



Fibromiyalji ve miyofasyal ağrı sendromlarında kişilik özellikleri

Neslihan DURUTÜRK, Arzu DAŞKAPAN, E Handan TÜZÜN, Aydan AYTAR

[Durutürk N, Daşkapan A, Tüzün EH, Aytar A. Fibromiyalji ve miyofasyal ağrı sendromlarında kişilik özellikleri. Fizyoter Rehabil. 19(3):129-135.]

Research Report

N Durutürk

Başkent University, Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Ankara, Turkey
PT, MSc

A Daşkapan

Başkent University, Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Ankara, Turkey
PT, PhD, Assoc Prof

EH Tüzün

Başkent University, Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Ankara, Turkey
PT, PhD, Assoc Prof

A Aytar

Başkent University, Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Ankara, Turkey
PT, MSc

Adres of correspondence to:

PT, MSc Neslihan Durutürk
Başkent University, Faculty of Health Sciences, Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Bağlica Kampusu, Eskişehir Yolu 20.km, Ankara, Turkey
E-mail: nalkan@baskent.edu.tr

Amaç: Bu çalışma fibromiyalji sendromu (FMS) ve miyofasyal ağrı sendromu (MAS) olan kadınların kişilik özelliklerini, depresyon düzeylerini değerlendirmek ve iki grup hastayı birbirleri ile kıyaslamak amacıyla yapıldı. **Gereç ve yöntem:** Çalışmaya 120 hasta (60 FMS, 60 MAS) katıldı. Hastaların ağrı şiddetleri vizüel analog skalası (VAS) ile ölçüldü. Hastaların depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri kullanıldı. Olguların kişilik özellikleri Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE) ile değerlendirildi. **Sonuçlar:** FMS'li grubun ağrı şiddeti ve depresyon düzeyleri MAS'lı gruptan anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0.05$). İki grup HKE'nin, duygusal kararlılık (DK), nevrotik eğilimler (NE), aile ilişkileri (Aİ) alt testleri ve kişisel, genel uyum ölçek puanları açısından benzerdi ($p>0.05$). Her iki grubun sosyal uyum ölçek puanları kritik düzeydeydi. **Tartışma:** FMS ve MAS gibi kronik ağrılı hastalıklar fiziksel performansı azaltmanın yanı sıra hastaların psikolojik durum ve kişilik profillerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. FMS ve MAS olan hastalarda psikolojik durum ve kişilik özelliklerini değerlendiren kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Fibromiyalji, Miyofasyal ağrı sendromu, Kişilik özellikleri, Depresyon.

Personality traits of patients with fibromyalgia and myofascial pain syndromes

Purpose: This study was carried out to determine the personality traits, depression levels of women with fibromyalgia syndromes (FMS) and myofascial pain syndromes (MPS) and to compare the two patient groups. **Materials and methods:** 120 patients (60 with FMS, 60 with MPS) participated in the study. Pain intensity of the patients was measured by visual analog scale (VAS). Beck Depression Inventory was used to evaluate depression levels of the patients. The personality traits of the cases were evaluated by Hacettepe Personality Inventory (HPI). **Results:** Pain intensity and depression levels of the group with FMS were significantly higher than the group with MPS ($p<0.05$). Two groups were similar for scores of emotional determination, neurotic bias, family relation subscales and personal, general consistency scales of HPI ($p>0.05$). Both groups' scores of social consistency scale were at critical level. **Conclusion:** Chronic painful diseases such as FMS and MPS reduce physical performance and may also negatively affect psychological and personal profiles of patients. There is a need for comprehensive studies, which evaluate psychological and personal profiles in patients with FMS and MPS.

Key words: Fibromyalgia, Myofascial pain syndrome, Personality traits, Depression.

Fibromiyalji sendromu (FMS) ve miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) erişkin kadın popülasyonunda çok sık rastlanan eklem dışı ağrılı sendromlardır.¹ FMS etyolojisi belli olmayan, uzun süreli yaygın vücut ağrısı, yorgunluk, tutukluk, belli anatomik noktalarda hassasiyet, düşük ağrı eşiği, uyku bozuklukları ile seyreden bir hastalıktır.² Hastanın en yaygın semptomları, ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluğudur.^{3,4} Ağrı şikayetleri kronik, yaygın ve genellikle simetrikdir. Daha çok boyun, omuzlar, kalça ve belde lokalizedir. Ağrı yanıcı, inatçı batıcı tarzdadır, aktivite ve egzersizle artma eğilimindedir. Ağrı şiddeti gün boyu değişiklik gösterir, sabahları ve günün geç saatlerinde daha fazladır. Soğuk, nem, stres, travma, aşırı yorgunluk, fiziksel çevre ve işyeri şartları gibi faktörler ağrıyı etkilemektedir.³ MAS, miyofasiyal tetik nokta (MTN) olarak adlandırılan aşırı hassas odaklardaki bölgesel kas ağrıları ile karakterize bir sendromdur. MTN'ler iskelet kaslarında gergin bantlar boyunca, ligamentlerde ve tendonlarda yerleşim göstermektedirler. MTN'ler bir uyarı olmaksızın veya basınç uygulamasıyla lokal ve/veya yansıyan ağrıya, hassasiyete, motor fonksiyon bozukluklarına ve otonomik değişikliklere neden olarak aşırı duyarlı odaklar haline gelmektedirler.⁵

FMS hastalarının yaklaşık % 50-70'inde anksiyete, mental stres ve depresyon gibi psikolojik bozukluklar görülmektedir.⁶ MAS'ın da bazen depresyon ve anksiyeteye yol açabileceği belirtilmektedir.⁷ Her iki sendromda, hastaların psikolojik bozukluklarını semptomlarla ilişkilendiren raporlar bulunmaktadır. Bu raporlara göre, psikolojik bozukluklara bağlı olarak özellikle ağrı ve yorgunluk şikayetleri artabilmektedir.^{6,7}

Benzer gibi görünmekle beraber FMS ve MAS kesinlikle farklı ağrı sendromları olarak ele alınmalıdır.^{8,9} İki sendrom arasındaki en önemli farklılık FMS'deki genel ağrıya karşılık MAS'daki bölgesel ağrıdır.^{10,11} FMS'li olguların kişilik özelliklerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır.¹²⁻¹⁷ Ancak MAS'lı hastalarda kişilik özelliklerini değerlendiren ve kişilik profilleri yönünden FMS ile kıyaslayan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.¹⁸

Bu çalışmanın amacı, FMS ve MAS tanısı olan olguların kişilik özelliklerini, depresyon düzeylerini

değerlendirmek ve iki grup hastayı birbirleri ile kıyaslamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Başkent Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda izlenen 60 FMS, 60 MAS olgusu ile tamamlandı. FMS tanısı alan olgular Amerikan Romatoloji Derneği'nin kriterlerini taşımaktaydı.¹⁹ MAS'lı olgular ise MAS için kabul edilen majör tanı kriterlerinden (bölgesel ağrı yakınması, MTN'den kaynaklanan ağrı ve duyuşal değişikliklerin varlığı, kaslarda palpasyonla gergin bantların hissedilmesi, gergin bantlardaki boyunca aşırı duyarlılık ve etkilenen bölgede eklem hareket kısıtlılığıdır) en az beş tanesi ile birlikte minör kriterlerden (gergin bant içindeki hassas noktaya uygulanan basınçla ağrı ve duyuşal değişikliklerin yeniden oluşması, MTN'lerin palpasyonu ya da MTN'ye iğne uygulaması ile lokal seğirme tepkisinin oluşması, kasın gerilmesi ya da MTN enjeksiyonu ile ağrı yakınmasının azalması) en az beşini taşımaktaydı.⁵ Teşhis edilmiş psikiyatrik bozukluğu, yaşamı kısıtlayıcı kronik hastalığı ve iletişim sorunu olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Değerlendirme öncesi her hasta çalışma hakkında bilgilendirildi. Hastaların aydınlatılmış olan belgeleri alındıktan sonra yaş, en yüksek eğitim yılı, evlilik durumunu kapsayan demografik ve tanımlayıcı değişkenlere yönelik veriler kaydedildi. Tüm olguların özgeçmişleri, hastalık süreleri ve kullandıkları ilaçları kapsayan kısa bir tıbbi hikaye alındı. Boy ve vücut ağırlığı ölçüldü. Vücut kütle indeksi (VKİ) hesaplandı.

Ağrı değerlendirilmesi:

Ağrı şiddeti 100 mm'lik VAS ile ölçüldü. Tüm hastalardan 10 cm'lik horizontal doğru üzerinde yaşadıkları ağrının şiddetini işaretlemeleri istendi. "0" değeri hiç ağrı olmadığını, "10" değeri ise olabilecek en şiddetli ağrıyı temsil etmektedir.^{20,21} Doğrunun başlangıcı ile hastanın işaretlediği nokta arasında ölçülen mesafe VAS puanını ifade etti. VAS klinikte geçerli bir ölçüm şeklidir.²²

Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi:

Çalışmamızda FMS ve MAS'lı olguların kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla Hacettepe

Kişilik Envanterinden (HKE) yararlanıldı. HKE, kişilik özelliklerinin belirlenmesinde kullanılan, geçerliliği ve güvenilirliği tespit edilmiş bir kişilik ölçeğidir.²³ Bireyin sadece duygu, düşünce ve davranış biçimini içerecek şekilde kişilik kavramının kullanıldığı ölçek, “kişilik” ve “sosyal” uyumla ilgili 20’şer maddelik 8 alt testten oluşmaktadır. Toplam 168 maddeden sekizi “kontrol” ve “geçerlilik” maddesidir. Kişilik uyum alt ölçeği; kendini gerçekleştirme (KG), duygusal kararlılık (DK), psikotik belirtiler (PB), nevroitik eğilimler (NE) alt testlerini içermektedir. Sosyal uyum alt ölçeği ise; sosyal ilişkiler (Sİ), aile ilişkileri (Aİ), sosyal normlar (SN), antisosyal eğilimler (AE) alt testlerinden oluşmaktadır. Sosyal uyum alt puanlarının toplanması ile “sosyal uyum”, kişisel uyum alt puanlarının toplanması ile “kişisel uyum”, kişisel ve sosyal uyum puanlarının toplanması ile de “genel uyum” puanları elde edilmektedir. Her bir alt testte olguların alabilecekleri en fazla puan 20, sosyal uyum puanı ve kişisel uyum puanları 80 ve genel uyum puanı 160’tır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar kişisel uyum düzeyinin arttığını, düşük puanlar ise uyumsuzluğu göstermektedir.

Envanterde, elde edilen ham puanları hiç bir işleme tabi tutmadan doğrudan yorumlamaya imkan veren bir sistem geliştirilmiştir. Bu sisteme göre, çeşitli norm gruplarına ilişkin yüzdeler puanların kritik ve önemli değerleri verilmiştir. Bu amaçla yüzdeler puanların ortancalarının ham puan karşılığı olan ortancaları % 50 ve % 75 ile uyumsuzluk işareti olarak puan dağılımında kritik bölgeyi oluşturan % 25 yüzdeler verilmiştir.²³

Depresyon değerlendirme:

Çalışmaya katılan olguların depresyon düzeyleri Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile değerlendirildi. Türkçe şeklinin geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan BDE,^{24,25} 21 maddeden oluşan, depresyon düzeyi ve depresyon ile diğer psikopatolojik durumların ayırt edilmesi amacıyla sağlık taramalarında sıklıkla kullanılan bir testtir. Olguların envanterden alabilecekleri en yüksek puan 63, en düşük puan ise 0’dır. Elde edilen yüksek puanlar depresif belirtilerin daha şiddetli olduğunu, daha düşük puanlar ise kişinin kendini daha iyi hissettiğine işaret etmektedir.²⁶

Çalışma kapsamına alınan olgulardan ayrıca,

HKE ve BDE anketlerini doldurmadan en az 72 saat önce alkol ve ilaç almamaları istendi.

İstatistiksel analiz:

Çalışmamıza katılan olgulardan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edildi. Sonuçlar yüzdeler ve ortalama±standart sapma (SD) ile tablolarda özetlendi. Gruplar arasındaki farklılıkların anlamlılığının değerlendirilmesinde Mann- Withney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için 0.05 anlamlılık düzeyi seçildi.

SONUÇLAR

Araştırma kapsamına giren olguların demografik özellikleri, hastalık süreleri, ağrı şiddetleri ile depresyon puanları Tablo 1’de gösterildi. İki grup olguda düzenli olarak ilaç kullanımı saptanmadı. Ortalama yaş, VKİ ve toplam hastalık süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1) ($p>0.05$). FMS’li olguların ağrı şiddeti MAS’lı olgulardan anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). FMS grubunun depresyon puanı da MAS’lı olgulardan anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0.05$).

Çalışmamızda yer alan olguların HKE’de elde ettikleri alt test puanları ile kişisel, sosyal ve genel uyum puanları Tablo 2’de gösterilmiştir. HKE’nin, DK, NE ve Aİ alt testleri ile, kişisel ve genel uyum ölçeklerinde elde edilen puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmedi ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Romatizmal hastalıklar kronik ilerleme ve bunun sonucunda ortaya çıkan özür ile karakterizedir. Bu özellikler fiziksel- emosyonel boyut, aile ilişkileri kadar sosyal performans yönü ile de hastaların yaşam kalitesini farklı düzeyde etkilemektedir.²⁷⁻²⁹ Ağrı, diğer romatizmal hastalıklar gibi FMS ve MAS için de en önemli semptomdur.²⁷ Birçok çalışma, ağrıyı psikolojik boyutlarıyla ele almıştır. Ağrının insan psikolojisi üzerindeki olumsuz

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri, hastalık süreleri, ağrı şiddetleri ile depresyon puanları.

	Miyofasyal ağrı sendromlu (N=60) X±SD	Fibromiyalji sendromlu (N=60) X±SD	p
Yaş (yıl)	47.6±12.8	45.5±12.1	0.243
VKİ (kg/m²)	26.5±3.6	25.8±3.8	0.149
Toplam hastalık süresi (yıl)	1.4±0.6	1.6±0.7	0.171
VAS (cm)	6.0±0.3	6.9±0.3	0.048*
Depresyon puanı	10.2±4.4	13.3±5.6	0.001*

* p<0.05.

Tablo.2 Olguların Hacettepe Kişilik Envanteri alt test puanları.

	Miyofasyal ağrı sendromlu (N=60) X±SD	Fibromiyalji sendromlu (N=60) X±SD	p
Kişisel uyum	42.3±8.1	41.7±9.0	0.644
Kendini gerçekleştirme	10.7±2.2	10.6±2.5	0.909
Duygusal kararlılık	11.2±2.2	10.2±2.3	0.368
Nevrotik eğilimler	10.4±3.0	10.4±2.9	0.857
Psikotik belirtiler	10.3±3.1	10.2±3.0	0.949
Sosyal uyum	40.0±5.8	40.0±6.6	0.929
Aile ilişkileri	9.2±2.6	9.3±2.2	0.847
Sosyal ilişkiler	11.1±2.3	10.8±2.5	0.450
Sosyal normlar	11.6±1.8	11.6±1.9	0.875
Antisosyal eğilimler	7.7±2.6	7.9±2.8	0.176
Genel uyum	82.6±12.2	81.7±14.0	0.530

etkilerinin yanı sıra, psikolojik problemlerin varlığının kişinin ağrı algılaması üzerinde etkisi olduğuna dikkat çekilmektedir.³⁰

Kronik ağrı çeken kişilerde sağlıklı benzerlerine kıyasla depresyonun daha sık görüldüğü ve ağrının şiddeti ile paralel olarak depresyonun ciddiyetinin arttığı belirtilmektedir.^{30,31} Rudy ve arkadaşları kronik ağrılı hastalardaki depresyonun genellikle aktiviteleri yapmadaki zorluk, yaşam ve sağlık üzerindeki kontrolün kaybolma endişesinden kaynaklandığını belirtmektedir.³² FMS'li hastalarda depresyonun % 30-40 gibi yüksek bir oranında

görüldüğü belirtilmektedir.^{15,33-35} Ayrıca bu hastaların çoğunda anksiyetenin depresyona eşlik ettiği vurgulanmaktadır. Bu psikolojik bozuklukların FMS'de majör ve minör klinik semptom ve bulgulara eşlik ettiği belirtilmektedir.³⁶ Depresyon ve anksiyetenin FMS'nin nedenleri arasında yer aldığını belirten kaynaklara da rastlanmaktadır.^{7,15,33-35} MAS'lı hastalarda ise depresyonun ve anksiyetenin FMS gibi sık olmayıp bazen görüldüğü ifade edilmektedir.⁷ Çalışmamızda FMS grubunun MAS'lı hastalara göre BDE'de daha yüksek puanlar alması daha yoğun depresyon yaşadıklarını düşündürmüştür.

FMS'li hastaların aynı zamanda MAS'lı gruptan daha yüksek ağrı şiddetlerinin olması ağrı şiddeti ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır. Sonuçlarımız FMS'li olgularda MAS'lı olgulara kıyasla daha yüksek ağrı ve depresyon düzeyini gösteren Tüzün ve arkadaşlarının çalışması ile uyumludur.³⁷

İnsanları birbirinden farklı kılan, kendisi ve çevresindekilere bakış açıları, onlarla kurabildiği ilişki düzeyleri ve tepkilerini kapsayan çeşitli ortamlarda kendini gösteren bedensel düşünsel ve ruhsal özellikleridir. Bireyin fiziki yapısı, zihinsel ve duygusal yapısı, güdüleri, yaşantıları, alışkanlıkları, çevresi, çevresindeki kendisine açık olan imkanların hepsi teker teker olduğu kadar karşılıklı etkileri ile de bireyin kişiliğini etkiler.²³

Ruh bilim alanında çalışanlar ağrıyı birçok hastalıkta görülen bir yakınma ve somato-psişik belirti olarak tanımlarlar. Onlara göre ağrı; kişiye ya da dokulara yönelik gerçek ya da olası tehlikeye bir tepkidir. Aynı zamanda bir uyum ve savunma düzeneğidir. Israrlı ve tedirgin edici koşullarda kişinin çalışma, düşünme, uyuma işlevlerini etkileyebilir. Kişilik gelişirken duygu ve düşünce ile birlikte ağrı da algılanır.³⁸ Yeni bir derleme literatüründe ağrıya yönelik tedavilerin kişilik özelliklerini değiştirebileceğine değinilerek kişilik ve ağrı arasındaki etkileşim kanıtlanmaktadır.³⁹

FMS olgularındaki ağrı şikayeti genellikle yaygın, kişiyi kısıtlayıcıdır ve sıklıkla kişinin ruhsal durumunu olumsuz etkilemektedir. Aslında diğer görünür patolojik semptomların yokluğunda bile yaygın ağrının varlığı ile beraber psikolojik semptomların yüksek oranda görülmesi araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Açıklanamayan semptom profilinin altında etkin bir ruhsal bozukluğun olabileceği ileri sürülmüştür.⁴⁰ Bir diğer görüş ise FMS'nin nörotizmin belirtisi olabileceğidir.¹² Diğer kronik ve ağrılı hastalıklar ile kıyaslandığında, FMS'li olguların anahtar problemi, ağrı deneyimi ve ağrı ile ilgili negatif etkilerle baş edebilmeye yönelik olarak pozitif duygusal kaynakları yeterli düzeyde harekete geçirme becerisinin eksikliğidir. Ancak FMS'li hastalarda kişiliğin duygusal boyutunun önemine rağmen, bu konunun literatürde daha az ele alındığı belirtilmektedir.¹⁷

Literatürde değinilen bir diğer konu FMS'li kişilerde anksiyete ve gerginliğin eşlik ettiği sınırlı kişilik karakterlerinin sık gözlemlendiğidir.^{13,41} Bu kişilikteki hastalar kısıtlılıklarını aşarak ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmekte, kendi güvenliklerini sağlamakta bazı problemler yaşamaktadır.¹⁴

FMS olgularına kıyasla daha az olmakla beraber, özellikle temporomandibular eklemden fonksiyon bozukluğuna yol açan MAS'lı olgularda depresyon ve anksiyete eğilimi görülebilmektedir.^{42,43} MAS'lı hastalarda psikolojik faktörlerin tetik nokta aktivasyonunda rol oynayabileceğini destekleyen çalışmalar vardır.⁴⁴ MAS'lı kişilerde geleceğe yönelik umutsuzluk, somatik anksiyete oranlarının yüksek düzeyde olduğu ve bu kişilerin sosyalleşebilmede problemler yaşadığı belirtilmektedir.⁴³ Bilgilerimize göre, MAS ile FMS'yi hastaların kişilik özellikleri ile ele alıp, iki sendrom arasındaki farklılıkları değerlendiren çalışmalar ise son derece sınırlıdır. Cimino ve arkadaşları FMS ile temporomandibular eklemden MAS tanısı olan hastaların psikolojik özelliklerini incelemişlerdir. İki hasta grubunun sağlıklı kontrollerden farklı olmakla beraber birbirlerine benzer kişilik profilleri olduğunu rapor etmişlerdir.¹⁸

Çalışmamızın sonuçları genel olarak yorumlandığında literatürü destekler niteliktedir. FMS ve MAS'lı olgularımızın HKE'den aldıkları puanların birbirlerine çok yakın olması iki grubun benzer kişilik özelliklerine sahip olduklarını düşündürmüştür. Envanter puanları toplam ölçekler kapsamındaki genel, kişisel ve sosyal uyum yönünden değerlendirildiğinde, sadece sosyal uyum açısından her iki grubumuz % 25'inci yüzdeliği gösteren ham puanın altındaydı. Bu sonuç FMS ve MAS'lı hastalarımızın sosyal alanda uyumsuz davranışlara sahip olabileceklerinin bir işareti olarak yorumlandı. HKE'nin alt ölçeklerindeki puanlar incelendiğinde ise aile ilişkileri ve antisosyal eğilimlerde gerek FMS gerekse MAS'lı hastalar % 50 ile % 25'lik dilimler arasında yer almışlardır. Ancak aldıkları puanlar, kritik bölge olarak düşünülen % 25'lik puan dilimine çok yakındır. Düşüncemize göre hastalarımızda ileriki zamanlarda aile ilişkileri ve sosyal yönden problemler gelişebilmesi mümkündür. Antisosyal

eğilimler ve aile ilişkileri alt ölçekleri sosyal uyum toplam ölçeğinin kapsamında yer aldığı göz önüne alınır; hastalarımızda ilgili toplam ölçek ile alt ölçekler birbirleri ile tutarlı gibi görünmektedir. Benzer FMS ve MAS durasyonlarının iki grubun birbirine yakın kişilik profilleri sergilemesini açıklayabileceği görüşündeyiz. Gruplarımızın HKE’de sosyal boyutta bir miktar kritik değerlere sahip olması ise, uzun durasyonlu olmamasına rağmen, her iki ağrılı sendromun olguların sosyal yaşamlarını, aile ve toplum içindeki rollerini az da olsa olumsuz etkilediğini düşündürmüştür.

Çalışmamızın limitasyonu sağlıklı kontrol grubunun araştırma kapsamında yer almamasıdır, Maalesef kontrol grubunun eksikliği, FMS ve MAS’lı olgularımızda kişilik ve depresyon değerlendirmesi yönünden olası farklılıkların daha net ortaya konmasına imkan tanımamaktadır.

Sonuç olarak, FMS ve MAS gibi kronik ağrılı hastalıklar kişilerin fiziksel performanslarını azaltmanın yanı sıra psikolojik durumlarını ve kişilik profillerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. FMS ve MAS olan hastaların tedavi programlarını belirleyen fizyoterapistler hastaların fiziksel kısıtlılıklarının ve semptomlarının yanı sıra psikososyal durumlarını dikkate almalıdırlar. Geleceğe yönelik olarak, FMS ve MAS olan hastalarda psikolojik durum ve kişilik özelliklerini değerlendiren kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Gerwin RD. Myofascial pain and fibromyalgia: diagnosis and treatment. *J Back Musculoskelet*. 1998;11:175-181.
- Mannercorpi K, Iversen MD. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003;17:629-647.
- Fan PT. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *APLAR J Rheumatol*. 2004;7:219-231.
- Wolfe F, Simons DG, Friction J, et al. The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain and no disease. *J Rheumatol*. 1992;19:944-951.
- Raj PP, Paradise LE. Myofascial pain syndrome and its treatment in low back pain: *Semin Pain Med*. 2004;2:167-174.
- Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunction spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994;8:811-837.
- Baldry D. *Acupuncture, Trigger Points and Musculoskeletal Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993.
- Borg-Stein J, Simons DG. Focused review: myofascial pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(3 Suppl 1):S40-S47.
- Hsu ES. Myofascial pain syndrome and fibromyalgia. *Semin Anesth Perioperat Med Pain*. 2003;22:152-158.
- Bennet RM. Myofascial pain syndromes and the fibromyalgia syndrome: a comparative analysis. In: *Advances in Pain Research and Therapy*, Friction JR, Awad EA, eds. New York: Raven Press; 1990; 43-65.
- Rauck RL. Myofascial pain syndrome and fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 1997;1:41-53.
- Netter P, Hennig J. The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Z Rheumatol*. 1998;57 Suppl 2:105-108.
- Anderberg UA, Forsgren T, Ekselius L, et al. Personality traits on the basis of the temperament and character inventory in female fibromyalgia syndrome patients. *Nord J Psychiatry*. 1999;53:353-359.
- Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, et al. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry*. 2000;15:295-301.
- Herken H, Gürsoy S, Yetkin OE, et al. Personality characteristics and depression levels of the female patients with fibromyalgia syndrome. *Int Med J*. 2001;8:41-44.
- Yılmaz B, Göktepe AS, Taşkaynatan MA, et al. Fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda kişilik özellikleri. *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*. 2003;14:228-233.
- Zautra AJ, Fasman R, Reich JW, et al. Fibromyalgia: Evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosom Med*. 2005;67:147-155.
- Cimino R, Michelotti A, Stradi R, et al. Comparison of clinical and psychologic features of fibromyalgia and masticatory pain. *J Orofac Pain*. 1998;12: 35-41.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-172.
- Turk D, Melzack R. *Handbook of Pain Assessment*. New York: The Guilford Press; 1992.
- Bigatti SM, Cronan TA. A comparison of pain measures used with fibromyalgia patients. *J Nurs*

- Meas. 2002;10:5-14.
22. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. 1. Aspects of the reliability and validity of visual analogue scale. *Pain*. 1983;16:87-101.
 23. Özgüven E. HKE Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı. İkinci Revizyon. Ankara: Odak Ofset Matbaacılık; 1992:1-80.
 24. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:118-122.
 25. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı. 3. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1997:298-300
 26. Beck AT, Ster RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8:77-100.
 27. Borg G. Psychophysical basis of perceived exertion. *Med Sci Sport Exerc*. 1982;5:90-93.
 28. Burckhardt CS, Clark SR, Nelson D. Assessing physical fitness of women with rheumatic disease. *Arthrit Care Res*. 1988;1:38-44.
 29. Campbell SM. Regional myofascial pain syndromes. *Rheumat Dis Clin North Am*. 1989;15:31-44.
 30. Lewandowski W. Psychological factors in chronic pain: a worthwhile undertaking for nursing? *Arch Psychiatr Nurs*. 2004;18:97-105.
 31. Tüzün HE, Karaduman A, Eker L. Migren ve gerilim tipi baş ağrısında kişilik özellikleri. *Fizyoter Rehabil*. 2003;14:53-58.
 32. Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression: is the association specific to migraine? *Neurology*. 2000;23:308-313.
 33. Goldenberg DL. Psychiatric and psychologic aspect of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 1989;15:105-114.
 34. Fishbain DA, Goldberg M, Steele R, et al. DSM-III diagnoses of patients with myofascial pain syndrome (fibrositis). *Arch Phys Med Rehabil*. 1989;70:433-438.
 35. Epstein SA, Kay G, Clauw D, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicenter investigation. *Psychosomatics*. 1999;40:57-63.
 36. Yunus BM, Ahles TA, Aldag JC, et al. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1991;34:15-21.
 37. Tüzün H, Albayrak G, Eker L, et al. A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disabil Rehabil*. 2004;26:198-202.
 38. Ünal M. Psikosomatik Bozukluklar. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2526.pdf>, Kasım 2008.
 39. Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, et al. Chronic pain and the measurement of personality: Do states influence traits? *Pain Med*. 2006;7:509-529.
 40. Hudson JI, Pope HG. Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of affective spectrum disorder? *J Rheumatol Suppl*. 1989;19:15-22.
 41. Ekselius L, Bengtsson A, von Knorring L. Personality traits as determined by means of the Karolinska Scale of Personality (KSP) in patients with fibromyalgia. *J Musculoskel Pain*. 1998;6:35-49.
 42. Elkins GR, Barret EJ. The MMPI in evaluation of functional versus organic low back pain. *J Personality Assess*. 1984;48:259-264.
 43. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, et al. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*. 1997;13:116-13.
 44. McNulty WH, Gervitz RN, Hubbard DR. Needle electromyographic evaluation of trigger point response to a psychological stressor. *Psychophysiology*. 1994;31:313-316.