom Tarama Listesi |
| GAS | Görsel Ağrı Skalası |
| ACR | American College of Romatology (Amerikan Romaroloji Birliği) |
| EULAR | European League Against Rheumatism |
| EEG | Elektroensefalografi |
| RA | Romatoid Artrit |
| DM | Diabetes Mellitus |
| GH | Büyüme Hormonu |
| SSS | Merkezi Sinis Sistemi |
| 5 HT-2A | Serotonin-2A |
| DA 4 RES | Dopamin 4 reseptörü |
| COMT | Katekol-O-Metiltransferaz |
| HLA | İnsan Lökosit Antijeni |

| | |
|-----------------|--|
| TNF-alfa | Tümör Nekroz Faktör alfa |
| IL-1 | İnterlökin-1 |
| IL-6 | İnterlökin-6 |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus |
| HBV | Hepatit B Virüsü |
| HCV | Hepatit C Virüsü |
| EBV | Ebstein Barr Virüs |
| MDB | Major Depresif Bozukluk |
| NT | Nörotransmitter |
| BOS | Beyin Omurilik Sıvısı |
| SP | Substans P |
| NGF | Sinir Büyüme Faktörü |
| IGF | İnsülün Benzeri Büyüme Faktörü |
| NA | Noradrenalin |
| 5-HIAA | 5-Hidroksi İndol Asetik Asit |
| PRL | Prolaktin |
| NO | Nitrik Oksit |
| NMDA | N-metil-D-Aspartik asit |
| Non-REM | Non-rapid eye movement |
| LH | Luteinizan Hormon |
| FSH | Foliküler Stimüle Edici Hormon |
| PET | Pozitron Emisyon Tomografisi |
| FMRI | Fonksiyonel Manyetik Rezonans Imaging |
| DLPFC | Dorsolateral Prefrontal Korteks |
| VLPFC | Ventrolateral Prefrontal Korteks |
| OSS | Otonom Sinir Sistemi |
| WPI | Widespread Pain Index |
| SS | Symptom Severity |
| OKB | Obsesif Kompulsif Bozukluk |
| MMPI | Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri |
| DEHB | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu |
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |

| | |
|---------------|--|
| GİS | Gastrointestinal Sistem |
| ÇÇT | Çocukluk Çağı Travması |
| BDÖ | Beck Depresyon Ölçeği |
| DSM IV | Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı |
| 5-HTT | Serotonin Transporter |
| ACTH | Adrenokortikotropik Hormon |
| ÇÇİ | Çocukluk Çağı İstismarı |



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmanın amacı KOÜTF hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniğinde değerlendirilmeleri neticesinde Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS) veya Fibromiyalji Sendromu (FMS) tanısı alan kadın hastalarda, çocukluk çağı travmatik yaşantılarını sorgulamak; bu yaşantıların FMS yakınmaları ve eşlik eden duygudurum ve/veya anksiyete tanıları varlığı ile ilişkisini araştırmaktır.

Miyofasyal ağrı, tetik noktalarla (TN) karakterize; ağrı, sertlik, kas spazmı, hareket kısıtlılığı, duyarlılık, güçsüzlük ve nadiren otonom işlev bozukluğuna sebep olabilen bir bozukluktur (2). MAS hastalarında psikososyal müdahalelerin etkililiğini gösteren çalışmalar, hastalığın psikiyatrik boyutunun altını çizmesi ve hastalığın biyopsikososyal bir hastalık olduğunu göstermesi bakımından son derece önemlidir (28, 29). MAS Eksen 1 psikiyatrik tanılar içinde en sık depresyon, anksiyete bozuklukları ve somatizasyon bozuklukları ile ilişkilidir (30). MAS ve depresyonun birarada bulunmasına klinikte sıkça rastlanmaktadır. Hem MAS hem depresyonda yakınmaların ortaya çıkışı ve şiddetlenmesi çevresel stresörlerin (zorlayıcıların) varlığı ile bağlantılıdır. Bu yüzden MAS, FMS ve Kronik Yorgunluk Sendromunun da dahil olduğu stresle bağlantılı bozuklukların bir üyesi olarak kabul edilmektedir (25).

Fibromiyalji Sendromu (FMS) kronik ve yaygın kas ağrısı ile karakterize, duyarlı noktalar olarak adlandırılan belirli anatomik bölgelerde aşırı duyarlılığın eşlik ettiği, daha çok kadınlarda görülen eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (35).

FMS'ye sıklıkla yorgunluk, uyku bozuklukları, İrritabl Barsak Sendromu (İBS), parestezi, bilişsel işlevlerde bozulma, anksiyete, depresyon ve benzeri yakınmalar eşlik etmektedir. FMS'ye eşlik eden bu yakınmaların varlığı FMS tanısı konulan hastalarda bu yakınmaların dikkatlice sorgulanması ihtiyacını doğurmaktadır (36).

FMS'nin etiyolojisi halen tam olarak bilinmemekle birlikte; bu hastalıkta gözlenen uyku düzenindeki değişiklikler, nöroendokrin transmitter (serotonin, substans P), Büyüme Hormonu (GH) ve kortizol düzeyi değişiklikleri göz önünde bulundurulduğunda otonom ve nöroendokrin temelli bir hastalık olduğu düşünülebilir (54).

Son zamanlarda mekanik ve fiziksel travma ve incinmeler ile kronik zorlantı, duygusal travma ve duygusal, fiziksel veya cinsel istismar gibi psikososyal zorlantı etmenlerinin FMS etyopatogenezinde rol oynayabileceği görüşü üzerinde durulmaktadır (63).

FMS ile ilgili yazında çocukluk çağı travmalarının varlığından söz edilmekle birlikte FMS hastalarında çocukluk çağı travmaları varlığı ile fibromiyalji yakınmalarının ilişkisini inceleyen çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Biz bu çalışmada FMS tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarını sorgulamayı, bu yaşantıların FMS yakınmaları ve eşlik eden duygudurum ve/veya anksiyete tanıları varlığı ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Miyofasyal Ağrı Sendromu

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

İskelet kası insan vücudunun en geniş organı olup vücudun neredeyse %50'sini oluşturmaktadır. Bu kaslardan herhangi birisinde ağrı veya disfonksiyon (işlev bozukluğu) oluşabilmektedir. Kas-iskelet sistemi ağrısının en yaygın sebebi ise Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS) olarak bilinmektedir (1).

Miyofasyal ağrı, tetik noktalarla (TN) karakterize; ağrı, sertlik, ani ve istemsiz kas kasılması, hareket kısıtlılığı, duyarlılık, güçsüzlük ve nadiren otonom işlev bozukluğuna sebep olabilen bir bozukluktur (2).

Bir başka ifade ile MAS, miyofasyal TN'ler nedeni ile oluşan duyusal, motor ve otonomik belirtiler kümesi şeklinde ifade edilebilir. Duyusal bozukluklar dizestezi (duyu uyarılarını algılama bozukluğu), hiperaljezi (ağrıya karşı aşırı duyarlılık) ve yansıyan ağrıdır. Otonomik bozukluklar ise burun akıntısı, gözlerde yaşarma, salivasyon, deri sıcaklığında değişimler, terleme, piloereksiyon, proprioseptif bozukluklar ve deri üzerinde meydana gelen kızarıklıklardır. Miyofasyal TN ise iskelet kası içerisinde hassas, ele gelebilen nodül şeklinde duyarlı noktalara verilen isimdir (3).

İlk olarak 16. Yüzyılın başlarında Fransız doktor de Baillou tarafından bölgesel ağrı sendromu tariflenmiş ve 'musküler romatizma' terimi kullanılmıştır (4, 5).

1900 yılında Adler gergin noktalardan kaynaklanan kas romatizmasından söz etmiştir. Aynı dönem İngiltere'de Gowers, Stockman, Llewellyn ve Jones aynı belirti kümesine neden olan bu durum için 'fibrozit' kavramını geliştirmişlerdir. 1938 yılında Lewis ve Kellgren yansıyan ağrı kavramını tanımlamıştır. Bu kavramın geliştirilmesinden kısa süre sonra birbirlerinden bağımsız olarak üç klinisyen (Michael Gutstein, Michael Kelly, Janet Travell) tarafından hastalığın dört belirtisi tariflenmiştir. Tanımlanan dört belirtiden birincisi kas dokusu içerisinde ele gelebilen nodüller veya band benzeri sertlikler; ikincisi bu bandların içerisinde aşırı hassas noktaların varlığı; üçüncüsü ağrılı noktaya basınca hastanın ağrısının artması; dördüncüsü bu hassas noktalara yapılan enjeksiyon uygulaması veya masaj ile hastanın ağrısının azalmasıdır (6).

Bu yüzyılın çoğunda miyofasyal TN'ler ile fibrozit terimi birlikte kullanılmıştır. Ancak 1977'de Smythe ve Moldofsky kliniğe çoklu hassas noktalar olarak yansıyan kronik ağrı sendromu için 'Fibrozit Sendromu' tanımlamasını kullanmışlardır. 1981'de Yunus ve arkadaşları bu sendromu yeniden tanımlamışlar ve 'Fibromiyalji (FMS) olarak isimlendirmişlerdir. 1990'da F. Wolfe başkanlığında bir grup romatolog tarafından FMS kriterleri tanımlanmıştır (6).

1993'e gelindiğinde ise Berkoff ve Hubbard tarafından miyofasyal TN'lerin karakteristik iğne EMG aktivitesi kayıt edilmiştir. Takip eden yıllarda ise Hong ve Torigoe tarafından tavşan deneylerinde lokal seyirme cevabı kanıtlanmıştır (6). Böylelikle araştırmacılar 1990'lı yıllarda MAS ve FMS'nin iki ayrı klinik durum olduğu sonucuna varmışlardır (6).

2.1.2 Epidemiyoloji

Tetik noktalardan kaynaklanan MAS, toplumda en sık karşılaşılan ağrılı durumlardan biridir. Fakat aynı zamanda bu klinik duruma gerçekte olduğundan daha az tanı konmakta ya da yanlış tanı konmaktadır. MAS için genel nüfus örnekleminde yapılan sıklık ve yaygınlık çalışmalarından, bu klinik kavram için evrensel nitelikte tanı kriterlerinin olmaması ve hastalığın doğası ile ilgili bilgilerin eksik olması nedeni ile değişken veriler elde edilmiştir (7).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de 44 milyon MAS vakası olduğu tahmin edilmektedir. Yumuşak doku ağrısı nedeniyle genel tıp kliniklerine başvuruların %30'unun, ağrı alanında özelleşmiş kliniklere başvuruların %55-95'inin MAS kökenli olduğu bildirilmiştir (8).

Ek olarak MAS sırt ve boyun ağrısının en sık nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (1). Son 6 aydır baş ve boyun ağrısı yakınması olan ve ağrı kliniğine başvuran 164 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %55'ine MAS tanısı konulmuştur (9).

Bir genel tıbbi klinik çalışmasında hastaların %30'unun birincil yakınmasının MAS kaynaklı olduğu bildirilmiştir (10).

MAS yaygınlığının ağrı merkezlerine başvuran hastalarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. 283 hastanın dahil edildiği kapsamlı bir ağrı merkezi çalışmasında vakaların %85'i MAS tanısı almışlardır (11).

Genel nüfusun yaklaşık %85'i hayatlarının bir döneminde MAS kaynaklı ağrıdan yakınmaktadır. Orta yaş erişkinlerde (30-60 yaş) ortalama yaygınlık erkeklerde %37, kadınlarda %65 olarak bildirilmiştir. 65 yaş üstü yaşlı nüfusta ise bu oran %85'lere ulaşmaktadır. Bu veriler ışığında genel toplumda yaş ilerledikçe MAS'ın giderek önemli bir klinik soruna yol açtığı söylenebilir (7).

MAS en sık 27,5 ile 50 yaş aralığında ve daha yaygın olarak hareketsiz bireylerde görülmektedir. Kadınlarda MAS yaygınlığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (12).

Genel ortopedi kliniklerindeki hastaların %21'inde, özel ağrı kliniklerindeki kronik ağrı yakınması olan hastaların %85-93'ünde MAS görülebildiği bildirilmiştir (13).

2005 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmaya alınan 191 kadın, 115 erkek olmak üzere toplam 306 öğrencide MAS yaygınlığı %6.9 olarak tespit edilmiştir (14).

2.1.3 Tetikleyici Etmenler

2.1.3.1 Travma

Kas dokusunun küçük ve büyük düzeyde travma maruziyeti tetik nokta ortaya çıkışında öne sürülen nedenlerdendir (1).

2.1.3.2 Mekanik Nedenler

Mekanik nedenler içsel ve dışsal nitelikte olabilmektedir. Kötü vücut duruşu, skolyoz ve kifoz içsel mekanik nedenler; kötü ergonomik koşullar (iş hayatı) ise dışsal mekanik nedenler içerisinde incelenmektedir (1).

2.1.3.3 Dejenerasyon

Yaşlanma sonucu kemik ve eklemlerde meydana gelen yapısal değişiklikler, miyofasyal esnekliği azaltır ve MAS gelişimine zemin hazırlamaktadır (1).

2.1.3.4 Sinir Kökü Basısı

Spinal sinir kökü basısı geliştiğinde, çevre kaslarda ikincil olarak tetik nokta aktivitesine bağlı olarak ağrı artışı izlenebilmektedir (1, 15).

2.1.3.5 Duygusal Stres (Zorlanti)

Anksiyete, artmış sempatik deşarj ve uyku bozuklukları; kas gerginliğini arttırarak MAS gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (1). MAS'a eşlik eden ve MAS ile bağlantılı olarak veya MAS sonucu ortaya çıkan en sık psikiyatrik tanılar anksiyete ve depresyon olarak bildirilmektedir (6).

Kronik ağrı ile birlikte depresif yakınmalar gelişebilmekte, ağrının sıklığı, süresi ve şiddeti arttıkça depresif yakınmalar daha da derinleşebilmektedir. Sonuç olarak ağrı ile depresif yakınmalar arasında kısır bir döngü oluşmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda MAS hastalarının psikotrop ilaç kullanım sıklığının normal nüfusa göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. Kronik ağrılı hastalarda, kaslarda aşırı gerginlik ve yorulmaya neden olarak tetik nokta oluşumuna zemin hazırlayabilen anksiyete bozuklukları da sıkça görülmektedir. Aynı zamanda hastalarda miyofasyal ağrı sendromu kaynaklı belirtiler de anksiyete gelişimine neden olabilmekte ve böylece kısır bir döngü ortaya çıkabilmektedir (12).

Çelik ve arkadaşları sağlıklı bireylerde latent (gizil) tetik nokta varlığı ile depresyon düzeyini araştırmışlardır. Gizil tetik nokta varlığı ile depresyon düzeyinin yakın ilişkili olduğuna dikkat çekmişlerdir (16).

Altındağ ve arkadaşları MAS tanılı bireylerde depresyonun daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca MAS tanılı bireylerde ağrı şiddeti ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (17).

2.1.3.6 Endorin ve Metabolik Bozukluklar

Tiroid ve östrojen hormonu yetersizlikleri gibi hormonal dengesizlikler MAS oluşumuna neden olabilmektedir (1).

2.1.3.7 Besinsel Yetmezlikler

Vitamin ve mineral eksiklikleri MAS oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir (1).

Okumuş ve arkadaşlarının 38 hastayla yaptıkları bir çalışmada MAS tanılı bireylerde serum çinko, magnezyum, vitamin B12 düzeylerini düşük olarak tespit etmişlerdir (18).

2.1.3.8 İklimsel Nedenler

Nemli, rüzgarlı, aşırı sıcak veya soğuk gibi çevresel koşullarda kas gerginliğinin ve MAS sıklığının arttığı bildirilmiştir (15).

2.1.3.9 Kaslarda Zayıflama

Malign nitelikte veya nörolojik kaynaklı hastalıklarda kaslarda atrofiye bağlı tetik nokta oluşumu gelişebilmektedir. İnmeli hastaların iyileşme dönemlerinde zayıflamış kaslara aşırı yüklenme ile miyofasyal tetik nokta gelişimi görülebilmektedir (15).

2.1.3.10 Kronik Enfeksiyonlar

Kronik virüs ve parazit enfeksiyonlarının MAS oluşumuna neden olabileceğini bildiren kaynaklar mevcuttur (1).

2.1.4 Patofizyoloji

MAS patofizyolojisi henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte patofizyolojiyi açıklamada birtakım hipotezler öne sürülmüştür (3). Bu hipotezler tetik noktadaki motor ve duyuusal anormallikleri, tetik noktadaki biyokimyasal çevreyi, biyokimyasal maddelerin ağrı ve inflamasyonla ilişkisini açıklamaya yönelik olarak ortaya atılmıştır (4).

MAS'a neden olabileceği veya zemin hazırlayabileceği düşünülen birçok etmen öne sürülse de kasa ani yüklenme neticesinde oluşan ani incinme veya tekrarlayan küçük travmaların neden olduğu kronik zedelenme başta olmak üzere, genetik etkenler, yorgunluk ve zorlayıcılar başlıca nedenler arasında sayılmaktadır (19).

Strese (zorlantıya) yanıt olarak kas aktivitesinin arttığını zamanla kas güçsüzlüğü ve spazmın son olarak da ağrının başladığını bildiren bazı araştırmacılar, hastalığın ortaya çıkışında ve sürmesinde psikososyal zorlantı etmenlerinin önemine vurgu yapmışlardır (20).

2.1.5 Tanı

MAS tanı kriterleri Simons ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yeniden tanımlanmıştır. Buna göre MAS tanısı için 5 major, 3 minör kriter bulunmaktadır (6).

2.1.5.1 Major Kriterler

- 1- Bölgesel ağrı
- 2- Tetik noktalardan belli bir alana yansıyan ağrı ve duyuşal değişiklik
- 3- Kas içinde gergin bantların palpe edilmesi
- 4- Gergin bant boyunca bir noktada hassasiyet (tetik nokta) varlığı
- 5- Eklem hareket açıklığının kısıtlanması

2.1.5.2 Minör Kriterler

- 1- Hassas nokta üzerinde kompresyonla ağrı ve/veya duyuşal değişikliğin olması
- 2- Gergin banttaki duyarlı noktadan palpasyon ve iğneleme ile lokal seyirme yanıtı elde edilmesi
- 3- Duyarlı noktanın enjeksiyonu veya kasın gerilmesi ile ağrının azaltılması

2.1.6 Ayırıcı Tanı

MAS ayırıcı tanısında akla getirilmesi gereken hastalıklar:

MAS'ın ayırıcı tanıları Tablo 1'de sunulmaktadır (21).

Tablo 1: MAS Ayırıcı Tanıları

| | |
|--|--|
| a) Fibromiyalji sendromu | d) Sistemik hastalıklar |
| b) Kas-iskelet sistemi hastalıkları | - Romatoid artrit |
| - Temporomandibular eklem bozuklukları | - Gut |
| - Post-travmatik hiper-irritabilite | - Psöriatik artrit |
| - Osteoartrit | - Enfeksiyon (Viral, bakteriyel, paraziter) |
| - Mesleki miyalji | d) Santral kaynaklı heterotrofik ağrı |
| - Tendinit ve bursitler | e) Psikiyatrik bozukluklar |
| c) Nörolojik bozukluklar | - Psikojenik ağrı |
| - Trigeminal nevralji | f) İlaç tepkimeleri |
| - Glossofaringeal nevralji | |
| - Sfenopalatin nevralji | |

MAS aynı zamanda merkezi duyarlılık sendromlarından biri olarak kabul edilmektedir. Merkezi duyarlılık sendromları birbiri ile çakışan, yapısal bir patoloji olmadan birtakım sinaptik ve nörokimyasal olaylar aracılığı ile merkezi nöronların kolay uyarılmasını sağlayan ortak bir mekanizmaya bağlı olan sendromlar bütünüdür (22). Tablo 2’de Merkezi Duyarlılık Sendromları sunulmaktadır.

Tablo 2: Merkezi Duyarlılık Sendromları

| | |
|--------------------------------|---|
| FMS | Huzursuz bacak sendromu |
| Kronik yorgunluk sendromu | TME (Temporomandibuler Eklem Boz.) |
| MAS | Çoklu kimyasal duyarlılığı |
| İBS (İrritabl Barsak Sendromu) | Primer dismenore |
| Migren | İnterstisyel sistit/ Dişi Üretral sendrom |
| Gerilim tipi baş ağrısı | TSSB |

2.1.7 MAS ile İlgili Psikiyatrik Araştırmalar

Zorlantı (stres), anksiyete ve depresyon MAS’ın önemli klinik özellikleridir (23).

Zorlantı varlığı, hastalığın başlangıcında, gidişinde ve tedavinin etkililiğinde son derece önemlidir. Tedavinin planlanması öncesinde bu değişkenlerin incelenmesi hastanın tedaviye yanıtı açısından üzerinde durulması gereken değişkenlerdir (24).

MAS, zorlantıyla bağlantılı klinik durumlardan biri olup sıklıkla kortizol salgılanmasında bozuklukla bağlantılı olan depresyon ve FMS ile birlikte görülmektedir (25).

MAS ve depresyonun birarada bulunmasına klinikte sıkça rastlanmaktadır. Hem MAS hem depresyonda yakınmaların ortaya çıkışı ve şiddetlenmesi çevresel stresörlerin (zorlayıcıların) varlığı ile bağlantılıdır. Bu yüzden MAS; FMS ve Kronik Yorgunluk Sendromunun (KYS) da dahil olduğu stresle (zorlantı) bağlantılı bozuklukların bir üyesi olarak kabul edilmektedir (25).

Uzun süreli zorlantı maruziyeti ve/veya tekrarlayan zorlantılı yaşam olayları ve/veya birden fazla sayıda zorlantılı yaşam olayı kortizol düzeyinde değişikliğe neden olmaktadır. Yapılan ilk çalışmalarda MAS hastalarında, idrar 17-hidroksisteroidleri düzeyleri yüksek olarak tespit edilmiş ve bu durum artmış zorlantı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (26).

MAS hastalarında artmış kortizol düzeyleri, Hipotalamo Pitüiter Adrenal (HPA) ekseninin merkezi uyarılmasını gösteriyor gibi görünmektedir. HPA ekseninin akut zorlanma durumlarında aktivasyonu sıklıkla analjezi ile bağlantılıdır. Akut zorlanma durumlarında HPA ekseninin uyarılması neticesinde salgılanan Kortikotropin Releasing Hormon (CRH) ağrı işlenmesini hem merkezi hem çevresel düzeyde etkileyebilmektedir. Ayrıca, ani zorlanmalı durumlarının tersine zorlanmalı durum veya durumlara süregelen maruziyet durumlarında hiperanaljezi gelişebilmektedir. Bu noktadan hareketle; MAS hastalarında artmış kortizol düzeylerinin süregelen zorlanmaya fizyolojik yanıtı gösteriyor olması olasıdır (25).

Düşük ya da yüksek kortizol düzeyleri süregelen ağrılı durumların gelişimine zemin hazırlayabilmekte ve bu durumun hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), depresyon ve somatizasyon bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların gelişiminde önemli olduğuna dair veriler bulunmaktadır (25,27).

MAS hastalarında psikososyal müdahalelerin etkililiğini gösteren çalışmalar hastalığın psikiyatrik boyutunun altını çizmesi ve hastalığın biyopsikososyal bir hastalık olduğunu göstermesi bakımından son derece önemlidir (28, 29).

MAS Eksen 1 psikiyatrik tanımlar içinde en sık depresyon, anksiyete bozuklukları ve somatizasyon bozuklukları ile ilişkilidir. Semptom Tarama Listesi (SCL 90) kullanılarak yapılan bir çalışmada, hastalarda %39.3 orta veya ciddi düzeyde depresif bozukluk ve %54.7 orta ya da ciddi düzeyde somatizasyon tespit edilmiştir (30).

SCL-90-R kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada MAS grubunda Hamilton Anksiyete ve Depresyon ölçekleri kullanılarak tespit edilen anksiyete ve depresyonun daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte MAS hastalarının özgeçmişlerinde daha fazla psikiyatrik bozukluk ve daha fazla psikotropik ilaç kullanım öykülerinin bulunduğu dikkati çekmiştir (31).

Farklı yüz ağrısı nedenleri olan 649 hasta serisi ile yapılan kesitsel bir çalışmada, MAS grubunun anksiyete puanlarının nöropatik ağrı ve TME (Temporomandibuler Eklem) bozukluğu olan gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarının %97'sinin Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %3'ünün ise Panik Bozukluk veya Agorafobi olduğu görülmüştür. Depresif bozuklukların %85'i Major Depresif Bozukluk iken %15'lik kısmının ise Distimik Bozukluk olduğu saptanmıştır (32).

MAS hastalarının hafif ya da orta düzey anksiyete veya depresyonu olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; psikiyatrik tanı olan hasta grubunun Hamilton Anksiyete Ölçeğinde psişik anksiyete alt ölçeğinden MAS grubunun ise somatik anksiyete alt ölçeğinden anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları gösterilmiştir (33).

MAS ve atipik fasiyal ağrı hastalarında görsel ağrı skalası (GAS) ile hastaların ağrı şiddetlerinin (5 kesim noktası kabul edilerek) düşük ve yüksek olarak sınıflandırıldığı bir çalışmada, yüksek ağrı şiddeti bildiren hastalarda SCL-90-R ile daha yüksek oranda psikolojik içe kapanma, daha kötü psikolojik durum geribildirim ve somatizasyona eğilim saptanmıştır. Bu çalışmada ağrının şiddetinin yüksek olarak bildirilmesinin en önemli öngörücüsünün düşük eğitim düzeyi olduğu saptanmıştır (34).

2.2 Fibromiyalji Sendromu

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

Fibromiyalji Sendromu (FMS) süregen ve yaygın kas ağrısı ile karakterize, duyarlı noktalar olarak adlandırılan belirli anatomik bölgelerde aşırı duyarlılığın eşlik ettiği, daha çok kadınlarda görülen eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (35).

FMS genellikle allodini (normalde ağrı oluşturmeyen uyarıların ağrıya neden olması) ve hiperaljezinin (ağrıya karşı aşırı duyarlılık) eşlik ettiği süregen yaygın ağrı ve belirli anatomik bölgelerde bulunan hassas noktaların varlığı ile karakterize çok boyutlu bir hastalıktır. 1990 ACR (American College of Romatology) tanı kriterlerine göre FMS tanısı için en az üç aydır, vücudun dört kadranında (aksiyel iskelet de dahil) yaygın ağrı bulunması ve fizik muayenede 18 hassas noktadan 11'inde palpasyonla ağrı tespit edilmesi gerekmektedir (35).

FMS'ye sıklıkla yorgunluk, uyku bozuklukları, İrritabl Barsak Sendromu, karıncalanma ya da uyuşma hissi, bilişsel işlevlerde bozulma, anksiyete, depresyon ve benzeri yakınmalar eşlik etmektedir. FMS'ye eşlik eden bu yakınmaların varlığı FMS tanısı konulan hastalarda bu yakınmaların dikkatlice sorgulanması ihtiyacını doğurmaktadır (36).

FMS'ye sıklıkla psikiyatrik bozukluklar eşlik etmekte ve bu eş tanılar hastanın yaşam kalitesini bozarak tanı ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (36).

FMS'nin etiolojisinin halen tam olarak bilinmemesi, hastalığın farklı klinik görünümlerinin olması ve hastalıkla bağlantılı psikiyatrik bileşenlerin varlığı nedeni ile halen hastalıkla ilgili tartışmalar mevcuttur (36).

2007 yılında 11 Avrupa ülkesinden FMS konusunda uzmanlaşmış 19 kişiden oluşan multidisipliner bir grup olan EULAR (European League Against Rheumatism) hastalığın tanımlanması ve tedavisinin geliştirilmesi amacıyla bazı yeni tanısal kriterlerin oluşturulması üzerinde çalışmıştır (36).

FMS süregen yaygın ağrının en sık nedenleri arasında yer almaktadır. FMS önemli ve heterojen bir hasta grubundan oluşmaktadır ve bu grup hastalarda bireyleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının üzerinde durulmaktadır (36).

1850'li yıllarda Froriep romatizmalı diye tanımladığı bazı hastaların kaslarında sert ve basmakla ağrılı bölgeler olduğunu yayınlamıştır. 1904 yılında ise Gowers, kas-iskelet duyarlılığının enflamasyona bağlı olduğunu düşünüp kas ağrılarını tanımlamak için ilk kez fibrozit terimini kullanmıştır (37).

20. yüzyılın ortalarına kadar bu durumun gerçek bir inflamasyona bağlı olduğu düşünülmüş olup hastalığın sıklıkla depresif kadınlarda ve savaştan dolayı psikolojik olarak travmatize olan askerlerde görülmesinden dolayı psikojenik romatizma kavramı gündeme gelmiştir (37).

1970'li yıllarda Smythe ve Moldofsky, 'fibrozit'li hastalarda ilk uyku Elektroensefalografi (EEG) çalışmasını yapmışlar ve bu hastalarda yavaş dalga derin uyku elektrofizyolojisinde anormallikler olduğunu saptamışlardır. Hastalığın periferik (çevresel) enflamasyon kaynaklı olmadığını vurgulayıp, hastalıkla ilişkili nöropatofizyolojik mekanizmaların anlaşılmasına öncülük etmişlerdir (37).

1981 yılında Yunus ve arkadaşları, bilinen yakınma ve duyarlı nokta geçerliliğini araştıran 50 hasta ve 50 sağlıklı kontrolü içeren ilk kontrollü klinik çalışmayı yayınlamışlardır. Hastalıkta enflamatuar süreç bulunmayışından dolayı fibrozit yerine fibromiyalji terimini kullanmışlardır. Yunus ve arkadaşları; süregen yaygın ağrı ve duyarlılığa ek olarak yorgunluk, uyku bozuklukları ve baş ağrısını içeren multi-semptom kompleksini (çoklu yakınma bileşimi) tanımlamışlardır (38).

1990 yılında Wolfe başkanlığında bir grup araştırmacı tarafından süregen yaygın ağrının ACR tanı kriterleri yayınlanmıştır (37).

FMS ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde 1990'lı yıllarda merkezi duyarlılaşmayla giden mekanizmaların geliştirilmeye başlandığı, 2000'lere gelindiğinde ise araştırmacıların FMS'yi çevresel patoloji temelinde açıklamaya çalışmaktan vazgeçtikleri ve temel sorunun merkezi sinir sistemi duyarlılaşması ile ilgili olduğu görüşünde birleştikleri görölmektedir (37, 39).

Günümüzde FMS'nin duyarlılaşma ve ağrı işleme kusurları nedeni ile oluşan geniş bir klinik durum ve sendromlar yelpazesini içeren 'Santral Sensitivite Sendromları' (merkezi duyarlılaşma sendromları)'nın bir formu olabileceği hipotezi üzerinde durulmaktadır (36, 40, 41).

2.2.2 Epidemiyoloji

Kas-iskelet sistemi ağrısı doğası gereği öznel olması nedeni ile ölçülmesi ve çalışılması zor bir alandır. Hastalarda süregen yaygın ağrının ve FMS yakınmalarının ilk ortaya çıkış zamanının hatırlanmasının zor olmasından dolayı sıklığın tam olarak belirlenmesi oldukça zordur. Bu nedenle FMS ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaygınlığın bildirilmesinin daha doğru olduğu düşünölmektedir (42).

Süregen yaygın ağrı ve FMS yaygınlığı birçok toplum tabanlı çalışma ile araştırılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen verilerde süregen yaygın ağrı bildirim toplamlar arasında önemli derecede birbirleriyle benzer bulunmuştur. FMS yaygınlığı İngiltere'de %11.2 (43), Almanya'da %13.5 (44), Amerika'da %10.6 olarak bildirilmiştir (42, 43, 44).

Batı ölkelerinde görölme sıklığı %2-10 arasında değişmekle birlikte tahmin edilen yaygınlık oranları İspanya'da % 2.4, İtalya'da % 2.2 ve İsveç'te % 2.5'tir. En yüksek yaygınlık oranı Norveç'te (%10.5); en düşük yaygınlık oranları ise Finlandiya (%0.8) ve Danimarka'da (%0.66) bildirilmiştir (42, 45).

Wolfe ve arkadaşlarının genel toplumda FMS yaygınlık oranlarını ve özelliklerini tanımlamak için yaptıkları çalışmalarında FMS yaygınlığını kadınlarda %3.4, erkeklerde %0.5, her iki cinsiyette %2 olarak tespit etmişlerdir. FMS yaygınlığının yaşla artış gösterdiğini, en yüksek yaygınlık oranının 60-79 yaş arası kadınlarda (%7) göröldüğünü belirtmişlerdir (46).

Kanada’da yapılan bir çalışmada romatoloji kliniklerinde FMS’nin osteoartroz ve Romatoid Artrit (RA)’ten sonra, en sık 3. hastalık olduğu, romatoloji kliniğinde görülen hastaların %15-20’sini FMS’nin oluşturduğu tespit edilmiştir (47).

Hastalığın belirti ve bulgularının çeşitliliğinden dolayı FMS’li hastalar farklı tanımlar alabilmekte, hesaplanan yaygınlık oranları tahminlerin altında kalabilmektedir. Yapılan toplum tabanlı çalışmalarda FMS’nin tüm dünyada görülme yaygınlığının %0,5-%5 arasında olduğu saptanmıştır. FMS’nin kadınlarda daha sık görülmesinin yanı sıra kadınlarda erkeklere göre daha zengin belirti ve bulgu çeşitliliği görülmektedir (48).

Ek olarak yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla tetik nokta sayısına sahip olmalarının yanı sıra daha fazla öznel yakınma, uyku bozuklukları ve yorgunluk yakınmaları sergiledikleri tespit edilmiştir (49, 50).

Ülkemizde Topbaş ve arkadaşlarının Trabzon’da yaptıkları bir çalışmada, FMS prevalansı 20-64 yaş arası kadınlarda %3.6 ve 20-29 yaş arasında %0,9 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada yaygınlığın yaşla birlikte artış gösterdiği; en düşük yaygınlığın 20-29 yaş grubunda; en yüksek yaygınlığın %10.1 ile 50-59 yaş grubunda gözlemlendiği bildirilmiştir (51).

Bulunan çeşitli ülkelerdeki farklı yaygınlık değerlerine karşı birçok farklı hastalıkta da değişen oranlarda FMS eş tanısı varlığı görülmektedir. Ülkemizde Yanmaz ve arkadaşlarının yaptığı Diyabetes Mellitus (DM) hastalarında FMS yaygınlığının araştırıldığı ve kontrol grubu olarak RA hastalarının kullanıldığı bir çalışmada Tip II Diabeti olan hastalarda %18, RA olan hastalarda %34 oranında FMS eş tanısı saptanmıştır (52).

Yine ülkemizde yapılan süregen servikal miyofasyal sendromu olan hastalarda FMS sıklığının saptanması amacıyla yapılan bir çalışmada; hastaların yaklaşık dörtte birinde FMS eş tanısı olduğu; ruhsal yakınmaların ve eşlik eden diğer belirtilerin FMS ve MAS birlikte olduğu hasta grubunda belirgin olarak daha fazla olduğu bulunmuş ve bu iki hastalığın örtüştüğü; MAS’ın FMS’ye yol açabileceği veya FMS’yi tetikleyebileceği veya FMS yakınmalarını kötüleştirebileceği düşünülmüştür (53).

2.2.3 Etiyopatogenez

FMS'nin etiyolojisi halen tam olarak bilinmemekle birlikte; bu hastalıkta gözlenen uyku düzenindeki değişiklikler, nöroendokrin transmitter (serotonin, substans P), Büyüme Hormonu (GH) ve kortizol düzeyi değişiklikleri göz önünde bulundurulduğunda otonom ve nöroendokrin temelli bir hastalık olduğu düşünülebilir (54).

FMS ağrılı ve ağrılı olmayan (dokunma, sıcak, soğuk, kimyasallar, ışık, ses ve koku) uyaranlara karşı artmış duyarlılıkla karakterize 'ağrı amplifikasyon sendromları' arasında yer almaktadır. FMS hastalarında gözlenen bu artmış hassasiyetin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte patogeneizde çevresel dokularda ve Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'nde ağrı işlenmesindeki anormalliklerin rol oynadığı düşünülmektedir (55).

2.2.3.1 Genetik Etmenler

Günümüzde FMS'de genetik yatkınlığın olduğunu destekleyen kanıtlar giderek artmaktadır. FMS tanılı bireylerin birinci derece akrabalarında FMS gelişim riski normal toplumdaki 8 kat daha fazladır (56).

Doğrulanmış bir bağlantının henüz saptanmamış olmasına rağmen 5 HT-2A reseptörü (T/T fenotipi), serotonin taşıyıcısı, Dopamin(DA) 4 reseptörü, Katekol-O-Metil Transferaz (COMT enzimi) polimorfizmleri FMS hastalarında daha sık gözlenmektedir. Bu polimorfizmler önemli ölçüde monoaminlerin taşınması veya metabolizmasını etkilemekte ve hem stres yanıtı üzerinde hem duyuşal işleme üzerinde kritik bir role sahiptirler (56).

Aile çalışmaları FMS'de ve ilişkili klinik durumlarda yüksek oranda ailesel kümelenme olduğunu göstermiştir (57).

2004 yılında yapılan bir çalışmada; FMS ve azalmış ağrı eşliğinin önemli oranlarda ailelerde kümelenme gösterdiği gözlenmiş; bu klinik ve teorik sonuçlarla da genetik faktörlerin FMS ve ağrı duyarlılığının etiyopatogeneizdeki rolünü göstermiştir (58).

Yunus ve arkadaşları ise 40 aile ile yaptıkları bir araştırmada FMS ile İnsan Lökosit Antijeni (HLA) doku grupları arasında bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (59).

Kalıtım türü ise bilinmemekle birlikte yüksek olasılıkla poligenik (çok genli) olduğu düşünülmektedir. Serotoninerjik, dopaminerjik ve katekolaminerjik sistemlerdeki gen polimorfizminin FMS patogenezinde rolü olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Bu polimorfizmler FMS'ye özgü olmamakla birlikte diğer fonksiyonel somatik bozukluklar ve depresyonla da bağlantılı bulunmuştur (57, 60).

Hem genetik hem çevresel etmenler FMS ve ilişkili sendromların etiopatogenezinde rol oynamaktadır. Çevresel etmenler, genetik olarak yatkın bireylerde hastalığın ortaya çıkışını tetikleyebilmektedir (57).

2.2.3.2 Bağışıklık Sistemi ile İlgili Etmenler

FMS ve Kronik Yorgunluk Sendromunun, nöroendokrinolojik ve bağışıklık sisteminin işlev bozukluğu olarak sınıflandırılan klinik yelpazenin bir parçası olduğuna dair görüşler giderek artmaktadır. Kronik yorgunluk ve ağrı sendromlarının otonom sinir sistemi, HPA eksenini ve bağışıklık sistemi arasındaki etkileşimlerden kaynaklanan bozulma sonucunda ortaya çıkışı olası gibi görünmektedir (61).

Sitokinlerin; FMS ve Kronik Yorgunluk Sendromu patogenezinde ve klinik tablonun ortaya çıkışında rol oynayabileceği düşünülmektedir. Günümüzde enflamasyonda önemli rol oynayan özellikle Tümör Nekroz Faktör-alfa (TNF alfa), İnterlökin 1 (IL-1), İnterlökin 6 (IL-6)'nın sempatik sinir sistemi ve HPA eksenini düzenlenmesinde etkili olabileceği görüşü mevcuttur (61).

Otoimmün hastalıklarda olduğu gibi FMS'de de enfeksiyöz ajanlar (HIV, HCV, HBV, EBV, Parvo Virüs, Lyme Hastalığı etkeni gibi) ve aşılamanın tetikleyici rolü olabileceği görüşü üzerinde durulmaktadır (56, 62). HCV ve HIV ile enfekte hastalarda artmış FMS yaygınlığını gösteren kanıtlar mevcuttur. Ek olarak FMS, Lyme Hastalığı etkeni ile de tetikleniyor olabilir. FMS gelişiminde aşılamanın rolü olduğuna dair bazı anektodal kanıtlar olmasına rağmen bu bağlantının teyit edilmesi için yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır (62).

2.2.3.3 Çevresel ve Ruhsal Etmenler

Son zamanlarda mekanik ve fiziksel travma ve incinmeler ile psikososyal zorlanma etmenleri gibi çevresel tetikleyici etmenlerin FMS etiopatogenezinde rol oynayabileceği görüşü üzerinde durulmaktadır (63).

Zorlantı etmenleri olarak tanımlanabilen fiziksel travma (motorlu taşıt kazaları, iş yeri kazaları, cerrahi müdahaleler, spor yaralanmaları), enfeksiyonlar, duygusal sıkıntılar, endokrin bozukluklar, bağışıklık sisteminin tetiklenmesi ve otoimmün hastalıkların bazı dönemleri bu tetikleyici etmenler arasında sayılabilir (64). Bu tetikleyici etmenler ile ortaya çıkan FMS için post-travmatik fibromiyalji ve reaktif fibromiyalji terimleri kullanılmıştır (65, 66, 67).

Harkness ve arkadaşlarının 12 farklı bölgeden çalışmaya yeni başlamış 896 işçiyi dahil ederek yaptıkları bir çalışmada iş yerindeki fiziksel zorlantı etkenlerinin süregen yaygın ağrı gelişimi açısından ön görücü olduğunu bulmuşlardır. Başlangıçta ağrı yakınması olmayan işçiler 2 yıl boyunca takip edilmişlerdir. 12. ayda yeni ortaya çıkan yaygın ağrı oranı her iki cinsiyette toplam %15 olarak tespit edilirken kadınlarda bu oran %19, erkeklerde ise %12 olarak bulunmuştur. 24. ayda yeni ortaya çıkan yaygın ağrı oranı %12 olarak bulunmuş ve cinsiyetler arasında farklılık gözlenmemiştir (63, 68).

FMS tanılı hastalarda sıklıkla rastlanan tetikleyici psikososyal etmenler ise süregen zorlantı, duygusal travma ve duygusal, fiziksel veya cinsel istismar olarak sıralanabilir (63).

FMS'deki süregen yaygın ağrının patogenezi açıklamada duyusal anormalliklerin rolü vurgulansa da FMS ağrısına ruhsal etmenlerin de katkısının olduğu kabul edilmektedir (55).

Dr. James Halliday ve arkadaşları duygudurum bozuklukları ile romatizmal belirtilerin eş tanı olarak görülme sıklığına dikkat çekerek klinisyenleri bu tanının ihmali nedeniyle ortaya çıkabilecek yanlış tanı ve tedavilere karşı uyarılmışlar ve 'psikonörotik romatizma' terimini geliştirmişlerdir. Daha sonra yapılan çalışmalarda romatizmal yakınmaları olan hastalarda %13 ile %49 arasında değişen oranlarda hastaların yakınmalarını açıklayabilecek özgül bir patofizyoloji ve laboratuvar bulgusunun tespit edilememesi bazı araştırmacılarda, hastalığın psikojenik kökenli olduğu yönünde bir görüş gelişmesine sebep olmuştur. FMS ile psikojenik kökenli ağrılar, psikonevrozlar ve kişilik bozuklukları arasında yakın bir ilişki olduğu görüşü ise yaygınlık kazanmaktadır (69).

Psikiyatrik bozukluklar ve FMS arasındaki ilişkiyi destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır. FMS'li hastalarda, depresif bozuklukların ailesel yaygınlığının

yüksek olması özgül bir bulgudur. Bu noktadan hareketle, FMS'nin major duygudurum bozukluklarının bir formu olabileceği veya bu psikiyatrik bozukluğun bazı kimselerde FMS gelişmesine yatkınlık yaratabileceği savı ortaya atılmıştır. Bazı araştırmacılara göre FMS, İBS, Panik Bozukluğu, Major Depresif Bozukluk (MDB) aynı patofizyolojiyi paylaşan farklı klinik tablolardır. Buna karşılık, bu hastalardaki yüksek ruhsal sıkıntının; mevcut bedensel yakınmalar ve çevresel zorlayıcılarla ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (64).

Özgeçmişinde psikiyatrik herhangi bir bozukluğun bulunması ve başatma yöntemlerinin kötü olması; hastaları FMS gelişimine yatkın kılmaktadır. Depresyonun eşlik ettiği FMS hastalarında sıklıkla kronik ağrıyı da içeren daha fazla bedensel belirti ve bulgu izlenmektedir (70).

Batılı toplumlarda FMS tanılı hastalarda ek bedensel yakınmalar, olumsuz yaşam olayları, ruhsal sıkıntı, bedensel belirtilere fazla odaklanma ve etkin olmayan ağrıyla baş etme yöntemleri gibi ruhsal risk etmenleri yaygındır (55).

Dell'Osso ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; yaşam boyu travmatik olaylara maruz kalma (özellikle kayıplar) ve TSSB belirtilerinin FMS tanılı hastalarda sık olduğu ve bu durumun belirti şiddetini arttırdığı gösterilmiştir (71).

2.2.3.4 Nöropeptid Düzeyindeki Değişiklikler

Ağrı yollarındaki Nörotransmitterlerdeki (NT) değişiklikler FMS patogenezinde rol oynayabilir. FMS'li hastaların Beyin Omurilik Sıvılarında (BOS) hem Substans P (SP) hem NGF (Sinir Büyüme Faktörü) düzeyleri artmış olarak bulunmuştur (72).

FMS hastalarında BOS glutamat seviyeleri artmış olarak bulunmuştur. Hiperaktif glutamat sistemi FMS hastalarında ağrı hassasiyetinde artışa katkıda bulunmaktadır (73).

Kronik strese maruziyet ile FMS'ye yatkınlık arasında ilişki olabileceği öne sürülmüş, bu ilişki nöroendokrin anormallikler üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır. Hem kronik stres durumunda hem FMS'de GH ile insülin benzeri büyüme faktörü (IGF) düzeylerinin azalması bu savı destekler görünmektedir (74).

Ağrı algısı çıkan ve inen yolların çift yönlü işlenmesinin bir sonucudur. Çevresel affarent nöronlardan gelen ağrı girdisi, spinal kordun arka boynuzu aracılığı

ile ağrı algısını işlemleyen daha yüksek beyin bölgelerine gönderilir. Spinal korda bazı inen inhibitör projeksiyonlar ağrı etkilerini azaltır. Serotonin, DA, noradrenalin (NA) ve SP'yi içeren bazı NT'ler bu süreçte yer almaktadır. Beyindeki bir diğer nöronal yolakta, aynı NT'ler duygudurum kontrolü, uyku düzenlenmesi, bilişsel fonksiyon gibi FMS'de görülen çeşitli belirtiler için nörokimyasal substrat sağlamaktadır (75).

FMS hastalarında serumda serotonin düzeylerinin ve BOS 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin kontrollere oranla düşük olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada araştırmacılar BOS SP düzeylerinin kontrollere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (76). Serotonin ve SP çalışmaları FMS'li hastalardaki klinik belirtilerin anlaşılmasına ve bu hastalardaki düşük ağrı eşiğinin izahına katkıda bulunabilir. Serotonin, derin uyku ve ağrı algılanmasından sorumlu bir kimyasal aracıdır. Bu nedenle plazmada serotonin ve BOS'da 5-HIAA düzeylerinin düşük olması bu hastalarda görülen uyku bozukluğuna katkıda bulunabilir (64).

FMS'nin çoğunlukla kadınlarda görülmesi nedeni ile FMS ile cinsiyet hormonları arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır. FMS'li hastalarla sağlıklı kontroller arasında cinsiyet hormonlarının serum düzeyleri araştırılmış ancak anlamlı farklılık bulunmamıştır (77, 78).

Yapılan araştırmalarda FMS'de kan prolaktin (PRL) düzeylerinde artış saptanmıştır ve hiperprolaktinematik kadınlarda kontrol noktalarındaki hassasiyet eşiği de anlamlı derecede düşük bulunmuştur (79).

FMS'li hastalarda bu bozukluklara ek olarak hipotalamo-hipofizer-tiroid aksı ve GH aksının da bozulduğu bildirilmiştir (80).

Bazı çalışmalarda serotonin prekürsörü (ön maddesi) olan triptofan aminoasidi üzerinde durulmuştur. Serum triptofan düzeyleri FMS'li hastalarda kontrollere göre düşük bulunmuştur (81).

FMS belirtilerinin ortaya çıkışı ve şiddetlenmesinin stresli (zorlantılı) yaşam olayları ile tetiklenmesinden dolayı FMS 'Stres ile Bağlantılı Bozukluklar' arasında sınıflandırılmaktadır. Akut stres maruziyetinde Nükleus Akumbensteki Dopaminerjik nöronların aktivasyonunun indüklenmesi ile stresin tetiklediği analjezi oluşmaktadır. Sıçan çalışmaları strese uzamış maruziyet ile bu yanıtın ortadan kalktığını ve stresin tetiklediği hiperanaljezi ile sonuçlandığını göstermiştir. Kronik stres Nükleus

Akumbensteki DAerjik nöronlardaki aktivasyonda azalmaya neden olmakta ve böylece stresle bağlantılı hiperajezinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Hem klinik hem deneysel kanıtlar FMS'nin hipodopaminerjik bir durum olduğunu göstermiştir. Bir çalışmada FMS'li hastalarda huzursuz bacak sendromunun normal kontrollerden daha yaygın olduğu bulunmuştur. Farmakolojik kanıtlar ve beyin görüntüleme çalışmaları huzursuz bacak sendromunun merkezi Dopaminerjik işlevde bozulma nedeni ile oluştuğunu göstermiştir. FMS'de BOS DA metabolitleri düzeyleri azalmış olarak bulunmuştur (82).

FMS'li hastalarda artmış Nitrik Oksit (NO) sentezi varlığı ağrı algısının artışı ile bağlantılı bulunmuştur. Bu durum hastaların BOS'larında artmış SP konsantrasyonu, uyarıcı aminoasitlerin artmış salınımı ve metabolizması, ve/veya NMDA reseptörlerine glisin pozitif modülatör etkisi sonucunda ortaya çıkıyor olabilir (72).

2.2.3.5 Uyku Bozukluğu

FMS hastalarında uyku ile ilgili ilk çalışma Moldofsky ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Hastaların uyku EEG paterninin incelenmesi sonucunda alfa EEG non-REM anomalisi saptanmış ve kas iskelet sistemi yakınmalarının ve kas hassasiyetinin ortaya çıkışının non-REM uykusundaki bozulma ile tetiklenebileceği belirtilmiştir (83). Ancak bu bulguların FMS'ye özgü olmadığı, depresyon ve diğer kronik ağrı durumlarında da görüldüğünü bildiren birçok çalışma mevcuttur (84).

FMS'li hastaların önemli bir kısmı uyuyamamaktan, sık sık uyanmaktan veya dinlendirici olmayan uykudan şikayet ederler (64).

Uyku sorunları ile kas-iskelet sistemi ağrıları arasındaki ilişki tam olarak anlaşılacakla birlikte, dinlendirici olmayan uykunun artmış ağrı hassasiyeti ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (85).

Yapılan çalışmalarda uyku bozukluğunun çeşitli klinik bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte uyku bozukluğunun sadece tek bir endojen bozukluğa mı bağlı, yoksa anksiyete, depresyon veya FMS'nin gece ağrısına ikincil olarak mı geliştiği, yani uyku bozukluğunun mu FMS'yi oluşturduğu, yoksa FMS'nin mi uyku bozukluğunu oluşturduğu kesin olarak bilinmemektedir (64).

2.2.3.6 Nöroendokrin Bozukluklar

HPA eksenini FMS'de önemli bir role sahiptir. Bazı çalışmalarda FMS'li hastalarda HPA ekseninin işlevinde azalma olduğu gösterilmiştir. FMS'li hastalarda sağlıklı kontroller veya RA hastaları ile karşılaştırıldığında azalmış 24 saatlik serbest üriner kortizol düzeyleri olduğu bulunmuştur (77).

Konu ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalar FMS hastalarında bozulmuş HPA eksenini varlığı ve sağlıklı bireylere göre düşük kortizol düzeylerine vurgu yapmaktadır (78).

FMS'li hastalarda sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında HPA ekseninde değişime yol açan artmış ruhsal sıkıntı düzeyi olduğu bildirilmiştir. HPA eksenini fonksiyonlarının kişinin psikososyal bir zorlantıya maruz kalmasıyla bozulabileceği ve FMS'nin de stresle tetiklenen bir HPA eksenini bozukluğu olduğu da iddia edilmektedir (73).

Ülkemizde Gür ve arkadaşlarının yapmış oldukları iki ayrı çalışmada, FMS'li hastalarda kortizol düzeyinin sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Depresyon düzeyi yüksek olan FMS'li hastalarda kontrollere göre önemli derecede daha düşük kortizol düzeyi saptanmıştır. Yorgunluk, depresyon düzeyi, uyku bozukluğunun kortizol düzeyleri üzerinde bir etkisinin olduğu veya kortizol düzeyi düşüklüğünün yorgunluğun süregelenleşmesi, depresyon ve uyku bozukluğuna katkıda bulunan biyolojik bir etmen olduğu vurgulanmıştır (77). Ayrıca bu çalışmalarda kortizol düzeyi ile hassas nokta sayısı arasında negatif bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (77, 78).

Seksen beş kontrollü çalışmayı içeren bir meta-analizde Kronik Yorgunluk Sendromu, İBS ve FMS gibi fonksiyonel somatik bozukluklarda HPA eksenini fonksiyon bozukluğu varlığı gözden geçirilmiştir. Fonksiyonel Somatik Bozukluk tanıları hastalarda bazal kortizol düzeyleri genel olarak kontrollerden daha düşük olarak bulunmuşsa da aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bazal kortizol düzeyindeki düşüklükte istatistiksel anlamlılık varlığı ise sadece Kronik Yorgunluk Sendromu ve FMS'li kadın hastalarda bildirilmiştir (86).

Stres (zorlantı) varlığı hastalarda HPA ve MSS'ni NT'lerdeki değişiklikler yoluyla etkilemektedir. Sirkadiyen ritmi düzenleyen akut stres yanıtını arttıran serotonin, NA ve DA gibi NT'lerin düzeyi FMS'de azalmıştır. Bunun yanı sıra HPA

yanıtlarını baskıkayan SP düzeyi ise artmıştır. Hem ağrıya yol açan SP düzeyinin artması hem ağrıya karşı olan dayanıklılığı arttıran HPA ekseninin baskılanması ile ağrı duyumunda artışa yol açmaktadır (87).

Yapılan bir başka çalışmada, FMS'li hastalarda normal veya düşük IGF-1 düzeyleri ile birlikte yüksek serum GH düzeylerinin saptanmasının hastalığın etiopatogenezinde GH direncinin rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca düşük IGF-1 düzeyleri olan ağır FMS hastalarının bir bölümünde tedaviye günlük GH eklenmesinin avantajlı olabileceği gösterilmiştir (88).

Landis ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada FMS tanılı kadın hastalarda nokturnal GH ve PRL düzeylerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmışlar ve FMS'li kadın hastalarda uyku sırasında her iki hormonun seviyelerinde düşüş olduğunu tespit etmişlerdir (89).

Akiko ve arkadaşları FMS hastalarını sağlıklı kadın kontrollerle karşılaştırdıkları çalışmalarında, menstrüel döngünün farklı fazlarında cinsiyet hormonlarının düzeyleri ve ağrı hassasiyetini ölçmüşlerdir. FMS hastalarında menstrüel döngü boyunca kontrol grubuna göre daha düşük ağrı eşiği ve ağrı toleransı olduğunu bulmuşlardır. LH, FSH, Östrojen ve testosteron düzeylerinin gruplar arasında farklılık göstermediğini, her iki grupta da menstrüel döngünün normal olduğunu saptayarak kadın prevalansının FMS'de yüksek olmasının cinsiyet hormonlarının anormal düzeylerine bağlanamayacağı sonucuna varmışlardır (90).

2.2.3.7 Merkezi Sinir Sisteminin İşlevsel Aktivitesindeki Bozukluklar

FMS hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı nörogörüntüleme yöntemlerinde hastalarda sağlıklı kontrollere göre beynin ağrıya olan cevabının farklı olduğu ve FMS'de ağrı algılanmasında merkezi etmenlerin rol oynadığı gösterilmiştir. FMS hastalarında bazı beyin bölgelerinde (örneğin talamus ve kaudat nükleus gibi) sağlıklı kontrollere göre daha düşük kan akımı olduğu gösterilmiştir. Petersel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, bilateral talamus ile kaudat nükleusta bölgesel kan akımının azaldığı saptanmıştır (91).

Kwiatek ve arkadaşları ise sağ hemitalamus, sağ lentiform çekirdek civarı ve inferior pontin tegmentumunda kan akımının azaldığını fakat sol hemitalamus ve her iki kaudat çekirdekte fark olmadığını gözlemlemişlerdir (92).

Yunus ve arkadaşlarının PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) yöntemi ile FMS hastaları ve sağlıklı kontrolleri bölgesel serebral glukoz metabolizması açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında hastalar ve sağlıklı kontroller arasında bölgesel serebral kan akımları ile glukoz metabolizmaları açısından anlamlı bir fark saptamamışlardır (93).

Seo ve arkadaşlarının FMS hastaları ve sağlıklı kontroller arasında işlem belleğinin nöral bağlantılarındaki farklılıkları araştırmak amacı ile FMRI (fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme) yöntemi kullanarak yaptıkları çalışmada inferior parietal korteksin hafif ve orta ağrı düzeyi ile ilişkili olduğu, sol DLPFC (Dorsolateral prefrontal korteks), sağ VLPFC (ventrolateral prefrontal korteks) ve sağ inferior parietal korteksin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olup, ağrıyı arttırabileceği gözlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda FMS hastalarında bulunan işlem belleği kusurlarının frontoparietal bellek ağının nöral aktivasyonundaki farklılıklara atfedilebileceği ve hem ağrının kendisinden hem ağrı ile bağlantılı anksiyete ve depresyon nedeniyle ortaya çıkabileceği sonucuna ulaşılmıştır (94).

2.2.3.8 Kas Dokusu ve İşlev Bozuklukları

Çok sayıda araştırmacı FMS'deki ağrının nedenini izah etmek için bu hastaların kas dokularındaki olası anormallikleri araştırmışlardır. Bu araştırmacılar FMS'nin ağrısını kas kökenli olarak tanımlama eğilimindedirler. Bu yüzden kas çalışmalarına büyük önem verilmiş ve hala çalışmalar devam etmektedir. Pek çok çalışmada kasların ultrastrüktürel yapısı ve işlevlerinde bozulma olduğu ileri sürülmüştür (64).

Ek olarak bu alanda son yıllarda yapılan çalışmalarda, hastaların kas dokusunda SP, serotonin, norepinefrin, TNF alfa, IL-1 beta, bradikinin yüksekliği saptanmıştır (55).

2.2.3.9 Otonom İşlev Bozuklukları

FMS'li hastalarda Otonom sinir sistemi (OSS) işlevinde değişiklikler sıklıkla gözlenmektedir. OSS anormallikleri; etkili stres yönetimi için gerekli fizyolojik yanıtlarda değişiklikler ortaya çıkarmaktadır. Bu durum ise ağrı duyumunda artışa ve FMS ile bağlantılı diğer klinik sorunlara katkıda bulunabilir. OSS işlevinde

değişiklikler azalmış mikrosirkulatuvar vazokontrüksiyon ve ortostatik hipotansiyonu içermektedir (63).

FMS hastalarında tanımlanmış OSS anormallikleri; taşikardi, postural intolerans, Reynaud Fenomeni ve diyare veya konstipasyondur. FMS disotonomisi ise istirahat esnasında OSS hiperaktivitesi ve stres esnasında hiporeaktivite ile karakterizedir (95).

2.2.4 Fibromiyalji Belirtileri

Hastalığın tanısı 1990 ACR Sınıflama Kriterlerine göre konmaktadır (96).FMS 1990 ACR Sınıflama Kriterleri:

1-Yaygın ağrı öyküsü

Ağrının en az üç aydır devam etmesi gerekmektedir.

Ağrının yaygın kabul edilmesi için vücudun sağ ve sol tarafında, belin üzeri ve altında olması gerekmektedir. Buna ek olarak aksiyel iskelet ağrısı (boyun veya göğüs ön duvarı veya torakal omurga veya bel ağrısı) zorunludur.

2-Bilinen 18 hassas noktanın en az 11'inde 4 kg basınç uygulayacak bir palpasyonla ağrı

Her iki kritere de uyan hastalar fibromiyalji olarak kabul edilir. İkinci bir klinik bozukluğun varlığı FMS tanısını ekarte ettirmez (35).

Klinik pratikte tanı koyma zorluğu nedeniyle, 2010 yılında ACR tarafından; 1990 ACR tanı kriterlerinin yerini almayan fakat birinci basamak sağlık hekimi ve hassas nokta muayenesini bilmeyen klinisyenlere alternatif yöntem olabilecek, hassas noktaların olmadığı ve belirti şiddet skalasını içeren yeni tanı kriterlerini yayınlamıştır (96,97).

2010 ACR Tanı Kriterleri:

- WPI (Widespread Pain Index-Yaygın Ağrı İndeksi)>7, SS (Symptom Severity-Semptom Şiddeti)>5 olması ya da WPI 3-6, SS skorunun >9 olması
- Ağrıların aynı şiddette en az 3 aydır devam ediyor olması
- Hastanın; ağrıya neden olacak başka hastalığı olmaması

WPI; 0-19 arası puan alınabilen ve hastanın son 1 hafta süresince ağrıyan bölgelerini belirtmesiyle elde edilen bir skaladır.

SS Skalası; son bir hafta içerisindeki halsizlik, yorgun uyanma ve bilişsel işlevleri değerlendirir. Her sorudan 0-3 arası puanlar (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=ağır)

alınabilmekte ve toplam puan 0-12 arası olmaktadır. Ayrıca kas ağrısı, halsizlik, İBS, bellek sorunları, baş ağrısı, karın ağrısı, uyuşukluk/karınalanma, sersemlik, uykusuzluk, ateş, bulantı, diyare, göğüs ağrısı, depresyon, kabızlık, sinirlilik, ağız kuruluğu, güneş hassasiyeti gibi bedensel yakınmaları da değerlendirmektedir (96,97).

2.2.5 FMS ve Psikiyatrik Bozukluklar

Ağrının; birlikte etki eden duygusal ve fiziksel bileşenlerden oluştuğu düşünülmektedir. Fiziksel bileşen kronik ağrı bozukluklarına yol açarken eşlik eden duygusal bileşen başta duygudurum ve anksiyete bozuklukları olmak üzere çeşitli ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturabilmektedir (98).

FMS özgün laboratuvar ve radyolojik bulgularla tanı konamayan yani gözle görülmeyen bir hastalık olmasına rağmen FMS hastaları tarafından deneyimlenen fiziksel zorlanmalardan ziyade sıklıkla eşlik eden ruhsal sıkıntılar hastaların yaşam kalitelerini, sosyal ve mesleki performanslarını önemli ölçüde etkilemektedir (99).

Yazında FMS ve eş-tanı olarak bulunan psikiyatrik bozukluklara ilişkin birçok araştırma bulunmaktadır. FMS ile ilgili yapılan ilk ruhsal çalışmalarda hastaların %70'den fazlasında çeşitli önemli psikiyatrik bozuklukların olduğu bulunmuştur (98). Bir başka çalışmada ise romatoloji kliniğinden seçilmiş 64 FMS'li hastanın 28 FMS tanılı ve tedavi almamış birey ve 23 ağrısı olmayan kontrol grubuna göre yaşam boyu psikiyatrik bozukluk varlığı oranının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (100).

Kronik ağrılı hastalarla yapılan klinik tabanlı gözlemlerde bu hastalarda özellikle duygudurum, anksiyete ve somatizasyon bozukluklarını içeren psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda eş-tanı olarak bulunduğu bildirilmiştir (98).

FMS'de en yaygın eş-tanı olarak bulunan psikiyatrik bozukluklar ise MDB, Somatizasyon Bozukluğu, Panik Bozukluğu ve OKB'dir (101). FMS hastalarında psikiyatrik eş-tanı varlığı özellikle duygudurum ve anksiyete bozuklukları hastaların yaşam kalitelerinde önemli derecede bozulmaya yol açmaktadır (102). Ayrıca psikiyatrik bozuklukların hastaların tedavi arama davranışı ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (103).

FMS'li hastalarda depresyon ve anksiyete gibi yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabilecek psikiyatrik eş-tanılara sık rastlanmaktadır (104). Yapılan bir gözden

geçirmede FMS hastalarında MDB eş tanısı %20-80 arasında değişen oranlarda, ortalama %58 oranında bulunmuştur (105).

FMS hastaları MDB ve anksiyete bozuklukları ve ilişkili psikiyatrik durumlar açısından ciddi risk altındadırlar. Arnold ve arkadaşları FMS hastalarının yaşamlarının herhangi bir zamanında MDB gelişimi açısından sağlıklı kontrollere göre 4.3 kat, anksiyete bozukluğu gelişimi açısından 4.7 kat daha fazla risk altında olduklarını bildirmişlerdir (106).

Yapılan bir çalışmada FMS'li hastalarda anksiyete yaygınlığının (%44.9); kronik ağrılı hastalardan (%21.5) 2 kattan fazla oranda olduğu bulunmuştur (98). FMS'li kadınlarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu özellikle TSSB ve OKB tahmini riskinin FMS olmayan kadınlara göre 5 kat fazla olduğu bildirilmiştir (107).

28 FMS ve 30 nöropatik ağrısı olan ve 26 ağrısı olmayan kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada; FMS ve nöropatik ağrı tanılı kronik ağrısı olan grupta depresyon ve anksiyete belirtileri hem öz-bildirimlerde hem de klinisyenlerin gözlemlerinde sağlıklı kişilere oranla daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak FMS hastaları SCL-90 depresyon, anksiyete, somatizasyon ve obsesyon-kompulsiyon alt ölçeklerinden nöropatik ağrı hastalarına göre daha yüksek puanlar almışlardır (104).

TSSB ve FMS eş-tanılarının varlığı hem toplum örneklemelerinde (108, 109) hem tedavi arayışı olan hastaların kohort çalışmaları ile gösterilmiştir (110, 111). Bu çalışmalarda FMS hastalarında TSSB oranının %50'nin üzerinde olduğu bildirilmiştir (110,111). TSSB'nin genel toplum yaygınlığı ile karşılaştırıldığında (%6) FMS hastalarında TSSB yaygınlığının yüksek olması dikkat çekicidir. Bu oran Vietnam gazileri, doğal felaket mağdurları veya motorlu taşıt kazaları mağdurlarındaki TSSB oranına benzerdir (112).

FMS'li hastalara eşlik eden ruhsal bozuklukların varlığı hastaların yaşamlarını ciddi şekilde etkilemesi nedeni ile de son derece önemlidir (98). FMS, hastaların günlük aktivitelerinde önemli kısıtlamalar getirerek yaşam kalitesinde bozulmaya yol açmaktadır. Hastalarda özellikle depresif duygudurum gözlenmesinin yaşam kaliteleri açısından güçlü bir öngörücü etmen olduğu görülmüştür (113). Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda kronik ağrı yakınması ile doktor başvurusu olan hastalarda depresyon varlığının tespit edilebilmesi amacıyla bütüncül değerlendirilmenin gerekliliği vurgulanmalıdır. Bu durumun varlığı tanımlandığında

ve uygun şekilde tedavi edildiğinde bu hastaların yaşam kalitesinin arttığı gözlenecektir (114).

Kronik zorlanti varlığının FMS yakınmalarını tetikliyor olabileceği hipotezinden yola çıkılarak yapılan bir çalışmada; FMS tanılı kadınlar ve sağlıklı kontrol grubundaki kadınlardaki depresyon ve zorlanti algıları ve hastaların yaşam kaliteleri üzerine etkileri arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda FMS'li kadınlardaki depresif yakınma oranının ve zorlanti algılarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca bu kadınlarda depresif yakınmalarla zorlanti algısı, yaşam kalitesinde bozulma ve işlev kaybı arasında pozitif korelasyon saptandığı bildirilmiştir (115).

Yapılan çalışmalarda FMS tanılı kadınların, FMS tanılı erkeklere göre daha dirençli belirtilere sahip oldukları bulunmuştur. Kadın cinsiyete ek olarak belirtilerin direncine neden olan diğer etmenler ise yaşın artması, yorgunluk düzeyinin artması ve ruhsal stres varlığı olarak sıralanmıştır. Bu bulgular ışığında genel olarak toplumda kronik yaygın ağrının prognozunun iyi olduğu fakat FMS ile bağlantılı ruhsal stres düzeyinin yüksek olması gibi eşlik eden belirtileri olan bireylerde belirtilerin uzun süre devam ettiği saptanmıştır (98).

FMS hastalarında psikolojik duyarlılıkla bağlantılı kişilik değişkenleri (örneğin düşük benlik saygısı, bağımlılık, edilgenlik, mağdur olma, katastrofize etme, irritabilite, kaçınanlık ve kayba karşı adaptif olmayan yanıt gibi) sık olarak görülmektedir (116, 117, 118). Bu nedenle negativistik-olumsuz düşünce süreçleri ve etkin olmayan baş etme yöntemlerinin FMS psikopatogenezinin bir parçası olduğu düşünülmektedir (119). FMS'li kadın hastalar diğer kronik ağrılı bozukluk hastalarına göre katastrofize etmeye daha yatkındırlar (117). FMS hastalarının baskın kişilik özelliklerinin gerçekte bağlantıda azalma, ilişkilerde duygusal boşluk hissi, sinirlilik, olgun olmayan savunma mekanizmaları ve normal olmayan hastalık davranışlarının olduğu bildirilmiştir (120). Ek olarak aleksitimi ve sinirliliğin FMS hastalarında kontrol gruplarına göre önemli ölçüde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (121). MMPI kullanılarak yapılan bir çalışmada FMS hastaları RA hastaları ile karşılaştırıldıklarında hipokondriazis, histeri, paranoya ve şizofreni ölçeklerinde önemli yükselmeler olduğu bildirilmiştir (122). SCID kullanılarak yapılan bir çalışmada FMS hasta grubunun %8.7'sine kişilik bozukluğu tanısı konduğu

bildirilmiştir. Aynı çalışmada Borderline Kişilik Bozukluğu oranı %5.25, Kaçınan Kişilik Bozukluğu oranı %1.75 olarak bildirilmiştir (123).

2.2.6 FMS ve MAS Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar

FMS ve MAS stresle bağlantılı sendromlar ve merkezi duyarlılaşma sendromları arasında tanımlanmaktadır. MAS ve FMS arasında; kas ağrısının varlığı, palpasyonla hassasiyet olması, toplumda sık rastlanmaları, görüntüleme ve laboratuvar bulgularının olmaması ve tanının sadece anamnez ve fizik muayene ile konulması şeklinde benzerlikler vardır (124). Bununla birlikte tanımlanan bu benzerliklerin yanı sıra bu iki klinik kavram arasında farklılıklar da bulunmaktadır. FMS kadın cinsiyette daha sık görülmektedir (K/E=10/1). FMS’de MAS için tanımlanan yansıyan ağrı paterni mevcut değildir. Kaslarda fiziksel stres oluşturan travmalar MAS için bir neden iken FMS için bu fiziksel travmalar doğrudan bir neden gibi görülmemektedir. Sıklıkla FMS’ye eşlik eden fiziksel ve ruhsal etmenler bulunmakta iken bu etmenler MAS’ta sık değildir. FMS’ye sıklıkla eşlik eden ruhsal etmenler hastalığın gidişatı açısından belirleyicidir. MAS’ta ise ruhsal etmenler sık değildir. FMS multidisipliner tedavi yaklaşımı (analjezik, antidepresan, psikoterapi) gerektirirken MAS tedavisi daha çok fizik tedavi yöntemlerini içermektedir. Bu farklılıklar Tablo 3’te gösterilmektedir (124).

Tablo 3: FMS ve MAS arasındaki farklılıklar

| | FMS | MAS |
|------------|--|---|
| CİNSİYET | Kadınlarda daha sık | Kadınlarda sık olmakla birlikte, her iki cinsiyette hemen hemen eşittir. |
| BELİRTİLER | -Kemik, kas ve ligamanları tutan ağrı genellikle kroniktir. - <u>Travma</u> lokal semptomları sürekli hale getirebilir, ancak <u>olayın</u> | -Ağrı bölgeseldir ve her kas için özgül <u>yansıyan ağrı</u> paterni mevcuttur. -Ağrı akut veya kronik olabilir. |

| | | |
|----------|--|--|
| | <p><u>nedeni değildir.</u></p> <p>-Kas-iskelet sistemi dışındaki semptomlar yaygındır (uyku bozukluğu, baş ağrısı, yorgunluk...).</p> <p>-Psikolojik etmenler, hastaların büyük bir kısmında belirleyicidir.</p> | <p>-Sebepler kasta fiziksel stres oluşturan travmalardır.</p> <p>-Kas-iskelet sistemi dışındaki bulgular sık görülmez. Uykusuzluk ağrıdan dolayı olabilir.</p> <p>-Psikolojik etmenler sık değildir ancak ağrıyı kronikleştirebilir.</p> |
| BULGULAR | <p>-Kaslar, tendon sonlanmaları ve kemikler gibi diğer dokularda hassas noktalar vardır. Yansıyan ağrı, lokal seyirme yanıtı ve gergin bant yoktur.</p> <p>-Duyarlı noktalar, 18 bölgenin en az 11'inde bulunur.</p> | <p>-Miyofasyal tetik noktalar kaslarda sınırlıdır.</p> <p>-Özgül yansıyan ağrı, lokal seyirme yanıtı ve gergin bant vardır.</p> <p>-Tetik noktaların sayısı bir veya daha fazla olabilir.</p> |
| TEDAVİ | <p>-Genellikle <u>psikoterapi</u>, analjezik, <u>antidepresan</u> ve orta dereceli egzersizi içeren multidisipliner tedaviyi içerir.</p> | <p>-Özgül germe teknikleri, iskemik kompresyon, lokal enjeksiyonlar, lokal uygulanan fizik tedavi yöntemleri gibi spesifik bölgesel tedaviler gereklidir.</p> |

2.3 Çocukluk Çağı Travmaları

2.3.1 Travma Kavramı

Travma terimi, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını farklı şekillerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Travma kavramı, kişinin kendisinin ya da yakınlarının bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak yaşadığı, aniden gelen ağır örseleyici olayları içermektedir. Psikanalitik tanımlamada; travmatik yaşantılar, olağan savunma düzenekleri ve başetme yolları ile benliğin üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta sarsıcı yaşantılardır. Bu yaşantıların etkisi bireyden bireye değişir ve kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakır (125).

Travma yaşantıları, çocukluk çağında ve yineleyici olduğunda erişkinliğe dek uzanan ruhsal bozukluklara yol açabilir (126).

Çocukluk çağı kötüye kullanımı kavramı, başta anne babaları olmak üzere, çocuğun bakımıyla yükümlü kimseler ve diğer erişkinler tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygun olmayan veya zarar verici olarak tariflenen eylem veya eylemsizlikler bütünü şeklinde tanımlanabilmektedir. Bu tür eylem veya eylemsizliklerin sonucunda çocuğun fiziksel, duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişiminin engellenmesi ya da kısıtlanması, bununla birlikte beden ya da ruh sağlığının zarar görmesi söz konusu olabilmektedir (127).

Dünya Sağlık Örgütü, çocuk istismarını ‘bir erişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar’ olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda amaç değil, sonuçlar üzerinde durulmaktadır. Bir başka ifade ile, erişkinin niyetinden ziyade eylemin çocuk üzerindeki etkileri önem taşımaktadır (128).

Gelişme döneminde maruz kalınan travmatik yaşantılar, bireyin daha sonraki hayatını etkileyebilecek nitelikte nörobiyolojik ve nöroendokrinolojik kalıcı değişikliklere neden olabilir. Bu yaşantılar çocuğun gelişimini davranışsal, duygusal, sosyal, fiziksel ve bilişsel alanlarda etkileyebilmektedir (129).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları kavramı çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan anne ve/veya baba kaybı, anne babanın boşanması, bakımvereninin psikiyatrik bozukluğunun olması, çocukluk çağı hastalıkları, aile içi şiddete tanıklık, temel

bakımdan yoksunluk, terkedilme, gıda veya barınma gibi ihtiyaçlardan yoksunluk gibi erken travmatik deneyimleri kapsamaktadır (129).

2.3.2 Çocukluk Çağı Travma Tipleri

2.3.2.1 Fiziksel İstismar:

Bireyin 18 yaş öncesinde, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi veya kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır. Kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır (130).

Kaza dışı nedenlerle çocuğun sağlığına zarar verici her türlü davranış şeklinde de tanımlanmaktadır. Bununla birlikte çocuğun ailesi tarafından yeterince gözetilmemesine bağlı gelişen kazalar da bu tanım içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde fiziksel cezanın disiplin yöntemi olarak yaygın bir kullanımı olduğu, toplum tarafından kabul gördüğü ve hatta atasözlerinde bu durumun sıkça normalize edildiği bilinmektedir. Bu bağlamda çocuğun bakım vereni ya da diğer kişiler tarafından bedenine yönelik cezalandırılmaları, disiplin amacıyla kapalı bir yere kilitlenme ve bağlanma fiziksel istismar kavramı içerisinde yer almaktadır. En yaygın fiziksel istismar şekli çocuğun dövülmesidir. Fiziksel güç kullanımı; vurma, sıkma, tekmeleme, yakma, ısırma, sıcak su dökme, zehirlenme, boğma ve kesici travmalar şeklinde olabilir. En sık rastlanan ve nesnel sonuçları açısından belirlenmesi en kolay istismar türüdür (128).

Fiziksel istismara uğramış çocuklar toplumsal işlevsellik alanında yetersizlik ve yakın ilişki kurma güçlüğü yaşamakta; daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, öfke ve istismar davranışı içeren ilişkilerle dikkati çekmektedirler (127, 131).

Çocukluk çağı fiziksel istismar maruziyetinin uzun dönem sonuçları ile ilgili yapılmış göreceli olarak az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan elde edilen veriler bu kişilerin TSSB, MDB, antisosyal davranış örüntüsü, madde kullanım bozuklukları, somatik yakınmalar ve özkıyım düşünceleri gibi psikiyatrik bozukluk ve yakınmalar açısından risk altında bulduklarını göstermektedir (132).

2.3.2.2 Cinsel İstismar

Bir kişinin kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından cinsel organının okşanması, uyarılması, çocuğa cinsel

organın gösterilmesi veya çocuğun kendi cinsel organını göstermeye zorlanması, vajinal veya anal ilişkiye girilmesi ya da çocuğun pornografi aracılığıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanır (130).

Çocuk cinsel istismarı, travma türleri içerisinde saptanması en zor olan türdür (128). Cinsel istismar toplumda sık rastlanmakla birlikte çoğu zaman gizli kalmakta, vakaların en fazla %5-10'u ortaya çıkmakta ve bu eylemlerin %90'ı çocuğun tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir. Literatür verileri cinsel tacizin en çok üç-beş yaşlar arasında görüldüğünü ortaya koymaktadır (128, 133).

Çocukta cinsel istismarın etkisi travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük ve damgalanma gibi dört travmatik dinamiğin yer aldığı bir modelde kavramsallaştırılmıştır. Bu dinamikler çocuğun dünyayla ilgili bilişsel ve duygusal yönelimini kalıcı olarak değiştirmektedir. Travma sonrasında çocuğun benlik algısında ve dünya görüşünde değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar yaşanmaktadır (134).

Yazında çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan bireylerde dissosiasyon, anksiyete, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, öfke/hostilite, madde kullanım bozuklukları, yeniden kurban olma, düşük benlik saygısı ve olumsuz kendilik algısı, depresyon, suçluluk ve günahkarlık düşünceleri, çaresizlik duyguları, kendine zarar verme davranışları, suicidalite, travma sonrası stres yanıtları, obsesyonlar ve kompulsiyonlar ve somatizasyon gibi psikiyatrik belirti ve bulguların görüldüğü bildirilmektedir (134). Ek olarak bu bireylerin kişilerarası ilişki kurma ve toplumsal ilişkileri sürdürebilme becerileri olumsuz etkilenmektedir (127,135).

2.3.2.3 Duygusal İstismar

Çocukların kendilerine bakmakla yükümlü kişiler tarafından olumsuz olarak etkilendikleri tutum ve davranışlara maruz kalması; gereken ilgi, sevgi ve bakımdan yoksun bırakılmalarıdır. Dokunulma, güven duyma, sınırlarının öğretilmesi, sosyalleşme, yeterli uyaran sağlanması ve kendini değerli görebilme çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi için gerekli olan temel ihtiyaçlardır. Duygusal kötüye kullanım, bu ihtiyaçlardan bir ya da birkaçının karşılanmamasıdır (136).

Duygusal istismar oldukça yaygın olmasına rağmen olduğundan daha az tanı konulmaktadır. Ayrıca sınırlarını çizmek bazen zorlaşabilmektedir; bu yüzden fark

edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında zorluk yaşanmaktadır (137).

Korkutma, yıldırma, tehdit etme, bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, çocuğun duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, sık eleştiride bulunma, yalnız bırakma, çocuktan yaşı ve gelişimsel kapasitesinin üzerinde beklentilerde bulunma, kardeşler arasında ayırım yapma, küçük düşürme, alay etme, lakap takma, çocuk üzerinde aşırı baskı ve otorite kurma, çocuğa değer vermeme, önemsememe, bağımlı kılma, aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir (128).

2.3.2.4 İhmal

On sekiz yaşından küçük bireyin beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi farklı alanlardaki yaşamsal gereksinimlerinin başta anne ve baba olmak üzere çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından karşılanmamasıdır (138).

İhmal; fiziksel, duygusal, eğitimsel ve tıbbi olarak kaşımıza çıkabilmektedir. Kötüye kullanım ve ihmali ayıran önemli nokta kötüye kullanımın aktif; ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır (139).

Okula göndermeme, çocuğun sürekli okuldan kaçmasına göz yumma, denetlememe eğitimle ilgili ihmale örnek olarak gösterilebilir. İhmal, özellikle büyüme geriliği olan, psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (140).

Kişinin gerekli tıbbi bakımının verilmemesi, eksik yapılması veya geciktirilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, evden kovma, beslenme, giyim ve temizlik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, güvenliğinin sağlanmayıp öngörülebilir tehlikelere karşı korunmaması bu tanım içinde değerlendirilmektedir (126).

Kişinin ruhsal bakım ve ihtiyaçlarına karşılık vermeme, yeterli sevgi ve ilgiyi göstermeme, toplumsal olarak gelişmesini desteklememe, diğer ebeveynin çocuğu kötüye kullanılmasına izin verme şeklinde olabilir (126).

2.3.3 Epidemiyoloji

Çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği yoktur. Bu konuda yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu farklılık, istismar kavramının tanımlanmasından,

farklı örneklem grupları kullanılmasından, bölgesel farklılıklardan ve toplumsal damgalamadan kaynaklanıyor olabilir (141).

Olayın belirlenmesinin zorluğu ve bildirilmesindeki yetersizlikler, yayınlanan sonuçların gerçek rakamların çok altında olduğunu düşündürmektedir (142).

Batılı toplumlarda ve Avrupa'da çocukluk veya ergenlik döneminde fiziksel istismar maruziyeti yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda fiziksel istismar yaygınlık oranlarının %3.6 ile %16.3 arasında değiştiği bildirilmektedir (143).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1999 yılında 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismarın yaygınlığı 1.3/1000 olarak saptanmış ve kız çocuklarının istismara uğrama sıklığının erkek çocuklara göre iki kattan daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu alanda yapılmış epidemiyolojik çalışmaların gözden geçirmesinde tahmini çocukluk çağı cinsel istismarı yaşam boyu yaygınlığının erkeklerde %16, kadınlarda %27 olduğu bildirilmiştir (144). Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir. Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir (145).

ABD'de fiziksel istismarın 5-20/1000 civarında olduğu bildirilmektedir. Duygusal istismar tek başına görülebildiği gibi fiziksel ve cinsel istismarla birlikte de görülebilmektedir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90'ına duygusal ihmal ve istismarın da eşlik ettiği saptanmıştır (127).

Pereda ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analizde kadınların yaklaşık %20'sinin; erkeklerin ise yaklaşık %8'inin 18 yaş öncesinde cinsel istismar öyküsü bulunduğunu bildirmiştir (146).

Brown ve arkadaşları, çocukluk çağı ihmali, fiziksel ve cinsel istismarının erişkinlik dönemi depresyonu ve öz-kıyım davranışı üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmalarında 1975 yılından itibaren, 5 yaşından 22 yaşına kadar 17 yıllık periyotta 776 kişiyi izlemiştir. Bu vakaların 639'unun fiziksel ve/veya cinsel istismara maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen verilerin sonucunda çocukluk çağı travması olan bireylerin olmayan bireylere göre 3 kat daha fazla depresyon ve öz-kıyım riski taşıdıkları tespit edilmiştir. Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olanların ise tekrarlayan öz-kıyım girişimi açısından 8 kat daha riskli oldukları bildirilmiştir. Sonuç olarak çocukluk çağı cinsel

istismar öyküsü varlığı erişkin dönem depresyonu ve öz-kıyım girişimi açısından en önemli risk etmeni olarak değerlendirilmiştir (147).

Johnson ve arkadaşlarının, 639 aile ile yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, belgelenmiş çocukluk çağı travması oranının %4.9 olduğunu; bunların %2.3'ünde fiziksel istismar, %0.6'sında cinsel istismar, %3.6'sında ihmal olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada kişilerin kendilerinin bildirdiği çocukluk çağı travması oranı ise %9.1 olarak saptanmıştır. Öz-bildirim yoluyla saptanan çocukluk çağı travması öyküsü olanların %5.3'ü fiziksel istismar, %3.3'ü cinsel istismar ve %2.7'si ihmal olarak bildirilmiştir (148).

Zoroğlu ve arkadaşları 839 lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmalarında (2001) ihmalin en sık bildirilen (%16.5) ruhsal travma olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal (%15.9), fiziksel (%13.5), cinsel (%10.7) kötüye kullanımın (ensest dahil) takip ettiğini belirtmişlerdir (149).

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi II. Basamak ayaktan tedavi polikliniğine başvuran 125 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada, genel çocukluk çağı istismar-kötüye kullanım oranı %33 olarak saptanmış, bunların %20.2'sinin fiziksel, %18.5'inin cinsel, %36.3'ünün duygusal kötüye kullanım olduğu görülmüştür (150).

Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada, en sık bildirilen çocukluk çağı istismar ve ihmal türü duygusal ihmaldir (%24.7). Aynı çalışmada cinsel istismar %22, duygusal istismar %18.7, fiziksel ihmal %17.3, fiziksel istismar %15.3, enest %13.3, enest dışı cinsel istismar %11.3 olarak saptanmıştır. Herhangi bir travma bildirmeyenlerin oranı %59.3 olup en az bir travma bildirme oranı %43.2 olduğu tespit edilmiştir (151).

2.3.4 Çocukluk Çağı Travmalarının Neden Olduğu Ruhsal Sorunlar

İstismar ve ihmalin farklı türleri sadece aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunu olması bakımından son derece önemlidir (152).

Çocuk istismar ve ihmali tekrar edilebilirliği, sıklıkla çocuğa en yakını olan kişiler tarafından yapılıyor olması ve çocuk üzerinde yaşamının ilerleyen yıllarını dahi etkileyebilecek uzun süreli etkilerinin olması nedeniyle, tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma türüdür (153).

Çocukluk çağı travmatik deneyimleri olan bireylerin belirtileri içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış belirtiler olarak gruplandırılmaktadır. İçselleştirilmiş belirtilere, anksiyete, depresyon, inhibisyon, somatik yakınmalar, aşırı uyarılmışlık, korku, kaçınma ve yeniden yaşantılama gibi belirtiler; dışsallaştırılmış belirtilere ise sinirlilik, suç işleme davranışı, riskli cinsel davranışlar örnek gösterilebilir (154).

Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının anksiyete, depresyon veya her ikisinin gelişimini arttırdığını göstermiştir. (155).

İstismar öyküsü olan çocuklarda MDB, TSSB, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve diğer davranışsal bozukluklar açısından artmış risk olduğu bildirilmektedir. Depresyon ve anksiyete yakınmaları, sık özkıyım girişi, panik bozukluğu ve TSSB gibi anksiyete bozukluklarının çocukluk çağı istismar öyküsü olan bireylerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (156).

Zlotnik ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında çocuklukta ve erişkinlikte travmatik yaşantısı olan bireyleri, travmatik yaşantısı olmayan bireylerle psikiyatrik bozukluk sıklığı açısından karşılaştırmışlardır. Yaşam boyu travmatik yaşantıyla karşılaşmanın psikiyatrik eş tanı varlığı olasılığını yüksek oranda arttırdığı, çocukluk döneminde travmaya maruz kalanlarda panik bozukluğu, agorafobi ve TSSB oranının erişkinlik döneminde travmaya maruz kalanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (156).

Tıbbi yazında çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları ile dissosiyatif bozukluklar (157, 158, 159), somatizasyon bozukluğu (160), TSSB (161, 162), borderline kişilik bozukluğu (161), depresif bozukluklar (163), özkıyım girişi, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı (164, 165, 166), antisosyal kişilik bozukluğu (167), beden dismorfik bozukluğu (168), erişkin DEHB (169), şizofreni (170, 171), kronik pelvik ağrı (172), epilepsi ve pseudo nöbet (173), yeme bozuklukları (174), kendine fiziksel zarar verme davranışı (175), intihar girişi (175, 176), dürtüsellik (177) ve psikotik bulgular (178) arasında ilişki bulan çalışmalar vardır.

McCauley ve arkadaşları 1931 kadınla birinci basamakta çocukluk çağı fiziksel veya cinsel istismarı sıklığını tanımlamak; istismar ilişkili psikolojik ve fiziksel sorunları belirlemek amacıyla yaptıkları bir araştırmada, çocukluk veya ergenlik

dönemi fiziksel veya cinsel istismar bildirim oranı %22 olarak tespit edilmiştir. Çocukluğunda cinsel veya fiziksel travmaya uğramış olanlarda daha fazla depresyon, somatizasyon ve anksiyete belirtileri ile daha fazla özkıyım girişimi, daha fazla ilaç suistimali ve daha fazla alkol kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır (179).

Genel olarak çocukluk çağı cinsel istismarının etkileri kısa dönem (çocukluk dönemi) ve uzun dönem (erişkinlik dönemi) etkiler olarak ikiye ayrılabilir. Tackett ve arkadaşlarının (1993) 45 çalışmayı inceleyerek elde ettikleri derlemenin sonuçlarına göre çocuk cinsel istismarının farklı yaş gruplarına yönelik etkilerini şu şekilde sınıflamışlardır (180):

1-Okul öncesi dönemde en sık yakınmalar anksiyete, kabus görme ve uygunsuz cinsel davranışlar

2-Okul çağı çocuklarında en yaygın yakınmalar korku, ruhsal hastalık, sinirlilik, kabus görme, okul sorunları, hiperaktivite ve regresif davranışlar

3-Ergenlik döneminde en yaygın yakınmalar depresyon, sosyal geri çekilme davranışları, öz kıyım veya kendine zarar verme davranışları, fiziksel yakınmalar, yasa dışı eylemler, evden kaçma ve madde kullanım bozuklukları

Tackett ve arkadaşları (1993) aynı zamanda çeşitli çalışmalardan elde ettikleri veriler ışığında %31 ile %49 arasında değişen oranlarda hiç yakınma bildirmeyen bir grup vaka olduğunu belirtmiştir (180).

Çocukluk veya ergenlik dönemi cinsel istismarının aynı zamanda erişkinlik döneminde uzun dönem etkileri bulunmaktadır. Tackett ve Marshall (1998) istismarın medikal ve psikolojik sekelinin hemen veya daha sonra hatta bazen birkaç dekat sonra ortaya çıkabileceğini göstermişlerdir (181). Tackett ve Marshall 1998 yılında, çocuklukta veya ergenlik döneminde cinsel istismar yaşayan bireylerde erişkinlik döneminde ortaya çıkan bozukluklardan bazılarını şu şekilde tanımlamıştır:

1) travma sonrası stres bozukluğu (örneğin yıkıcı-girici düşünceler, ani yıkıcı flash backler [geçmiş olayların aniden göz önüne gelmesi] veya istismar deneyimlerinin tekrar tekrar hatırlanması gibi),

2) bilişsel bozukluklar (örneğin dünyayı tehlikeli ve kötü bir yer olarak görme, kronik bir şekilde çaresizlik ve güçsüzlük algısı, benlik saygısı düşüklüğü gibi),

3) emosyonel distres-duygusal sıkıntı (örneğin depresyon, korku, anksiyete, fobi, OKB, kızgınlık/öfke gibi),

4) benlik duygusunda bozulma (kendini korumada zorlanma, bağ oluşturmada zorlanma gibi),

5) kaçınma (dissosiyasyon, gün içerisinde yoğun şekilde hayal kurma, dalıp gitme, travmatik olaylara yönelik bellek boşlukları veya amneziler gibi),

6) kişilerarası zorluklar (yakınlık kurmakta güçlük yaşama, kendini açmada zorlanma ve yakın ilişkileri zararlı olarak ifade etme gibi),

7) sağlık sorunları (beyin yapısında değişim, immün sistem yetersizlikleri, sık yorgunluk hissi, jinekolojik sorunlar, yaygın baş ağrıları, yaygın alkol-madde ve ilaç kullanımları gibi (182).

2.4 FMS ve Çocukluk Çağı Travması İlişkisi

Ağrı, toplumda tıbbi başvuruya neden olan ana yakınmalardan biridir ve her yıl ABD’de 65 milyon dolarlık kayba neden olmaktadır. Hastalarda ağrı varlığı ile bağlantılı olarak bildirilen birçok fiziksel ve ruhsal etmen bulunmaktadır. Bununla birlikte istismar öyküsü ile kronik ağrı arasındaki bağlantı varlığı da birçok çalışmada bildirilmiştir (183).

Hermann, çocukluk çağı travmasının çeşitli psikofizyolojik durumlarla açığa çıkabileceğini belirtmiştir. Psikolojik travma; gece terörü, kabuslar, bedensel duyular veya davranışsal tekrarlar gibi durumlara dönüşebilmektedir (184). Yeni yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının vizüel kortekste erişkin dönemde ağırlı bir olayla yeniden uyanabilen kalıcı bir izlenim bıraktığı bildirilmiştir (185, 186).

Gastrointestinal sistem (GİS) ağrısı, pelvik ağrı, kas-iskelet sistemi ağrısı ve baş ağrısı yakınması tarifleyen bireylerle yapılan çalışmalarda istismarın farklı tipleri tanımlanarak çocukluk çağı istismarı ile bu klinik durumlar arasında bağlantı olduğuna dair kanıtlar sunulmuştur. Örneğin Drossman ve arkadaşları, fonksiyonel ve organik gastrointestinal bozuklukları olan kadınlarda cinsel istismar öyküsünün, hastaların yakınmaları ve yaşam boyu cerrahi öyküsü ile bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir (187). Ek olarak bu alandaki birçok çalışma fiziksel istismar ve hastalık belirtileri arasındaki korelasyona dikkat çekmiştir. Fiziksel istismar yaygınlığı kas-iskelet ağrısı tarifleyen hastalarda %11-43; GİS ağrısı olan hastalarda %3-13 ve pelvik yakınmaları olan hastalarda %27-54 olarak bulunmuştur (184, 187, 188, 189).

Son yıllarda tıbbi ve psikiyatrik bozuklukların olası etiyolojik etmenleri olarak, yaşamın erken dönemindeki travmatik deneyimler ile ilgili çalışmaların giderek arttığı görülmektedir. Çocukluk veya ergenlik döneminde ebeveynden erken ayrılma, cinsel istismar, fiziksel kötü muameleye maruz kalma gibi travmatik deneyimleri olan bireylerde yaşamın ileri dönemlerinde daha fazla psikiyatrik bozukluk ve FMS gibi ağrı modulasyonunda bozuklukla karakterize hastalıklar daha fazla görülmektedir (190).

FMS'nin etiyolojisinin halen tam olarak bilinmemesine rağmen birçok araştırmacı duyarlı bireylerde fiziksel veya duygusal travmanın FMS gelişimini tetiklediği savını ortaya atmıştır (191). Bu görüş birçok FMS hastasında belirtilerin ortaya çıkmasından önce bir veya daha fazla travmatik yaşantının varlığı ile desteklenmektedir (192).

Yazında FMS ve çocukluk çağı travmaları ile ilgili birçok çalışmanın mevcut olduğu görülmektedir. Bu alanda çalışan araştırmacılar FMS hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıları oranlarının yüksek olduğunu altını çizmişlerdir. Örneğin 38 FMS, 71 somatoform ağrı bozukluğu ve 44 tıbbi olarak açıklanabilen kronik ağrılı kontrol grubu arasında çocukluk çağı psikososyal olumsuz deneyimlerinin ağrı hastaları için yapılandırılmış biyografik görüşme yöntemi kullanılarak araştırıldığı bir çalışmada en yüksek çocukluk çağı travmatik yaşantıları puanlarının FMS tanılı hasta grubunda olduğu bildirilmiştir. Cinsel ve fiziksel istismara ek olarak, FMS hastalarında ebeveynleri ile duygusal ilişkinin kötü oluşu ve ebeveynleri ile aralarında fiziksel yakınlık yokluğu, ebeveynlerin birbirine fiziksel şiddet uyguladığına tanık olma, annede ve/veya babada alkol veya diğer bağımlılık sorunları, boşanma ve 7 yaş öncesi kötü ekonomik durum varlığının daha sık olduğu bildirilmiştir (190). Seksen üç FMS tanılı kadın hasta ve 161 romatolojik hastalık tanılı kadın hastanın geçmiş cinsel ve fiziksel istismar öyküsü açısından karşılaştırıldıkları bir başka çalışmada ise FMS hastalarında istismar oranı (%53) kontrol grubuna (%42) göre daha yüksek bulunmuş fakat aralarındaki farklılığın istatistiki olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada hastalar arasında anlamlı farklılıklar; yaşam boyu cinsel istismar (FMS grubunda %17, kontrol grubunda %6), fiziksel istismar (%18, kontrol grubunda %4), kombine fiziksel ve cinsel istismar (FMS grubunda %17, kontrol grubunda %5) alanlarında gözlenmiştir.

Ek olarak FMS grubunda çocukluk çağı cinsel istismarı oranının (%37) kontrol grubundan (%22) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (188). Taylor ve arkadaşları (193), FMS hastalarında genel topluma kıyasla cinsel istismar açısından anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Fakat travmatik deneyim öyküsü olan FMS hastalarının daha ciddi hastalık yakınmaları sergilediklerini bildirmişlerdir (193).

FMS hastalarında çocukluk çağı travması varlığı birçok çalışmada %32 ile %64 arasında değişen yüksek oranlarda bildirilmiştir (184,190). Tüm bu çalışmalardan elde edilen bulgular ışığında istismar öyküsü varlığının FMS gelişimi açısından önemli rol oynayabileceği bildirilmekle birlikte aralıklarındaki ilişkinin kesin ve nedensel boyutu tam olarak bilinmemektedir (190, 193, 194, 184, 189, 195).

Ek olarak FMS hastalarında, çocukluk çağı travması (ÇÇT) yaygınlığı diğer kronik ağrı hastalarına kıyasla da daha yüksektir (189, 190, 196). Bu hastalarda hem yaşam boyu cinsel ve fiziksel istismar oranları (188, 190, 197) hem de yaşam boyu duygusal istismar ve ihmal oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (197).

İstismar öyküsü FMS hastalarında semptom şiddeti ile de bağlantılı gibi görünmektedir (197, 198). İstismar öyküsü olan hastalarda daha fazla ruhsal sıkıntı, daha fazla fonksiyonel kısıtlılık, daha kötü ruhsal düzelme görüldüğü bildirilmektedir (193, 199). Ek olarak istismar öyküsü olan hastalar daha fazla tıbbi yardım arama davranışı göstermektedirler (189).

Erken dönem istismar maruziyetinin; FMS belirtilerinin ortaya çıkışı, klinik görünüm ve belirtilerin sürmesini nasıl sağladığı birçok fizyolojik ve psikolojik mekanizma ile açıklanmaya çalışılmıştır. Çocukluk çağı cinsel veya fiziksel istismar öyküsü, erişkin dönemde FMS hastalarında nöroendokrinolojik kalıcı değişikliklere neden olabilir. Bu değişiklikler FMS hastalarında tedavi yanıtını etkileyebilmektedir. Bu nedenle travma/istismar öyküsü klinik pratikte göz önünde bulundurulması gereken bir klinik antitedir. Bu etmen FMS hastalarında tedavi yanıtı ve hastalığın klinik gidişi etkilemesi açısından da son derece önemlidir (200).

3 YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu bölümde araştırmanın örneklemini, çalışmada kullanılan veri toplama araçları ve bunlarla ilgili olarak yapılmış olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, verilerin

toplanması ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel tekniklerle ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

3.1.1 ÖRNEKLEM

Bu tez araştırmasının araştırma grubunu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvurup yapılan muayene ve tetkiklerle FMS veya MAS tanısı almış olan kadın hastalar ile hastane çalışanlarının FMS ve MAS tanısı açısından sağlıklı kadın yakınları oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olan 52 FMS tanılı kadın hasta, 35 MAS tanılı kadın hasta ve 49 FMS ve MAS açısından sağlıklı kadın kontrol grubu bulunmaktadır.

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmış; ardından veriler toplanmaya başlanmıştır.

3.1.2 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Amerikan Romatoloji Birliği (ACR) tarafından önerilen tanı kriterlerine göre FMS veya MAS tanısı almış olmak
- Kadın olmak
- Okur yazar olmak

3.1.3 Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- İletişimi önemli derecede etkileyecek görme, işitme ve bilişsel kaybın olması
- Eşlik eden inflamatuvar romatizmal hastalık veya otoimmün hastalık olması
- İleri derecede görme bozukluğu olması
- Klinik olarak saptanmış mental retardasyonun bulunması
- Halen psikotik atak veya manik atakta olmak

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak yedi form kullanılmıştır. Bunlar Sosyodemografik ve Kişisel Bilgi Formu, SCID I Duygudurum Modülü, SCID I

Anksiyete Modülü, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28), Fibromiyalji Semptom Sorgulama Formu (FSS)'dur.

3.2.1 Kişisel Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” katılımcıların kişisel bilgilerini ve belirtilen diğer bazı değişkenlerini saptamaya yarayan maddeler içermektedir. Katılımcılardan isim bildirmemeleri ve rumuz kullanmaları istenmiştir.

Yaş, tanı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, kendi gelir düzeyini nasıl algıladığı, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, ek tıbbi hastalık varlığı, psikiyatrik özgeçmiş, psikiyatrik soygeçmiş ile ilgili sorular sorulmuştur.

3.2.2 DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID I):

DSM IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme olan SCID I, temel Eksen I tanıların konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (201). Klinik tanı dışında aile öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, stresli yaşam olaylarının varlığı gibi değişkenlerin de değerlendirilmesine olanak tanımaktadır (202).

1983 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, DSM-III tanıları için, klinik tanısal değerlendirme işlemine ihtiyacı fark etmiş, Spitzer tarafından geliştirilmiştir. SCID-I'nin Türkçeye uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (203).

SCID-I bir adet yeniden kullanılabilir Kullanım Kılavuzu ve bir adet bir kez kullanılabilen puanlama cetvelinden oluşmaktadır. SCID-I hastalıkların çoğu için tam tanı ölçütlerini içermektedir. Altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Klinisyen kendi isteğine göre bazı durumlarda sırayı değiştirebilir ya da belli modülleri kullanabilir. Modül A' da duygudurum epizotları, distimik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı ve madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu, Modül B' de psikotik ve birlikte olan semptomlar, Modül C' de psikotik bozukluklar, Modül D' de duygudurum bozuklukları, Modül E' de

madde kullanım bozuklukları ve Modül F' de anksiyete ve diğer bozukluklar ile ilgili kriterler ve tanı koyma yönergeleri yer almaktadır (203).

Bu çalışmada SCID-I'in Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları modülleri kullanılmıştır. Hastanın yaşam boyu psikiyatrik tanısından ziyade o anki ruhsal durum muayenesi ve anamnezi aracılığı ile anksiyete ve/veya duygudurum bozukluğu tanısı konmuştur.

3.2.3 Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ):

Hastalarda depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Tanı koydurmaz. Klinisyen tarafından uygulanır. 17 soru içerir. Bir yanıt formuna işaretleme yapılarak toplanır. Sorular yapılandırılmıştır, ancak ek soru mümkündür. Puanlama kısmı aydınlatıcıdır. Son bir hafta içerisinde yaşantılanan depresyon yakınmalarını sorgulayan 17 maddeden oluşur. HDÖ ilk kez hastanede yatan hastalar için geliştirilmiş olduğu için daha çok depresyonun melankolik ve fiziksel yakınmaları üzerinde durur. Ölçeğin uykuya dalma gücü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, bedensel yakınmalar, genital yakınmalar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Uygulayıcının psikopatoloji bilmesi ve ölçeği bilen birinin yardımı ile uygulamalara başlaması gereklidir. M. Hamilton ve onun gözetiminde yapılandırılmış hale dönüştüren B.W. Williams tarafından geliştirilmiştir (204).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından da test edilmiştir (205).

3.2.4 Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ):

Kişide anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Sağlıklı ya da psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilmektedir. Hem ruhsal, hem bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Görüşmeci ölçek üzerine işaretleyerek doldurur. Yönergelerinin anlaşılır olması ve yarı yapılandırılmış sorgulama nedeniyle uygulanması kolaydır.

Son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve doldururken yarı yapılandırılmış sorgulama ile hastaya en çok uyan madde işaretlenir. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmıştır. Bu nedenle yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır. Uygulayıcının Psikopatoloji bilmesi gereklidir. Max Hamilton tarafından geliştirilmiştir (206).

Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği mevcuttur (207).

3.2.5 Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ 28):

Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik Bernstein tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut: duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismar şeklindedir. Ayrıca 3 minimizeasyon-inkar sorusu bulunmaktadır (208). Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri 1) hiçbir zaman, 2) nadiren, 3) zaman zaman, 4) sıklıkla, 5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir. 70 madde olarak geliştirilen, daha sonraki yıllarda 53 maddeye düşürülen ölçek Şar tarafından 1996 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin 28 sorudan oluşan formu, Evren ve arkadaşlarının çalışmasında kullanılmıştır (208, 209).

CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizeasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 4, 6, 2, 26 numaralı

maddelerle, duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtının verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiği düşünülmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği görülmektedir (210).

3.2.6 Fibromiyalji Semptom Sorgulama Formu (FSS):

Fibromiyalji semptomlarını içeren 11 soruluk yakınmaları sorgulamaya yönelik geliştirilmiş bir formdur (211).

FMS hastalarına eşlik eden fiziksel ve psikolojik yakınmaların varlığını saptamaya yönelik geliştirilmiştir. Sabah yorgunluğu, sabah tutukluğu, dinlendirici olmayan uyku, uykusuzluk, ağlama, çok az çalışmayı takiben yorgunluk, olaylara abartılı tepki verme, dikkat dağınıklığı, bağırsak şikayeti, halsizlik, baş ağrısı gibi FMS'ye eşlik eden yakınmaları sorgular (211).

Basit ve kolay uygulanabilir bir ankettir. Hastayı muayene eden hekim tarafından uygulanır. Yakınmaların varlığı evet/hayır şeklinde hastaya sorularak doldurulur.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır. Hem FMS'ye eşlik eden yakınmaların varlığının belirlenmesi hem de bu semptomların da uygun tedavisi ile tedavi yanıtının takibi açısından kullanımının uygun olacağı düşünülmektedir.

3.3 VERİLERİN TOPLANMASI:

Araştırma verilerini toplamak amacıyla, çalışma kapsamındaki tüm uygulamalar Şubat 2014 ile Nisan 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi FTR Polikliniğinde FTR hekimi tarafından ACR tanı kriterlerine göre FMS tanısı konmuş veya FMS tanısı ile tedavi edilmekte olan 52 kadın hasta ve MAS tanısı konmuş veya MAS tanısı ile tedavi edilmekte olan 35 kadın hasta dahil edilmiştir. Çalışmanın kontrol grubu olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarının FMS ve MAS açısından sağlıklı olan 49 kadın yakını alınmıştır. Kesitsel nitelikte olan bu çalışmada FTR polikliniğinden yönlendirilen 87 kadın hasta ve FMS ve MAS açısından sağlıklı olan 49 kadın ile görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılmadan önce hastalara araştırmanın amacı,

kullanılan ölçme araçları hakkında ön bilgi verilmiş; ek olarak verilen cevapların gizli tutulacağı ve sadece araştırma amacı ile kullanılacağı belirtilmiştir. Hastalara çalışma hakkında sözel ve yazılı olarak bilgilendirme yapılmasının ardından yazılı onam alınmış ve çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Yapılan görüşmede görüşmeci tarafından hastalardan sosyodemografik verilerin alınması sonrası SCID I Duygudurum ve Anksiyete Modülü uygulanmış; Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği doldurulmuştur. Görüşme sonunda FMS tanılı hastalara Fibromiyalji Semptom Sorgulama Formu uygulanmıştır. Görüşmenin tamamlanmasının ardından görüşmeci tarafından hastalara ve kontrol grubuna Çocukluk Çağı Travma Ölçeği verilmiş ve görüşme odasında doldurmaları istenmiştir.

3.4 VERİLERİN ANALİZİ:

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçek ve formlardan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Toplanan veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı 16 (Statistical Program for Social Sciences 16) kullanılarak çözümlenmiştir.

Sayısal değişkenlerin (sayısal veriler) normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi; ikiden fazla grup arasındaki analizlerinde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis Testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık ($p < 0,05$) saptanması durumunda Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Sayısal değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisi Kendal tau Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

4 BULGULAR

Bu bölümde; araştırma kapsamına giren Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi FTR Polikliniği tarafından FMS veya MAS tanısı konularak tarafımıza yönlendirilen kadın hastalar ile FMS ve MAS açısından sağlıklı olan gönüllü kadın katılımcılardan görüşme sonrasında araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda toplanan verilerin istatistiksel çözümlenmeleri sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1.1 Grubun Genel Özellikleri

Çalışmaya 52 FMS tanılı kadın hasta, 35 MAS tanılı kadın hasta, 49 MAS ve FMS açısından sağlıklı kadın kontrol olmak üzere 136 kadın dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen FMS, MAS ve sağlıklı kontrol gruplarının yaşları ile ilgili verileri Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4: Grupların yaş ile ilgili verileri

| GRUP | Yaş Aralığı | Ortalama±Ss |
|------------------|-------------|-------------|
| SAĞLIKLI KONTROL | 22-70 | 37,86±12,01 |
| FMS | 25-65 | 42,65±9,92 |
| MAS | 27-70 | 41,97±10,58 |

Çalışmaya dahil edilen grupların yaş ortalamalarına bakıldığında sağlıklı kontrol grubu, FMS grubu ve MAS grubunun yaş ortalamalarının birbirinden anlamlı farklılığı olmadığı saptanmıştır ($F=2,747$, $df=2$, $p=0,068$).

Çalışmaya dahil edilen FMS, MAS ve sağlıklı kontrol gruplarının medeni durum ile ilgili verileri Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Grupların medeni durum ile ilgili verileri

| | | N (%) | χ^2 | df | P | |
|--------------|------------------|-------------------|-----------|-------|---|-------|
| Medeni Durum | Sağlıklı Kontrol | Boşanmış veya dul | 3 (6.1) | 8,972 | 2 | 0,011 |
| | | Evli | 46 (93.9) | | | |
| | FMS | Boşanmış veya dul | 15 (28.8) | | | |
| | | Evli | 37 (71.2) | | | |
| | MAS | Boşanmış veya dul | 6 (17.1) | | | |
| | | Evli | 29 (82.9) | | | |

FMS grubunun boşanma veya dul olma oranlarının, MAS grubu ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen FMS, MAS ve sağlıklı kontrol gruplarının yaşadığı yer ile ilgili verileri Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6: Grupların yaşadığı yer ile ilgili veriler

| | | N (%) | χ^2 | df | P | |
|--------------|------------------|---------------|-----------|-------|---|-------|
| Yaşadığı Yer | Sağlıklı Kontrol | Şehir merkezi | 17 (34.7) | 5,366 | 4 | 0,252 |
| | | İlçe merkezi | 25 (51) | | | |
| | | Köy | 7 (14.3) | | | |
| | FMS | Şehir merkezi | 19 (36.5) | | | |
| | | İlçe merkezi | 27 (51.9) | | | |
| | | Köy | 6 (11.5) | | | |
| | MAS | Şehir merkezi | 13 (37.1) | | | |
| | | İlçe merkezi | 22 (62.9) | | | |
| | | Köy | 0 (0) | | | |

Sağlıklı kontrol grubu, FMS grubu ve MAS grubunun yaşadıkları yerler karşılaştırıldığında grupların birbirinden anlamlı farklılığı olmadığı görüldü.

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı kontrol, FMS ve MAS gruplarının eğitim durumları ile ilgili verileri Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Grupların eğitim durumları ile ilgili verileri

| | GRUP | N (%) | χ^2 | df | P | |
|---------------|------------------|-------------------|-----------|-------|---|-------|
| Eğitim Durumu | Sağlıklı Kontrol | İlkokul ve öncesi | 15 (30.6) | 6,775 | 4 | 0,148 |
| | | Ortaokul ve lise | 17 (34.7) | | | |
| | | Üniversite | 17 (34.7) | | | |
| | FMS | İlkokul ve öncesi | 27 (51.9) | | | |
| | | Ortaokul ve lise | 13 (25) | | | |
| | | Üniversite | 12 (23.1) | | | |
| | MAS | İlkokul ve öncesi | 17 (48.6) | | | |
| | | Ortaokul ve lise | 6 (17.1) | | | |
| | | Üniversite | 12 (34.3) | | | |

Grupların tanısı ve eğitim durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.

Çalışmaya dahil edilen grupların gelir düzeyi algıları ile ilgili verileri Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8: Grupların gelir düzeyi algıları ile ilgili veriler

| | | N (%) | χ^2 | df | P | |
|----------------------------|------------------|-------|-----------|------|---|-------|
| Gelir Düzeyi Algısı | Sağlıklı Kontrol | Kötü | 8 (16.3) | 7,34 | 4 | 0,134 |
| | | Orta | 30 (61.2) | | | |
| | | İyi | 11 (22.5) | | | |
| | FMS | Kötü | 18 (34.6) | | | |
| | | Orta | 24 (46.2) | | | |
| | | İyi | 10 (19.2) | | | |
| | MAS | Kötü | 5 (14.3) | | | |
| | | Orta | 23 (65.7) | | | |
| | | İyi | 7 (20) | | | |

Tablo 8’de görüldüğü gibi çalışmaya dahil edilen grupların çoğunluğu gelir düzeyini ‘orta’ olarak nitelendirmişlerdir. Sağlıklı kontrol grubu, FMS grubu ve MAS grubunun gelir düzeyi algıları arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görüldü.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların çalışma durumları ile ilgili verileri Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9:Grupların çalışma durumu ile ilgili veriler

| | | N (%) | χ^2 | df | P |
|-----------------------|------------------|----------|----------|----|--------|
| Çalışma Durumu | Sağlıklı Kontrol | 21(42.9) | 7,386 | 2 | *0,025 |
| | FMS | 34(65.4) | | | |
| | MAS | 24(68.6) | | | |

Gruplarla çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu. Sağlıklı kontrol grubunda çalışan kadın oranının daha az olduğunu gördük.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların alkol ve sigara kullanma durumları ile ilgili verileri Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10: Katılımcıların alkol ve sigara kullanım varlığı ile ilgili verileri

| | GRUP | N (%) | χ^2 | df | P |
|--------------------------|------------------|-----------|----------|----|--------|
| Alkol Kullanımı Varlığı | Sağlıklı Kontrol | 4 (8.2) | 0,918 | 2 | 0,632 |
| | FMS | 7 (13.5) | | | |
| | MAS | 3 (8.6) | | | |
| Sigara Kullanımı Varlığı | Sağlıklı Kontrol | 9 (18.4) | 6,074 | 2 | *0,048 |
| | FMS | 17 (32.7) | | | |
| | MAS | 15 (42.9) | | | |

Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında alkol kullanımı açısından anlamlı bir farklılık olmadığını gördük.

Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında sigara kullanımı açısından anlamlı farklılıklar vardı. MAS grubu; FMS ve sağlıklı kontrollere göre daha fazla sigara içmekteydi.

Çalışmaya dahil edilen grupların ek tıbbi hastalık varlığı, psikiyatrik özgeçmiş ve psikiyatrik soygeçmiş ile ilgili verileri Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Grupların ek tıbbi durum, psikiyatrik özgeçmiş ve psikiyatrik soygeçmiş ile ilgili verileri

| | GRUP | N (%) | χ^2 | Df | P |
|-------------------------------|------------------|-----------|----------|----|---------|
| Ek Tıbbi Durum Varlığı | Sağlıklı kontrol | 18 (36.7) | 22,874 | 2 | <0,0005 |
| | FMS | 43 (82.7) | | | |
| | MAS | 23 (65.7) | | | |
| Psikiyatrik Özgeçmiş Varlığı | Sağlıklı kontrol | 11 (22.5) | 28,907 | 2 | <0,0005 |
| | FMS | 39 (75) | | | |
| | MAS | 14 (40) | | | |
| Psikiyatrik Soygeçmiş Varlığı | Sağlıklı kontrol | 9 (18.4) | 6,843 | 2 | 0,0339 |
| | FMS | 22 (42.3) | | | |
| | MAS | 12 (34.3) | | | |

Ek tıbbi tanı varlığının FMS grubunda MAS grubu ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğunu gördük.

FMS grubunda psikiyatrik özgeçmiş varlığının MAS ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğunu gördük.

FMS grubunda psikiyatrik soygeçmiş varlığının MAS ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğunu gördük.

4.1.2 Grubun Duygudurum ve/veya Anksiyete Bozukluğu Tanıları Varlığı Açısından Karşılaştırmalı Verileri

Çalışmaya dahil edilen grupların herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı alma durumları ile ilgili verileri Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Grupların herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı alma ile ilgili verileri

| | | N (%) | χ^2 | df | P |
|---|------------------|-----------|----------|----|---------|
| Duygudurum ve/veya Anksiyete Bozukluğu Varlığı | Sağlıklı Kontrol | 16 (32.7) | 28,178 | 2 | <0,0005 |
| | FMS | 44 (84.6) | | | |
| | MAS | 20 (57.1) | | | |

Çalışmamızda FMS grubunda, MAS grubu ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek oranda duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısının mevcut olduğu tespit edildi.

Çalışmaya dahil edilen FMS, MAS ve sağlıklı kontrol gruplarının SCID I Duygudurum ve/veya SCID I Anksiyete tanıları varlığı açısından karşılaştırmaları Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13: FMS, MAS ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının SCID I Duygudurum ve/veya SCID I Anksiyete tanıları varlığı açısından karşılaştırılmaları

| | | SCID I DUYGUDURUM VE/VEYA ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILARI | | | | χ^2 | df | P |
|-------------------------|-------|--|-----------------------------|----------------------------|---|----------|----|---------|
| | | TANI YOK | SADECE DUYGUDURUM BOZUKLUĞU | SADECE ANKSİYETE BOZUKLUĞU | HEM DUYGUDURUM HEM ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI | | | |
| Sağlıklı kontrol | N (%) | 33 (67.3) | 7 (14.3) | 7 (14.39) | 2 (4.1) | 38,566 | 6 | <0,0005 |
| FMS | N (%) | 8 (15.4) | 12 (23.1) | 9 (17.3) | 23 (44.2) | | | |
| MAS | N (%) | 15 (42.9) | 10 (28.6) | 5 (14.3) | 5 (14.3) | | | |

FMS'li grubun sadece %15.4'lük bölümünün herhangi bir duygudurum ve/veya Anksiyete Bozukluğu tanısı olmadığını gördük. Bu oran MAS grubunda %42.9, sağlıklı kontrollerde ise %67.3 idi. Ayrıca FMS'li grupta hem SCID I Duygudurum hem SCID I Anksiyete tanısının, MAS ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edildi.

4.1.3 Grupların SCID I Duygudurum Bozukluğu ve SCID I Anksiyete Bozukluğu tanıları açısından tanımlanmaları

Çalışmaya dahil edilen FMS grubunun SCID I Duygudurum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu tanıları açısından dağılımı Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14: FMS Grubunun SCID I Duygudurum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu Tanıları Dağılımı

| | | N (%) |
|------------------------------------|-----------------------|-----------|
| Duygudurum Bozukluğu Tanısı | MDB | 24 (46.2) |
| | DİSTİMİK BOZUKLUK | 4 (7.7) |
| | BTA DEPRESİF BOZUKLUK | 7 (13.5) |
| Anksiyete Bozukluğu Tanısı | PANİK BOZUKLUK | 2 (3.8) |
| | OKB | 6 (11,5) |
| | YAB | 3 (5.8) |
| | SAB | 2 (3.8) |
| | BTA ANKSİYETE BOZ | 10 (19.2) |
| | TSSB | 9 (17.3) |

Çalışmaya dahil edilen FMS grubunun yaklaşık yarısının (%46.2) MDB tanısı aldığını tespit ettik. Ek olarak FMS grubunda ikinci sıklıkta tespit edilen tanının grubun yaklaşık beşte birlik oranında (%19.2) var olan BTA Anksiyete Bozukluğu, üçüncü sıklıkta görülen tanının ise %17.3'lük oranla TSSB olduğunu gördük.

Çalışmaya dahil edilen MAS grubunun SCID I Duygudurum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu tanıları açısından dağılımı Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15: MAS Grubunun SCID I Duygudurum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu Tanı Dağılımı

| | | N | % |
|------------------------------------|-----------------------|---|-------|
| Duygudurum Bozukluğu Tanısı | MDB | 6 | %17.1 |
| | DİSTİMİK BOZUKLUK | 3 | %8.6 |
| | BTA DEPRESİF BOZUKLUK | 6 | %17.1 |
| Anksiyete Bozukluğu Tanısı | PANİK BOZUKLUK | 2 | %5.7 |
| | OKB | 2 | %5.7 |
| | YAB | 2 | %5.7 |
| | BTA ANKSİYETE BOZ | 3 | %8.6 |
| | TSSB | 1 | %2.9 |

MAS grubuna SCID I Duygudurum modülü uygulanması sonrası en sık konulan tanının MDB iken, SCID I Anksiyete Bozukluğu modülü uygulanması sonrası konulan en sık tanımı BTA Anksiyete Bozukluğu olduğunu gördük.

4.1.4 Grupların Psikiyatrik Ölçek Puanlarına İlişkili Bulgular:

Çalışmaya alınan grupların, çalışmada kullanılan psikiyatrik ölçeklerin her birinden elde etmiş oldukları puan aralıkları, ortalama ve standart sapma sonuçları Tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16: Grupların Psikiyatrik Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

| Ölçek | Tanı | Puan Aralıkları | Ortalama±Ss | χ^2 | df | P |
|-------|------------------|-----------------|-------------|----------|----|---------|
| CTQ | Sağlıklı Kontrol | 25-97 | 35,18±13,03 | 23,778 | 2 | <0,0005 |
| | FMS | 25-99 | 49,62±19,22 | | | |
| | MAS | 25-70 | 39,40±11,18 | | | |
| HDÖ | Sağlıklı Kontrol | 1-43 | 8,71±9,7 | 44,664 | 2 | <0,0005 |
| | FMS | 2-50 | 26,30±15,5 | | | |
| | MAS | 2-34 | 14,23±10,49 | | | |
| HAÖ | Sağlıklı Kontrol | 1-36 | 7,45±8,78 | 47,369 | 2 | <0,0005 |
| | FMS | 4-51 | 23,32±13,54 | | | |
| | MAS | 1-41 | 10,95±11,47 | | | |

Kullanılan İstatistiksel Test: Kruskal Wallis testi

Çalışmaya alınan grupların, CTQ-28, HDÖ ve HAÖ toplam puanları incelendiğinde FMS grubunun tüm psikiyatrik ölçek puanlarının, MAS ve sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmaya alınan grupların CTQ total ölçek puanlarına göre çocukluk çağı travması varlığı açısından karşılaştırmaları Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Grupların CTQ-28 Ölçek Puanlarına göre çocukluk çağı travması varlığı ile ilgili verileri

| ÇÇT | SAĞLIKLI KONTROL (n, %) | FMS (n, %) | MAS (n, %) | χ^2 | df | P |
|---------------|----------------------------|---------------|---------------|----------|----|---------|
| <35 (ÇÇT YOK) | 31 (63.3) | 13 (25) | 12 (34.3) | 16,175 | 2 | <0,0005 |
| ≥35 (ÇÇT VAR) | 18 (36.7) | 39 (75) | 23 (65.7) | | | |

Çalışmaya alınan grupların, CTQ-28 ölçeğinden 35 puan altı alanlarda çocukluk çağı travması olmadığı, 35 ve üstü puan alanlarda çocukluk çağı travması olduğu kabul edilerek yapılan karşılaştırmalarda FMS grubunda (n=39, %75) MAS grubu

(n=23, %65.7) ve sağlıklı kontrol grubundan (n=18, %36.7) daha fazla oranda çocukluk çağı travması olduğu tespit edildi.

Çalışmaya alınan grupların CTQ-28 alt ölçeklerine göre istismar ve ihmal varlığı açısından karşılaştırılmaları Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18: Grupların CTQ-28 Alt Ölçekleri ile ilgili verileri

| ALT ÖLÇEK | SAĞLIKLI KONTROL (n, %) | FMS (n, %) | MAS (n, %) |
|-------------------|----------------------------|---------------|---------------|
| Cinsel İstismar | 4 (8.2) | 18 (34.6) | 6 (17.1) |
| Fiziksel İstismar | 9 (18.4) | 26 (50) | 11 (31.4) |
| Fiziksel İhmal | 20 (40.8) | 33 (63.5) | 19 (54.3) |
| Duygusal İstismar | 11 (22.4) | 30 (57.7) | 13 (37.1) |
| Duygusal İhmal | 14 (28.6) | 31 (59.6) | 17 (48.6) |

Cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak; fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyinin pozitif olarak kabul edildiğinde yapılan değerlendirmede CTQ-28 ölçeğinin tüm travma alt gruplarının FMS grubunda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm gruplarda en sık rastlanan alt travma türü fiziksel ihmal, ikinci sıklıkta ise duygusal ihmaldi.

Çalışmaya alınan FMS grubunun çalışmada kullanılan FSS anketi toplam semptom sayısı ortalamaları ve standart sapma sonuçları Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19: FMS Hastalarında FSS Anket Puanlarının Karşılaştırılması

| | Ortalama | Ss | Medyan |
|------------|-----------------|-----------|---------------|
| FSS | 8,12 | 1,91 | 8,0000 |

Çalışmaya alınan FMS hasta grubunun çalışmada kullanılan FSS anketi toplam semptom sayısı ortalamasının $8,12 \pm 1,91$ olduğu izlenmektedir.

Çalışmaya alınan FMS grubunun çalışmada kullanılan FSS anketi fibromiyalji semptom dağılım sonuçları Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20: FMS Hastalarında Fibromiyalji Semptom Dağılımı

| | SEMPTOM VARLIĞI (n, %) |
|---|---|
| Sabah yorgunluğu | 57 (90.4) |
| Sabah tutukluğu | 43 (82.7) |
| Halsizlik | 45 (86.5) |
| Dinlendirici olmayan uyku | 48 (92.3) |
| Uykusuzluk | 35 (67.3) |
| Baş ağrısı | 42 (80.8) |
| Dikkat Dağınıklığı | 40 (76.9) |
| Çok Az Çalışmayı Takiben Yorgunluk | 45 (86.5) |
| Olaylara abartılı tepki verme | 27 (51.9) |
| Ağlama | 32 (61.5) |
| Bağırsak Şikayeti | 17 (32.7) |

Tablo 20 incelendiğinde FMS hastalarında en sık görülen semptomun dinlendirici olmayan uyku, en az görülen semptomun ise bağırsak şikayeti olduğu izlenmektedir.

4.1.5 Grupların Ölçek Puanlarının Birbirleriyle İlişisine Dair Bulgular:

FMS hastalarında FSS, CTQ-28, HDÖ ve HAÖ puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: FMS Hastalarının FSS, CTQ-28, HAÖ ve HDÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulguları

| | CTQ | HAÖ | HDÖ |
|-----|--------|--------|--------|
| FSS | *0,285 | 0,160 | *0,314 |
| CTQ | | *0,372 | *0,246 |
| HAÖ | | | *0,344 |

* p < 0.05

Kullanılan İstatistiksel Test: Kendall's tau Korelasyon Analizi

FMS hastalarının FSS, CTQ-28, HDÖ ve HAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

FMS hastalarında FSS ile CTQ-28 ve HDÖ arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmışken FSS ile HAÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

FMS hastalarında HAÖ ile HDÖ ve CTQ-28 toplam ölçek puanı arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Korelasyonun gücüne bakıldığında (0,26-0,49 arası zayıf ilişki) zayıf ilişkili olduğu görülmektedir.

4.1.6 Grupların CTQ-28 Ölçek Puanları ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki

Çalışmaya alınan grupların CTQ-28 total puanları ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki ile ilgili veriler Tablo 22'de sunulmaktadır.

Tablo 22: Grupların CTQ-28 Toplam puanı ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki

| | TANI | Hastanın Psikiyatrik Tanısı | N | Ortalama | Ss | Medyan | U | Z | P |
|------------------------|----------|-----------------------------|----|----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Ctq Total Puanı | SAĞLIKLI | Tanı yok | 33 | 34,1 | 10,57 | 32 | 235,5 | -0,609 | 0,542 |
| | | Tanı var | 16 | 37,43 | 17,22 | 33 | | | |
| | FMS | Tanı yok | 8 | 34,12 | 8,64 | 32 | 63,0 | -2,868 | 0,004 |
| | | Tanı var | 44 | 52,43 | 19,32 | 50,5 | | | |
| | MAS | Tanı yok | 15 | 40 | 10,35 | 38 | 138,0 | -0,400 | 0,689 |
| | | Tanı var | 20 | 38,95 | 12,02 | 36,5 | | | |

Çalışmaya alınan grupların CTQ-28 total puanları ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki ile ilgili veriler incelendiğinde sadece FMS grubunda CTQ-28 total puanı ile duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p=0,004).

4.1.7 FMS Hastalarında Fibromiyalji semptomları ile çocukluk çağı travması varlığı arasındaki ilişki

Çalışmaya alınan FMS hastalarında çocukluk çağı travması varlığı ile veriler Tablo 23'te gösterilmektedir.

Tablo 23: FMS Hastalarında Fibromiyalji semptomları ile çocukluk çağı travması ilişkisi

| SEMPATOM | ÇÇT VARLIĞI N (%) | χ^2 | Df | P |
|---------------------------------------|-------------------------|----------|----|--------|
| Sabah yorgunluğu | 36 (92.3) | 0,664 | 1 | 0,415 |
| Sabah tutukluğu | 32 (82.1) | 0,045 | 1 | 0,832 |
| Halsizlik | 33 (84.6) | 0,495 | 1 | 0,482 |
| Dinlendirici Olmayan Uyku | 36 (92.3) | 0,000 | 1 | 1,000 |
| Uykusuzluk | 27 (69.2) | 0,262 | 1 | 0,609 |
| Baş ağrısı | 33 (84.6) | 1,486 | 1 | 0,223 |
| Çok az çalışmayı takiben yorgunluk | 36 (92.3) | 4,457 | 1 | *0,035 |
| Dikkat dağınıklığı | 32 (82.1) | 2,311 | 1 | 1,128 |
| Olaylara abartılı tepki verme | 25 (64.1) | 9,270 | 1 | *0,002 |
| Ağlama | 27 (69.2) | 3,900 | 1 | *0,048 |
| Bağırsak şikayeti | 15 (38.5) | 2,3601 | 1 | 0,125 |

Çalışmaya dahil edilen FMS hastalarının fibromiyalji semptomları ile çocukluk çağı travması varlığı arasındaki ilişki karşılaştırıldığında çok az çalışmayı takiben yorgunluk, ağlama, olaylara abartılı tepki verme arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

5 TARTIŞMA

5.1 Sosyodemografik Değişkenler

FMS ve MAS tanılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmaları ve ilişkili değişkenlerin araştırıldığı çalışmamıza 52 FMS, 35 MAS, 49 sağlıklı kontrol olmak üzere 136 kadın dahil edilmiştir.

FMS'nin kadın cinsiyette daha fazla görülüyor olmasından dolayı çalışmaya kadın hastalar dahil edilmiştir. Literatür incelendiğinde FMS ile ilgili yapılan çocukluk çağı travmatik yaşantıları çalışmalarında kontrol grubu olarak genellikle sağlıklı kontrol, RA veya nöropatik ağrılı hastaların alındığı görülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmaların yöntemsel gözden geçirmelerinde RA'in inflamatuvar doğada ve multisistemik olması nedeni ile kontrol grubu olarak kullanılmasının uygun olmayacağı belirtilmiştir. Ayrıca günümüzde FMS'nin nöropatik ağrı ile benzerliği üzerinde durulduğundan kontrol grubu olarak kullanılması uygun olmayacaktır. FMS ile MAS tanılarının görüldüğü yaş aralığının benzer olması, her iki tanının da kadın cinsiyette sık görülmesi gibi benzerlikler ve MAS tanısının etiolojisinde psikolojik faktörlerin FMS'ye göre çok daha az sıklıkta görülmesinden dolayı bu çalışmada kontrol grubu olarak MAS grubu seçilmiştir.

1-Çalışmaya dahil edilen grupların yaş ortalaması, eğitim durumu, gelir düzeyi algıları, alkol kullanım durumu ve yaşadığı yerlere bakıldığında sağlıklı kontrol grubunun, FMS grubunun ve MAS grubunun birbirinden anlamlı farklılığı olmadığı saptanmıştır.

2-Çalışmaya dahil edilen hastaların tanısı ile medeni durum arasında anlamlı fark olduğu izlenmektedir. FMS grubunun boşanma veya dul olma oranlarının, MAS grubu ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgunun daha önce yapılan bir çalışmanın sonucu ile uyumlu olduğu görülmüştür. Bu çalışmada FMS hasta grubunda boşanma eğiliminin daha fazla olduğu bulunmuştur (212).

Bu durum FMS tanılı kadınlara eşlik eden psikiyatrik eş tanı varlığı ve cinsel işlev bozukluğundan kaynaklanıyor olabilir. FMS'nin kendisi kadın cinselliği üzerinde negatif etkilere sahiptir ve bu etkiler özellikle eşlik eden depresif bozukluklar gibi psikiyatrik tanı varlığında şiddetlenmektedir (213).

Bu durum aynı zamanda çalışmamızda, FMS grubunda ÇÇT ve duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanılarının da daha fazla saptanmasından kaynaklanıyor olabilir. Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan 131 kadın hastanın kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada kronik depresyon ve evlilik sorunlarının daha fazla görüldüğü bulunmuştur (214).

Cinsel terapi amacıyla başvuran bireylerde çocukluk çağı cinsel istismarı yaygınlığı ve çocukluk çağı cinsel istismarı varlığı ile çift uyumu, psikolojik işlevsellik ve evlilik ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; depresyon ve anksiyete semptomları ile çift uyumu ölçeklerle değerlendirilmiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarı oranı kadınlarda %56, erkeklerde %37 olarak saptanmıştır. Çocukluk çağı cinsel istismarı tarifleyen bireylerde daha fazla anksiyete ve depresyon semptomu bulunduğu, ek olarak evlilik ilişkilerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir (215).

3-Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunda çalışan kadın oranının FMS ve MAS gruplarına göre anlamlı oranda daha az gördük. Bu farklılık FMS grubunda var olan boşanma oranlarının yüksek olmasına bağlı olabilir. FMS tanılı kadınlar boşandıkları için çalışmak zorunda kalmış olabilirler.

4-MAS grubunun FMS ve sağlıklı kontrollere göre daha fazla sigara kullanımı mevcuttu. Bu bulgu literatür çalışmaları ile örtüşmemektedir. Literatürde istismar öyküsü olan kadınlarda sigara içme ve madde kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir (216). Bunun nedeni örneklem grubumuzun sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5-Ek tıbbi tanı varlığının FMS grubunda MAS grubu ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazla olduğunu gördük. Bu bulgu tıbbi yazın ile uyumludur (217). FMS özellikle Kronik Yorgunluk Sendromu, İBS, migren, gerilim tipi baş ağrısı, huzursuz bacak sendromu, TME, çoklu kimyasal duyarlılığı, primer dismenore, interstisyel sistit, dişi üretral sendrom gibi hastalıklarla eş-tanı olarak bulunmaktadır (22). Ayrıca ülkemizde Yanmaz ve arkadaşlarının yaptığı Diyabetes Mellitus (DM) hastalarında FMS yaygınlığının araştırıldığı ve kontrol grubu olarak RA hastalarının kullanıldığı bir çalışmada Tip II Diabeti olan hastalarda %18, RA olan hastalarda %34 oranında FMS eş tanısı saptanmıştır (52).

6-FMS grubunda psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş varlığının MAS ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğunu gördük. Bu bulgu tıbbi

yazında pek çok çalışmanın sonuçları ile uyumludur (218). Psikiyatrik bozukluklar ve FMS arasındaki ilişkiyi destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır. FMS'li hastalarda, depresif bozuklukların ailesel yaygınlığının yüksek olması özgül bir bulgudur (64).

Özgeçmişinde psikiyatrik herhangi bir bozukluğun bulunması ve başetme yöntemlerinin kötü olması; hastaları FMS gelişimine yatkın kılmaktadır (70).

5.2 Psikiyatrik Eş Tanı Varlığı

Çalışmamızda FMS grubunda (%84.6) diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek oranda duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısının mevcut olduğu tespit edildi. Grupların psikiyatrik profilleri birbirinden önemli ölçüde farklıydı. FMS grubunun sadece %15.4'lük bölümünün herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almadığını saptadık. Sağlıklı kontrol grubunda bu oranın %67.3, MAS grubunda ise %42.9 olduğunu gördük. Çalışmamızın bu bulgusu literatürde SCID kullanılarak yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Altunören ve arkadaşlarının FMS'li kadın hastalarda yaptıkları çalışmada FMS hastalarının %76.5'inin psikiyatrik tanı aldığını bildirmişlerdir (219). Consoli ve arkadaşlarının FMS tanılı hastalarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; hastalarda %80.8 oranında psikiyatrik eş tanı varlığı saptanmıştır (102). Thieme ve arkadaşlarının FMS tanılı hastalardaki psikiyatrik eş tanı varlığını tespit etmek için SCID kullanarak yaptıkları çalışmalarında FMS hasta grubunda Eksen I Psikiyatrik Bozukluk oranı %77.3 olarak tespit edilmiştir (123).

Ayrıca FMS'li grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede daha fazla (%44.2) çoğul psikiyatrik tanı varlığı (hem duygudurum hem anksiyete bozukluğu) mevcuttur. Çalışmamızın bu bulgusu literatür çalışmalarından daha fazla olarak saptanmıştır. Thime ve arkadaşları (123) tarafından yapılan çalışmada FMS hasta grubunun %11'lik bölümünde; Altunören ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (219) ise %7.9 çoğul psikiyatrik bozukluk tanısı saptanmıştır (123).

FMS grubuna SCID I Duygudurum modülü uygulanması sonrası grubun yaklaşık yarısının (%46.2) MDB tanısı aldığı izlenmektedir. Ayrıca FMS grubunda Distimik Bozukluk oranı %7.7 iken BTA Depresif Bozukluk oranı %13.5 olarak saptanmıştır.

Ayrıca çalışmamızda FMS hastalarının ortalama HDÖ puanlarının kontrol gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.

Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyumludur. Fietta ve arkadaşlarının; SCID ile yapılan çalışmaları inceleyerek yaptıkları gözden geçirmede, FMS olan hastaların sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında depresyon yaygınlığının %20 ile %80 arasında olduğu saptanmıştır (220).

Yazın incelendiğinde depresif bozuklukların oranının kullanılan ölçeğin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) veya HDÖ olmasına göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Çalışmamızın bulgularının literatürde benzer şekilde HDÖ kullanılan çalışmaların sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir. Altunören ve arkadaşlarının FMS'li kadın hastalarda psikiyatrik eş tanı varlığını tespit etmek amacıyla SCID ve HDÖ kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastaların %37.3'ü MDB, %17.6'sı Distimik Bozukluk tanısı aldığı tespit edilmiştir (219). Consoli ve arkadaşlarının yaptıkları FMS tanılı hastalarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları prevalansını değerlendirmek amacıyla SCID kullanarak yaptıkları çalışmalarında; hastalarda %59.9 oranında Duygudurum Bozuklukları, %56.3 oranında MDB varlığı bildirilmiştir (102). Thieme ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; FMS tanılı hastalardaki psikiyatrik eş tanılar; DSM-IV kriterlerine göre değerlendirilmiş ve Duygudurum Bozukluğu oranı %34.8 olarak tespit edilmiştir (123). Taşkın ve ark (2007) FTR Polikliniğine ilk kez başvuran ve henüz bir sağaltım başlanmayan, FMS tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve depresyon varlığını araştırmak amacıyla HDÖ ve SCID Duygudurum modülü kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastaların %44'ünde MDB saptamışlardır. Hastalarda Distimik Bozukluk oranı %10, BTA Depresif Bozukluk oranı ise %14 olarak bulunmuştur (221). Saran ve arkadaşları (2008) FMS'li hastalarda depresyon düzeyinin fiziksel yeti yitimi ile ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında HDÖ kullanmışlardır. FMS olan hastalarda sağlıklı kontrollere göre depresif belirti şiddetinin yüksek olduğunu ve depresyon düzeyinin hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (222).

Güven ve arkadaşlarının 53 FMS ve 54 sağlıklı kontrol ile BDÖ kullanarak yaptıkları çalışmalarında FMS hastalarının %90'ında depresyon olduğunu bildirmişlerdir. Ek olarak BDÖ puanlarına göre FMS hastalarının %50'sinde hafif, %38'inde orta, %2'sinde ağır depresyon olduğunu bulmuşlardır (223). Sivas ve

arkadaşlarının (2009) FMS'li ev hanımlarında; uyku bozukluğu ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmak amacıyla FMS'li kadınlar ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırmışlardır. BDÖ kullandıkları çalışmalarında hastaların %38.75'inde hafif; %25'inde orta ve %25'inde ağır depresyon tespit etmişlerdir (224).

Yazına bakıldığında FMS olan hastalarda depresif semptom tarama ölçekleri ile yapılan depresif belirtilerin sıklığı ile klinik olarak tanı konulan MDB sıklığına bakıldığında iki durumun birbirinden farklı olduğu gözlenmiştir (225). BDÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda depresyon oranının daha yüksek olarak saptandığı görülmektedir. Bu durum klinisyen tarafından SCID görüşmesi yapılmadan ve hasta ile uygun terapötik ilişki sağlanmadan yalnızca öz bildirim ölçekler ile depresyon tanısı koymanın uygun olmayacağını vurgulaması açısından son derece önemlidir. Ek olarak psikiyatri alanında kullanılan BDÖ'nin tanı koymadan ziyade takipte kullanılması ve çalışmalarda depresyon tanısının klinisyen tarafından konulması ve klinisyen tarafından doldurulan HDÖ kullanılması daha uygun olacaktır (225).

Ayrıca bu alanda yeni yapılan çalışmaların verileri depresif bozukluk tanısı olmadan depresif belirtilerin FMS tanılı hastaları sıklıkla etkilediğini göstermektedir. Kato ve arkadaşları 44897 kişiden oluşan bir toplum örneğinde FMS ve depresif belirtilerin birlikteliğini araştırmışlardır. FMS hastaların %40'ına depresif belirtilerin eşlik ettiğini saptamışlardır (226). Yapılan bir başka çalışmada FMS tanılı hastalarda depresif belirti sıklığı %83.3; MDB sıklığı ise %46 olarak tespit edilmiştir (227).

Depresyon ve FMS arasındaki bağlantı çift yönlü olabilmektedir. Yani depresif semptomlar hastalarda FMS ortaya çıkmadan önce veya ortaya çıktıktan sonra bulunabilmektedir. FMS semptomlarının ilk ortaya çıkış zamanı hastalar tarafından net olarak tarif edilemediğinden bu durumun saptanması zor olabilmektedir. Kesitsel çalışmalarda FMS'li hastalarda yüksek depresif bozukluk oranı olduğu bildirilmişse de bu çalışmalar aşığıdaki açıklamaları yapmakta yetersiz kalmışlardır:

1-Depresif bozukluk kronik ağrının bir sonucu olabilir.

2-Depresif bozukluk ağrı yakınmalarının ortaya çıkışından önce var olmuş olabilir.

3-Depresyon ve kronik ağrı birbiri ile bağlantılı olmayan ortak bir yolak paylaşıyor olabilirler (98).

Bu durum ancak prospektif çalışmalarla desteklenebilecektir. Örneğin 175 kadından oluşan bir grupta FMS gelişiminde öz bildirim depresyonu da içeren birçok faktörün rolünün incelendiği bir prospektif çalışmada 5,5 yıllık takibin ardından 43 kadının (%25) FMS tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Çalışmanın başlangıcında varolan öz bildirim depresyonunun takipte yeni ortaya çıkan FMS için en güçlü öngörücü olduğu bulunmuştur. Buradaki önemli bulgu depresif belirti bildiren kadınların bildirmeyenlere göre 6 kat daha fazla FMS geliştirmeleri olmuştur (228).

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde FMS ve depresyon eş-tanısının birçok farklı açıklaması olabildiği görülmektedir:

1-‘Depresyon kronik ve işlev kaybına yol açan bir bozukluğa reaksiyon olarak ortaya çıkıyor olabilir’ hipotezi kabul edilmemektedir. Çünkü FMS hastalarına eşlik eden depresyon oranı diğer ciddi kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur: Örneğin, Arnold ve arkadaşları 78 FMS ve 40 RA hastalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında FMS hastalarında yaşam boyu MDB oranını %62, diğer kronik durumlarda ise %27 olarak bildirmişlerdir (229).

Ayrıca yeni yapılan çalışmalarda araştırmacılar FMS hastalarında nöropatik ağrı ile karşılaştırıldığında daha yüksek MDB oranları olduğunu bildirmişlerdir (104).

2. Ortaya atılan ikinci hipotez ise FMS’nin eşik altı depresyonun bir görünümü olabileceğidir. Bununla birlikte bazı FMS hastalarının yaşam boyu herhangi bir depresif epizod veya önemli bir depresif yakınma tarifledikleri düşünülürse bu hipotez de olası görünmemektedir.

3. FMS ve depresyon affektif spektrum bozukluğu adı verilen tek bir bozukluğun farklı klinik görünümleri olarak kavramsallaştırılabilir (230, 231).

Affektif Spektrum Bozukluğu bir grup psikiyatrik ve diğer tıbbi durumları içermektedir. Bunlar MDB, DEHB, Blumia Nervoza, Katapleksi, Distimik Bozukluk, FMS, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, İBS, Migren, OKB, Panik Bozukluk, TSSB, Premenstrüel Disforik Sendrom, Sosyal Fobi olarak bildirilmiştir (232).

Bu hipotezi desteklemek için birçok ortak patojenik yolak olduğu ileri sürülmüştür:

1-HPA ekseninin yükselmiş CRH düzeyleri ile değişmesi (232),

2-Santral ve periferik noradrenerjik/serotonerjik yolların disregülasyonu (233),

3-SP ve nörosteroidlerin işlevinde bozulma olması (234) (SP astım, İBS, kusma, psöriazis, migren, FMS, affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve Alzheimer etiyojisinde rol oynamaktadır.)

4-Sitokinlerin fonksiyonunun bozulması altta yatan ortak etmen olarak tanımlanabilir (235). Özellikle IL-6 hem hiperaljezi hem depresyonu indüklemektedir (236). Ek olarak IL-8 eşlik eden depresyonu olan FMS hastalarında ağrı şiddeti ile korele bulunmuştur (237).

Ağrı ve depresyon, ortak patofizyolojik süreçleri paylaşmalarından dolayı sıklıkla birarada bulunmaktadır (238). Depresyonda; prefrontal ve insular korteks (239, 240), hipokampus (241), amigdala ve periaquaduktal gri madde (242) gibi ağrı modülasyon yapılarının işlevlerinde bozulma olmaktadır. Bu nedenle depresyonun ağrı eşiğinde azalma ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

FMS ve depresyon hastalarında NT düzeyinde de ortak fizyopatogenetik etmenler gözlenmektedir (243, 244). Serotoninerjik (245, 246) ve dopaminerjik (247, 248) sistemlerle bağlantılı gen polimorfizmleri her iki bozukluğun patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. FMS hastalarında Serotonin taşıyıcı gen (5-HTT) promoter bölgesi S/S genotipi sıklığının sağlıklı bireylerden daha fazla olduğu bildirilmiştir (Offenbaecher 1999). FMS hastalarının S/S alt grubunda daha fazla depresyon (246), anksiyete (245) ve psikolojik sıkıntı (246) sergiledikleri bildirilmiştir.

FMS ve depresyonun bu kadar yüksek oranda birliktelik göstermesi, aynı ikili etki gösteren serotonerjik ve noradnerjik etkili ajanlarla tedavi edilmesi (amitriptilin, duloksetin, milnasipran) ve benzer patofizyolojilerinin olması bu iki hastalığın farklı klinik bulgularla ortaya çıkan tek bir hastalık olduğunu düşündürmektedir (238, 249).

Raphael ve arkadaşları, FMS ve depresyon bağlantısı üzerine iki hipotez ortaya atmışlardır. Bu hipotezlerden ilki FMS'nin depresyonun bir formu olduğudur. İkinci hipotez ise depresyonun FMS'nin sonucu olduğu görüşüdür (105).

Hem FMS hem MDB stres ile tetiklenmekte veya şiddetlenmektedir. Çevresel ve merkezi duyarlılaşmaya ek olarak FMS'de limbik ve kortikal yapı ve fonksiyonlarda değişim söz konusudur. Ağrı modülasyonundaki devre sistemi; stres yanıtı ve duygurudurum düzenlenmesi ile ortak devrelere sahiptir. FMRI çalışmaları fiziksel ağrı yanıtında olumsuz duygulanımla bağlantılı olan anterior dorsal singulat korteks

gibi beyin bölgelerinin aynı zamanda ağrı ile ilişkili sıkıntıya da aracılık ettiğini göstermiştir. Bu bulgular aynı SSS yolağını kullanmalarından dolayı emosyonel ve fiziksel ağrının sıklıkla birlikte oluştuğunu göstermektedir. Bununla tutarlı olarak, amigdala ve hipokampüste benzer yapısal ve fonksiyonel değişiklikler MDB ve FMS’de tanımlanmıştır. Bu limbik yapıların işlevinin bozulması daha sonra ağrı ve duygudurum semptomlarının ortaya çıkışı ve/veya kötüleşmesine neden olan nöroendokrin, otonomik ve immün fonksiyonlarda bozulmaya katkıda bulunmaktadır. Ek olarak, aşırı sempatik aktivasyon ile artmış proinflamatuvar sitokin üretimi ve salınımının FMS ve MDB etiolojisinde rol oynadığını gösteren veriler artmaktadır. Son olarak hücresel düzeyde; hem FMS’de hem MDB’de nöron-glia ilişkisinde bozulma, glutamaterjik disregülasyon ve hücre içi sinyal kaskadlarında ve nörotrofik moleküllerde değişimler mevcuttur. MDB ve FMS arasındaki semptom profili, hastalık gidişatı ve altta yatan nörobiyoloji bakımından yüksek oranda birarada bulunma oranları verilirken FMS ve MDB’nin birçok ortak genetik belirleyici paylaşıyor olmaları da şaşırtıcı değildir (238).

FMS grubuna SCID I Anksiyete modülü uygulanması sonrası büyük çoğunluğunun (%61.5) anksiyete bozukluğu tanı aldığını gördük. Ek olarak FMS grubunda en sık konulan Anksiyete Bozukluğu tanılarının BTA Anksiyete Bozukluğu (%19.2) ve TSSB (%17.3) olduğu izlenmektedir.

Çalışmamızda FMS hastalarında ortalama HAÖ toplam puanlarının kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızın bu bulgusu literatürde mevcut çalışmaların gözden geçirmeleri ile uyumludur. Fietta ve arkadaşlarının SCID ile yapılan çalışmaları inceleyerek yaptıkları gözden geçirmede FMS olan hastalar sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında anksiyete yaygınlığının %13 ile %63.8 arasında olduğu saptanmıştır (220).

Bununla birlikte çalışmamızda FMS hastalarının anksiyete yaygınlığı; Altunören, Consoli ve Thime tarafından yapılan çalışmalar ile elde edilen anksiyete prevalansından daha yüksek bulunmuştur. Altunören ve arkadaşlarının FMS’li kadın hastalarda yaptıkları çalışmada FMS hastalarının Anksiyete Bozukluğu tanısı oranının %9.8, OKB tanısı oranının %9 olduğunu bildirmişlerdir (219). Consoli ve arkadaşlarının yaptıkları FMS tanılı hastalarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları yaygınlığını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında;

hastalarda Anksiyete Bozuklukları oranını %21, Panik Bozukluğu oranını %15, YAB oranını %5.4 ve OKB oranını ise %0,6 bildirmişlerdir (102). Thieme ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; FMS tanılı hastalardaki psikiyatrik eş tanımlar; DSM-IV kriterlerine göre değerlendirilmiş. Grubun tamamında Anksiyete Bozukluğu oranı %32.2, TSSB oranı ise %7.8 olarak bildirilmiştir (123).

Çalışmamızda bulunan FMS hastalarında TSSB oranı ise Amir ve arkadaşlarının çalışmalarında buldukları oran (%21) ile benzer (250) olmakla birlikte Cohen ve arkadaşlarının buldukları oran (251) (%57) ile Sherman ve arkadaşlarının (252) buldukları orandan (%56) daha düşüktür. Ek olarak Thime ve arkadaşlarının (123) buldukları orandan (%7.8) daha yüksektir.

Çalışmalar arasındaki farklılık birçok nedenden kaynaklanıyor olabilir. TSSB ve FMS ile ilgili tüm komorbidite çalışmalarının tedavi arayışı olan hastalarda yapılmasıdır. Bu durum örneklem yanlılığı oluşturmaktadır. Çünkü bu hastalarda psikopatoloji ve komorbid semptomlar daha fazla görülmektedir. Yüksek oranlar matematiksel bir yanlılıktan (Berkson's bias) (253) veya diğer bozukluk için tedavi arayışı olan hastalarda psikiyatrik komorbiditenin artıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir (254).

FMS ve TSSB komorbiditesini araştıran çalışmalarda TSSB tanımı ile ortak FMS semptomlarının hesaba katılması ya da katılmaması bu farklılığı oluşturuyor olabilir. Özgün olarak, TSSB için DSM IV kriterlerinde üç semptom kümesinden biri travmatik olay ile ilgili aşırı uyarılmışlık olmasını içerir. TSSB için aşırı uyarılmışlık semptomları uyku zorlukları ve konsantrasyon zorluklarıdır (201). Hem öz bildirim uyku kalitesi sorunları (255-258) hem bilişsel zorluklar (259,260) FMS'de de bildirilmektedir.

FMS'nin kendisi diğer stresörlerin (zorlayıcıların) üstesinden gelmek için gerekli baş etme kaynaklarını tüketmektedir. Bu durum MAS ve TME gibi diğer kronik ağrı klinikleri için de geçerlidir (261). FMS ile birlikte yaşamının tükenmişliğinden dolayı; FMS tanılı hastalarda travmatik yaşam olaylarına yanıt verme adaptasyonunda bu durumla bağlantılı olarak bir azalma gözlenebilir. Bu durum bu bireylerde TSSB açısından yatkınlık oluşturmaktadır. Böylelikle FMS'nin TSSB açısından önemli bir risk faktörü olduğu hipotezi ortaya atılmıştır (108).

TSSB, MDB ve FMS komorbiditesi çeşitli etmenlerle açıklanabilir. TSSB için tanımlanan travmatik yaşam olayları hem MDB hem FMS açısından risk faktörü olabilir. Yeni fiziksel travmaya ek olarak psikopatojenik olarak tanımlanan olumsuz yaşam olayları örneğin çocukluk çağı veya erişkinlik dönemi cinsel istismarı aynı zamanda FMS ile de bağlantılıdır. Psikolojik olarak travmatik olayların her üç bozuklukta da rol oynayabileceğini varsayan bazı nedenler bulunmaktadır fakat 'geçmiş ortak travmatik olay' hipotezi için daha fazla kanıt ihtiyacı vardır (108).

Eğer TSSB ve FMS geçmişte yaşanan travmatik bir olayın ortak sonucu değilse; TSSB, FMS açısından doğrudan risk faktörü olabilir veya FMS, TSSB açısından doğrudan risk faktörü olabilir. Ayrıca, FMS'nin kendisi de ağrı ile yaşamın zorluğu, hastaların bu gözle görünmeyen bozukluk için tanı ve tedavi arayışı, laboratuvar ve radyolojik bulgusu olmayan bu bozukluk nedeni ile iş arkadaşları ve aileleri tarafından stigmatizasyon yaşamaları, bu görünmez bozuklukla birlikte yaşamın stresi gibi nedenlerle travmatik bir durum gibi görünmektedir. Posttravmatik bir olaydan ziyade FMS'nin kendisi de benzer sonuçlar doğuruyor olabilir (108).

FMS'li kadınlar TSSB açısından risk altındadırlar. Bunun nedeni FMS'li kadın hastalarda TSSB açısından biyolojik veya yapısal bir eğilimin mevcut olması olup bu durumun bu kadınların diğer kadınlardan daha fazla travmatik yaşam olaylarına maruz kalması değildir. Bu nedenle, benzer sayıda ve benzer şiddette travmatik olaylarla karşılaşıldığında FMS'li kadınlar diğer kadınlara göre TSSB'ye daha duyarlıdır. Bu etki FMS ile baş etmenin yükünlüğünün katkısından dolayı değil FMS'nin kendisi ile bağlantılı yapısal faktörlerden dolayıdır. Bu hipotez FMS'nin affektif spektrum sendromunun (MDB, TSSB ve FMS'yi içeren birçok sendroma karşı paylaşılmış yapısal riskin bulunduğu) bir parçası olarak görülmesi ile tutarlıdır (262, 263, 264, 265).

Ortak yapısal duyarlılık hipotezi mantıklı görünmektedir. Yapısal risk faktörlerinin potansiyel gruplarından birisi, tehlikeli uyarana karşı hipervijilans ve bozulmuş stres yanıt sistemidir. Hipofonksiyonel stres sistemleri, özellikle otonom sinir sisteminde ve HPA aksında, hem FMS (266) hem TSSB'de (267) bulunmaktadır.

FMS hastalarında gözlemlenen yüksek psikiyatrik bozukluk yaygınlığından ne sorumlu olabilir? Psikiyatrik bozukluklar kronik bir hastalığa tepki olarak ortaya çıkıyor olabilir. Bununla birlikte psikiyatoloji oranları kanserler ve HIV gibi diğer kronik ve işlev yitimine neden olan hastalıklarda da yüksek olarak gözlenmektedir. Yaşamsal stresörler hem FMS hem duygudurum/anksiyete bozukluklarına yatkınlık yaratıyor olabilir. Bu açıklama FMS’de CRH veya ACTH’a azalmış kortizol yanıtı ve düşük 24 saatlik üriner serbest kortizol düzeyini içeren körleşmiş ‘stres yanıtı’ını gösteren çalışmalarla desteklenmektedir. Çalışmalarda hangisinin önce ortaya çıktığının belirlenmesinin zorluğu vurgulanmıştır. Çünkü FMS semptomlarının ilk ortaya çıkış zamanını belirlemek zordur. Alternatif olarak, depresyon/anksiyete semptomları FMS ‘semptomları’ olarak görülebilmektedir. Bu açıklayıcı modelde FMS; yaygın ağrı, yorgunluk, depresyon ve anksiyeteyi içeren farklı görünümleri olan bir SSS hastalığı olarak kavramsallaştırılabilir (230).

Tüm bu gözlemlerden birbirinden farklı dört tartışma gelişmiştir:

1. FMS hastalarındaki yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri bu bozuklukların FMS ile ortak bir patofizyolojik mekanizma paylaştıklarını göstermektedir.
2. Kliniğe başvuran FMS’li hastalarda gözlenen yüksek psikiyatrik bozukluk varlığı bu bozuklukların tedavi arayışı davranışı üzerindeki etkisinin bir sonucu olabilir.
3. FMS hastaları zararsız bedensel duyumları abartma ve ağırlı olarak algılama eğilimindedirler.
4. FMS ağrının santral bir rol oynadığı somatizasyon davranışının bir sonucu olabilir.

FMS ve psikiyatrik bozuklukların ortak patofizyolojik mekanizmayı paylaşmaları hipotezini destekler şekilde MDB, Panik Bozukluk, migren ve İBS gibi bozuklukların birçok farklı sınıftan antidepresan tedavisine yanıt vermeleridir. Yazarlar bu bozuklukların ortak fizyolojik anormalliği paylaşan ve ‘affektif spektrum bozukluğu’ olarak adlandırılan psikiyatrik ve medikal bozuklukların üyesi olduklarını önermişlerdir. Yazarlar ayrıca FMS’nin de yüksek MDB, depresyon oranlarının FMS’ye eşlik etmesi ve antidepresan tedaviye olası olumlu yanıtların varlığı nedeni ile bu ailenin üyesi olduğunu belirtmişlerdir (263).

5.3 Çocukluk Çağı Travmaları

Çalışmaya alınan grupların, CTQ-28 ölçeğinden 35 puan altı alanlarda çocukluk çağı travması olmadığı, 35 ve üstü puan alanlarda çocukluk çağı travması olduğu kabul edilerek yapılan karşılaştırmalarda FMS grubunda (%75) MAS grubu (%65.7) ve sağlıklı kontrol grubundan (%36.7) daha fazla oranda çocukluk çağı travması olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda FMS grubunda kontrollere göre CTQ-28 toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır.

Tüm gruplarda en sık rastlanan ÇÇT alt grubu fiziksel ihmal olup ikinci sırada duygusal ihmalin olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunda bulduğumuz ÇÇT oranları (duygusal istismar %22.4, fiziksel istismar %18.4, cinsel istismar %8.2, duygusal ihmal %28.6, fiziksel ihmal %40.8) literatür ile uyumludur. Literatürde fiziksel ve duygusal ihmal %60, fiziksel istismar %20, cinsel istismar %10, duygusal istismar %7 şeklindedir (143).

Çalışmamızda MAS grubunda bulduğumuz istismar oranı (%65.7) literatür ile uyumludur. MAS ve çocukluk çağı istismarı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; MAS tanılı hasta grubunda istismar oranı %61.9, cinsel istismar oranı %23.81, fiziksel istismar oranı %33.33 olarak bildirilmiştir (184).

Yaşamın erken döneminde istismar maruziyeti erişkin dönemde kronik ağrı bozukluklarının gelişimine katkıda bulunmaktadır (268). Bu konuda özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda; çocukluk çağı istismarı öyküsü olan bireylerde, olmayan bireylere göre daha fazla fiziksel ağrı ve baş ağrısı (269, 270, 271) daha fazla gastrointestinal ve respiratuar belirti (269, 272), daha fazla jinekolojik sorun (270), daha fazla nörolojik yakınma ve tıbbi yardım arama davranışlarının olduğu (269, 270) bildirilmiştir. Ek olarak, daha şiddetli belirti tarifleyen, daha fazla tıbbi başvurusu olanlar ve daha fazla cerrahi girişim öyküsü olan bireylerde çocukluk çağı istismarı oranının daha fazla olduğu bildirilmektedir (187).

Çocukluk çağı ihmal ve istismarı geriye dönük bildirim ve ağrı yakınmalarının ölçümü, kronik ağrı bozukluğu veya tıbbi başvurular arasındaki bağlantıyı araştıran 1990-2001 arasında yapılan çalışmaların seçildiği bir metaanalizde 16 çalışma bulunmuş ve çalışmalar 4 soru grubuna göre gruplandırılmıştır (268).

SORU 1 ÇÇİ (Çocukluk çağı istismarı) veya ihmali olan bireyler, olmayan bireylere göre daha fazla ağrı yakınması veya kliniği gösterirler mi?

Literatürde 9 çalışmanın bu şekilde tasarlandığı bildirilmektedir. Metaanalizin sonuçları ÇÇİ veya ihmali olan bireylerin olmayan bireylere göre daha fazla ağrı veya ağrılı klinik gösterdiklerini bildirmiştir.

Tablo 24: ÇÇİ veya ihmali olan bireyler olmayan bireylere göre daha fazla ağrı yakınması veya kliniği gösterirler mi?

| ÇALIŞMA | ÖRNEKLEM | ÇÇİ GRUBU | KARŞILAŞTIRMA GRUBU | BAĞIMLI DEĞİŞKEN |
|-----------|--|---|---|---|
| Raphael | Toplum | Geriyeye dönük ÇÇİ veya ihmali bildirimi olan 743 birey | İstismar öyküsü kaydı olmayan 520 birey | Ağrı yakınması sayısı |
| Finestone | Psikiyatrik hastalar ve hemşireler | ÇÇ cinsel istismarı nedeniyle grup terapisine katılan 26 kişi | 33 ayaktan tedavi alan psikiyatri hastası ve 21 hastanede çalışan hemşire | 3 aydan daha fazla zamandır var olan ağrı semptomları |
| Green | Multidisipliner ağrı merkezi hastaları | 43 çocukluk çağı cinsel ve/veya fiziksel istismar geriyeye dönük bildirimi olan birey | 61 istismar öyküsü olmayan birey | Ağrı yakınmaları |
| Fillingim | Toplum | 119 ÇÇİ olduğunu bildiren kadın | 156 ÇÇİ olmadığını bildiren kadın | Kas ağrısı |
| Fillingim | Toplum | 36 ÇÇİ olduğunu bildiren erkek | 115 ÇÇİ olmadığını bildiren erkek | Kas ağrısı |
| Toomey | Kronik ağrılı hastalar | 22 istismar öykülü birey | 58 istismar öyküsü bildirmeyen birey | Ağrı yakınması sayısı |
| Alexander | 75 FMS'li hasta | 43 istismar öykülü hasta | 32 istismar öyküsü olmayan hasta | Ağrı yakınması sayısı |

| | | | | |
|----------|--|--|---|---|
| Taylor | FMS'li hastalar | 26 istismar öykülü hasta | 14 istismar öyküsü olmayan hasta | Ağrı yakınması sayısı |
| Bendixen | Toplum (kadın ve erkek üniversite öğrencileri) | 116 istismar öyküsü bildirimi olan birey | 856 istismar öyküsü bildirimi olmayan birey | Baş ağrısı, kas ve karın ağrısı yakınmaları |

(189,193, 195, 270, 273, 274, 275, 276).

SORU 2 Kronik ağrılı hastalar sağlıklı kontrollere göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildiriyorlar mı?

Metaanalizin sonuçları kronik ağrılı hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla çocukluk çağı istismarı veya ihmali bildirdiklerini göstermektedir. 8 çalışma bu şekilde tasarlanmıştır. Bizim çalışmamız da bu şekilde tasarlanmıştır.

Tablo 25: Kronik ağrılı hastalar sağlıklı kontrollere göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildiriyorlar mı?

| ÇALIŞMA | ÖRNEKLEMİN TANIMI | KRONİK AĞRILI HASTALAR | SAĞLIKLI KONTROL | BAĞIMLI DEĞİŞKEN |
|-----------------------|--|---|--|--|
| Goldberg ve Goldstein | Kronik ağrılı ayaktan başvuran hastalar ve hastane çalışanları | 92 ayaktan başvuran hasta (rehabilitasyon) | 98 hastane çalışanı | Çocukluk çağı istismar öyküsü (fiziksel, sözel, cinsel) |
| Lampe | Kronik pelvik ağrı ve genel pratisyene başvuran hastalar | 36 kronik pelvik ağrılı jinekolojik hasta | 20 pratisyen başvuru olan hasta | Çocukluk çağında fiziksel istismar maruziyeti |
| Alexander | Romatoloji kliniği hastaları ve toplumdan gazete ilanı ile toplanan bireyler | 75 ayaktan başvuran hasta (romatoloji, FMS) | 48 toplumdan gazete ilanı ile toplanan birey | Çocukluk çağı cinsel ve/veya fiziksel istismar maruziyeti öyküsü |

| | | | | |
|---------|---|---|--|--|
| Linton | Ayaktan başvuran kronik ağrılı hastalar ve toplumdan mail aracılığı ile toplanan bireyler | 142 ayaktan başvuran hasta (rehabilitasyon) | 945 toplumdan toplanan birey | Çocukluk çağı cinsel ve/veya fiziksel istismar maruziyeti öyküsü |
| Taylor | Romatoloji kliniği ve toplum | 40 FMS tanılı hasta | 42 ağrısı olmayan toplumdan alınmış birey | Çocukluk çağı cinsel istismar maruziyeti öyküsü |
| Walling | Kronik pelvik ağrı ve jinekoloji hastaları | 64 kronik pelvik ağrılı hasta | 46 ağrısı olmayan hasta | Çocukluk çağı cinsel istismar maruziyeti öyküsü |
| Rapkin | Romatoloji kliniği ve toplum | 31 kronik pelvik ağrı | 32 ağrısı olmayan toplumdan alınmış birey | Çocukluk çağı fiziksel istismar maruziyeti öyküsü |
| Walker | Laparoskopik değerlendirme yapılan 100 hasta | 50 kronik pelvik ağrılı hasta | 50 obstetrik/jinekolojik hasta (tubal ligasyon veya infertilite) | Çocukluk çağı cinsel istismar maruziyeti öyküsü |

(189, 193, 277, 278, 279, 280, 281, 282).

SORU 3 Kronik ağrılı hastalar, kronik ağrısı olan fakat tedavi başvurusu olmayanlara göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildiriler mi?

Tedavi başvurusu olan ve olmayan (toplumdan alınan) ağrılı gruplar karşılaştırılmıştır. 2 çalışma bu şekilde tasarlanmıştır.

Tablo 26: Kronik ağrılı hastalar, kronik ağrısı olan fakat tedavi başvurusu olmayanlara göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildiriler mi?

| ÇALIŞMA | ÖRNEKLEMİN TANIMI | KRONİK AĞRILI HASTALAR | KRONİK AĞRILI OLAN TEDAVİ BAŞVURUSU OLMAYANLAR | BAĞIMLI DEĞİŞKEN |
|---------|-------------------|------------------------|--|------------------|
|---------|-------------------|------------------------|--|------------------|

| | | | | |
|--------|--|---|---|---|
| Aaron | Romatoloji kliniği hastaları ve toplumdaki alınmış bireyler | 80 FMS'li kadın ve erkek hasta | 33 topundan alınmış ACR kriterlerine göre FMS olan bireyler | Çocukluk çağı fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü |
| Linton | Kronik ağrı kliniği hastaları ve toplumdaki alınmış katılımcılar | 142 kronik kas iskelet ağrısı olan kadın ve erkek hasta | 267 belirgin ağrı bildirimini olan fakat tedavi başvurusu olmayan toplumdaki alınmış katılımcılar | Çocukluk çağı fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü |

(100,279).

SORU 4 Toplum tabanlı örneklerde; ağrısı olan bireyler olmayanlara göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildirirler mi?

2 çalışma bu şekilde tasarlanmıştır. Toplumdan alınan daha fazla ağrı yakınması ve kliniği bildiren bireyler; daha az ağrı semptomu ve kliniği bildiren bireylere göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildirmişlerdir. Bu sonuçlar ÇÇİ veya ihmali ile erişkinlik dönemi ağrı arasındaki bağlantının sadece ağrılı klinik durumu için tedavi arayışı olan bireylerin klinik örnekleme ile sınırlı tutulamayacağını göstermesi açısından önemlidir.

Tablo 27: Toplum tabanlı örneklerde; ağrısı olan bireyler olmayanlara göre daha fazla ÇÇİ veya ihmali bildirirler mi?

| ÇALIŞMA | ÖRNEKLEMİN TANIMLANMASI | TOPLUM TABANLI AĞRI YAKINMASI OLAN GRUP | TOPLUM TABANLI AĞRI YAKINMASI OLMAYAN GRUP | BAĞIMLI DEĞİŞKEN |
|---------|---|---|--|----------------------------------|
| Mc Beth | Birinci basamağa başvuran ve belirgin psikolojik sıkıntısı olduğu gözlenen bireyler | 99 5 ve üzerinde tetik noktası olan birey | 190 5'in altında tetik noktası olan birey | Fiziksel ve/veya cinsel istismar |
| Linton | Toplumdan mail aracılığı ile toplanan bireyler | 267 belirgin ağrı bildirimini olan birey | 412 ağrı yakınması bildirmeyen birey | Fiziksel ve/veya cinsel istismar |

(198, 279).

Tüm meta-analizlerden elde edilen sonuçlar; ÇÇİ veya İhmali varlığının erişkinlik döneminde daha fazla kronik ağrı bildirimini ile bağlantılı olduğu hipotezini desteklemektedir.

KONUVA İLİŞKİN TIBBİ YAZIN VERİLERİ

Yazında konuya ilişkin yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte çalışmamıza benzer şekilde FMS ve MAS grubunun karşılaştırıldığı tek bir çalışma mevcuttur. Fasiyal ağrı, MAS ve FMS hastalarında çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı gibi çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada FMS hastalarında istismar oranı %64.71, cinsel istismar oranı %47, fiziksel istismar oranını %47.06 olarak bildirilmiştir. MAS grubunda istismar oranı %61.9, cinsel istismar oranı %23.81, fiziksel istismar oranı %33.33 olarak bildirilmiştir (184). Bu oranlar bizim çalışmamıza benzerdir.

Yazında FMS ve ÇÇT ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda sıklıkla fiziksel ve cinsel istismar prevalansının araştırıldığı, duygusal istismar ve ihmalin ise göz ardı edildiği dikkat çekmektedir. Biz çalışmamızda aynı zamanda travmatik yaşantıların bu alt gruplarını da değerlendirdik. Yazında çalışmamıza benzer şekilde dizayn edilmiş bir çalışmada 95 FMS veya Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS) tanılı hasta; Multipl Skleroz (MS) ve RA içeren kronik hastalık grubu ve sağlıklı kontrollerle istismarın farklı formlarının özellikleri ve prevalansları açısından karşılaştırılmıştır. Araştırmacılar istismar prevalans oranlarını, istismar türlerini (duygusal, fiziksel, cinsel), istismarın hayatın hangi döneminde oluştuğunu, duygusal etkilenme varlığını ve istismarcı ile bağı öz bildirim ölçeklerle araştırmıştır. Çalışmanın sonunda duygusal ihmal FMS/KYS grubunda %48.4, RA/MS grubunda %30.8, sağlıklı kontrol grubunda %28.4; duygusal istismar FMS/KYS grubunda %37.9, RA/MS grubunda %13.5, sağlıklı kontrol grubunda %14.7; fiziksel istismar FMS/KYS grubunda %23.2, RA/MS grubunda %11.5, sağlıklı kontrol grubunda % 7.4; cinsel taciz FMS/KYS grubunda %20, RA/MS grubunda %11.5, sağlıklı kontrol grubunda %22.1; cinsel istismar FMS/KYS grubunda %9.5, RA/MS grubunda %7.7, sağlıklı kontrol grubunda %5.3 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında FMS ve KYS hastalarında fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal yaygınlığının daha yüksek olduğu; cinsel taciz ve cinsel istismar açısından gruplar arasında önemli bir farklılık

olmadığı bildirilmiştir (196). Çalışmamızda bulduğumuz istismar ve ihmalin farklı formlarının yaygınlık oranları bu çalışmada bulunan oranlardan daha yüksektir. Bunun nedeni bu çalışmada hastalarla terapötik ilişki kurulmadan, görüşme yapılmadan sadece öz-bildirim ölçeklerin kullanılması olabilir. Çalışmamızda bulunan çocukluk çağı istismar ve ihmal formlarının yüksek yaygınlıkları hasta ile uygun terapötik ilişki kurulmasının önemini vurgulaması açısından son derece önemlidir.

Ek olarak yazında FMS ile ÇÇT arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda kontrol grubu olarak sıklıkla RA tanılı hastaların seçildiği dikkat çekmektedir. Örneğin üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran 105 FMS ve 44 RA tanılı hastanın fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsünün karşılaştırıldığı bir çalışmada, hastalara mail yoluyla ulaşılmış ve öz-bildirim ölçekler doldurmaları istenmiştir. FMS grubunda herhangi bir istismar türü varlığının (%62), RA grubundan (%34) daha fazla olduğu bulunmuştur. Cinsel istismar yaygınlığı FMS hastalarında %51, RA hastalarında %32 iken fiziksel istismar yaygınlığı FMS hastalarında %39, RA hastalarında %16 olarak bildirilmiştir (283).

RA tanılı hastaların kontrol grubu olarak kullanıldığı bir başka çalışmada FMS tanılı 36 hasta ile RA tanılı 33 hasta yapılandırılmış bir görüşme ve öz-bildirim ölçek kullanılarak karşılaştırılmışlardır. FMS hastalarında hem çocukluk hem erişkinlik döneminde tüm istismar formlarının yaşam boyu yaygınlık oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı cinsel saldırı oranı FMS hastalarında %58.3 iken RA hastalarında %50; fiziksel saldırı oranı FMS hastalarında %41.7 iken RA hastalarında %16.7 olarak tespit edilmiştir (197).

Bazı çalışmalara ise kontrol grubu olarak RA tanılı hastaların yanı sıra Yumuşak Doku Romatizmal Bozukluğu olan hastalar da dahil edildiği görülmektedir. 58 FMS; 74 RA; 55 Yumuşak Doku Romatizmal Bozukluğu olan hasta ve 187 sağlıklı kontrolün sözel, fiziksel ve cinsel istismar açısından karşılaştırıldıkları bir çalışmada romatolojik hastalıkları olan grupta (%48.1), sağlıklı kontrol grubuna göre (%15) daha yüksek istismar bildirim prevalansı bulunmuştur. Romatolojik hastalık tanısı olan üç grubun kendi arasındaki karşılaştırmada ise en yüksek istismar prevalansının FMS grubunda (%70.7) olduğu bildirilmiştir (284).

FMS ve ÇÇT ile ilgili yazını incelediğimizde kontrol grubu olarak somatoform ağrı bozukluğu tanılı hastaların kullanıldığı bir çalışmaya da rastladık. 38 FMS, 71 somatoform ağrı bozukluğu ve 44 tıbbi olarak açıklanabilen kronik ağrılı kontrol grubu arasında çocukluk çağı psikososyal olumsuzluklarının ağrı hastaları için yapılandırılmış biyografik görüşme yöntemi kullanılarak araştırıldığı bu çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantıları sıklığının en fazla FMS grubunda olduğu bildirilmiştir. Cinsel ve fiziksel istismara ek olarak, FMS hastalarında ebeveynleri ile kötü duygusal ilişki ve fiziksel yakınlık yokluğu, ebeveynlerin birbirine fiziksel şiddet uyguladığına tanık olma, annede alkol veya diğer bağımlılık sorunları, anne-babanın boşanması ve ailenin ekonomik durumunun kötü olması gibi durumların varlığının daha sık olduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıların oranı somatoform ağrı bozukluğu grubunda da FMS grubuna benzer olarak bulunmuştur. Bu noktadan hareketle çocukluk çağı psikososyal olumsuz yaşantılarının hem FMS hem somatoform ağrı bozukluğu etiolojisinde yer aldığı vurgusu yapılmıştır (190).

FMS ve ÇÇT alanında yapılan çalışmalarda kontrol grubu olarak sadece sağlıklı bireylerin seçildiği çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; 40 FMS ve 38 sağlıklı kontrol kadın ile yapılan bir çalışmada sağlıklı kontrol grubu olarak hastane çalışanları seçilmiştir. Hastalar ve sağlıklı kontrollerle görüşme yapılmış; ardından öz bildirim ölçek verilmiştir. Depresyonun eşlik ettiği sağlıklı kontroller ile özkıyım düşüncesinin eşlik ettiği ciddi depresyonu olan ve güçlü analjezik kullanımı olan FMS tanılı hastalar dışlanmıştır. Çalışmanın sonunda çocukluk veya ergenlik döneminde olumsuz yaşam olayı varlığı FMS grubunda %51, sağlıklı kontrol grubunda %28 olarak bulunmuştur. Fiziksel veya psikolojik istismar oranı FMS grubunda %27.5 iken sağlıklı kontrol grubunda %13.2 olarak bulunmuştur. İhmal oranı FMS grubunda %17.5, sağlıklı kontrol grubunda %7.9; cinsel saldırı oranı FMS grubunda %7.5, sağlıklı kontrol grubunda %5.3 olarak bulunmuştur (194). Çalışmamızda bulduğumuz oranlar bu çalışmadan daha yüksektir. Bunun nedeni bu çalışmada depresyonun eşlik ettiği sağlıklı kontroller ile özkıyım düşüncesinin eşlik ettiği ciddi depresyonu olan ve güçlü analjezik kullanımı olan FMS tanılı hastaların dışlanması olabilir.

Yazında kontrol grubu olmadan sadece FMS tanılı hastalarda istismar yaygınlığı ve istismar ile ilişkili değişkenlerin araştırıldığı çalışmalar da mevcuttur. Örneğin 75

FMS tanılı kadın hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların %57'sinde cinsel/fiziksel istismar öyküsü olduğu bildirilmiştir (189).

Yazında ÇÇT tarifleyen hastalarda kronik ağrı yaygınlığının araştırıldığı çalışmalar da mevcuttur. Bu şekilde tasarlanmış bir çalışmada; hayatlarının herhangi bir döneminde cinsel saldırıya maruz kalma öyküsü olan 299 kadın grubunda hiç saldırıya uğramamış 1311 kadına göre ağrı semptomları (GİS, nörolojik, cinsel, kardiyopulmoner ve üreme semptomları) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (285).

Benzer şekilde; çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olup grup terapisine alınan kadın hastaların, üniversitede çalışan kadın hemşireler ve psikiyatri polikliniğine başvuran çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olmayan hastalarla karşılaştırıldığı bir çalışmada, kronik ağrı eğiliminin çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Bu oran çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan hastalarda %69; hemşirelerde %48; psikiyatrik kontrol grubunda %39 olarak bulunmuştur (195).

FMS ve ÇÇT ile ilgili yazın incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Taylor ve arkadaşlarının 40 FMS tanılı hasta ile 42 sağlıklı kontrolü cinsel istismar yaygınlığı açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında; FMS tanılı hastalarda cinsel istismar yaygınlığı (%65) ile sağlıklı kontrol grubundaki cinsel istismar yaygınlığı (%52) arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (193). Bunun nedeni örneklem grubunun küçüklüğü olabilir. Benzer şekilde Boisset-Piorro ve arkadaşlarının 83 FMS tanılı kadın hasta ve 161 FMS olmayan romatolojik hastalık tarifleyen kadın hastanın geçmiş cinsel ve fiziksel istismar öyküsü açısından karşılaştırdıkları çalışmada, FMS hastalarında istismar oranı (%53) kontrol grubuna (%42) göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki farklılığın istatistiki olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Anlamlı farklılıklar yaşam boyu cinsel istismar (FMS grubunda %17, kontrol grubunda %6), fiziksel istismar (%18, kontrol grubunda %4), hem fiziksel hem cinsel istismar (FMS grubunda %17, kontrol grubunda %5) alanlarında gözlenmiştir. FMS grubunda çocukluk çağı cinsel istismarı oranının (%37) kontrol grubundan (%22) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (188).

Haviland ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, FMS ile cinsel ve fiziksel istismar/ihmal arasında ilişki bulunurken, hayatı tehdit eden travma, duygusal istismar/ihmal ve major yaşam stresi ile ilişki saptamamışlardır (286).

5.4 Çocukluk Çağı Travmaları, FMS ve Duygudurum/Anksiyete İlişkisi

Çalışmaya alınan grupların CTQ-28 total puanları ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki ile ilgili veriler incelendiğinde sadece FMS grubunda CTQ-28 total puanı ile duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızın bu bulgusu literatürde çocukluk çağı istismarı ve sonuçlarını araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uyumlu bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının anksiyete, depresyon veya her ikisinin gelişimini arttırdığını göstermiştir. Yaşamın erken döneminde maruz kalınan travmatik yaşam olayları stres ve duygulanımların düzenlenmesinde bütünleyici rol oynayan SSS devrelerinde kalıcı değişiklikler ortaya çıkarmakta ve bireyi yaşamın ileri dönemlerinde stresli olaylara ve anksiyete veya depresyon gelişime daha duyarlı kılmaktadır (155).

Yazında çeşitli çalışmalardan elde edilen veriler yaşamın erken döneminde stres maruziyetinin ruhsal bozuklukların oluşumu ve sürmesi açısından ciddi bir risk etmeni olduğunu göstermektedir. İstismar öyküsü olan çocuklarda MDB, TSSB, DEHB ve diğer davranışsal bozukluklar açısından artmış risk olduğu bildirilmektedir. Depresyon ve anksiyete yakınmaları, sık özkıyım girişimi, panik bozukluk ve TSSB gibi anksiyete bozukluklarının çocukluk çağı istismar öyküsü olan bireylerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (155).

Benzer bulgular diğer erken yaşam travmatik deneyimlerinde de gözlenmiştir. Çocukluk veya ergenlik döneminde ebeveyn kaybının, bipolar ve unipolar depresyon, anksiyete bozukluğu gelişme riskini arttırdığı; ek olarak prenatal dönem maruz kalınan stresin erişkin dönemde major depresyon riskinde artış ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte erken dönem stres maruziyetinin şizofreni ve madde kötüye kullanımı, DM, kalp hastalıkları, kronik ağrılı bozukluklar ve

bağımsızlık sistemi hastalıkları gelişim riskini arttırdığı bildirilmiştir. Erişkin dönemde bu psikiyatrik ve diğer tıbbi durumların ortaya çıkması veya kötüleşmesi sıklıkla travmatik yaşam olayları veya devam eden stres ile ilişkilidir. Çocukluk çağı travmatik deneyimleri ileri yaşamda bireyi stresin etkilerine daha duyarlı kılmakta ve bireyde stres cevabını etkileyerek psikiyatrik bozukluk belirtilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. İkiz çalışmalarından elde edilen veriler major depresyonun genetik yatkınlık, erken dönem travma öyküsü ve süregelen travma ile bağlantılı olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Erken dönemde travmatik deneyimlerin yaşanması hastalık ve strese karşı duyarlılığa sebep olan önceden var olan genetiğin şekillenmesine ve belirli/değişmez bir fenotipin (stable phenotype) oluşmasına neden olabileceği belirtilmektedir. Dolayısıyla erken dönem travmatik yaşantıların, strese duyarlı nöral devrelerde kalıcı bir duyarlılaşmaya yol açtığı düşünülmektedir (155).

Yazında konu ile ilgili yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, 510 kız, 486 erkek öğrencinin alındığı bir çalışmada; çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü varlığı genital ağrı/enfeksiyon, baş/karın/kas ağrısı gibi tıbbi sorunlar ve anksiyete, depresyon ve öz kıyım düşünceleri gibi psikiyatrik bozuklukları içeren birçok sağlık sorunu ile bağlantılı bulunmuştur (270).

Bu alanda yapılan bir başka çalışmada ise; 18 yaş üstü birinci basamağa başvuran 523 kadın hastada çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan grupta daha fazla respiratuar, gastrointestinal, kas-iskelet, nörolojik ve jinekolojik sorunların olduğu bildirilmiştir (272).

Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan 131 kadın hastanın kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada kronik depresyon, morbid obezite, evlilik sorunları, sık hastane başvurusu ve özellikle gastrointestinal sorunlar ve rekürren baş ağrısını içeren psikosomatik hastalıkların daha fazla görüldüğü bulunmuştur (269).

Kadınlarda, fiziksel ve/veya cinsel istismarın; süregelen ağrı semptomları ve tıbbi yardım arama davranışı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla multidisipliner ağrı merkezine ayaktan başvurusu olan kronik ağrılı 104 kadın hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; istismar öyküsü olan kadınların ağrı, fiziksel yakınma, depresyon ve anksiyete yakınmaları ile psikiyatrik başvuru davranışının istismar öyküsü olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak, hem fiziksel hem cinsel

istismar öyküsü olan kadınlar sadece cinsel veya sadece fiziksel istismar öyküsü olan kadınlara göre daha fazla baş ağrısı olduğu bildirilmiştir (274).

Fiziksel/cinsel istismar ile ağrı tanımlanması, baş etme yöntemleri, tıbbi başvuru ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkinin araştırıldığı heterojen bir kronik ağrı hasta grubunda yapılan geriye dönük, kesitsel bir çalışmada; istismar öyküsü olan grupta daha fazla psikolojik sıkıntının bulunduğu ve bu grubun ağrı şiddetinin daha fazla olduğu ve ağrı için daha fazla acil servis başvurularının olduğu bildirilmiştir (276).

275 kız, 151 erkek üniversite öğrencisinden oluşan 426 kişilik bir grupta katılımcılar istismar öyküsü, mevcut ağrı, tıbbi yardım arama davranışı ve psikolojik değişkenleri değerlendiren ölçekler doldurmuşlardır. İstismar öyküsü olan katılımcıların; istismar öyküsü olmayanlara göre vücutlarının daha fazla bölgesinde ağrı olduğu ve ağrının daha şiddetli olduğu bildirilmiştir. İstismar öyküsü olan olgularda daha fazla hastane başvurusu, depresyon, somatizasyon ve anksiyeteyi içeren ruhsal bozuklukların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bu bulgular klinik olmayan genç erişkin bir popülasyonda bile öz bildirim fiziksel veya cinsel istismar öyküsü varlığının ağrı şikayetlerinde artma, sık hastane başvurusu ve ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermektedir (275).

5.5 FMS Hastalarında Fibromiyalji Semptomlarının Dağılımı

Çalışmamızda FMS hastalarına en sık eşlik eden semptomun dinlendirici olmayan uyku (%92.3), en az eşlik eden semptomun ise bağırsak şikayeti (%32.7) olduğunu tespit ettik. Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyumludur (287, 288).

FMS'ye sıklıkla yorgunluk, uyku bozuklukları, İBS, parestezi, bilişsel işlevlerde bozulma, anksiyete, depresyon ve benzeri yakınmalar eşlik etmektedir. FMS'ye eşlik eden bu yakınmaların varlığı FMS tanısı konulan hastalarda bu yakınmaların dikkatlice sorgulanması ihtiyacını doğurmaktadır (36).

Çalışmamıza dahil edilen FMS hastalarında en sık eşlik eden ek semptomun dinlendirici olmayan uyku (%92.3) olduğu bulunmuştur. FMS'li hastaların önemli bir kısmı uyuyamamaktan, sık sık uyanmaktan veya dinlendirici olmayan uykudan şikayet ederler (257). Uyku sorunları ile kas-iskelet sistemi ağrıları arasındaki ilişki tam olarak anlaşılacakla birlikte, dinlendirici olmayan uykunun artmış ağrı hassasiyeti ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (85). FMS'ye eşlik eden uyku bozukluğunun çeşitli klinik bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Uyku

bozukluğunun altta yatan tek bir nedene mi bağlı olduğu, anksiyete ve depresyon gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklara mı bağlı olduğu veya FMS'nin gece ağrısına ikincil olarak mı geliştiği henüz kesin olarak bilinmemektedir (64).

FSS anketinde sorgulanan semptomların önemli bir bölümü; hem FMS hem duygudurum ve anksiyete bozukluklarında görülebilmektedir. Dinlendirici olmayan uyku, uykusuzluk, dikkat dağınıklığı, olaylara abartılı tepki verme, ağlama, halsizlik, sabah yorgunluğu, baş ağrısı, bağırsak şikayetleri gibi yakınmalar FMS ile birlikte pek çok psikiyatrik bozuklukta da görülebilmektedir.

TSSB için DSM IV kriterlerinde üç semptom kümesinden biri travmatik olay ile ilgili aşırı uyarılmışlık olmasını içerir. TSSB için aşırı uyarılmışlık semptomları uyku zorlukları ve konsantrasyon zorluklarıdır (201). Hem öz bildirim uyku kalitesi sorunları (255-258) hem bilişsel zorluklar (259, 260) FMS'de de bildirilmiştir.

Dolayısıyla bu bulguların FMS'nin kendisinden mi yoksa eşlik eden psikiyatrik yakınmalardan mı kaynaklandığının belirlenmesi ancak ayrıntılı FTR ve psikiyatri muayeneleri ile mümkün olacaktır.

5.6 FMS Hastalarında Çocukluk Çağı Travması Varlığı ve İlişkili Değişkenler

Çalışmamıza dahil edilen FMS hastalarında FMS hastalarında CTQ-28 total ölçek puanı ile HAÖ, HDÖ ve FSS arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Yazında FMS tanılı hastalarda ÇÇT varlığı ve ilişkili değişkenlerin araştırıldığı çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Walker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; FMS tanılı hastalarda, istismar maruziyeti ile tıbben açıklanamayan fiziksel yakınma ve yaşam boyu psikiyatrik bozukluk varlığı, uyku kalitesinde bozulma, fiziksel işlevsellikte bozulma, ortalama ağırlı bölge sayısı, ağrı şiddeti, algılanan stres düzeyi arasında bağlantı olduğu bildirilmiştir (197).

Bir başka çalışmada FMS tanılı hastalarda istismar öyküsü varlığının daha fazla ruhsal sıkıntı ve daha fazla işlevsel kısıtlılık ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (193, 199).

Benzer şekilde Alexander ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada istismar öyküsü olan FMS tanılı hastaların, istismar öyküsü olmayan hastalara göre ağrı nedeniyle daha fazla ilaç kullandıkları, ağrılarının daha ciddi olduğu, daha fazla yorgunluk,

fonksiyonel kısıtlılık, stres, psikiyatrik bozukluk ve ağrı algısı tarifledikleri bildirilmiştir (189).

FMS hastalarının çocukluk çağı travmatik yaşantı bildirimini depresif duygudurum varlığı nedeni ile yanlılık oluşturabilmektedir. Fakat depresif FMS'li ve depresif olmayan FMS'li hastaların istismar öyküsü sıklığı açısından farkları yazında pek çalışılmamıştır. Bu alanda yapılan bir vaka kontrol çalışmasında erişkin FMS hastalarında öz bildirim çocukluk çağı travmatik deneyimleri ile erişkin dönem FMS tanısı arasındaki bağlantının depresyona atfedilip atfedilemeyeceği araştırılmış; erişkin FMS hastaları ve sağlıklı kontroller arasında cinsel istismar bildirimindeki farklılıkların depresyona etfedilemeyeceği sonucuna ulaşılmıştır (289).

FMS tanılı hastalarda ÇÇT'nin etiyolojik rol oynadığı bildirilmişse de FMS ve ÇÇT arasındaki bağlantıya aracılık eden etmenler pek çalışılmamıştır. FMS hastalarında ÇÇT'nin değerlendirildiği bir çalışmada hastalık kliniği, cinsiyet, yaş, depresyon eş tanısı ve tıbbi yardım arama davranışı aracılık eden etmenler olarak araştırılmıştır. Bu çalışmada hastalık kliniği, cinsiyet ve yaş ÇÇT sıklığı ile bağlantılı bulunmamıştır. Depresif FMS hastalarında fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal sıklığının depresif olmayan FMS hastalarına göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Depresyon eş tanısının FMS ve ÇÇT arasında mediyatör olduğu bildirilmiştir. ÇÇT'nin FMS etiyolojisinde rol oynayıp oynamadığı depresyonun kontrol edilerek yapıldığı prospektif toplum tabanlı çalışmalar ile mümkün olacaktır (290).

Üçüncü basamak bir ağrı merkezinde Ocak 2010 ile Kasım 2011 arasında erişkin FMS hastalarında çocukluk çağı travması, bedensel yakınma şiddeti, depresyon ve somatoform dissosiyatif semptomlar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmaya 117 FMS hastası dahil edilmiştir. Hastaların %84'ü kadın hastalardan oluşmaktaymış. Çocukluk ve ergenlik döneminde hastaların %20.5'i ciddi duygusal istismar, %8.6'sı ciddi fiziksel istismar, %12.8'i ciddi cinsel istismar, %25.6'sı ciddi duygusal ihmal ve %12'si ciddi fiziksel ihmal öyküsü bildirmişlerdir. Hastalarda yüksek düzeyde somatik dissosiyatif semptom ve orta düzeyde somatik semptom şiddeti ve depresyon olduğu bulunmuştur. Somatoform dissosiyatif semptomlar ve emosyonel istismar korele bulunmuştur. Regresyon analizlerinde cinsiyet ve somatik semptom şiddeti somatoform dissosiyatif semptomlar açısından öngörücü olarak

bulunmuşken; ÇÇİ ve depresyon öngörücü olarak bulunmamıştır. FMS hastaları tarafından somatoform dissosiyatif semptom bildirimleri FMS hastalarının çoklu somatik semptom bildirme eğilimine atfedilebilir (291).

Loevinger ve arkadaşlarının FMS fenomenolojisini daha iyi karakterize etmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, 1990 ACR tanı kriterlerine göre FMS tanısı alan 107 kadın hastayı ruhsal (çocukluk çağı travması, duygudurum, anksiyete, stres) ve biyomedikal (nöroendokrinolojik, immunolojik, metabolik) testlere tabi tutmuşlar ve sonuç olarak araştırmacılar hastaları 4 alt gruba ayırmışlardır. İlk 3 grubun (grup 1, grup 2, grup 3) yüksek ruhsal sıkıntı sergiledikleri görülmüştür. Grup 1 çocukluk çağı travmatik deneyimleri öyküsü ve düşük kortizol düzeyi sergilemesi ile diğer gruplardan ayrılmış olup en fazla ağrı ve işlevsel kısıtlılığın bu grupta olduğu gözlenmiştir. Grup 2'de daha fazla fizyolojik bozulma gözlenmiş olup yorgunluk, ağrı, işlevsel kısıtlanma düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Grup 3 ise normal biyokimyasal değerlere sahip, ılımlı düzeyde ağrı tarifleyen ve iyi işlevsellik gösteren kişilerden oluşmaktaymış. Grup 4 ise ruhsal sorun olmayan grup şeklinde tanımlanmış ve daha az ağrı ve daha iyi işlevsellik gösterdikleri gözlenmiştir. Böylece her hastada olmasa da birçok hastada çocukluk çağı travması ve stres disregülasyonunun FMS gelişiminde önemli olduğu söyleneceği sonucuna ulaşılmıştır (292).

5.7 ÇÇT Ve İlişkili Fibromiyalji Yakınmaları

Çalışmaya dahil edilen FMS hastalarının fibromiyalji semptomları ile çocukluk çağı travması varlığı arasındaki ilişki karşılaştırıldığında çok az çalışmayı takiben yorgunluk, ağlama, olaylara abartılı tepki verme arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmacılar FMS yakınmalarını tetikleyen ve sürdüren değişkenlerin birbirleri ile etkileşimleri için biyopsikososyal model varlığını önermişlerdir (300). Vaka kontrol çalışmalarının sistematik gözden geçirmelerinden elde edilen veriler çocukluk ve ergenlik dönemi cinsel ve fiziksel istismarının erişkin dönemde FMS gelişim riskinde artış ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (301, 302). Çocukluk çağı travması; FMS'de de sıkça eş tanı olarak bulunan (220) TSSB, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar, somatizasyon bozukluğu ve dissosiyatif bozukluk (303, 304) ile de bağlantılıdır.

Yazında ÇÇT ve bedensel ve ruhsal sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların bulguları ÇÇT'nin multisistemik sonuçlar doğurduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda istismar öyküsü olan kadınların istismar öyküsü olmayan kadınlara göre daha fazla multisistemik yakınmalarının olduğu bildirilmektedir. FMS'nin ağrı yakınması ile birlikte birçok fiziksel ve bilişsel yakınma ile birlikte olduğu dűřünölürse mutisistemik bir hastalık olduğu ve multidisipliner yaklaşım gerektirdiği dűřünülebilir. FMS ve ÇÇT arasında etiyolojik bir ilişki olduğu kabul edilirse bu hastalarda ÇÇT varlığının sorgulanmasının uygun olacağı dűřünölmektedir. Bununla birlikte istismar öyküsü olanların çok az bir bölümünün bunu klinisyen ile paylaştıkları dűřünürse bu sorgulamanın FTR polikliniklerinde yapılması imkansız gibi görölmektedir. Bu durum FTR polikliniklerinde psikiyatriye yönlendirilmesi gereken hastaların tanımlanması açısından basit ve kolay uygulanabilir bir anket ihtiyacını doğurmaktadır. Çalışmamızda FMS hastalarında ÇÇT varlığı ile ilişkili olduğu bulunan yakınmalar çok az çalışmayı takiben yorgunluk, ağlama, olaylara abartılı tepki verme olarak bulunmuştur. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalarda; FMS tanılı hastalarda istismar öyküsü varlığının, FMS yakınmalarının şiddeti ve tedavi direnci ile de bağlantılı olduğu bildirilmiştir (197, 198). Dolayısıyla FTR polikliniklerinde uygulanacak bu anket ile özellikle bu bulgular ve tedaviye direnç varlığında hastalar mutlaka eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve olası ÇÇT varlığının tespiti açısından psikiyatri polikliniğine yönlendirilmelidir.

6 YÖNTEMSEL KISITLILIKLAR

1-Çalışmamızın birincil kısıtlılığı geriye dönük bildirimlere güvenilerek dizayn edilmiş olmasıdır.

2-Çalışmamıza alınan FMS hastaları ilk tanı konulan veya tedaviye direncin olduğu homojen hasta grubundan oluşmamaktadır. Örneklem grubumuzda heterojenite mevcuttur. Dolayısı ile bu çalışmada tedaviye direnç ile ÇÇT ilişkisine bakılamamıştır.

3-Çalışmamız tedavi başvurusu olan hasta grubunda yapıldığından çalışmamızın bulguları tüm topluma genellenemez. Ayrıca tedavi arayışı olan bireyler olmayanlara göre daha fazla ağrı semptomu bildirmektedir. Reporting bias-bildirim yanlılığı sonuçları etkileyebilmektedir. Bu etkilemeden dolayı, hastalarda ÇÇİ ile ağrı semptomlarının bildirim arasındaki ilişki abartılıyor olabilir. Bu ilişkinin varlığının hasta olmayan bir örneklem grubunda araştırılması bu etkinin varlığını tanımlamaya yardım edebilir. Hasta olan grupta istismar/ağrı ilişkisinin etki boyutunun hasta olmayan grupta istismar/ağrı ilişkisinin etki boyutu ile karşılaştırılması; klinik örnekleme değerlendirildiğinde ortaya çıkan bildirim yanlılığının oynadığı rolü anlamamıza katkıda bulunacaktır.

7 SONUÇLAR

1- FMS grubunun boşanma veya dul olma oranlarının, MAS grubu ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulduk.

2- FMS grubunda psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş varlığının MAS ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğunu gördük.

3-FMS grubunda; MAS ve sağlık grubuna göre daha fazla tıbbi durumun eşlik ettiğini bulduk.

4-FMS, MAS ve sağlıklı kontrol gruplarına SCID Anksiyete ve Duygudurum Modülleri uygulanması sonrası FMS grubunda; MAS ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek oranda duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısının mevcut olduğunu bulduk. FMS'li grubun sadece %15.4'lük bölümünün SCID I Duygudurum ve/veya Anksiyete Bozukluğu tanısı almadığını gördük. Ayrıca FMS'li grupta hem SCID I Duygudurum hem SCID I Anksiyete tanısının, MAS ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edildi

5-Çalışmaya dahil edilen FMS grubunun yaklaşık yarısının (%46.2) MDB tanısı aldığını tespit ettik. Ek olarak FMS grubunda ikinci sıklıkta tespit edilen tanının grubun yaklaşık beşte birlik oranında (%19.2) var olan BTA Anksiyete Bozukluğu, üçüncü sıklıkta görülen tanının ise %17.3'lük oranla TSSB olduğunu gördük.

6-Çalışmaya alınan grupların, CTQ-28, HDÖ ve HAÖ toplam puanları incelendiğinde FMS grubunun tüm psikiyatrik ölçek puanlarının, MAS ve sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğunu bulduk.

7-Çalışmaya alınan grupların, CTQ-28 ölçeğinden 35 puan altı alanlarda çocukluk çağı travması olmadığı, 35 ve üstü puan alanlarda çocukluk çağı travması olduğu kabul edilerek yapılan karşılaştırmalarda FMS grubunda (%75) MAS grubu (%65.7) ve sağlıklı kontrol grubundan (%36.7) daha fazla oranda çocukluk çağı travması olduğunu bulduk.

8-CTQ-28 ölçeğinin tüm travma alt gruplarının FMS grubunda daha fazla görüldüğünü tespit ettik.

9-FMS hastalarına FSS Anketi uygulanması sonrasında FMS hastalarına en sık eşlik eden semptomun dinlendirici olmayan uyku, en az eşlik eden semptomun ise bağırsak şikayeti olduğunu bulduk.

10-FMS hastalarında FSS ile CTQ-28 ve HDÖ arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmışken FSS ile HAÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

11-Çalışmaya alınan grupların CTQ-28 toplam puanları ile herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almaları arasındaki ilişki ile ilgili veriler incelendiğinde sadece FMS grubunda CTQ-28 total puanı ile duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulduk.

12-Çalışmamıza dahil edilen FMS hastalarının fibromiyalji semptomları ile çocukluk çağı travması varlığı arasındaki ilişki karşılaştırıldığında çok az çalışmayı takiben yorgunluk, ağlama, olaylara abartılı tepki verme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit ettik.

8 ÖNERİLER

FMS son yıllarda tıbbi yazında önem kazanmış olmakla birlikte halen tartışmalı bir tanı grubudur. Bazı romatologlar ve psikiyatristler tarafından Affektif Spektrum Bozukluğu'nun bir parçası olarak kabul edilmekte ve bu şekilde tedavisinin planlanmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Biz çalışmamızda FMS hastalarının sadece %15.4'lük bölümünde herhangi bir duygudurum ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almadığını gördük. Dolayısı ile çalışmamızda FMS hastalarında psikiyatrik boyutun son derece önemli olduğunu bulduk. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla desteklenmekle birlikte FMS hasta grubunun mutlaka multidisipliner olarak değerlendirilmeleri gerektiğinin altını çizmesi açısından son derece önemlidir.

Çalışmamızda FMS hastalarında ÇÇT yaygınlığının %75 gibi yüksek bir oranda olduğunu bulduk. ÇÇT; klinisyen ile paylaşılması zor bir durumdur. Ancak hastalarla uygun terapötik ilişki kurulması sonrasında açığa çıkabilmektedir.

FTR polikliniğinde ÇÇT sorgulamak neredeyse imkansız, BDÖ uygulamak ise zordur. FSS basit ve uygulanabilir bir ankettir. Bu bağlamda FTR polikliniklerinde FSS; FMS hastalarında tarama ölçeği olarak kullanılabilir. Çalışmamızda Fibromiyalji Semptom Sorgulama Anketinde ağlama, çok az çalışmayı takiben yorgunluk ve olaylara abartılı tepki verme semptomları ile FMS hastalarında ÇÇT varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulduk. Özellikle bu belirtileri gösteren hasta grubunun tedavisinde FTR ve Psikiyatri işbirliğinin kurulması son derece önemlidir.

FMS tanısı ile takip edilmekte olan özellikle uygun medikal tedaviye rağmen yakınmalarında anlamlı bir gerileme olmadığı düşünülen ve tedaviye dirençli olarak kabul edilen FMS hastaları psikiyatri polikliniğine yönlendirilmelidir.

Erken dönem istismar maruziyetinin FMS belirtilerinin ortaya çıkışı, klinik görünüm ve belirtilerin sürmesini nasıl sağladığı birçok fizyolojik ve psikolojik mekanizma ile açıklanmaya çalışılmıştır. Çocukluk çağı cinsel veya fiziksel istismar öyküsü erişkin dönemde FMS hastalarında nöroendokrinolojik kalıcı değişikliklere neden olabilir. Bu değişiklikler FMS hastalarında tedavi yanıtını etkileyebilmektedir. Bu nedenle travma/istismar öyküsü klinik pratikte klinisyenler göz önünde

bulundurulması gereken bir klinik antitedir. Bu etmen FMS hastalarında tedavi yanıtı ve hastalığın klinik gidişini etkilemesi açısından da son derece önemlidir (305).

İstismar etkisi özellikle cinsel istismarın sonuçları gözden geçirildiğinde kronik ağrı ile başvurusu olan hastalarda istismar sorgulaması hasta muayenesinin rutin bir parçası olmalıdır. İstismara uğramış hastalar başarılı ağrı tedavisinin bir parçası olarak ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirilmelidir (306).



9 KAYNAKLAR

- 1-Yap EC. Myofascial pain--an overview. *Ann Acad Med Singapore* 2007; 36: 43-48.
- 2-Han S.C. Harrison P.: Myofascial pain syndrome and trigger point management. *Reg. Anest*, 1997; 22(1): 89-101.
- 3-Lavelle ED, Lavelle W, Smith HS. Myofascial trigger points. *The Medical Clinics of North America* 2007; 91: 229-239.
- 4-Shah JP, Gilliams EA. Uncovering the biochemical milieu of myofascial trigger points using in vivo microdialysis: an application of muscle pain concepts to myofascial pain syndrome. *J Bodyw Mov Ther* 2008; 12: 371-384.
- 5-Malanga GA, Cruz Colon EJ. Myofascial low back pain: a review. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2010; 21: 711-724.
- 6-Travel JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual, vol 1 and 2. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999
- 7-Giamberardino MA, Affaitati G, Fabrizio A, Costantini R. Myofascial pain syndromes and their evaluation. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011; 25: 185-98.
- 8-Lin YC, Kuan TS, Hsieh PC, Yen WJ, Chang WC, Chen SM. Therapeutic effects of lidocaine patch on myofascial pain syndrome of the upper trapezius: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91: 871-882.
- 9-Friction JR, Kroening R, Haley D, Siegert R. Myofascial pain syndrome of the head and neck: a review of clinical characteristics of 164 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;60:615-23.
- 10-Skootsky SA, Jaeger B, Oye RK. Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. *West J Med* 1989;151:157-60.
- 11-Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain* 1986;26:181-97.
- 12-Vázquez-Delgado E, Cascos-Romero J, Gay-Escoda C. Myofascial pain syndrome associated with trigger points: a literature review. (I): Epidemiology,

clinical treatment and etiopathogeny. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14: 494-498.

13-Sikdar S, Ortiz R, Gebreab T, Gerber LH, Shah JP. Understanding the vascular environment of myofascial trigger point using ultrasonic imaging and computational modeling. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc* 2010; pp 5302-5305

14-Eyigor S, Ozdedeli S, Durmaz B. The prevalence of generalized soft tissue rheumatic conditions in Turkish medical students. *J Clin Rheumatol* 2008; 14: 65-68.

15-Cummings M, Baldry P. Regional myofascial pain: diagnosis and management. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2007; 21: 367-387

16-Celik D, Kaya Mutlu E. The relationship between latent trigger points and depression levels in healthy subjects. *Clin Rheumatol* 2012; 31: 907-911.

17-Altindag O, Gur A, Altindag A. The relationship between clinical parameters and depression level in patients with myofascial pain syndrome. *Pain Med* 2008; 9: 161-165.

18-Okumus M, Ceceli E, Tuncay F, Kocaoglu S, Palulu N, Yorgancioglu ZR. The relationship between serum trace elements, vitamin B12, folic acid and clinical parameters in patients with myofascial pain syndrome. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2010; 23:187-191.

19-Aksoy C. (2000). Temporomandibuler Ağrı ve Disfonksiyon. In: Beyazova M, Gökçe- Kutsal Y, ed. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi. P. 1391-1425

20-Suvinen TI, Reade PC, Kemppainen P, Könönen M, Dworkin SF. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical Disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. *Eur J Pain*, 2005; 9, 613-633

21-Vázquez-Delgado E, Cascos-Romero J, Gay-Escoda C. Myofascial pain associated to trigger points: a literature review. Part 2: differential diagnosis and treatment. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15: 639-643.

22-Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36: 339-356.

23-Dimitroulis G. Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ*, 1998; 317, 190-194

- 24-Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LME, Tamara O. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in Temporomandibular Disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg*, 2001; 59, 628-633
- 25-Korszun A, Young EA, Singer K et al. Basal circadian cortisol secretion in woman with temporomandibular disorders. *J Dent Res* 2002; 81, 279-283
- 26-Evaskus DS, Laskin DM. A biochemical measure of stress in patients with myofascial pain-dysfunction syndrome. *J Dent Res*, 1972; 196, 129-136
- 27-Ehlert U, Gaab J, Heinrichs M. Psychoneuroendocrinological contributions to the etiology of depression, posttraumatic stress disorder, and stress-related bodily disorders: the role of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Biol Psychol*, 2001; 57,141-52
- 28-Turk DC, Rudy TE, Kubinski JA, Zaki HS, Greco CM. Dysfunctional patients with temporomandibular disorders: evaluating the efficacy of a tailored treatment protocol [abstract] *Consult Clin Psychol*, 1996; 64, 139-46
- 29-Stowell AW, Gatchel RJ, Wildenstein L. Cost-effectiveness of treatments for temporomandibular disorders: biopsychosocial intervention versus treatment as usual. 2007; *J Am Dent Assoc*, 138, 202-8
- 30-Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent*. 2002; 88, 479-84
- 31-Nifosi F, Violato E, Pavan C, Sifari L, Novello G, Guarda NL. Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial and temporomandibular joint pain: preliminary data [abstract]. *Int J Psychiatry Med*, 2007; 37, 283-300
- 32-Mongini F, Ciccone G, Ceccarelli M, Baldi I, Ferrero L. Muscle tenderness in different types of facial pain and its relation to anxiety and depression: A cross-sectional study on 649 patients. *Pain* 2007; 131,106-111
- 33-Meldolesi GN, Picardi A, Toraldo di Francia R, Biondi M. Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint-pain dysfunction syndrome. A controlled investigation. *Psychoter Psychosom*, 2000; 69, 322-328
- 34-Gündel H, Ladwig KH, Wolowski A, Fischer A, Grübl A, Marten-Mittag B et al. Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms. [abstract] *Schmerz*. 2002; 16, 285-293

- 35-Wolfe F, Smythe H. A. , Yunus MB. , The American College of Rheumatology 1990, “Criteria for the Classification of Fibromyalgia”, Report of the Multicenter Criteria Committee, *Arthritis Rheum*, 1990; 33(2):160-72.
- 36-González E, Elorza J, Failde I. Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on quality of life patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(5):295-300
- 37-Mease P, Buskila D, Sarzi-Puttini P. The fibromyalgia conundrum. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27: 2-4
- 38-Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA: Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients With matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 11: 151-71.
- 39-Inanici F, Yunus MB. History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep* 2004; 8: 369-378
- 40-Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008; 37:339-52.
- 41-Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36:339-56
- 42-McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21: 403-425
- 43-Croft PR, Rigby AS, Boswell R et al. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Journal of Rheumatology* 1993; 20(4): 710–713.
- 44-Schochat T & Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42(7): 829–835.
- 45-Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M, Saraiva F, Nacci F, Thomas E, Caubère JP, Le Lay K, Taieb C, Matucci- Cerinic M. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum* 2010; 39: 448- 453
- 46-Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38:19–28.
- 47-White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Fibromyalgia in rheumatology practise: a survey of Canadian rheumatologists. *J Rheumatol* 1995; 22, 722-6

- 48-Ozkan O, Yildiz M, Köklükaya E. The Correlation of laboratory tests and sympathetic skin response parameters by using artificial neural networks in fibromyalgia patients. *J Med Syst* 2012; 36(3):1841-8
- 49-Solitar BM. Fibromyalgia: knowns, unknowns, and current treatment. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2010; 68: 157-161
- 50-Forbes D, Chalmers A. Fibromyalgia: revisiting the literature. *J Can Chiropr Assoc* 2004; 48: 119-131
- 51-Topbas M, Cakirbay H, Gulec H, Akgol E, Ak I, Can G. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol* 2005; 34: 140-144
- 52-Yanmaz MN, Mert M, Korkmaz M. The prevalence of fibromyalgia syndrome in a group of patients with diabetes mellitus. *Rheumatol Int* 2012, 32(4):871-4
- 53-Cakit BD, Taskin S, Nacir B, Unlu I, Genc H, Erdem HR. Comorbidity of fibromyalgia and cervical myofascial pain syndrome. *Clin Rheumatol* 2010; 29(4):405-11
- 54-Jahan F, Nanji K, Qidwai W, Qasim R. Fibromyalgia syndrome: an overview of pathophysiology, diagnosis and management. *Oman Med J* 2012; 27(3):192-5
- 55-Staud R., Biology and therapy of fibromyalgia: pain in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2006; 8: 208
- 56-Dadabhoy D, Clauw DJ, Therapy Insight fibromyalgia-a different type of pain needing a different type of treatment. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006; 2:364-372
- 57-Buskila D, Genetics of chronic pain states. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21: 535-547
- 58-Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, Starck LO, Keck PE Jr. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 944-952
- 59-Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK, Green JR, Olson JM, Shah S, Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1999; 26(2):408-12
- 60-Buskila D, Sarzi-Puttini P. Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2006; 8: 218
- 61-Amel Kashipaz MR, Swinden D, Todd I, Powell RJ, Normal production of inflammatory cytokines in chronic fatigue and fibromyalgia syndromes determined

- by intracellular cytokine staining in short-term cultured blood mononuclear cells. *Clin Exp Immunol* 2003; 132: 360-365
- 62-Buskila D, Atzeni F, Sarzi-Puttini P, Etiology of fibromyalgia: the possible role of infection and vaccination. *Autoimmun Rev* 2008; 8: 41-43
- 63-Bradley LA, Pathophysiology of fibromyalgia. *Am J Med* 2009; 122: 22-30
- 64-Gür A. Fibromiyaljide Etiyopatogenez. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2008; 54:4-11
- 65-Waylonis GW, Perkins RH. Post-traumatic fibromyalgia. A long-term follow-up. *Am J Phys Med Rehabil* 1994; 73:403-12.
- 66-Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile JM. Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1992; 35:678-81.
- 67-Middleton GD, McFarlin JE, Lipsky PE. The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1994; 37:1181-8
- 68-Harkness EF, Macfarlane GJ, Nahit E, Silman AJ, McBeth J, Mechanical injury and psychosocial factors in the work place predict the onset of widespread body pain: a two-year prospective study among cohorts of newly employed workers. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 1655-1664
- 69-Reynolds MD. Clinical diagnosis of psychogenic rheumatism. *West J Med* 1978; 128:285-90
- 70-Staud R, Domingo M. Evidence for abnormal pain in fibromyalgia syndrome. *Pain Med* 2001; 2:208-15
- 71-Dell'Osso L, Carmassi C, Consoli G, Conversano C, Ramacciotti CE, Musetti L, Massimetti E, Pergentini I, Corsi M, Ciapparelli A, Bazzichi L., Lifetime post-traumatic stress symptoms are related to the health-related quality of life and severity of pain/fatigue in patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2011; 29(6 Suppl 69):S73-8
- 72-Larson AA, Giovengo SL, Russell IJ, Michalek JE, "Changes in the concentrations of amino acids in the cerebrospinal fluid that correlate with pain in patients with fibromyalgia. implications for nitric oxide pathways". *Pain.* 2000; 87 (2): 201–11
- 73-McBeth J, Chiu YH, Silman AJ, Ray D, Morriss R, Dickens C, Gupta A, Macfarlane GJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the

relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Res Ther* 2005; 7(5):R992-R1000

74-Griep EN, Boersma JW, de Kloet ER., Pituitary release of growth hormone and prolactin in the primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1994; 21:2125-2130

75-Stahl SM. Fibromyalgia--pathways and neurotransmitters. *Hum Psychopharmacol* 2009; 24:11-17

76-Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1994; 37:1593-601.

77-Gur A, Cevik R, Sarac AJ, et al. Hypothalamic-pituitarygonadal axis and cortisol in young females with fibromyalgia: the potential roles of depression, fatigue and sleep disturbance in the occurrence of hypocortisolism. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:1504-1506

78-Gur A, Cevik R, Nas K, Colpan L, Sarac S. Cortisol and hypothalamic- pituitary-gonadal axis hormones in follicular-phase women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome and effect of depressive symptoms on these hormones. *Arthritis Res Ther* 2004; 6: 232-238

79-Buskila D, Fefer P, Harman-Boehm I, Press J, Neumann L, Lunenfeld E, et al. Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in hyperprolactinemic women. *J Rheumatol* 1993; 20:2112-5.

80-Bagge E, Bengtsson B, Carlsson E, Carlsson J. Low growth hormone secretion in patients with fibromyalgia. A preliminary report on 10 patients and 10 controls. *J Rheumatol* 1998; 25:145-8.

81-Yunus MB, Dailey JW, Aldag JC. Plasma tryptophan and other aminoacids in primary fibromyalgia: a controlled study. *J Rheumatol* 1992;19:90-4

82-Wood PB. Stress and dopamine: implications for the pathophysiology of chronic widespread pain. *Medical Hypothesis* 2004; 62(3):420-4.

83-Moldofsky H, Scarisbrick P. Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosom Med* 1976; 38 (1):35-44

84-Mac Farlane JG, Shahal B, Mously C, et al. Periodic K-alpha sleep EEG activity and periodic limb movements during sleep: comparisons of clinical features and sleep parameters. *Sleep* 1996; 19:200-4

- 85-Przekop P, Haviland MG, Morton KR, Oda K, Fraser GE. Correlates of perceived pain-related restrictions among women with fibromyalgia. *Pain Med*, 2010; 1526-4637
- 86-Tak LM, Cleare AJ, Ormel J, Manoharan A, Kok IC, Wessely S, Rosmalen JG., Meta-analysis and meta-regression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in functional somatic disorders. *Biol Psychol*. 2011; 87(2):183-94
- 87-Becker S, Schweinhardt P. Dysfunctional neurotransmitter systems in fibromyalgia, their role in central stress circuitry and pharmacological actions on these systems. *Pain Res Treat*. 2012; 2012:741-746.
- 88-Cuatrecasas G, Riudavets C, Güell MA, Nadal A. Growth hormone as concomitant treatment in severe fibromyalgia associated with low IGF-1 serum levels. A pilot study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007; 8: 119
- 89-Landis CA, Lentz MJ, Rothermel J, Riffle SC, Chapman D, Buchwald D, Shaver JL. Decreased nocturnal levels of prolactin and growth hormone in women with fibromyalgia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 86: 1672-1678
- 90-Okifuji A, Turk DC. Sex hormones and pain in regularly menstruating women with fibromyalgia syndrome. *J Pain*. 2006; 7: 851-859
- 91- Petersel DL, Dror V, Cheung R. Central amplification and fibromyalgia: disorder of pain processing. *J Neurosci Res* 2011; 89: 29-34
- 92-Kwiatkiewicz R, Barnden L, Tedman R, Jarrett R, Chew J, Rowe C, et al. Regional cerebral blood flow in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2000; 43:2823-33.
- 93-Yunus MB, Young CS, Saeed SA, Mountz JM, Aldag JC. Positron emission tomography in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 513-518
- 94-Seo J, Kim SH, Kim YT, Song HJ, Lee JJ, Kim SH, Han SW, Nam EJ, Kim SK, Lee HJ, Lee SJ, Chang Y., Working memory impairment in fibromyalgia patients associated with altered frontoparietal memory network. *PLoS One* 2012; 7(6)e37808
- 95-Staud R. Heart rate variability as a biomarker of fibromyalgia syndrome. *Fut Rheumatol* 2008; 3: 475-483
- 96-So Mi Kim, MD, Sang Heon Lee, MD, and Hae Rim Kim, Applying the ACR Preliminary Diagnostic Criteria in the Diagnosis and Assessment of Fibromyalgia, *Korean J Pain*. 2012; 25(3): 173–187

- 97-Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell J, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research* Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600 – 610
- 98-McBeth J, Silman AJ. The role of the psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3: 157-164.
- 99-Sturge-Jacobs M. The experience of living with fibromyalgia: confronting an invisible disability. *Res. Theory Nurs. Pract.* 2002; 16 (1), 19–31.
- 100-Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, et al. Psychiatric diagnosis in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behaviour rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996; 39:436–445.
- 101-Mufson M, Regestein QR. The spectrum of fibromyalgia disorders. *Arthritis Rheum* 1993; 36:647-50. [Abstract]
- 102-Consoli G, Marazziti D, Ciapparelli A, Bazzichi L, Massimetti G, Giacomelli C, Rossi A, Bombardieri S, Dell'osso L. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Compr. Psychiatry* 2012; 53(7):962-7.
- 103-Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: Medical and psychiatric determinants of outpatient utilization. *Med Care* 1986; 24:548–560.
- 104-Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS., Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *Eur J Pain* 2010; 14: 127-135
- 105-Raphael KG et al. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: a community-based test of alternate hypotheses. *Pain* 2004; 110:449-60.
- 106-Arnold L M: Biology and therapy of fibromyalgia. New therapies in fibromyalgia. *Arthritis Res Ther*, 2006; 8:212
- 107-Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain* 2006; 124: 117-25.
- 108-Raphael KG, Natelson B H, Janal M N, Nayak S. Comorbidity of fibromyalgia and post-traumatic stress disorder symptoms in a community sample of women. *Pain Med* 2004; 5:33-41.

- 109-Roy-Byrne P, Smith WR, Goldberg J, Afari N, Buchwald D. Post-traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychol Med* 2004; 34: 363-8.
- 110-Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000; 16:127-34.
- 111-Cohen H, Neumann L, Haiman Y, Matar MA, Press J, Buskila D. Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Semin Arthritis Rheum* 2002; 32: 38-50.
- 112-Staud R. Fibromyalgia pain: do we know the source? *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16:157-63.
- 113-Hoffman D L, Dukes E.M. The health status burden of People with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract* 2008; 1:115-6.
- 114-Meza A, Haro JM, Palacín C, Torres JV, Ochoa S, et al. Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35 Suppl.2:12-20.
- 115-Santos EB, Quintans Junior LJ, Fraga BP, Macieira JC, Bonjardim LR., Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Rev Bras Rheumatol* 2012; 52(3):319-30.
- 116-Alfieri S, Sigal M, Landau M. Primary fibromyalgia syndrome-a variant of depressive disorder? *Psychother Psychosom* 1989; 51: 156-61.
- 117-Hassett AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2000; 43:2493-500.
- 118-Bradley LA. Psychiatric comorbidity in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9:79-86.
- 119-Wolfe F, Anderson J, Harkness D, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1560-70.

- 120-Egle UT, Rudolf ML, Hoffmann SO, et al. Personality markers, defense behaviour and illness concept in patients with primary fibromyalgia. *Z Rheumatol* 1989; 48: 73-8.
- 121-Sayar K, Gulec H, Topbas M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 2004; 23: 441-8.
- 122-Payne TC, Leavitt F, Garron DC, et al. Fibrositis and psychological disturbance. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 213-7.
- 123-Thieme K, Turk DC, Flor H., Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med* 2004; 66(6):837-44
- 124-Yunus MB, Kalyan-Raman UP, Kalyan-Raman K. Primary fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: Clinical features and muscle pathology. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69: 451-4.
- 125-Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı Ve Bozukluklar, Yenilenmiş 11. Baskı*, Cilt 1. Ankara: Tuna Matbaacılık, 2008: 448-512
- 126-Şar V. Kötüye Kullanım Ve İhmalle İlişkili Sorunlar. Güleç C, Köroğlu E, ed. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 823-834
- 127-Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:82-8.
- 128-Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk İstismarı Ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009; 4(12):51-65.
- 129-Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201(12):1007-20.
- 130-Brown GR, Anderson B. Psychiatric Morbidity In Adult Inpatients With Childhood Histories Of Sexual And Physical Abuse. *Am J Psychiatry*, 1991; 148(1):55-61
- 131-Kaplan, S., Pelcovitz, D., Labruna, V. “Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: a Review of the Past 10 Years. Part 1: Physical and Emotional Abuse and Neglect”, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1999; 38:1214-1222
- 132-Matulis S, Resick PA, Rosner R, Steil R. Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents Suffering from Posttraumatic Stress Disorder

after Childhood Sexual or Physical Abuse: A Pilot Study. *Clin Child Fam Psychol* 2013 Oct 8

133-Saçarçelik GG. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. psikiyatri birimi, 2009 İstanbul.

134-Davis, J.L, Petretic-Jackson, P.A. The Impact of Child Sexual Abuse on Adult Interpersonal Functioning. A Review and Synthesis of the Empirical Literature. *Aggres Violent Behav* 2000; 5:291-328.

135-Tackett, K.K. “The Health Effects of Child Abuse: Four Pathways by Which Buse Can Influence Health”, *Child Abuse Negl*, 2002; 26: 715-729.

136-Aysev A S, Taner Y I. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Golden Print, İstanbul, 2007; s 713-725.

137-Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002; 26:697-714

138-Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M (ed.) *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams&Wilkins, 2002; 1208-1215

139-Kara B, Biçer Ü, Gökalp A.S. Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47:140-151

140-Tıraşçı, Y., Gören, S. “Çocuk İstismarı ve İhmali”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2007; 34 (1):70-74.

141-Sadock BJ, Sadock VA. Problems related to abuse and neglect. Kaplan & Sadock’s Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Cancro R (ed) 9.edition, Baltimore.Lippincott Williams & Wilkins, 2004; 370-376.

142-Spradley B, Allender J. Community Mental Health Nursing Philadelphia, Lippincott Company, 1996; 421-425.

143-Annerback EM, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA. Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden-Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 2012; 36(7–8), 585–595.

- 144-Walrath C, Ybarra M, Holden EW, et al. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse Negl* 2003; 27:509-24.
- 145-Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl* 1997; 21:391-8.
- 146-Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2009; 29(4),328–338.
- 147-Brown J, Cohen P, Johnson JG ve ark. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38:1490-1496.
- 148-Johnson JG, Cohen P, Brown J et al. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56: 600-606.
- 149-Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V ve ark. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):69-78.
- 150-Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi, Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2002.
- 151-Yanık M, Özmen M: Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile özkıyım, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:140-146.
- 152-Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl* 2001; 25:279-90.
- 153-Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner AH. Bir çocuk istismar vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003; 46:295-302.
- 154-Friedrich WN. Behavioral manifestations of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1998; 22:523-531.
- 155-Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49:1023-1039.

- 156-Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, et al. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Compr Psychiatry* 2008; 49:163-169.
- 157-Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Naring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 159 (11):1908-13.
- 158-Şar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(12):2271-6.
- 159-Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents: An overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry*. 2005; 59(4):278-92
- 160-Spitzer C, Barnow S, Wingenfeld K. Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43 (1):80-86
- 161-Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (11):2018-24.
- 162-Copeland WE, Keeler G, Angold A. Traumatic events and posttraumatic Stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (5):577-84.
- 163-Turner HA, Butler MJ. Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults. *J Youth Adolesc* 2003; 32(2):89-103.
- 164-Roy A. Childhood trauma and depression in alcoholics: Relationship to hostility. *J Affect Disord*. 1999; 56(2-3):215-8.
- 165-Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106 (3):183-8.
- 166-Mirsal H, Kalyoncu A, Pektas O. Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol Alcohol* 2004; 39(2):126-9.
- 167-Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr* 2003; 8 (10): 737-54.
- 168-Didie ER, Tortolani CC, Pope CG. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*. 2006; 10:1105-15.
- 169-Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2006; 9(4):631-41.

- 170-Roy A Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients. *Suicide Life Threat Behav.* 2005b; 35(6):690-3.
- 171-Lysaker PH, Davis LW, Gattton MJ. Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(10):1279-84.
- 172-Spinhoven P, Roelofs K, Moene F. Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry Med.* 2004; 34 (4):305-18.
- 173-Akyüz G, Kuğu N, Akyüz A. Dissociation and childhood abuse history in epileptic and pseudoseizure patients. *Epileptic Disord* 2004; 6 (3):187-92.
- 174-Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology* 2004; 15(3):271-8.
- 175-Akyüz G, Şar V, Kuğu N. Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry* 2005; 20(3):268-73.
- 176-Roy A, Janal M. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction? *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36(3):329-35
- 177-Roy A. Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Arch Suicide Res* 2005a; 9(2):147-51.
- 178-Hammersley P, Dias A, Todd G. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry,* 2003; 182:543-7.
- 179-McCauley J, Kern D, Kolodner K et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA* 1997; 277:1362-1368.
- 180-Kendall-Tackett KA, Williams LM& Finkelhor D. The effects of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin,* 1993; 113, 164–180.
- 181-Kendall-Tackett KA, Marshall R. Sexual victimization of children: incest and child sexual abuse. In R. K. Bergen (Ed.), *Issues in intimate violence* 1998; (pp. 47–63). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 182-Haj-Yahi MM, Tamish S. The Rates Of Child Sexual Abuse And Its Psychological Consequences As Revealed By A Study Among Palestinian University Students. *Child Abuse Negl,* 2001; 25(10):1303-1327

- 183-Arnold RP, Rogers D, Cook DA. Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. *British Medical Journal*, 1990; 300,705–708.
- 184-Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil* 1990; 21:23-30.
- 185-Bremner JD, Krystal JH, Southwick SM, Charney DS. Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *Journal of Traumatic Stress* 1995; 8:527-53.
- 186-Rauch SL, van der Kolk BA, Fisler RE et al. A symptom provocation study of post-traumatic stress disorder using positron emission tomography and script driven imagery. *Arc Gen Psychiatry* 1996; 53:380-7.
- 187-Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li Z, Gluck H, Toomey TC, Mitchell CM. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 1990; 113,828–833.
- 188-Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 1995; 38:235-241.
- 189-Alexander RW, Bradley LA, Graciela SA, et al. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res.* 1998; 11:102–115.
- 190-İmbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Eur J Pain.* 2003; 7(2):113-9.
- 191-Clauw DJ, Williams DA. The relationship between stress and pain in work-related upper extremity disorders: the hidden role of chronic multisymptom illnesses. *Am J Ind Med.* 2002; 41:370–382.
- 192-Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain.* 2005; 21:378-386.
- 193-Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1995; 38:229-234.
- 194-Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, et al. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry.* 2000; 15:295–301.

- 195-Finestone HM, Stenn P, Davies F, et al. J. Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2000; 24:547-556.
- 196-Van Houdenhove B, Neerinckx E, Lysens R, Vertommen H, Van Houdenhove L, Onghena P, et al. Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: a controlled study on prevalence and characteristics. *Psychosomatics*. 2001; 42:21-28.
- 197-Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med*. 1997; 59:572-577.
- 198-McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a communitybased study. *Arthritis Rheum*. 1999; 42:1397-1404.
- 199-Walen HR, Cronan PA, Bigatti SM. Factors associated with healthcare costs in women with fibromyalgia. *Am J Manag Care*. 2001; 25;7 Spec No:SP39-47.
- 200-Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*. 2006; 31:312-324.
- 201-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 202-Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Yılmaz, E., Agargün, M. Y., Aşkın, R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8(1):5-13.
- 203-Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18(1):13-21.
- 204-Williams BW. A structure interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr*. 1978; 45:742-747.
- 205-Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996; 4(4):251-259.
- 206-Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32:50-55.

- 207-Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaoğlu E, Yolaç P: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998; 9:114-117.
- 208-Bernstein EM, Fink L, Handelsman L. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1132-1136.
- 209-Evren C, Sar V, Dalbudak E, et al. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: Impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res*. 2011; 30;186(1):85-90.
- 210-Şar V, Öztürk E, İkikardeş E, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32(4):1054-63.
- 211-Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ. Aspects of fibromyalgia in the general population sex, pain threshold and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol* 1995; 22:151-6.
- 212-Olivieri P, Solitar B, Dubois M. Childhood risk factors for developing fibromyalgia. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews* 2012; 4 109–114.
- 213-Yılmaz H, Yılmaz SD, Polat HA, Salli A, Erkin G, Uğurlu H. The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study. *J Sex Med*. 2012; 9(3):779-85.
- 214-Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. *South Med J*. 1991; 84:328–331.
- 215-Berthelot N, Godbout N, Hebert M, Goulet M, Bergeron S. Prevalence and Correlates of Childhood Sexual Abuse in Adults Consulting for Sexual Problems. *J Sex Marital Ther*. 2013 Jul 17.
- 216-Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, et al. Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women? *J Pain Symptom Manage* 1999; 18:420–426.
- 217-Przekop P, Haviland MG, Zhao Y, Oda K, Morton KR, Fraser GE, Self-Reported Physical Health, Mental Health, and comorbid diseases among women with Irritable Bowel Syndrome, Fibromyalgia, or both compared with healthy control respondents. *J Am Osteopath Assoc*. Nov 2012; 112(11):726-735.

- 218-Galek A, Erbslöh-Möller B, Köllner V, Erbslöh-Möller B, Kühn-Becker H, Langhorst J, Petermann F, Prothmann F, Kühn-Becker H, Prothmann U, Winkelmann A, Hauser W. Mental disorders in patients with fibromyalgia syndrome: screening in centres of different medical specialties. *Schmerz*. 2013; 27(3):296-304.
- 219-Altunören Ö, Orhan FÖ, Nacitarhan V, Özer A, Karaaslan MF, Altunören O. Fibromiyalji Sendromlu Kadınların Depresyon ve Mizaç Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48:31-8.
- 220-Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed* 2007; 78(2):88-95.
- 221-Taşkın O, Tıkız C, Gürlek Yüksel E, Fırat A, Tüzün Ç, Aydemir Ö. Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ilk kez başvuran ve fibromiyalji tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8:248-255.
- 222-Saran N, Altındağ Ö, Demirkol A. Fibromiyalji Sendromunda Depresyon Düzeyi ve Klinik Parametrelerle İlişkisi. *Romatizma* 2008; 23:1-4.
- 223-Güven AZ, Kul Panza E, Gündüz OH. Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. *Eur Med Phys*. 2005; 41:309-13.
- 224-Sivas FA, Başkan BM, Aktekin LA, Çınar NK, Yurdakul FG, Özoran K. Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2009; 55:8-12.
- 225-Gracely RH, Ceko M, Bushnell MC. Fibromyalgia and Depression. *Pain Res Treat*. 2012; 2012:486590.
- 226-Kato K, Sullivan PF, Evengård B, Pedersen NL., Importance of genetic influences on chronic widespread pain. *Arthritis and Rheumatism*. 2006; 54(5):1682–1686.
- 227-Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E., Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 128(3):262-6.
- 228-Forseth KO, Husby G, Gran JT, Forre O: Prognostic factors for the development of fibromyalgia in women with self-reported musculoskeletal pain: a prospective study. *J Rheumatol*. 1999; 26:2458–2467.

- 229-Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of the fibromyalgia and psychiatric disorders. *J. Clin. Psychiatry*. 2006; 67 (8), 1219–1225.
- 230-Epstein SA, Kay G, Clauw D. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicentre investigation. *Psychosomatics*. 1999; 40:57–63.
- 231-Hudson, JI, Mangweth, B, Pope Jr., H.G., De Col, C., Hausmann, A., Gutweniger, S., Laird, N.M., Biebl, W., Tsuang, M.T. Family study of affective spectrum disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003; 60(2),170–177.
- 232-Murck H, Held K, Ziegenbein M, Künzel H, Koch K, Steiger A. The renin–angiotensin–aldosterone system in patients with depression compared to controls—a sleep endocrine study. *BMC Psychiatry*. 2003; 3:15.
- 233-Legangneux, E., Mora, J.J., Spreux-Varoquaux, O., Thorin, I., Herrou, M., Alvado, G., Gomeni, C. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites, plasma-rich platelet serotonin and [3H]imipramine reuptake in the primary fibromyalgia syndrome. *Rheumatology*. 2001; 40 (3),290–296.
- 234-Herpfer I, Lieb, K. Substance P and Substance P receptor antagonists in the pathogenesis and treatment of affective disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2003; 4 (2),56–63.
- 235-Maier SF. Bi-directional immune-brain communication: implications for understanding stress, pain, and cognition. *Brain Behav Immun*. 2003; 17(2),69–85.
- 236-Wallace DJ, Linker-Israeli M, Hallegua D, Silverman S, Silver D, Weisman MH. Cytokines play an aetiopathogenetic role in fibromyalgia: a hypothesis and pilot study. *Rheumatology*. 2001; 40(7), 743–749.
- 237-Gur A, Karakoc M, Erdogan S, Nas K, Cevik R, Sarac AJ. Regional cerebral blood flow and cytokines in young females with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2002; 20,753–760.
- 238-Maletic V, Raison CL. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Frontiers in Bioscience*. 2009; 14:5291–5338.
- 239-Giesecke T, Gracely RH, Williams DA, Geisser M, Petzke F, Clauw DJ. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis Rheum*. 2005; 52, 1577–1584.

- 240-Fitzgerald PB, Laird AR, Maller J, Daskalakis ZJ, A meta-analytic study of changes in brain activation in depression. *Hum Brain Mapp.* 2008; 29(6),683–695.
- 241-Vythilingam, M., Vermetten, E., Anderson, G.M., Luckenbaugh, D., Anderson, E.R., Snow, J., Staib, L.H., Charney, D.S., Bremner, J.D., Hippocampal volume, memory, and cortisol status in major depressive disorder:effects of treatment. *Biol. Psychiatry.* 2004; 56 (2),101–112.
- 242-Norman GJ, Karelina K, Zhang N, Walton JC, Morris JS, Devries AC. Stress and IL-1 β contribute to the development of depressive-like behavior following peripheral nerve injurj. *Mol Psychiatry.* 2010; 15(4),404–414.
- 243-Buskila D, Neumann L, Press J. Genetic factors in neuromuscular pain. *CNS Spectr* 2005; 10:281-4.
- 244-Kalia M. Neurobiological basis of depression: an update. *Metabolism* 2005; 54(Suppl. 1): 24-7.
- 245-Offenbaecher M, Bondy B, de Jonge S, et al. Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Rheum* 1999; 42 2482-8.
- 246-Cohen H, Buskila D, Neumann L, Ebstein RP. Confirmation of an association between fibromyalgia and serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism, and relationship to anxiety-related personality traits. *ArthritisRheum* 2002; 46:845-7.
- 247-Serretti A, Macciardi F, Cusin C, Lattuada E, Lilli R, Smeraldi E. Dopamine receptor D4 gene is associated with delusional symptomatology in mood disorders. *Psychiatry Res.* 1998; 80:129-36.
- 248-Malt EA, Olafsson S, Aakvaag A, Lund A, Ursin H. Altered dopamine D2 receptor function in fibromyalgia patients:a neuroendocrine study with buspirone in women with fibromyalgia compared to female population based controls. *J Affect Disord.* 2003; 75:77-82.
- 249-Cannon DM, Klaver JM, Peck SA, Rallis-Voak D, Erickson K, Drevets WC. Dopamine depressive disorder assessed using positron Drevets WC. Dopamine type-1 emission tomography and [11C]NNC-112. *Neuropsychopharmacology.* 2009; 34(5):1277–126.

- 250-Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J Psychosom Res.* 1997; 42:607–13.
- 251-Cohen H, Neumann L, Haiman Y, Matar MA, Press J, Buskila D. Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Semin Arthritis Rheum.* 2002; 32:38–50.
- 252-Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain.* 2000; 16:127–34.
- 253-Walter SD. Berkson's bias and its control in epidemiologic studies. *J Chronic Dis.* 1980; 33:721–5.
- 254-Galbaud du Fort G, Newman SC, Bland RC. Psychiatric comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of clinical populations. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181:467–74.
- 255-Agargun MY, Tekeoglu I, Gunes A, Adak B, Kara H, Ercan M. Sleep quality and pain threshold in patients with fibromyalgia. *Compr Psychiatry* 1999; 40:226–8.
- 256-Tishler M, Barak Y, Paran D, Yaron M. Sleep disturbances in fibromyalgia and primary Sjogren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 1997; 15:71–4.
- 257-Harding SM. Sleep in fibromyalgia patients: Subjective and objective findings. *Am J Med Sci* 1998; 315:367–76.
- 258-Nicassio PM, Moxham EG, Schuman CE, Gevirtz RN. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain* 2002; 100:271–9.
- 259-Park DC, Glass JM, Minear M, Crofford LJ. Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis Rheum* 2001; 44:2125–33.
- 260-Glass JM, Park DC. Cognitive dysfunction in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3:123–7.
- 261-Lennon MC, Dohrenwend BP, Zautra AJ, Marbach JJ. Coping and adaptation to facial pain in contrast to other stressful life events. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59:1040–50.

- 262-Hudson JI, Pope HG. The concept of affective spectrum disorder: Relationship to fibromyalgia and other syndromes of chronic fatigue and chronic muscle pain. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994; 8:839–56.
- 263-Hudson JI, Pope HG Jr. Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of “affective spectrum disorder”? *J Rheumatol Suppl*. 1989; 19:15–22.
- 264-Hudson JI, Pope HG Jr. The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheum Dis Clin North Am*. 1996; 22:285–303.
- 265-Hudson JI, Mangweth B, Pope HG Jr, De Col C, Hausmann A, Gutweniger S, Laird NM, Biebl W, Tsuang MT. Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:170–7.
- 266-Adler GK, Manfredsdottir VF, Creskoff KW. Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2002; 6:289–98.
- 267-Ehlert U, Gaab J, Heinrichs M. Psychoneuroendocrinological contributions to the etiology of depression, posttraumatic stress disorder, and stress-related bodily disorders: The role of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Biol Psychol*. 2001; 57:141–52.
- 268-Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are Reports of Childhood Abuse Related to the Experience of Chronic Pain in Adulthood? A Meta-analytic Review of the Literature. *Clin J Pain* 2005; 21:398–405.
- 269-Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. *South Med J*. 1991; 84:328–331.
- 270-Bendixen M, Muus KM, Schei B. The impact of child sexual abuse:a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse Negl*. 1994; 18:837–847.
- 271-Leserman J, Drossman DA, Li Z, et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosom Med*. 1996; 58:4–15.
- 272-Lechner ME, Vogel ME, Garcia-Shelton LM, et al. Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. *J FamPract*. 1993; 36:633–638.
- 273-Raphael KG, Widom CS, Lange G. Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain*. 2001; 92:283–293.

- 274-Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, et al. Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women? *J Pain Symptom Manage*. 1999; 18:420–426.
- 275-Fillingim RB, Wilkinson CS, Powell T. Self-reported abuse history and pain complaints among young adults. *Clin J Pain*. 1999; 15:85–91.
- 276-Toomey TC, Seville JL, Mann JD, et al. Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health-care utilization in a chronic pain sample. *Clin J Pain*. 1995; 11:307–315.
- 277-Goldberg RT, Goldstein RA. Comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disabil Rehabil*. 2000; 22:756–763.
- 278-Lampe A, Solder E, Ennemoser A, et al. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol*. 2000; 96:929–933.
- 279-Linton SJ. A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain*. 1997; 73:47–53.
- 280-Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, et al. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalence of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994; 84:193–199.
- 281-Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, et al. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990; 76:92–96.
- 282-Walker EA, Katon WJ, Hansom J. et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics* 1995; 36:531–540.
- 283-Carpenter MT, Hugler R, Enzenauer RJ, Des Rosier KF, Kirk JM, Brehm WT. Physical and sexual abuse in female patients with fibromyalgia. *J Clin Rheumatol* 1998; 4:301–6.
- 284-Castro I, Barrantes F, Tuna M, Cabrera G, Garcia C, Recinos M, et al. Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *J Clin Rheumatol* 2005; 11:140–5.
- 285- Golding JM. Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology*, 1994; 13,130–138.
- 286- Haviland MG, Morton KR, Oda K, Fraser GE, Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry Res*. 2010; 177:335-341.

- 287-Gürer G, Şendur ÖF. Fibromiyalji hastalarımızın Klinik Özellikleri ile Bulgular Arasındaki Korelasyonlar. *Romatizma* 2006; 21:41-4.
- 288-Demirbağ BC, Müzik Ve Aromaterapi Eşliğinde Yapılan Uyku ve Dokunmanın Fibromiyalji Hastalarında Fibromiyaljinin Etki Düzeyi ile Yorgunluk Ve Uyku Kalitesine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi Erzurum, 2011.
- 289- Häuser W, Bohn D, Kühn-Becker H, Erdkönig R, Brahler E, Glaesmer H. Is the association of self-reported childhood maltreatments and adult fibromyalgia syndrome attributable to depression? A case control study. *Clin Exp Rheumatol.* 2012; 30(6 Suppl 74):59-64.
- 290-Kosseva M, Schild S, Wilhelm-Schwenk R, Biewer W, Hauser W. Comorbid depression mediates the association between abuse in childhood and adulthood and fibromyalgia syndrome: a case series of patients from different clinical settings. *Schmerz* 2010; 24:474–84.
- 291-Bohn D, Bernardy K, Wolfe F, Häuser W. The association among childhood maltreatment, somatic symptom intensity, depression, and somatoform dissociative symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a single-center cohort study. *J Trauma Dissociation.* 2013; 14(3):342-58.
- 292-Loevinger BL, Shirtcliff EA, Muller D, Alonso C, Coe CL., Delineating psychological and biomedical profiles in a heterogeneous fibromyalgia population using cluster analysis. *Clin Rheumatol.* 2012; 31(4):677-85.
- 300-Sommer C, Häuser W, Burgmer M, Gerhold K, Petzke F, Schmidt-Wilcke T, Thieme K. Ätiologie und Pathophysiologie des Fibromyalgiesyndroms und von Schmerzen in mehreren Körperregionen [Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain]. *Der Schmerz,* 2012; 26,297–310.
- 301-Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research,* 2011; 63, 808–820.
- 302-Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, Zirakzadeh. A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association,* 2009; 302, 550-561.

303-Nijenhuis ERS. Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2000; 1(4), 7–32.

304-Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JG, Roelofs K, Zitman FG & van Oppen, P. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2010; 126, 103–112.

305-Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31(3):312-24.

306-Raphael, K.G. Chandler, H.K. Ciccone, D.S. Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? *Current Pain and Headache Reports*. 2004; 8,99–110

EKLER

EK I: SOSYODEMOGRAFİK FORM

HASTANIN TANISI

HASTANIN YAŞI

MEDENİ DURUMU

YAŞADIĞI YER

EĞİTİM DURUMU

ÇALIŞMA DURUMU

GELİR DÜZEYİ ALGISI

SİĞARA KULLANIMI

ALKOL KULLANIMI

EK TIBBİ HASTALIK VARLIĞI

PSİKİYATRİK ÖZGEÇMİŞ

PSİKİYATRİK SOYGEÇMİŞ

EK:II FİBROMİYALJİ SEMPTOM SORGULAMA ANKETİ

| | EVET | HAYIR |
|---|-------------|--------------|
| 1-Sabah Yorgunluğu | | |
| 2-Sabah Tutukluğu | | |
| 3-Halsizliğiniz | | |
| 4-Dinlendirici Olmayan Uyku | | |
| 5-Uykusuzluk | | |
| 6-Baş Ağrısı | | |
| 7-Çok Az Çalışmayı Takiben Yorgunluk | | |
| 8-Dikkat Dağınıklığı | | |
| 9-Olaylara Abartılı Tepki | | |
| 10-Ağlama Hissi | | |
| 11-Bağırsak şikayeti | | |

EK:III HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ (1-5)

2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER (1-5)

3. GENİTAL SEMPTOMLAR (1-3)

4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL (1-3)

5. KİLO KAYBI

A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN (1-4)

B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ (1-4)

6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN) (1-3)

7. UYKUSUZLUK (ORTA) (1-3)

8. UYKUSUZLUK (GEÇ) (1-3)

9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL) (1-3)

10. SUÇLULUK DUYGULARI (1-5)

11. İNTİHAR (1-5)

12. PSİŞİK KAYGI (1-5)

13. SOMATİK KAYGI (1-5)

14. HİPOKONDİRİ (1-5)

15. İÇGÖRÜ (1-3)

16. YAVAŞLAMA (1-5)

17. AJİTASYON (1-5)

TOPLAM

EK:IV HAMILTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

1. ANKSİYETELİ MİZAC

2. GERİLİM

3. KORKULAR

4. UYKUSUZLUK

5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)

6. DEPRESİF MİZAC

7. SOMATİK (muskuler)

8. SOMATİK (duygusal)

9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI

11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR

12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR

13. OTONOMİK SEMPTOMLAR

14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ

TOPLAM PUAN:

PSİŞİK (1,2,3,5,6)

SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

EK V: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (16 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarımız gizli tutulacaktır.

| | Hiç bir zaman | Nadiren | Zaman zaman | Sıklıkla | Çok sık olarak |
|---|---------------|---------|-------------|----------|----------------|
| Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde... | | | | | |
| 1. Yeterli yemek bulamazdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Kirli giysiler icersinde dolasmak zorunda kalırdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Sevildiğimi hissediyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ana babamın benim doğmus olmamı istemediklerini dusunuyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ailemden birisi bana oyle kotu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| vurmustu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti. | | | | | |
| 9. Ailedekiler bana o kadar siddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kayıs, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Vucutca kotuye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ailemde birisi benden nefret ederdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Çocukluğum mukemmeldi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 22. Birisi beni cinsel seylere yapmaya yada cinsel seylere bakmaya zorladı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Duygusal bakımdan kotuye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Cinsel bakımdan kotuye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Ailem benim için bir güc ve destek kaynağı idi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Gerekli halde doktora götürülmezdim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |