

# Fibromiyalji sendromu tanılı hastalarda zihin kuramı ve üst biliş işlevleri

*Theory of mind and metacognitive functions in patients with fibromyalgia syndrome*

Filiz Özsoy<sup>1</sup>, Sevil Okan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., Tokat Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tokat, Türkiye

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Tokat Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Tokat, Türkiye

## ÖZET

**Amaç:** Fibromiyalji sendromu (FMS) tanılı hastaların üst biliş işlevleri ve zihin kuramlarını değerlendirmeyi amaçlıyoruz. **Yöntem:** Çalışmaya; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniği'nde FMS tanısı konan 101 hasta ve 101 sağlıklı kontrol alınmıştır. Tüm katılımcılara; klinik veri değerlendirme formu, Fibromiyalji Etki Anketi, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği (GZO) ve Üst biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ) formları uygulandı. **Bulgular:** FMS tanılı hastaların GZO performansları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşüktü. FMS tanılı hastaların, sağlıklı kontrollere göre daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere sahip olduğu, ve "kontrol edilemezlik ve tehlike" ve "bilişsel güven" üstbilişlerini daha fazla kullandığı saptandı. Hastaların BAÖ ve BDÖ puanları sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde yüksekti. GZO skorları diğer ölçek skorları ile korelasyon göstermedi. BAÖ toplam puanı, ÜBÖ toplam puanı ve "kontrol edilmezlik ve tehlike" alt boyutu ile orta derecede korelasyon gösterdi. BDÖ ise ÜBÖ 'bilişsel güven', 'kontrol edilmezlik-tehlike' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutları ile zayıf bir korelasyon gösterdi. **Sonuç:** FMS hastalarının daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere ve bazı parametrelerde farklı bir zihin kuramı işleyişine sahip oldukları görüldü. FMS tanılı hastaların, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve bilişsel çarpıtmalarını ortaya koyabilmek için daha çok sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Fibromiyalji sendromu, üst biliş, gözlerden zihin okuma.

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:351-359)

DOI: 10.5505/kpd.2018.46036

## SUMMARY

**Objective:** We aim to evaluate the metacognitive functions and theories of mind of patients with fibromyalgia syndrome (FMS). **Method:** One hundred one patients who had been diagnosed with FMS in the Physical Therapy and Rehabilitation Outpatient Clinic, and 101 healthy controls were included in this study. All clinical data form, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Beck Anxiety Scale (BAS), Beck Depression Scale (BDS), Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) and Metacognitions Questionnaire Forms (MCI) were applied to all participants. **Results:** The RMET performance of patients with FMS was significantly lower than those of healthy controls. It was detected that the patients had more dysfunctional metacognitions. Patients with FMS used the 'uncontrollability and danger' metacognition and the 'cognitive trust' metacognition more frequently than healthy controls. The BAI and the BDI scores of the patients were significantly higher than those of the healthy controls. The RMET scores were not correlated with other scale scores. The BAO scores were moderately correlated with the MCI total scores and the "control inability and danger" subscale scores. The BDI correlated poorly with the 'cognitive trust', 'uncontrollability-danger' and the need for control of thinking' subscales of MCQ. **Discussion:** Dysfunctional metacognitions were higher in FMS patients and a different theory of mind functioning in some parameters. More studies are needed to reveal the levels of depression and anxiety, and the cognitive distortions in patients with FMS.

**Key Words:** Fibromyalgia syndrome, metacognition, reading of the mind.

## GİRİŞ

Üst biliş; kişinin kendi zihnindeki olayların farkında olması ve bunları istemli olarak yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (1). Üst biliş sistemi, kişinin bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında önemli bir role sahiptir. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir (2). Bu yaklaşıma göre, psikiyatrik hastalıklardaki bazı işlevsel olmayan düşüncelere ve başa çıkma tarzlarına üst bilişsel işlevler yol açabilmektedir. (3).

"Zihin kuramı" (ZK) kavramı ise; ilk defa Premack ve Woodruff'ın şempanze türlerinin zihinsel durumlarını inceledikleri araştırmaları sonrasında ortaya konulmuştur ve tanımı şempanzelerin başkalarının zihinsel durumlarına ilişkin çıkarılma yapımları olarak yapılmıştır (4). Son çalışmalarda ZK; kişinin diğer insanların fikirleri, inançları, duygu ve niyetlerini anlayabilme ve bu zihinsel durumlar ve kişilerin davranışları arasında bağlantı kurma becerisi olarak tanımlanmıştır (5). Daha sonra bu tanım genişletilerek evrimsel bir yaklaşımla ele alınmıştır ve sosyal çevreye uyumu sağlayan uyumsal bir yeti olarak gelişimsel psikoloji alanında da kullanılmıştır (4). Literatüre bakıldığında ZK ile ilgili yapılan çalışmalarda kullanılan tek bir ölçek yoktur. Bu çalışmalarda; birinci ve ikinci düzey yanlış inanç testleri ve imayı kavrama testleri gibi testler kullanılmaktadır. Fakat bu testler, kişinin zihin kuramı becerilerinin yanı sıra dikkat, semantik ve görsel süreçleri ile de bağlantılı olduğu için, bu testlerdeki başarısızlığın tamamını zihin kuramı becerilerine atfetmek mümkün görünmemektedir (6). Bu nedenle; Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZÖ) geliştirilmiştir. Bu testte; kişinin zihinsel durumu yüz ifadelerine dayanarak çözümlenmektedir ve seçenekler kompleks emosyonlar veya niyetler üzerinden kurgulandığı için test; emosyon tanıma değil zihin kuramı yeteneğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (7).

FMS yaygın vücut ağrısı, palpasyonla hassas noktaların olduğu, yorgunluk, uyku bozukluğu, baş ağrısı, kognitif disfonksiyon gibi multipl somatik ve bilişsel semptomlarla karakterize kas iskelet sistemi-

nin kronik ağırlı bir hastalığıdır (8). Etiyolojisi tam olarak belirlenmemiştir. Hastalıkta rol oynayabileceği düşünülen bazı biyokimyasal, nörohormonal, santral sinir sistemi, immünolojik, psikolojik ve çevresel faktörlere ait kanıtlar bulunmuştur. Psikolojik etmenlerin hastalığın başlamasında ve sürmesinde etkili olduğu düşünüldüğü için FMS birçok psikiyatrik araştırmanın konusu olmuştur (9).

FMS hastalarında üst biliş ve gözlerden zihin okuma testleri ile yapılan çok az çalışma vardır (10,11,12). Diğer yandan FMS hastalarında bu iki ölçeğin birlikte kullanıldığı başka çalışma yapılmamıştır. Bu araştırmada amaç; FMS hastalarının sahip oldukları işlevsel olmayan üst bilişleri ortaya koymaktır. İkincil olarak ise sosyal etkileşimin ve kişiler arası iletişimin temel ögesi olan yüz ifadesi ile duyguları değerlendirmenin FMS hastalarında bozulup bozulmadığını incelemektir. Çalışmanın birinci varsayımı, FMS hastalarının daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere sahip olduklarıdır. İkinci varsayım ise; hastaların incelenen parametrelerde farklı bir zihin kuramı işleyişine sahip olduklarıdır. İşlevsel olmayan üst bilişler ya da farklı bir zihin kuramı işleyişi psikiyatrik eş hastalanma oranlarını arttırabileceği bunun da hastalığı ve hastaların yaşam kalitelerini daha da bozabileceği düşünülmüştür. Bu açıdan bakıldığında FMS hastalarında psikiyatri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimi işbirliği ile değerlendirilme yapılmasının hem hastalığın birey üzerindeki etkilerini azaltmada hem de bireyin bu kapasitelerinin psikososyal tedaviler kapsamında arttırılarak topluma kazandırılmasında aracılık edebileceği düşünülmüştür.

## YÖNTEM

Bu çalışma için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'ndan ve Tokat Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli onaylar alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun şekilde yürütüldü. 25/07/2017 ve 30/01/2018 tarihleri arasında; Tokat Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran Amerikan Collage of Rheumatology (ACR) 1990 kriterlerine göre yaklaşık 600 hastaya FMS tanısı konuldu. Bu hastalar-

dan araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan gönüllü yaklaşık 350 hasta psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Fakat sadece yaklaşık 200'ü psikiyatri polikliniğine geldi ve aynı psikiyatri hekimince değerlendirildi. Hastalara çalışma ile ilgili bilgi verildi ve katılmayı kabul eden 158 hastadan yazılı onam alındı. Bu hastalardan 14 kişide tanı almış bir psikiyatrik hastalık, düzenli tedavi almı ya da öncesinde intihar girişimi olduğu için çalışmaya alınmadı. Hastalardan yaklaşık 23 kişi formları doldurmadığı ve 20 kişi de formları bırakmadığı için çalışmaya alınmadı. Çalışmamıza; 101 FMS tanılı ve 101 kadın da sağlıklı kontrol grubu olarak dahil edildi.

Araştırmaya konjestif kalp yetmezliği ve/veya koroner kalp hastalığı gibi şiddetli kalp hastalığı olanlar, ankilozan spondilit ve/veya romatoid artrit gibi romatolojik hastalıkları olan hastalar, kronik karaciğer ya da böbrek hastalığı bulunanlar, zekâ geriliği ya da nörodejeneratif hastalığı olanlar ile yazılı onam veremeyecek FMS hastaları alınmadı. Tanı almış psikiyatrik hastalığı ya da alkol-madde bağımlılığı olmayan hastalar çalışmaya alındı. Sağlıklı kontrol grubu ise fizik tedavi hekimince sorgulanıp ağrı şikayeti bulunmayan, halen ve geçmişinde psikiyatri tedavi almı olmayan, hastalarla yaş, eğitim ve sosyokültürel seviyeleri eşleşebilecek hasta yakınları arasından seçildi ve aynı şekilde psikiyatri polikliniğine yönlendirildi.

Tüm katılımcılar; yaş, öğrenim durumu, sosyoekonomik durumu gibi bilgileri içeren klinik veri değerlendirme formunu doldurdu. Aynı zamanda tüm katılımcılara; Fibromiyalji Etki Anketi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği ve Üst Biliş Ölçeği-30 formları uygulandı.

### Veri Toplama Araçları

*Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu:* Tüm katılımcılara klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu uygulandı. Bu form yaş, medeni durum, eğitim durumu, cinsiyet, yaşanılan yer, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgileri ve

ne kadar zamandır FMS tanısı aldıkları, başka bir hastalıklarının ya da tanı almış bir psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur.

*Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):* 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur (13). Hastanın yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek için kullanılan ölçek, 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (14) tarafından yapılmıştır.

*Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):* Ölçek; hem depresyon belirtilerini hem de bilişsel içeriğin değerlendirilmesini sağlamaktadır (15). Toplam 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişebilir. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyonun şiddeti o derece fazla olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (16).

*Fibromiyalji Etki Anketi (FEA):* FMS hastalarında; fiziksel fonksiyonu ve sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla Burchardt ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (17). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarmer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. FEA, 10 madde içerir ve toplam skor maksimum 100'dür. Yüksek skorlar düşük fonksiyonellik düzeyini gösterir (18).

*Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ):* Ölçek Wells ve Cartwright-Hatton tarafından geliştirilmiştir (2). ÜBÖ; (1) olumlu inanç, (2) bilişsel güven, (3) kontrol edilemezlik ve tehlike, (4) bilişsel farkındalık ve (5) düşünceleri kontrol ihtiyacı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır (19). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (20).

*Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZO):* Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (21). Katılımcıdan, verilen 4 seçenekten resimdeki kişinin zihinsel durumunu en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Seçenekler kompleks

emosyonlar ya da niyetler üzerinden kurgulanmaktadır. Bu nedenle test emosyon tanıma ile zihin kuramı yeteneğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (22). Türkçe form 32 maddeden oluşmaktadır. Puanlama her soru için doğru cevaba bir puan verilmesi ile yapılır. Ölçekten alınabilecek puan 0-32 aralığındadır.

### İstatistiksel değerlendirme

Araştırmanın nitel değişkenleri; katılımcıların yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, meslek, suicid girişimi ve ek tıbbi hastalık olup olmamasıdır. Nicel değişkenler arasında ise; BDÖ, BAÖ, FEA, Üst Biliş Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği puanları yer almıştır. Verilerin değerlendirilmesinde "SPSS for Windows 19.0" bilgisayar programı, hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır.

Çalışmada nicel değişkenler ortalama, standart sapma ile nitel değişkenler frekans ve yüzde kullanılarak sunulmaktadır. Nicel değişkenlerin gruplara göre ortalamaları arasında farklılıkların olması durumunda İki Ortalama Arasındaki farkın önemlilik testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Tek Yönlü Varyans Analizinde anlamlı sonuç çıkması sonrası çoklu karşılaştırma için Tukey HSD testi kullanıldı. Parametrik varsayımlar sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testi ya da Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlı Kruskal Wallis testi sonrası çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. FMS hastalarının ölçek puanları ile ilişkinin ortaya konması için çoklu lojistik regresyon analizi uygulandı. p değerleri 0.05'in altında hesaplandığında istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

### BULGULAR

Çalışmamıza yaşları 21 ile 56 arasında değişen 101 FMS tanılı kadın hasta ve yaşları 25-55 arasında değişen 101 sağlıklı kadın kontrol grubu olarak dahil edildi.

Hastalarının hastalık yılları 1 yıl ile 20 yıl arasında

değişmekle birlikte ortalaması  $2,11 \pm 2,68$  idi. Yaş ortalamaları; FMS hastalarının  $41,53 \pm 7,94$ , kontrol grubunun  $37,03 \pm 7,89$  idi. Medeni durum; FMS hastalarında 95 kişi (%94,06) evli, 1 kişi (%0,91) bekar, 5 kişi ise (%4,95) eşinden ayrılmıştı, kontrol grubunda 69 kişi (%68,31) evli, 22 kişi (%21,78) bekar, 10 kişi (%9,9) eşinden ayrılmıştı. Eğitim durumları; FMS hastalarında 14 kişi (%13,86) okur-yazar, 71 kişi (%70,29) ilkökul, 3 kişi (%6,93) lise, 9 kişi (%8,92) üniversite mezunuydu, kontrol grubunda ise 1 kişi (%0,99) okur-yazar, 2 kişi (%1,98) ilkökul, 35 kişi (%34,65) lise, 56 kişi (%55,44) üniversite mezunuydu. Çalışma durumları açısından bakıldığında; hastalardan 86 kişi (%85,14) ev hanımı, 7 kişi (%6,93) memur, 2 kişi (1,98) emekli, 6 kişi ise (%5,94) yarı zamanlı bir işte çalışıyordu. Kontrol grubunda ise; 15 kişi (%14,85) ev hanımı, 75 kişi (%74,25) memur, 9 kişi (%8,91) yarı zamanlı bir işte çalışıyordu, 2 kişi (%1,98) ise işsizdi. Çalışmamızda; aylık 1.500 TL ve altı gelire sahip olmak düşük, aylık 1.500-3.000 TL arası gelir durumuna sahip olmak orta ve aylık 3.000 TL ve üstü gelire sahip olmak ise yüksek sosyoekonomik durum olarak belirlenmiştir. FMS grubunun; 37 kişi (%36,63) düşük, 42 kişi (%41,58) orta, 22 kişi (%21,78) yüksek gelire sahipti, kontrol grubunda ise; 25 kişi (%24,75) düşük, 55 kişi (%54,45) orta, 21 kişi (%20,79) yüksek gelir düzeyine sahipti. Ailede psikiyatrik hastalık; FMS grubunda sadece bir kişide (annede kaygı bozukluğu), kontrol grubunda ise yine bir kişide (ablada panik bozukluğu) vardı. Ek tıbbi hastalık kontrol grubunda yoktu, FMS grubunda ise sadece bir kişide (hipertansiyon) vardı. Hasta ve kontrol grubunun sosyo-demografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuyordu.

FMS hastalarının İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Mann Whitney U testi kullanılarak incelenen sonuçlarında BAÖ ve BDÖ puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. FEA, FMS tanılı hastaların fiziksel fonksiyonu ve sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla uygulanır. Fakat biz çalışmamızda sağlıklı kontrol grubuna da, sabah tutukluğu, ağrı ve buna bağlı günlük işlev düzeylerinde bozukluk olmadığını göstermek için uyguladık. FMS hastalarında FEA puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olarak saptandı (Tablo 1).

**Tablo 1.** Gruplara göre nicel değişkenlerin dağılımı -1

	Grup		p
	Kontrol Ort±SS	FMS Ort±SS	
Beck Anksiyete Ölçeği	8,95±9	23,08±14,31	<0,001*
Beck Depresyon Ölçeği	8,02±5,85	10,83±6,63	0,002
Fibromiyalji Etki Anketi	28,48±17,23	61,35±18,99	<0,001
Tetik nokta puanı	0	13,51±4,48	
Üst biliş Ölçeği - Olumlu inanç	11,16±4,21	12,3±4,12	0,054
Üst biliş Ölçeği - Bilişsel güven	12,51±4,23	14,91±4,77	<0,001*
Üst biliş Ölçeği - Kontrol edilmezlik ve tehlike	14,97±5,11	17,78±5,99	<0,001*
Üst biliş Ölçeği - Bilişsel farkındalık	17,03±11,77	16,03±4,35	0,424
Üst biliş Ölçeği - Düşünceleri kontrol ihtiyacı	10,45±3,74	11,35±3,64	0,084
Üst biliş Ölçeği - Toplam puan	64,33±16,46	72,41±16,59	0,001
Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği - Doğru cevaplar	22,79±4,03	20,71±4,5	0,001

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve \*Mann Whitney U testi kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

ÜBÖ açısından İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Mann Whitney U testi ile yapılan sonuçlarda; ÜBÖ toplam puanı, 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutları ise kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Olumlu inanç alt boyutu ise sınırda olarak değerlendirildi ( $p=0,054$ ). Buna karşın 'bilişsel farkındalık' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. GZO testi için ise; FMS hastalarının doğru cevapları kontrol grubundan az sayıda idi (Tablo 1). FMS üzerine nicel değişkenlerin etkisini görmek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı (Tablo 2).

Ölçeklerin Pearson korelasyon analizlerine bakıldığında ise; tetik nokta puanı ve FEA puanı ve diğer ölçekler arasında ilişki saptanmadı. GZO testi sadece üst bilişin 'bilişsel farkındalık' alt boyutu ile zayıf bir ilişki gösterdi ( $r=0,244$ ). BAÖ; ÜBÖ 'kontrol edilmezlik ve tehlike' alt boyutu ( $r=0,461$ ) ve toplam puanı ( $r=0,435$ ) ile orta düzeyde diğer alt boyutlarla ise zayıf bir korelasyon gösterdi. BDÖ ise; ÜBÖ-'olumlu inanç' ve 'bilişsel farkındalık' alt boyutları arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir korelasyon saptanmazken, 'bilişsel güven' ( $r=0,304$ ), 'kontrol edilmezlik-tehlike' ( $r=0,380$ ) ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' ( $r=0,206$ ) alt boyutları ile ise zayıf bir korelasyon gösterdi. Ölçeklerin Spearman analizi sonuçlarında ise; BAÖ ile ÜBÖ 'bilişsel güven' alt boyutu ( $r=0,301$ ) ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutu arasında ( $r=0,347$ ) zayıf bir korelasyon saptandı (Tablo 3).

## TARTIŞMA

FMS'da psikiyatrik semptomlar ya da psikiyatrik bozukluklar sık rastlanmaktadır. Bu semptomların ya da psikiyatrik bozuklukların varlığı tedavi seçiminde ve hastalığın seyri üzerinde de önemli rol oynamaktadır (9).

Bu çalışmada FMS hastalarının üst biliş işlevleri ve zihin kuramları incelenmiştir. Hastaların ÜBÖ toplam puanları, 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutlarında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik saptanmıştır. Beraberinde GZO testinde ise hastaların

**Tablo 2.** Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinde FMS üzerinde değişkenlerin etkisi

	Beta	Sig.	Odds Oranı	Odds oranı için %95 güven aralığı	
				Alt	Üst
Beck Anksiyete Ölçeği	0,064	0,008	1,066	1,017	1,117
Beck Depresyon Ölçeği	-0,072	0,070	0,931	0,861	1,006
Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği - Yanlış cevaplar	0,127	0,009	1,136	1,032	1,250
Fibromiyalji Etki Anketi	0,070	<0,001	1,073	1,048	1,098

Geriyeye dönük eleme yöntemi kullanıldı,  $p < 0,05$  olanlar anlamlı kabul edildi.

**Tablo 3.** Hastaların ölçeklerinin Pearson ve Spearman korelasyon analizi sonuçları

	Üst biliş Ölçeği					
	Toplam Puan	Olumlu İnanç	Bilişsel Güven <sup>a</sup>	Kontrol edilmezlik ve tehlike <sup>a</sup>	Bilişsel farkındalık	Düşünceleri kontrol ihtiyacı
BDÖ (r değeri)	0,373*	0,075	0,305*	0,218*	0,170	0,206*
BAÖ <sup>a</sup> (r değeri)	0,457*	0,351*	0,301*	0,347*	0,213*	0,347*
GZO (r değeri)	0,149	-0,033	0,157	0,136	0,244*	0,063

\* $p \leq 0.05$ , BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, GZO; Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği, <sup>a</sup> Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı, diğerleri için Pearson katsayısı kullanıldı.  
performansının daha düşük olduğu görülmüştür. (26).

Literatürde bu iki ölçeğin birlikte kullanılarak FMS hastalarının değerlendirildiği başka çalışmaya rastlanmamıştır. Gözlerden Zihin Okuma ölçeği ile FMS hastalarında yapılan tek çalışmanın sonuçlarında kontrol grubu ile FMS hasta grubunda gözler testi performansı açısından bir farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada 40 FMS tanılı hasta, 41 sağlıklı kontrolle kıyaslanmıştır (11). Bizim çalışmamızın sonuçlarında GZO performansı hasta grubunda anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Yani hastalar GZO testinde daha fazla yanlış cevap işaretlemişlerdir. GZO ölçeğinin anksiyete ve depresyon ölçekleri ile de korelasyon göstermemesi ile bu sonuç FMS hastalığına sahip olmanın bir stres faktörü olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde; şizofreni hastalarının, annelerinde yapılan çalışmada; hasta annelerinin GZO testi performansı, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ve şizofreni tanılı bir çocuğa sahip olmanın stres faktörü oluşturduğu şeklinde yorumlanmıştır (23). Başka bir çalışmada şizofreni hastaları sağlıklı kontroller ve hasta yakınları ile GZO testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda; şizofreni hastalarında ve akrabalarında GZO testi performansının düşük olduğu görülmüştür (24). Şizofreni hastalarında GZO testi, İmayı anlama testi ve Stroop Testi kullanılarak yapılan başka bir çalışmada; yine hasta grubunun GZO testi performansı sağlıklı kontrollerden düşük olarak bulunmuştur (25). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yapılan tez çalışmasında ise; hastaların GZO performansı sağlıklı kontrol grubundan düşük olduğu ve erken başlangıçlı (<19 yaş) olan grupta daha fazla düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum da hastalardaki nörokognitif bozulmaya bağlanmıştır

FMS hastalarının üst biliş ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada hastaların ÜBÖ toplam ve tüm alt boyut puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (12). Bizim sonuçlarımızda ÜBÖ toplam puanı ve alt boyutlardan da 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutları sağlıklılarından yüksek olarak bulundu. Hasta grubunda yüksek olarak saptadığımız 'bilişsel güven' alt boyutu ile kişinin kendi hafızası ve dikkat yeteneklerine güven duymaması sorgulanmaktadır (14). Bu alt boyut aynı zamanda depresyon ölçeği ile de zayıf bir korelasyon göstermiştir. Bu sonuç; hastaların hafızalarına güvenmedikleri ya da yaşadıkları unutkanlıkları gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde FMS hastalarında dikkat dağınıklığına yol açan konsantrasyon ve hafıza bozuklukları çalışmalarda yer bulmuştur (27,28,29). Yapılan bir çalışmada; dikkat, uzun ve kısa süreli hafıza ve karar verme fonksiyonlarında FMS hastalarında sağlıklı kontrollere göre defisitler saptanmıştır (30).

'Kontrol edilmezlik ve tehlike' alt boyutu ise; iki şekilde yorumlanır. Birincisi, 'kişinin işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gerekir' şeklinde inancıdır. Diğerisi ise; 'endişe kontrol edilemez' inancıdır (14). Bu alt boyut hasta grubunda yüksek olarak saptanmıştır ve anksiyete ölçeği ile orta düzeyde depresyon ölçeği ile ise zayıf bir korelasyon göstermiştir. Benzer şekilde depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada; depresif bozukluk hastalarında 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutları, panik bozukluk hastalarında ise 'kontrol edilmezlik-tehlike' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Bu sonuç depresif bozukluk hastaları için; geleceğe ilişkin karamsar düşünceleri, kendileri, diğer insanlar ve gelecekleri hakkındaki olumsuz düşüncelerine ters düşen kanıtları görmezden gelme ve ufak aksilikleri abartma gibi bulgularla ilişkilendirilmiştir. Panik bozukluk hastaları için ise, katastrofik durumu (ölmek veya kontrolünü kaybetmek) önlemek için bilişsel süreçlerini kontrol etmeleri gerektiğine inanmaları şeklinde yorumlanmıştır (31). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarının depresif bozukluk hastaları ve sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı başka bir çalışmada, OKB hastalarında üst bilişin 'kontrol edilemezlik ve tehlike' ile 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutu, depresif bozukluk hastalarında ise 'bilişsel güven' alt boyutu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (32).

'Olumlu inanç' alt boyutu ise, endişelenmenin problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir (14). Çalışmamızda 'olumlu inanç' alt boyutu sınırdan bir değer aldı fakat sonuç istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı. Panik bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada da, 'kontrol edilemezlik-tehlike' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutlarının anlamlı oluşunun yanında bizim sonuçlarımıza benzer şekilde 'olumlu inanç' alt boyutu sınırdan bir değer almıştır (33). Endişe kontrol edilemez ya da endişenin kontrol edilmesi gerektiği inancı şeklinde yorumlanan 'kontrol edilemezlik ve tehlike' alt boyutunun yüksek, endişe ile ilgili 'olumlu inanç' alt boyutunun sınırdan oluşu hastaların günlük işlevselliklerini sınırlayan ağrı ve buna bağlı oluşan kaygı ile ilişkilendirilmiştir.

'Bilişsel farkındalık', kişinin kendi düşünce süreçleri ile sürekli uğraşmasını ifade eder. 'Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı' ise; batıl inanç, cezalandırılma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacı ve kişi bu inançları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kendisinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkin inancı olarak yorumlanır (14). 'Bilişsel farkındalık' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutlarında FMS hastaları ve kontrol grubu arasında fark bulunmadı. Panik bozukluk hastalarında ÜBÖ ile yapılan bir çalışmada; hasta grubunda kontrol edilemezlik-tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarının kontrol

grubuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu durum; endişelenme ile ilgili olumsuz bilişlere sahip olan panik bozukluk hastalarının katastrofik durumu (ölmek veya kontrolünü kaybetmek) önlemek için bilişsel süreçlerini kontrol etmeleri gerektiğine inanmaları şeklinde yorumlanmıştır (33).

Çalışmamızda literatürdeki pek çok çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde FMS hastalarının BAÖ puanları daha belirgin olmakla birlikte BDÖ puanları da kontrol grubundan yüksek saptanmıştır. Literatüre bakıldığında; 94 FMS tanılı hastada çocukluk travmaları ve depresyon ilişkisinin incelendiği bir çalışmada; hastaların 60'ının (%63,8) yaşam boyu majör depresif bozukluk tanısı aldığı görülmüştür ve çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (34). Başka bir çalışmada; FMS tanılı hastalardaki depresyon ve anksiyetenin yorgunluk, ağrıyı felaketleştirme, uyku bozukluğu, hareket korkusu ve ağrı şiddeti ilişkili olup olmadığı incelenmiştir. 191 katılımcının %50'si yüksek kaygı ve/veya depresyon bildirmiştir ve yorgunluk ve uyku bozukluğu yüksek depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Ağrı şiddeti, ağrıyı felaketleştirme ve hareket korkusu ise; yüksek anksiyete ve yüksek depresyon ile ilişkili olarak bulunmuştur (35). Fibromiyalji hastalarının yaşam kalitelerinin ve psikiyatrik semptomlarının incelendiği başka bir çalışmada; 86 hastadan 58'inde (%67,4) anksiyete, 75'inde (%87,2) depresif semptomlar saptanmıştır ve hasta grubunun her açıdan düşük yaşam kalitesine ve yetersiz sosyal desteğe sahip olduğu görülmüştür (36).

Araştırmanın sonuçları bazı kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Öncelikle çalışmanın kesitsel olması, örneklem sayımızın görece yeterli sayıda olmaması, katılımcıların sadece kadın cinsiyette olması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olması, katılımcılara SCID-5-CV (DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) yapılmaması, hasta ve kontrol grubunun eğitim düzeylerinin bire bir denk olmamasının kısıtlılık oluşturduğu söylenebilir. Bu durum elde ettiğimiz sonuçları yorumlamayı ve genellemeyi sınırlamaktadır. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında, farklı cinsiyetlerde, nörokognitif testlerle verilerin doğrulandığı daha

leri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

## SONUÇ

Kronik ağırlı bir hastalık olan FMS; hastaların işlevselliklerinde, hem hastalığın doğası gereği olan ağrı ile hem de beraberinde olan psikiyatrik semptomlarla, bozulma olmaktadır. Bizim sonuçlarımızda da, FMS hastalarının daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere sahip oldukları, sosyal etkileşimin ve kişiler arası iletişimin temel ögesi olan yüz ifadesi ile duyguları değerlendirmenin FMS hastalarında bozuk olduğu ve beraberinde hastaların anksiyetelerinin de yüksek olduğu görüldü. Bu farklardan yola çıkarak bu hastaları daha iyi anlayabilmek ve hastalara daha fazla yardımcı olabilmek için Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hekimleri ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hekimleri işbirliği ile hastaların tedavilerinin düzenlenebileceği düşünüldü.

Toplumumuzda oldukça sık görülen FMS hastalığının tedavisi, hastaların yaşam kalitelerinin artırılması ve topluma kazandırılmaları oldukça önemlidir. Bu hastalara Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hekimlerinin başladığı tedavilerin yanında; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hekimlerinin hastaların kaygılarını azaltmak, sosyal etkileşimlerini-kişilerarası iletişimlerini düzeltebilmek amacıyla uygun tedavi programını başlamları önemli olabilir. Gerek görülen hastalara medikal tedavi ve uygun terapi programları uygulanabilir.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Filiz Özsoy, Tokat Devlet Hastanesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tokat, Türkiye  
flzkoseoglu82@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Crick F. Şaşırta Varsayım. S Say (Çev.), 12. Baskı, Ankara: Tübitak Yayınları, 2000, pp. 151.
2. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther* 2004;42:385-396.
3. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *Int J Cog Ther* 2008; 1:33-44.
4. Brüne M. "Theory of mind" in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophr Bull* 2005;13:21-42.
5. Harrington L, Siegert RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cogn Neuropsychiatry* 2005; 10:249-86.
6. Kelemen O, Erdélyi R, Pataki I, Benedek G, Janka Z, Keri S. Theory of mind and motion perception in schizophrenia. *Neuropsychol* 2005;19:494-500.
7. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychiatry* 1997;38:813-822.
8. Kurtaiş YA. Fibromiyalji Sendromu. Yalçın S (editör). Ankara: Medikal Nobel Tıp Kitabevi, 2012:755-776.
9. Özçetin A. Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi? Derleme. *DUSBED* 2014;4:34-44.
10. Kollmann J, Gollwitzer M, Spada MM, Fernie BA. The association between metacognitions and the impact of Fibromyalgia in a German sample. *J Psychosom Res* 2016;83:1-9.
11. Tella MD, Castelli L, Colonna F, Fusaro E, Torta R, Ardito RB, Adenzato M. Theory of Mind and Emotional Functioning in Fibromyalgia Syndrome: An Investigation of the Relationship between Social Cognition and Executive Function. *PloS One* 2015;10:1.
12. İnanır S, Taycan O, Erdoğan S, İnanır A, Çelikel Cam F, Etikan İ. Metacognitive evaluation in patients with fibromyalgia syndrome. *Bull Clinical Psychopharmacology* 2015;1:175-175.
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893.
14. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother* 1988;12:163-172.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erboğuş J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
16. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliliği. *Psikoloji Derg* 1989;7:3-13.
17. Burekhardt CS, Clark Sr, Bennet RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728-733.
18. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000;20: 9-12.
19. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *Int J Cog Ther* 2008; 1:33-44.
20. Tosun A, Irak M. Üst-Biliş Ölçeği-30 Türkçe uyarlaması. *Türk Psikiyatri Derg* 2008;19:67-80.
21. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M.



- Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychiatry* 1997;38:813-822.
22. Yıldırım EA, Kasar M, Guduk M. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:177-186.
23. Birdal S, Yıldırım EA, Delice MA, Yavuz KF, Kurt E. Şizofreni Annelerinin Gözler Testi Performanslarının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2015;26:33-9.
24. Ay R, Böke Ö, Pazvantoğlu O, Şahin AR, Sarısoy G, Arık AC, Güz H. Şizofreni Hastaları ve Birinci Derece Yakınlarında Zihin Kuramı ve Duygu Tanımının Değerlendirilmesi. *Arch Neuropsychiatry* 2016;53:338-343.
25. Eşsizoğlu A, Köşger F, Akarsu FÖ, Özaydın Ö, Güleç G. Şizofreni Hastalarında Seçici Dikkat, Yanıt İnhibisyonu, Bilişsel Esneklik ve Zihin Kuramı. *Arch Neuropsychiatry* 2017;54:162-167.
26. Mısır E. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda zihin kuramı: Bilişsel işlevler, aşırı değerlendirilmiş düşünce, içgörü, şizotipal kişilik özellikleri ve diğer klinik özelliklerle ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2017.
27. Tulacı RG, Cankurtaran EŞ, Özdel K, Öztürk N, Kuru E, Özdemir İ. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry* 2018;9:1-8.
28. Schmidt-Wilcke T, Wood P, Lürding R. Cognitive impairment in patients suffering from fibromyalgia. An underestimated problem. *Schmerz* 2010;24:46-53.
29. Dick BD, Verrier MJ, Harker KT, Rashiq S. Disruption of cognitive function in fibromyalgia syndrome. *Pain* 2008; 139:610-6.
30. Tesio V, Torta DME, Colonna F, Leombruni P, Ghiggia A, Fusaro E, Geminiani GC, Torta R, Castelli L. Are fibromyalgia patients cognitively impaired? Objective and subjective neuropsychological evidence. *Arthritis Care & Research* 2015;67: 143-150.
31. Özsoy F, Kuloğlu MM. Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *J Contemp med* 2017;7:42-49.
32. Yılmaz S, İzci F, Mermi, O, Atmaca M. Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17:451-458.
33. Böke Ö, Pazvantoğlu O, Babadağı Z, Ünverdi E, Ay R, Çetin E, Şahin AR. Metacognitions in panic disorder. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015;16: 1-6.
34. Alciati A, Atzeni F, Grassi M, Caldirola D, Riva A, Sarzi-Puttini P, Perna G. Childhood adversities in patients with fibromyalgia: are they related to comorbid lifetime major depression? *Clin Exp Rheumatol* 2017;35:112-118.
35. Hadlandsmyth K, Dailey DL, Rakel BA, Zimmerman MB, Vance CG, Merriwether EN, Chimenti RL, Geasland KM, Crofford LJ, Sluka KA. Somatic symptom presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety. *J Health Psychol* 2017;1:1359105317736577.
36. Zhang Y, Liang D, Jiang R, Ji X, Wang Y, Zhu J, Zhang J, Huang F. Clinical, psychological features and quality of life of fibromyalgia patients: a cross-sectional study of Chinese sample. *Clin Rheumatol* 2018;37:527-537.