



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM/ ANASANAT DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS (TEZSİZ) PROGRAMI**

**FİBROMİYALJİ HASTALARININ DEPRESYON,
ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE UYKU BOZUKLUĞU
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

ESMA KAYA

İSTANBUL, 2020



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM/ ANASANAT DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS (TEZSİZ) PROGRAMI**

**FİBROMİYALJİ HASTALARININ DEPRESYON,
ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE UYKU BOZUKLUĞU
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

**ESMA KAYA
(190132015)**

**Danışman
(Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT)**

İSTANBUL, 2020

BEYAN/ ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağılı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Esmâ Kaya

İmza

TEŐEKKÜR

Lisans eğitimim süresince ve yaptığım çalışma boyunca yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. İtır TARI CÖMERT ve bugünlere gelmemde katkısı olan bütün hocalarıma,

Araştırma yaptığım sürece büyük bir sabır ve özveri ile yardımlarını benden esirgemeyip yanımda olan hayat arkadaşım Mustafa Kaya'ya,

Hayatımın her türlü döneminde bana güvenen ve desteğini sonuna kadar hissettiğim canım annem ve kız kardeşlerim Senanur ile Ayşegül'e,

Yanımda olmasada her an varlığını kalbimde hissettiğim ve bugünlerimi görmeye en çok layık olan babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esmâ Kaya

imza

**FİBROMİYALJİ HASTALARININ DEPRESYON, ANKSİYETE
BOZUKLUĞU VE UYKU BOZUKLUĞU AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ
ESMA KAYA**

ÖZET

Bu araştırmada Fibromiyalji hastaları depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu açısından değerlendirilmektedir. Fibromiyalji sendromu, yaygın kas-iskelet ağrısı ile spesifik anatomik bölgelerde ortaya çıkan hassas noktalarla karakterize kronik ağrı sendromudur. Fibromiyalji hastalarında ortaya çıkan birçok Şikayet sonucunda yapılan fiziki muayene ile laboratuvar testleri sonucunda önemli bir hastalığın bulunamaması, belirtilerin psikolojik kökenli olabileceğini düşündürmektedir. Fibromiyalji hastalarında ortaya çıkan depresyon daha çok kronik ağrıya bağlı olarak gelişmektedir. Kişinin kronik ağrı ya da ağrı ile başa çıkma mekanizmasında eksiklikler olduğu bilinmektedir. Fibromiyalji hastalarının Şikayet ettiği diğer bir hastalık ise anksiyete bozukluğudur. Anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği fibromiyalji hastalarında, daha çok FM belirtileri ile ilişkili fiziksel belirti ile ağrı yoğunluğu daha fazla olmaktadır. Fibromiyalji hastalarında görülen uyku bozukluğunda ise, uykunun kalitesiz oluşu, dinlendirmeyen uyku, sabah sertliği ile yorgunluk gibi belirtilerle karakterize olmaktadır.

Araştırma literatürde bulunan bilgilerin taranması sonucunda toplanıp, incelendikten sonra derlenmesi ile gerçekleşmiştir. Öncelikli olarak fibromiyalji sendromu kavramı kapsamlı bir Şekilde taranmıştır. Sonrasında depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu ile ilgili bilgiler derlenerek sunulmuştur.

Araştırmanın sonucunda ise fibromiyalji sendromunun sadece yaygın vücut ağrıları ile seyreden bir ağrı bozukluğu olmayıp, psikolojik öncüllerinde fibromiyaljiyi etkilediği bulunmuştur. Fibromiyalji hastalarına eşlik eden depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğunun hastalığın gelişiminde ve ilerlemesinde ciddi bir faktör olduğu elde edilmiştir.

Anahtar kelimeler: fibromiyalji sendromu, depresyon, anksiyete bozukluğu, uyku bozukluğu.

**EVALUATION OF FIBROMIALGIA PATIENTS IN
TERMS OF DEPRESSION, ANXIETY DISORDERS AND SLEEP
DISORDERS
ESMA KAYA**

ABSTRACT

In this study, fibromyalgia patients are evaluated in terms of depression, anxiety and sleep disorder. Fibromyalgia syndrome is a chronic pain syndrome characterized by diffuse musculoskeletal pain and tender points that occur in specific anatomical areas. The absence of an important disease in the physical examination and laboratory tests performed as a result of many complaints in fibromyalgia patients suggests that the symptoms may be psychological. Depression that occurs in patients with fibromyalgia develops mostly due to chronic pain. It is known that the person has deficiencies in the mechanism of coping with chronic pain or pain. Another disease that fibromyalgia patients complain about is anxiety disorder. In patients with fibromyalgia accompanied by anxiety disorder, the physical symptoms associated with FM symptoms and the pain intensity are higher. Sleep disorders in patients with fibromyalgia are characterized by poor quality sleep, restless sleep, morning stiffness and fatigue.

The research was carried out after collecting and reviewing the information in the literature. First of all, the concept of fibromyalgia syndrome was reviewed comprehensively, and afterwards information on depression, anxiety disorder and sleep disorder was compiled and presented.

As a result of the research, it has been found that fibromyalgia syndrome is not only a pain disorder with widespread body pain, and affects fibromyalgia in its psychological premises. It has been shown that depression, anxiety and sleep disorder accompanying fibromyalgia patients are serious factors in the development and progression of the disease.

Key words: fibromyalgia syndrome, depression, anxiety disorders, sleep disorders.

ÖNSÖZ

Son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıkça karşılaşılan, yaygın ağrı semptomları ve yorgunluk ile karakterize olan fibromiyalji sendromu dikkatle ele alınan hastalıklardan biridir. Fibromiyalji sendromunda hastalara somatik yakınmaların yanı sıra birçok psikolojik semptom da eşlik etmektedir. Var olan bu psikiyatrik bozukluklar fibromiyalji hastalarının günlük hayatlarının olumsuz bir şekilde etkilenmesine ve çeşitli zorluklar karşısında başa çıkma becerilerini kullanamamasına neden olabilir. Bundan dolayı araştırmanın amacı fibromiyalji hastalarının depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu açısından değerlendirilmesini içermektedir.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----------|
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT..... | vi |
| ÖNSÖZ..... | vii |
| KISALTMALAR..... | xi |
| GİRİŞ..... | 1 |
| 1.FİBROMİYALJİ SENDROMU (FMS)..... | 3 |
| 1.1. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN TARİHÇESİ..... | 3 |
| 1.2. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN TANIMI ve SINIFLANDIRMASI..... | 4 |
| 1.3. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ..... | 6 |
| 1.4. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN ETİYOLOJİSİ..... | 7 |
| 1.4.1. Biyolojik Faktörler..... | 8 |
| 1.4.2. Psikolojik Faktörler..... | 10 |
| 1.5. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA KLİNİK BELİRTİLER..... | 12 |
| 1.6. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA AYIRICI TANILAR..... | 13 |
| 1.7. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA PROGNOZ..... | 13 |
| 1.8. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA TEDAVİ..... | 14 |
| 1.8.1.Farmakolojik Tedavi..... | 15 |
| 1.8.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler..... | 16 |
| 1.9. FİBROMİYALJİ SENDROMUNA İLİŞKİN YAPILAN ÇALIŞMALAR..... | 20 |
| 2. DEPRESYON..... | 22 |
| 2.1. DEPRESYONUN TARİHÇESİ..... | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2. DEPRESYONUN TANIMI..... | 24 |
| 2.3. DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ..... | 25 |
| 2.4. DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİ..... | 27 |
| 2.4.1. Biyolojik Faktörler..... | 27 |
| 2.4.2. Genetik Faktörler..... | 29 |
| 2.4.3. Psikososyal Faktörler..... | 30 |
| 2.5. DEPRESYONDA KLİNİK BELİRTİLER..... | 32 |
| 2.6. DEPRESYONUN DSM 5 TANI KRİTERLERİ..... | 33 |
| 2.7. DEPRESYONUN ALT TİPLERİ..... | 34 |
| 2.8. DEPRESYONA İLİŞKİN PSİKOLOJİK KURAMLAR..... | 35 |
| 2.8.1. Psikanalitik Yaklaşım..... | 35 |
| 2.8.2. Davranışçı Yaklaşım..... | 36 |
| 2.8.3. Bilişsel Yaklaşım..... | 37 |
| 2.8.4. Kişilerarası Yaklaşım..... | 38 |
| 2.9. DEPRESYON TEDAVİSİ..... | 39 |
| 2.9.1. İlaç Tedavisi..... | 39 |
| 2.9.2. Psikoterapiler..... | 40 |
| 3. ANKSİYETE BOZUKLUĞU..... | 42 |
| 3.1. ANKSİYETENİN TANIMI..... | 42 |
| 3.2. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ..... | 43 |
| 3.3. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ..... | 44 |
| 3.3.1. Biyolojik Faktörler..... | 45 |
| 3.3.2. Genetik Faktörler..... | 46 |
| 3.3.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları..... | 46 |
| 3.4. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN KLİNİK BELİRTİLERİ..... | 47 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN DSM 5 TANI KRİTERLERİ..... | 48 |
| 3.6. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN ALT TİPLERİ..... | 49 |
| 3.7. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNA İLİŞKİN PSİKOLOJİK KURAMLAR..... | 49 |
| 3.7.1. Psikanalitik Yaklaşım..... | 49 |
| 3.7.2. Davranışçı Yaklaşım..... | 50 |
| 3.7.3. Bilişsel Yaklaşım..... | 51 |
| 3.8. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ..... | 52 |
| 3.8.1. İlaç Tedavisi..... | 52 |
| 3.8.2. Bilişsel Terapi..... | 53 |
| 3.8.3. Davranışçı Teknikler..... | 54 |
| 4.UYKU BOZUKLUĞU..... | 55 |
| 4.1. UYKUNUN TARİHÇESİ..... | 55 |
| 4.2. UYKUNUN TANIMI..... | 57 |
| 4.3. UYKUNUN FİZYOLOJİSİ..... | 58 |
| 4.4. SİRKADİYEN RİTİM..... | 60 |
| 4.5. UYKUNUN EVRELERİ..... | 61 |
| 4.6. UYKU BOZUKLUĞU..... | 64 |
| 4.7. UYKU BOZUKLUĞUNDA SINIFLANDIRMA..... | 65 |
| 4.8. UYKU BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ..... | 66 |
| 4.8.1. Farmakolojik Tedavi..... | 66 |
| 4.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi..... | 67 |
| 4.8.3 Uyku Hijyeni..... | 67 |
| SONUÇ..... | 70 |
| KAYNAKÇA..... | 75 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 95 |

KISALTMALAR

| | |
|-------------|--|
| FMS | Fibromiyalji Sendromu |
| FM | Fibromiyalji |
| ACR | Amerikan Romatoloji Derneği |
| AMA | Amerikan Tıp Birliği |
| FDA | Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi |
| EMDR | Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme |
| TENS | Transkutanöz Elektriksek Sinir Stimülasyonu |
| BDT | Bilişsel Davranışçı Terapi |
| REM | Rapid Eye Movement, Hızlı Göz Hareketi |
| NREM | Non REM, Yavaş Dalga Uykusu |

GİRİŞ

Fibromiyalji sendromu, yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ile kendini gösteren, parestezi, yorgunluk gibi semptomların simetrik bir yayılımla eşlik ettiği ve ağrılı hassas noktaların mevcut olduğu kronik gidişatlı bir hastalıktır (Özçetin, 2014). Fibromiyalji hastalarında çoğunlukla anksiyete, yorgunluk, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, İrritabl Barsak Sendromu (İBS), depresyon ile uyku bozuklukları gibi yakınmalar ortaya çıkmaktadır. Fibromiyalji sendromuyla birliktelik gösteren bu belirtiler, teşhis konulan hastalarda özellikle titiz bir şekilde sorgulanması gerekmektedir (González, Elorza ve Failde, 2010). Fibromiyaljinin prevalansı %2-8 arasında değişmekle birlikte, prevalans yaş ile artmaktadır. Yapılan çalışmaların sonucunda, kadın cinsiyeti, sosyoekonomik seviye ile eğitim seviyesinin düşük olması hastalık riskini çoğaltmaktadır. Aynı zamanda 40-60 yaş arasında sık görülürken, kadınlarda erkeklere göre çok daha fazla ortaya çıkmaktadır (Özçetin, 2014).

Fibromiyalji sendromunun etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte; nöroendokrin transmitter, uyku sisteminde değişiklikler, büyüme hormonu ile kortizol seviyesindeki değişiklikler dikkate alındığında hastalığın otonom ve nöroendokrin kökenli olduğu sanılmaktadır (Jahan vd., 2012).

Fibromiyaljide etiyolojinin tam olarak bilinmemesi, hastanın ağrısı anlatırken aşırı ifadeler kullanması, fiziki muayane sırasında hassas nokta dışında farklı bir bulgunun bulunmaması ve patofizyolojik açıklama ile gerçeğin uyuşmaması bu hastalıkta psikolojik faktörlerin önemli bir payı olduğunu düşündürmektedir (Erçalık, 2005).

Fibromiyalji hastalarında ortaya çıkan psikosoyal sıkıntı (distres) ile psikiyatrik bozukluklar kişinin davranışını ciddi düzeyde etkileyen faktörlerdendir. Bu hastaların yaşam boyu psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda mevcut olduğu ve hastalık ortaya çıkmadan önce de psikiyatrik bozuklukların varlığı bilinmektedir (Hudson vd., 1985).

Fibromiyalji teşhisi olan hastaların %26'sında major depresyon görülürken, %71'inde ise major duygudurum bozukluğuna rastlanmaktadır (Hudson vd., 1992).

Fibromiyalji teşhisi alan kadın hastalarda, Fibromiyalji teşhisi olmayan kadınlara göre depresif belirtiler 3 kat fazla ortaya çıkmaktadır (Raphael vd., 2006). Ortaya çıkan bu sonuç, cinsiyet hormonları ile sempatik sistemdeki değişik aktivitelerin neden olduğu ağrı eşliğindeki farklılıklar ile açıklanmaktadır (Carter vd., 2002). Aynı zamanda hastanın deneyimlediği ağrı süresi çoğaldıkça depresif semptomların çoğaldığı da açıklanmaktadır (Madenci vd., 2006).

Fibromiyaljili hastalarda sıkça karşılaşılan psikiyatrik belirtilerden biri olan anksiyetenin; fibromiyalji teşhisi olan hastalarda görülme sıklığı %31 oranında iken, toplumdaki genel görülme sıklığı %4 oranındadır. Bu hastalarda sedanter yaşam biçiminin olduğu ve fiziksel faaliyetlerin azaldığı bilinmektedir (Mcdowell, Cook ve Herring, 2017).

Fibromiyalji hastalarına sıklıkla eşlik eden bir diğer psikiyatrik rahatsızlık ise uyku bozukluğudur. Halsizlik, katılık, yaygın kronik ağrı, sabah yorgunluğu ile halsizlik en çok karşılaşılan semptomlardır. Fibromiyalji hastalarının %80'inde uyku bozukluğuna rastlanmaktadır. Kronik ağrı, yorgunluk, bilişsel disfonksiyon ve uyku bozukluğunun birbirleriyle bağlantılı olduğu savunulmaktadır (Balbaloğlu, 2018).

Fibromiyalji sendromu kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve çoğunlukla da hastalığa psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Birliktelik gösteren bu psikiyatrik tanılar fibromiyaljinin gelişimini, şiddetini ve seyrini değiştirmektedir. Bu çalışmada fibromiyalji hastalarında ortaya çıkan depresyon, anksiyete bozukluğu ile uyku bozukluğu açısından değerlendirilmesi yönünde bilgiler sunulmuştur.

1. FİBROMİYALJİ SENDROMU (FMS)

1.1. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN TARİHÇESİ

Bir hastalığın geçmişi bizlere klinik, patofizyolojik ve terapötik bakış açısı olarak ilginç veriler sağlamaktadır. Herhangi bir sebebi olmayan kas-iskelet sistemi ağrıları ve bu ağrıların oluşum nedenlerine ilişkin açıklamalar Avrupa literatüründe 16'ncı yüzyılın sonlarına kadar uzanmaktadır. 17. Yüzyılda yaşanan kas ağrıları "kas romatizması" olarak isimlendirilirken, 18. yüzyılda ise bu kavramın yerini "nörasteni" almaktadır (İnanıcı ve Yunus, 2004). Meydana gelen bu hastalığın romatizmal olduğunu ve bu hastalığa kaslarda ağrılı olan noktalarla birlikte görüldüğünü ilk defa Froriep tarafından 1843 yılında açıklanmaktadır (Özçetin, 2014).

1904'te Sir William Gowers "fibrozit" kavramı ile tıp literatürüne katkı sağlamaktadır (Dönmez ve Erdoğan, 2009). Nörolog Sir William Gowers ortaya çıkan kas ağrısı ve romatizmanın fibröz doku iltihaplanmasından dolayı meydana geldiğini ileri sürerken, aynı zamanda Stockman'ın fibröz dokuda gerçekleşen farklılıkları belirtmesiyle de, Gowers'ın görüşleri desteklenmektedir (Henriksson ve Bengtsson, 1991). Fibrozit terimi organik bir patoloji var olmadığı halde birçok noktada ortaya çıkan hem bölgesel hem de kas-iskelet sistemi ağrılarını açıklamak için kullanılmaktadır (Erçalık, 2005). Aynı zamanda psikojen romatizma, miyofibrozitis, non-artiküler romatizma ve yumuşak doku romatizması gibi terimler bu hastalığın tanımlanmasında sıklıkla ifade edilmektedir (Boissevain ve McCain, 1991).

1950 yıllarında, Lewis ve Kellegren hastalarda gelişen psikolojik durumları araştırmaya başlarken, 1968'de ise Trout, fibromiyaljiyi sendrom olarak tanımlayıp, bu hastalığın öğelerinin; yorgunluk, yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, uyku bozukluğu ile tendonlarda hassasiyet olarak olarak açıklamaktadır (Özçetin, 2014; Wolfe vd., 1995).

Fibromiyalji sendromu'nun tanı kriterlerinin oluşumuna Smythe ve Moldofsky'nin araştırmaları katkı sağlamaktadır. 1970'li yıllarda güncel fibromiyalji

sendromu'nun temelini oluşturarak, "-itis" ekinin manası olan kas yapısındaki iltihaptan ziyade kas ağrısı anlamına gelen "-alji" eki kullanılarak "Fibrositis" yerine "Fibromiyalji" olarak kullanılmaya başlanmaktadır. Bunun nedeni, Symthe ve Moldofsky bu hastaların periferik iltihaplanması olmayıp, yağın kas-iskelet sistemi ağrıları ve hassas ağrı noktalarına sahip olduğunu savunmaktadır (Clauw, 2009). 1976 yılında ise Hench tarafından fibromiyalji sendromu terimi ilk kez kullanılmaktadır (Özçetin, 2014).

Yunus ve arkadaşları 1981'de fibromiyalji ile ilgili ilk klinik çalışmaları yaparak, bu hastalığın semptom ve hassas nokta geçerliliğini ölçerek FMS tanı kriterlerin oluşumuna katkı sağlamaktadır. American College of Rheumatology (ACR) tarafından sürdürülen çalışmalarla 1990 yılında tanı kriterleri netleşerek, 1992 yılında da Dünya Sağlık Örgütü fibromiyalji sendromu (FMS) olarak tanımaktadır. 1990 yılından bu yana tanı kriterlerinin doğrulanması amacıyla birçok çalışma yürütülerek, bu kriterlerin standardizasyonu sağlanmaktadır (İnanıcı ve Yunus, 2004).

1.2. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN TANIMI VE SINIFLANDIRMASI

Fibromiyalji kelime olarak Latince'de fibro-doku ve Yunanca myo-kas ile algos-agrı kelimelerinden oluşmaktadır (Yavuz, 2017). Fibromiyalji sendromu kronik ve yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı ile kendini gösteren, yorgunluk, anksiyete, uyku düzensizliği, depresyon, irritabl bağırsak sendromu ve baş ağrısı gibi belirtilerin eşlik ettiği, hassas nokta olarak nitelendirilen belli başlı anatomik bölgelerde hassasiyetin çok fazla hissedildiği romatizmal bir hastalıktır. Hastalar genellikle hissettikleri ağrıyı; sızlama, yanma, kemirme ve acıma olarak tanımlayabilmektedir (Wolfe vd., 1990). Bu semptomların yanı sıra hastalar bel,kol, diz ve boyun ağrılarından da sıklıkla şikayet etmektedir (Demirdağ, 2009). Aynı zamanda fibromiyalji hastaları yetersiz dikkat süresi, konsantre olamama, zayıflaşan sözel akıcılık, düşünme ve karar verme mekanizmalarında problemler gibi bilişsel alanda da çeşitli zorluklar yaşamaktadır (McNett vd., 2011).

Bütün bu semptomların yanı sıra, tanı koymak için radyolojik bulgu ve laboratuvar verilerinin yetersiz olması, FMS'nin patofizyolojisinin açıklanamaması,

hem hastalar hem de klinisyenler için bu durumun anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Fakat yapılan araştırmalara göre, Merkezi Sinir Sistemi (MSS), hastalığın kökeninde önemli bir yer tutmaktadır. Burada ortaya çıkan ve gittikçe artan ağrı işleme sürecinin hassas noktalara neden olduğu düşünülmektedir (Harris ve Clauw, 2008).

Yunus ve arkadaşları tarafından fibromiyalji sendromu ile ilgili ilk klinik araştırma gerçekleştirilip, bu hastalığın belirtileri ve hassas noktalarının geçerliliğini ölçerek tanı kriterleri ortaya konmaktadır (İnanıcı ve Yunus, 2004). Ortaya çıkan gelişmelerin sonucundan, semptomların gerçek bir rahatsızlığın işareti olarak kabul edilip, çeşitli fiziksel patolojilere sebep olduğu Amerikan Tıp Birliği (AMA) tarafından kabul edilmektedir (Rosenzweig ve Thomas, 2009). Smythe ve Yunus'unda aralarında bulunduğu 25 araştırmacı fibromiyalji kriterlerini geliştirerek 1990 yılında Amerikan Romatoloji Birliği (The American College of Rheumatology -ACR) tarafından kriterler yayınlanmaktadır (Wolfe vd., 1990).

1990 Fibromiyalji Sınıflandırma Kriterleri

1- Tüm vücutta yaygın ağrı öyküsü olması gerekmektedir. Hastada bu ağrılar vücudunun hem sağ, hem de sol yarısında, üst ve alt ekstremiteler ile omurga ağrısı olarak bulunmaktadır.

2- En az 3 ay devam eden kronik ağrı olmaktadır.

3- Fiziki muayene sonucunda 18 hassas noktanın 11'inde ya da daha fazlasında 4 kilogramlık basınç karşısında hassasiyet hissetmesi gerekmektedir (Jahan vd., 2012).

ACR tarafından yayınlanan bu sınıflandırma kriterlerinin zamanla tanı kriteri olarak kullanılması bazı problemlere neden olmaktadır. FMS tanısı konulduktan sonra birinci adımda hassas nokta sayısı seyrek bir şekilde değerlendirilip, çoğunlukla da doğru biçimde yapılmamaktadır (Fitzcharles ve Boulos, 2003).

ACR 1990 kriterlerinin tekrardan ele alınmasının nedenlerinden birincisi, bu sendromun semptomaya dayalı olarak tanı koyulması, ikincisi ise yorgunluk, bilişsel işlevler ile somatik belirtilerin öneminin ACR tarafından çok fazla dikkate alınmaması ve son olarak iyileşme gösteren ve ya semptomlarında azalma olan hastalarda ACR kriterleri ile hastalıklarının tanımı örtüşmemektedir. Bu nedenlerden

dolayı 2010 yılında tanı kriterleri revize edilerek yayınlandı. 2010 tanı kriterlerinde, hastanın yakındığı ağrıyı detaylı bir biçimde sorgulama ve yakınmaların şiddetine dikkat edilmektedir (Wolfe vd., 2010).

2010 Fibromiyalji Sınıflandırma Kriterleri

1. Yaygın ağrı indeksinin 7 ya da üzeri ile semptom şiddet skorunun 5 ya da üzeri olması ve ya yaygın ağrı indeksinin 3-6 arası ile semptom şiddet skorunun 9 ya da üzerinde olması gerekmektedir.
2. Semptomların en az 3 aydır benzer düzeyde mevcut olması beklenmektedir.
3. Hastanın şikayetlerini açıklayan başka bir rahatsızlığının olmaması gerekmektedir (Wolfe vd., 2011).

Fibromiyalji sendromunda klinik belirtilerin fazlalığı, tedaviye verilen yanıtların değişken olması ve hasta uyumundan dolayı bazı araştırmacılar bu hastalığın alt gruplara ayrılması gerektiğini vurgulamaktadır (Özkan, 2015). FMS, primer ve sekonder olmak üzere iki ana grup halinde incelenmektedir. Primer FMS' de hastanın ağrısını tetikleyen organik bir sebep yokken, Sekonder FMS' de bağ doku hasarı ya da romatizmal belirtilerin varlığı altta yatan başka bir hastalık olduğunu düşündürmektedir (Arnold, 2010). Çocuklarda FMS, 16 yaşın altında başladığı takdirde juvenil olarak adlandırılmaktadır (Demirdağ, 2009).

1.3. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Kas-iskelet sistemi ağrıları mevcut popülasyonda çok sık karşılaşılan bir durum olmasına rağmen, üzerinde çalışılması zor olmaktadır. Hastalar sürekli olan yaygın ağrıyı ve yakınmaların ilk ortaya çıkış zamanını net bir şekilde hatırlamadıklarından dolayı, sendromun sıklığını belirlemek de güçleşmektedir. Bu gibi zorluklardan dolayı hastalığın yaygınlığının belirtilmesi epidemiyolojik çalışmalara fayda sağlamaktadır (McBeth ve Jones, 2007).

Fibromiyalji hastalarının semptom ve bulgularının çeşitli olması klinik açıdan farklı tanımlar almasına neden olmaktadır. Böylece ortaya çıkan yaygınlık oranları tam olarak gerçek verileri yansıtmamaktadır (Özkan, Yıldız ve Köklükaya, 2012). Fakat

fibromiyalji sendromunun yaygınlığı ile ilgili güncel birçok araştırma literatürde bulunmaktadır. 2017 yılında Marques ve arkadaşları fibromiyaljinin yaygınlığı ile ilgili 2005 ile 2014 yıllarını kapsayan bir meta-analiz çalışması yapmaktadır. Bu çalışmaya göre; fibromiyalji sendromunun genel popülasyonda yaygınlığının oranı %0.2 ile 6.6 arasında iken, kentsel yerlerde %0.7 ile 11.4 arasında, kırsal kesimde %0.1 ile 5.2 arasında ve özel popülasyonda ise %0.6 ile 15 arasındadır. Dünya popülasyonunda fibromiyalji yaygınlığının en az görüldüğü yer Venezuela iken, en çok görüldüğü yer ise Amerikadır (Marques vd., 2017).

FMS’de cinsiyete bağlı olarak yaygınlık oranları değişiklik göstermektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonucunda bu oran, kadınlarda %4.2, erkeklerde %1.4 ve yetişkinlerde ise %2’dir. Kadınlarda ortaya çıkma olasılığının erkeklere oranla 3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Queiroz, 2013; Wolfe vd., 1995). Aynı zamanda kadınların erkeklere göre ağırlı uyaranlara karşı daha tepkisel olup ve hassas nokta sayısının fazla olmasından dolayı cinsiyete göre yaygınlık oranı etkilenmektedir (Özçetin, 2014).

Fibromiyalji sendromu 14 ile 84 yaş aralığında görülmekle birlikte en sık 35 ile 50 yaş aralığını etkilemektedir (Wolfe vd., 1995). Türkiye’de Topbaş ve arkadaşları tarafından 2005 yılında Trabzon’da yapılan ve 20-64 yaş aralığını kapsayan çalışmanın sonucuna göre, genel FMS oranı %3.6 olup, 20-29 yaş arasında %0.9 iken, %10.1 ile en fazla 50-59 yaş aralığında görülmektedir (Topbaş vd., 2005). Ayrıca Samsun’da 12-18 yaş arası çocuklarla yapılan bir çalışmanın sonucuna göre prevalansın %5.5 olduğu belirtilmektedir (Durmaz vd., 2013).

Fibromiyalji hastaları belirti ve bulgularından dolayı en çok romatoloji kliniklerine başvuruda bulunmaktadır. Bu hastaların %5-6’sı genel polikliniklere başvururken, %10-20’si ise romatoloji polikliniklerine gitmektedir (McBeth ve Jones, 2007).

Epidemiyolojik çalışmaların sonucuna göre hastalığın görülme oranını; kadın olmak, düşük eğitim seviyesi, boşanmış olma, düşük aile geliri, orta yaş ve engelli olma gibi özellikler arttırmaktadır (Mäkelä ve Heliövaara, 1991).

1.4. FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN ETİYOLOJİSİ

Fibromiyalji sendromunun etiyolojisi yapılan çalışmalara rağmen net bir Şekilde bilinmemekte ve bu hastalığın arka planında çok fazla faktörün rol aldığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu faktörlerin arasında, nöroendokrin disfonksiyonlar, santral kas sistemi ve duyarlılık ile ilgili biyokimyasal anormallikler, otonom sinir sistemi, periferik sinir sistemi, immünolojik faktörler, uyku bozuklukları, fiziksel travma, cerrahi müdahaleler, enfeksiyonlar, biyolojik aminlerin miktarında azalma, genetik yatkınlıklar, bazı virüsler (Lyme hastalığı, Ebstein Barr Virüs, Parvovirüs) ile travmatik yaşantılar, psikolojik ya da fiziksel Şiddet, boşanma, mesleki stres, mükemmeliyetçilik gibi akut ve ya kronik duygusal yaşantılar olabilmektedir (Bellato vd., 2012; Özkan, 2017).

1.4.1. Biyolojik Faktörler

FMS'nin etiyolojisine santral teoriler, periferik teoriler ile immunolojik teoriler biyolojik faktörler olarak katkıda bulunmaktadır. Biyolojik faktörler; uyku bozuklukları, ağrı modülasyon bozuklukları, santral sinir sisteminde değişiklikler, periferik doku anormallikleri, nöroendokrin işlev bozuklukları, immünolojik bozukluklar, kas fonksiyon bozuklukları, fiziksel travma, kortizol seviyesinde değişiklikler, bazı virüs çeşitlerini ve genetik yatkınlığı içermektedir (Koca, 2015; Erşan vd., 2014).

Fibromiyaljide genetik yatkınlık ele alındığında, FM'li hastaların birinci derece yakın aile üyelerinde FM görülme riski diğer kişilere göre sekiz kat daha fazladır. Ayrıca bu birinci derece yakın kişilerin kronik ağrı ve hassasiyet yaşamaları da beklenmektedir (Arnold vd., 2004). Pellegrino ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise FM'li hastaların ailelerinde sıklığın %52 oranında bulunması hastalığın güçlü bir aile öyküsünü ortaya çıkartmaktadır (Pellegrino, Waylonis ve Sommer, 1989).

FMS hastalarında uyku bozukluğu sıklıkla görülmesine rağmen bazı araştırmacılar fibromiyalji belirtileriyle ilişkisinin az olduğunu belirtmektedir (Clauw, 2009). Moldofsky ve arkadaşları tarafından fibromiyalji hastalarında yapılan ilk uyku çalışmaları sonucunda hastaların EEG paternlerinde alfa dalgalarında anormalliklere rastlanmaktadır. Aynı zamanda hastalarda oluşan kas-iskelet sistemi

ağrıları ve hassasiyetinin NREM uykusundaki bozulmalar ile artabileceği belirtilmektedir (Moldofsky, 1975). Fakat ortaya çıkan bu sonuçlar sadece FMS'ye ait olmamakla birlikte depresyon ya da diğer kronik ağrı sendromlarında da görülebilmektedir (MacFarlane vd., 1996). Fibromiyalji hastalarının bir kısmı rahatlatmayan ve dinlendirici olmayan uykudan muzdariptir (Gür, 2008).

Nöroendokrin işlev bozuklukları, fibromiyaljinin etiyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Anksiyete bozuklukları, ağrı ve depresyon gibi bozukluklarda serotoninin etkinliği bilinmektedir. Fibromiyalji hastalarının beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin, norepinefrin ve dopamin düzeyleri azalırken, glutamat ve substans P düzeylerinde artış olduğu bilinmektedir. Psikolojik stres karşısında P maddesi salınımı ile glutamatın yüksek, serotonin düzeyinin yeterli olmaması FMS'li hastaların ağrıyı anormal olarak algılamasına neden olmaktadır (Nampiaparampil ve Shmerling, 2004).

Periferik ağrı mekanizmasında yaşanan ağrı ve hassasiyet araştırmacıların kas dokusundaki anormallikler üzerine çalışmasına neden olmaktadır. Yapılan birçok kontrollü çalışmaların sonucunda da hastaların kas patolojilerinin normal olduğu, histopatolojik ve ağrıyla ilgili serotonin, galanin ve P maddesi de normal düzeyde bulunmaktadır (Simms, 1998).

Fiziksel travmalar, Lyme hastalığı, Hepatit C ve parovirüs gibi enfeksiyon hastalıkları, duygusal stres kaynakları gibi çevresel faktörler fibromiyalji sendromunun tetiklenmesine katkı sağlamaktadır. Hastaların yaşadığı lokal ağrılı yaşantılar veya bağışıklık sistemi problemleri FMS ile ilgili olabilmektedir (Richards ve Gross, 2000).

Savaşlar, endüstriyel kazalar, doğal ya da insan eliyle yapılan afetler, terör saldırıları gibi olaylara şahit olan bireyler ile FM ya da kronik yorgunluk sendromu tanısı alan bireylerde bedensel belirti açısından benzerlik görülebilmektedir. Bu kişilerin korku ve kaygıyı hissetmesinin yanı sıra fibromiyalji, migren, kronik yorgunluk sendromu ya da huzursuz barsak sendromu tanısı alabilmektedir (Clauw, 2003).

Bazı araştırmaların sonucuna göre hava durumunun değişkenlik göstermesi ile fibromiyalji hastalarının ağrı şiddetinde farklılıklar ortaya çıktığı gösterilmektedir (Yunus vd., 1981). Hagglund ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise hava durumu ile birlikte ağrı ve diğer belirgin şikayetler arasında ilişkiye rastlanmaktadır. Ayrıca düşük atmosfer basıncı, nem oranı, düşük sıcaklık gibi hava durumu değişkenleri hastanın işlevselliğinin daha fazla düşmesine neden olmaktadır (Hagglund vd., 1994).

1.4.2. Psikolojik Faktörler

Fibromiyaljinin etiyolojisine dair yapılan araştırmalar sonucunda elle tutulur bir patofizyolojinin ve hastanın semptomuna ait muayane ve laboratuvar bulgusunda herhangi bir bozukluğun olmaması, doktor ve araştırmacılar tarafından hastalığın psikolojik kökenli olabileceği görüşü ortaya atılmaktadır (Aaron vd., 1996). FM ile psikolojik disfonksiyonların ilişkisini inceleyen araştırmalara göre, fibromiyalji sendromu ile psikojenik nevrozlar, kişilik bozuklukları ve psikojenik ağrı arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Gr, 2008).

Psikiyatrik bozukluklar ve psikososyal distres, fibromiyalji hastalarının davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Birtakım araştırmaların sonucuna göre, psikiyatrik hastalıklar fibromiyalji sendromunun gelişiminde rol oynamaktadır. Bununla birlikte fibromiyalji hastalarında psikiyatrik bozukluklar yaşam boyunca yüksek oranda bulunurken, FM başlamadan önce de psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı bilinmektedir (Güleç, Sayar ve Güleç, 2007).

Bohn ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre fibromiyalji tanısı almış 117 hastanın çocukluk ve ergenlik çağında , %20.5’inde duygusal kötüye kullanma, %8.6’sında fiziksel kötüye kullanma, %12.8’inde cinsel taciz, %25.6’sında duygusal ihmal ve %12’sinde ise fiziksel ihmal ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu 117 hastanın %46.2’sinde olası bir dissosiasyon bozukluğu, %95.7’sinde somatoform bozukluğu ile %73.5’inde olası bir depresif bozukluk beklenmektedir (Bohn vd., 2013).

Fibromiyalji hastalarında depresyon, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozuklukları ile birlikte psikiyatrik semptomlarda artış görülürken, belirtilerin artmasında çocukluk ağı travmaları ile ebeveyn eksikliği önemli bir yer tutmaktadır

(Erşan vd., 2014). FM’de depresyonun yaygınlığı %62-86 oranında olup, en fazla eşlik eden psikiyatrik hastalık olduğu bilinmektedir (Gracely, Ceko ve Bushnell, 2012). Araştırmacıların bazıları fibromiyalji ile depresyon arasında neden-sonuç bağlantısı kurarken, diğer araştırmacılar ise fibromiyalji ile depresyonun benzer spektrumdan geldiğini iddia ederek neden-sonuç bağlantısı olmadığını vurgulamaktadır (Hudson vd., 1985).

Çocukluk çağı istismarı, cinsel taciz, boşanma, fiziksel ve psikolojik şiddet, ayrılma gibi akut ya da kronik stres kaynakları fibromiyaljinin tetiklenmesine neden olmaktadır (Gupta vd., 2007). Weissbecker ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar, ihmal ve istismarın neden olduğu HPA gibi nöroendokrin düzensizliğinin yetişkinlikte görülen FM ile ilgili olabileceği sonucu ortaya çıkmaktadır (Weissbecker vd., 2006).

Hauser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucunda hastaların %66’sında fibromiyaljinin belirtileri başlamadan önce, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) belirtileri oluşurken, bu durumun travmatik yaşantılarla birliktelik gösterdiği, %30’unda ilk olarak FMS semptomlarının başladığı ve %4’lük kısımda ise fibromiyalji semptomları ile travma sonrası stres bozukluğunun semptomlarının aynı sene içinde başladığı gösterilmektedir. Bu hastalar çoğunlukla TSSB’nin başlangıcı ile ilk ağrı oluşum zamanını ayırtedememektedir. Genelde bireylerde ağrıya neden olan ve olmayan travmatik durumlardan sonra TSSB olmaktadır. Bunun sonucunda stres ağrıdan önce kendini göstermektedir (Häuser vd., 2013).

Fibromiyalji hastalarının kişilik özellikleri ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Araştırmaların sonucunda genel olarak bu kişiler; fazla mükemmeliyetçi, alektimi, psikastenî, yüksek saldırganlık, nörotizm, yansızlık, anlaşılabilirlik, sebat etme ve kendini yönetmenin düşük düzeyde olması ve yüksek şekilde zarardan kaçınma özellikleri ile tanımlanmaktadır (Özçetin, 2014).

Son olarak fibromiyaljinin etiolojisinde payı olan diğer bir etken ise; iş ortamlarında istenmeyen birtakım olaylarla karşı karşıya kalmaktır. Harkness ve arkadaşlarının iş yerinde yaşanan psikolojik strese dair yaptıkları çalışmanın sonucunda; bireye karşı iş arkadaşlarının yeterli sosyal destek göstermemesi, işin

monotonluğu ve iş memnuniyetsizliği gibi faktörler kronik ağrının başlamasına neden olmaktadır (Bradley, 2009).

1.5. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA KLİNİK BELİRTİLER

Fibromiyalji sendromunun en dominant özelliği kronik ağrının varlığı ile bu duruma uyku bozuklukları, yorgunluk, baş dönmesi, bilişsel bozukluklar (dikkat ve hafıza problemleri, konsantrasyon sorunları), depresyon ile kaygı bozuklukları gibi birçok belirtinin eşlik etmesiyle FMS tanım skalası genişlemektedir (Wilson, Robinson ve Türk, 2009). FMS tanısı hastadan açık ve net bir biçimde alınan anamnez ile detaylı fiziki muayene sonrasında doktor tarafından rahatlıkla konulabilmektedir. Tanı için 1990 ACR kriterleri kullanılmaktadır (Wolfe vd., 1990).

FM hastalarında ortaya çıkan en önemli belirti kas-iskelet sistemi ağrılarıdır. Doktora başvuru nedenleri arasında başı çekmektedir. Hastalar ağrıyı vücutlarının hem sağında hem solunda, hem alt hem üst ekstremiteler ile aksiyal iskelette hissetmektedir. Geniş bir alana yayılan ağrı genellikle boyun, sırt, bel, omuz, göğsün ön tarafı, kalça ve dizlerde hissedilirken, hasta tarafından sızlayıcı, batıcı, kemirici ve yanıcı olarak tanımlanmaktadır. Ağrının şiddeti gün içinde değişmekle birlikte her zaman olup, ortadan tamamen kaybolmamaktadır. Artmış fiziksel aktivite, düşük sıcaklık ve nemli hava, yumuşak doku hasarları, cerrahi durumlar, uykusuzluk, uzun araba seyahatleri ile mental yorgunlukta ağrı şikayetinin artmasına neden olmaktadır (Bennett, 2009).

Ağrının yanı sıra bir diğer önemli belirti de dinlenme halindeki yaygın sertlik, başka bir ifadeyle tutukluktur. Fibromiyalji hastalarındaki bu tutukluk özellikle sabah saatlerinde daha yoğun olup, tüm gün sürebilmektedir (Clark vd., 1985). Vücutta fonksiyonel bir kayba neden olmamaktadır. FM'de görülen tutukluğun prevalansı bazı çalışmaların sonucuna göre %75-85 arasındayken, OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials) bu sıklığı %91 olarak belirtmektedir (Bennett, 2009).

Hastaların %50'sinde yumuşak doku şişliği hissi bulunurken, genellikle kişiler şişlik hissini ekstremitelerde yaşamaktadır. Sabah saatlerinde daha çok olduğuna dair yakınmalar mevcut olup, hastalar kolaylıkla yumruk yapamadığını dile

getirmektedirler. Artiküler ve ya non-artiküler yerleşim göstermektedirler. Fibromiyalji de objektif bir şişlik bulunmamaktadır (Yunus vd., 1981).

Migren ve migren harici baş ağrılarının sıklığı fibromiyalji hastalarında %28-58 oranında değişmektedir. İrritabl kolon sendromu gibi gastrointestinal problemler %34-53 arasında görülürken, Raynaud fenomeni ise %30 oranında bildirilmektedir. Sikka, dismenore, huzursuz bacak sendromu, tinnitus ve kadın üretral sendromu gibi semptomlarda görülmektedir (Boissevain ve McCain, 1991).

Fibromiyalji hastaları genel olarak mükemmeliyetçi, huzursuz, agresif ve kendini ifade etmede problem yaşamaktadır. Bu hastalarda çökkün duygudurum ve somatizasyonda sıklıkla görülmektedir. Depresyon, anksiyete gibi bulgular hastaların %30-40'ında bulunmaktadır (Yunus vd., 1981).

Hafıza ve dikkat problemleri, zihinsel bozukluklar, konsantrasyon zorluğu ile konuşma bozukluğu gibi bilişsel işlevlerde de FMS hastaları zorluklar yaşamaktadır. Bu bilişsel işlevler hastalığın şiddeti ile bağlantılıdır. Bu durumları ifade etmek için, zihinsel fonksiyonların sis perdesinde olması anlamına gelen "fibrofog" kavramı kullanılmaktadır. Başka bir deyişle, olayları sis perdesi arkasından izlemektir (Mannerkorpi ve Iversen, 2003).

1.6. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA AYIRICI TANI

Fibromiyalji hastalarına tanı koyulurken eksiksiz bir öykü ve fiziki muayene önem taşımaktadır. Hastalar klinik bulgularına göre tanıyı alırken, laboratuvar tetkikleri ile görüntüleme yöntemleri diğer hastalıkları dışlamak için kullanılmaktadır (Arnold vd., 2011).

Ağrı yaygın ve kronik seyirli ilerlediği için Sjögren sendromu, D vitamini, miyozit, hipotiroidizm gibi çeşitli hastalıklarla karıştırılabilmektedir. Aynı zamanda kronik yorgunluk sendromu, romatoid artrit, miyofasiyal ağrı sendromu (MAS), sistemik lupus eritematozus ile osteoartrit gibi romatizmal hastalıklar da ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir (Yunus, 2002; Yunus, 2007).

1.7. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA PROGNOZ

FMS, bireyin günlük rutinini ve yaşam kalitesini ciddi derecede etkilemektedir. Hastalığın doğal gidişatı, uzun süreli ve kronik yaygın bir ağrı olmasıdır. Erken teşhis, yüksek eğitim düzeyi, genç yaş ile düzenli egzersiz yapma fibromiyaljinin prognozunu olumlu yönde etkilerken, şiddetli ağrı, çok sayıda anatomik bölgeyi kapsamaması, depresyon, kaygı gibi psikolojik bozuklukların birlikteliği kötü prognoz olarak bilinmektedir (Felson ve Goldenberg, 1986).

Fibromiyaljinin belirtileri genelde inişli çıkışlı olarak yaşam boyunca devam etmektedir. Bazı kişilerde belirtiler yaşam kalitesini çok etkilemezken, bazı kişilerde ise sürekli ve şiddetli bulgular sebebiyle yaşam kalitesinde düşüş görülmektedir. Hastaların %33'ü şikayetleri nedeniyle iş değişikliği yaparken, %22'si ise emekli olmaktadır (Henriksson, 1994).

Romatoid artritli hastalar ile fibromiyalji hastalarının karşılaştırıldığı çalışmalarda kişilerin yaşam kaliteleri, fiziksel özürlülük haricinde iki hastalıkta da eşit seviyede etkilenmektedir (Martinez-Lavin, 2004). Wolfe ve arkadaşları tarafından 1604 fibromiyalji hastasıyla yaptıkları çalışmanın sonucuna göre %64 oranıyla işe devamlılık olup, yüksek oranda ise özürlülük ile iş kaybı saptanmaktadır. Çalışmaların büyük bir kısmı FMS'nin kronik ve tekrarlayıcı olduğunu belirtmektedir (Wolfe vd., 1997).

Prognoz bakımından araştırmacıların üç konuda fikir birliği vardır:

1. Remittan-İntermittan: Belirtiler kaybolabilir ya da seyrek olarak tekrarlamaktadır.
2. Fluktüasyon gösteren: Belirtiler tamamen kaybolmayıp, arada bir hafifleyerek tekrardan şiddetlenmektedir.
3. Progresif: Belirtiler zamanla şiddetlenmektedir (Wolfe vd., 1990).

1.8. FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA TEDAVİ

Fibromiyalji sendromunda etiyoloji ve fizyopatoloji tam olarak açıklanamayıp, şikayetlerin kişiden kişiye göre değişiklik göstermesinden dolayı tedavi yöntemlerini belirlemede zorluklarla karşılaşmaktadır. Hastada tek bir tedavi yöntemi kullanılarak başarı sağlanamamaktadır (Bennett, 1996). FMS tedavisi kişiye

özel, multidisipliner, hastanın tedavi boyunca aktif olduğu, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin kombinasyonunu içeren; hastanın şikayetlerinin yoğunluğuna ve özelliklerine özgü bir tedavi planını kapsamaktadır. Multidisipliner tedavi yöntemi ile hastalarda oluşan hüsrana, yetersizlik hissi ve öfke gibi duyguların yerini öz yeterlilik ile cevap alma gibi olumlu fikirlere bırakması amaçlanmaktadır. Bazı araştırmaların sonucuna göre öz yeterliliği yüksek olan kişilerin uygulanan tedaviye daha iyi cevap verdikleri bilinmektedir (Sarzi-Puttini, 2008). Aynı zamanda tedavi ekibinde romatolog ve rehabilitasyon uzmanının dışında, psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, endokrinolog, fizyoterapist ve diyetisyen gibi profesyonel sağlık çalışanlarının olması yürütülen tedaviye katkı sağlamaktadır (Bennett, 1996).

Fibromiyalji sendromunda ilaçların etki gücü tedavide yeterli gelmemektedir. Bu nedenle farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi şeklinde uygulanmaktadır. Hastalara uygulanan bu iki tedavi yönteminin içerisinde; ilaçla tedavi, fiziksel egzersiz, bilişsel davranışçı terapi (BDT), biyofeedback, akupunktur ve hasta eğitimi gibi uygulamalar bulunmaktadır (Kavakçı vd., 2010).

1.8.1. Farmakolojik Tedavi

Bazı araştırmaların sonucunda fibromiyalji sendromunun ilaçla etkin bir biçimde tedavi edilebileceği ortaya konmaktadır. Ancak hastalara uygulanan tedavilerde genellikle kullanılan ilacın yan etkisinden veya kişilerin ilacın yan etkisine karşı gösterdiği tolerans nedeniyle tedavi hasta tarafından yarım bırakılmakta ya da devamı olmamaktadır. Bunlara ek olarak, ilaç tedavisinden görülen olumlu etkide zamanla tedavi yarıda bırakıldığı için ortadan kalkmaktadır (Glombiewski vd., 2010).

Farmakolojik tedavinin birinci adımı, doğru tanı koyulduktan sonra depresyon, uyku bozukluğu ve anksiyete gibi eşlik eden diğer hastalıkların tespitini içermektedir. Diğer bir adım ise hastada ilaca karşı ortaya çıkabilecek intoleransı dikkate alarak düşük doz ya da tek bir ilaç kullanımı önerilmektedir. Hastanın belirti ve bulgularına göre farmakolojik tedaviyi oluşturmak en yararlı metot olarak gösterilmektedir. Fibromiyalji hastalarında etkinliği ispatlanan ilaçlar; trisiklik

antidepresanlar (TSA), serotonin norepinefrin gerialım inhibitörleri (SNRI), selektif serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI) ve antikonvülzanlardır (Goldenberg, Burckhardt ve Crofford, 2004).

FMS'nin tedavisinde en çok antidepresanlar kullanılmaktadır. Serotonin ve dopamin düzeyindeki dengesizliklerin hastalarda yorgunluk ile bilişsel işlevlerde bozulmayla ilişkili olduğu bilinmektedir (Aşkın ve Özkan, 2017). Fibromiyalji tedavisinde biyolojik sistem üzerinde etkisi olan antidepresan ilaçlar neticesinde psikiyatri alanına olan itina artmakta ve hastalıkta psikolojik etmenler önem kazanmaktadır (Winfield, 2000).

Trisiklik antidepresanlar (TSA) fibromiyalji tedavisinde üzerinde çalışılan ilk ilaç grubudur. Bu ilaçlar MSS'de norepinefrin ve serotonin yoğunluğunun artmasını sağlayarak ağrı sinyalini azaltmayı hedeflemektedir. Duklosetin, amitriptilin ve milnasipran en çok kullanılan antidepresan ilaçlarıdır. Özellikle amitriptilin tedavisi, fibromiyalji hastalarının yaygın ağrı ile uyku bozukluklarında ciddi derece iyileşme görülmektedir (Aşkın ve Özkan, 2017).

SSRI'ların yapılan çalışmalar sonucunda fibromiyalji sendromunun tedavisinde etkin olduğu ispatlansada, TSA'ların SSRI'lardan daha etkili olduğu bilinmektedir. SNRI ise bilişsel işlev, uyku, anksiyete ve dikkat üzerindeki serotonin ve norepinefrinin geri alımını engellemektedir. Araştırmalara göre fibromiyalji hastalarının belirtilerinin azalmasında SNRI'lar SSRI'lara göre etkili olurken, yan etki görülme riskinin daha fazla olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu yan etkiler; ağız kuruluğu, baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı, terleme, uyuyamama ve yorgunluktur. Hastaların yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakma oranı %21'dir (Sindel, Saral ve Esmailzadeh, 2012).

2007 yılında kullanım için FDA'dan (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) izin alan ve ilaç tedavisinde ilk seçenek olarak tavsiye edilen pregabalinin uyku bozukluğunu, ağrı ve yorgunluğu iyileştirip, yaşam standartını yükselttiği görülmektedir. En çok sersemlik ve uyku hali gibi yan etkiler görülmektedir (Sindel, Saral ve Esmailzadeh, 2012).

1.8.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Fibromiyalji sendromunun ilaç dışı tedavisi; hastalara eğitim, egzersiz, bilişsel davranışçı terapiler, hipnoterapi, akupunktur ile farklı alternatif tedavi şekillerini kapsamaktadır.

Eğitim: FMS'nin tedavisinde hastayı, hastalığı hakkında bilgilendirilip, yaşam stilinde değişiklikler yapılması ve uygulanan tedavi şekilleri hakkında eğitim verilmesi gerekmektedir. Farklı tedavi teknikleri ile birlikte eğitimin de dahil edildiği gruplarda düzelme ve gelişmenin daha fazla olduğu görülmektedir (Rooks vd., 2007). Hastanın bilgi birikim düzeyi ile iş birliği kurması tedavinin ilerlemesi açısından önem verilen noktalardır. Fibromiyalji tedavisinde eğitimin amacı, hastanın kendi denetimini ve özyeterliliğini geliştirerek belirtilerin alevlenme döneminde bile kişiye başa çıkabilme becerisini kazandırmaktır (Mannerkorpi ve Iversen, 2003). Fibromiyaljide verilen eğitim ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı az olmasına karşın hastalara verilen eğitim sayesinde şikayetlerde azalma olduğu görülmektedir (Mannerkorpi ve Henriksson, 2007).

Rooks ve arkadaşlarının tedavide eğitimin rolünü araştırmak amacıyla 207 fibromiyalji hastasıyla yaptıkları çalışmada hastaları dört gruba ayırdıktan sonra, birinci gruba aerobik ile germe egzersizi, ikinci gruba aerobik, germe-güçlendirme egzersizi, üçüncü gruba sadece eğitim ve dördüncü gruba ise aerobik, germe-güçlendirme egzersizi ile eğitim bir arada uygulanmaktadır. Sadece bir tedavi yönteminin uygulandığı diğer gruplara göre tedaviye en iyi cevap dördüncü grup tarafından verilmektedir. Yapılan çalışmanın sonucunda ise egzersizin fiziksel fonksiyonlarda daha fazla iyileşmeye neden olduğu ancak eğitiminde dahil olduğu multidisipliner yaklaşımla tedavinin etkililiğinin arttığı ifade edilmektedir (Rooks vd., 2007).

Egzersiz: Fibromiyalji tedavisinde, farmakolojik olmayan yöntemler arasında egzersiz önemli bir yer tutmaktadır. FMS hastalarının yaşadıkları yaygın ağrı ve yorgunluk nedeniyle hareketlerinde kısıtlılıklar meydana gelmektedir. Bu durum hastaların fiziksel uyumlarını azaltıp, daha hızlı şekilde yorulmalarını tetiklemektedir. Hastaların büyük bir kısmı sedanter yaşam biçimini benimsediklerinden dolayı, kardiyorespiratuvar uyumluluğu ortalamasının altında kalmaktadır. Aynı zamanda bu kişilerin ağrı işleme merkezindeki bozukluklar

nedeniyle, egzersiz sırasında ya da sonrasında oluşabilecek kas-iskelet sistemindeki travmalar duyusal girdiyi daha fazla arttırarak bu dönüşüme olumsuz yönde katkı sağlamaktadır. Bu hastalar sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında iş yapabilme kapasitelerinde %80 azalma olduğu görülmektedir (Lund vd., 2003).

Fibromiyaljide egzersiz tedavisinin amacı hastanın kaybettiği kondisyonunu geri kazandırmak, duruş bozukluğunu düzeltmek, stresin azalmasını ve dayanıklılığın ise artmasını sağlamaktır (Sindel, Saral ve Esmacilzadeh, 2012). Fakat fibromiyalji hastaları çoğunlukla ilk aşamada ağrının fazla olması ve motivasyon eksikliğinden dolayı egzersizi bırakmaktadır. Bundan dolayı egzersiz programı hazırlanırken hastanın bireysel özellikleri dikkate alınarak, kapasitesine göre ve kişiyi yormayan bir düzen gerekmektedir. Hastanın süreklilik sağlayamayacağı bir egzersiz yerine uzun vadede ve devamlı olan bir program oluşturulması hastalığın gidişatına olumlu katkılar sağlamaktadır (Dönmez ve Erdoğan, 2009). Hafif ve orta seviyede, seviyenin yavaş yavaş yükseltildiği, haftada iki-üç kez, 30-60 dk. ve minimum 10 haftalık egzersiz programı hastada kısa zamanda bile olumlu etkiler görülmektedir (Busch vd., 2007). Aynı zamanda egzersiz programında yapılan kademeli artış sonucunda hastanın kendine olan güveni artmaktadır (Dönmez ve Erdoğan, 2009).

Evde yapılan egzersiz çalışmaları yerine gözetim altında ve daha profesyonel şekilde yapılan egzersiz ile hastanın uyum düzeyi artarak daha iyi sonuçlara ulaşılmaktadır. Hastanın uyumunu bozan etkenler; fiziksel kapasitenin yeterli olmaması, depresyon, stres, özyeterlilik seviyesinin düşük olması, ağrının çoğalması ve sosyal engeller gibi faktörleri kapsamaktadır (Kurtais, Kutlay ve Ergin, 2006). Fibromiyalji tedavisinde faydalanabilecek diğer egzersizler çeşitleri; dans, germe ve güçlendirme egzersizleri, bisiklet, havuz egzersizleri, yürüme ve tüm vücut aerobik egzersizlerini içermektedir (Zinnuroğlu, 2007).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Fibromiyalji sendromunda yaşanan kronik ağrı sosyal yaşam, ev ve iş ortamlarında birtakım işlevsizliklere neden olup, iş kaybı ve faaliyetlere katılımı azaltarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bundan dolayı kronik ağrıdan muzdarip kişilere özellikle travma sonrası stres bozukluğu, psikoz, depresif bozukluklar, kişilik bozuklukları ve somatoform bozukluklar gibi psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir (Tütüncü ve Günay, 2011).

Kronik ağrısı olan bireylerde genellikle ağrı ile ilgili çarpıtılmış düşünce ve işlevsiz davranışlar, ağrı algısında kişisel farklılıklar, ağrıya eğilimli kişilik özellikleri, ağrıya ilişkin yanlış başa çıkma yöntemleri, aleksitimitik kişilik örüntüsü, şiddetli öfkenin bastırılması ve hastalıkla ilgili hatalı bilişsel şemalar gibi psikolojik faktörler bulunmaktadır (Tütüncü ve Günay, 2011).

BDT'nin fibromiyalji hastalarını tedavi etmede etkin olduğu ile ilgili önemli çalışmalar literatürde yer almaktadır (Zinnuroğlu, 2007). Bilişsel davranışçı tedavinin FMS hastalarında ağrının şiddeti ile ağrıya başedilme işlevini kazanma, emosyonel distres ve günlük rutini kontrol edebilme açısından etkili olduğu bilinmektedir. Uygulanan terapi ile hastanın deneyimlerine karşı verdiği tepki ile baş etme becerilerini iyileştirme, çözüm odaklı düşünceleri daha faydalı hale getirme, günlük yaşam etkinliklerinde ağrıya mücadeleyi öğretmeyi hedeflemektedir (Özkan, 2017). Ayrıca kronik ağrı yaşayan hastaların ağrı yoğunluğunu azaltma ve bedensel işlevselliğini iyileştirmede farklı davranışsal yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar progresif kas gevşetme, imajinasyon, diyafram solunumu, otojenik ve düşünceyle gevşeme gibi yöntemleri kapsamaktadır (Tütüncü ve Günay, 2011).

Terapide kullanılan başka bir teknik ise; bireyin kendisine zor gelen, strese neden olan tecrübe ve duygularını konuşarak veya yazarak seans süresince açığa çıkarmayı hedeflemektedir. Bu teknik ile ilgili ilk çalışmalar sağlıklı bireyler üzerinde yapılırken, yakın zamanda ise bilhassa sürekli ağrısı olan bireyleri içine alan klinik popülasyon üzerine yapılmaktadır. Yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, düşünce ve duygularını bir kağıda dökerek açığa çıkartan fibromiyalji hastalarının birkaç ay sonrasında ağrı ve başka belirtilerinde azalma meydana gelmektedir (Lumley vd., 2011).

Bilişsel davranışçı terapinin dışında kullanılan diğer bir yöntem ise EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)'dir. Başlangıçta EMDR psikolojik travma yaşamış kişiler için geliştirilmiş olsa da, fibromiyalji sendromu ile nörobiyolojik benzerlik gösterdiği için kronik ağrı tedavisinde de kullanılmaktadır. Psikodinamik, danışan yönelimli, bilişsel ve davranışsal yaklaşımın unsurlarını bir araya getirmektedir. Mazzola ve arkadaşları tarafından fibromiyalji hastalarında yapılan EMDR çalışmasının sonucuna göre, bu kişilerin yakınmalarında belli bir

iyileşme, yaşam kalitesinde artış, kullanılan toplam ilaç miktarında düşüş ile depresyon ve anksiyete puanlarında azalma olduğu görülmektedir (Mazzola vd., 2009).

Farmakolojik olmayan diğer tedavi yöntemleri ise; sinir uçlarının elektrik ile uyarımı (TENS), masaj, akupunktur, diyet, hipnoterapi, fizik tedavi, biofeedback, hidroterapi ve ılık su banyolarını kapsamaktadır (Zinnuroğlu, 2007).

1.9. FİBROMİYALJİ SENDROMUNA İLİŞKİN YAPILAN ÇALIŞMALAR

Fibromiyalji sendromunun etiyolojisi ve ortaya çıkışını içeren çok sayıda ve değişik alanlarda araştırmaların olduğu bilinmektedir. Tıp fakültelerinin Romatoloji bölümlerinde ilk olarak çalışmaların olduğu bilinirken, daha sonra Psikiyatri alanında da çalışmaların çoğaldığı görülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise fibromiyalji sendromuyla birliktelik gösteren anksiyete, depresyon ve stres gibi psikolojik etmenlerle olan bağlantısı araştırılmaktadır. Aynı zamanda antidepresan ilaçların fibromiyaljinin tedavisinde kullanılmasından dolayı psikiyatrik çalışmaların ivme kazandığı görülmektedir (Koç, 2017).

Arnold ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, FMS tanısına eşlik eden psikolojik bozuklukların mevcut olduğu ve hastalığa dair klinik yorumun ise psikiyatrinin de koordinasyonu ile birlikte multidisipliner bir yaklaşımla mümkün olabileceğini vurgulamaktadır (Arnold vd., 2008).

Epstein ve arkadaşları tarafından 73 fibromiyalji hastasının dahil edildiği çalışmada, FMS'yle birliktelik gösteren psikolojik değişkenler ile psikiyatrik bozukluklar araştırılmaktadır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre bu hastalarda majör depresyon ve panik bozukluğun sıklığı yüksek bulunmaktadır. Fobi, hipokondriyazis ve distimi de birliktelik göstermektedir (Epstein vd., 1999).

Fietta ve arkadaşlarının 49 fibromiyalji hastasıyla yaptığı çalışmada, kişilik özellikleriyle ilişkili değişkenlerin ruhsal kırılgnlıkla bağlantılı olduğu, kişilik bozukluklarının ise nadiren görüldüğünü bildirmektedir. Kontrol grubuyla yapılan karşılaştırmanın sonucunda, %80 oranında depresyon görülürken, %63.8 oranında anksiyete bozuklukları görülmektedir (Fietta ve Manganelli, 2007).

Rubin hastaların öykülerini incelediğinde özellikle kişiyi etkileyen cinsel istismar ya da başka travmaların yaşanması, fizyolojik ve gelişimsel manada ağrıya karşı hassasiyetin artmasına neden olmaktadır (Rubin, 2005).

Porter-Moffitt ile arkadaşlarının kronik ağrı belirtilerini kapsayan 7 değişik hastalık grubuyla yaptığı çalışmada, fibromiyalji grubu fiziksel ve işlevsellik yönünden en fazla sıkıntının olduğu ağrı gruplarından biridir. Aynı zamanda psikososyal kriter açısından en çok zorluğun yine bu grupta olduğu belirtilmektedir (Porter-Moffitt, 2006).

Prins ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonucuna göre, fibromiyaljili kadın hastalar sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında cinsel istek ve tatmine özgü sorunları sıkça belirttikleri, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında vücutlarında daha çok ağrı hissederken, genital organlarında ise hissizlik yaşamaktadır. Kişinin yaşadığı zihinsel acı ve zorlukların cinsel yaşamı etkileyen ciddi bir etmen olduğu da bilinmektedir (Prins vd., 2006).

Orellana ve arkadaşları fibromiyalji sendromu ile birliktelik gösteren depresif ruh halinin cinsel istek ve uyarılma üzerinde etkin olup, bu düşüştten mesul olabileceğini söylemektedir. Sözü edilen cinsel döngü olduğunda, kişinin psikolojik gidişatı fizyolojik durumuna göre daha fazla etkilenmektedir (Orellana vd., 2008).

Kaya ve arkadaşları fibromiyalji hastalarında ruhsal etmenlerin önemli bir payı olduğunu düşündükleri için kişilik özellikleri ile aleksitimik yapının bu hastalıktaki etkisini bulmayı amaçlamaktadır. Yapılan çalışmanın sonucunda, fibromiyalji hastaları kontrol grubuna göre daha aleksitimik ve depresif duygudurumuna sahiptir (Kaya vd., 2010).

Tüzün ve arkadaşlarının fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesine yönelik yaptığı çalışmada, miyofasiyal ağrı sendromu hastaları ile fibromiyalji hastalarının karşılaşmasının neticesinde, huzursuzluk, gastrointestinal problemler, yorgunluk ile uyku problemleri fibromiyaljili hastalarda anlamlı olarak daha fazla bulunmaktadır (Tüzün vd., 2004).

Dicle Üniversitesinde genç fibromiyaljili kadın hastaların klinik ile sosyodemografik özelliklerini belirlemek için yapılan çalışmanın sonucuna göre, en

çok karşılaşılan belirtiler; yaygın ağrı (%100), yorgunluk (%95.1), deride hassasiyet (%91.4), baş ağrısı (%98.7) ve uyku bozukluklarını (%91.3) kapsamaktadır. Ayrıca ev hanımlarında daha çok fibromiyalji sendromuna rastlanmaktadır (Nas vd., 2001).

Yücel, kişide ağrının oluşması ve kronikleşmeye başlamasından sonra evlilik içerisinde bazı değişimlere neden olabileceğini belirtip, evlilik birliğinde görevlerin değişmesiyle birlikte çiftlerin iletişim şeklini ağrı üzerinden gerçekleştireceğini savunmaktadır (Yücel, 2000).

Tedavi modellerini temel alan uzmanlık tezinde, fibromiyalji teşhisi koyulan yetişkin bireylere TENS tedavisine ek olarak hasta eğitimi ile bilişsel davranışçı terapi uygulanmaktadır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre TENS tedavisi ağrı üstünde etkin olurken, BDT ve hasta eğitimi ise depresyon, ağrı ve yaşam kalitesi gibi faktörlerin üzerinde etkili olmaktadır (Erçalık, 2005).

Başka bir doktora tezinde ise, farklı egzersiz yöntemlerinin fiziksel ve psikolojik değişkenler üzerinde olan etkisi araştırılmaktadır. Çalışmanın sonucuna göre, havuz ve jimnastik egzersiz etkinliklerinin fibromiyalji hastalarında hem fiziksel hem de psikolojik açıdan olumlu sonuçları bulunmaktadır (Sevimli, 2007).

2. DEPRESYON

2.1. DEPRESYONUN TARİHÇESİ

Depresyon ve depresyona benzeyen diğer ruhsal bozukluklarla ilgili gözlem ve kanıtların tarihçesi eski çağlara kadar uzanmaktadır. Güncel yaşamımızda depresyon olarak tanınan ruhsal bozukluğa ait ilk yazılı belgeler M.Ö. 2. milenyumda Mezopotamya'da bulunmaktadır. Bu belgelerde depresyonun fiziksel bir rahatsızlıktansa ruhsal bir rahatsızlık olduğu anlatılmaktadır. Aynı zamanda depresyonu, kişide bulunan şeytan ele geçirdikten sonra oluştuğu ve doktor yerine hastalarla rahiplerin ilgilendiği belirtilmektedir. Eski Yunan, Babil, Mısır, Çin ve Roma gibi birçok medeniyette şeytan ile kötü ruhlardan dolayı depresyonun ortaya çıktığı düşüncesi görülmektedir. Fiziksel kısıtlamalar, açlık ve dayak gibi fiziksel şiddet içeren yöntemlerle depresyon tedavi edilmeye çalışılmaktadır (Schimelpfening, 2019).

Eski Yunan'da tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat'ın çalışmaları günümüze kadar gelmektedir. Hipokrat, insanların vücutlarında bulunan kan, sarı safra, lenf sıvısı ve kara safra (melankoli) olarak adlandırılan 4 beden sıvısının duygularla bağlantılı olduğunu savunmaktadır. Lenf sıvısı ve kara safranın bu çerçevede melankoli, mani ve paranoya sebep olduğu iddia edilmektedir. Gelecek zamanlarda da Galen tıbbında melankoli tanımı kullanılmaya devam edilmektedir (Tuğrul, 2015).

1621 yılında Robert Burton'un yazmış olduğu "Melankolinin Anatomisi" adlı eserde, depresyon hastalarının düşünce, duygu ve yaşadığı sıkıntıları anlatmaktadır (Kuehner, 2003). 1854 yılında Falret, depresyon hastalarının zaman zaman taşkınlık gösterip, sonrasında ise tekrar depresif periyoda döndüğünü gözlemledikten sonra, bu tabloyu "dalgalanan delilik" (la folie circulaire) olarak adlandırmaktadır. 1882 yılında Kahlbaum, mani ve melankoli epizodlarını aynı hastalığın farklı görülme şekilleri olarak tanımlamaktadır. Bu durumun hafif belirtili haline ise "Siklotimi" denmektedir. Baillarger depresyonun farklı mizaç ve düşünce bozukluklarının sonucunda oluştuğunu ileri sürerek, bu hastalığa "folie a double forme" olarak isimlendirmektedir. 19. yüzyılda ise Alman psikiyatri ekolü psikolojik bozuklukların sınıflandırılması için çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Kraepelin günümüzün depresyonunu "manik depresif hastalık" ve "involüsyonel depresyon" şeklinde belirtip ve "dementia praecox" ile ayrımını net bir biçimde yapmaktadır. Kraepelin'e göre depresyonun nedenleri biyolojik faktörlere bağlı olup, depresyon ile manik depresif belirtiler aynı hastalığın iki uç halini oluşturmaktadır (Uğur, 2008). Daha sonraki zamanlarda ise İslam dünyası depresyona özgü birçok çalışmasıyla bilime katkı sağlamaktadır (Şimşek, 2014).

1917 yılında yayınlanan "Yas ve Melankoli" adlı eserinde Freud, depresyon semptomları ile yas sürecindeki semptomların birbirine olan benzerliğine dikkat çekip, hayal veya gerçek kaybedilen sevgi nesnesine hissedilen ikili (ambivalans) duygulara karşı farkındalık uyandırmaktadır. Freud, kişinin yoğun yaşadığı öfkeyi kendine yönlendirmesi sonucunda da depresyonun ortaya çıktığını savunmaktadır. Bu dönemde şiddetli depresyona yönelik yapılan tedavilerin yetersizliğinden dolayı, yeni yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. 1950-1960'lı yıllarda beyin ile kimyası

hakkında elde edilen bilgi ve birikimin çoğalmasıyla birlikte depresyonun fiziksel ve ruhsal bir sorun olarak çözüme ulaştırılması amaçlanmaktadır (Desmet, 2013). 20. yüzyıl psikiyatri dünyasında ise kuramların depresyona karşı değişik bir perspektif ile yaklaşımlarının yanında beyin biyokimyası, ilaç tedavisinde yenilikler, genetik ve elektrofizyolojik çalışmalar farklı bir soluk kazandırmaktadır (Gül ve Karlıdağ, 2012).

2.2. DEPRESYONUN TANIMI

Depresyon kelimesi Latince ‘‘depressus’’tan köken almaktadır. Donuklaştırıp durgunlaştırmak, meyus etmek, bitkin, kederli, gamlı gibi anlamları içermektedir. Fransızca’dan İngilizceye ‘‘depression’’ olarak geçmiş bu kelime, Latince’de ‘‘de primere’’ yani aşağıya doğru bastırmak anlamına gelen kelimedenden türetilmektedir. Türkçe’de ise sözlük anlamı ‘‘çökkünlük’’ olarak geçmektedir. Depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlere bağlı olarak meydana gelen duygudurum bozukluğudur. Genel olarak yaşamdan zevk alamama, durgunluk, derin üzüntü ve keder duyma, konuşma ve harekette azalma, değersizlik, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyon eksikliği yaşama, karamsarlık, sosyal hayattan soyutlanma ve fizyolojik fonksiyonlarda azalma gibi semptomları içermektedir (Najman vd., 2000).

Sağlıklı olma durumunu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında ‘‘fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam olarak iyi olma hali’’ şeklinde tanımlamaktadır (Bolsoy ve Sevil, 2006). Ancak depresyonda olan kişinin kendisi, çevresi ve dünya ile ilgili düşüncelerin bozulmasıyla günlük etkinliklerinde negatif duygu, düşünce ve davranışlara neden olmaktadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Depresyonun yineleyen ve kronik olmasından dolayı kişinin yaşam kalitesini sekteye uğratmaktadır. Kişide var olan kronik hastalığın tedavisinde depresyon hastanın uyum sürecini etkilemektedir (Örsel, 2004).

Dünya’da yaklaşık olarak 450 milyon kişi davranışsal ve ruhsal problemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Yaşam boyunca dört kişiden biri ise bu hastalıklarla baş etmektedir. Ayrıca hastaların muzdarip olduğu psikiyatrik hastalıklar toplum bünyesinde ekonomik, psikolojik ve sosyal sıkıntılara neden olmasının yanı sıra, fiziksel hastalık tehlikesini de çoğaltmaktadır (WHO, 2004). Dünya Sağlık

Örgütü'nün 2003 yılında yayınladığı rapora göre, depresyonun psikiyatrik hastalıklar arasında en ciddi problem olduğu ve 15 yaş üstü kişilerde depresyon nedeniyle sakatlık geçirilen yaşam yılının oranının %36 olduğu bildirilmektedir (Tözün ve Ünsal, 2008).

Dünyada olduğu kadar Türkiye'de de önemli bir problem olarak depresif bozukluklarla mücadele edilmektedir. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına göre depresyonun sakatlığa bağılı yaşam yılına neden olan hastalıklar sıralamasında dördüncü sıradayken, sakatlığa bağılı yaşam yılı bakımından kadınlar birinci, erkekler ise ikinci sırada yer almaktadır (Ünüvar, 2004).

Depresyona özgü yapılan bilimsel çalışmalar, 20. yüzyılın ikinci yarısında depresyon seviyesinde artış olduğunu göstermektedir. Toplum gözünde depresyonun insan sağlığına yönelik bir tehdit olarak algılanmasıyla birlikte bu rahatsızlıkla doktora başvuru sayısında yükseliş gözlemlenmektedir. Tıbbi tedaviden yararlanmak için doktora başvuruda bulunan kişilerin %75'i müdahaleye uygun olup, yaşanan artış ile gelişen sağlık hizmetlerinin bağılantılı olduğu düşünülmektedir (Sulukaya, 2019).

Depresyon çocuk, yaşlı, genç, erişkin fark etmeksizin her yaş grubunda görülmektedir. Karmaşık bir yapıya sahip olan depresyon, tedavi edilmediği takdirde genel sağlık durumunda bozulmaya ve özkıyım gibi istenmeyen bazı durumlara neden olmaktadır. Depresyonun tedavisi ve yönetiminde uygulanan girişimlerin maliyeti pahalı ve manevi tarafı yıpratıcı olmasına karşın, tanısı doğru konulduktan sonra verimli bir tedavi sonrasında hastanın yaşam kalitesinde artış beklenmektedir (Sulukaya, 2019).

2.3. DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Epidemiyolojik çalışmaların psikiyatrik hastalıklara yönelmesi diğer hastalıklara kıyasla daha geç gerçekleşmektedir. Bunun nedeni hem psikiyatrik bozuklukların etiyolojisiyle ilgili bilgi azlığı hemde 20. yüzyılın ikinci kısmına kadar etkili tedavi yöntemlerinin olmamasına bağlanmaktadır (Yalvaç, 2012).

Depresyon, fiziksel ve ruhsal semptomların birliktelik gösterdiği yoğun ve sıklıkla keder , ümitsizlik, bıkkınlık gibi duyguların hakim olduğu bir sendrom olarak

tanımlanmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar arasında yaygınlığı en fazla olan duygudurum bozukluğudur. Tanı araçları ve ölçütleri gibi araştırma yöntemlerinin çeşitliliğinden dolayı depresyonun yaygınlık oranları farklılık göstermektedir (Yalvaç, 2012).

Dünya’da depresyon yaygınlık oranı %13-20 arasında iken, Türkiye’de yaygınlık oranı %10 olarak bildirilmektedir. Cinsiyet açısından depresyona bakıldığında; kadınlarda yaşam boyu görülme yaygınlığı %20-26 iken, erkeklerde ise bu yaygınlık %8-12’dir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Erkeklerle nazaran kadınlarda depresyon 2 kat daha fazla görülmektedir. Epidemiyoloji çalışmalarına göre bu farklılığın; postpartum ve premenstrüel dönemler, çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismar, kadına yüklenen roller, genetik özellikler, daha önce depresyon geçirmiş olma, baskıcı aile ortamı ile düşük eğitim ve gelir düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Fakat yaş ilerledikçe bu durum değişerek oranlar birbirine yaklaşmaktadır (Noble, 2005).

Depresyon vakalarında başlangıç yaşı 20 ile 50 arasında değişmektedir. Yapılan araştırmaların çoğunluğu, çocuklarda ve yaşlılarda depresyon görülme olasılığının düşük olduğunu savunmaktadır. İleri yaş kişilerde depresyonun görülme oranı %8-16 arasında değişmektedir. Orta yaş kişilere göre depresyonun ileri yaşta daha az görülmesi; kişilerarası ilişkilerde az çatışma yaşama, dini etmenler ve ekonomik kaygılarının azalması gibi nedenlere bağlanmaktadır (Schieman, Van Gundy ve Taylor, 2002).

Gelişmekte olan ülkelerde depresyon gelişmiş ülkelere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni; kültürel veya genetik etmenlerle ilgili olabilirken, tanı ve örneklem seçme kriterlerinin kültürler arası geçişinden dolayı kaynaklanabilmektedir (Weissman vd., 1996). Yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonucuna göre; Amerika ve Avrupa’da görülme sıklığı %6.7-87 arasındayken, Mısır’da bu oran %15.3, Suudi Arabistanda ise %33.4 olarak bildirilmektedir (Razzak, Harbi ve Ahli, 2019).

Aynı zamanda evli bireylere göre bekar, dul, ayrı yaşayan ve boşanmış olanlarda depresyon oranı daha fazla görülürken, okuma-yazma bilmeyen ve iş sahibi

olmayan kişilerde de depresyonun yaygınlık oranının yüksek olduğu bilinmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

2.4. DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİ

Depresif bozuklukların etiolojisi tam olarak açıklanamamakla beraber, bu psikiyatrik hastalıkla ilgili araştırmalar devam etmektedir. Başka ruhsal bozukluklarda olduğu gibi depresyonda da pek çok değişkene bağlı etkenler rol oynamaktadır. Kişinin biyolojik yatkınlığını öncelikle genetik etmenler olmak üzere, bazı nörokimyasal ve nörofizyolojik faktörler belirlemektedir. Stresli yaşam olayları, madde kullanımı, cinsiyet, hastalık ve travma gibi epigenetik faktörler de depresyonun oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalara göre, beyin biyolojik veya çevresel bazı durumlarla karşılaştığında uyumlu değişimler göstermektedir. Bu duruma bağlı olarak depresif bozukluklarda nöroplastisite görüşü üzerinde durulmaktadır (Albayrak ve Ceylan, 2004).

Birtakım araştırmacılar göre; depresyonun ilerlemesindeki en güçlü unsur, bireyin kişilik özellikleri ile karşılaşılan stres verici yaşam hadiseleri örtüşmektedir. Bu durumda yalnızca kişilik özellikleri ile bağdaşan stresli durumlar depresyon için tetikleyici ve eğilim oluşturacakken, yaşanan diğer olayların ciddi bir etkisi olmayacaktır. Bu düşüncelere rağmen bazı araştırmacılar stres verici olayların bireyin kişilik özellikleri ile ilgisi olmadığını savunup, depresyona neden olanın değişik yaşam olaylarından kaynaklandığını belirtmektedir (Kabakçı, 2001).

Depresif bozukluğun oluşma evresinde birçok faktör katkı sağlamakta ve farklı şekilde gruplandırılmaktadır. Bundan dolayı etiyoloji net bir şekilde aydınlatılamamaktadır. Depresyonun etiolojisi biyolojik, psikososyal ve genetik faktörler olarak gruplandırılrsa da, aralarında sıkı bir bağlantı bulunmasından dolayı yapılan ayırımın realist olamayacağı düşünülmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Araştırmacılara göre birtakım nörotransmitterlerin normal olmayan seviyelerde salgılanması, beyindeki iletişim sisteminin gidişatını etkilemektedir. Bundan dolayı da kişide duygudurum bozukluğu oluşma riski yükselmektedir. Günümüzde depresyonun ortaya çıkmasında kişinin biyolojik işleyişi ele alındığında

beyinde bulunan serotonerjik ve noradrenerjik yapıda meydana gelen bozuklukların rol oynadığı düşünülmektedir. Depresyonun nörotransmitter yapısında oluşan değişiklikler nedeniyle ortaya çıktığı ya da depresif bozukluğun kendisinin değişimde direk etkili olduğu düşünülmektedir (Delgado ve Moreno, 2000).

Serotonin, depresyonun etiolojisinde üzerinde en çok çalışma yapıp, bilgi sahibi olunulan nörotransmitterdir. Bu önemli nörotransmitter sistemi beynin her yerine ulaşmaktadır. İnsan bedeninde en fazla trombosit hücrelerinde oluşan serotonin; hipokampus, temporal lob, talamus ve amigdala gibi beyin bölgelerinde yoğunlaşmaktadır. Depresyon dışında obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni ve anksiyete bozukluklarında etkililik göstermektedir (Tamam ve Zeren, 2002). Serotonin fonksiyonları arasında uyku, hafıza ve öğrenme, davranış, iştah kontrolü, kalp damar işlevleri, duygulanım, ısı regülasyonu ve hormonal düzenlemeyi içermektedir (Gültekin, 2005). Depresyonlu bireylerde işlevi olan monoamin oksidaz A (MAO-A) enzim seviyesinde ve serotonin düzeyinde de artış gözlemlenmektedir. Aynı zamanda serotonin geninde polimorfizm gelişen kişilerde depresyona eğilim gibi işaretler serotonin etkililiğini göstermektedir (Tamam ve Zeren, 2002).

Dopaminin depresyonda var olan etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalar dopamin seviyesinin azaldığını göstermektedir. Tuberoinfundibular, mezokortikal, nigrostriatal ve mezolimbik yollar beyinde bulunan başlıca dört dopamin kaynağıdır. Mezolimbik dopamin yolağı haz duyma, psikoz halinde de sanrı ve halüsinasyonlarda, madde kullanımında öfori gibi durumlarda etkili olmaktadır. Mezokortikal dopamin yolağı ile mezolimbik sistemin herhangi bir bağlantısı bulunmayıp, bu kısım şizofrenide oluşan negatif bilişsel belirtilerden sorumludur. Prolaktin salgısının düzenlenmesinde ise tuberoinfundibuler dopamin yolağı rol oynamaktadır. Dopamin yoğunluğunu azaltan ilaçlar veya dopamin yoğunluğunun azaldığı hastalıklar bireylerde depresif belirtiler ortaya çıkartmaktadır. Ayrıca yapılan birtakım araştırmalar, dopamin seviyesinin depresif bozukluklarda azaldığı görülürken, manide ise yükseldiğini düşündürmektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004).

Norepinefrinin büyük bir kısmı sempatik sinir sisteminde 4.ventrikülde yer alan locus coeruleus'tan salgılanmaktadır. Hipotalamus, amigdala ve hipokampus gibi

kısımlar reseptörlerin en fazla bulunduğu yerlerdir (Albayrak ve Ceylan, 2004). Norepinefrin tesirini alfa (α) ile beta (β) reseptörleri vasıtasıyla gerçekleştirmektedir (Uzbay, 2004). Reseptörlerden $\alpha 1$ uyanıklık halini, $\alpha 2$ dikkati sürdürme ve $\alpha 3$ sedasyonda görev alırken, $\beta 1$ ile $\beta 2$ reseptörleri aktivatör özelliği taşımaktadır. Bu sistemin etkinleşmesiyle birlikte korku, dikkatte artış ve alarm hali ile panik tepkisine neden olmaktadır (Albayrak ve Ceylan, 2004). Norepinefrin sisteminin aktive olması anksiyete ile tremor gibi belirtilere neden olurken, bu sistemin engellenmesiyle prefrontal korteks görevinde bozukluklar, dikkati devam ettirmede sorunlar ve çökkünlük gibi problemler görülmektedir (Delgado ve Moreno, 2000).

Glutamat, merkezi sinir sisteminde önemli görevler üstlenmektedir. Glutamaterjik sistem farklı alanlar arasındaki bağlantı ile döngülerde rol oynarken, depresyon dışında obsesif kompulsif bozukluk, alkol bağımlılığı, şizofreni ile nörodejeneratif hastalıklarda etkililik göstermektedir (Tural ve Önder, 2002). Bireylerde glutamatın artışı ile somatik belirtilerde çoğalma, anksiyete bulguları ile bilişsel disfonksiyona neden olmaktadır (Kalkman, 2019). Yapısında aminoasit bulunan GABA, sinir sisteminde yoğun bulunan inhibe edici nörotransmitterdir. Bütün sinapsların neredeyse %40'ının nörotransmisyon işleminde GABA'yı kullandığı varsayılmaktadır. Anksiyete harici depresyonda da GABA ile ilgili bulgular mevcuttur. Yapılan klinik araştırmalara göre, depresyon hastalarında GABA konsantrasyonunun azaldığı görülmektedir. Bu sonuçlar nedeniyle azalmış GABA seviyesinin depresyon ile bağlantılı olabileceği varsayımı ileri sürülmektedir (Uzbay, 2004).

2.4.2. Genetik Faktörler

Araştırmalar depresif bozukluklarda kalıtımın dikkate değer bir etkisi olduğunu ortaya çıkartmaktadır. Depresyonun kalıtımında sadece bir gen görev almaksızın, transfer poligenetik geçiş şeklinde olmaktadır. Genetik faktörler kişinin hayatında meydana getirdiği etki açısından önemli bir noktadadır. Bipolar bozuklukta kalıtımın görevi depresif bozukluklara kıyasla daha ağır basmaktadır. Depresif bozuklukların genetik faktörleri, aile, evlatlık ile ikiz çalışmalarını içermektedir (Saveanu ve Nemeroff, 2012).

Depresyon hastalarının birinci derece yakın akrabalarında depresif bozukluğun görülme ihtimali topluluğa göre 2-3 kat daha fazla olmakla beraber, hem anne hem babada da varsa oluşumu 4 kat daha artmaktadır. Bu riskli grupta yaygınlık oranı ise %5-25 arasında değişmektedir (Girgeç, 2020). Bu oran akrabalık seviyesi arttıkça hastalığın görülme ihtimalini de arttırmaktadır (Saveanu ve Nemeroff, 2012). Aynı zamanda hastalık öyküsü olan bireylerde depresyonun daha erken yaşlarda oluşacağına işaret ederken, depresif ataklar da daha fazla bulunacaktır (Girgeç, 2020).

Evlatlık çalışmaları ile ilgili bilgiler oldukça azdır. Yapılan çalışmaların sonucuna göre, genetik geçiş açısından düşük risk tespit edilmektedir. Biyolojik olmayan ebeveynlerinde depresif bozukluk olan kişilerin hastalığa yakalanma ihtimali diğer popülasyonlara göre daha fazladır. Bu durum paylaşılan çevrenin nesiller arası aktarımında etkililiğini ortaya koymaktadır (Baytunca, Aydın ve Erermiş, 2014).

İkiz çalışmalarında genetik faktörlerin depresif bozuklukların aktarımında %50 etkin olduğu bilinmektedir (Tamar ve Özbaran, 2004). Aynı zamanda ikiz çalışmaları kalıtım ile çevrenin bağlantısını ortaya çıkarmaktadır. Genetik faktörlerin bileşenleri çocuklarda daha sınırlı ve şüpheliyken, ergenler daha fazla etkiye uğramaktadır. Ergenlik döneminde çevresel iletişimin artması depresyon oranını etkilemektedir (Baytunca, Aydın ve Erermiş, 2014). Depresyon riski tek yumurta ikizlerinde (monozigot) %40 iken, çift yumurta ikizlerinde (dizigot) ise %11 şeklinde bilinmektedir. Bipolar bozuklukta genetik geçiş tehlikesi depresif bozukluğa göre daha fazladır. (Girgeç, 2020).

2.4.3. Psikososyal Faktörler

Depresyonun 20. yüzyılın ikinci döneminden sonra ortaya çıkma yaygınlığında dikkate değer bir artış gözlemlenmektedir. Depresif bozukluğun sağlık problemi olarak algılanması hastanelere başvuru oranlarını çoğaltırken, sağlık hizmetlerinin de iyileştirilmesi artışı beraberinde getirmektedir. Depresyonun daha iyi tanınması adına yapılan çalışmalar oluş nedenlerine odaklanmaktadır. Etiyolojide

payı olan psikososyal faktörler, toplumsal, kültürel, ekonomik değişim, travma, kişilik özellikleri gibi etkenlerin üzerinde durmaktadır (Ünal ve Özcan, 2000).

Zorlayıcı yaşam tecrübeleri ruhsal bozuklukların oluşmasında önemli bir paya sahiptir. Bu tecrübeler kişinin problem çözebilme becerisini geliştirecek seviyede olduğunda benliğin güçlenmesine katkı sağlarken, çok şiddetli ve baş edilemez olduğunda ruhsal bütünü etkileyerek psikiyatrik hastalıklara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, olumsuz yaşam tecrübeleri ile depresif bozukluklar arasında ilişki bulunmaktadır (Ünal ve Özcan, 2000). Erken çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin varlığı, yakınların ölümü, insan eliyle isteyerek veya istemeyerek oluşturulan zedeleyici tecrübeler, sosyal izolasyon, özgüvenini etkileyen durumlar ve onurunu inciten olaylarla karşılaşma gibi etmenler kişinin biyopsikososyal bütününe tesir ederek depresyonun oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Aker, 2006).

İş ile işsizlik ve ruh sağlığı arasında bulunan ilişkiyi irdelemek için yapılan araştırmalar özellikle yetişkin sağlığının toplumsal olarak belirleyici olmasında etkililik göstermektedir. Yoksulluğun sebebi ve neticesi olarak görülen işsizlik devam ettikçe kişinin çaresizlik, karamsarlık ve umutsuzluk gibi duyguları artarak depresyonun gelişimini tetiklemektedir. İşsizlik depresif semptomlara neden olurken bir yandan da klinik olarak anlamlı depresyon tablosuna neden olmaktadır (Kaya, 2007).

Depresyonun oluşumunda ve yaygınlığının artmasında etkili etmenlerden birisi de savaş ya da ekonomik sebeplerden dolayı oluşan göç durumudur. Kişinin kendi ülkesi ile kültüründen başka bir yerde hayatına devam etmesi depresyona zemin hazırlamaktadır. Bireyin ortaya koyduğu ruhsal yakınmaların şiddeti, türü ve yoğunluğu bakımından kültürel özellikleri ve farklı ülkede yaşamasından kaynaklı farklı davranışlar sergilemektedir (Akbiyık, Ebru ve Cording, 1999).

Toplumsal ve kültürel etmenlerin depresyonun oluş sebeplerinin yanı sıra, semptom örüntüsü ile yardım arama davranışının şekillenmesinde de rol oynadığı bilinmektedir. Depresif bozukluklarda kültürler arasında gözlemlenen en önemli değişiklik hastalığın dışavurumu ile dile getirilme şekli olduğu vurgulanmaktadır

(Kara, Sayar ve Saygılı, 1997). Batılı olmayan topluluklarda depresif bozukluklar bedensel belirtiler etrafında şekillenirken, intihar oranı Batılı toplumlara göre daha düşüktür. Batı toplumlarında ise suçluluk duygusunun hakim olmasını Yahudi-Hristiyan inancı ile izah etmektedir (Sayar, 2001). Yapılan antropolojik çalışmalar depresyonun emosyon ve hastalık açısından kültürlerarası farklı açılara dair veriler sağlamaktadır. Örneğin; Hint-Avrupa dil ailesinde depresif yaşamı anlatan birtakım kavram mevcutken başka kültürlerde bu tarz kavramlar bulunmamaktadır (Kara, Sayar ve Saygılı, 1997).

2.5. DEPRESYONDA KLİNİK BELİRTİLER

Depresyonun belirtileri düşünsel, bedensel, duygusal ve davranışsal olmak üzere dört grupta kategorize edilmektedir.

Düşünsel Belirtiler: Düşünce sürecinin yavaşlaması, kendisi ve dünya üzerine olumsuz düşünceler, olumsuz çıkarsamalar, hatırlama zorluğu, karar vermede güçlükler, bellek bozuklukları, dikkat ve konsantrasyon problemleri, unutkanlık, küçük aksiliklere takılma, korku, karamsarlık, çaresizlik, acı verici tecrübeler, pişmanlık, ölüm ve intihar düşünceleri şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Köroğlu, 2004).

Duygusal Belirtiler: Kişilerde çaresizlik, çökkünlük, mutsuzluk, elem, üzüntü, umutsuzluk, suçluluk, kendini değersiz hissetme, özsaygıda azalma, aşırı pişmanlık, tedirginlik, özgüvende azalma, benlik saygısında düşüş, huzursuz hissetme, anksiyete ve çabuk sinirlenme gibi semptomlar görülmektedir (Köroğlu, 2004).

Davranışsal Belirtiler: Depresif bireylerde harekette yavaşlama, kişisel bakımı ihmal etme, sorumluluklara uymama, isteksizlik, çatışmaya meyilli olma, omuzlarda çöküklük, sosyal izolasyon, kısık ses tonuyla konuşma, içine kapanma, ciddi derecede durgunluk, bir durumu başlatamama ve sürdürememe, ellerini ovuşturma ve yürürken zorlanma gibi belirtiler bulunmaktadır (Köroğlu, 2004).

Bedensel belirtiler: Depresyon hastalarında uyku bozuklukları, cinsel isteksizlik ve ağrı, aşırı kilo kaybı ya da iştah artışı, psikomotor retardasyon, aşırı

yorgunluk ve halsizlik, çirkinleştiklerine dair düşünceler, tansiyon ile kalp çarpıntısı ve karıncalanma gibi problemler yaşanmaktadır (Köroğlu, 2004).

2.6. DEPRESYONUN DSM 5 TANI KRİTERLERİ

A. 14 günden az olmamak şartıyla, kişinin mesleki, bireysel ve sosyal işlevsellik boyutunda bir değişiklik oluşmasıyla ve aşağıda yer alan belirtilerden en az beş tanesinin (veya daha fazlası) mevcut olması gerekmektedir. Belirtilerden en az bir tanesinin (1) depresif duygudurum veya (2) ilgi-istek kaybı veya zevk alamamasıyla ilgisi olmalıdır.

1. Kişinin kendisinin subjektif olarak bildirdiği veya başkaları tarafından gözlemlenen neredeyse gün boyu devam eden ve hemen her gün mevcut depresif duygudurum,

2. Kişinin kendisinin öznel şekilde bildirdiği veya başkaları tarafından gözlemlenen neredeyse gün boyu devam eden ve hemen her gün mevcut etkinliklerin bir kısmına veya tümüne karşı ilgide belirgin bir şekilde azalma ve bunlardan önceki gibi zevk alamama durumu,

3. Kişinin diyet yapmadığı halde kilosunda belirgin bir biçimde artış veya kayıp olması, genellikle her gün iştahında azalma veya artma olması,

4. Kişinin hemen her gün aşırı uykusunun olması veya uykusuzluk yaşaması,

5. Kişinin hemen her gün hareketlerinde yavaşlama ya da psikomotor ajitasyon yaşaması,

6. Kişinin hemen her gün enerji kaybı yaşaması ya da bitkinlik halinin olması,

7. Kişinin hemen her gün değersizlik ile aşırı şekilde veya uygun olmayan suçluluk duygusu yaşaması,

8. Kişinin hemen her gün, düşüncelerini belirli bir nokta üstünde toplama gücünün azalması veya kararsızlık yaşama,

9. Kişide yineleyici intihar ve ölüm düşünceleri ile intihara dair planlarının olması.

B. Kişide var olan bu belirtiler, klinik bakımından belirgin bir zorluğa veya sosyal-meslek ile ilgili alanlarda ve önemli başka işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olmaktadır.

C. Kişide var olan bu belirtiler, başka tıbbi bir durumla veya madde kullanımının etkileri ile açıklanamamaktadır.

Not: A maddesinden C maddesine kadar olan tanı kriterleri major depresif periyodunu temsil etmektedir.

Not: Bu belirtilerin varlığı yas ile daha iyi açıklanamamaktadır.

D. Major depresif bozukluk şizofreni, sanrısız bozukluk, şizoafektif bozukluk, şizofreniform bozukluk veya şizofreni spektrum bozukluğu sınırlarında başka belirlenmiş veya belirlenmemiş bozukluklar ile başka psikotik bozukluklarla açıklanamamaktadır.

E. Depresif dönemde hiçbir zaman hipomanik veya manik bir periyot olmamaktadır (APA, 2013).

2.7. DEPRESYONUN ALT TİPLERİ

Depresyon çok farklı klinik görüntüsüyle bir sendromal teşhis olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyonu klinik açıdan iyi bir biçimde anlamlandırmak amacıyla farklı alt tipleri tasarlama ve sınıflandırma çalışmaları gerçekleştirilmektedir (Aydemir, 2007).

DSM 5'e göre depresyonun alt tipleri şunlardır:

- Major Depresif Bozukluk
- Distimik Bozukluk
- Premenstrüel Disfori Bozukluğu
- Maddenin-İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlı Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.8. DEPRESYONA İLİŞKİN PSİKOLOJİK KURAMLAR

2.8.1. Psikanalitik Yaklaşım

20.yüzyılın ilk yarısında büyüme ve dağılma imkanı bulan psikanalitik kuram Sigmund Freud tarafından ortaya çıkartılmaktadır. Bu kuramın temel bir psikolojik metodu mevcut değilken, psikoloji biliminin bilinç kavramına olan bakış açısını bilinçdışı yöne doğru çekmektedir. Psikanalitik kuram özellikle kişilik üzerinde şekil alırken, topografik kuram ile kişiliği bilinç, bilinçaltı veya önbilinç ile bilinçdışı kavramlarıyla açıklamaktadır. Bu kuramın görüşüne göre id, ego ve süperego arasındaki dengeyi ayarlayabilen kişi psikolojik yönden sağlıklı bir yapıya sahiptir. Fakat dengenin bozulması halinde psikolojik sağlıkta negatif şekilde etkilenmektedir (Tuzcuoğlu, 1995).

Psikanalitik kuram depresyonu Freud üzerinden izah etmektedir. Depresyon temelde bireyin gerçek yaşamda ya da simgesel olarak sevdiği, kıymet verdiği nesneden ayrılması anlamına gelmektedir. Bütün bunlar gerçek bir kayıp veya uzak kalmak biçiminde gerçekleşebilirken, imgesel de ortaya çıkabilmektedir. Kişinin erken dönem yaşantısında kaybettiği nesnelere ya da figürler önem taşımaktadır. Bu dönemde kayıpla karşı karşıya gelen kişiler, ileriki yaşlarda kayıp tehdidi veya hayalkırıklığı yaşadığında depresyon oluşabilmektedir (Clay, Anderson ve Dixon, 1993).

Freud'un "Yas ve Melankoli" adlı eserinde bu iki durumun gidişatı, birbirine benzeyen kayıp yaşantısına karşı aynı olmayan tepkilerin verildiği, birbirleriyle bağlantılı vaziyetler şeklinde tanımlanmaktadır (Haddad vd., 2008). Her ne kadar yas ile melankoli birbirine benzer süreçlere sahip olsa da ciddi farklılıklar mevcuttur. Freud'un ifade ettiği sevgi nesnesinin yitirilmesi ile depresyon karşılaştırıldığında arada ciddi farklılıklar görülmektedir. Sevgi nesnesinin kaybı ile kişide sahipsizlik duygusu, benlik saygısında düşüş ve özgüvende eksiklik oluşmaktadır. Bireyin kayıp nesnesine karşı duyduğu saldırganlık ile nefret duyguları zaman geçtikçe kendisine yönelirken, aslında bu durumun kişinin kayıp nesnesine karşı kullandığı savunma mekanizması olarak düşünülmektedir. Bu kişiler sevgi ve nefret duygularının her ikisini de kaybedilen nesneye karşı hissederek ambivalan duygulanımı tecrübe

etmektedir. Ambivalan duygulanım neticesinde de kişi suçluluğa kapılarak kendisini cezalandırmayı istemektedir. Bütün bu olumsuz duygular ve yaşantılar depresyonun oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Tuğrul, 2015).

Karl Abraham ise araştırmalarında sevgi ile nefret duygularının sonucunda depresyonun ortaya çıktığını öne sürmektedir. Birey sevme yeteneğini kaybettiğinde nefretin doğduğunu ve sonrasında da depresyonun oluştuğunu iddia etmektedir (Abram, 2008). Bu kuram ise kişinin çocukluk döneminde ebeveynlerinden kaynaklı sevgi eksikliği, onaylanma gereksinimi ile ihtiyaçlarının giderilmesi, kayıp duygusunu anımsattığından tepkisel davranışlara neden olmaktadır. Bunun sonucunda da yetişkinlik döneminde depresyona dönüşmektedir. Kayıp yaşayan çocukların arayışları genellikle ilgi, sevgi ve güveni içermektedir. Bireyler dışa bağımlılığı fazla, başka insanların onaylamasına alışkın olarak özgüvensiz davranışlar ile içe dönmüş öfke davranışı sergilemektedir (Açıkgöz, 2019).

2.8.2. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım Thorndike, Pavlov ve Watson gibi kişilerin ön ayak olmasıyla geliştirilen bir kuramdır. Yaklaşımının temel noktasında öğrenme gibi kompleks bir işlemin uyarıcı ile bir bağlantı kurularak ilerlemek ve pekiştirme yöntemiyle de davranışı değiştirmekle oluştuğu kabul edilmektedir. Davranış teorisyenleri genel olarak, çevresel zararın miktarında azalma, olumlu olarak kuvvetlendirilmiş sağlıklı davranış örüntüsünde azalma, depresif veya etkisiz davranışların güçlendirilmesi ile sağlıklı olan davranışların ödüllendirilmemesi sonucunda depresif belirtilerin ortaya çıktığını savunmaktadır. Bireyde koruyucu bariyer olarak görev alan biliş ile açık davranışlar, kişiyi depresyona yatkın hale getiren ödül ile olumlu pekiştirmenin eksiltilmesinde güçlü öncüller olarak önem taşımaktadır (Carvalho ve Hopko, 2011).

Davranışçı yaklaşım, son yıllarda birçok çalışmaya konu olan öğrenilmiş çaresizlik modelinin depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğunu savunmaktadır. Bu modele göre çaresizlik davranışının temelinde üç özellik önem taşımaktadır. Bunlardan ilki davranış ve sonuç arasında bulunan bağımsızlık, ikincisi pasif davranım örüntüsü ve son olarak koginitif yapıdaki değişimlerdir. Davranış ve sonuç

arasında bulunan bağımsızlık çaresizliğin oluşması için önşarttır fakat tek çaresizliğin gözlemlenmesi yeterli olmamaktadır. Asıl esas olan bu modelde bireyin çaresizliğe atfettiği nedensel yüklemelerin önemi vurgulanmaktadır (Hovardaoğlu, 2017).

Seligman ve arkadaşlarına göre kişinin, bir işin sonuçlarını denetimlerken yaşadığı başarısızlık benlik saygısında bozulmalara neden olmakta ve kişisel çaresizlik tablosunda bu bozulmalar daha çok artmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik modeli, çaresizlik yaşantıları neticesinde oluşan depresyonun benlik saygısıyla sıkı bir ilişkisi olduğunu iddia etmektedir. Son senelerde yapılan araştırmalarda, depresif yükleme tarzı ile depresif davranışın arasında bağlantı olduğu bildirmektedir (Hovardaoğlu, 2017).

Davranışçı teorisyenler pekiştirme eksikliğinin depresyonda ciddi bir unsur olduğunu öne sürmektedir. Depresif bireyin pasifleşmesi ile üzüntü duygusunun, olumlu pekiştirme miktarının az ya da istenmeyen tecrübelerin miktarının fazla olmasından dolayı ortaya çıktığı savunulmaktadır. Yakın bir kişinin kaybı, sağlık problemleri ya da işsizlik gibi depresyondan önce meydana gelen olayların varlığı alışkın olunan pekiştirmeyi azaltmaktadır. Aynı zamanda depresif birey olumlu pekiştirmeyi edinmek ya da olumsuz durumlarla etkili bir şekilde baş etmek için gerekli sosyal beceriyi de kendinde bulamamaktadır (Cengil, 2003).

2.8.3 Bilişsel Yaklaşım

Freud gibi psikanalitikçi teorisyen ya da Pavlov, Skinner gibi davranışçı teorisyenlerin aksine, Aaron Beck ile arkadaşları depresyonun kökeninde bilişsel faaliyetler ile bilişsel süreçlerde bozukluklar oluştuğunda depresyonun ortaya çıktığını savunmaktadır. 1950 yılında Aaron Beck psikanalist olarak görev yaptığı psikoloji camiasında çalışmalarını rüyalar üzerinde ilerletmektedir. Beck'in amacı, eğitim gördüğü psikanalitik kuramın hipotezlerinin geçerliliğini bilimsel veriler ışığında kanıtlamak için deneysel çalışmalar yapmaktır. Fakat sonrasında Beck'i hayalkırıklığına uğratan nokta, rüyalar üzerinde çalışırken ulaştığı sonuçtaki veri hiçbir deneysel bulguyla desteklenmemektedir. Beck bu durumun sonucunda psikanalize karşı deneysel bilimden ilerlemeyi tercih etmektedir (Türkçapar, 2009).

Beck'e göre depresyon kognitif olarak kişinin kendisini, çevresini ve geleceği hakkında olumsuz fikirlere sahip olmasından dolayı ortaya çıkmaktadır. Ruhsal bozukluklarla ilgili bilişsel yaklaşım, depresif bozukluğun doğasını anlamlandırabilmek için bireyin olaylara karşı verdiği tepkilerle birlikte giden bilişsel içeriğe ya da düşünce akışına önem vermektedir. Depresif bireyin düşünce içeriğinin ana merkezinde ciddi bir kayıp yer almaktadır. Mutluluk ya da huzur için gerekli olan şeyleri kaybettiğinin farkında olur ve bunları kazanmak adına yaptığı her yeni girişimle ilgili olumsuz sonuçlar beklemektedir. Ayrıca birey önemli hedeflere erişmek için kendinde olması gereken özelliklerden yana eksik olarak görmektedir. Geridönüşü olmayan kayıp duygusu ile olumsuz beklentiler depresyonla ilişkili keder, aldırmaçlık ve hayal kırıklığı gibi bazı duygulara yol açmaktadır. Bütün bunlara ek olarak nahoş bir durumun pençesine düşme ya da çözümü olmayan bir problemin içinde kaybolmuşluk hissi kişinin motivasyonunu negatif etkilemektedir (Türkçapar, 2009).

Başka bir bilişsel kavram ise ruminasyonlardır. Ruminasyon; bireyin sorununu çözüp, kendisine zorluk veya rahatsızlık veren durumları değiştirmek yerine, edilgen ve tekrarlayıcı bir şekilde yaşadığı negatif duyguduruma, semptomlara veya durumun neden ve sonucuna odaklanma şeklinde tanımlanmaktadır (Cenkseven ve Utkan, 2018). Ruminasyon, depresif bozukluklarda en sık görülen semptomlardan biridir. Yapılan çalışmalara göre, ruminasyon depresif bozukluğun tekrarlama ihtimalini yükselttiği, dağılan fonksiyonları daha da derinleştirdiği ve semptomların çoğalarak rahatsızlığı artırdığı iddia edilmektedir. Aynı zamanda araştırmacılar depresyon hastalarının sürekli olarak ruminasyonla uğraştıklarını bildirmektedir (Yıldız ve Eldeleklioğlu, 2019).

2.8.4. Kişilerarası Yaklaşım

Kişilerarası yaklaşım çocukluk dönemindeki yaşantılara önem vermekle birlikte biyolojik veya dinamik etkenlerden çok ailesel, kültürel ve sosyal etkenleri önemsemektedir. Bu kuram Harry Stack Sullivan, Adolf Meyer ile Johns Hopkins'in katkıları ile oluşturulmaktadır. Yaklaşım teorisyenlerine göre depresif bozukluğun kişilerarası ilişkiler kökeninde ortaya çıktığını ve ilişki iyileştikçe depresyonun da iyileşeceği düşünülmektedir. Çocukluk veya yetişkin hayatta bozulmuş sosyal çevre

ile yeterli olmayan ilişkiler depresif bozukluğun oluşumunda rol oynamaktadır. Dinamik yaklaşım kılavuz alınarak geliştirilmiş olsa bile intrapsişik durumlardan daha fazla kişilerarası çatışmalara dikkat edilmektedir (Özmen, 1999).

2.9. DEPRESYON TEDAVİSİ

Depresif bozukluk bedensel hastalığa karşı normal bir cevap olmayıp, etkin bir biçimde tedavi edilmesi gerekmektedir. Depresyon semptomları bireyin yaşamını belirgin şekilde etkiliyorsa tedavi şarttır. Depresyon tedavisinde; psikoterapiler, farmakoterapi, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi, müzik ile tedavi ve uyku yoksunluğu tedavisi gibi çeşitli yöntemleri içermektedir (Mete, 2008).

Depresyon Tedavisinin Aşamaları

- Doğru teşhis koymak,
- Kişiye teşhis ile tedavi hakkında bilgi verip, tedavi anlaşmasını oluşturmak,
- Tedavi şekli, yan etkileri, olası riskleri ile süresini konuşmak,
- Hastayla birlikte tedavi yöntemini belirlemek,
- Etkin bir tedaviye ivedilikle başlamak,
- İntihar riskini göz önünde bulundurmak,
- Gebelik ve emzirme durumu ile alakalı hastayı uyarmak,
- Kullanılan ilaçlarla olan etkileşimlerine dikkat etmek ve yeni ilaçlarla ilgili hastayı uyarmak
- Düzenli şekilde yan etkiler ile etkinlikleri takip etmek (Mete, 2008).

2.9.1. İlaç Tedavisi

Depresyonun ilaç tedavisinde en güvenli, kullanımı basit, ideal, uygun fiyatlı ve en etkin olanı seçilmektedir. Genellikle tedavide antidepresanların çoğu etkili olup psikotrop maddenin ilaç etkileşimi ile yan etkileri seçim yaparken etkili olmaktadır. Hastaya, kullandığı ilaçların etkililiğinin 3-4 hafta içerisinde başlayacağı ve ilk 7-10 gün birtakım yan etkilerle karşılaşılabilen aktarılmaktadır. Depresyon hastasına

uygulanan tedavi süresi, hastanın düzelme süresi, önceki dönemlerde depresyonun varlığı, varsa kaç kere depresyon epizodunun geçirdiği ile ilgili değişmektedir. Ayrıca hastanın yaşı ile farklı bir hastalığın mevcudiyeti de sorgulanmaktadır. Tedavi süresini minimum 6 ay olacak şekilde belirleyip, hasta ile doktoru arasında tedavi anlaşması yapılmaktadır. Hastanın tedaviye uyumunu arttırmak için bu konuların önceden açığa kavuşturulması gerekmektedir (Mete, 2008).

Depresyon tedavisinde antidepresan kullanımı 3 basamaktan oluşmaktadır. Bunlar akut iyileşmenin (remisyon) oluşması, alevlenme (relaps) meydana gelmemesi için remisyonun devam ettirilmesi ile sık, yavaş ve hızla harekete geçen depresif periyotları olan hastalarda koruyucu (profilaktik) tedaviyi içermektedir. Son yıllarda depresyon hastalarının tedavi süresi daha uzun tutulmaktadır. Bunun nedeni, antidepresan ilaçlar kullanıldıkları süre içerisinde etkinliğini ve koruyuculuğunu devam ettirmektedir. Hayatında bir kez depresif dönem geçirmiş olan hastanın ilk 6 ayı relaps bakımından en tehlikeli dönemdir. Bundan dolayı akut dozun sürdürüm dozu olduğu bilinmektedir (Bauer vd., 2000).

2.9.2. Psikoterapiler

Klasik psikodinamik terapinin depresif bozukluğun hafif nörotik çeşitlerinde etkililiği düşünülmektedir. Fakat bilinenin aksine psikoterapötik adım daha ciddi psikotik tiplerde, ilaca yanıt vermeyen veya kişinin tedaviyi kabul etmediği durumlarda daha çok gerekmektedir (Savrun, 1999).

Psikoterapötik tedavide ilk basamak danışan ile terapötik bir işbirliğini oluşturmak ve geliştirmektir. Psikoterapist danışanını dinleyip, onun sahip olduğu bakış açısını özümsemektedir. En çok yapılan yanlışlardan biri de klinisyenler ile hastanın ailesinin olumlu taraflara ilgisini çekerek kişiyi neşelendirmeye çalışmaktır. İyi niyet doğrultusunda yapılan bu davranışların, hastadaki etkisi ise anlaşılmadığını düşündüğünden dolayı yalnızlık duygusu daha ağır basmaktadır. Bu aşama hastanın ölümü daha kuvvetli şekilde istemesine sebep olmaktadır. Hastanın bu hissiyatlara kapılmaması için, klinisyen kişinin depresif hali için haklı bir nedenini anladığını belirtmektedir. Terapi boyunca depresyon hastasının değersizlik, keyifsizlik ve suçluluk duygularının altında yatan, benlik saygısının kolayca

incinmesi ve beklentilerinin fazla olması gibi ögelerin nereden doğduğunu kavramlamasına yardım edilmektedir. Ağır depresyon hastasının tedavisinde ailenin sürece katılımı önem taşımaktadır. Depresyonun gidişatı, intihara teşebbüs ve nüks oranları ailenin işlevselliğiyle bağlantılıdır (Savrun, 1999).

Bilişsel davranışçı terapi, depresyon tedavisinde etkinliği en iyi biçimde gösterilmiş bir psikoterapi çeşididir. APA tarafından yayınlanan kılavuzda depresyon tedavisinde kognitif terapi, hafif ya da orta seviye depresyonda yalnız başına ya da farmakoterapi ile birlikte önerilmektedir. Psikoterapide hastalara başka kişilerle ilişkilerinde kendi hal ve hareketlerinin özgün sonuçlara neden olduğunu ve bu sonuçların neler olduğunu öğretmek bireyin etrafıyla bağlantı halinde olması hedeflenmektedir. Durumsal analiz denilen bir yöntemle gerçekleştirilmektedir. Diğer bir adım ise kişinin duruma yönelik atfettiği anlamı görmek ve açığa çıkan sonucu ne kadar etkilediğinin üzerinde durulmaktadır. Depresif bireyin başka anlamların neler olabileceği ya da başka davranış reaksiyonları göstererek, kendisinin de olumlu sonuçlara ulaşabileceğini anlaması amaçlanmaktadır. Buradaki amaç hastanın klinisyeni ve başka insanlarla kurduğu bağda empatik davranabilme yetisine katkıda bulunmaktır. Terapinin ana amacı ise hastanın diğer bireylerle ilişkilerinde oluşmuş travmaları düzeltmektir (Türkçapar, 2009).

Weissman, Klerman ile arkadaşları tarafından oluşturulan kişilerarası terapi yöntemi depresyonun kişilerarası bir bağlam üzerinde hareket ettiğini savunmaktadır. Bu yaklaşım depresyonun şiddeti, semptomları, biyolojik kökenini ya da hastanın kişilik özelliklerini görmezden gelirken, bozukluğu kişilerarası bağlam çerçevesinde ele almaktadır. Kişilerarası zorluklar, yaklaşıma göre depresyonun muhtemel bir nedeni ya da sonucu olarak bilinmektedir. Kişilerarası terapi yönteminin stratejileri, kişinin mevcut sorunlarla daha etkin şekilde üstesinden gelmesini ve sosyal işlevlerini yoluna koyabilmesine yardım etmeyi içermektedir. Bu terapi yaklaşımına göre depresif semptomların oluşumuna sosyal ve kişilerarası ilişkiler seviyesinde müdahale edilirken, hastanın kişilik özelliklerini doğrudan araştırılmamaktadır. Kişilerarası psikoterapi hastalarına iletişim stilleri hakkında geribildirimler verip davranışlarının tekrardan yapılandırılmasına katkı sağlarken, kişilerin üzüntüye neden olan duyguları kabullenmesine ve bu duyguları ifade etmeye çalışmasına,

uygunsuz iletişim şekillerinin tanınmasına ve iletişim analizi gibi yöntemler uygulanmaktadır (Türkçapar, 2009).

3. ANKSİYETE BOZUKLUĞU

3.1. ANKSİYETENİN TANIMI

Anksiyete otonomik veya bedensel belirtilerle birlikte seyreden, subjektif bir bozukluk ve tedirginlik hissi şeklinde tanımlanmaktadır. Fiziksel semptomlarında eşlik ettiği anksiyete yaşantısı gerçek ya da muhtemel bir tehlike anında belirebilirken, normal koşullar altında da ortaya çıkabilmektedir (Tekin ve Tekin, 2014). Amerikan Psikiyatri Birliği ise anksiyeteyi, karakterin bilinçli tarafında duyumsanan ve ortaya çıkan tehlike işareti olarak belirtmektedir (Köroğlu, 2013). Anksiyete kavramı Latince bir sözcük olan “anxius” tan türetilmektedir ve kelimenin kullanımı 1525 yılları kadar gerilere gitmektedir. Latince bu terim üzüntü ile kaygı hali olarak tanımlanmaktadır. Anksiyöz (anxius) sözcüğünün kökü olan anx ise Latince “angere” kelimesinin kökeninden türetilmektedir. Bu kelime nefesi kesilmek veya boğulmak anlamında kullanılırken, anxius kavramı da bu bağlamda muhtemelen anksiyöz bireylerin sık sık deneyimledikleri boğulma hissini temsil etmektedir (Beck ve Emery, 2011).

Tıbbi literatür incelendiğinde eski çağlara ilişkin anksiyetenin ön planda olduğu mental bozukluklarla ilgili fazla bilgiye rastlanmamaktadır. Tıbbın babası Hipokrat çalışmalarında psikoz, epilepsi ve melankoliyi net bir biçimde tanımlarken, aynı açıklama anksiyetenin bedensel ve otonomik belirtilerini kapsamamaktadır. 1869 yılında Beard anksiyeteyi tanımlayıp, nevrasteninin çatısı altında ikinci seviye bir belirti olarak açıklamaktadır. Fakat yıllar geçtikçe birçok yazarın nevrasteniye değişik psikiyatrik bozukluklara bölümlenmesiyle anksiyete kavramı öne çıkmaktadır. 1894 senesinde Freud anksiyetenin nevrasteniye göre daha değişik bir durum olduğunun farkına varıp, anksiyetenin birinci seviyede bir semptom olarak anksiyete nevrozu biçiminde tanımlamaktadır. Freud’un tanımlama yaptığı zamana kadar nevrasteni adı altında yer alan anksiyete terimi, Freud’la beraber başka belirtilerinde eşlik ettiği psikolojik bir kavram olarak hayatımızda bulunmaktadır (Tükel, 2002).

Normal anksiyete canlı varlığın biyolojik olarak korunmasına katkı sağlamaktadır. Fakat ortada potansiyel bir tehdit mevcutsa, meydana çıkarak organizmanın tehdit içeren durumdan kendini koruyup hayatını sürdürmesine yardımcı olmaktadır. Eğer ki anksiyete nesnel bir tehdit olmaksızın yani sanki tehdit durumu varmış gibi hissederek aşırı ve bireyin gündelik yaşamını olumsuz seyirde etkileyen öznel bir beklenti, felaketin yaşanacağı düşüncesi, endişe ile dehşet duygusu ile bağlantılı ise anormal anksiyeteden söz edilmektedir. Anormal anksiyetenin şiddeti ve gidişatı kişiden kişiye değişkenlik gösterirken, patolojik bir olgu olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda patolojik anksiyete bazı kişilerde saniyeler sürerken, bazılarında ise aylar-yıllar arasında devam edebilmektedir (Uzbay, 2002).

Anksiyete gelecek zamanda gerçekleşebilecek negatif durumlara karşın hazırlıklı olma fikriyle oluşan duygudurum halidir. Şimdiki zaman ya da gelecekte var olan tehdidin algısı korku ile anksiyete arasında bulunan ayrımı doğurmaktadır (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2010). Anksiyete ile korku birbirlerinden, anksiyetenin duygusal bir süreci içermesi, korkununda bilişsel bir sürece hizmet etmesiyle ayrılmaktadır. Korku tehlikeye neden olan bir uyarana yönelik zihinsel bir yorumu içerirken, anksiyete de bu yorumlamaya karşı verilen duygusal tepkiyi içermektedir. Aynı zamanda korku tehlikenin seviyesini belirlerken, anksiyete ise korkunun kişiyi esir almasından sonra ortaya çıkan rahatsızlık verici his şeklinde ifade edilmektedir. Bununla birlikte anksiyete durumunda bedensel ve psikolojik belirtiler eş zamanlı oluşabilmektedir (Beck ve Emery, 2011). Psikolojik belirtiler ciddi anlamda kişisel farklılıklar gösterirken, bedensel belirtilerin arasında ise kas spazmları, güçsüzlük, baş ile göğüs ağrıları, yorgunluk, tremor, kardiyak belirtiler, ağız kuruluğu, diare, baş dönmesi gibi birçok semptom bulunmaktadır (Uzbay, 2002).

3.2. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya genelinde tüm psikiyatrik hastalıkların içerisinde en çok anksiyete bozukluğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu olan hastalar genellikle ayaktan tedavi gördükleri için daha seyrek görülen şizofreni ya da bipolar bozukluğu olan hastalara göre psikiyatristler tarafından bu kişilere daha az ihtimam gösterilmektedir (Bandelow ve Michaelis, 2015). Fakat son 20 yılda anksiyete bozukluğuna olan

rağbet artmaktadır. Bu nedenle klinik tetkik ile konsültasyonlar çoğunlukla anksiyete bozukluğuna ait somatik belirtiler nedeniyle yapılmaktadır (Greenberg vd., 1999).

Anksiyete bozukluğu %25 oran ile yaygınlık oranı %17 olan depresyondan bile fazla görülmektedir. Amerikan Ulusal Eştanı Çalışması sonuçlarına göre yaşam boyu görülme oranı kadınlarda %30.5, erkeklerde ise %19.2'dir. Bütün anksiyete bozukluğu için bir senelik görülme oranı %12.6 iken yaşam boyu görülme oranı %14.6'dır. Anksiyete bozukluğunda yaygınlık oranı ile ilgili veriler bireyin kendi söylemine dayalı olduğu için, geleneksel erkeklik anlayışına göre zayıf taraflar ortaya koyulmamaktadır. Bundan dolayı kadınlarda anksiyete bozukluğunun yaygınlık oranı erkeklere göre daha fazla bulunmaktadır (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2010).

1997 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre ülkemizde anksiyete bozukluğunun bir senelik yaygınlık oranı %6.7'dir. 2000 senesi ve sonrasında anksiyete bozuklukları ile ilgili epidemiyoloji çalışmaları oldukça az yapılmaktadır. Çalışmalara çoğunlukla üniversite öğrencileri ya da ayaktan hasta katılım sağladığı için sonuçları tüm popülasyona genellemek güçtür (Yıldırım, 2020).

Epidemiyolojik araştırmalar açısından önem verilen başka bir konu ise eştanıdır. Yaşam boyu komorbidite oranı %30-60 arasında farklılık göstermektedir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ile başka psikiyatrik hastalıkların komorbidite oranları yüksektir (yaşam boyu komorbidite oranı YAB %80, TSSB %90). Anksiyete bozukluğunun diyabet, gastrointestinal, kardiyak, serebrovasküler ve dermatolojik hastalıklara eşlik etmesi epidemiyolojik çalışmalarda dikkat edilmesi gereken bir husustur (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2010).

3.3. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Anksiyete bozukluğunda muhtemel "yatkinlik sebebi" olabilecek birçok etken olmasından dolayı tek bir sebepten bahsetmek doğru sonuçlar vermemektedir. Bu sebepler; kalıtsal yatkinlik, devam eden nörokimyasal bozukluklara sebep olan bedensel hastalık ya da hastalığa yakalanmaya yönelik devamlı bir korku üretme, başa çıkma becerilerini oluşturmada yetersiz kişisel tecrübeler, belli saldırılara karşı

açık olmanın neden olduğu gelişimsel travmalar, zararlı kognitif şablonlar, mantıklı olmayan değerler, gerçek dışı amaçlar ile başka insanlardan gelen buyrukları benimsemeyi içermektedir (Beck ve Emery, 201).

Aynı zamanda anksiyete bozukluğuna sebep olan muhtemel ‘tetikleyici neden’ serisi de bulunmaktadır. Bu nedenler; fiziksel hastalıklar ya da toksik maddeler, dışarıdan gelen stres kaynakları ile duygusal saldırıya yönelik dış kaynaklı stresi kapsamaktadır (Beck ve Emery, 2011).

Anksiyete bozukluğu çeşitli unsurların kombinasyonundan kaynaklanabilmektedir. Örneğin bir vaka ciddi düzeyde genetik yatkınlık ile en düşük düzeyde çevresel stresten meydana gelirken, başka bir vakada ise kalıtsal unsurlar olmaksızın sadece olağandışı düzeyde çevresel bir tehlikeye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Beck ve Emery, 2011).

3.3.1. Biyolojik Faktörler

Normal ya da anormal (patolojik) anksiyete asıl santral sinir sisteminde meydana gelmektedir. Beyinde talamus, hipokampus, pineal bez, amigdala, hipotalamus ile hipofiz gibi nöroanatomik yapıları kapsayan limbik sistem duygudurum değişiklikleri ile bellekten sorumludur. Limbik sistemde bulunan amigdala anksiyete ile korku duygusunun ortaya çıkmasında fazla önem taşımaktadır. Normal ve anormal anksiyetenin meydana gelmesinde lateral hipotalamus, ventral tegmental alan (VTA), nükleus ambiguus, lokus seruleus (LC) ile nükleus retikularis gibi nöroanatomik yapılar rol oynamaktadır. Bu yapıların uyarılmasıyla kişide anksiyete semptomları görülmektedir (Uzbay, 2002).

Anksiyete bozukluğunun serotonin (5-HT) ile norepinefrin (NE) düzensizliği ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Elde edilen bulguların sonucunda serotonin uyarımının yeterli seviyede olmaması, norepinefrinin ise aşırı uyarım halinde olduğu görülmektedir. Bu tarz karışıklıklar anksiyete ile depresyon belirtilerine yol açmaktadır (Gülseren, 2012).

Serotonin nöronları beyin sapının raphe nükleusunda lokalize olmaktadır. Bu nöronlar beyindeki birincil serotonin kaynağı olarak görev alır (Uzbay, 2002). Bu kısımdan limbik sisteme ulaşan yollar anksiyetenin, kortekse ulaşan yollar

duygudurumun, bazal gangliyonlara ulaşan yollar ise obsesyonların regüle edilmesinde rol oynamaktadır (Gülseren, 2012). Ayrıca noradrenalin ile serotoninin arasında bulunan etkileşim anksiyetenin ortaya çıkmasını tetiklemektedir. Serotoninin fonksiyonları içerisinde enerji, duygudurum, iştah, uyku, kognitif işlemler ile libidonun modülasyonu bulunmaktadır (Uzbay, 2002). Yapılan araştırmalara göre, anksiyetenin patojeninde serotonerjik sistemde farklı sorunların bulunduğu görülmektedir. Serotonin eksikliği sonucunda anksiyetenin yanı sıra depresyon, fobi, obsesyon, panik ile kompulsiyon gibi tablolar da göze çarpmaktadır (Gülseren, 2012).

Noradrenalin nöronlar esas olarak beyinde lokus seruleus (LC) bölgesinde bulunmaktadır. Bu bölgenin fonksiyonunu kaybetmesi sonucu kognitif bozuklukların yanı sıra anksiyete semptomları ortaya çıkmaktadır (Gülseren, 2012). Lokus seruleusun aktivasyonu ve noradrenalin seviyesinin artması taşikardi, ağız kuruluğu, korku hissetme, gastrointestinal sistem hareketlerinde çoğalma, tremor, pupillalarda genişleme ile terleme gibi somatik ve otonomik anksiyete belirtilerine neden olmaktadır. Anksiyete tanısı alan kişilerde noradrenalin ve noradrenalinin metabolit seviyesinde artış oluşmaktadır (Uzbay, 2002).

3.3.2. Genetik Faktörler

Genetik bileşenlerin yapılan çalışmalar sonucunda anksiyete bozukluğunun üzerinde azda olsa rolünün olabileceği düşünülmektedir. Anksiyete bozukluğunun bir türü olan panik bozukluk hastalarının neredeyse yarısının minimum bir akrabası bu bozukluktan muzdariptir. Diğer anksiyete bozukluğu türlerinde risk bu denli yüksek değildir (Özakkaş, 2014). Ancak anksiyete bozukluğunun çeşitleri benzer genetik yatkınlıkları olan kişilerde bile çevresel faktörlerin etkisiyle değişik şekillerde dışavurumu gerçekleşmektedir. İkizler ile yapılan çalışmalarda da anksiyetenin ortaya çıkmasında çevresel etmenlerin rolünün genetik etmenlere göre daha açık ve ortada olduğu iddia edilmektedir (Gülseren, 2012).

3.3.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Anksiyete bozukluğu ile ilişkili pek çok beyin görüntüleme araştırmaları yapıp, bozukluğu anlamaya yönelik önemli bulgular elde edilmektedir. Çeşitli

görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda beyin ventriküllerinde artış olduğu gözlemlenmektedir. Başka bir çalışmada, sol hemisfer ile sağ hemisfer arasında anormal sonuçlar bulunmaktadır. Bu durum anksiyete bozukluğu belirtilerinin oluşumunda beyin simetrisinin önemini vurgulamaktadır. Fonksiyonel beyin görüntüleme (PET, SPECT, EEG) çalışmalarında, hastaların oksipital ve temporal lobu ile frontal kortekste farklı anormalliklere ulaşılmaktadır. Yapılan çalışmalar sonrasında erişilen sonuç, anksiyete bozukluğu olan hastalardan elde edilen veriler fonksiyonel serebral anormallikleri kanıtlamaktadır. Hastalarda tespit edilen bu patolojilerin, anksiyete bozukluğu belirtilerinin kaynağı olabilmektedir (Özakkaş, 2014).

3.4. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN KLİNİK BELİRTİLERİ

Anksiyete bozukluğunu gösteren belirtiler duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik olmak üzere, tehdit durumlarına uygun tepkiler vermek için düzenlenmiş dört işlevsel alanda incelenmektedir. Belirtiler kişinin sistemlerinin aşırı çalışmasını ya da belli bir sistemin fonksiyonuna yapılan müdahalenin işaretidir (Beck ve Emery, 2011).

Bilişsel Belirtiler: Kişide önemli şeyleri anımsayamama, bulanık zihin, bilişsel bozulma, düşünmeyi kontrol edememe, gerçekdışılık hissi, kontrolün yitirileceği korkusu, konsantrasyonda zorluk çekme, aşırı teyakkuz, muhakemede zorluk çekme, olumsuz değerlendirmelerden çekinme, tıkanıp kalma, çevrenin farklı görünmesi, fiziksel yaralanma ve ölüm korkusu, ilginin çabuk dağılabilmesi ile korkutucu görsel görüntüler gibi belirtiler görülmektedir (Beck ve Emery, 2011).

Duygusal Belirtiler: Kişi endişe, gerginlik, çaresizlik, korku, sinirlilik, tahammülsüzlük, diken üstünde olma, tehlikeye karşı tetikte durma ve şaşkınlık gibi problemler yaşamaktadır (Beck ve Emery, 2011).

Davranışsal Belirtiler: Kişide kaçma, kendini sakınma, tonik hareketsizlik, konuşma bozukluğu, hareketsizlik, nefes alıp vermede aşırılık ve duruş bozukluğu gibi belirtilere rastlanmaktadır (Beck ve Emery, 2011).

Fizyolojik Belirtiler: Kişi yüksek tansiyon, hızlı solunum, reflekslerde artış, karın ağrısı, idrara sıkışma, kırmızı yüz, çarpıntı, nefes almakta zorluk, irkilme

reaksiyonu, iştah kaybı, belirli noktalarda terleme, kendinden geçme, göğüste basınç, titremeler, bulantı, sıcak ya da soğuk nöbetler, baygınlık hali, yerinde duramama, karında rahatsızlık, boğazda yumru hissi ve genel halsizlik gibi zorluklar yaşayabilmektedir (Beck ve Emery, 2011).

3.5. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN DSM 5 TANI KRİTERLERİ

DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) kılavuzuna göre anksiyete bozukluğuna ilişkin tanı kriterleri şunlardır:

A. En düşük altı aylık süre zarfında hemen her gün birçok olay veya etkinliklerle (iş veya okul ortamında başarı gösterebilme gibi) bağlantılı olarak, fazlasıyla kaygı ile kuruntu mevcuttur.

B. Kişi, kuruntularını kontrol altında tutmakta güçlük çekmektedir.

C. Kaygı ile kuruntuya aşağıda yer alan altı belirtiden en az üçü (veya daha fazlası) eşlik etmektedir (bazı belirtiler en azından son altı ayda neredeyse her gün bulunmalıdır):

1. Sakinleşememe (huzursuzluk) veya sinirli veya çoğu zaman diken üzerinde hissetme,

2. Kolay yorulma,

3. Odaklanmada zorluk çekme veya zihin boşalması,

4. Kolay kızma,

5. Kas gerginliği,

6. Uyku bozukluğu (uykuya geçmekte veya uykuyu devam ettirmekte zorluk yaşama veya dinlendirmeyen, yeterli gelmeyen uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu veya bedensel semptomlar, klinik bakımından belirgin bir zorluğa veya sosyal-meslek ile ilgili alanlarda ve önemli başka işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olmaktadır.

E. Kişide var olan bu bozukluk, başka tıbbi bir durumla veya madde kullanımının etkileri ile açıklanamamaktadır.

F. Bu bozukluk farklı bir ruhsal patolojiyle daha iyi açıklanamamaktadır (APA, 2013).

3.6. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN ALT TİPLERİ

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu,
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm),
- Özgül Fobi,
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi),
- Panik Bozukluk,
- Agorafobi,
- Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu,
- Maddenin veya İlacın Sebep Olduğu Kaygı Bozukluğu,
- Farklı Bir Sağlık Durumuna Ait Kaygı Bozukluğu,
- Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu (APA, 2013).

3.7. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNA İLİŞKİN PSİKOLOJİK KURAMLAR

3.7.1. Psikanalitik Yaklaşım

Freud 1895 yılında yayınladığı “Obsesyonlar ve Fobiler” ile “Histeri Üzerine Çalışmalar” ve son olarak da 1926 yılında yayınladığı “İnhibisyonlar, Semptomlar ve Kaygı” adlı kitabında kaygıya ilişkin görüşlerini bildirmektedir (Özakkaş, 2014). Freud’un kaygıya dair fikirleri ele alındığında, iki değişik kaygı türünden bahsetmektedir. 1884’ten 1925’e kadar devam eden ilk teoride Freud kaygının baskılanan ve dışarı atılamayan libidodan ötürü olduğunu belirtmektedir. Libidinal enerjinin atılmasını engelleyen bazı olaylar, Freud’un ortaya attığı teoriye ait olan kaygı nevrozuna yol açmaktadır. Yaklaşık 30 sene sonra Freud 1926’da yayınladığı kitabında ilk teorisine ait düşüncelerinin geçerliliğini yitirdiğini belirtmektedir. Kaygıya dair ikinci teoride bastırmanın kaygıya neden olmasından daha çok kaygının bastırmaya neden olduğudur. Freud ilk teorisinde, bastırma ile

birlikte tüm duyguların kaygıya döneceğini ifade ederken, ikinci teoride kaygının en başta tehlike içeren bir olaya verilen reaksiyon olduğunu söyleyerek, bu tür durumların her tekrarında kaygının oluşacağını iddia etmektedir (Hekimoğlu ve Bilik, 2020).

Freud'un ‘‘İnhibisyonlar, Semptom ve Kaygı’’ adlı kitabında kaygıyı gerçekçi ve nevrotik olarak iki farklı şekilde incelemektedir. Gerçekçi kaygının temelinde bilinen bir tehdide yönelik duyulan kaygı mevcuttur. Nevrotik kaygı ise bilinmeyen bir tehdide karşı ortaya çıkmaktadır. Freud'a göre tehdidin bilinmez oluşunun, kaygının kökeninde nesnesiz olmasıyla ilgili olmadığını belirterek, kaygının nesne eksikliğine dair bir tepki olarak oluştuğunu açıklamaktadır (Hekimoğlu ve Bilik, 2020).

Psikanalitik yaklaşıma göre kaygıyı oluşturan 4 temel bileşen vardır. Bunlar id ya da impulsif anksiyete, içdiş edilme anksiyetesi, süperego anksiyetesi ile ayrılık anksiyetesinden oluşmaktadır. Psikanalitik teori kaygının kökeninin çocukluk dönemlerinde oluştuğunu savunmaktadır. Kaygının bu varyasyonlarıyla büyümenin çeşitli aşamalarında ve psikoseksüel gelişim dönemlerinde karşılaşılmaktadır (Özakkaş, 2014).

Psikanalitik teorisyenleri kendi aralarında kaygının tabiatı ile kaynağına dair değişik görüşler ortaya koymaktadır. Otto Rank kaygının temelini doğum travmasıyla bağdaştırırken, Harry Stack Sullivan ise kaygının kaynağını erken dönemde oluşan anne ve çocuk arasındaki ilişkiye atfetmektedir (Özakkaş, 2014).

Alfred Adler, kişinin tabiatında bulunan aşağılık duygusundan sıyrılmak için üstünlük ya da güven kazanmasının şart olduğunu, bundan dolayı da kişinin kaygıya ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda kişinin toplumla ilişkisinin zedelendiğini düşünmesi de kaygıya sebep olmaktadır. Erich Fromm ise bireyin toplum kuralları ve onay almayan yetenekleri arasındaki çelişkiden dolayı kaygının oluşacağını dile getirmektedir (Suner, 2019).

3.7.2. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım anksiyetenin öğrenilebilir bir antite olduğunu savunmaktadır. Anksiyeteye ilişkin davranışçı teorinin kaynağı çevrede ortaya çıkan

spesifik uyarılara karşı kişinin verdiği şartlanma cevabıyla yanıt bulmaktadır. Klasik koşullanmaya göre kişinin korkuya neden olmayan bir uyarı ile tehdit olarak algılanan bir uyarı eşleştirmesinden sonra anksiyete öğrenilip, belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Özakkaş, 2014).

Orval Hobart Mowrer'ın iki faktörlü öğrenme teorisi anksiyeteyi açıklamak için oluşturulan bir teoridir. Bu modele göre anksiyetenin meydana gelmesinde klasik koşullamanın, devam etmesinde ise edimsel koşullamanın payı bulunmaktadır. Kişi kaygı nesnesine karşı kaçma-kaçınma davranışı sergileyerek kaygının seviyesini yatıştırıp olumsuz pekiştirmeye yol açmaktadır. Bu durum daha fazla kaçma-kaçınma davranışına neden olurken, anksiyetenin de devamlılığına sürmektedir (Yıldırım, 2020).

Sosyal öğrenme kuramına göre bireyin bebeklik döneminden itibaren ebeveynlerini taklit ederek birçok davranış örüntüsünü ilerlettiğini ve bu davranış biçimlerinin gelecek zamanda bireyde yerleşik duruma geçtiğini bildirmektedir. Anksiyete ile bağlantılı davranış örüntüleride yine anne ile babanın gösterdiği anksiyete reaksiyonlarını çocuğun taklit yoluyla öğrenmesini içermektedir (Yıldırım, 2020).

3.7.3. Bilişsel Yaklaşım

Modern yaşamın akışındaki hızlılık ve birçoğunun altında kaldığı baskı, kişide anksiyete ve korku gibi duyguların ortaya çıkmasında büyük rol oynamaktadır. Anksiyete ile korku birbirlerine yakın fenomenler olsa da, aynı anlama hizmet etmemektedirler. Bilişsel teoriye göre, korku kognitif bir yapı olarak belirirken, anksiyete ise duygusal şekilde kendini göstermektedir. Korku rasyonalist gidişatı kullanırken, anksiyete ise bu rasyonalist gidişatın arka planındaki duyguları değerlendirmektedir (Beck ve Emery, 2011).

Bilişsel model anksiyeteyi duyumsayan kişinin düzenli olarak bulunan tehdidi abartılı bir biçimde çok daha fazla hissettiğini belirtmektedir. Kişinin durumu abartılı yorumlamasından sonra otomatik bir şekilde anksiyete aktif hale gelmektedir (Öngider, 2013).

Bilişsel teoride şemalar önemli bir yere sahipken, dolaylı olarak bilişsel çarpıtmalarda dikkat çekmektedir. Bilişsel şemalar kişinin önceki tecrübelerinin neticesinde rastladığı uyaranları eleme, ayırma ve şifreleme yoluyla bilişleri ortaya çıkaran etkinliktir. Ruhsal hastalık bulunan kişilerde belirli şemalar mevcuttur. Bu şemalar kişilerin maruz kaldıkları olayları kendilerine doğru bir tehdit ya da tehlike şeklinde algılamasına neden olmaktadır. Şemalar çoğunlukla pasif durumdayken, zorlayıcı yaşam olayları ya da negatif duygudurum tarafından tetiklenmektedir. Bilişsel şemalar ise bilişsel çarpıtmalardan meydana gelmektedir. Bilişsel çarpıtmalar bireyin hayatının neredeyse tamamına sirayet ederek, bireyin kendisini, tecrübelerini ve geleceği yorumlama biçimine etki etmektedir. Anksiyete bozukluğu olan kişiler ise felaketleştirme, kişiselleştirme, aşırı genelleme ve seçici soyutlama gibi çarpıtmaları sık sık kullanmaktadır. Gerçek dışı fikirler kişilerin olayları ya da durumları hatasız olarak değerlendirmesine izin vermeyerek, kişinin yaşamını sekteye uğratmaktadır (Özdemir vd., 2020).

3.8. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Anksiyete bozukluğu, psikiyatrik bozukluklar arasında ilk sırada yer almaktadır. Anksiyete bozukluğu ilaç tedavisi, psikoterapi ya da her ikisinde bulunduğu kombine tedavi ile yürütülebilmektedir. Tedavi esnasında psikoterapi ile farmakoterapinin, plaseboya göre daha etkin olduğu bilinmektedir. Bilişsel davranışçı terapi üzerine yapılan araştırmalarda üst düzey delil bulunmaktadır (Çıtak, 2018).

Anksiyete bozukluğu tedavisinde başarıyı yakalayabilmek için, ilk adım doğru teşhis koymaktır. Diğer fiziksel hastalıklarla karışmaması için ayırıcı tanısını yapmak önemlidir. İkinci önemli adım ise hastanın ilaç tedavisine karşı olan tutumu ve hareketleridir. Hastaların yarısı ilk 3 ayda ilaç kullanmayı keserken, az bir kısım ise reçeteyi hiç almamaktadır. Hastanın tedaviye uyum göstermesi esastır ve tedavi hakkındaki tereddütlerin açıkça konuşulması gerekmektedir. Ayrıca hastaya uygun olmayan tedavilerin uygulanması, kişilerin sıklıkla başka branştaki hekimlere başvurmasına neden olmaktadır (Kocabaşoğlu, 2008).

3.8.1. İlaç Tedavisi

Anksiyete bozukluğu toplumda yaygınlık oranı yüksek ve kişide ciddi düzeyde fonksiyon kaybına neden olmaktadır. Tedavi uygulanmasına rağmen hastalarda birtakım belirtiler düzelmemektedir. Anksiyetenin tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile trisiklik antidepresanlar, serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri ve monoamin oksidaz inhibitörler gibi farklı ilaç grupları etkili olmaktadır. SSRI'lar hastaların neredeyse %50-60'ında etkili olup, yan etkilerinin daha az olması, fizyolojik bağımlılık oluşturmamaları ve kötüye kullanım açısından daha fazla kullanılmaktadır. Benzodiazepinlerin etkisinin hızlı olması bir avantaj gibi gözükse de uzun vadede kullanımda sedasyon, bağımlılık ve kesilme gibi yan etkiler göstermektedir (Aydın, Akyalçın ve Mete, 2009). Tedavide SSRI kullanımı düşünülüyorsa yan etkilerini minimuma çekmek için ilk dört gün yarım doz başlanmaktadır. İlaç iki hafta kullanıldıktan sonra yan etkilerde düzelmeler olup, ilk iki haftada ortaya çıkan ajitasyonu azaltmak için anksiyolitik kullanımı önerilmektedir. İlacın etkisi minimum iki, maksimum dört hafta içerisinde görülmektedir (Kocabaşoğlu, 2008).

3.8.2. Bilişsel Terapi

Bilişsel terapi teknikler bütünü olmaktan ziyade bir psikoterapi yöntemidir. Anksiyete ile ilgili terapötik yaklaşım ilkeleri şunlardır (Beck ve Emery, 2011):

- Anksiyetenin bilişsel teorisi, müdahalede esas alınır ve net bir biçimde hastaya tedavinin temel mantığı olduğu anlatılmaktadır. Terapist ilk görüşmede anksiyetenin eksiksiz bir şekilde açıklamasını yapıp, görüşme boyunca açıklamayı tekrarlamaktadır (Beck ve Emery, 2011).

- Anksiyete tedavisinde uzun vadeli bir yaklaşım benimsenmemektedir. Terapilerin uzun soluklu olması, klinisyenin danışanını devamlı olarak rahatlatmasına ve danışanın kendisi hakkında düşünmesine engel olmaktadır. Seansların sayısında bir karara varmak, danışanın bozukluğun üstesinden gelebilme için görev merkezli bir kurguya yönlendirmektedir (Beck ve Emery, 2011).

- Anksiyöz kişinin korkutucu ve kaygı verici düşüncelerle mücadele etmesi, problemine değişik açılardan bakmasına izin vermemektedir. Güven ve kabul esas alınarak kurulan terapötik ilişki, anksiyete seviyesini düşürmek için etkin bir yoldur.

Bu ilişki olmadan bilişsel terapinin prosedür ve yöntemleri başarıya ulaştırmamaktadır (Beck ve Emery, 2011).

- Bilişsel terapist soru sormayı fazla bir şekilde kullanarak ipucu elde etmektedir. Doğrudan yapılan öneriler ya da açıklamalar danışanın anksiyetesini ortaya çıkartan düşüncelerini düzeltse de Sokratik sorgulama kadar etkin değildir (Beck ve Emery, 2011).

- Anksiyeteli danışanın zihninde sürekli bir akış mevcut olup, korkutucu imge ve düşünceler rahatsızlık vermektedir. Bilişsel terapi, bireyin problemlerine yaklaşmak için yapısal bir format ortaya koyarak düzeni sağlamaktadır. Yapısallık, hastaya hem güven sağlarken hem de öğrenmesini desteklemektedir (Beck ve Emery, 2011).

- Bilişsel terapinin odak noktası, var olan problemleri çözüme kavuşturmaya yöneliktir. Danışandan mevcut problemlerinin üstünde çalışabilecek şekilde anlatması beklenip, danışan bunun için teşvik edilmektedir (Beck ve Emery, 2011).

- Bireyin anksiyetesinin sebebi bilinçsiz motivasyonlar olmamakla birlikte yaşam tecrübelerine dair öğrenilen hatalı yöntemleri kapsamaktadır. Terapist danışanına yönlendirme tekniklerini öğretmek devreye girmektedir. Bilişsel terapi, okuma-yazma görevleri verme, bilgi sağlama ve ses kayıtları dinleme gibi teknikleri de içermektedir (Beck ve Emery, 2011).

- Bilişsel terapi danışanların öğrendikleri teknikleri gündelik yaşamda karşılaştıkları problemlerle durumlara nasıl entegre edildiğini göstermeyi amaçlamaktadır. Danışanların bunu başarması için, terapist tarafından ev ödevleri takip edilmelidir. Ev ödevleri terapinin eğitimsel tarafını güçlendirmektedir (Beck ve Emery, 2011).

3.8.3. Davranışçı Teknikler

Sosyal Beceri Eğitimi: Kişilerarası problemlerle uğraşan bireylerin bir kısmının sosyal becerilerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu problemin ortadan kalkması için kişiye sosyal etkileşimin öğeleri anlatılmaktadır. Hayır diyebilme ya da istekte bulunma gibi aktivitelerde canlandırmalar yapılarak, sosyal becerilerin ilerlemesini sağlamaktadır (Avcı, 2012).

Maruz Bırakma: Kişinin rahatsız edici uyarılarla bir süre yüzleştğinde rahatsızlık duygusunun ilk başta artabileceği veya aynı seviyede süreceği ancak belli bir süreden sonra ise kişinin rahatsız edici uyarana karşı duyarsızlaşmasıyla sıkıntısının azalması beklenmektedir. Maruz bırakma tekniği kademeli bir şekilde kişi tarafından her basamaktaki problemin çözümüyle gerçekleşmektedir (Avcı, 2012).

Rol Oynama: Canlandırma pek çok durumda kullanılmaktadır. Ara ya da temel inançları dönüştürmek, otomatik düşünceleri meydana çıkarmak ve gerçeğe uygun tepki göstermek amacıyla kullanılmaktadır (Avcı, 2012).

Gevşeme Teknikleri: Kişi özellikle stres, öfke ve kaygı ile baş ettiği durumlarda gevşeme tekniklerini uygulamaktadır. Bu teknikte gözler kapatılarak derin nefes burna çekilip, alınan nefes diyaframı aşağıya iterek karnı etkilemektedir. Gevşeme tekniklerinin amacı kişide bulunan semptomların artmasına sebep olan anksiyete ve anksiyeteye ilişkili kas tonusunu azaltmaktır (Avcı, 2012).

Davranış Provası: Kişi yeni bir beceri veya davranış kazanımını oluşturmak için bu yönteme başvurmaktadır. Seanslarda öncelikli olarak davranışın ne şekil yapılacağı görüşülüp, karar verildikten sonra provası yapıp terapistin geribildirimine göre hareket edilmelidir (Avcı, 2012).

Kademeli Etkinlik Planı: Kişilerin bazısı için belirli bir faaliyeti yerine getirmek veya davranış tecrübelerini gerçekleştirmek oldukça zordur. Bundan dolayı faaliyet veya davranış küçük parçalara bölünmektedir. Böylece kişinin amacına ulaşması daha mümkün olmaktadır (Avcı, 2012).

4. UYKU BOZUKLUĞU

4.1. UYKUNUN TARİHÇESİ

Bir insanın ortalama ömrünün 75 sene olduğundan yola çıkılırsa, bu sürenin yaklaşık 25 senesi uykuda geçmektedir. Dolayısıyla, kişinin kendisine dair düşünceler oluşturduğu eski çağlardan şimdiye dek uyku merak edilen bir kavram olarak üzerinde araştırmalar yapılmaktadır. Niçin uykuya gereksinim duyulduğu, uyku sırasında neler gerçekleştiği, uyku ve uyanıklık arasında bulunan farkın ne

olduğu tarzında soruların cevaplarını bulmak için insanoğlu yüzyıllar boyunca çaba sarfetmektedir (Gökçay ve Arda, 2012). Uykuyla ilişkin ilk kayıtların Sümerlilere ait olduğu bilinirken, tarihte uyku üzerine oldukça fazla efsane yer almaktadır. Bunlardan biri, Büyük İskender'in devrinde Pontus devletinde hayatını sürdüren Dionizos adlı kralda ileri düzeyde obezite, horlama ile uyku halinin mevcut olduğu bilinip, bu bilgiler ışığında Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) tanısına uymaktadır. Bilim dünyasının büyük düşünürlerinden Hipokrat ve Aristo gibi kişiler rüyanın fizyolojik ve psikolojik esaslarını açıklamaya çalışmaktadır. Fakat uykunun gizemi, uyku esnasında ortaya çıkan fonksiyonların kaydedilmesi ve araştırılmasıyla çözüme kavuşmaktadır.1834 yılında İskoç bilim insanı Robert Macnish tarafından uyku hakkında "The Philosophy of Sleep" adlı ilk bilimsel makale yayınlanmaktadır (Karadağ, 2008).

19. asıra kadar uyku kuramları deneysel yöntemlere dayanmamaktadır. Legendre ile Pieron'ın köpekleri kullanarak yaptığı araştırmada, uykunun başlamasını sağlayan bir maddenin varlığı üzerine teori geliştirmektedir. Geliştirilen bu teoriye ise "hypnotoxin teorisi" ismi verilmektedir. Pavlov'a göre uykunun oluşumu, beyinde oluşan inhibisyona bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. 1935 yılında da Berger tarafından ilk kez uyuyan kişide EEG kaydı tutulmaktadır. 1953 senesinde Serinsky ile Kleitman REM uykusunun tanımı yaparken, Dement ile Kleitman ise uyku döngüsünü ortaya koymaktadır. Elektroensefalografi (EEG), polisomnografi (PSG), elektromyografi (EMG), elektrookülografi (EOG) ile çeşitli fizyolojik parametre gibi tanı yöntemleri uyku bozukluğunun teşhisinde kullanılmaya başlanmaktadır (Mathis, 1995).

Dünyaca tanınmış İngiliz yazar Charles Dickens'in 1836 yılında seri halde yayın olan "Posthumous Papers of the Pickwick Club" isimli ilk romanında kulübün çaycısı olan Joe'nun oturduğu yerde uyukladığı, uykudan güçlkle uyandığı, kişilik değişiklikleri, horlama ile siyanotik doğumsal kalp hastalığı olduğunu anlatmaktadır. Charles Dickens'in haberi olmadan tanımladığı uyku apne sendromunu, bilimsel açıdan ilk olarak 1956 yılında Burwell ile arkadaşları ifade etmektedir. Avrupa'da ise 1965 yılında Pickwick sendromlu kişilerin uyku kaydını Fransa'da Duran, Tassinari ile Gastaut, Almanya'da ise Kuhlo ile Jung yaparak uyku apne sendromunu bulup,

tanımlamaktadır (Karadağ, 2008). Uykusuzluk tedavisi için uzun yıllar barbitürat, alkol ve afyon kullanımını ile sınırlı kalmaktadır. 1956 yılında uyku bozukluğunun tedavisinde uygulanan talidomidinin doku hasarı bıraktığı farkedilince, 1960'tan sonra benzodiazepin tedavisine başvurulmaktadır (Mathis, 1995).

Türkiye'de uyku çalışmalarına ilk olarak Nöroloji ile Psikiyatri gibi bilim dalları ön ayak olmaktadır. Çalışmalar ilk kez İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Erbil Gözükırmızı tarafından gerçekleştirilirken, Prof. Dr. Hamdullah Aydın ise Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde yürütmektedir. Uyku sırasında oluşan solunum sıkıntılarında dolayı Göğüs Hastalıkları Bölümü de bu çalışmalara dahil olmaktadır. 1994 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ile SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde ilk uyku laboratuvarları Göğüs Hastalık Birimi tarafından kurulmaktadır. İlerleyen yıllarda da yeni laboratuvarlar eklenerek, çalışmalar ivme kazanmaktadır (Karadağ, 2008).

4.2. UYKUNUN TANIMI

Uyku insanın ısı, ses, koku, ışık ve temas gibi uyaranlarla uyandırılabilceği veya süre yeterli miktarda geldiğinde kendiliğinden tamamlanan bir bilinçsizlik hali şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşamımızın neredeyse üçte birinin geçtiği uyku sürecinin nasıl meydana geldiği yüzyıllardır çözülmeye çalışılmaktadır. Hipokrat uykuyu, bedenin iç organların ısınmasını sağlamak için, kanın bedenin derinliklerine ulaşması ile kanın beyinden ıraklaşması şeklinde tanımlarken, Aristo ise vücuda alınan besinlerin ısıya çevrilerek uykuya neden olduğunu ileri sürmektedir (Karadağ).

Uygunun fizyolojik ve davranışsal olmak üzere çeşitli belirtileri bulunmaktadır. Hareketliliğinin az olması ya da olmaması, dış uyaranlara karşı cevabın azalması, gözlerin kapanması, bilincin geridönüşümlü kaybı ve uyku postürü gibi belirtiler davranışsal; elektroensefalografi, elektromyelografi ve elektrookülografide ortaya çıkan belirtiler ise fizyolojik olarak bilinmektedir (Kuzu, 2012).

Uygunun esasları, evrimsel (uyumcul) ve restoratif (yenileyici) şeklinde iki kuram ile anlatılmaktadır. Evrimsel teori uygunun zaman içerisinde kazanılmış ve

canlılığı sağlayan bir süreç olduğunu, tehlikeli tür veya durumlara maruz kalmayı engellediğini ileri sürmektedir. Restoratif teoride ise uyku sırasında düzelme ve onarım gibi unsurların olduğunu iddia etmektedir. Genellikle NREM uykusu bedeni yenilerken, REM uykusunun ise zihni onardığı kabul edilmektedir. NREM uykusu boyunca büyüme hormonu, prolaktin ile testosteron salgısında artış olmaktadır. Restoratif teoride uyku ihtiyacı ile gün içindeki performansın doğru orantıda olmaması kuramın zayıf yönü olarak gösterilmektedir (Özgen, 2001).

4.3. UYKUNUN FİZYOLOJİSİ

Uyku, bütün memeli canlılarda sinir sisteminin onarımını ve ilerlemesini, enerjinin muhafaza edilmesini sağlayan doğal bir yapı olup; otomatik fonksiyonları, davranışı, uyarılmışlığı, bilişsel görevleri ve hücre içindeki işleyişi denetleyen sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik sistemin pek çok ögesi ile bağlantılıdır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Bilinç durumunda değişiklik olarak tanımlanan uyku hakkında, başlangıçta bilinenlerin tersine nöronal aktivitenin işleyişinde azalma olmayıp yalnızca nöronal aktivite başka bir forma girmektedir (Abdulkadiroğlu, Bayramoğlu ve Han, 1997). Uykuyu başlatan ve uyanıklığı sürdüren yapı 20-25 sene öncesinde beyin sapıyla sınırlandırılmaktadır. Bunun üzerine, Asendan Retiküler Aktive Edici Sisteme (ARAS) gelen iç ile dış uyarılar yapıyı aktif hale getirerek, uyanık kalmayı sağlamaktadır. Bu sistemde aktivasyonun azalması ile uykunun ortaya çıktığı iddia edilmektedir (Abdulkadiroğlu, Bayramoğlu ve Han, 1997; Gözükırmızı, 2007).

Neredeyse 20 senedir yapılan çalışmalar elektrofizyolojik alandan belirli kimyasal maddelere doğru yönelmektedir. Nörotransmitterler ile spesifik nöronların arasında bulunan bağlantı uyku ile uyanıklığın devreye girmesinde payı olduğu düşünülmektedir. Uykunun başlatılması, devam etmesi veya sonlanmasında görevli olan mekanizmaların az sayıda kimyasal bileşimle açıklamak olanaksızdır. Uyku, REM (Rapid Eye Movements) ve Non-REM (NREM) şeklinde iki temel ögeye ayrılmaktadır. Yapılan araştırmalar bu uyku çeşitlerinin başlaması ve bitişinden sorumlu nöral sistemin farklı yapılardan meydana geldiğini bildirmektedir (Gözükırmızı, 1993).

REM uykusunun meydana çıkması için öncesinde mutlaka NREM'in olması gerekmektedir. Uyanıklık, NREM ile REM' in bileşkesinden oluşan, çeşitli mekanizmaları olan biyolojik yapıları içermektedir (Gözükırmızı, 1993). Uyanıklık durumundan NREM'e geçme, Rostral Raphe çekirdeklerinin aktive olmasıyla salgılanan serotonin ile; NREM uyku durumundan REM uykusuna geçme Locus Ceruleus'un aktive olmasıyla salgılanan noradrenalin ile; REM uyku durumundan NREM uykusuna geçme Formatio Reticularis'in aktive olmasıyla salgılanan asetilkolin ile ortaya çıkmaktadır (Koçu, 2009).

Serotonin, beyinde en fazla Rafe çekirdeklerinde bulunup, çekirdekler mezensefalik, kaudal-pontin, bulber ve rostral-pontin olmak üzere dört grupta incelenmektedir. Beyin sapına yerleşen bu çekirdekler talamus, frontobazal bölge ile hipotalamusta da bulunmaktadır. Hayvanlarla yapılan deneylerde, Rafe çekirdeklerinin uyandırılmasıyla uyku süreci oluşmaktadır. Uykunun ortaya çıkmasıyla birlikte elektriksel aktivitede de düşüş yaşanmaktadır. Bu sonuca göre, önceden bilinenin tersine bu çekirdeklerin serotonerjik aktivite düzeyi uyanıklık durumunda uykuya göre çok daha fazladır. Uyanıklık halinde giderek yükselen serotonerjik aktivite ve diğer endojen kimyasallar ile frontobazal bölge, talamus ile hipotalamusta bulunan ventrolateral preoptik çekirdeği (VLPO) uykunun ortaya çıkmasına neden olan birtakım maddenin sentezi ile uykunun meydana gelmesini sağlamaktadır. Uykunun oluşmasına katkı sağlayanlar arasında önceden beri en bilinenleri GABA, adenosin ile bazı peptid çeşitleriyken, şimdilerde ise en çok üzerinde durulan ''delta sleep inducing peptide''dir. Aynı zamanda alfa melanosit, enkefalin ile beta endorfin gibi başka çeşit nörotransmitterleri de kapsamaktadır (Abdulkadiroğlu, Bayramoğlu ve Han, 1997). REM uyku periyodu esnasında serotonin ile norepinefrin salınımı en düşük düzeyde iken, bu periyotta tek başına asetilkolin hakimdir. NREM uyku periyodu esnasında ise tüm nöroregülatörler az miktarda salınmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Beyin sapından doğru hareket eden eksitatör uyarıcıların sebep olduğu kortikal aktivasyonun uyanıklığı sağladığı ileri sürülmektedir. Beyin sapından gelen uyarıcı maddelerin asıl kaynağının retiküler aktive edici sistem (RAS) olduğu bilinmektedir. RAS; ön beynin orta bölümü, tegmentum, talamus, hipotalamus, rafe

çekirdeği ile locus seruleus gibi uykuda görevli olan anatomik kısımları birbirine bağlamaktadır. Bileşenleri ise uykunun meydana gelmesi, devam etmesi ile uyku-uyanıklık döngüsünde kritik bir role sahiptir. RAS talamusa, talamus ise talamokortikal yolla kortekse gönderilen uyarıların uyanıklığı sürdürdüğü fakat RAS'ın tahribatını içeren deneysel araştırmalarda geri dönüşü olan uyanıklık kaybı gözlemlenmektedir. Bundan dolayı uyanıklığa neden olan ilave yöntemlerin varlığı düşünülmektedir. Ayrıca bazal ön beyin çekirdekler ile RAS'da bulunan histaminerjik nöronlar, uyanıklığın ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması ve uyku yoksunluğu merkezi sinir sisteminin işlevlerini etkilemektedir. Uzun süredir devam eden uykusuzluğun; bağışıklık sisteminde, beslenme ile metabolizmada, vücut ısı denetiminde ve başka düzenleyici sistemlerde bozulmalara yol açmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

4.4. SİRKADİYEN RİTİM

Sirkadiyen kavramı, circa (yaklaşık) ile dies (gün) anlamında olan iki Latince kelimenin birleşiminden doğup, yaklaşık bir günü belirtmekte kullanılmaktadır. Ritmin yalnızca bir döngüsünü karşılayan zaman dilimi periyot, ritme özgü başlangıç ile sonlanma gibi nitelikler faz şeklinde ifade edilmektedir. Sirkadiyen ritim insan yapısında uyku-uyanıklık halinin esas belirleyicisidir (Akıncı ve Orhan, 2016). Sirkadiyen sistemde, günlük yaşamda etkisini gösteren sirkadiyen ritim ile davranış, metabolizma ve fiziksel reaksiyonlar düzenlenmektedir. Bu ritimler hemen hemen 24 saatte bir kendilerini tekrar eden periyottan oluşan kalıplardır. Bununla birlikte ultradiyen, sirkannual ve infradiyen ritimlerden değişik olarak, sirkadiyen ritim canlı varlığın içerisinde endojen şekilde üretilmekte ve dışarıdan gelen zaman işaretleri olmaksızın kendilerini sürdürebilmektedir (Yüksel, 2019; Özbayer ve Değirmenci, 2011).

Sirkadiyen ritmin düzenlenmesini sağlayan sorumlu yapı, anterior hipotalamusta çift olarak görevli suprakiazmatik nükleus (SKN)'tur (Akıncı ve Orhan, 2016). İmmün fonksiyonlar, hücre dönüşüm proteinleri, pıhtılaşma faktörleri, gen ekspresyonu ile büyüme faktörü gibi görevlerde sirkadiyen ritim görev almaktadır. Aynı zamanda kalp atımı ile kan şekerinin regülasyonunda, kan

basıncının denetiminde ve doku büyümesi gibi ciddi fizyolojik işlevlerde de önemli bir role sahiptir (Özbayer ve Değirmenci, 2011).

Sirkadiyen sistemde ışık, en güçlü ritim düzenleyici iken, fiziksel ile sosyal aktiviteler ise başka düzenleyicilerdir (Akıncı ve Orhan, 2016). Retinaya ışık gelmesiyle birlikte ‘retinohipotalamik yol’ ismi verilen sinir demeti üstünden suprakiazmatik nükleus (SKN) aktive olmaktadır. Aynı zamanda retinadan SKN’ye dolaylı bir gidişatta bulunmaktadır. Bu gidişatın, optik sinirlere ulaşan görme uyarılarının genikulat çekirdek ismi verilen alandaki nöron ağları vasıtasıyla SKN’ye kanalize edilmesiyle oluşmaktadır. Farklı gidişat yöntemleri ile retinada bulunan ışık durumu hakkında bilgi verilen SKN, başka beyin bölgelerini ikaz ederek organizmanın ritimlerinin düzenlenmesinde görev almaktadır (Özbayer ve Değirmenci, 2011).

Sirkadiyen ritimde dışarıda bulunan aydınlık ile karanlık döngüsü etkili olmaktadır. Melatonin sentez ile salınımı gündüz vaktinde ışığın tesiriyle baskılanırken, geceleri ise karanlık olduğunda uyarılmaktadır. SKN’de bulunan nöral ateşlenme ile melatonin aracılığıyla uykunun başlatılması ile sürdürülmesi sağlanmaktadır. Dışarıdan alınan melatoninin uykuyu oluşturucu yani hiptonik bir etkisi vardır. Işığa maruziyet ile melatonin kullanım zamanına göre endojen düzende fazın gecikmesi veya erkene kayması gibi üzerinde değişiklikler yapılabilmektedir. Akşam vakitlerinde alınan melatonin fazın erkene kaymasına neden olurken, sabah vakitlerinde alınması fazı geciktirmektedir. Bu durumun tam tersi ışığa maruziyette de geçerlidir. Akşam vakitlerinde fazla ışığa maruziyet fazı geciktirirken, sabahın erken vakitlerinde ışığa maruziyet ise fazın erkene çekilmesine neden olmaktadır (Akıncı ve Orhan, 2016).

4.5. UYKUNUN EVRELERİ

Uyku evreleri, elektromiyogram (EMG), elektrookülogram (EOG) ile elektroensefalogram (EEG) gibi polisomnografik kayıtlar ile beyindeki elektrik aktivitesi, kas tonusundaki farklılıklar ile göz hareketlerindeki değişiklikler dikkate alınarak belirlenmektedir. Elde edilen kayıtların sonucunda hızlı göz hareketlerinin olduğu REM (Rapid Eye Movement) evresi ile yavaş uyku evresi (Non-rapid Eye

Movement: NREM) ortaya çıkmaktadır (Pagel ve Parnes, 2001; Benington ve Frank, 2003).

Birçok canlı varlıkta NREM uykusu, mevcut uyku süresinin neredeyse 4/5'ini meydana getirmektedir. REM uykusu periyotları ise farede 10 dakikadan daha az iken, insanda 90 dakika sürerek beyin büyüklüğüyle bağlantılı değişmektedir. Uykunun başlamasından hemen hemen 90 dakika sonra ilk REM uykusu görülmektedir. İlk REM uykusunun sonlanmasına kadar geçen süre uyku siklusu şeklinde ifade edilmektedir (Benington ve Frank, 2003). Bir uyku siklusunun süresi ortalama 90-120 dakika aralığında değişmekte olup, gece boyunca 4-6 defa tekrarlanmaktadır. NREM uykusunun hemen ardından REM uykusu başlar ve süre bakımından gecenin ilk bölümünde NREM, ikinci bölümünde ise REM uykusu ağır basmaktadır. Eğer ki kişi kısa bir süre uyumuş bile olsa, bu döngünün bitiminde uyandığında daha dinlenmiş olarak kalkmaktadır (Pagel ve Parnes, 2001).

NREM Uyku Dönemi: NREM uykusu yavaş uyku, sakin uyku ve sessiz uyku şeklinde de ifade edilmektedir (Bora ve Bican, 2007). Yapılan PET (pozisyon emisyon tomografi) çalışmalarına göre, NREM uykusunda beynin enerji sisteminde REM ile uyanıklık haline göre genel bir azalma görülmektedir. NREM esnasında uyanıklık haline göre kaudat çekirdek, talamus, lateral, pons, medial frontal bölge, hipotalamus, prefrontal ve parietal kortekste oksijen ile glukoz kullanımında lokal azalma bulunmaktadır. Aynı zamanda meydana gelen azalma NREM'in başlaması ile derinleşmesinde de oluşmaktadır. NREM uykusu EEG paternlerine göre 4 kısımda incelenmektedir. Evre I ile II hafif uyku şeklinde nitelendirilirken, Evre III ile IV yavaş dalga uykusu veya derin uyku şeklinde ifade edilmektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

Evre I: Uyanıklık ile uyku arasında geçiş basamağıdır. Hafif uyku ya da uyuklama olarak tanımlanmaktadır. Bütün gece uykusunun %1-5'ini oluşturmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Evre I, 1 ile 7 dakika arasında değişmektedir. Bu periyotta kalp atım hızında azalma, solunumda ve göz hareketlerinde yavaşlama görülürken, EMG'de kas tonusu yüksek görülmektedir. Dış uyaranlara reaksiyon azalmış olup, mental işlemlerde değişiklikler oluşmaktadır. Kişide mevcut olan düşünceler ayrıntılı değildir ve kısa kısa rüyalar

görülebilmektedir. Pek çok insan bu aşamada öznel olarak kendisini uyanık hissetmektedir (Bora ve Bican, 2007). Beyinde alfa dalgası yerini daha düşük voltajlı aktivitelere bırakırken, yüksek amplitüdü dalgalar belirlemektedir (Saygın ve Özgüner, 2020).

Evre II: Bu dönemde uyku biraz derinleşerek düşünce yapısının bütünlüğünün bozulması ile karakterizedir. Göz hareketleri genel olarak kaybolup, vücut hareketlerinde azalma ve kaslarda gevşeme meydana gelmektedir. EEG’de teta aktivitesi mevcuttur (Bora ve Bican, 2007). K kompleksleri ile fronto santral aktiviteli 12-14 Hz yapıda uyku içcikleri bu dönemde görülmektedir (Saygın ve Özgüner, 2020). Gece uykusunun ortalama %40-50’sini oluşturmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Evre III ve IV: Yavaş dalga uykusu, derin uyku veya delta uykusu olarak tanımlanmaktadır. Evre III’te EEG trasesine göre delta aktivitesi en az %20 ile en fazla %50 oranında görülmektedir. Evre IV’te ise EEG trasesinde delta aktivitesi %50 oranından fazla ortaya çıkmaktadır. Uykunun en derin aşaması bu dönemde olup, uyanma reaksiyon eşiği yüksektir. Kişi bu evrede uyandırılmaya çabalanırsa genellikle hareketsizlikte artma veya uyuşukluk görülmektedir (Bora ve Bican, 2007). Çocuklarda büyüme hormonu Evre III ve IV’ te salgılanırken, yetişkinlerde hücre onarımı ile yenilenmesi de hızlanmaktadır. Uyku esnasında vücut sıcaklığında düşme bu dönemde oluşmaktadır. Ayrıca kalp atım hızı ve solunum sayısı da azalmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Kişi rüya görür fakat genel olarak hatırlayamamaktadır (Saygın ve Özgüner, 2020).

REM Uyku Dönemi: Hızlı göz hareketlerinin mevcut olduğu uyku veya paradoksal uyku şeklinde de isimlendirilmektedir (Bora ve Bican, 2007). Uyanıklık esnasında olan uyarılma REM esnasında da önbeyin retiküler aktive edici sistem aracılığıyla gerçekleşmektedir. Fakat uyanıklık halinden farklı olarak serotonerjik ile noradrenerjik sistemin uyarıları azalırken, kolinerjik uyarılar dominant gelmektedir. REM uykusunda amigdala, beyin sapı, hipotalamus, bazal ganglion, talamus ile anterior singulata kan akışı artmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

REM uykusunda göz hareketlerinin hızlanmasının yanı sıra birtakım iskelet kasları dışında kas atonisi bulunmaktadır. Bebeklerde 60 dakika, erişkinlerde ise ortalama 90 dakika aralarla oluşan REM uykusu bu özellik bakımından NREM uyku ile değişiklik göstermektedir. REM uykusunda EEG trasesi evre I'e benzemektedir. Fakat REM uykusunda arada bir voltajlı ve mikst frekanslı aktivite ile düşük kas tonusu beraberdir. REM uykusunun tek karakteristik özelliği, hızlı göz hareketlerinin mevcut olmasıdır. Bu evrede düzensiz solunum, kalp atımında artış, beyin aktivitesinde yükselme, canlı ve parlak rüyalar ile uykuya ilgili ereksiyonlarla karşılaşmaktadır (Bora ve Bican, 2007).

REM uykusu türe özgü niteliklerin öğrenilmesini hazırlayan genetik hafızanın oluşumunda ve sinir hücrelerinin membran stabilizasyonunda rol oynamaktadır. Bu evreden yoksun bırakılan kişilerde psikiyatrik hastalıkların daha fazla ortaya çıkmasından dolayı ruhsal dinlenmeye katkı sağladığı düşünülmektedir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Seçici olarak NREM III-IV veya REM uykusu bitirildiğinde rebound fenomeni ortaya çıkmaktadır. Kişi bir diğer gece büyük ölçüde önceki gecenin açığını kapatabilmek için yoğun bir şekilde NREM III-IV veya REM uykusunu uyumaktadır. Şöyle ki organizma eksikliğini hissettiği uykuyu tamamlamak için çaba harcamaktadır. Yalnızca NREM III-IV ile REM evrelerinde rebound fenomeninin gerçekleşmesi bu evrelerinin önemini kanıtlamaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

4.6. UYKU BOZUKLUĞU

Uyku bozukluğu aşırı uykululuk hali, uykuya dalma ve sürdürmede güçlük ile uykusuzluk şeklinde ifade edilmektedir. Uyku bozukluğu genel olarak uykuya dalamama veya uykusuzluk yakınmaları olarak düşünülse de aşırı uyuma ve aniden uykuya dalma da uyku bozukluğu kapsamına girmektedir. Uyku bozukluğunun bazı çeşitlerinde görülme sıklığı daha fazla olurken, tedavi edilebilme imkanları da bulunmaktadır. Bu rahatsızlıklar tedavi edilmediği takdirde, ciddi rahatsızlıklar ile ölüme kadar sebebiyet verebilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalara göre horlama ve uyku apnesinin, kardiovasküler rahatsızlıklar, hipertansiyon ve serebrovasküler hastalıklarla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Uyku bozukluğunun genel

toplumda görülme sıklığı %15-35 arasında olduğu ifade edilirken, ağır ve kalıcı bir biçimde uyku bozukluğundan şikayet edenlerin görülme sıklığı ise %10-20 olarak bildirilmektedir. Amerika’da yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, düzensiz uykudan yakınanların oranı %37, huzursuz bacak sendromu (HBS) görülme oranı %41 ile uyku yoksunluğu şikayeti olanların oranı ise %29 olarak ifade edilmektedir. Uyku bozukluğu tanısı alanların yarısı problemlerinin ciddi düzeyde olduğunu belirtirken, uyku bozukluğunun yaygınlık oranını ortaya koymaktadır (Yapıcı, 2013).

Uyku bozukluğu yaşayan kişilerde; bilişsel işlevlerde yetersizlik, yaşam kalitesinde azalma, konsantrasyon bozukluğu, enerji sisteminde bozukluk, depresyon, iştahsızlık, saldırganlık, anksiyete, halüsinasyonlar, baş ağrısı, bağışıklık sisteminde bozulmalar, gündüz uykululuğu ile cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (Parlar, 2007; Alp ve Mete, 2008; Ferentinos vd., 2009).

4.7. UYKU BOZUKLUĞUNDA SINIFLANDIRMA

Uyku bozukluğu farklı bir bedensel veya ruhsal hastalıkların belirtisi olarak oluşabileceği gibi tek başına bir hastalık şeklinde ortaya çıkabilmektedir. İlk defa 1979 senesinde sınıflandırılıp, dört temel grupta ele alınmaktadır. 1991 senesinde ise ayrıntılı bir şekilde incelenip, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders, ICSD) ismiyle yayımlanmaktadır. Son olarak 2014 senesinde revize edilerek kullanılan ICSD-3 sınıflama 7 temel grup ile 59 uyku bozukluğunu kapsamaktadır. Başka bir sınıflandırma kriteri olan DSM-5’te ise Uyku-Uyanıklık Bozuklukları başlığı altında ele alınmaktadır (Keskin ve Tamam, 2018).

ICSD-3’e göre uyku bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- İnsomnia
- Uyku ile ilişkili Solunum Bozuklukları
- Hipersomnolensin Santral Bozuklukları
- Sirkadiyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları
- Parasomnialar
- Uyku ile ilişkili Hareket Bozuklukları

- Diğer Uyku Bozuklukları (Keskin ve Tamam, 2018).

DSM 5' e göre uyku bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- İnsomnia
- Hipersomnolans (Aşırı Uykululuk Durumu)
- Narkolepsi
- Solunumla Bağlantılı Uyku Bozuklukları
- Sirkadiyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları
- Parasomnialar
- Huzursuz Bacak Sendromu (APA, 2013).
- Madde/ilaç Kullanıma Bağlı Uyku Bozukluğu

4.8. UYKU BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ

Uyku bozukluğunda tedavi genellikle farmakolojik ve nonfarmakolojik şeklinde iki ayrı grupta ele alınmaktadır.

4.8.1. Farmakolojik Tedavi

Uyku bozukluğunda yaygın olarak farmakolojik tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik tedavi yöntemlerine dair bilgi birikiminin az olması ve profesyoneller aracılığıyla uygulanan tedavi tekniklerine ulaşımın pahalı ve zor olmasından dolayı genellikle uyku ilaçlarını doktorlar reçete etmektedir. Hipnotik ilaçların uzun dönemde oluşan etkilerine ilişkin çok az bilgi bulunmaktadır (Montgomery ve Dennis, 2003).

Akut stres ya da sirkadiyen ritim bozuklukları gibi kalıcı olmayan uykusuzluğa neden olan durumlarda hipnotik ilaçlar kullanılmaktadır. Hipnotik ilaçların rebound insomniye neden olması, yan etkilere karşı tolerans gelişmesi ve bağımlılığa sebebiyet vermesinden dolayı kullanımı sınırlandırılmaktadır. Aynı zamanda gebelik esnasında da hipnotik ilaçların kullanımı kısıtlıdır. Bu ilaçlarda en fazla baş ağrısı, depresyon, somnolans, tremor, konfüzyon, bağımlılık ile dizziness (vertigonun alt tipi) gibi yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Nadirde olsa NREM

parasomnisini başlamasına ve amneziye neden olabilmektedir (Gök, Peköz ve Aslan, 2017).

Amfetaminlerin kötüye kullanım ile bağımlılık riskleri açısından vardiyayı içeren meslek gruplarında uyku bozukluğu tedavisinde rutin şekilde kullanımı önerilmemektedir. Amfetamin alımının uyanıklık ile dikkat düzeyini arttırdığı yapılan çalışmalar sonucunda bildirilmektedir (Gök, Peköz ve Aslan, 2017).

Uyku bozukluğunda esas olarak kullanılan belirli ilaçların haricinde antipsikotik, antiepileptik, antidepresan ile sedatizan psikotropik gibi ilaçlar uykusuzluk belirtilerini gidermesi amacıyla öncelik tanınmaktadır. Bilhassa sedasyon içeriği olan antidepresanlar sıklıkla tercih edilmektedir. Ayrıca ketiapin, melatonin ile antihistaminik gibi ilaçlar da uyku bozukluğu tedavisinde başvurulmaktadır (Yılmaz vd., 2014).

4.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Uyku bozukluğu görülen bireylerde gündüz uykusunun en aza indirilmesi ya da ortadan kaldırılması, yatış-kalkış vakitlerinin düzenlenmesi, egzersiz, sabah erken vakitlerde ya da akşamüzeri gün ışığından faydalanma, bilişsel davranışçı terapi, gevşeme teknikleri, paradoksal niyetlenme, parmak akupunkturu, oriküler terapi ile aerobik egzersizi, kafein, uyarıcı ilaç ile alkolü yatma vakitlerine yakın almama, parlak ışık tedavisi, Tai Chi programı, aromaterapi, müzik ve yatak masajı gibi yöntemler sık sık tercih edilen nonfarmakolojik tedavi yolları olarak kullanılmaktadır (Dolu, 2017).

4.8.3. Uyku Hijyeni

Uygunun kalitesini arttırmaya yönelik kullanılan ilke ve uygulamalar uyku hijyeni şeklinde tanımlanmaktadır. Bütün gece süresince uyku kalitesini yükseltmek için gerekli günlük uygulamalar, çevresel düzenlemeler ile alışkanlıklardaki düzen uyku hijyeni boyutunda incelenmektedir. Uyku hijyeni düzenlemeleri; etkili, yan etkisi olmaması ve ucuzluk bakımından uyku bozukluğu idaresinde kullanılan önemli bir tedavi yaklaşımıdır. Uyku bozukluğu ile mücadele stratejileri arasında sıklıkla kullanılmaktadır (Güneş, 2018).

Uyku hijyeni için önerilen maddeler şunlardır (Parlar, 2007):

- Yatak odasının ısısı ayarlanmalı, havalandırılmalı, odanın ışığı azaltılmalı ve yatak rahat edecek şekilde sert olmamalıdır.
- Kişi suyuna ya da ilaçlarına rahatça ulaşabilmeli ve banyoya gidişi yolunun aydınlatması yeterli gelmelidir.
- Hastada katılık ya da hareketlerde aşırı yavaşlık mevcutsa, kişinin yatakta ya da yatağın dışında destekleyici malzemeler bulundurulmalıdır.
- Düzenli egzersiz ile gevşeme teknikleri uygulanmalı, kafeinli ve alkollü içecekler, aşırı ağır yiyecekler ile sigaradan uzak durulmalıdır.
- Geceleri çok fazla idrara çıkan kişiler akşam saat dörtten sonra sıvı tüketimini durdurmalıdır.
- Uykunun yaklaşık iki saat öncesinde sıcak bir duş alınmalı, hafif yemekler tüketilmeli veya ılık süt içilmelidir.
- Düzenli bir uykunun oluşması için uyku şeması tavsiye edilmelidir. Aynı zamanda sirkadiyen ritim bozukluğunun iyileşmesinde sabahları aynı vakitte kalkılması önerilmelidir.
- Eğer ki kişi gece vakti uyanırsa, gevşeme egzersizleri uykuya tekrar dalmasında yardımcı olmalıdır.
- Kişide depresyon mevcut değilse ve bir engel bulunmuyorsa sabahları erken kalkmalıdır. Günlük faaliyetlerini sürdürmede başarılı bir yöntemdir.
- Sirkadiyen ritimin sürdürülmesi için sabah saatlerinde güneş ışığından faydalanılmalıdır.
- Kişiler büyük çoğunluğu gündüz şekerlemesini faydalı bulurlar. Bu şekerlemelere canlı rüyalar eşlik etmedikçe ya da çok fazla olmadıkça bir zararı yoktur.
- Günlük olarak aynı vakitte uyanmaya ve yatmaya özen gösterilmelidir. Bu düzen biyolojik saatin regülasyonuna yardımcı olur.
- Uyku için gerekli olan hazırlıklar yapılmalıdır.

- Uykuya geçmeden bir saat önce ya da yatarken aşırı zihinsel uyarandan uzak durulmalıdır. Uykuya geçişi sağlamak için bir kitap okunmalı ya da gevşemeye neden olan TV programları tercih edilmelidir.

- Yatak odası uyku veya seks dışındaki ihtiyaçlar doğrultusunda kullanılmalıdır.

- Kişi yattıktan sonra 20-30 dakika içerisinde uykusu gelmezse yataktan kalkmalıdır. Uykusunu kaçırabilecek faaliyetlerden uzak durmalı ve tekrardan yatmak için uykusunun gelmesini beklemelidir.

SONUÇ

Fibromiyalji sendromu (FMS) yaygın vücut ağrısı ile belirli bölgelerde hassas noktalarda kendini gösteren kronik gidişatlı kas iskelet sistem hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunda yorgunluk, uyuşukluk, kuru ağız ile kuru göz, uyku bozukluğu, tutukluk, üretra, irritabl barsak sendromu ile dismenore görülmektedir (Kösehasanoğulları ve Yılmaz, 2018).

Bir asır öncesinde ‘‘nörasteni’’ ya da başka terimlerle tarifi yapılan tablonun ‘‘fibromiyalji’’ kavramına uzanan yolda Gowers’ın 1904’te ‘‘fibrositis’’ şeklinde tanımını yapması ile başlamaktadır. 1975 yılında ise Moldofsky ile arkadaşları uykunun NREM evresinde gerçekleşen bozukluğu ifade ederek, fibrositisin merkezi sinir sisteminde meydana gelen bir tutulum olabileceğini iddia etmektedir. 1990 senesinde Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından fibromiyalji (FM) ismi kullanılarak günümüze kadar gelmektedir (Dönmez ve Erdoğan, 2009).

Fibromiyalji tanısının konulması için, hassas noktaların varlığını temel alan Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) 1990 tanı kriterlerini dikkate almaktadır. Bu tanı kriterlerine göre, kişide en az üç ay süregelen ağrı hikayesi ile 18 hassas noktanın minimum 11’inde palpasyon durumunda ağrının meydana gelmesi ile fibromiyalji tanısı konulmaktadır. Fakat fibromiyalji hastalarının %25’inde belirtilen 18 hassas noktada beklenen duyarlılığın oluşmaması, hastalığın şiddetini ortaya çıkartan bir ölçünün bulunmaması, hastalığın takibinde yararlanılamaması, bilişsel bozukluk, yorgunluk ve uyku bozukluğu gibi belirtileri kapsamaması nedeniyle, 2010 senesinde ACR tarafından yeni kriterler ortaya çıkarılmaktadır. ACR 2010 tanı kriterlerinde hedeflenen, fibromiyalji tanı kriterlerini sadeleştirmek, hassas nokta kontrolü olmaksızın kullanımının yayılmasını sağlamak, uyku bozukluğu, bilişsel işlev bozukluğu ile yorgunluk gibi birçok ağrı haricindeki belirtilerin önemine dikkat çekmek, nesnel bir şekilde hastalığın şiddetini test etmek, tanı kriterlerini sağlamayan hastaları uzun vadede takip etmek ve yapılan tedavilerin etkililiğini değerlendirebilmektir. Aynı zamanda önerilen yeni kriterler, fibromiyaljiye eşlik eden belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. 2010 tanı kriterleri 2011 senesinde revize edilerek yeni kriterler ortaya çıkmaktadır. Ancak bu tanı

kriterlerinin duyarlılık ve özgülük düzeylerinin düşük olması sebebiyle, Benett ve arkadaşları 2013'te ağrının daha fazla alanda incelendiği ve hastaların belirtilerinin daha genel kapsamda değerlendirildiği ACR Alternatif Tanı Kriterlerini bildirmektedir (Türk, 2019).

Fibromiyalji kadınlarda erkeklere oranla daha sık ortaya çıkmaktadır. En çok görüldüğü yaş grubu ise 45 ile 60 yaş arasındır. Amerika'da çoğunlukla kırsal ya da nondüstriyel alanlarda karşılaşılmaktadır. Aynı zamanda görülme sıklığı yaş ile birlikte artmaktadır (Dernek, 2016). Yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonucuna göre risk faktörleri arasında kadın olma, düşük eğitim ve gelir durumu ile boşanmış olma gibi unsurlar bulunmaktadır (Dönmez ve Erdoğan, 2009).

Fibromiyalji sendromu ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen, hastalığın etiyojisine dair yeterli düzeyde veri olmadığından, hastalığın yapısı ile nedenleri bütünüyle bilinmemektedir (Nazlıkul, 2014). Fibromiyalji hastalarının birinci derece yakın akrabalarında hastalığın görülme sıklığının sekiz kat daha fazla ortaya çıkması ile aile öyküsünü işaret eden başka çalışmalar genetik geçişi düşündürmektedir (Dönmez ve Erdoğan, 2009).

Hastalarda serotonin 5-HT_{2A} reseptör, Dopamin 4 reseptör, COMT ile serotonin transporter gen polimorfizmleri bulunmaktadır. Bütün gen polimorfizmleri monoaminleri etkileyerek strese karşı reaksiyonda rol oynamaktadır. Ayrıca fibromiyalji ile HLA dokusu arasında hafif düzeyde bir bağ görülmektedir (Dönmez ve Erdoğan, 2009). Bazı virüs çeşitleri ya da hastalıkların oluşması (hipotiroidizm, romatoid artrit ve lupus) neden olarak ileri sürülmektedir (Nazlıkul, 2014). Psikolojik stresin, fibromiyalji ile kronik ağrı sendromlarına rehberlik ettiğini birçok araştırma ortaya koymaktadır. Bu hastalıkların oluşmasında olumsuz çocukluk dönemi travmaları ile ebeveyn eksikliği gibi faktörler etkili olmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda savaş bittikten sonra askerlerde fibromiyaljiye rastlanması, savaşın stresini kaldıramayan kişilerde hastalığı tetiklemektedir (Dönmez ve Erdoğan, 2009). Ayrıca kişi çok fazla yorulduğunda, havanın soğuk ya da nemli olmasıda semptomları ciddileştirmektedir (Nazlıkul, 2014).

Fibromiyalji hastalarında ortaya çıkan belirtilerin kökeni bilinmediği için tedavi de belirtilerin kontrolü üzerine odaklanmaktadır. Bundan dolayı farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi teknikleri kişilerin ihtiyacına yönelik kullanılmaktadır. Bu yaklaşıma göre tedavinin iki ana bileşeni bulunmaktadır. İlk yaklaşım ağrının denetim altına alınmasını sağlarken, ikinci yaklaşım ise baş ağrısı, uyku bozuklukları, duygudurum bozuklukları, migren, yorgunluk ile irritabl barsak sendromu gibi fibromiyaljiyle bağlantılı belirtilerin rehabilitasyonunu içermektedir. Fibromiyaljinin rehabilitasyonunda pozitif cevapla karşılaşabilmek için egzersiz ile ilaç tedavisinin yanında hasta eğitimi önem kazanmaktadır. Aynı zamanda hastanın stresle başa çıkma mekanizmasını geliştirmek için bilişsel davranışçı terapiye ihtiyaç duyulmaktadır (Dernek, 2016).

Psikiyatrik eş tanılar içerisinde, fibromiyalji hastalarında yaşam boyu depresyonun görülme sıklığı yüksek olup, depresyon teşhisi konulma oranı %20 ile 80 arasında değişmektedir. Yapılan bir dizi araştırmanın sonucuna göre fibromiyalji hastalarının süregelen ağrısı arttıkça depresif belirtilerde de artış gözlemlenmektedir. Fibromiyalji hastalarının deneyimlediği ağrı türü ile süresi de depresyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bu hastalar genellikle herhangi bir hareket sonucu oluşan ağrıları değil, kendi kontrollerinin altında olmayan ya da beklenmeyen ağrılarının oluştuğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda fibromiyalji hastaları ağrılarında bir rahatlama meydana gelmediği için de depresyon yaşayabileceklerini savunmaktadır. (Nazlıgül ve Bozo, 2010)

Fibromiyaljili hastalarda yüksek oranda depresyonun oluşmasında iki faktör dikkate alınmaktadır. Ortak genetik yatkınlıklar ile tetikleyici etkenler depresyon riskini arttırırken, fiziksel veya psikososyal unsurlarla bir araya geldiğinde fibromiyaljinin gelişme riski de artmaktadır. Hastaların depresyon düzeyi ile ağrı şiddetiyle ilgili çalışmalarda, yalnızca ağrı ile depresyon arasında bulunan ortak patofizyolojik süreçler değil, amigdala ve hipokampus gibi yapıların deforme olmasıyla biçimlenen düşük ağrı eşiğinde önemli bir görevi vardır. (Nazlıgül ve Bozo, 2010).

Fibromiyalji hastalarında meydana gelen depresyonun doğasını kavrayabilmek için kişilerin ağrılarını arttıran etmenlerde göz önünde

bulundurulmalıdır. Bunlardan birisi de bilişsel süreçlerdir. Elde edilen son verilere göre, kişi tarafından algılanan ağrı düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Bu bağlantının temelinde ise ağrılı uyaranlara karşı yoğun olumsuz yönelimin nedeni felaketleştirme olarak tanımlanan bilişsel çarpıtmalardır (Nazlıgül ve Bozo, 2010).

Fibromiyalji sendromuna ilişkin yapılan çalışmalarda hastalar çökkünlük, stres gibi yakınmalardan bahsederken anksiyete de eşlik etmektedir. Ayrıca fibromiyalji hastalarında panik bozukluk ile obsesif kompulsif bozukluk yaygın eş tanı olarak ortaya çıkmaktadır. Birçok fibromiyalji hastasının, hastalıklarından dolayı ağrı yakınmasının olması stresör bir unsur olarak anksiyete düzeyini arttırmaktadır. Hayta ile arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmanın sonucuna göre fibromiyalji hastalarında anksiyete görülme sıklığı %52 olarak bulunmaktadır (Erşan vd., 2014). Evren ile arkadaşları fibromiyalji vakalarında depresyon ile anksiyete düzeylerini yüksek bulurken, depresyondan daha fazla anksiyete şiddetinin artmasıyla ağrı şiddetinin de artacağını ilişkili bulmaktadır. Aynı zamanda fibromiyalji hastalarına eşlik eden affektif ile anksiyete bozukluklarının itinalı bir biçimde araştırılıp, tedavi programının oluşturulması gerekmektedir. Hastalarda tedaviye başlamamak, duygusal gerginlik ile fiziksel işlevsizliğe neden olmaktadır. Bunlara ek olarak eş tanılarının tedavisi mümkündür ve fibromiyalji hastaları bu semptomlarla baş ederken zorluk yaşamaktadır (Evren vd., 2005).

Fibromiyalji hastalarında sıklıkla görülen diğer bir semptom ise uyku bozukluğudur. Uyku bozukluğu fibromiyalji hastalarında %80 gibi yüksek bir oranda görülmektedir. Geceleri sürekli uyanma, yorgunluk, halsizlik ile dinlendirmeyen uyku gibi belirtilerle karşılaşılmaktadır. Fibromiyalji hastaları vakitlerinin çoğunluğunu uykuda geçirseler bile dinlenemediklerini ifade etmektedir. Hastaların günün büyük bir kısmında yaşadığı yoğun ağrı, gece vakitlerinde huzursuz uykuya, kötü uyku da gün içerisinde ağrı eşiği seviyesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu kişilerin uyku derinliği azalmış olup, uykunun çoğunluğu NREM evresinde geçireceği için hastalar gece boyunca uyanmaktadır. Bundan dolayı da hastalar uykularından verim almadan kalkmaktadır. Uyku bozukluğunun mu ağrıya sebebiyet verdiği yoksa ağrının mı uyku bozukluğuna neden olduğu tartışma konusudur (Balbaloglu, 2018)

Uyku özelliklerinin ele alındığı bir meta-analiz çalışmasına göre, uyku polisomnografi yöntemi ile değerlendirildiğinde fibromiyalji hastalarında uyku esnasında uyanıklık süresinin arttığı, uyku süresinin azaldığı ve etkili uykunun kısaldığı görülmektedir (Balbaloğlu, 2018). Fibromiyalji hastalarında oluşan uyku bozukluğu çoğunlukla kişileri uykuya karşı tükenmek bilmeyen ağrı döngüsüne yöneltmektedir. Ayrıca kötü ve kalitesiz uykunun ağrı eşiği ile ağrı yönetiminde kullanılacak bilişsel becerileri etkilediği de bilinmektedir (Balbaloğlu, 2018).

Son olarak yapılan çalışmalara göre, bazı araştırmacılar NREM uyku bozukluğundan bahsederken, depresyon ile kaygı bozukluklarının zemininde yer alan serotonin eksikliği fibromiyalji hastalarında hem NREM uykusunu etkilemekte hem de ağrının ortaya çıkmasını sağlamaktadır. (Dönmez ve Erdoğan, 2009).

Bu araştırma fibromiyalji hastalarının depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu açısından değerlendirilmesi üzerine bilgi toplama amacıyla ortaya çıkarılmıştır. Araştırmanın yalnızca literatür taraması şeklinde oluşturulması, yeni bir sonucun ortaya konmaması, mevcut olan sonuçların derlenmesi araştırmanın sınırlılığını yansıtmaktadır. Literatürde fibromiyalji sendromuna ilişkin ilk çalışmalar 1843 yılında Froriep tarafından yürütülmüştür. Çalışmalardaki yeni gelişmeler de artarak günümüze kadar ulaşmıştır. Ancak fibromiyalji sendromunun oluşum nedeninin tam olarak bilinmemesi, hastalığa eşlik eden çok sayıda eş tanının varlığı hastalığın tanımlanmasını güçleştirmektedir. Son yıllarda tanı kriterlerinin revize edilmesiyle teşhis daha kolay hale gelmiş ve bundan dolayı alan ile ilgili araştırmalar ivme kazanmıştır. Öte yandan depresyon ile uyku bozukluğunun fibromiyalji sendromu ile ilişkisine yönelik çalışmalar yeterli düzeyde iken, anksiyete bozukluğuna dair bilgi toplama açısından sınırlılıklar yaşanmıştır. Bu konuya dair araştırmaların çoğalması ile anksiyete bozukluğu ve fibromiyalji sendromunun ilişkisine yönelik daha fazla bilgiye ilerleyen dönemlerde ulaşılabilir.

KAYNAKÇA

Aaron, L. A., Bradley, L. A., Alarcón, G. S., Alexander, R. W., Triana-Alexander, M., Martin, M. Y., & Alberts, K. R. (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 39(3), 436-445.

Abdulkadiroğlu, Z., Bayramoğlu, F., & Han, N. (1997). Uyku ve uyku bozuklukları. *Genel Tıp Derg*, 7(3), 161-6.

Abram, J. (2008). Donald Woods Winnicott (1896–1971): a brief introduction. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(6), 1189-1217.

Açıkgöz, S. C. (2019). *Depresyon, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun psikolojik sağlamlık/dayanıklılık ile ilişkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Akbıyık, D. İ., Ebru, G. M., & Cording, C. (1999). Almanya’da yaşayan türkler’de ‘göçmen olma’nın depresyon ve somatik semptomlar üzerine etkisi. *Kriz Dergisi*, 7(2).

Aker, A. T. (2006). 1999 Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204-212.

Akıncı, E., & Orhan, F. E. (2016). Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(2), 178-189.

Albayrak, E. Ö., & Ceylan, M. E. (2004). Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*, 17(1), 27-33.

Alp, N., & Mete, S. (2008). Postpartum yorgunluk düzeyi ile uyku ve beslenmenin yorgunluğa etkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 10-18.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Arnold, L. M. (2010). The pathophysiology, diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 375-408.

Arnold, L. M., Bradley, L. A., Clauw, D. J., Glass, J. M., & Goldenberg, D. L. (2008). Evaluating and diagnosing fibromyalgia and comorbid psychiatric disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(10), e28.

Arnold, L. M., Clauw, D. J., & McCarberg, B. H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 86, No. 5, pp. 457-464). Elsevier.

Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., ... & Keck Jr, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(3), 944-952.

Aşkın, A., & Özkan, A. (2017). Fibromiyaljide Farmakolojik Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(1), 124-141.

Avcı, D. (2012). *Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı öfke ile baş etme programının ergenlerin ruh sağlığına etkisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Aydemir, Ö. (2007). Depresyon alt tiplerinin varlığı üzerine. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(29), 19-23.

Aydın, P. Ç., Akyalçın, S., & Mete, L. (2009). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde antiepileptik ilaçların kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 80-94.

Bal, U., Çakmak, S., & Uğuz, Ş. (2010). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.

Balbaloğlu, Ö. (2018). Fibromiyalji ve uyku bozukluğu. *Bozok Tıp Dergisi*, 8, 96-99.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327.

Bauer, M., Bschor, T., Kunz, D., Berghöfer, A., Ströhle, A., & Müller-Oerlinghausen, B. (2000). Double-blind, placebo-controlled trial of the use of lithium to augment antidepressant medication in continuation treatment of unipolar major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1429-1435.

Baytunca, M. B., Aydın, R., & Erermiş, S. (2014). Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49-53.

Beck, A., & Emery, G. (2011). Anksiyete bozuklukları ve fobiler (çev. V. Öztürk; çev. ed. Tahir Özakkaş). *İstanbul: Litera Yayıncılık*.

Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain research and treatment*.

Benington, J. H., & Frank, M. G. (2003). Cellular and molecular connections between sleep and synaptic plasticity. *Progress in neurobiology*, 69(2), 71-101.

Bennett, R. M. (1996). Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheumatic Disease Clinics*, 22(2), 351-367.

Bennett, R. M. (2009). Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics*, 35(2), 215-232.

Bohn, D., Bernardy, K., Wolfe, F., & Häuser, W. (2013). The association among childhood maltreatment, somatic symptom intensity, depression, and somatoform dissociative symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a single-center cohort study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(3), 342-358.

Boissevain, M. D., & McCain, G. A. (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain*, 45(3), 239-248.

Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.

Bora H İ., & Bican, A. (2007). Uyku fizyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(23), 1-6.

Bradley, L. A. (2009). Pathophysiology of fibromyalgia. *The American journal of medicine*, 122(12), S22-S30.

Busch, A. J., Barber, K. A., Overend, T. J., Peloso, P. M. J., & Schachter, C. L. (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).

Carter, L. E., McNeil, D. W., Vowles, K. E., Sorrell, J. T., Turk, C. L., Ries, B. J., & Hopko, D. R. (2002). Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. *Pain Research and Management*, 7.

Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 154-162.

Cengil, M. (2003). Depresyonu Önlemede Dini İnancın Koruyucu Rolü. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 3(3), 129-152.

Cenkseven Ö. F., & Utkan, Ç. (2018). Bilinçli farkındalık ve algılanan stres ilişkisinde ruminasyon ve olumsuz duygu düzenlemenin aracı rolü. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*, 14(3).

Clark, S., Campbell, S. M., Forehand, M. E., Tindall, E. A., & Bennett, R. M. (1985). Clinical characteristics of fibrositis. II. A “blinded,” controlled study using standard psychological tests. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 28(2), 132-137.

Clauw, D. J. (2003). The health consequences of the first Gulf war.

Clauw, D. J. (2009). Fibromyalgia: an overview. *The American journal of medicine*, 122(12), S3-S13.

Clay, D. L., Anderson, W. P., & Dixon, W. A. (1993). Relationship between anger expression and stress in predicting depression. *Journal of Counseling & Development*, 72(1), 91-94.

Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etiyojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.

Çıtak, S. (2018). Anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımları: Psikoterapi ve farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 141-149.

Delgado, P. L., & Moreno, F. A. (2000). Role of norepinephrine in depression. *The Journal of clinical psychiatry*.

Demirdağ, B.C. (2009). *Fibromiyalji tanısı konmuş hastalarda eğitim ve egzersizin hastanın ağrısı, depresyonu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi.* (Doktora Tezi). Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.

Dernek, B. (2016). Fibromiyalji sendromunda tanı, tedavi ve rehabilitasyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(1), 6-10.

Desmet, M. (2013). Some preliminary notes on an empirical test of Freud's theory on depression. *Frontiers in Psychology*, 4, 158.

Dolu, İ. (2017). *Uyku bozukluğu olan yaşlı bireylere uygulanan semptom yönetimi modeli temelli uyku programının uyku kalitesi ve depresif semptomlar üzerine etkisi.* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dönmez, A., & Erdoğan, N. (2009). Fibromiyalji sendromu. *Klinik Gelişim*, 22(3), 60-64.

Durmaz, Y., Alaylı, G., Canbaz, S., Zahiroglu, Y., Bilgici, A., Ilhanlı, I., & Kuru, O. (2013). Prevalence of juvenile fibromyalgia syndrome in an urban population of Turkish adolescents: impact on depressive symptoms, quality of life and school performance. *Chinese medical journal*, 126(19), 3705-3711.

Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., ... & Waid, R. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40(1), 57-63.

Erçalık, C. (2005), *Fibromiyalji sendromunda bilişsel davranış tedavisi ve tens tedavilerinin etkinliği.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Şişli Etfal Eğitim

Ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye, 9-9.

Erşan, E., Şencan, D., Gürbüz, C., Deveci, H., & Karadağ, A. (2014). Fibromiyaljili hastaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Literatür Sempozyum Dergisi*, 1(3), 32-39.

Ertuğrul, A., & Rezaki, M. (2004). Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Psikiyatri Dergisi*, 15, 300-308.

Evren, B., Evren, C., Yapıcı, A., & Güler, M. H. (2005). Fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 69-74.

Felson, D. T., & Goldenberg, D. L. (1986). The natural history of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 29(12), 1522-1526.

Ferentinos, P., Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B., Paparrigopoulos, T., Dikeos, D., Ktonas, P., & Soldatos, C. (2009). Sleep disturbances in relation to fatigue in major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 37-42.

Fietta, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 78(2), 88-95.

Fitzcharles, M. A., & Boulos, P. (2003). Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals. *Rheumatology*, 42(2), 263-267.

Girgeç, S. K. (2020). *Unipolar depresyon tanılı bireylerde çocukluk çağı travmaları ile fonksiyonel olmayan tutumların ilişkisi.* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak.

Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *PAIN®*, 151(2), 280-295.

Goldenberg, D. L., Burckhardt, C., & Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *Jama*, 292(19), 2388-2395.

González E, Elorza J, Failde I. (2010). Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on quality of life patients. *Actas Esp Psiquiatr*; 38(5):295-300

Gök, D. K., Peköz, M. T., & Aslan, K. (2017). Vardiyalı çalışma ve vardiyalı çalışma sonucu gelişen uyku bozuklukları: tanısı, bulguları ve tedavisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 4(1), 30.

Gökçay, B., & Arda, B. (2012). Tıp tarihi açısından uyku ve uyku araştırmaları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(1), 70-78.

Gözükırmızı, E. (1993). Serotonin ve uyku. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 3, 1-2.

Gözükırmızı, E. (2007). Uyku nörofizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(26), 1-3.

Gracely, R. H., Ceko, M., & Bushnell, M. C. (2012). Fibromyalgia and depression. *Pain research and treatment*.

Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., ... & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *The Journal of clinical psychiatry*.

Gupta, A., Silman, A. J., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., MacFarlane, G. J., ... & McBeth, J. (2007). The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospective population-based study. *Rheumatology*, 46(4), 666-671.

Gül, I. G., & Karlıdağ, R. (2012). Düünden bugüne depresyon. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*, 5(2), 1-6.

Güleç, H., Sayar, K., & Güleç, M. Y. (2007). Fibromiyaljide tedavi arayışının psikolojik etkenlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 18, 22-30.

Gülseren, U. D. Ş. (2012). Depresyon ve anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Supp: 1), 5-13.

Gültekin, H. (2005). Serotonin. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 45-54.

Güneş, Z. (2018). Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyenin rolü ve stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 188-198.

Gür, A. (2008). Fibromiyaljide etiopatogenez. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 54(2).

Haddad, S. K., Reiss, D., Spotts, E. L., Ganiban, J., Lichtenstein, P., & Neiderhiser, J. M. (2008). Depression and internally directed aggression: Genetic and environmental contributions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(2), 515-550.

Hagglund, K. J., Deuser, W. E., Buckelew, S. P., Hewett, J., & Kay, D. R. (1994). Weather, beliefs about weather, and disease severity among patients with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 7(3), 130-135.

Harris, R. E., & Clauw, D. J. (2008). Newer treatments for fibromyalgia syndrome. *Therapeutics and clinical risk management*, 4(6), 1331.

Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., ... & Brähler, E. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *PAIN®*, 154(8), 1216-1223.

Hayta, E., Doğan, Ö. T., Doğan, S. C., Akdeniz, T., Şencan, D., Karakaşlı, S., & Hizmetli, S. (2010) Clinical features of 100 female patients with fibromyalgia. *Cumhuriyet Med J*; 32: 74-79.

Hekimoğlu, E. C., & Bilik, M. Z. (2020). Freud'dan Lacan'a Kaygı. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(3), 336-367.

Henriksson, C. M. (1994). Longterm effects of fibromyalgia on everyday life: a study of 56 patients. *Scandinavian journal of rheumatology*, 23(1), 36-41.

Henriksson, K. G., & Bengtsson, A. (1991). Fibromyalgia—a clinical entity?. *Canadian journal of physiology and pharmacology*, 69(5), 672-677.

Hovardaoğlu, S. (2017). Öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon: Yükleme biçimi ölçeği ve beck depresyon ölçeğiyle yapılan bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 33(1-2).

Hudson, J. I., Goldenberg, D. L., Pope Jr, H. G., Keck Jr, P. E., & Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *The American journal of medicine*, 92(4), 363-367.

Hudson, J. I., Hudson, M. S., Pliner, L. F., Goldenberg, D. L., & Pope Jr, H. G. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry*, 142(4), 441-446.

Inancı, F. F., & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current pain and headache reports*, 8(5), 369-378.

Jahan, F., Nanji, K., Qidwai, W., & Qasim, R. (2012). Fibromyalgia syndrome: an overview of pathophysiology, diagnosis and management. *Oman medical journal*, 27(3), 192.

Kabakçı, E. (2001). Üniversite öğrencilerinde sosyotropik/otonomik kişilik özellikleri, yaşam olaylar ve depresif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 273-282.

Kalkman, H. O. (2019). Novel Treatment targets based on insights in the etiology of depression: Role of IL-6 trans-signaling and stress-induced elevation of glutamate and ATP. *Pharmaceuticals*, 12(3), 113.

Kara, H., Sayar, K., & Saygılı, S. (1997). Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 7(1-4), 42-45.

Karadağ, M. (2008). Dünyada ve türkiye'de uyku çalışmaları, tarihçe. *Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları-Özel Konular*, 1(1), 1-4.

Karadağ, M. Uyku ile ilgili tanımlar ve uyku bozukluklarının sınıflandırılması.

Kavakçı, Ö., Kaptanoğlu, E., Kuğu, N., & Doğan, O. (2010). EMDR fibromiyalji tedavisinde yeni bir seçenek olabilir mi? Olgu sunumu ve gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 143-151.

Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.

Kaya, E., Erden, D., Kayar, A. H., & Kıralp, M. Z. (2010). Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 56(3), 105-110.

Keskin, N., & Tamam, L. (2018). Uyku bozuklukları: Sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 241-260.

Koca, T. (2015). Fibromiyaljide kognitif disfonksiyon. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(1), 105-118.

Kocabaşoğlu, N. (2008). Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikler*, 62, 175-184.

Koç, K. (2017). *Fibromiyalji sendromunda babalık işlevinin rorschach testiyle değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Koçu, L. (2009). *Uyku bozukluğu olan hastalarda serum serotonin düzeyleri*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.

Köroğlu, E. (2004). Depresyon: nedir, nasıl baş edilir. *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.

Köroğlu, E. (2013). Anksiyete. Hekimler Yayın Birliği.

Kösehasanoğulları, M., & Yılmaz, N. (2018). Fibromiyalji Sendromu ve Nöropatik Ağrı. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 26-31.

Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.

Kurtais, Y., Kutlay, S., & Ergin, S. (2006). Exercise and cognitive-behavioural treatment in fibromyalgia syndrome. *Current pharmaceutical design*, 12(1), 37-45.

Kuzu, O. H. (2012). Polisomnografi tanımı ve endikasyonları. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(1).

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968.

Lund, E., Kendall, S. A., Janerot-Sjöberg, B., & Bengtsson, A. (2003). Muscle metabolism in fibromyalgia studied by P-31 magnetic resonance spectroscopy during aerobic and anaerobic exercise. *Scandinavian journal of rheumatology*, 32(3), 138-145.

MacFarlane, J. G., Shahal, B., Mously, C., & Moldofsky, H. (1996). Periodic K-alpha sleep EEG activity and periodic limb movements during sleep: comparisons of clinical features and sleep parameters. *Sleep*, 19(3), 200-204.

Madenci, E., Herken, H., Yağız, E., Keven, S., & Gürsoy, S. (2006). Depression levels and the ways of coping with pain in patients with chronic pain and fibromyalgia syndromes. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 52(1):19-21.

Mäkelä, M., & Heliövaara, M. (1991). Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *British Medical Journal*, 303(6796), 216-219.

Mannerkorpi, K., & Henriksson, C. (2007). Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(3), 513-534.

Mannerkorpi, K., & Iversen, M. D. (2003). Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17(4), 629-647.

Marques, A. P., Santo, A. D. S. D. E., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista brasileira de reumatologia*, 57(4), 356-363.

Martinez-Lavin, M. (2004). Fibromyalgia as a sympathetically maintained pain syndrome. *Current pain and headache reports*, 8(5), 385-389.

Mathis, J. (1995). The history of sleep research in the 20th century. *Praxis*, 84(50), 1479-1485.

Mazzola, A., Calcagno, M. L., Goicochea, M. T., Pueyrredòn, H., Leston, J., & Salvat, F. (2009). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 66-79.

McBeth, J., & Jones, K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 21(3), 403-425.

Mcdowell, C. P., Cook, D. B., & Herring, M. P. (2017). The effects of exercise training on anxiety in fibromyalgia patients: a meta-analysis. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 49(9), 1868-1876.

McNett, M., Goldenberg, D., Schaefer, C., Hufstader, M., Baik, R., Chandran, A., & Zlateva, G. (2011). Treatment patterns among physician specialties in the management of fibromyalgia: results of a cross-sectional study in the United States. *Current medical research and opinion*, 27(3), 673-683.

Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.

Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R., & Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosomatic medicine*.

Montgomery, P., & Dennis, J. A. (2003). Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).

Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2000). Postnatal depression—myth and reality: maternal depression

before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 19-27.

Nampiarampil, D. E., & Shmerling, R. H. (2004). A review of fibromyalgia. *Am J Manag Care*, 10(11 Pt 1), 794-800.

Nas, K., Gür, A., Karakoç, M., Çevik, R., Denli, A. A., & Erdoğan, F. (2001). Genç fibromiyalji sendromlu olgularımızın klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Ege Fiz Tıp Reh Der*, 7(1-2), 29-33.

Nazlıgül, M. D., & Bozo, Ö. (2017). Biyopsikososyal model çerçevesinde fibromiyalji ve depresyon. *Türk Psikoloji Yazıları*, 20(40), 58-72.

Nazlıkul, H. (2014). Fibromiyalji sendromu. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi*, 8(2), 1-9.

Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.

Orellana, C., Casado, E., Masip, M., Galisteo, C., Gratacós, J., & Larrosa, M. (2008). Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 26(4), 663.

Öngider, N. (2013). Bilişsel davranışçı terapinin boşanma sonrasında kadınların depresyon, anksiyete ve yalnızlık semptomlarında etkinliği: Bir pilot çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 147-155.

Örsel, S. (2004). Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri, Ek*, 4, 17-24.

Özakkaş, T. (2014). Anksiyete bozuklukları ve tedavisi.

Özbayer, C., & Değirmenci, İ. (2011). Sirkadiyen saat, hücre döngüsü ve kanser. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 38(4).

Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji; Bir psikiyatrik bozukluk mu, yoksa birliktelik i?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 34-44.

Özdemir, N., Şahin, Ş. K., Elboğa, G., & Altındağ, A. (2020). Yaygın anksiyete bozukluğunda bilişsel çarpıtmaların tedaviye uyuma etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 380-386.

- Özgen, F.** (2001). Uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5(2), 41-8.
- Özkan, N.** (2017). Fibromiyalji sendromunda bütüncül yaklaşım. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi*, 11(1), 12-19.
- Özkan, Ö., Yıldız, M., & Köklükaya, E.** (2012). The correlation of laboratory tests and sympathetic skin response parameters by using artificial neural networks in fibromyalgia patients. *Journal of medical systems*, 36(3), 1841-1848.
- Özkan, Ş.** (2015). *Somatizasyon bozukluğu ve fibromiyalji sendromunda çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif yaşantıların araştırılması*. (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce.
- Özmen, D. M.** (1999). Depresyonun psikoterapisi içinde: Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller. *İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Komisyonu Yayını, İstanbul*, (17), 121-131.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A.** (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pagel, J. F., & Parnes, B. L.** (2001). Medications for the treatment of sleep disorders: an overview. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 3(3), 118.
- Parlar, S.** (2007). Parkinson hastalarında uyku bozuklukları ve hemşirelik yönetimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 95-104.
- Pellegrino, M. J., Waylonis, G. W., & Sommer, A.** (1989). Familial occurrence of primary fibromyalgia. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 70(1), 61-63.
- Porter-Moffitt, S., Gatchel, R. J., Robinson, R. C., Deschner, M., Posamentier, M., Polatin, P., & Lou, L.** (2006). Biopsychosocial profiles of different pain diagnostic groups. *The Journal of Pain*, 7(5), 308-318.
- Prins, M. A., Woertman, L., Kool, M. B., & Geenen, R.** (2006). Sexual functioning of women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*, 24(5), 555-61.

Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 17(8), 356.

Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 124(1-2), 117-125.

Razzak, H. A., Harbi, A., & Ahli, S. (2019). Depression: Prevalence and associated risk factors in the United Arab Emirates. *Oman Medical Journal*, 34(4), 274.

Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 410.

Rooks, D. S., Gautam, S., Romeling, M., Cross, M. L., Stratigakis, D., Evans, B., ... & Katz, J. N. (2007). Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: a randomized trial. *Archives of internal medicine*, 167(20), 2192-2200.

Rosenzweig, T. M., & Thomas, T. M. (2009). An update on fibromyalgia syndrome: The multimodal therapeutic approach. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(3), 226-237.

Rubin, J. J. (2005). Psychosomatic pain: new insights and management strategies. *Southern medical journal*, 98(11), 1099-1111.

Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., Carrabba, M., Doria, A., & Atzeni, F. (2008). Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now?. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 37, No. 6, pp. 353-365). WB Saunders.

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 51-71.

Savrun, M. B. (1999). Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu.

Sayar, K. (2001). Depresyon ve kültür. *İbni Sina Tıp Dergisi*, 6, 56-59.

Saygın, M. & Özgüner, M. (2020). Uykunun mikro yapısı ve mimarisi. *Uyku Bülteni*, 1(1), 19-29.

Schieman, S., Van Gundy, K., & Taylor, J. (2002). The relationship between age and depressive symptoms: A test of competing explanatory and suppression influences. *Journal of aging and health*, 14(2), 260-285.

Schimelpfening, N. (2019). The history of depression accounts, treatments, and beliefs through the ages. <https://www.verywellmind.com/who-discovered-depression1066770> Erişim: 13.04.2019.

Sevimli, D. (2007). *Fibromiyalji sendromlu hastalarda farklı egzersiz uygulamalarının fiziksel ve psikolojik parametreler üzerine etkileri.* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Simms, R. W. (1998). Fibromyalgia is not a muscle disorder. *The American journal of the medical sciences*, 315(6), 346-350.

Sindel, D., Saral, İ., & Esmailzadeh, S. (2012). Fibromiyalji Sendromunda Uygulanan Tedavi Yöntemleri. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*.

Sulukaya, A. (2019). *Depresyon tanısı almış olan bireylerle sağlıklı bireylerin gıda tüketiminin karşılaştırılması.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Suner, S. (2019). *Anksiyete duyarlılığı ile çocukluk dönemi yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Şahin, L., & Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 93-98.

Şimşek, A. S. (2014). *Özel eğitim merkezinde tedavi edilen çocukların anne ve babalarında depresyon ve yaşam kalitesinin analizi.* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tamam, L., & Zeren, T. (2002). Depresyonda serotonerjik düzenekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Supp: 4), 11-18.

Tamar, M., & Özbaran, B. (2004). Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), 84-92.

Tekin, M., & Tekin, A. (2014). Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 330-339.

Topbaş, M., Çakırbay, H., Güleç, H., Akgöl, E., Ak, I., & Can, G. (2005). The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol*, 34(2), 140-144.

Tözün, M., & Ünsal, A. (2008). 40 yaş ve üzeri bireylerde eşik üstü depresif belirti gösterenlerin sıklığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(6), 485-490.

Tuğrul, M. (2015). *Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi.* (Doktora Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tural, Ü., & Önder, E. (2002). Glutamaterjik sistem, N-metil-D-aspartik asit reseptörleri ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek, 4, 30-34.

Tuzcuoğlu, N. (1995). Psikanaliz kuramı ve özellikleri.

Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Supp: 3), 5-13.

Türk, A. Ç. (2019). Fibromiyalji tanısı için eski ve yeni kriterler: Değerlendirme ve karşılaştırma. *Ankara Medical Journal*, 19(1), 83-95.

Türkçapar, H. (2009). Depresyon; Klinik uygulamalarda bilişsel davranışçı terapi. *Ankara: HYB Basım Yayın.*

Tütüncü, R., & Günay, H. (2011). Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon/Chronic pain, psychological factors and depression. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(2), 257.

Tüzün, E. H., Albayrak, G., Eker, L., Sözü, S., & Daşkapan, A. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disability and rehabilitation*, 26(4), 198-202.

Uğur, M. (2008). Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *Sempozyum Dizisi*, 62, 59-84.

Uzbay, İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.

Uzbay, T. (2004). Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 1-11.

Ünal, S., & Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler/Precipitating, predisposing and protective factors in depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41.

Ünüvar, N. (2004). Türkiye hastalık yükü çalışması.

Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312-324.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... & Lépine, J. P. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276(4), 293-299.

Wilson, H. D., Robinson, J. P., & Turk, D. C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 61(4), 527-534.

Winfield, J. B. (2000). Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Current review of pain*, 4(4), 276-286.

Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L., ... & Yunus, M. B. (1997). Work and disability status of persons with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 24(6), 1171-1178.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., ... & Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR

Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, 38(6), 1113-1122.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62(5), 600-610.

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 38(1), 19-28.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... & Fam, A. G. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 33(2), 160-172.

World Health Organization. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report. *World Health Organization*.

Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.

Yapıcı, G. (2013). *Bir maden işletmesi çalışanlarında tanı almış uyku bozukluğu ve gündüz uykululuğu sıklığının değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

Yavuz, A. E. (2017). *Fibromiyalji sendromunda negatif kavramı ve ölüm dürtüsünün izleri: Projektif yöntemler ile değerlendirme*. (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Yıldırım, M. (2020). *Bilinçli farkındalık, öz-anlayış ve anksiyete arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.

Yıldız, A. G. M., & Eldeleklioğlu, J. (2019). Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin ruminasyon ve problem çözme becerileriyle ilişkisi.

Yılmaz, H., Tuncel, D., Aksu, M., Akyıldız, U. O., Alp, R., Arslan, K., ... & Erdinç, O. O. (2014). Uyku bozukluklarında tedavi rehberi.

Yunus, M. B. (2002). A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 28(2), 201-17.

Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 36, No. 6, pp. 339-356). WB Saunders.

Yunus, M. B., Ahles, T. A., Aldag, J. C., & Masi, A. T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 34(1), 15-21.

Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A., & Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 11, No. 1, pp. 151-171). WB Saunders.

Yücel, B. (2000). *Ağrılı hastanın psikiyatrik değerlendirmesi*. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 62- 68.

Yüksel, A. (2019). Sirkadiyen ritim ile yeme zamanı ilişkisi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 1(1), 38-43.

Zinnuroğlu, M. (2007). Fibromiyalji Tedavisi: Rehabilitatif Yaklaşım. *Romatizma/Rheumatism*, 22(3).