

Major Depresif Bozukluk ve Fibromiyalji Sendromu Hastalarında İşlevsel Bedensel Belirtiler ve Belirleyicileri

Functional Somatic Symptoms and Their Predictors in Patients with Major Depressive Disorder and Fibromyalgia Syndrome

Nilüfer SUBAŞI TEKİNTAŞ¹ , Ömer YANARTAŞ² , Fatma BENK DURMUŞ³ , Kemal SAYAR² 

¹Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Erenköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Major depresif bozukluk (MDB) ve fibromiyalji sendromu (FMS), farklı tıbbi durumlar olmasına karşın, işlevsel bedensel belirtiler (İBB) ikisinde de yaygın olarak görülmektedir. Yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, bedensel duyularını abartma, hipokondriyak kaygı ve aleksitimi MDB ve FMS hastalarında bedensel belirti şiddeti ile ilişkilendirilebilir. Biz MDB ve FMS hastalarında, İBB'nin görünümü ve şiddetini ve bu psikiyatrik belirtiler ile İBB arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya sırasıyla 56 MDB, 33 FMS ve 21 BiMF (MDB ve FMS birlikte) hastası ve 50 sağlıklı katılımcı dâhil edildi. MDB ve FMS tanıları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) ve Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) 2010 tanı kriterlerine göre konuldu. Tüm katılımcılar öz bildirim ölçekleri olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Bedensel Duyularını Abartma Ölçeği (BDAÖ), Toronto

Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20), Whiteley İndeksi-7 (WI-7), Semptom Tarama Listesi (SCL-90-R) bedensel belirti alt ölçeği ve Bradford Bedensel Belirti Envanteri-44 (BBBE-44) ile değerlendirildi.

Bulgular: Bedensel belirti şiddeti, BBBE-44 ve SCL-90-R sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı olarak, BiMF grubunda en yüksek, FMS ve MDB gruplarında benzer ve kontrol grubunda en düşüktü. MDB ve FMS hastalarında İBB'lerin görünümü oldukça benzerdi ve her iki grupta da en sık görülen İBB'ler enerji eksikliği, yorgunluk ve boyun ağrısıydı. MDB grubunda İBB'lerin bağımsız belirleyicileri yaş, anksiyete düzeyi ve aleksitimi iken, FMS grubunda sadece anksiyete düzeyi idi.

Sonuç: Sonuçlarımız MDB ve FMS hastalarında İBB'lerin görünümü ve düzeyinin benzer olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bedensel belirtiler, MDB ve FMS hastalarında anksiyete ile daha fazla ilişkili görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aleksitimi, anksiyete, depresyon, fibromiyalji, hipokondriyazis, somatizasyon

ABSTRACT

Introduction: Despite being different medical conditions, functional somatic symptoms (FSSs) are common in patients with major depressive disorder (MDD) and fibromyalgia syndrome (FMS). Higher levels of depression, anxiety, somatosensory amplification, hypochondriacal worry and alexithymia may be related to the severity of somatization in patients with MDD and FMS. We aimed to investigate the typology and severity of FSSs and the association between FSSs and these psychiatric symptoms in patients with MDD and FMS.

Method: 56 MDD, 33 FMS, 21 CoMF (Comorbidity of MDD and FMS) patients, and 50 healthy participants were included in the study, respectively. Diagnosis of MDD and FMS was established according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Text (DSM-IV-TR), and American College of Rheumatology (ACR) 2010 diagnostic criteria. All participants were evaluated with self-report questionnaires including Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Somatosensory Amplification Scale (SSAS), Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20), Whiteley Index-7 (WI-7), The Symptom

Checklist-90-R (SCL-90-R) somatization subscale and Bradford Somatic Inventory-44 (BSI-44).

Results: The severity of somatization was statistically significantly highest in the CoMF group, and similar in the FMS and MDD groups, and lowest in the control group according to the BSI-44 and SCL-90-R results. The typology of FSSs was quite similar in patients with MDD and FMS, and weakness, tiredness and neck pain were the most common FSSs in both groups. Independent predictors of FSSs were age, the severity of anxiety and alexithymia in the MDD group, however, it was only the severity of anxiety in the FMS group.

Conclusions: Our results show that the typology and severity of FSSs are similar in MDD and FMS patients. Moreover, somatization appears to be more associated with anxiety in patients with MDD and FMS.

Keywords: Alexithymia, anxiety, depression, fibromyalgia, hypochondriasis, somatization

Cite this article as: Subaşı Tekintaş N, Yanartaş Ö, Benk Durmuş F, Sayar K. Major Depresif Bozukluk ve Fibromiyalji Sendromu Hastalarında İşlevsel Bedensel Belirtiler ve Belirleyicileri. Arch Neuropsychiatry 2022; 59:274–280.

Öne Çıkan Noktalar

- Fibromiyalji sendromu (FMS) ve Major depresif bozukluk (MDB) hastalarında somatizasyon şiddeti benzerdir.
- MDB'de anksiyete ve depresyon puanları FMS hastalarına göre daha yüksektir.
- Somatizasyon şiddeti BiMF (MDB ve FMS birlikte) hastalarında en yüksektir.
- Anksiyetenin şiddeti FMS ve MDB hastalarında somatizasyonu belirlemektedir.

GİRİŞ

Majör depresif bozukluk (MDB) önemli bir halk sağlığı sorunudur, depresif bozukluklar başlığı altında sınıflandırılır ve birincil duygudurum bozukluğu olarak kabul edilir. MDB, psikolojik, bilişsel belirtiler (depresif duygudurum, suçluluk veya değersizlik duyguları, zevk alamama, hafıza güçlüğü vb.) ve işlevsel bedensel belirtiler (İBB) (yorgunluk, iştah değişikliği, aşırı uyku/uykusuzluk, cinsel sorunlar vb.) ile teşhis edilir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metine (DSM-IV-TR'ye) MDB tanısı için ya çökkün duygudurum ya da zevk alamama olmalıdır, böylece depresyonun psikolojik belirtilerini bedensel belirtilere göre ayrıcalıklı kılar (1). Bazı yazarlar, tüm dünyada depresyonun görünümünün psikolojik olmaktan çok bedensel olduğunu öne sürmüşlerdir (2). Dolayısıyla mevcut DSM yaklaşımı bu hastalarda MDB'nin eksik teşhis edilmesine yol açabilmektedir. Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın kas ağrısı, yorgunluk ve parestezi ile karakterize fonksiyonel bir somatik sendromdur (3). FMS tanısı hastanın öyküsü ve fizik muayenesine göre konur (3). Önceki tanı kriterleri FMS için tetik noktalarının sayısına dayanırken, değiştirilmiş kriterler daha az tetik noktası ve yorgunluk, baş ağrısı ve uyku bozukluğu gibi daha fazla engelleyici semptom gerektirir (4).

FMS bugüne kadar farklı psikiyatrik durumlarla ilişkilendirilmiştir. Bazı klinisyenler, alt karında ağrı veya kramplar, baş ağrısı ve yaygın ağrı gibi yaygın İBB'ler nedeniyle FMS'nin somatoform ağrı bozukluğu olup olmadığını tartışmışlardır (5). Diğerleri, benzer tıbbi tedavi yanıtı, duyarlılığa katkıda bulunan faktörler, FMS ile depresyon arasındaki çift yönlü ilişki ve benzer semptomlar vb. açısından FMS'yi MDB ile ilişkilendirmiştir (6,7). Bu nedenle, bu bozuklukların ortak patofizyolojisi paylaştığı öne sürülmüştür (6,7).

Sıklıkla depresif belirtilerle ilişkilendirilen anksiyete bozukluklarında da İBB'ler görülmektedir (8). Hatta anksiyete ile bedensel belirtiler arasındaki ilişki, depresyondan bile daha güçlü saptanmıştır (9). Bu nedenle, İBB'lerin önemli bir yönü, anksiyete belirtileri ve bozukluklarıdır.

İBB'ler arasında bedensel ağrı, halsizlik, yorgunluk, kas gerginliği, gastrointestinal rahatsızlık, kalp çarpıntısı, parestezi bulunur (10). Bu belirtiler, "tıbbi olarak açıklanamayan" veya "altta yatan hastalıkla orantısız" bağlamında değerlendirilmiştir. İBB'ler için herhangi bir laboratuvar bulgusu yoktur. Öğrenme, travmatik yaşam olayları, genetik faktörler ve kültürel/sosyal normlar İBB'lere katkıda bulunabilir (11).

Bedensel duyuları abartma, hipokondriyazis ve aleksitimi de İBB'lerle ilişkilendirilmiştir. Bedensel duyuları abartma, bedensel duyuları yoğun, tehlikeli ve rahatsız edici şekilde algılama eğilimi olarak tanımlanmaktadır (12). Hipokondriyazis, hekimlerin güvencesine rağmen bedensel yakınmaların ciddi bir hastalığa atfedilmesi olarak tanımlanmaktadır

(1). Aleksitimi, duyguları tanımlamada ve ifade etmede güçlük anlamına gelmektedir (1). Bedensel duyuları abartma, hipokondriyazis ve aleksitimi, İBB'li farklı hasta gruplarında çalışılmıştır (13,14).

FMS ve MDB hastalarında İBB'ler için birkaç çalışma yapılmış olmasına rağmen (15,16), FMS, MDB hastaları ve FMS ve MDB'nin birlikte (BiMF) görüldüğü hastalarda, somatizasyon, anksiyete, depresyon, bedensel duyuları abartma, hipokondriyak kaygı ve aleksitimi ayrıntılı olarak değerlendiren ve karşılaştıran herhangi bir çalışmaya ulaşamadık. Buna göre bu çalışmada test ettiğimiz hipotezler; 1) İBB'lerin ve ilgili semptomların şiddeti BiMF'de en yüksektir ve MDB ve FMS hastalarında benzerdir. 2) MDB hastaları FMS hastalarına göre daha depresif ve kaygılıdır. 3) Kas-iskelet sistemi dışındaki belirtiler ve depresif belirtiler FMS hastalarında sıklıkla ve MDB hastalarında ağır sık görülen bir semptomdur. 4) Anksiyete ve depresyon, FMS ve MDB gruplarında somatizasyonu belirlemektedir.

YÖNTEM

Örneklem Seçimi

Bu çalışma Ocak 2016 ile Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza psikiyatri ve fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerinden MDB, FMS ve BiMF hastaları dahil edildi. MDB ve FMS, sırasıyla DSM-IV-TR tanı kriterlerine ve Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) 2010 tanı kriterlerine göre konuldu (1,3). Elli altı MDB, 33 FMS, 21 BiMF hastasını dâhil ettik ve kontrol grubumuz cinsiyet ve yaşı benzer 50 katılımcıdan oluşuyordu. Dışlama kriterleri şunlardır: a) fiziksel engelli olmak (örneğin işitme engelli olmak), b) MDB dışında psikiyatrik bozuklukların varlığı, c) FMS dışında tıbbi durumların varlığı, c) okuma yazma bilmeme, d) 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olma, e) son 30 gün içinde herhangi bir psikotropik ve diğer ilaçları (örn. pregabalin, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, vb.) kullanmak ve f) çalışmaya katılmayı reddetmek. Dâhil edilme kriterleri şunlardır: a) majör depresif bozukluk ve/veya fibromiyalji olmak, b) çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve c) aydınlatılmış onam vermek. Çalışma, Marmara Üniversitesi Hastanesi Yerel Etik Kurulu tarafından Ocak 2016 (08.01.2016/09.2016.073) tarihinde onaylandı ve tüm hastalara aydınlatılmış onam formu verildi.

Prosedür

MDB, FMS ve BiMF gruplarında MDB ve diğer eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek için DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) kullanıldı. Tüm hasta grupları, FMS eş tanısının belirlenmesi için 2010 ACR tanı kriterlerine göre değerlendirildi. MDB ve FMS dışında herhangi bir tıbbi ve psikiyatrik eş tanısı olan hastalar çalışmamızdan çıkarıldı. Kontrol grubu katılımcıları, hastane personeli ve hasta yakınlarından çalışmaya dâhil edildi. Tıbbi ve psikiyatrik bir değerlendirmeden sonra, tüm çalışma katılımcılarına öz bildirim ölçekleri verildi.

Uygulanan Ölçekler

Bu çalışmanın yazarları tarafından kısa bir sosyo-demografik form oluşturulmuştur. Bu formda katılımcıların medeni durumu, yaşı, eğitim düzeyi, mesleki durumu, ev sahipliği ve hane geliri bilgileri yer almaktadır.

SCID-I, majör DSM-IV Eksen I bozukluklarının teşhisi için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkçe için yapılmıştır (17).

Depresyon ve anksiyete düzeyleri Beck Depresyon Envanteri (BDÖ) (18) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (19) ile değerlendirildi. Bu ölçeklerin Türk popülasyonu için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (20,21).

Bedensel belirtilerin düzeyi ve görünümü, Semptom Kontrol Listesi-90-Düzenlenmiş (SCL-90-R) bedensel belirti alt ölçeği ve Bradford Bedensel Belirti Envanteri-44 (BBE-44) kullanılarak değerlendirildi.

SCL-90-R bedensel belirti alt ölçeği, iyi yapılandırılmış bir güvenilirliği ve geçerliliği olan psikopatolojinin çok boyutlu değerlendirildiği bir öz bildirim ölçeğidir (22). Sık görülen somatik semptomların 12 maddelik bir listesidir ve Cronbach's $\alpha=0,75$ (23) ile Türk popülasyonu için güvenilir olduğu gösterilmiştir.

Bradford Bedensel Belirti Envanteri (BBBE-44), psikolojik sıkıntının bedensel ifadesinin değerlendirildiği 44 maddelik bir envanterdir (24). BBBE-44, önceki ay boyunca olan çok çeşitli İBB'leri değerlendirir. BBBE-44 sonuçlarına göre somatizasyonun şiddeti şu şekilde sınıflandırılmıştır; yüksek (40 puan üzeri), orta (26-40 puan arası), düşük (0-25 puan arası). Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkçe'de yapılmış olup, Cronbach değeri $\alpha=0,90$ 'dır (25).

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BBAÖ), Barsky ve ark. tarafından geliştirilen 10 maddelik bir ölçektir (12) ve geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Katılımcılar her maddeye 1 (Hiç doğru değil) ile 5 (Son derece doğru) arasında puan verirler. BBAÖ, hem normal bedensel duyuların hem de nötr/zararlı uyaranların duyarlılığını değerlendirir. Güleç ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır ve BBAÖ'nün Türkçe versiyonu, 0,80'lik bir Cronbach's α ile iyi bir iç güvenilirliğe sahiptir (26).

Hipokondriyak kaygı, Whiteley İndeksi'nin (Wİ) değiştirilmiş bir versiyonu kullanılarak değerlendirildi. Wİ, Pilowsky tarafından geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan bir araçtır ve hipokondriyak kaygı ve inançları

değerlendirir (27). Wİ'nin faktör analizi, üç ayrı faktör verir: hastalık korkusu, hastalık inancı ve bedensel uğraş. Wİ'nin yedi maddelik versiyonu (Wİ-7) Türkçe olarak geçerli bulunmuştur (28).

Aleksitimi, Bagby ve ark. tarafından geliştirilen Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) (29) kullanılarak ölçüldü. TAÖ, beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin önceki formu 26 maddeden oluşurken revize edilerek 20 sorudan oluşan daha güvenilir bir forma dönüştürülmüştür (30). TAÖ-20, duyguları tanıma ve bunları bedensel duyumlardan ayırt etme güçlüğünü, duyguları ifade etme güçlüğünü ve dışa dönük düşünmeyi ölçen üç alt ölçekten oluşur. Türk popülasyonunda güvenilir olduğu gösterilmiştir (31).

İstatistiksel Veri Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı 21.0 (IBM SPSS V21.0) (Statistical Program for Social Sciences for Windows Inc. an IBM Co., Somers, NY) kullanılarak analiz edildi. Normal dağılımın değerlendirilmesi için Shapiro Wilk testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında için Ki-kare/Fisher's Exact Testi kullanıldı. Sürekli veriler için tek yönlü ANOVA veya Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Farklılığa neden olan grubu belirlemek için post hoc Tukey veya Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Parametreler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Somatizasyon puanını belirleyen faktörleri ortaya çıkarmak için Çok Değişkenli Lojistik Regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p=0,05$ kullanıldı.

Tablo 1. Örneklem sosyodemografik özellikleri (n=160)

	MDD (n=56)	BiMF (n=21)	FMS (n=33)	Kontrol (n=50)	F/x2	p
Yaş (Ortalama, SS)	35,48 (8,67)	36,76 (10,11)	40,18 (6,74)	38,38 (7,90)	2,505	0,061*
Cinsiyet (%kadın)	82,1	90,5	90,9	90	2,276	0,517**
Eğitim düzeyi (ortalama yıl, SS)	8,50 (3,42)	8,28 (3,87)	7,60 (4,03)	8,14 (3,63)	3,081	0,379***
Medeni durum (%evli)	75,0	76,2	90,9	90,0	9,8173	0,365**
Çalışma durumu (%çalışan)	30,4	19,0	12,1	72,0	8,45	0,001**
Ev sahipliği (%ev sahibi)	55,4	61,9	72,7	70,0	3,735	0,292**
Hane geliri (%asgari ücret ve altı)	21,4	19,0	12,1	2,0	25,124	0,003**

* Tek yönlü ANOVA. ** Ki-kare testi. *** Kruskal-Wallis testi.

BiMF: MDB ve FMS birlikte; MDB: majör depresif bozukluk; FMS: fibromiyalji sendromu; p: p-değeri; SS: standart sapma.

Tablo 2. Çalışma gruplarının BBBE-44, SCL-90-R bedensel belirti alt ölçeği, BDÖ, BAÖ, Wİ-7, BDAÖ ve TAÖ-20 puanlarının ve post-hoc analiz sonuçlarının karşılaştırılması

	MDB ¹ (n=56)	BiMF ² (n=21)	FMS ³ (n=33)	Kontrol ⁴ (n=50)	F/X	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
BBBE-44	34,60±14,49	53,23±14,68	34,45±14,32	9,66±7,86	95,117	<0,001*
Scl-90R bb	19,46±8,76	28±5,18	19,63±7,67	6,28±4,69	89,50	<0,001*
BDÖ	29,35±8,68	26,28±6,65	8,72±3,08	4,28±2,87	127,32	<0,001*
BAÖ	24,33±12,67	29,57±10,60	15,18±8,28	5,56±5,37	86,84	<0,001*
Wİ-7	2,98±2,01	3,90±1,99	3,12±1,94	0,94±1,34	48,211	<0,001*
BDAÖ	28,83±8,52	32,52±7,44	27,63±7,63	22,34±7,57	10,255	<0,001**
TAÖ-20	59,26±10,38	57,28±11,92	48,21±11,07	42,42±8,33	27,628	<0,001**
Post-hoc	p1-2	p1-3	p1-4	p2-3	p2-4	p3-4
BBBE ^a	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Scl-90R bb ^a	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
BDÖ ^a	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
BAÖ ^a	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Wİ-7 ^a	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
BDAÖ ^b	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	0,017
TAÖ-20 ^b	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05

* Kruskal-Wallis testi. ** Tek Yönlü ANOVA testi.

a Mann-Whitney U testi. Bonferroni düzeltmeli. b Tukey testi.

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği; BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanteri; BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BiMF: MDB ve FMS birlikte; FMS: Fibromiyalji sendromu; MDB: Majör depresif bozukluk; p: p-değeri; Scl-90R bb: Semptom Tarama Listesi (Scl-90-R) bedensel belirti alt ölçeği; SS: Standart sapma; TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20; Wİ-7: Whiteley İndeksi-7.

BULGULAR

İlk değerlendirme sürecinde 192 katılımcı ardışık olarak çalışmaya dâhil edildi. Bunlardan 32'si çıkarıldı. Katılımcıların dışlama kriterleri şu şekildeydi; antidepressan ilaç kullanan 10 hasta, üç hipertansiyon hastası, iki diabetes mellitus hastası, iki romatoid artrit hastası, bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı altı hasta, çalışmaya katılmayı reddeden altı katılımcı, okuma yazma bilmeyen iki, zekâ geriliği olan bir olgu. Dışlamadan sonra 160 katılımcı dört grup halinde çalışmaya alındı; MDB'li 56 hasta, FMS'li 33 hasta, BiMF'li 21 hasta ve 50 sağlıklı katılımcı. Katılımcıların yaşları 18 ile 60 arasında değişmekte olup, katılımcıların 140'ı (%87,5) kadındı. Tüm gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda işsizlik ($\chi^2 (4,160)=8,45, p=0,001$)

ve daha düşük gelir düzeyi ($\chi^2 (4,160)=25,124, p=0,003$) saptandı. Sosyodemografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 2'de çalışma gruplarının somatizasyon, depresyon, anksiyete, hipokondriyak kaygı, bedensel duyumları abartma ve aleksitiminin ortalamaları ve standart sapmalar (SS) sunulmaktadır. Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltilmesi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0,0071 olarak ayarlandı. Tüm değişkenler gruplar arasında anlamlı derecede farklıydı ($p<0,0071$).

Post-hoc testler, FMS ve MDB gruplarında somatizasyon düzeyinin benzer olduğunu gösterdi. Somatizasyon düzeyi BiMF grubunda en yüksek, kontrol grubunda en düşüktü. Hasta gruplarında BBBE-44, SCL-90-R bedensel belirti alt ölçeği, BDÖ, BAÖ, Wİ-7, BDAÖ ve TAÖ-

Tablo 3. BBBE'ye göre işlevsel bedensel belirtilerin sıklığı (Son bir ayda "15 günden az görülen" ve "15 günden fazla görülen" toplamı)

	MDB n=56	BiMF n=21	FMS n=33	Kontrol n=50
	%	%	%	%
1 Şiddetli baş ağrısı?	71,4	90,5	66,7	42,0
2 Midede çarpıntı?	41,1	66,7	36,4	4,0
3 Boyun ağrısı ya da gerginliği?	83,9	100,0	90,9	50,0
4 Ciltte yanma?	41,1	61,9	57,6	18,0
5 Kafada sıkışma hissi?	41,1	61,9	33,3	4,0
6 Göğüs ağrısı?	50	90,5	61,6	16,0
7 Ağız kuruluğu?	71,4	95,2	57,6	30,0
8 Bulanık görme?	77,9	81,0	42,4	16,0
9 Midede yanma?	67,9	81,0	54,5	30,0
10 Çoğu zaman enerji eksikliği?	87,5	100,0	90,9	48,0
11 Başta sıcaklık ya da yanma?	37,5	52,4	39,4	4,0
12 Çok terleme?	69,6	81,0	62,7	18,0
13 Göğüste basınç ya da gerginlik?	51,8	76,2	51,5	12,0
14 Karın ağrısı?	51,8	76,2	49,5	10,0
15 Boğulma hissi?	39,3	27,6	24,2	4,0
16 El ve ayaklarda iğnelenme?	60,7	95,2	63,6	26,0
17 Bedenin her yerinde ağrı?	42,9	100,0	93,9	6,0
18 Bedende sıcaklık hissi?	50,0	81,0	72,7	12,0
19 Kalp çarpıntısı?	51,8	47,6	45,5	16,0
20 Gözlerde ağrı ya da yanma?	69,6	90,5	48,5	32,0
21 Hazımsızlık?	46,4	85,7	51,5	24,0
22 Titreme ya da sarsıntı?	50,0	66,6	24,2	6,0
23 Sık idrara çıkma?	55,4	85,7	45,5	16,0
24 Bel rahatsızlığı?	55,4	95,2	81,8	36,0
25 Karında şişkinlik?	55,4	76,2	57,6	22,0
26 Başta ağırlık hissi?	73,2	85,7	75,8	22,0
27 Çalışmıyorken bile yorgunluk?	92,9	100,0	87,9	36,0
28 Bacak ağrısı?	80,4	95,2	90,9	50,0
29 Bulantı?	67,9	95,2	54,5	30,0
30 Kafada basınç hissi?	60,7	76,2	30,3	8,0
31 Nefes alma güçlüğü?	35,7	69,7	36,4	2,0
32 Tüm bedende karıncalanma?	35,7	71,4	30,3	4,0
33 Kabızlık?	46,4	66,7	42,4	30,0
34 Daha sık barsakları boşaltma?	42,9	66,7	42,4	24,0
35 Avuçların çok terlemesi?	39,3	66,7	42,4	10,0
36 Yutma güçlüğü?	66,1	76,2	24,2	16,0
37 Baş dönmesi ya da sersemlik?	73,2	76,2	57,6	26,0
38 Ağızda acı tat?	55,4	85,7	36,4	24,0
39 Tüm bedende ağırlık hissi?	75,0	100,0	78,8	18,0
40 İdrar yaparken yanma?	48,2	57,1	39,4	16,0
41 Kulaklarda ya da başta uğultu?	50,0	81,0	30,3	18,0
42 Kalpte zayıflık ya da batma hissi?	42,9	42,9	18,2	8,0
43 Aşırı gaz ya da geğirme?	50,0	76,2	57,6	26,0
44 El ve ayaklarda soğukluk?	50,0	71,4	39,4	10,0

BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanteri; BiMF: MDB ve FMS birlikte; FMS: fibromiyajli sendromu; MDB: majör depresif bozukluk.

Tablo 4. MDB grubunda BBBE-44, yaş ve diğer ölçekler arasındaki ilişki

	BBBE-44	Yaş	SCL-90R bb	Wİ-7	BDAÖ	BDÖ	BAÖ	Faktör1 (TAÖ-20)	Faktör 2 (TAÖ-20)	Faktör 3 (TAÖ-20)	TAÖ-20 toplam
BBBE-44		-0,136	0,737**	0,416**	0,508**	0,460**	0,757**	0,458**	0,139	0,225	0,412**
Yaş			-0,129	0,014	-0,100	0,097	-0,143	-0,242	-0,061	-0,014	-0,161
SCL-90R bb				0,329*	0,391**	0,489**	0,783**	0,462**	0,116	0,129	0,361**
Wİ-7					0,579**	0,210	0,403*	0,214	0,098	0,095	0,206
BDAÖ						0,385**	0,447**	0,243	-0,015	-0,034	0,133
BDÖ							0,444**	0,341*	0,219	0,161	0,368**
BAÖ								0,453**	0,085	0,125	0,339*
Faktör 1 (TAÖ-20)									0,479**	0,073	0,768**
Faktör 2 (TAÖ-20)										0,461**	0,838**
Faktör 3 (TAÖ-20)											0,608**
TAÖ-20 toplam											

Pearson korelasyon.

*p<0,05. **p<0,01.

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği; BBBE: Bradford bedensel belirti envanteri; BDAÖ: bedensel duyumları abartma ölçeği; BDÖ: Beck depresyon ölçeği; MDB: majör depresif bozukluk; Scl-90R bb: semptom tarama listesi (Scl-90-R) bedensel belirti alt ölçeği; TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği-20; Wİ-7: Whiteley indeksi-7.

Tablo 5. FMS grubunda BBBE-44, yaş ve diğer ölçekler arasındaki ilişki

	BBBE-44	Yaş	SCL-90R bb	Wİ-7	BDAÖ	BDÖ	BAÖ	Faktör 1 (TAÖ-20)	Faktör 2 (TAÖ-20)	Faktör 3 (TAÖ-20)	TAÖ-20 toplam
BBBE-44		0,175	0,783**	0,407*	0,502**	0,242	0,772**	0,490**	0,082	-0,062	0,417*
Yaş			0,212	0,027	0,097	-0,157	0,091	0,029	-0,161	-0,352*	-0,104
SCL-90R bb				0,367*	0,442*	0,108	0,741**	0,323	0,078	-0,072	0,235
Wİ-7					0,427*	0,375*	0,394*	0,707**	0,075	0,280	0,625**
BDAÖ						0,143	0,487**	0,550**	0,271	0,217	0,534**
BDÖ							0,225	0,419*	0,323	0,085	0,330
BAÖ								0,454**	0,059	0,069	0,365*
Faktör 1 (TAÖ-20)									0,244	0,332	0,880**
Faktör 2 (TAÖ-20)										0,084	0,604**
Faktör 3 (TAÖ-20)											0,620**
TAÖ-20 toplam											

Pearson korelasyon.

*p<0,05. **p<0,01.

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği; BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanteri; BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; FMS: fibromiyajli sendromu; Scl-90R bb: Semptom Tarama Listesi (Scl-90-R) bedensel belirti alt ölçeği; TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20; Wİ-7: Whiteley İndeksi-7.

20 puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti, bununla birlikte, sadece FMS ve kontrol grubu arasında TAÖ-20 puanı anlamlı olarak farklı değildi. Ayrıca MDB ve BiMF gruplarında BDÖ ve TAÖ-20 puanları, hasta gruplarında BDAÖ puanları benzerdi (Tablo 2).

MDB ve FMS gruplarında en sık bildirilen İBB'ler, sırasıyla çalışmıyorken bile yorgunluk (%92,9) ve bedenin her yerinde ağrı (%93,9) idi. BiMF grubunda İBB'ler MDB ve FMS gruplarından daha yüksekti. Kas-iskelet sistemi dışındaki bulgular da (örneğin; şiddetli baş ağrısı, hazımsızlık, sık idrara çıkma gibi) FMS ve MDB'ye göre BiMF grubunda daha sık gözlemlendi. BBBE-44 sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Değişkenlerimizin çoğu, bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde birbirleriyle ilişkiliydi. MDB ve FMS'li hastalarda BBBE-44 ile BAÖ arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,757$, $p<0,01$; $r=0,772$, $p<0,01$). MDB ve FMS hastalarında BBBE-44 ile Wİ, BDAÖ ve TAÖ toplam puanları arasında orta düzeyde bir ilişki gösterilmiştir. Bununla birlikte, BBBE-44 ve BDÖ, yalnızca MDB hastalarında anlamlı olarak ilişkiliydi, ancak FMS hastalarında değildi (sırasıyla $r=0,460$, $p<0,01$; $r=0,242$, $p>0,05$). (Tablo 4 ve 5).

MDB ve FMS gruplarında somatizasyonu belirleyen faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Hasta sayısının az olması nedeniyle lojistik regresyon analizi için BiMF grubunu hariç tuttuk ve lojistik

regresyon modelini sadece MDB ve FMS grupları için gerçekleştirdik. Ortalama somatizasyon puanı 35 olarak belirlendi ve bu puanın üzerini somatizasyon varlığı için kesme noktası olarak değerlendirdik.

Yaş, cinsiyet gibi genel değişkenler ve BDÖ, BAÖ, BDAÖ, TAÖ-20 ve somatizasyonla ilgili ölçeklerin puan ortalamaları modele dâhil edilmiştir. Çoklu bağlantılılık belirlendi. Son adımda, yaş (1,166, P: 0,024, Odds Oranı [OR][%95 Güven Aralığı-GA], [1,021-1,333]), daha yüksek BAÖ toplam puanı (1,204, P: 0,002, OR [%95 GA], [1,071-1,354]) ve TAÖ-20 (1,137, P: 0,039, OR [%95 GA], [1,006-1,285]), MDB grubunda somatizasyonun bağımsız belirleyicileriydi. Benzer bir analizle, FMS grubunda somatizasyonun belirleyicisi olarak yalnızca artan BAÖ düzeyi bulundu (1,345, P: 0,003, OR [%95 GA], [1,103-1,641]).

TARTIŞMA

Bu çalışma, MDB, FMS ve BiMF hastalarında İBB'lerin sıklığını, görünümünü ve psikolojik semptomlar ile İBB'ler arasındaki ilişkiyi göstermiştir. FMS ve MDB gruplarında somatizasyon şiddeti benzer olup, kontrol grubuna göre daha yüksek, BiMF grubuna göre daha düşüktü. FMS hastalarında sadece anksiyete İBB'lerin belirleyicisiyken, MDB hastalarında yaş, anksiyete düzeyi ve aleksitimi gibi çeşitli faktörler İBB'lerin belirleyicileriydi. Yorgunlukla ilişkili bedensel belirtiler, hem MDB hem de FMS gruplarında en yaygın İBB görünümüydü.

BBBE-44 ve SCL-90R bedensel belirti test sonuçlarına göre, MDB ve FMS hastalarına göre BiMF'de ortalama İBB skoru daha yüksektir (Tablo 2). Bu sonuç ilk hipotezimizi doğrulamaktadır. Bizim çalışmamıza benzer bir karşılaştırmaya ulaşamadık. Dolayısıyla FMS ve MDB'nin somatizasyon açısından karşılıklı olarak birbirlerini etkilediğini söyleyebiliriz. MDB birincil duygudurum bozukluğu olmasına rağmen bizim örnekleminizde FMS hastalarına benzer şekilde orta düzeyde bedensel belirtiler saptanmıştır (Tablo 2). Bu sonuç, MDB hastalarında bedensel belirtilerin önemine vurgu yapan görüşü desteklemektedir (2).

FMS hastalarında hafif depresyon ve orta düzeyde anksiyete belirtileri vardı. Bazı yazarlar FMS'yi maskeli depresyon veya duygudurum spektrum bozukluğu olarak tanımlasalar da (15), bulgularımız özellikle depresyon ve anksiyete şiddeti açısından bu sonucu desteklememiştir. BDÖ daha çok depresyonun bilişsel ve duysal bileşenlerini değerlendirdiği için FMS hastalarında BDÖ puanı MDB hastalarına göre daha düşük olabilir. Bu sonuçlar ikinci hipotezimizi destekleyip doğrular, ancak üçüncü hipotezimizi doğrulamamaktadır.

Hem MDB grubunda (27., 10., 3., 28. ve 8. maddeler) hem de FMS grubunda (17., 10., 3., 28. ve 27. maddeler) en sık görülen İBB'ler yorgunluk ve ağrı ile ilgiliydi (Tablo 3). Bu sonuç üçüncü hipotezimizi doğruladı. MDB ve FMS hastaları, İBB'lerin görünümü ve düzeyi açısından benzerdi. Farklı kültürlerdeki MDB hastalarında yaygın ağrı semptomları BBBE-44 aracılığıyla gösterilmiştir (14,32). Ağrı, MDB hastaları için önemli bir bedensel belirti olabilir ve bu durum, bu bedensel belirtilerle başvuran MDB hastalarının DSM yaklaşımına göre eksik teşhis edilmesine yol açabilir.

Ayrıca, FMS hastalarının yarısından fazlasında kas-iskelet sistemi dışında, gastrointestinal sistem (7., 9., 21., 25. ve 29. madde), merkezi sinir sistemi (1. ve 37. madde), kardiyovasküler sistem (13. madde) ve dermatolojik sistemle ilgili (4. madde) İBB'ler saptandı. Bu sonuçlar üçüncü hipotezimizi doğrulamaktadır. Bazı yazarlar, FMS'nin bedensel belirti bozukluğu olup olmadığını öne sürmüşlerdir (33). Bu alanda sınırlı veri gösterilmesine rağmen FMS hastalarında baş ağrısı, uyku sorunu ve gastrointestinal semptomlar görülebilmektedir (34). FMS hastalarında kas-iskelet sistemi dışındaki İBB'ler önemli bir sorun olabilir.

MDB ve FMS hastalarında, BBBE-44 ile anksiyete arasında yakın ilişki gösterilmiştir. Anksiyete, bedensel belirtilere benzer bulantı, kas gerginliği, ishal, göğüs ağrısı, baş ağrısı vb. gibi otonomik hiperaktivite belirtileri ile gözlemlenir. BAÖ, bu otonomik hiperaktivite belirtilerini değerlendirdiği için, MDB ve FMS hastalarında anksiyetenin şiddeti, depresyonun şiddetinden daha çok İBB'lerle ilişkili olabilir. Bedensel duyumları abartma, hipokondriyak kaygı ve aleksitimi, MDB ve FMS hastalarında somatizasyon puanları ile anlamlı şekilde ilişkiliydi. Korelasyon analizi sonuçlarımız önceki çalışmalarla uyumluydu (Tablo 4 ve 5) (14,16,32).

Bu çalışmada MDB hastalarında yaş, yüksek BAÖ ve TAÖ-20 puanları somatizasyonu belirlemiştir. Daha önceki çalışmalarda kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyi bedensel belirtilerle ilişkilendirilmesine rağmen, sosyodemografik özelliklerin hiçbiri bedensel yakınmaları belirleyici faktör olarak tanımlanmamıştır (16,32). Küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle, lojistik regresyon analizinde tüm bu sosyodemografik özellikleri değerlendiremedik. Somatizasyonun ileri yaşlarda daha yaygın olup olmadığı netlik kazanmamıştır (35), bu nedenle sonuçlarımızın tekrarlanması gelecekte önemli bir konu olabilir.

Aleksitimi psikosomatik hastalıklarla ilişkilendirilen bir kavram olarak ortaya çıkmasına rağmen somatizasyon ile ilişkisi konusunda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Daha önceki bulgulara göre, MDB hastalarında aleksitiminin somatizasyonun bir belirleyicisi olup olmadığı net değildir (16). Bulgularımız ülkemizde yapılan bir çalışma ile benzerlik göstermektedir (16), dolayısıyla bu sonuca kültürlerarası faktörler neden olmuş olabilir.

Anksiyete, hem MDB hem de FMS hastalarında somatizasyonu belirleyen bir faktördü. Bu sonuçlar önceki bulguları doğrulamaktadır (16). BAÖ ve BBBE-44, otonomik hiperaktivite ve bedensel belirtilerle ilgili benzer maddelere sahip olduğundan, bu hem FMS hem de MDB hastalarında anksiyete ve somatizasyon arasında yakın bir ilişkiye neden olabilir. Ayrıca, FMS hastalarında orta şiddette anksiyete ve düşük düzeyde depresyon vardır. Bu iki sonuç, somatizasyonu belirleme açısından anksiyete ve depresyonda farklılık oluşturmuş olabilir. Böylece son hipotezimiz kısmen doğrulandı.

Çalışmamızın güçlü yönleri şunlardır: i) MDB tanıları, psikiyatrik tanı için altın standart yöntem olan SCID-1'ye dayandırılmıştır, ii) FMS tanısı ACR 2010 tanı kriterlerine göre konmuştur ve iii) Uygulanan tüm testlerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Türkçe'de yapılmıştır.

Çalışmamızın birtakım kısıtlılıkları vardır ve bunlar şu şekilde sıralanabilir; özellikle BiMF hastaları için örneklem sayısının az olması, kesitsel yöntem, herhangi bir karıştırıcı faktörü dışlamak için laboratuvar verilerinin olmaması ve psikiyatrik öykü için hatırlama yanlılığı.

Bildiğimiz kadarıyla bu, bir Türk klinik örneğinde FMS, MDB ve BiMF hastalarında somatizasyon ve ilişkili faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendiren ilk çalışmadır. Sonuçlarımız, farklı tanıların olmasına rağmen, FMS ve MDB hastalarında bedensel belirtilerin düzeyi ve bedensel belirti profillerinin çok benzer olduğunu gösterdi. FMS hastalarında kas-iskelet sistemi dışındaki belirtiler yaygındı. Anksiyete, FMS ve MDB hastalarında bedensel belirtileri belirleyen bir faktör olabilir. Somatizasyon düzeyi BiMF grubunda en yüksekti. MDB ve FMS hastaları için somatizasyon ve ilişkili faktörler oldukça önemlidir, bu nedenle bu ilişkinin netleştirilmesi için daha fazla boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik Komite Onayı: Çalışma, Marmara Üniversitesi Hastanesi Yerel Etik Kurulu tarafından Ocak 2016 (08.01.2016/09.2016.073) tarihinde onaylandı.

Hasta Onamı: Tüm hastalara aydınlatılmış onam formu verildi.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağlımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - NST, ÖY, FBD, KS; Tasarım - NST, ÖY, FBD, KS; Denetleme - NST, ÖY, FBD, KS; Kaynaklar - NST, ÖY, FBD, KS; Malzemeler - NST, ÖY, FBD, KS; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi - NST, ÖY, FBD, KS; Analiz ve/veya Yorum - NST, ÖY, FBD, KS; Literatür Taraması - NST, ÖY, FBD, KS; Yazıyı Yazan - NST, ÖY, FBD, KS; Eleştirel İnceleme - NST, ÖY, FBD, KS.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu makalenin herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington; 2013. [Crossref]
2. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosom Med. 1998;60(4):420-430. [Crossref]
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS ve ark. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. J Rheumatol. 2011;38(6):1113-1122. [Crossref]
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P ve ark. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010;62:600-610. [Crossref]
5. Häuser W, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: A somatoform disorder? Eur J Pain (UK) 2014;18:1052-1059. [Crossref]
6. Gracely RH, Ceko M, Bushnell MC. Fibromyalgia and depression. Pain Res Treat. 2012;486590. [Crossref]
7. Chang M-H, Hsu J-W, Huang K-L, Su T-P, Bai Y-M, Li C-T ve ark. Bidirectional Association between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. J Pain. 2015;16(9):895-902. [Crossref]

8. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1358–1368. [Crossref]
9. Kellner R. Somatization. Theories and research. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178(3):150–160. [Crossref]
10. Gonzales VA, Martelli MF, Baker JM. Psychological assessment of persons with chronic pain. *NeuroRehabilitation*. 2000;14(2):69–83. [Crossref]
11. Pagoto S. Psychological Co-morbidities of Physical Illness: A Behavioral Medicine Perspective (Google eBook). New York (NY): Springer; 2011. p. 385-415. [Crossref]
12. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res*. 1990;24(4):323–334. [Crossref]
13. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *J Psychosom Res*. 1992;36(5):417–424. [Crossref]
14. Yanartaş Ö, Kani HT, Kani AS, Demirok Akça ZN, Akça E, Ergün S ve ark. Depression and anxiety have unique contributions to somatic complaints in depression, irritable bowel syndrome and inflammatory bowel diseases. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2019;29(4):418–426. [Crossref]
15. Hudson JI, Pope HG. The concept of affective spectrum disorder: relationship to fibromyalgia and other syndromes of chronic fatigue and chronic muscle pain. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994;8(4):839–856. [Crossref]
16. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(2):108–114. [Crossref]
17. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen-Danacı A, Köroğlu E. DSM IV Eksan I Bozuklukları (SCID- I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1999.
18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–571. [Crossref]
19. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893–897. [Crossref]
20. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Derg*. 1989;7(23):3–13. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/beck-depresyon-envanteri-toad.pdf>
21. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12(2):163–172. https://www.researchgate.net/profile/Nesrin-Hisli-Sahin/publication/233792003_Turkish_Version_of_the_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_Properties/links/0912f50b89f36c598c000000/Turkish-Version-of-the-Beck-Anxiety-Inventory-Psychometric-Properties.pdf
22. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci*. 1974;19(1):1–15. [Crossref]
23. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Sci-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyat Derg*. 1991;2(1):5–12. <https://psycnet.apa.org/record/1997-86097-001>
24. Mumford DB, Bavington JT, Bhatnagar KS, Hussain Y, Mirza S, Naraghi MM. The Bradford Somatic Inventory. A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. *Br J Psychiatry*. 1991;158(3):379–386. [Crossref]
25. Kose S, Tekintas NS, Durmus FB, Akin E, Sayar K. Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Bradford Somatic Inventory (Turkish BSI-44) in a university student sample. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2017;27(1):62–69. [Crossref]
26. Güleç H, Sayar K. Reliability and validity of the Turkish form of the Somatosensory Amplification Scale. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61(1):25–30. [Crossref]
27. Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry*. 1967;113(494):89–93. [Crossref]
28. Güleç H, Yazıcı Güleç M, Keleş Ünal E, Karabekiroğlu A, Sayar K, Köse S. Turkish Version of the Whiteley Index (Turkish WI-7): Reliability, validity, and factorial structure. *Turkish J Clin Psychiatry*. 2013;16(1):27–33. <https://docplayer.biz.tr/3927176-Whiteley-yndeksi-turkce-versiyonunun-turkce-wi-7-gecerlik-guvenirlidi-ve-faktor-yapysy.html>
29. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):23–32. [Crossref]
30. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):33–40. [Crossref]
31. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J ve ark. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Bull Clin Psychopharmacol*. 2009;19(3):214–220. https://www.researchgate.net/publication/256840893_The_Turkish_Version_of_the_20-Item_Toronto_Alexithymia_Scale_TAS-20_Reliability_Validity_and_Factorial_Structure
32. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Psychological and clinical correlates of functional somatic complaints in depression. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(1):87–95. [Crossref]
33. Tavel ME. Somatic symptom disorders without known physical causes: One disease with many names? *Am J Med*. 2015;128(10):1054–1058. [Crossref]
34. CDC (Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Population Health). Fibromyalgia: US Department of Health and Human Services; 2018. <https://www.cdc.gov/arthritis/basics/fibromyalgia.htm>
35. Sheehan B, Banerjee S. Review: Somatization in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(12):1044–1049. [Crossref]