

Majör Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluklarında Görülen Ağrı Semptomunun Değerlendirilmesi

Ramazan Köksal¹, Eda Aslan²,
M. Kemal Yazıcı²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa - Türkiye
²Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin - Turkey



ÖZET

Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında görülen ağrı semptomunun değerlendirilmesi

Amaç: Serotoninin ağrının ortaya çıkış mekanizmasında önemli etkisi olduğu bilindiğinden bu yana psikiyatrik bozukluklara eşlik eden ağrıya olan ilgi artmıştır. Fakat ağrı ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi henüz net olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda majör depresif bozukluk (MDB) ve anksiyete bozukluğu (AB) tanısı olanlarda ağrı sıklığı ve özellikleri konusunda bilgi edinmeyi amaçladık.

Yöntem: Doksan dört MDB 94 AB tanılı hastaya, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ve "Kısa Ağrı Envanteri" uygulandı. Tanı grupları, ağrı özellikleri ve sosyodemografik değişkenler arasındaki karşılaştırmalar SPSS 11.0 istatistik paket programında ki-kare ve Mann-Whitney U testi ile incelendi. Korelasyon için Spearman's rho testi uygulandı.

Bulgular: MDB grubunda ağrı yakınmasının sıklığı %55.3 (n=52), AB grubunda ise %52.1 (n=49) olarak bulundu. Her iki grup arasında ağrı görülme sıklığı açısından fark bulunmadı (p>0.05). MDB'de ağrı varlığında yaş, cinsiyet, çalışma durumu ile ilgili değişkenler farklılık göstermedi (p>0.05). AB'de ağrı varlığında yaş ve cinsiyet karşılaştırmalarında fark saptanmadı fakat çalışmayanlarda ağrı daha fazla gözlemlendi (p<0.05). Her iki grupta da eğitim süresi arttıkça ağrı görülme sıklığında azalma vardı (p<0.05). HAM-D ve HAM-A puanları ve ağrı şiddeti arasında pozitif korelasyon mevcuttu (Ham-D rho=0.217, Ham-A rho=0.088, p<0.05) fakat ağrılı bölge sayısı ile bir ilişki görülmedi (Ham-D rho=0.165, Ham-A rho=0.105, p>0.05). Ağrının MDB'de özbakımı daha olumsuz etkilediği gözlemlendi (p<0.05).

Sonuç: Ağrı anket formu ile değerlendirdiğimiz MDB ve AB hastalarında ağrı görülme sıklığı oldukça yüksekti. Ayrıca HAM-D ile ağrı şiddetinin artması fakat ağrılı bölge sayısının artmaması önemli bir bulguydu. Ağrının sadece fiziksel hastalıklara bağlı değil, psikiyatrik bozukluklarda da ortaya çıkabilecek bir belirti olarak ele alınır değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete bozukluğu, ağrı, majör depresif bozukluk, ruh sağlığı

ABSTRACT

Assessment of pain symptoms experienced in major depressive disorder and anxiety disorder

Objective: Ever since the important role serotonin plays in the mechanism of pain emergence became known, there has been a heightened interest in examining the pain that accompanies psychiatric disorders. However, the relationship between pain and psychiatric disorders remains unclear. In this study, we aimed to obtain information about the frequency and characteristics of pain seen in patients diagnosed with major depressive disorder (MDD) and anxiety disorder (AD).

Method: The Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), and the "Brief Pain Inventory" (BPI) were administered to 94 patients diagnosed with MDD and 94 patients diagnosed with AD, respectively. Comparisons between the diagnosed groups, pain characteristics and socio-demographic variables were examined using the Chi-square and Mann-Whitney U tests in the statistical software package SPSS 11.0. Spearman's rho test was utilized in order to examine correlation.

Results: Pain complaints in the MDD group were found in 55.3% (n=52), while this figure was 52.1% (n=49) in the AD group. There was no difference in the frequency of experiencing pain between the two groups (p>0.05). Variations of age, gender, and employment status did not correlate to differences in the presence of pain in MDD (p>0.05). In the AD group however, while there were no differences in age and gender regarding the presence of pain, complaints were more frequent in patients who did not work (p<0.05). In both groups, with a longer period of education the patients had received, there was a decrease in pain frequency (p<0.05). There was a positive correlation between HAM-D and HAM-A scores and pain intensity (HAM-D rho=0.217, HAM-A rho=0.088, p<0.05); however, no correlation was found with the number of pain locations (HAM-D rho=0.165, HAM-A rho=0.105, p>0.05). It was found that pain affected self-care negatively in MDD (p<0.05).

Conclusions: The frequency of pain experienced in MDD and AD patients whom we assessed with the pain survey form was quite high. Additionally, an important finding was that while there was an increase in the intensity of pain with HAM-D, there was no increase in pain locations. It is important that pain is examined and evaluated as a symptom that can emerge in psychiatric disorders and not just a symptom in relation to physical illness.

Keywords: Anxiety disorders, major depressive disorder, mental health, pain

Bu makaleye atf yapmak için: Köksal R, Aslan E, Yazıcı MK. Assessment of pain symptoms experienced in major depressive disorder and anxiety disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017;30:278-286. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300401>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Eda Aslan,
Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri
Anabilim Dalı, Hastane Kampüsü 33110
Yenişehir/Mersin, Türkiye

Telefon / Phone: +90-324-241-0000/2644

Elektronik posta adresi / E-mail address:
dreedaaslan@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
18 Nisan 2017 / April 18, 2017

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
4 Mayıs 2017 / May 4, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:
17 Mayıs 2017 / May 17, 2017

GİRİŞ

Ağrı toplumda oldukça yaygın olarak görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalarda genel populasyonun yarısı veya en azından üçte birinde ağrı semptomunun olduğu bildirilmektedir (1). Ağrı geçici veya kalıcı iş gücü kaybının en sık sebeplerinden birisidir (2). Son dönemde artan sayıda çalışmaya rağmen depresyon, anksiyete ve ağrı arasındaki ilişki hakkındaki bilgiler sınırlıdır ve ağrı ile psikiyatrik bozukluklar arasında çok yönlü ilişki henüz net olarak tanımlanamamıştır. Ağrının kendisi depresyon ve/veya anksiyeteye sebep olabilirken daha önce ağrısı olmayan birisinde psikiyatrik bir bozukluk varlığında bir belirti olarak da ağrı ortaya çıkabilir. Yine var olan ağrının algılanma şiddetinin depresyon ve anksiyete varlığında artması da çalışmalarda sıkça tartışılan bir konudur (3). Çalışmalar çoğunlukla ağrısı olan kişilerde ortaya çıkan depresyonun ağrının hissedilen şiddetini arttırdığı, tedaviden alınan cevabı azalttığı ve var olan fiziksel hastalığın seyrini kötüleştirdiği üzerinde durmaktadır. Oysa hem depresyonda hem de anksiyete bozukluklarında sıklıkla gördüğümüz ağrı, klinik pratiğimizde çok sık karşılaştığımız fakat hakkında ayrıntılı çalışmanın az olduğu bir belirtidir. Yapılan az sayıda çalışma göstermiştir ki major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında görülen ağrının fiziksel bir sebebi bulunamamakta ve tanı kriterlerine konulması gündeme gelecek kadar da sık görülmektedir (4). Son zamanlarda yayınlanan gözden geçirme makalelerinde ağrı ve depresyon birlikteliğinin %60'a varan oranlarda olduğu bildirilmektedir (5,6).

Psikiyatrik bozukluklarda görülen ağrının patofizyolojisi de net olarak anlaşılmış değildir. Serotonin ağrı modülasyon sistemi üzerinde etkisi olduğu ve inhibitör nörotransmitterlerin önemli birer anti-nosiseptif olduğu bilinmektedir. İnhibitör nörotransmitterlerin nöronal yollardaki transmisyonu artırır ve bu yolla ağrı hissini azaltır. Serotonin ve noradrenalin bu inhibitör nörotransmitterlerin aktivitesini arttırdığı ve bu yolla ağrı hissini azalttığı düşünülmektedir, antidepressanların ağrı belirtilerini azaltması bu görüşü destekler niteliktedir (7-10).

Psikiyatrik bozukluklara eşlik eden ağrının ayırıcı tanısının iyi yapılması, ağrının hissedilen şiddeti ve özelliklerinin güvenilir standardize araçlarla ölçülmesi, psikiyatrik bir bozukluğa eşlik eden ağrının fiziksel hastalıklarla oluşan ağrıdan farklarının belirlenmesi yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyen bu semptomun klinisyenlerce daha etkili bir şekilde değerlendirmesini sağlayacaktır. Biz de çalışmamızda klinik pratiğimizde oldukça sık rastladığımız major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında görülen ağrının niteliğini ve niceliğini, işlevsellik üzerine etkisini standardize bir ölçek aracılığı ile sorgulayarak yukarıda bahsettiğimiz konularda bilgi edinmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı kriterlerine göre major depresif bozukluk (MDB) ve anksiyete bozukluğu (AB) tanıları alan hastalar alınmıştır. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmış olup, çalışma toplam 188 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; SCID-I (DSM Eksen I tanıları için Yapılandırılmış Görüşme) ile MDB (n=94) ve AB (n=94; yaygın anksiyete bozukluğu n=54, panik bozukluk n=40) tanı kriterlerini karşılıyor olması, 18-65 yaş aralığında olmak, son 3 ayda psikotrop ilaç kullanmamış olmak, eşlik eden ek psikiyatri tanısı olmaması, daha önce ağrıya sebep olan kronik fiziksel hastalık tanısı almamış olmak olarak belirlenmiştir. Fiziksel hastalıklar hasta beyanı ve geçmişe yönelik hastane kayıt ve dosya incelenmesi ile değerlendirilmiştir. İki grup arasında %80 güç ve %5 tip I hata ile farkın anlamlı olduğunu söyleyebilmek için her gruptan en az 94 hasta alınmıştır. Çalışmayı katılmayı kabul eden tüm hastalara Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ve "Kısa Ağrı Envanteri"ni de içeren Ağrı Anket Formu uygulanmıştır.

Ölçekler

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

(HAM-D): Psikiyatri pratiğinde oldukça sıklıkla kullanılan HAM-D majör depresif bozukluk tanısı olan kişide depresyonun şiddetini ve düzeyini belirleyen bir ölçektir. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Klinisyen tarafından uygulanan, 17 soru içeren likert tarzı bir ölçektir (11). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12).

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

(HAM-A): Tanı koydurucu özelliği olmamakla birlikte hastalardaki anksiyetenin şiddetini ve düzeyini ölçer. Klinisyen tarafından uygulanan, 13 soru içeren likert tarzı bir ölçektir (13). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (14).

Ağrı Anket Formu: Ağrı anket formu, ağrı şiddetini 0 ile 10 arasında derecelendiren ve ağrının yerini belirtmeye yarayan ağrı diyagramını içeren kısa ağrı envanteri ve ağrının günlük işlevsellik üzerine olan etkisini gösteren bir anket formudur.

Kısa Ağrı Envanteri: Kısa ağrı envanteri ağrıyı değerlendirmek için kullanılan, 32 sorudan oluşan, sorularda 0'dan 10'a sayısal değerlendirme skalalarını içeren, ilgili maddelerde şiddeti 0 ile 10 arasında derecelendiren çok boyutlu bir ölçektir. Özellikle son 1 hafta temel alınarak ağrının şiddeti, karakteri, lokalizasyonu, günlük işlevsellik (sosyal-emosyonel) üzerine etkisi değerlendirilir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Cleeland ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (15). Ağrı yakınmasını "hissedilen en kötü ağrı", "hissedilen en az ağrı", "ağrının ortalama şiddeti" ve "görüşme esnasındaki (şu anki) ağrı" şeklinde kategorize edip sorgulamaktadır. Ağrının işlevsellik üzerine olan etkisini aile-ev sorumluluğu, meslek, cinsel yaşam, boş zaman aktiviteleri, sosyal aktivite, kişisel bakım alanları içerisinde sorgular.

İstatistiksel Analiz

Çalışmaya alınan hasta grupları SPSS 11.0 paket istatistik programı deneme versiyonu ile analiz edilmiştir.

Çalışma verileri öncelikle tanımlayıcı analizlerle değerlendirilmiştir (sayı, yüzde). Ayrıca kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile incelenmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılımını belirlemede Shapiro-Wilks testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda parametrik olmayan testlere yer verilmiştir. Değişkenler arasındaki korelasyon için Spearman's rho testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ olduğunda farklılık istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 94 MDB, 94 AB tanısı olan 188 kişi alındı. Örneklemin %81.9'u kadın, %18.1'i erkekti. Tüm örneklemin yaş ortalaması 41.8 idi (± 14.65). MDB'de yaş ortalaması 41.5 (± 14.58) iken AB'da 42.10 (± 14.78) olarak bulundu ($p > 0.05$). MDB grubunda ağrı yakınmasının sıklığı %55.3 ($n=52$) ve AB grubunda %52.1 ($n=49$) olarak bulundu, aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Örneklemin tanı gruplarına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırmaları Tablo 1'de verilmiştir.

Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, ağrı varlığı ve ağrılı bölge sayısı açısından iki grup benzerdi ($p > 0.05$). MDB grubunda ortalama hastalık süresi 11.54 (± 13.42) yıl olup, AB grubunda 14.36 (± 20.3) yıldır ($p > 0.05$). MDB ile AB arasında medeni durum açısından farklılık anlamlıydı ($p < 0.05$). MDB dul/boşanmışlarda, AB ise evlilerde daha sık görüldü.

MDB ve AB'de ağrı varlığı ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir. Her 2 grupta da ağrısı olan ve olmayanların yaş, cinsiyet, medeni durum karşılaştırmalarında anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$), fakat eğitim süresi açısından fark her iki grup için de anlamlıydı ($p < 0.05$). AB'de çalışmayanlarda ağrı daha sık görüldü ($p < 0.05$). Her iki tanı grubunda da HAM-D ve HAM-A puanları ağrısı olanlarda olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.05$).

Ağrının özelliklerini incelediğimizde "en kötü hissedilen ağrı" puanlarına göre MDB ve AB grupları arasında fark saptanmadı ($p > 0.05$) fakat "en az hissedilen ağrı" ve "ağrının ortalama puanları" MDB grubunda AB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu

Tablo 1: Tanı gruplarının sosyodemografik ve ağrı özellikleri

	MDB		AB		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Cinsiyet							
Erkek	14	7.4	20	10.6	1	1	0.343
Kadın	80	42.6	74	39.4			
Medeni Durum							
Bekar	18	9.6	21	11.2	10	3	0.022*
Evli	57	30.3	66	35.1			
Dul/boşanmış	19	10.1	7	3.7			
Çalışma durumu							
Çalışıyor	35	18.6	31	16.5	4.227	5	0.517
Çalışmıyor	59	31.3	63	33.6			
Ağrı							
Var	52	27.7	49	26.1	193	1	0.661
Yok	42	22.3	45	23.9			
Ağrı Sebebi							
Var	18	17.8	14	13.9	192	1	0.661
Yok	34	33.7	35	34.7			
Ağrı Bölgesi							
Baş-Boyun	16	15.8	21	20.8	2.757	1	0.431
Bel-Sırt	24	23.8	20	19.8			
Eklemler	11	10.9	6	5.9			
Diğer	1	1.0	2	2.0			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	z		
Yaş	41.50	14.58	42.10	14.78	2.734	2	0.255
Eğitim süresi	9.43	4.30	9.24	4.480	6.038	2	0.490
Hastalık süresi	11.54	13.42	14.36	20.39	4.833	2	0.890
Ağrılı bölge sayısı	2.83	2.12	2.22	1.29	2.236	2	0.327

MDB: Major depresif bozukluk, AB: Anksiyete bozukluğu, n: Örneklem sayısı, SS: Standart sapma, χ^2 : Ki-kare, z: Mann-Whitney U, *p<0.05

Tablo 2: Tanı gruplarında ağrı varlığına göre sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

	Major Depresif Bozukluk						Anksiyete Bozukluğu							
	Ağrı var		Ağrı yok		χ^2	df	p	Ağrı var		Ağrı yok		χ^2	df	p
	n	%	n	%				n	%	n	%			
Cinsiyet														
Erkek	7	7.4	7	7.4	0.188	1	0.664	7	7.4	13	13.8	2.987	1	0.084
Kadın	45	6.9	35	37.2				42	44.7	32	34.0			
Medeni durum														
Bekar	7	7.4	11	11.7	3.869	2	0.145	7	7.4	14	14.9	4.427	2	0.109
Evli	36	38.3	21	22.3				37	39.4	29	30.9			
Boşanmış/Dul			10	10.7				5	5.4	2	2.1			
Çalışma durumu														
Çalışıyor	21	22.3	31	33.0	0.869	1	0.351	11	11.7	20	21.3	12.185	1	<0.001
Çalışmıyor	14	14.9	28	29.8				38	40.4	25	26.6			
	Ort.	SS	Ort.	SS	z	p	Ort.	SS	Ort.	SS	z	p		
Yaş	43.00	15.40	42.10	2.40	2.011	0.259	44.50	12.10	37.40	15.10	1.931	0.060		
Eğitim süresi (±SS)	7.63	4.10	11.36	4.00	4.386	0.026*	8.47	3.97	10.33	4.39	-3.739	<0.001		
HAM-D	24.70	4.24	21.79	4.25	0.75	0.008*	13.98	3.70	11.60	3.95	5.358	0.003*		
HAM-A	15.83	4.28	12.98	4.09	2.454	0.003*	27.47	5.35	17.30	3.76	3.013	<0.001		

n: Örneklem sayısı, SS: Standart sapma, z= Mann-Whitney U, χ^2 : Ki-kare, *p<0.01

(p<0.05). “Görüşme esnasında hissedilen ağrı” skoru yine MDB’de AB’e göre daha yüksekti fakat farklılık anlamlı değildi (p>0.05). Ağrının işlevselliğe etkisine baktığımızda aile-ev sorumluluğu, boş zaman değerlendirme, sosyal aktivite, cinsel yaşam ve mesleki

durum ortalama puanlarının hepsi MDB grubunda AB grubuna göre yüksektir fakat fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Ağrının kişisel bakım üzerine etkisi ise MDB grubunda AB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05). Ağrının kişisel bakım üzerine

olumsuz etkisi kadınlarda erkeklere göre daha fazlaydı ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.01$). Tanı gruplarında ağrının işlevsellik üzerine etkisi Tablo 3'te gösterilmiştir.

Ağrı bölge sayısı ve "hissedilen en kötü ağrı" ile HAM-D ve HAM-A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmadı ($p>0.05$), fakat "hissedilen en az ağrı şiddeti", "görüşme esnasında (şu anki) hissedilen ağrı şiddeti" ve "ortalama ağrı şiddeti" puanları ile HAM-D puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttu ($p<0.05$). Korelasyon katsayıları ve p değerleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamız bulguları MDB ve AB olanlarda ağrı semptomunun oldukça sık görüldüğünü (%53.8) ve ağrının çoğunlukla (%68.3) "nedeni bilinmeyen ağrı" olduğunu göstermiştir. MDB ve AB arasında ağrı görülme sıklığının benzer olduğu ve her iki tanıda da ağrının en fazla baş-boyun bölgesinde görüldüğü saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada MDB'de ağrı sıklığı %11.6 olarak verilmiştir ve AB'de daha sık görüldüğü belirtilmiştir, bir diğer çalışmada ise ağrının AB'de (%35.1) MDB'den (%20.2) daha sık görüldüğü

Tablo 3: Kısa ağrı envanterine göre tanılarda ağrı şiddet puanları ve ağrının işlevsellik üzerine etkisi

	MDB		AB		z	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Ağrı özellikleri						
En kötü ağrı	6.7	1.8	6.4	1.8	-1.032	0.302
En az ağrı	1.1	1.2	0.6	0.9	-2.301	0.021*
Şuanki hissedilen ağrı	2.5	2.0	1.8	1.6	-1.910	0.056
Ortalama ağrı şiddeti	3.9	1.5	3.2	1.3	-2.413	0.016*
Ağrının işlevsellik üzerine etkisi						
Aile-ev sorumluluğu	4.6	2.0	3.8	2.4	-1.597	0.110
Boş zaman aktivitesi	4.5	2.0	3.7	2.4	-1.763	0.078
Sosyal aktivite	4.2	2.3	3.6	2.4	-1.374	0.169
Meslek	4.6	2.1	3.8	2.4	-1.678	0.093
Cinsel yaşam	0.5	1.5	0.2	0.8	-1.390	0.165
Kişisel bakım	2.0	2.3	1.2	2.3	-2.672	0.008*

MDB: Major depresif bozukluk, AB: Anksiyete bozukluğu, SS: Standart sapma, z: Mann-Whitney U, $p<0.05$

Tablo 4: HAM-D, HAM-A, ağrı bölgesi ve ağrı şiddeti arasındaki korelasyon katsayıları

	HAM-D	HAM-A	Ağrı bölge sayısı	En kötü ağrı şiddeti	En az ağrı şiddeti	Şu anki ağrı şiddeti	Ortalama ağrı şiddeti
HAM-D	-	r=-0.088 p=0.227	r=0.165 p=0.980	r=0.093 p=0.355	r=0.276 p=0.005*	r=0.235 p=0.018*	r=0.217 p=0.030*
HAM-A	r=-0.088 p=0.227	-	r=0.105 p=0.296	r=-0.048 p=0.636	r=0.077 p=0.445	r=0.092 p=0.360	r=-0.088 p=0.380
Ağrı bölge sayısı	r=0.165 p=0.98	r=0.105 p=0.296	-	r=0.108 p=0.284	r=0.311 p=0.020*	r=0.342 p<0.001*	r=0.266 p=0.007*
En kötü ağrı şiddeti	r=0.093 p=0.355	r=-0.048 p=0.638	r=0.108 p=0.284	-	r=0.507 p<0.001*	r=0.505 p<0.001*	r=0.863 p<0.001*
En az ağrı şiddeti	r=0.276 p=0.005*	r=0.077 p=0.445	r=0.311 p=0.002*	r=0.507 p<0.001*	-	r=0.613 p<0.001*	r=0.685 p<0.001*
Şuanki ağrı şiddeti	r=0.235 p=0.018*	r=0.092 p=0.360	r=0.342 p<0.001*	r=0.505 p<0.001*	r=0.613 p<0.001*	-	r=0.596 p<0.001*
Ortalama ağrı şiddeti	r=0.217 p=0.030*	r=-0.088 p=0.380	r=0.266 p=0.007*	r=0.863 p=0.000*	r=0.685 p<0.001*	r=0.596 p<0.001*	-

HAM-D: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, r: Spearman's rho korelasyon katsayısı, * $p<0.05$

belirtmiştir (4,16). Çalışmamızda ağrı oranları MDB’de %55.3 (n=52) ve AB’de %52.1 (n=49) olarak bulunmuştur, araştırmalar incelendiğinde verilen ağrı oranları arasındaki fark dikkat çekmektedir. Bu fark çalışmaya alınan örneklem grubunun farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir, örneğin %11.6 ağrı oranında normal nüfus taranmıştır, diğer çalışmada ise tanı konulan hastalarla çalışılmıştır fakat kullanılan ağrı ölçekleri farklıdır. Yapılan bir diğer çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer şekilde AB ve MDB’de “kısa ağrı envanteri” kullanılmış fakat ek psikiyatrik tanısı olanlar da çalışmaya alınmıştır; ağrı sıklığı MDB ve AB birliğinde %78, sadece MDB’de %59 olarak tespit edilmiştir (17). Fiziksel hastalığa bağlı ağrısı olan kişilerle yapılan bir araştırmada ise psikiyatrik ek tanı olarak MDB ve AB oranlarına bakılmış ve MDB ile ağrının birlikte görülme sıklığının (%31.5), AB ve ağrıya (%8.9) göre daha fazla olduğu bulunmuştur (3). Genel olarak çalışmalarda standardize bir ağrı ölçeğinin kullanılması, çalışma desenlerinin farklılığı oranların farklı olmasının en önemli sebepleri gibi görünmektedir. Fakat yapılan çalışmaların çoğunda ortak sonuç MDB ve AB’de ağrı semptomunun oldukça sık görülmesidir.

Ağrı varlığında HAM-D ve HAM-A ölçek puanlarında anlamlı yükselme olması ve özellikle depresyonun şiddetini değerlendiren HAM-D ölçeği puanlarının yüksekliği ile “en kötü hissedilen” ve “en az hissedilen” ağrı, “ortalama” ağrı ve “şu anda hissedilen” ağrı arasında saptanan doğrusal ilişki depresyon ve anksiyete şiddeti arttıkça hissedilen ağrı şiddetinin de arttığını göstermektedir. Hem primer olarak ağrı bozukluğunda hem de depresyonda ağrısı olan kimselerde depresyon şiddetinin anlamlı olarak daha yüksek olması DSM 5’de ruhsal bozukluklar ve fiziksel hastalıklar ilişkisi tanımlanmasında eksen yaklaşımından yelpaze yaklaşımına geçişi destekler niteliktedir.

HAM-D ve HAM-A ile ağrılı bölge sayısı arasında korelasyon yoktu, bu bulgudan yola çıkarak MDB ve AB’de ağrılı bölge sayısı değil de algılanan ağrı şiddetinin arttığı yorumu yapılabilir ve bu bulgu serotoninin nöronal ağrı yolakları mekanizmasındaki rolü ile uyumlu görünmektedir.

Ağrı şiddeti değerlendirmesinde “en az hissedilen ağrı” ve “ortalama hissedilen ağrı” puanları MDB’de

AB’ye göre daha yüksekti fakat “en kötü hissedilen ağrı” açısından MDB ve AB arasında fark yoktu. Bu durumda iki bozuklukta da ağrının en kötü hissedilen değerine verilen puanlar yakın diyebiliriz fakat hafif ağrı ve genel ağrı puanlarının MDB’de AB’ye göre daha yüksek bulunması ağrının MDB’de daha şiddetli hissedildiği şekilde yorumlanabilir. Literatürde MDB ve AB’de ağrıyı kategorize eden bir desen ile yapılmış çalışmaya rastlamadık. Yapılan bir çalışmada “kısa ağrı envanteri” ile sorgulanan “ortalama hissedilen ağrı” şiddeti en yüksek MDB ve AB eş tanıları birlikteliğinde görülmüştür, ama çalışmamızda olduğu gibi, ağrıyı “en az hissedilen ağrı”, “ortalama hissedilen ağrı” ve “en kötü hissedilen ağrı” şeklinde değerlendirmemeleri çalışmamızın verilerini karşılaştırmak açısından kısıtlılığa neden olmaktadır (17).

MDB grubunun %36.2’sinde, AB grubunda ise %37.2 oranında ağrının bilinen bir nedeni yoktu. Yapılan bir çalışmada MDB’de sebebi bilinmeyen ağrı sıklığı %28.8, AB’de ise %51.8 olarak verilmektedir (18). Fakat bu çalışmada anksiyete bozuklukları spektrumundaki tüm bozukluklar araştırmaya dahil edilmiştir ve örneklem büyüklüğü ve çalışma deseni oldukça farklıdır. MDB ve AB’de sebebi bilinmeyen ağrı oranlarının bu kadar yüksek görülmesi bu belirtinin MDB veya AB tanı kriterlerine eklenmesi konusunu da gündeme getirmektedir.

Sosyodemografik özelliklerle ağrı ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlara rastlanmaktadır ve bu konuda net bir görüş yoktur. Yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi, MDB veya AB tanısı olan ve ağrı yakınması bulunanlarda ağrı yakınması olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ve birden fazla ağrı yakınmasının kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (4). Düşük eğitim düzeyi ve kadın cinsiyetin hem depresyonda hem de somatoform bozukluklarda risk faktörü olduğu bilinmektedir (19-22). Çalışmamızda hem depresyon hem de anksiyete bozukluğu grubunda eğitim düzeyi düşük olanlarda ağrı sıklığı artmıştı, bu geçmişte yapılan çalışmalarla uyumlu ve önemli bir bulgudur. Fakat ağrı görülme sıklığı, ağrılı bölge sayısı, ve ağrı şiddeti puanları açısından cinsiyetler arasında bir fark yoktu. Sonuçlardaki farklılığının bir çok sebebi olabilir; psikodinamik sebepler dışında, öğrenme,

sosyokültürel farklılıklar ve özellikle sözel iletişimin kısıtlı olduğu toplumlarda beden dilinin daha sık kullanılması bu farklılığın sebepleri olabilir (23). Yaşla birlikte fiziksel hastalıklar da artmaktadır, bu nedenle somatik yakınmaların da artacağı düşünülebilir, ayrıca çalışmayanlarda ruhsal bozuklukların daha sık olduğu belirtilmektedir (24,25). Çalışmamızda MDB’de ağrısı olan ve olmayan kişilerde yaş ortalamaları ve çalışma durumu benzerdi fakat AB’de ağrı daha sık olarak çalışmayan grupta görülmekteydi.

İşlevsellik kaybı MDB’de önde gelen bir bulgudur ve ağrı bu kaybı arttırmaktadır (26). Çalışmamızda MDB’de ağrının özbakım üzerine etkisi AB’ye göre daha olumsuzdu. Her iki bozuklukta özbakımın azaldığı bilinmektedir, ölçek maddelerinde bulunan “ağrının özbakıma etkisi” puanlarının MDB’de daha yüksek çıkması, özbakım azlığında sadece motivasyon, isteksizlik ya da enerji azlığının değil ağrının da rolü olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı örneklem sayısı ve cinsiyet açısından örneklemdeki dengesizlikti. HAM-D ölçeğinde ağrı ile ilgili madde olması depresyonun şiddeti ve ağrının şiddeti arasındaki ilişkiyi net yorumlama konusunda soruna yol açmaktadır. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı hastaların kent ve kırsalda yaşayanlar olarak ayrımlarının yapılmamasıdır. Fiziksel hastalıkların ayrıntılı fizik muayene ve gerekli laboratuvar tetkikleri ile dışlanmamış olması, ağrının sadece hasta beyanı ile değerlendirilmesi ağrının psikiyatrik bozukluklarla bağlantısını net tanımlamak açısından çalışmamız için karıştırıcı faktörlerdi.

Sonuç olarak, literatürde MDB ve AB’de ağrı şiddeti ve ağrı bölgelerini değerlendiren çalışma sayısı kısıtlıdır ve çalışmamızın bulgularının literatüre değerli

katkısı olabileceği düşüncesi içerisindeyiz. MDB ve AB’de ağrı semptomu sıklıkla bulunmaktadır ve psikiyatrik bozukluğun kendisinin sebep olduğu işlevsellik kaybını arttırmaktadır. Hastalar çoğu zaman bu bulguyu psikiyatrik bir bulgu değil de fiziksel bir belirti olarak değerlendirdiğinden dolayı klinisyenlere bu belirtilerinden söz etmeyebilir. Oysa serotoninin ağrı yolları üzerindeki etkisi düşünüldüğünde ağrının psikiyatrik bozukluklara eşlik etmesi öngörülebilecek bir durumdur. Daha önce MDB ve ağrı ilişkisi sıklıkla çalışılmışsa da AB’de ağrı çalışmaları son dönem ilgi çekmektedir ve çalışmamızda da görüldüğü üzere ağrı semptomu AB’de de oldukça sık görülmektedir. Ağrının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi çok yönlüdür ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aşikardır. Standardize ölçeklerle, psikiyatrideki her tanı grubundan hasta örnekleme ile yapılacak çalışmaların ağrının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini daha net bir şekilde aydınlatabileceği ve tedavi aşamasında yol gösterebileceği kanaatindeyiz.

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Çalışma fikrinin geliştirilmesi	R.K., M.K.Y.
Çalışmanın metodolojik olarak tasarımı	R.K., M.K.Y., E.A.
Veri toplama ve işleme	R.K., E.A.
Verinin analizi ve yorumlanması	E.A., R.K., M.K.Y.
Literatür araştırması	R.K., M.K.Y., E.A.
Makalenin yazımı	R.K., M.K.Y., E.A.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	R.K., M.K.Y., E.A.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Mantyselka PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 2003; 290:2435-2442. **[CrossRef]**
2. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract* 2001; 18:292-299. **[CrossRef]**
3. Ho PT, Li CF, Ng YK, Tsui SL, Ng KF. Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. *J Psychosom Res* 2011; 70:541-547. **[CrossRef]**
4. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003; 106:127-133. **[CrossRef]**
5. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163:2433-2445. **[CrossRef]**
6. Gallagher RM, Verma S. Managing pain and comorbid depression: a public health challenge. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4:203-220.
7. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26:30-36.
8. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988; 32:173-183. **[CrossRef]**
9. Fields HL, Heinricher MM, Mason P. Neurotransmitters in nociceptive modulatory circuits. *Annu Rev Neurosci* 1991; 14:219-245. **[CrossRef]**
10. Iyengar S, Webster AA, Hemrick-Luecke SK, Xu JY, Simmons RM. Efficacy of duloxetine, a potent and balanced serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor in persistent pain models in rats. *J Pharmacol Exp Ther* 2004; 311:576-584. **[CrossRef]**
11. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62. **[CrossRef]**
12. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ, Türkçapar MH, İçcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1996; 4:251-259.
13. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 1988; 14:61-68. **[CrossRef]**
14. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaçoğlu E. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* 1998; 9:114-117.
15. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23:129-138.
16. Goral A, Lipsitz JD, Gross R. The relationship of chronic pain with and without comorbid psychiatric disorder to sleep disturbance and health care utilization: results from the Israel National Health Survey. *J Psychosom Res* 2010; 69:449-457. **[CrossRef]**
17. Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo ÁL, Caballero F, Caballero L, Arbesú JÁ, Delgado-Cohen H, Desai D, Polavieja P, Gilaberte I. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord* 2010; 127:160-168. **[CrossRef]**
18. Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J, Low NC, Höfler M, Wittchen HU. Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45:89-104. **[CrossRef]**
19. Réthelyi JM, Berghammer R, Kopp MS. Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain* 2001; 93:115-121. **[CrossRef]**
20. Calvó-Perxas L, Vilalta-Franch J, Turró-Garriga O, López-Pousa S, Garre-Olmo J. Gender differences in depression and pain: a two year follow-up study of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *J Affect Disord* 2016; 193:157-164. **[CrossRef]**
21. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998; 60:150-155. **[CrossRef]**
22. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154:989-995. **[CrossRef]**
23. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60:420-430. **[CrossRef]**
24. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001; 51:361-367. **[CrossRef]**

25. Simon GE, VonKorff M. Somatization and psychiatric disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1494-1500. **[CrossRef]**
26. Benca RM, Ancoli-Israel S, Moldofsky H. Special considerations in insomnia diagnosis and management: depressed, elderly, and chronic pain populations. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl.):26-35.