

Fibromiyalji Sendromunda Depresyon ve Sosyal Uyumun Rolü

The Role of Depression and Social Adjustment in Fibromyalgia Syndrome

Ayhan BİLGİCİ*, Orhan AKDENİZ*, Hatice GÜZ**, Hasan ULUSOY*

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, **Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

Özet

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FS) hastalarında depresyon ve klinik parametreler arasındaki ilişkiyi araştırmak, depresyon sıklığını ve sosyal uyumu sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 18-55 yaş arası, 1990 American College of Rheumatology kriterlerine göre FS tanısı almış 37 kadın alındı. Depresyon tanısı DSM IV kriterlerine göre kondu. Psikolojik durum Hamilton Anksiyete Skalası ve Hamilton Depresyon Skalası ile değerlendirildi. Sosyal uyumu değerlendirmek için Sosyal Uyum Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. Klinik değişkenler vizüel analog skalaya göre ağrı, yorgunluk, uyku problemi ve hastanın sağlık durumunu değerlendirmesinden oluştu. Total miyaljik skor her bir hassas nokta için 0-3 arası skala kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: FS'li hastalarda eşlik eden depresyon oranı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$). 25 hastada klinik depresyon bulunmazken, 12 hasta DSM IV'e uygun olarak depresif hastalık tanısı aldı. Depresyonu olan ve olmayan hastalar arasında ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu, hassas noktaya sayısı gibi klinik parametrelerde, sosyal fonksiyonlar ve dizabilite skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Diğer yandan FS'li hastalar normal kontroller ile karşılaştırıldığı zaman anlamlı olarak daha düşük sosyal uyum sergilediler ($p<0,001$). Ek olarak, FS'li hastalar kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına sahiptiler (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,01$).

Sonuç: Bizim sonuçlarımız FS ve depresif hastalık birlikteliğinin sık olduğunu ve bu birlikteliğin FS'nin temel belirtilerinden bağımsız olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte FS'li hastalar sosyal uyumda anlamlı azalma sergilemektedirler. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005;51(3):98-102*

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji sendromu, depresyon, psikososyal durum, sosyal uyum

Summary

Objective: To investigate the relationship between depression and clinical symptoms in subjects with fibromyalgia syndrome (FS), and to compare social adjustment and frequency of depression with healthy controls.

Materials and Methods: Thirty-seven women, aged 18-55 years, diagnosed as FS according to 1990 American College of Rheumatology criteria were included in this study. The diagnosis of depression was made according to DSM IV criteria. Psychological status was assessed with the Hamilton Depression Scale and the Hamilton Anxiety Scale. The Social Adjustment Scale Self-Report was used for the evaluation of social adjustment. Clinical variables included visual analog scale for pain, fatigue, sleep problems and patients' estimate of health status. Total myalgic score was assessed using a 0-3 scale for each tender point.

Results: The rate of concurrent depression in FS patients was significantly greater than healthy controls ($p<0,001$). Twelve patients (32%) received a concurrent DSM IV diagnosis of depressive disorder, where 25 patients (68%) were not clinically depressed. There was no statistically significant difference between the depressed and non-depressed patients in clinical parameters such as pain, fatigue, sleep disturbance, number of tender points and in social functions and disability scores. On the other hand, the patients with FS showed significantly poorer social adjustment compared to normal controls ($p<0,001$). Additionally, the patients with FS had significantly higher depression and anxiety scores than controls ($p<0,01$ and $p<0,001$, respectively).

Conclusion: Our results indicate that concurrent depressive disorders are prevalent in FS and that may be independent from the cardinal features of FS. However, patients with FS exhibit significant decline in social adjustment. *Turk J Phys Med Rehab 2005;51(3):98-102*

Key Words: Fibromyalgia syndrome, depression, psychological status, social adjustment

Giriş

Fibromiyalji sendromu (FS) kas-iskelet sisteminde yaygın ağrı, yorgunluk, uzun süreli sabah tutukluğu, uyku bozukluğu ve vücudun belirli bölgelerinde hassas noktaların varlığı ile karakterize bir sendromdur. Genel popülasyondaki prevalansı %2-4 olup,

20-50 yaş arası kadınlarda pik yapar (1-3). FS kronik bir hastalık olması nedeniyle kişinin günlük hayatında ve sosyal fonksiyonlarında önemli olumsuzluklara yol açar.

FS'nin etiolojisinde travma, enfeksiyon, otoimmünite, endokrin ve emosyonel faktörlerin üzerinde durulmakla birlikte kesin olarak nedeni bilinmemektedir (1,4,5). Küçük yaşamsal stres-

lerin ve emosyonel travmaların hastalığın başlamasında ve ilerlemesinde rol oynadığına ilişkin veriler net olmasa da mental stresler, hava durumundaki değişiklikler ve uyku bozukluğu ile semptomların alevlenmesi psikososyal faktörlerin FS'nin ortaya çıkışı ve seyri üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir (1,2,4,6,7).

Yapılan çalışmalar FS'nin depresif hastalıklar ile birlikte olduğunu göstermiştir. Hastaların %14-70'inde FS'ye eşlik eden depresyon bulunur (2,8,9). Depresyon tanısında kullanılan metotların ve kriterlerin farklı olması ve seçilen hasta popülasyonun farklılığı depresyon oranındaki geniş dağılımı açıklayabilir (1,3). Ayrıca depresyon, FS'ye spesifik olmayıp diğer kronik ağrı sendromlarında da görülebilir.

Biz bu çalışmamızda FS'li hastalarda depresyon sıklığını ve sosyal fonksiyonları sağlıklı kontrollerle karşılaştırdık ve depresyon ile FS'nin klinik yakınmaları arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ayakta başvuran FS tanısı almış 18-55 yaş arası 37 kadın hasta alındı. Hastalar American College of Rheumatology tanı kriterlerine uygun olarak yaygın vücut ağrısı olan ve en az 11 hassas noktası olanlardan seçildi. Kontrol grubu herhangi bir sistemik hastalığı olmayan, halen ve geçmişte herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı ve tedavi almamış, çalışmaya katılmayı kabul eden 20-50 yaş arası 25 sağlıklı kadından oluşturuldu. Okuma yazması olmayan ve çalışmada kullanılan formları dolduramayan hastalar çalışmaya alınmadı.

Hastaların psikolojik durumu Hamilton Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi (10). Depresyon tanısı DSM IV kriterlerine göre konuldu (11). Hastaların sosyal uyumlarının değerlendirilmesi için Sosyal Uyum Değerlendirme Ölçeği kullanıldı (12). Yüksek değerler sosyal uyumda bozulmayı göstermektedir. Hastaların fonksiyonel durumları Health Assessment Questionnaire (HAQ) dizabilite indeksi ile ölçüldü (13). FS'nin klinik semptomlarının şiddeti için 10 cm'lik bir vizüel analog skalaya göre ağ-

rı (0=ağrı yok, 10=çok şiddetli ağrı), yorgunluk (0=yok, 10=yorgunluk temel problem), uyku bozukluğu (0=uyku problemi yok, 10=uyku problemi çok belirgin), sabah tutukluğu (0=yok, 10=gün boyu devam eden tutukluk) ve hastalık şiddetinin hasta tarafından genel değerlendirilmesi (0=hayatını hiç etkilemiyor, 10=hastalık çok ciddi boyutta) kullanıldı. Klinik bulguların şiddeti için her hastanın toplam hassas nokta sayısı ve her bir noktanın 0-3 (0=hassasiyet yok, 1=hafif hassasiyet, 2=orta şiddette hassasiyet hasta kendini geri çekiyor) arası hassasiyetinin toplam skorundan oluşan toplam miyaljik skor kaydedildi.

İstatistiksel analizler için iki grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında Students-t testi kullanıldı. Eğitim, medeni ve mesleki durum gibi demografik verilerin karşılaştırılmasında ise çok göz- lü düzlemde ki-kare testi uygulandı. Korelasyonlarda Pearson korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular

Hasta grubunda ortalama yaş 40,46±9,58 yıl ve ortalama hastalık süresi 10,2±8,72 yıldır. Kontrol grubunda ise ortalama yaş 41,65±6,36 yıldır. Hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında yaş ve ailevi durumlar arasında fark yoktu. Ancak FS grubunda eğitim düzeyleri ve çalışan hasta sayısı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 1). Depresyonu olan ve olmayan FS'li hastalar arasında ise fark yoktu.

FS'li 37 hastanın 12'sinde (%32) depresyon tespit edilirken, kontrol grubunda depresyonu olan sadece 2 kişi vardı (%8). FS'li hastalarda depresyon oranı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001).

Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında FS'li hastalarda, sosyal uyum skorunun anlamlı olarak daha kötü olduğu gözlemlendi (p<0,001). Hamilton Anksiyete ve Depresyon Skorları da FS grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p<0,001 ve p<0,01) (Tablo 2).

Depresyonu olan ve olmayan FS hastaları karşılaştırıldığında iki grup arasında ağrı, uyku bozukluğu, yorgunluk, fonksiyonel

Tablo 1: Fibromiyalji sendromu olan hastaların sosyal özelliklerinin kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Fibromiyalji sendromu (n=37)	Kontrol (n=25)	p
Ailevi durum [n (%)]			
Eşiyle yaşıyor	29 (78)	18 (72)	$\chi^2=0,4$ sd=2 p>0,05
Çocukları ile yaşıyor	4 (8)	3 (12)	
Yalnız yaşıyor	5 (14)	4 (16)	
Eğitim durumu [n (%)]			
8 yıl	29 (76)	7 (28)	$\chi^2=13,8$ sd=1 p<0,001
8 yıldan fazla	8 (24)	18 (72)	
Mesleki durumu [n (%)]			
Çalışıyor	15 (41)	21 (84)	$\chi^2= 2,1$ sd=1 p<0,05
Çalışmıyor	22 (59)	4 (16)	

Tablo 2: Fibromiyalji sendromu olan hastaların yaş, sosyal uyum, anksiyete ve depresyon skorlarının kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Fibromiyalji sendromu (n=37)	Kontrol (n=25)	p
Yaş (yıl)	40,46±9,59	41,65±6,36	p>0,05
Sosyal uyum skoru	175,46±152,92	38,46±25,83	p<0,001
Anksiyete skoru	13,32±6,58	7,30±2,68	p<0,001
Depresyon skoru	11,62±6,55	7,55±2,65	p<0,01

yetmezlik, hassas nokta sayısı, total miyaljik skor ve HAQ dizabilite skorları arasında fark yoktu (Tablo 3). Anksiyete ve sosyal uyum skorları depresyonu olan grupta daha yüksek olmakla beraber bu fark anlamlı değildi.

Depresyon, anksiyete dışında herhangi bir klinik değişken ile korelasyon göstermedi ($r=0,51$, $p<0,001$). Sosyal uyumda bozulma ile sabah tutukluğu ($r=0,34$, $p<0,05$) ve miyaljik skor ($r=0,35$, $p<0,05$), miyaljik skor ile uyku bozukluğu ($r=0,35$, $p<0,05$), yorgunlukla hassas nokta ($r=0,32$, $p<0,05$) ve sabah tutukluğu ($r=0,50$, $p<0,01$) arasında pozitif korelasyon vardı. Ayrıca uyku bozukluğu ile yaş ($r=0,39$, $p<0,05$) ve ağrı ($r=0,33$, $p<0,05$) arasında da pozitif korelasyon bulundu.

Sosyal uyum ölçeğinde, kişinin kendince önemsendiği yaşamında değişiklik yaratan ve uyum gerektiren olaylar sorgulandığında hastalar tarafından en sık kişisel hastalık (%30), uyku alışkanlığında (%32) ve parasal durumda değişiklikler (%27), eşin ailesi ile ilgili sorunlar ve eşle tartışma sayısında (%30) artış sıklıklarının işaretlendiğini tespit ettik.

Tartışma

Biz bu çalışmada FS'li hastalarda sosyal uyum, anksiyete ve depresyon skorlarını kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulduk. Ancak depresyon ile FS'nin klinik bulguları ve semptomları arasında ilişki bulamadık.

FS'de depresif hastalık yaygın olmakla birlikte, diğer kronik ağrı sendromlarından depresyon prevalansının yüksek olup olmadığı açık değildir. Bazı çalışmalarda romatoid artrit (RA) ile karşılaştırıldığı zaman FS'de depresyon oranlarının arttığı bulunmuştur (2,6,7,9). Hudson ve ark. (9) FS'li hastalarda majör affektif hastalık ve anksiyete oranını RA'lı hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır. Hudson ve ark.'nın çalışmasında FS'li hastalarda majör affektif hastalık oranı %71, majör depresyon oranı ise %26 olarak tespit edilmiştir. Ahles ve ark. (2) FS'li hastalarda depresyonun kontrollerden anlamlı yüksek olduğunu fakat RA'lı hastalardan farklı olmadığını bildirmişlerdir.

Biz çalışmamızda FS'li hastalarda depresyon oranını %32 olarak tespit ettik. Bu oran kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. FS'li hastalarda kontrole göre daha fazla depresyon gözlenmesinin bir nedeni de depresif hastaların doktora daha çok başvurmaları olabilir. Ancak yapılan çalışmalarda FS'li hastalarda ailede depresyon öyküsü veya yaşam boyu depresif hastalık ge-

çirme oranının sık olduğu ifade edilmiştir (9,14,15). Bu bulgular FS'nin depresif bir hastalık formu olabileceği yorumlarına yol açmıştır (3). Son zamanlarda yayınlanan bir çalışmada Arnold ve ark. (16) FS'li hastaların yakınlarında bipolar bozukluk veya majör depresyon geçirme oranını %32,1 RA'lı hastalarda ise %19,1 olarak bulmuşlardır. Hudson ve ark. (9) ise FS'li hastaların %64'ünde majör affektif hastalık hikayesinin FS'den önce ortaya çıktığını kaydetmişlerdir. Onların çalışmasında da FS'li hastaların birinci derece yakınlarında majör affektif hastalık yüzdesi RA'dan yüksek bulunmuştur. Majör depresyon öyküsünün sıklıkla FS'den önce ortaya çıkması FS'nin bir depresif hastalık formu olmadığını düşündürmektedir. Bu iki durumun birbiriyle çakışması olabilir. Ancak bu iki hastalığın ortaya çıkışında bazı genetik faktörlerin ortak rolü olabilir. Ayrıca FS'li hastaların antidepresan ilaçlara yanıt vermesi de iki hastalık arasında bir ilişkinin varlığını düşündürmektedir. Bununla birlikte bu yanıt depresyonda beklenenden çok daha kısa sürede ve daha düşük dozlarda alınmaktadır (9). Son zamanlarda yapılan çalışmalar antidepresan ilaçların depresyonu olan ve olmayan FS hastalarının semptomlarında benzer iyileşme sağladığını göstermiştir. Bu durum antidepresan etkilerinden ziyade ağrı modülasyonu üzerine olan etkileri ile açıklanabilir (17).

Depresyon FS'ye spesifik olmayıp diğer kronik ağrı sendromlarında da görülebilir. Ancak depresyon ile ağrı arasındaki neden sonuç ilişkisi açık değildir. Hawley ve ark. (18) psikososyal durumun ve özellikle depresyonun ağrıdan sonra hastalık şiddetinin en önemli belirleyicisi olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak FS'de depresyonu tetikleyen ve engelleyen faktörler kesin olarak bilinmediği gibi depresyonun FS'nin kronikliğine ve şiddetine karşı bir reaksiyon olup olmadığı da bilinmemektedir. Biz çalışmamızda depresyonu olan ve olmayan hastalar arasında klinik yakınmalar yönünden fark bulamadık. Bu sonuçlar hassas nokta sayısı ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulan Wolfe ve ark.'nın (19) sonuçlarından farklıdır. Onlar depresyon tanısı için hasta tarafından doldurulan ölçümler kullanmışlardır. Çeliker ve ark. (20) ise FS'li hastalarda depresyonla değil fakat süreklilik anksiyetesi ile ağrı arasında ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Okifuji ve ark. (3) bizimkine benzer şekilde depresyonu olan ve olmayan FS hastalar arasında klinik bulgular yönünden fark bulamamışlardır. Bu durum FS'nin ne psikosomatik, ne de somatiform bir hastalık olmadığını düşündürmektedir. Birlikte bulunduğu ise FS'nin nedeni olmaktan ziyade hastalığın kronik seyrinin bir sonucu olabilir. FS

Tablo 3: Depresyonu olan ve olmayan fibromiyalji sendromlu hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Depresyonu olmayanlar n=25	Depresyonu olanlar n=12	p
Yaş (yıl)	39,44±9,87	43,20±8,66	p>0,05
Sosyal uyum skoru	156,22±159,33	227,40±126,87	p>0,05
Anksiyete skoru	12,26±6,50	16,20±6,25	p>0,05
Ağrı (VAS, cm)	5,96±1,43	5,80±1,69	p>0,05
Uyku (VAS, cm)	4,37±2,34	5,40±1,58	p>0,05
Yorgunluk (VAS, cm)	6,07±2,34	6,90±1,20	p>0,05
Sabah tutukluğu (VAS, cm)	4,25±1,85	5,20±2,30	p>0,05
Hastalık ciddiyeti (VAS, cm)	5,17±2,45	5,78±2,31	p>0,05
Hassas nokta sayısı	17,07±1,57	17,60±1,26	p>0,05
Total miyaljik skor	33,19±6,72	31,60±7,41	p>0,05
HAQ	14,55±9,65	15,40±10,50	p>0,05

VAS: Vizüel analog skala, HAQ: Health Assessment Questionnaire

depresif bir hastalık varyantı olsa idi FS'li hastaların tümünde depresyon olması beklenirdi.

FS ile birlikte olan semptomlar ve psikolojik/psikiyatrik faktörler arasındaki patofizyolojiyi açıklamak güçtür. FS'nin nörofizyolojik ve endokrin temellerine rağmen biyolojik yakınmalar psikolojik değişkenler tarafından arttırılır. FS'li hastalarda ağrı ve depresyon arasındaki bağlantı açık bir bağlantı olmamasına rağmen, depresyon ağrı algısını etkileyebilir. Fakat duyuşsal ağrı üzerine etkili değildir. Giesecke ve ark. (21) primer ve sekonder somatosensoryel korteks, talamus, posterior insula ve serebellum gibi beyindeki ağrı bölgelerindeki aktivite artışı ile depresyon semptomlarının düzeyi arasında anlamlı birliktelik bulamamışlardır. Bununla birlikte depresyonlu FS'li hastalarda beyinde anterior insulada ve amigdalada ek aktivite artışı tespit etmişlerdir. Fakat depresyonlu ve depresyonsuz FS'li hastalar arasındaki farkın anlamlı olmadığını bildirmişlerdir.

Travmatik yaşamsal olaylarla, düşük sosyal uyum, sorunlarla başa çıkmadaki güçlük, yüksek yaşam beklentisi ve kaybetme korkusunun yarattığı stresler FS gibi kronik ağrı ile seyreden hastalıkların gelişiminde rol oynayabilir (1,4,22). Dailey ve ark. (23) RA'lı hastalar ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında FS'li hastalarda günlük minör streslerin seviyesini yüksek bulmuşlardır. Tersine majör streslerin oranı FS'de daha düşüktür. Bizim çalışmamızda depresyon oranı FS'li hastalarda yüksek olmakla beraber ciddi depresyonu olan hasta sayısı azdı. Bununla birlikte FS'li hastalarda anksiyete skorlarının belirgin olarak kontrolden yüksek olması, büyük streslerden çok günlük hayatın küçük streslerinin hastalığın seyrinde ve depresyonun ortaya çıkışında rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

FS gibi kronik hastalıklı kişilerde günlük hayatın sık rastlanan sorunları ve psikolojik sorunlarla başa çıkma yöntemleri çok önemlidir. Ayrıca bu hastalarda ağrı, uyku bozukluğu, fiziksel fonksiyonlarda kısıtlanmanın yarattığı stresler kişinin psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını etkileyebilir. Moris ve ark. (24) kronik yorgunluk sendromu olan hastalarda depresyonun sosyal fonksiyonlarda azalma ile birlikte olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da anlamlılık düzeyine ulaşmamakla birlikte depresif hastalarda sosyal uyum skorları daha kötüydü. Bu durum FS'li hastalarda sosyal problemlerin ve sorunlarla başa çıkmadaki yetersizliğin depresyona zemin oluşturabileceğini düşündürmektedir. Okifuji ve ark. (25) depresyonu olmayan FS'li hastaların aile bireyleriyle olan ilişkilerinde, sosyal aktivitelerinde ve ev dışı aktivitelerinde depresyonu olanlara göre daha iyi performans sergilediklerini kaydetmişlerdir. Biz çalışmamızda FS'li hastaların sosyal uyum skorlarını kontrollerden anlamlı olarak daha kötü bulduk. Ayrıca sosyal uyumdaki bozulma ile sabah tutukluğu ve miyaljik skor arasında pozitif bir korelasyon bulunması sosyal uyum bozukluğu ile klinik yakınmalar arasındaki birlikteliği işaret etmektedir.

Son zamanlarda FS'nin hipofonksiyonel stres sistemleri ve özellikle otonom sinir sistemi ve hipotalamo-pituiter adrenal aksla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (1,16,22). Çalışmalar FS'li hastaların strese karşı düşük sempatoadrenal reaktivite sergilediklerini ortaya koymaktadır. Bu bulgular ağrı sensitivitesi ve sempatik reaktivite arasındaki ters ilişkiyi gösteren çalışmalar ile de uyumludur (1,3,25,26).

FS'li hastaların günlük yaşamsal sorunlarla başa çıkmada sergiledikleri yetersizlikler sosyal aktiviteleri, iş ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Okifuji ve ark. (3) bizim çalışmamızdan farklı olarak depresyonlu FS hastalarının anlamlı olarak yalnız yaşayan hastalar olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak bizim çalışmamızda yalnız yaşayan hasta sayısı oldukça azdı. Ayrıca birileriyle yaşıyor olmak her zaman sosyal destek anlamına gelmemektedir.

Aile bireyleri arasındaki ilişkinin kalitesi önemlidir. Bireyler arası kötü ilişkiler kişide ek stres kaynağı oluşturabilir. Eşler arası sorunlar ve yetersiz sosyal destek, günlük hayatın sorunları ile başa çıkmayı güçleştirebilir ve anksiyeteyi arttırır.

Kronik ağrı, yorgunluk, kas dayanıklılığının azalması, FS'li hastaların çalışma hayatını olumsuz etkileyebilir. Henriksson ve ark. (27) FS'li kadınlarda semptomların mesleki aktiviteler üzerine etkisini araştırdılar. Onların çalışmasında hastaların sadece %40'ı çalışmama nedeni olarak ağrı varlığını göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda kontrol grubunun eğitim düzeyi ve çalışan sayısı daha fazlaydı. Eğitimli hastaların daha yüksek oranda çalışıyor olması doğaldır. FS'li hastaların eğitim düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olmakla beraber çalışma durumları arasında fark yoktu. FS'li hastaların %41'inin çalışan kişiler olması birçok FS hastasının çalışma koşulları düzenlendiğinde işlerini sürdürebileceklerini göstermektedir. Ancak ülkeler arasındaki kültürel ve sosyal sistemlerdeki farklılıklar nedeniyle karşılaştırma yapmak güçtür.

Bizim çalışmamızın sonuçları FS'li hastalarda depresyon oranının arttığını ancak depresyonun klinik bulgularla ilişki olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte sonuçlarımız FS hastalarının önemli sosyal uyum problemi yaşadıklarını da ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar sosyal ve psikolojik faktörlerin, günlük yaşamsal streslerin FS'nin gelişiminde ve seyrinde önemli olabileceğini göstermektedir. FS'li hastaların kognitif ve davranışsal tedaviden, relaksasyon tekniklerinden fayda görmesi de psikososyal faktörlerin rolünü desteklemektedir.

Bu konudaki mevcut çalışmalar ve bizim çalışmamızın sonuçları FS'li hastalarda psikososyal desteğin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ancak psikolojik değişikliklerin hastalığın nedeni mi, yoksa sonucu mu olduğu açık değildir. Bizim çalışmamızın en önemli kısıtlılığı hasta sayısının sınırlı olmasıdır. Hastalığın gelişiminde ve seyrinde psikososyal faktörlerin rolü ile ilgili daha net yorum yapabilmek için daha büyük hasta grupları ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Retfalvi PM, Rosse RB, Deutsch SI. Fibromyalgia: A neuropsychiatric perspective. *J Musculoskel Med* 1997;14:52-61.
2. Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry* 1991;148:1721-6.
3. Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000;27:212-9.
4. Herrmann M, Schölmerich J, Straub RH. Stress and rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:737-63.
5. Reisine S, Fifeild J, Walsh SJ, Feinn R. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? *J Rheumatol* 2000;30:2045-53.
6. Payne TC, Leavitt F, Garron DC, Katz RS, Golde HE, Glickman PB, et al. Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis Rheum* 1982;25:213-7.
7. McBeth J, Silman AJ. The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001;3:157-64.
8. Suhr JA. Neuropsychological impairment in fibromyalgia. Relation to depression, fatigue, and pain. *J Psychosom Res* 1999;47:403-10.
9. Hudson JL, Hudson MS, Pliner LF, Goldeberg DL, Pope HG Jr. Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry* 1985;142:441-6.
10. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
11. Köroğlu E. Z. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanimsal ve sayımsal elkitabı, dördüncü baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
12. Suzuki Y, Sakurai A, Yasuda T, Harai H, Kitamura T, Takahashi K, et

- al. Reliability, validity and standardization of the Japanese version of the Social Adjustment Scale-Self Report. *Psychiatry Clin Neurosciences* 2003;57:441-6.
13. Wolfe F, Pincus T. Data collection in the clinic. *Rheum Dis Clin North Am* 1995;21:321-58.
 14. Korszun A, Young EA, Engleberg NC, Brucksch CB, Greden JF, Crofford LA. Use of actigraphy for monitoring sleep and activity levels in patients with fibromyalgia and depression. *J Psychosom Res* 2002;52:439-43.
 15. Landro NI, Stiles TC, Sletvold H. Memory functioning in patients with primary fibromyalgia and major depression and healthy controls. *J Psychosom Res* 1997;42:297-306.
 16. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004;50:944-52.
 17. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlrreich M, Detke MJ, Iyengar S, et al. A double-blind multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum* 2004;50:2974-84.
 18. Hawley DJ, Wolfe F, Cathey MA. Pain, functional disability, and psychological status: A 12-month study of severity in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1988;15:1551-6.
 19. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheum* 1997;40:1571-9.
 20. Çeliker R, Borman P, Öktem F, Gökçe-Kutsal Y, Başgöze Ö. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to disease severity. *Clin Rheumatol* 1997;16:179-84.
 21. Giesecke T, Clauw DJ, Grant MAB, Williams DA, Gracely RH. The effect of depression and depressive symptomatology on functional MRI of pain processing in patients with fibromyalgia (abstract). American College of Rheumatology Annual Meeting 2003. *Arthritis Rheum* 2003;48(9):S236.
 22. Bradley LA, McKendree-Smith NL. Central nervous system mechanism of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioral and psychologic treatment approaches. *Curr Opin Rheumatol* 2002;14:45-51.
 23. Dailey PA, Bishop GD, Russell IJ, Fletcher EM. Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1990;17:1380-5.
 24. Morris RK, Ahmed M, Wearden AJ, Mullis R, Strickland P, Appleby L, et al. The role of depression in pain, psychophysiological syndromes and medically unexplained symptoms associated with chronic fatigue syndrome. *J Affect Disord* 1999;55:143-8.
 25. Okifuji A, Turk DC. Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002;27:129-41.
 26. Martinez-Lavin M. Fibromyalgia as a sympathetically maintained pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2004;8:385-9.
 27. Henriksson C, Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000;27:1271-6.