



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK VE ANKSİYETE
BOZUKLUKLARINDA AĞRI YAKINMASININ
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Ramazan KÖKSAL
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Kemal YAZICI**

MERSİN – 2011

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca ve tezimi hazırlama sürecinde bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, ilgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen başta tez hocam Prof. Dr. Kemal YAZICI olmak üzere, Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki diğer hocalarım Doç. Dr. Őenel TOT ACAR, Doç. Dr. Aylin YAZICI ve Doç. Dr. Ayőe Devrim BAŐTERZİ' ye;

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan, bilgi ve deneyimlerini eksik etmeyen Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Fevziye TOROS ve diğer tüm Nöroloji ve Dahiliye Anabilim Dalı sayın öğretim üyelerine;

Tez hazırlama sürecinde katkılarını gördüğüm arkadaşlarım Dr. Engin AYYILDIZ, Dr. M. Fatih YILMAZ, Dr. Elçin ÖZSİN, Dr. Cevahir ÖZKAN, Dr. Müge SARIKAYA ve beraber çalıştığım diğer asistan arkadaşlarıma;

Asistanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama sürecinde bana sabır gösteren ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Derya' ya;

Yürekten teşekkür ediyorum ve saygılarımı sunuyorum.

Dr. Ramazan KÖKSAL

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ ve AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	8
Major Depresif Bozukluk	8
Major Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi	8
Major Depresif Bozukluğun Etiyolojisi	8
Major Depresif Bozukluğun Tanısı	8
Major Depresif Bozukluğun Kliniği	10
Anksiyete Bozukluğu	10
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	10
Yaygın Anksiyete Bozukluğun Epidemiyolojisi	10
Yaygın Anksiyete Bozukluğun Etiyolojisi	10
Yaygın Anksiyete Bozukluğun Tanısı	11
Yaygın Anksiyete Bozukluğun Kliniği	11
Panik Bozukluk	13
Panik Bozukluğun Epidemiyolojisi	13
Panik Bozukluğun Etiyolojisi	13
Panik Bozukluğun Tanısı	13
Panik Bozukluğun Kliniği	14
Ağrı	14
Ağrıyı Etkileyen Faktörler	15
Ağrının Nörobiyolojisi	15
Ağrı ile Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi	15
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR	23
TARTIŞMA	36
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	42
KAYNAKLAR	44

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	51
ŞEKİLLER DİZİNİ	52
TABLolar DİZİNİ	53
EKLER	
EK-1: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	
EK-2: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği	
EK-3: Ağrı Anket Formu	

ÖZET

Major Depresif Bozukluk (MDB) ve Anksiyete Bozukluğu (AB) gibi psikiyatrik rahatsızlıklar ile ağrı yakınması toplumda yaygın olarak görülen rahatsızlıklardır. Ağrı yakınması ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran bir çok çalışma yapılmıştır. Araştırmalar daha çok MDB ile yapılmıştır. AB ile yapılan çalışma sayısı ise kısıtlıdır.

Biz MDB ve AB gibi çok sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında ağrı yakınmasının sıklığını araştırmayı amaçladık.

Çalışmaya 94 MDB ve 94 AB hastası alındı. AB grubunu 54 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ve 40 Panik Bozukluk (PB) hastası oluşturuyordu. Hastalara, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (Ham-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Ham-A) ve Ağrı Anket Formu uygulandı.

MDB grubunda ağrı yakınmasının sıklığı %55,3 ve AB grubunda ise ağrı yakınmasının sıklığı %52,1 olarak bulundu. Her iki grup arasında ağrı yakınmasının sıklığı açısından bir fark bulunmadı ($p= 0,661$). Çalışmamızda, ağrı ile ilgili puanlar değerlendirildiğinde, en az ağrı, ortalama ağrı puanları bakımından MDB ile PB arasında bir fark mevcuttu ($p= 0,021$, $p= 0,016$). MDB grubunda bu puanlar anlamlı düzeyde yüksekti.

Ağrı yakınması bulunan hastalarda Ham-D ve Ham-A puanları anlamlı şekilde yüksekti ($p= 0,006$ ve $p<0,001$). Ham-D puanı ile ortalama ağrı, en az ağrı ve şu anki ağrı puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttu ($p= 0,003$, $p=0,005$, $p=0,018$).

Cinsiyetler arasında ağrı yakınmasının sıklığı açısından bir fark bulamadık ($p= 0,105$). Ama kadın cinsiyette Ham-D puanları yüksek bulundu ($p=0,026$).

Eğitim süresinin ortalamaları açısından MDB ve AB grupları arasında bir fark bulunamadı. Ancak ağrı yakınması bulunan hastalarda ise eğitim yılı süresinin ortalaması daha kısa bulundu ($p= 0,005$). Ağrının işlevsellik üzerine olan etkisi MDB grubunda daha belirgindi ($p= 0,008$).

Sonuç olarak, MDB ve AB gruplarında ağrı yakınmasının sıklığını önemsenek düzeyde yüksek bulduk. Bu sonuçların, ağrı yakınmasının, MDB ve YAB tanı kriterlerine eklenmesine katkı sağlayacağını umuyoruz.

Anahtar kelimeler: Ağrı, Anksiyete Bozukluğu, Major Depresif Bozukluk,

ABSTRACT

Psychiatric disorders such as Major Depressive Disorder (MDD) and Anxiety Disorders (AD), and pain are among the most common disturbances in the population. Several studies have investigated the association between pain and psychiatric disorders, most of which conducted in patients with MDD. Studies in patients with AD are relatively limited.

We aim to investigate the frequency of pain related complaints between the MDD and AD.

We included 94 patients with MDD and 94 with AD in the study. The group of AD patient consisted of 54 patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) and 40 patients with Panic Disorder (PD). All subjects were administered Hamilton Depression Rating Scale (Ham-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (Ham-A) and Pain Questionary Form.

Frequency of pain in the MDD group and the AD group was 55,3% and 52,1%, respectively. The difference was not statistically significant ($p=0,661$). The scores of "least pain" and "average pain" were significantly higher in the MDD compared to PD group ($p= 0,021$, $p=0,016$).

The mean scores of Ham-D and Ham-A were significantly higher in patients with pain complaint than those without pain ($p= 0,006$, $p<0,001$). There was a positive correlation between Ham-D score and the severity scores of "least pain", "average pain" and "present pain" ($p= 0,003$, $p=0,005$, $p=0,018$). There was no statistical difference in pain frequency between the men and women subjects ($p=0,105$). However, Ham-D score was higher in women ($p=0,026$).

We found no differences between the MDD and AD groups with respect to average duration of education. However, duration of education was significantly shorter in patients with pain complaints ($p= 0,005$).

The effect of pain on the functionality was more marked in the MDD group ($p= 0,008$).

In conclusion, we observed that the frequency of pain in the MDD and the AD groups was similar and considerably high. We hope that this results will contribute, the pain to be added MDD and GAD diagnostic criteria.

Key Words: Pain, Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder

GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, anksiyete ve depresif bozukluklar, toplumda sıkça görülen ve maliyeti yüksek durumlardır^{1,2}. Depresyon, toplumda en sık görülen rahatsızlıkların başında yer alır³. Depresyonda ağrı sık görülen bir semptom olmasına rağmen, günümüzde, DSM veya ICD gibi tanı sistemlerinde , ağrı, bir tanı kriteri olarak bulunmamaktadır^{4,5}. Aynı şekilde anksiyete bozuklukları da toplumda sık görülen psikiyatrik bozukluklardır ve depresyon ile komorbiditesi sıktır.

Ağrı, anksiyete ve depresif bozukluklar arasındaki ilişkinin, tanısız düzeydeki kompleks doğası ve etkileri açık değildir ve bu durum üzerinde fazla çalışılmamıştır. Ağrı sendromlarının yönetimi için bu ilişkilerin klinik ve terapötik etkilerinin bilinmesi önemlidir^{6,7}. Şimdi, psikiyatrik bozukluklar, özellikle duygudurum bozukluklar ile kronik fiziksel durumlar arasındaki anlamlı komorbidite iyi bir şekilde bilinmektedir^{8,9}. Bu durumlar arasındaki ilişki, bireysel ve toplumsal sağlık üzerinde, uzun süre tedaviye bağlı kalma, artmış tedavi maliyeti, erken mortalite riski gibi noktalarda önemli bir role sahiptir^{10,11,12}.

Ağrı ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran önceki çalışmalar, psikiyatrik bozukluklar ve ağrıyı içeren somatik yakınmalar arasındaki ilişkinin, kültürel faktörlerden etkilenebileceğini desteklemektedir¹³. Özellikle bu durum batılı olmayan toplumlarda önemli bir sorundur¹⁴. Aynı şekilde, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ek fiziksel veya psikiyatrik rahatsızlığın varlığı gibi bir çok değişken ağrı üzerinde etkilidir^{15,16}.

Tüm bu durumlar göz önüne alınarak, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu (Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk) tanıları konulmuş hastalarda, toplumda çok sık görülen bu üç durumun birbirileri ile olan ilişkisini, ağrının yaygınlığını, şiddetini, günlük işlevler üzerine olan etkisini, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi gibi faktörlerle olan ilişkisini göstermek amacıyla bu kesitsel çalışmayı yaptık.

GENEL BİLGİLER

Major Depresif Bozukluk

Major Depresif Bozukluk (MDB), derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur¹⁷.

MDB, yeti yitimine sebep olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen hastalıkların başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde MDB' u dördüncü sıraya koymuştur¹⁸. MDB yaşam kalitesini bozan bir ruhsal bozukluktur^{19,20}.

MDB' unun Epidemiyolojisi

MDB' unun kadınlardaki yaşam boyu yaygınlığı % 10-25, erkeklerde ise % 5-12 arasındadır. Toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için % 5-9 arasında, erkekler için ise % 2-3 arasındadır¹⁸. MDB, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir. MDB' unun kadınlarda daha sık görülmesinin biyolojik ve psikososyal açıklamaları (örn. hormonal ve biyolojik farklılıklar, birden fazla sosyal rolün getirdiği yük vb.) yapılmış ancak bu açıklamaları destekleyen verilere ulaşılamamıştır. Biyolojik ve psikososyal etkileşimlerin sonucunda depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü düşünülebilir¹⁸.

MDB' unun Etiyolojisi

MDB' unun etiyolojisi genetik, nörobiyolojik ve psikososyal kuramlarla açıklanmaktadır²¹. Nörobiyolojik kuram açısından, MDB' ta beyinde bulunan Serotonin (5-HT), Noradrenalin (NA) ve Dopamin (D) nörotransmitter sistemlerin bir veya daha fazlasında çeşitli düzensizlikler mevcuttur²². Mevcut antidepresan ilaçların bu nörotransmitter sistemlerin bir veya birden fazlasını hedef alarak etkili olması bu kuramı desteklemektedir.

MDB' unun Tanısı

Türkiye'de tanısal amaçlı olarak yaygın şekilde DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı) kullanılmaktadır. Buna göre bir major depresif epizodu Tablo 1'de gösterilmiştir⁴.

Tablo 1: DSM-IV-TR kriterlerine göre MDB tanı ölçütleri

A- İki haftalık bir dönem sırasında, önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik

olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden en az beşinin ya da daha fazlasının olması; bu belirtilerden en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı veya zevk alamama olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissetme) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı görünüm) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum

2. Hastanın kendisinin bildirmesi veya başkalarınca gözlenen hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere ya da çoğuna karşı ilgi ve zevk kaybı

3. Perhizde değil iken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı (örn. 1 ayda beden ağırlığının % 5'inden fazla oranında) veya hemen her gün iştahta azalma ya da artma

4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uykunun olması

5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları

8. Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştırma yeteneğinde azalma ya da kararsızlık

9. Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarlama olmaksızın tekrarlayan öz kıyım düşünceleri ya da öz kıyım için özgül bir tasarım olması ya da öz kıyım girişimi

B. Bu belirtiler bir karma dönemin tanı kriterlerini karşılamamaktadır

C. Belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

E. Belirtiler sevilen kişinin kaybından sonra 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler belirgin bir işlevsel bozulma, hastalık düzeyinde değersizlik düşünceleriyle uğraşıp durma, intihar fikirleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

MDB' unun Kliniği

MDB epizotlarla seyreden bir rahatsızlıktır. Klinik depresyon, uyku, iştah, düşünme biçimi, çalışma yeterliği, geleceğe ilişkin umutlar, eğlenme, cinsellik, sosyal ilişkiler, enerji düzeyi, kişinin yaşama isteği gibi alanları etkileyebilir²³. Depresif bir hastada çökkün duygudurum, daha önceleri zevk alarak yaptıkları etkinliklere karşı ilgi-istek kaybı, iştahta değişiklikler ve buna bağlı olarak kilo kaybı veya kilo alımı, uykuda önemli değişiklikler, suçluluk ve değersizlik düşünceleri gibi yakınmalar yaygındır. Ciddiye alınması gereken bir yakınma da özkıyım fikirlerinin varlığıdır. Aynı şekilde, aktivitelerde belirgin azalma veya psikomotor yavaşlama da gözlenebilen bir bulgudur. Bu hastalar dikkat dağınıklığından, unutkanlıktan, konsantre olamamaktan ve sık olarak fiziksel problemlerden (ağrı, uyuşukluk gibi) yakınırılar²⁴.

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, nedeni bilinmeyen içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir řey olacakmış endişesiyle yaşanan bir bunaltı hissidir. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit ediyormuş gibi algılanan bir çeşit alarm duygusu, içten veya dıştan gelen tehlike ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Anksiyete bozuklukları (AB), yaygın olarak görülen ve önemli düzeyde işlev kaybına yol ačan psikiyatrik bozukluklardır²⁵. AB, DSM-IV-TR tanı sistemine göre; Yaygın Anksiyete Bozukluđu (YAB), Panik Bozukluk (PB), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Travma Sonrası Stres Bozukluđu (TSSB), Sosyal Fobi ve Özgül Fobi gibi alt sınıflara ayrılmıřtır⁴.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) hem psikolojik hem de fiziksel (somatik) semptomları olan ve toplumda sık olarak görülen bir bozukluktur.

YAB' unun Epidemiyolojisi

YAB' nun yaşam boyu prevalansı %4,1-6,6 olup, bu hastaların doktora başvuru oranı diğer hastalıklardan 2 kat daha fazla bulunmuştur. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Başlangıç belirtileri genellikle kademeli olarak artış ve şiddetlenme gösterir. Başlangıç yaşı ortalama 20 yaş öncesidir ve alevlenme iyileşme dönemleri ile giden kronik seyir gösterir^{26,27}.

YAB' unun Etyolojisi

YAB' unun etyolojisi, biyolojik, genetik ve psikoanalitik ile kognitif-davranışçı teorilerle açıklanmaktadır. Biyolojik teoride, başta serotonin (5-HT)

ve noradrenalin (NA) içeren katekolaminerjik sistemler olmak üzere bir çok nörotransmitter sistemin rolü mevcuttur. Genel olarak artmış noradrenalinergic aktivite ve azalmış serotonergic aktivite üzerinde durulmuştur. Yine tedavideki rolü nedeniyle gama amino bütirik asit (GABA) nörotransmitterinin de rol aldığı öne sürülmüştür²⁸.

YAB' unun Tanısı

YAB' unun tanısı DSM-IV-TR kriterlerine göre Tablo 2'de gösterilmiştir⁴.

YAB' unun Kliniği

YAB' unun temel özelliği aşırı ve kontrol edilemez endişenin bulunmasıdır. Psikolojik semptomlar, sürekli endişeli bekleyiş, günlük olaylar ve aktivitelerle ilgili aşırı kaygı, huzursuzluk, irritabilite, kolay yorulma, düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ile uyku bozukluğudur. Psikolojik belirtiler çoğu zaman tabloya hâkim olan belirtilerdir. Fiziksel belirtiler iki sisteme bağlı olarak ortaya çıkar: Kas gerginliği ve otonomik aşırı uyarılmışlık. Kas gerginliği omuzlarda ve sırtta kas ağrılarına ve tremora neden olabilir. Özellikle frontal ve oksipital bölgelerde hissedilen gerilim tipi baş ağrılarına yol açabilir. Otonomik aşırı uyarılmışlık tüm sistemleri etkileyebilir ve terleme, kalp çarpıntısı, göğüste sıkışma hissi, nefes darlığı, hızlı soluk alıp verme, ağız kuruluğu gibi semptomlar oluşur^{29,30,31}. YAB' de bilişsel sürecin bozulması konsantrasyonda azalma, sorunlara gereğinden fazla önem verme ve aşırı endişelenme belirginleşir. Baş etme yöntemlerinin yetersizleşmesiyle kaçınma, erteleme, sorun çözmede güçlük ortaya çıkar^{32,33}. YAB yaşam kalitesinde önemli bozulmalara yol açar^{31,34}.

Tablo 2: DSM-IV-TR kriterlerine göre YAB tanı ölçütleri

A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentiler) duyma.

B. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmede zorlanır.

C. Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.

(1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe

(2) kolay yorulma

(3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması

(4) irritabilite

(5) kas gerginliği

(6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)

D. Anksiyete ve üzüntü odağı, bir eksen 1 bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir. Örneğin, anksiyete ya da üzüntü, bir panik atağı olacak (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (Sosyal Fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (Obsesif-Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (Ayrılma Anksiyete Bozukluğu), kilo alma (Anoreksiya Nervoza), birçok fizik yakınmanın olması (Somatizasyon Bozukluğu) ya da ciddi bir hastalığının olması (Hipokondriazis) ile ilgili değildir ve anksiyete ile üzüntü sadece Posttravmatik Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin diğer önemli alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir Duygudurum Bozukluğu, Psikotik bir bozukluk ya da Yaygın Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Panik Bozukluk

Panik Bozukluk (PB), yineleyici ve beklenmedik panik ataklarla seyreden bir bozukluktur³⁵.

PB' unun Epidemiyolojisi

Hastalık genellikle genç erişkinlik döneminde, özellikle üçüncü on yılda başlamasına rağmen her yasta ortaya çıkabilmektedir^{36,37}. Dünyada yaşam boyu yaygınlığı %1.0-3.0 arasında değişmektedir. Kadınlar erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla etkilenmektedir^{38,39}.

PB' unun Etiyolojisi

PB' unun etiopatogenezinde psikolojik ve biyolojik kuramlar öne sürülmüştür. Biyolojik kuramda, noradrenerjik ve serotonerjik nörotransmitter sistemleri ön planda tutulmaktadır⁴⁰.

PB' unun Tanısı

DSM-IV-TR tanı sistemine göre bir panik atak için tanı ölçütleri Tablo 3'de gösterilmiştir⁴

Tablo 3: DSM-IV-TR kriterlerine göre panik atak tanı ölçütleri

- 1- Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- 2- Terleme
- 3- Titreme veya sarsılma
- 4- Nefes darlığı ya da boğuluyormuş gibi olma duyuları
- 5- Soluğun kesilmesi
- 6- Göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma hissi
- 7- Bulantı ya da karın ağrısı
- 8- Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacak gibi olma
- 9- Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma duygusu)
- 10- Denetimi yitireceği veya çıldıracağı korkusu
- 11- Ölüm korkusu
- 12- Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları)
- 13- Üşüme, ürperme veya ateş basmaları

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, PB tanısı konulabilmesi için hastaların yineleyen beklenmedik panik atakları olmalıdır. Ataklardan en az birini 1 ay süreyle başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı duyma, atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma, ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği göstermenin olduğu üç özelliğten biri gereklidir ⁴.

PB' unun Kliniği

Hastalık aniden ortaya çıkan panik ataklarla kendisini gösterir. Ataklar 10 dakikada en şiddetli seviyeye ulaşır. Genelde 15-20 dakika sürer. Bu sırada otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla hastalarda kalp çarpıntısı, nefes darlığı, göğüste sıkıntı hissi, ateş basması, titreme ortaya çıkar. Otonomik aktivasyona eşlik eden hiperventilasyon sonucu da sarsılma, baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma, derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma hissi), kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu ve pareteziler olur ⁴¹.

Ağrı

Ağrı, tüm insanlar için yaygın bir deneyimdir. Yine de farklı dillerde ağrıyı tanımlayan kelimelerin çeşitli olması nedeniyle son derece öznedir, kültür yüklüdür ve doğrudan duygusal korelasyon ile ilişkilidir. Ağrı, sadece yaralanmaların ortaya çıkarttığı bir duyum değildir. IASP (International Association for the Study of Pain; Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği) ağrıyı “gerçek veya potansiyel doku hasarına bağlı ya da bu tür hasar tarafından tanımlanan nahoş duysal veya duygusal bir deneyim” olarak tanımlamıştır. Bundan dolayı ağrının nahoşluğu sık olarak anksiyete ve depresif hislerle ilişkilidir. Anksiyete ise depresyon ve yaralanmanın nahoşluğu tarafından uyarılmış pozitif his kaybıdır ⁵.

Aynı zamanda, ağrı, sadece doku hasarına bağlı olmayan, duysal, emosyonel, davranışsal ve bilişsel komponentleri olan öznel bir deneyimdir. Birçok ağrı semptomu medikal olarak açıklanamamıştır veya kısmen açıklanmıştır. Yani ağrı, genel tıbbi durumun varlığı, dışsal bir maddenin doğrudan etkisi veya bir mental bozukluk tarafından tam olarak açıklanamaz ⁴². Bir gözden geçirilme yayına göre, sağlık kuruluşlarına başvuranlardaki somatik semptomların en az üçte biri medikal olarak açıklanamamaktadır ⁴³.

Diğer taraftan, hasarlı dokunun yokluğu ve herhangi bir olası patofizyolojik neden olmadan ağrı bildiren birçok kişi nedeniyle ağrı ve hasarlı dokunun ilişkisi her zaman için direkt değildir. Bu nedenle IASP ağrıyı bir stimulusa bağlamaktan kaçınır ve ağrının her zaman için bir psikolojik durum olduğunu ifade eder ⁵.

Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Ağrı, bireye özgü, çeşitli faktörlere bağlı son derece subjektif bir deneyimdir. Ağrı algısını, bireyin yaşı, cinsiyeti, bireyin içinde bulunduğu kültür yapısı, kişinin ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri, ağrıyı oluşturan durumun birey için anlam ve önemi, bireyin kişilik yapısı ve kişinin ruhsal durumu gibi birçok faktör belirlemektedir. Ağrı eşiği, bireyde ağrıya neden olabilecek en düşük uyaran şiddetidir. Uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, korku, depresif duygudurum, içe dönüklük, sosyal izolasyon ağrı eşiğini azaltırken; uyku, dinlenme, dışa dönüklük, analjezik ve antidepresan ilaçlar ise ağrı eşiğini yükseltmektedir. Ağrı eşiği bireyden bireye değişkenlik gösterir. Aynı şekilde her bireyin ağrıya karşı toleransı farklıdır. Kronik veya tekrarlayan ağrılarda ağrı toleransı azalır. Aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu kültürel yapı, kişinin yaşı ve cinsiyeti, daha önceki ağrı deneyimleri ve şu andaki ağrıya neden olan durumun kişi için anlamı ve önemi ağrı toleransı üzerinde etkilidir ^{15,16}.

Ağrının Nörobiyolojisi

Ağrı, beyinde algılanır ve yorumlanır. Beyinde ağrının modülasyonunu sağlayan nöronal devreler ve endojen maddeler bulunmaktadır. Beynin belirli alanlarının elektrikle uyarımı ile intrinsik analjezi sistemi konusunda bazı kanıtlar ortaya çıkmıştır. Bu alanların PAG (periaqueductal gri alan), RN (rafe nükleus), CN (caudat nükleus) ve SN (septal nükleus) gibi bazı nükleuslar olduğu düşünülmektedir. PAG ve/veya RN 'nin elektrikle stimülasyonu spinal kord, spinal trigeminal nükleus ve subkortikal nükleus gibi alanlara inen ve çıkan sinirlerin aksonlarında 5-HT (serotonin) salınmasına neden olur. Rafe nükleusunda lezyon oluşturup 5-HT tüketilirse analjezi ortaya çıkmaktadır. Bilateral Dorsolateral Funiculus (DLF), serotonerjik (rafe nükleus, RN), dopaminerjik (ventral tegmental alan, VTA) ve noradrenerjik (lokus seroleus, LC) gibi beyin kökü alanlarından sinir lifleri almaktadır. Bu inen sinir lifleri, ağrı gibi spinal kordun zararlı nörosensitif girdilerini bastırmaktadır. DLF' de lezyon

oluşturulduğunda, PAG ile RN'de opioid (mikroenjeksiyon) ile oluşturulan analjezi ortadan kalkmaktadır⁴⁴.

Analjezi, bazı stresli durumlarda ortaya çıkabilir. Ağrılı veya stresli gibi çeşitli durumlara maruz kalma analjezik reaksiyonlar ortaya çıkartabilir. Stresin indüklediği bu analjezik etki, psikolojik veya fiziksel faktörlerin aktive ettiği "endojen ağrının kontrolünde" içgörü sağlamaktadır⁴⁴.

Ağrı ile Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi

Ağrı ile anksiyete ve depresif bozukluklar gibi psikiyatrik rahatsızlıklar toplumda yaygın olarak görülen ve külfetli durumlardır^{45,46}. Bu durumlar arasındaki yakın ve karşılıklı ilişki semptomatik düzeyde iyi bir şekilde dokümente edilmiştir^{47,48}. Tanısal düzeyde böyle kompleks ilişkinin doğası ve etkileri halen belirsizliğini korumaktadır⁴². Az sayıda çalışma sistematik olarak ağrı durumları ve iyi tanımlanmış spesifik DSM tanıları arasındaki ilişkiyi incelemiştir⁴⁹. En fazla araştırma depresif bozukluklarla yapılmıştır ve bu çalışmalar temsili toplum örneklemelerinden oluşmuştur⁴². Gureje ve arkadaşlarının 17 ülkeyi kapsayan ve 85.088 örneklem ile yaptıkları çok merkezli geniş bir çalışmada tek ve çoklu ağrı probleminin hem duygudurum (MDB gibi) ve hem de anksiyete bozuklukları (YAB gibi) ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada spesifik duygudurum ve anksiyete bozukluğunun prevalansı ağrısız hastalarda en düşük, bir ağrı semptomu olanlarda orta düzeyde, çoklu ağrı semptomu olanlarda en yüksek oranda bulunmuştu. Yine aynı çalışma, farklı kültürlerde, çoklu ağrı durumunun varlığı duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile ilişkisinin olduğunu göstermiştir⁴⁵. Yine birçok çalışmada ağrı ile psikiyatrik bozukluklar arasında bir ilişkinin bulunduğu gösterilmiştir⁵⁰.

Duygudurum bozuklukları ve fiziksel durumlar arasındaki ilişkiyi araştıran geçmişteki araştırmalar genelde gelişmiş ülkelerde yapılmıştır. Fiziksel komorbidite sıklığını bildiren çalışmalarda bazı limitasyonlar mevcuttu. Aynı zamanda anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk sıkça birlikte görüldüğü halde bu çalışmalar nadiren anksiyete ile depresif bozuklukların komorbitesini hesaba almıştır^{51,52,53}. Bu bağlamda Scott ve arkadaşlarının, 17 ülkeyi kapsayan bir çalışmasında, erişkinlerde, depresif ve anksiyete bozuklukları ile fiziksel durumlar arasındaki ilişkiyi incelediler. Bu çalışmanın örneklem grubunun bir kısmını gelişmiş ülkelere, bir kısmı ise Lübnan, Nijerya gibi

gelişmekte olan ülkelerden seçilmişti. Bu çalışmanın sonucunda, komorbitesi olmayan depresif bozukluk, komorbitesi olmayan anksiyete bozukluğu ve her iki bozukluğu da içeren gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ($p<0.05$) fiziksel durumlarla ilişkili olduğu bulundu. Sadece komorbitesi olmayan depresif bozukluk ile obezite arasında ilişki bulunmamıştı. Bu çalışmada fiziksel durumlar olarak, obezite, diyabet, astım, hipertansiyon, artrit, ülser, kalp hastalıkları, baş/boyun problemleri, kronik baş ağrısı dikkate alınmıştı. Yine bu çalışmadaki 60 yaş ve üstü örneklem grubunu ile 12 yıl ve üstü eğitim yılını içeren örneklem grubunu daha çok gelişmiş ülkeler temsil ediyordu. Gelişmekte olan ülkelerdeki bu demografik veriler daha düşük orandaydı.

Ağrı şüphesiz MDB'un yaygın bir semptomudur. Maskeli depresyon ve atipik depresyon DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı) konseptinden önce yaygın olarak kullanılmıştır ve ikisi de birkaç ağrılı semptom içeriyordu⁵⁴. Maskeli depresyonun tek epizodu ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması, Onuncu Revizyon)'da bulunmasına karşın günümüzde hiç biri (DSM-IV-TR ve ICD10) depresif bozukluğun bir semptomu olarak ağrıdan bahsetmez⁵. Öte yandan; baş, sırt, kas ağrıları gibi ağrı belirtileri HAM-D gibi depresyon ölçüm skalalarında mevcuttur.

Kronik ağrı, bozulmuş uyku ve artmış tıbbi uygulamayı içeren sağlık problemleri ile ilişkilidir. Çünkü kronik ağrının psikiyatrik bozuklukla komorbiditesi siktir ve kronik ağrı ile psikiyatrik problemlerin ilişkisinin derecesi açık değildir⁵⁵. Goral ve arkadaşlarının 4859 örneklem grubuyla yapmış oldukları bir çalışmada depresif ve anksiyete bozukluklarında kronik ağrının yaygınlığı % 29.9 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada önceki çalışmalarla tutarlı olarak kronik ağrı ve uyku problemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur⁵⁵.

MDB günümüzde duygusal ve bedensel semptomlar oluşturan bir ruhsal bozukluk olarak görülmektedir. Üçüncü basamak bakım veren yerlerde MDB' un fiziksel ve somatik semptomlarının prevalansı % 30-54 civarında olduğunu bildiren çalışmalar vardır^{56,57,58}. Ancak bir dizi çalışma, fiziksel semptomlu hastaların yaklaşık yarısı depresyon tanısı almadığını göstermiş ve bu durum

tedaviye direncin ve depresyon şiddetinin daha da artmasının riskini artırmıştır^{59,60}. Buna ek olarak, fiziksel semptomlar büyük olasılıkla yeni depresif epizot ve rekürens ile ilişkilidir kaybidir⁵.

Yapılan birçok epidemiyolojik çalışmaya rağmen yüksek aralıklı prevalans sonuçları veren çalışmalara göre gerçekte depresyon ile ilişkili ağrının sıklığı açık değildir⁵. Bair ve arkadaşları bir meta analizde depresyonlu hastalarda ağrılı semptomların sıklığını % 65 olarak bildirmişler⁶¹.

Ağrının neden olduğu yeti yitimi depresyonda önemli bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir⁶². Toplum tabanlı örneklemelerin son bulgularına göre, anksiyete bozukluklarının ağrı ile olan ilişkisi, ağrı-depresyon ilişkisiyle karşılaştırıldığında eşit veya daha güçlü olduğu bildirilmiştir^{63,64}.

Ağrı ve negatif duyular (keder, üzüntü) gibi deneyimler ile depresyon ortak nörobiyolojik substratlar ve mekanizmalar paylaşır. Örneğin MDB'da "perigenual anterior singulat kortekste" hiperaktivite tanımlanmıştır⁴⁹. Bu bölge orta beyin dopaminerjik sistemden önemli projeksiyonlar alan ve zevkle ilişkili bir bölgedir⁵. Beynin mesolimbik dopaminerjik sistemin aktivasyonu, görünüşe göre ödüle yönelik davranışı organize eder ve zihinsel ağrının bazı formlarının ortaya çıkışını engeller. Caydırıcı ağrıya cevapta orta beyin ile ilişkili dopamin nöronları ateşlenir⁶⁵. Depresyonda D2 reseptörlerinin karıştığı dopamin nörotransmisyon eksikliği zevk ve ağrının her ikisine olan cevabı da etkilemektedir⁶⁶. Son zamanlarda yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, depresyonun düzenlendiği alanlar ile ağrının duygusal yönleri ve duyuların integrasyon alanlarında bir ilişki mevcuttur⁶⁷.

Depresyonun tanı ve tedavisinin geliştirilmesinde ağrı önemli bir biyolojik faktör olarak göz önüne alınmalıdır. Antidepresanların antidepresan etki mekanizmaları ve analjezik mekanizmaları, duygudurum ile ağrı arasındaki yakın ilişkinin kanıtı olabilir ve bunlar benzer nörobiyolojik mekanizmaları paylaşabilir⁶⁸.

Ağrının tedavi ve kaynak kullanımı üzerinde etkisi vardır. Ağrının varlığı antidepresan tedaviden daha az fayda görme ve kötü yaşam kalitesi sonuçları ile ilişkilidir⁶⁰. Bir toplum temelli çalışmada, ağrılı depresif hastaların, ağrısız depresif hastalarından % 20 daha fazla hasta ziyareti, medikal uygulama ve total tıbbi giderleri vardır⁶⁹. Ağrının varlığı depresif epizodun şiddetinde artış ve epizodun uzun sürmesi ile ilişkilidir⁷⁰.

Tüm bu epidemiyolojik, klinik ve nörobiyolojik kanıtlar göz önüne alınarak psikiyatrik bozuklukların fiziksel semptomları ile ağrı arasındaki karmaşık ilişkiyi iyi anlamaya ihtiyaç vardır ⁵.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu kesitsel çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından Psikiyatri polikliniğine başvuran MDB ve Anksiyete Bozukluğu (YAB ve PB) tanıları konulan hastalarda gerçekleştirildi. Çalışmaya başlanmadan önce Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alındı. Hastalara mevcut tanıları DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre konuldu. Çalışmaya alınacak hastalara mevcut çalışma hakkında bilgi verildi ve yazılı onam formu okutuldu. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara yazılı onam formu imzalatıldı.

Mevcut çalışma 01/04/2011 ile 15/05/2011 tarihleri arasında toplam 188 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmaya alınacak hasta sayısı, bir grupta %60 diğer grupta %40 alındığında, %80 güç ve %5 tip I hata ile iki grup arasında farkın anlamlı olduğunu söyleyebilmek için her grupta en az 94 hastanın alınması planlandı.

Çalışmada dahil etme kriterleri;

1. Hastaların MDB veya Anksiyete Bozukluğu (YAB veya PB) tanı kriterlerinden birini karşılıyor olaması,
2. 18 ile 80 yaşları arasında olmak,
3. Hastalarda beraberinde başka eksen 1 psikiyatrik tanısı olmayacak.

Mevcut çalışma için dışlama kriterleri;

1. Psikotik Bozukluklar (Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrısız Bozukluk, vd),
2. Bipolar Bozukluk,
3. Madde Kullanım Bozukluğu (Nikotin kullanımı dışında),
4. Organik Ruhsal Hastalıklar (Demans, Deliryum, vd),
5. Hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmemesi,
6. Hastanın herhangi bir antidepresan ilaç kullanıyor olması.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar MDB ve AB olarak iki gruba ayrıldı. Her iki gruba sırasıyla Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ve Ağrı Anket Formu uygulandı.

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

Psikiyatrinin klinik pratiğinde Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) sıklıkla uygulanmaktadır. HAM-D hastada depresyonun şiddetini ve

düzeyini ölçer. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Tanı koydurmeyen bir test olan HAM-D klinisyen tarafından uygulanır ve 17 soru içerir⁷². HAM-D ölçeği, M. Hamilton tarafından oluşturulmuş ve B.W. Williams tarafından geliştirilmiştir⁷³. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁷⁰ (Bkz. Ek-1).

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Anksiyete semptomlarının şiddetini ölçmekte yaygın olarak Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) kullanılmaktadır. HAM-A, hastada anksiyetenin şiddetini ve düzeyini ölçer. Son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek için kullanılır. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Tanı koydurmeyen bir test olan HAM-A klinisyen tarafından uygulanır ve 13 maddeli soru içerir⁷². Ölçek ağırlıklı olarak anksiyetenin bedensel belirtilerine odaklanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır⁷⁴ (Bkz. Ek-2).

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 (Bkz. Ek-3).

Kısa Ağrı Envanteri

BPI (Braif Pain Inventory, Kısa Ağrı Envanteri) anketi ağrıyı değerlendirmek için kullanılabilecek kısa, uygulaması kolay bir değerlendirme yöntemidir. Hem anlaşılması hem de farklı dillere çevrilmesi kolay, basit 0'dan 10'a sayısal değerlendirme skalalarını içerir. Kısa ağrı envanterinde en kötü ağrının 1-4 skoru hafif, 5-6 skoru orta, 7-10 skoru şiddetli ağrı olarak tanımlanır. Ağrının şiddetini, ağrının lokalizasyonunu, ağrıya yönelik kullanılan tıbbi tedavileri ve ağrının günlük fonksiyonlar üzerine etkisini değerlendirir. Son 24 saat veya geçen hafta ağrıda ne kadar azalma veya artma olduğunu sorgular. Tüm soruların cevaplanması yaklaşık 10 dakika gibi bir zaman almaktadır. Geçerliliğini Cleeland ve arkadaşları yapmıştır⁷⁵.

Ağrı anket formu, değerlendirilecek kişinin yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim süresini, mesleğini, mevcut rahatsızlığın süresini, bu rahatsızlığı geçmişte kaç defa yaşadığını, ek fiziksel yakınmasının olup olmadığını da sorgulayan sorular içermektedir

Ağrı yakınmasını, en Şiddetli ağrı, en az Şiddetli ağrı, ortalama ağrı ve Şu anki ağrı Şeklinde kategorize edip sorgulamaktadır. Ağrının işlevsellik üzerine olan etkisini, aile-ev sorumluluğu, rekreasyon, meslek, cinsel yaşam, uyku, yaşam destek aktiviteleri, sosyal aktivite, kişisel bakım alanları içerisinde sorgular.

İstatistiksel Analiz

Çalışmaya alınan hasta grupları SPSS 11.0 paket istatistik programı ile analiz edilmiştir. Çalışma verileri öncelikle tanımlayıcı analizlerle deđerlendirilmiŐtir (sayı, yüzde, vs). Ayrıca kategorik deđerŐkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile incelenmiştir. Sayısal deđerŐkenlerin normal dağılımını belirlemede Shapiro-Wilks testi kullanılmıştır. Sayısal deđerŐkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda parametrik olmayan testlere yer verilmiŐtir. DeđerŐkenler arasındaki korelasyon için Spearman's rho testi uygulanmıŐtır.

BULGULAR

Çalışmamıza 94 MDB ve 94 AB hastası alındı. AB alt grubunu 50 YAB, 44 PB hastası oluşturmaktaydı. Hasta gruplarının sayı ve yüzdeleri Tablo 4 ve Tablo 5' de gösterilmiştir.

Tablo 4: Hasta gruplarının sayı ve yüzdeleri

Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
MDB	94	50,0
AB	94	50,0
Toplam	188	100,0

Tablo 5: Hasta alt gruplarının sayı ve yüzdeleri

Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
MDB	94	50,0
YAB	54	28,7
PB	40	21,3
Toplam	188	50,0

Yaş değişkeni normal dağılıma uygun bir dağılım göstermemektedir ($p < 0,001$). Bu yüzden de yaş değişkeni bakımından gruplar arasındaki fark kontrolünde parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır. MDB ve AB grubu arasında yaş değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p = 0,833$). Yine, MDB ile YAB ve PB alt grupları arasında yaş değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,255$). Yaşların gruplara göre dağılımı Tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6: Yaşların alt gruplara göre dağılımı

Bozukluk	Ortalama	Std. Sapma	P
MDB (n=94)	41,5	14,5	0,255
YAB (n=54)	44,2	14,2	
PB (n=40)	39,2	15,2	
Toplam (n=188)	41,8	14,6	

MDB ile AB grubu arasında cinsiyet dağılımı bakımından fark bulunamadı ($p=0,343$). Aynı şekilde MDB, YAB ve PB alt grupları arasında cinsiyet dağılımı bakımından fark bulunamadı ($p=0,378$). MDB ve AB grubunu her ikisinde de kadın cinsiyet yüksek oranda bulunmaktaydı (% 85,1 ve % 78,7). Çalışmaya alınan hastaların cinsiyet dağılımı Tablo 7 ve Tablo 8' de gösterilmiştir.

Tablo 7: Hasta gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	MDB n (%)	AB n (%)	Toplam n (%)	P
Erkek	14 (14,9)	20 (21,3)	34	0,343
Kadın	80 (85,1)	74 (78,7)	154	
Toplam	94 (100)	94 (100)	188	

Tablo 8: Hasta alt gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	MDB n (%)	YAB n (%)	PB n (%)	Toplam n (%)	p
Erkek	14 (14,9)	10 (18,5)	10 (25)	34 (18,1)	0,378
Kadın	80 (85,1)	44 (81,5)	30 (75)	154 (81,9)	
Toplam	94 (100)	54 (100)	40 (100)	188 (100)	

Cinsiyetler arasında ağrı olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,105$).

Yaş, eğitim yılı, epizot sayısı ve epizot süresinin cinsiyete göre dağılımında, eğitim yılı, kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu ($p=0,005$) (Tablo 9).

Tablo 9: Yaş, eğitim yılı, epizot sayısı ve epizot süresinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Yaş	Eğitim yılı	Epizot Süresi (ay)	Epizot Sayısı
Erkek (n=34)	41,5±12,8	10,8±3,9	9,0±11,0	0,85±1,3
Kadın (n=154)	41,8±15,0	8,2±4,8	13,8±8,2	0,82±1,1
Toplam (n=188)	41,8±14,6	8,7±4,8	12,9±17,2	0,82±1,2
P	0,918	0,005	0,143	0,883

Ağrı bölge sayısı, ağrı şiddeti, en az ağrı, ortalama ağrı, şu anki ağrı puanlarının cinsiyete göre dağılımında istatistiksel açıdan bir fark bulunamadı ($p=0,036$, $p=0,581$, $p=0,071$, $p=0,211$, $p=0,374$). (Tablo 10).

Tablo 10: Ağrı bölge sayısı, ağrı şiddeti, en az ağrı, ortalama ağrı, şu anki ağrı puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Ağrı sayısı	Ağrı şiddeti	En az ağrı	Ortalama ağrı	Şu anki ağrı
Erkek (n=14)	1,8±1,1	6,4±1,8	0,4±0,5	3,1±1,2	1,7±1,4
Kadın (n=87)	2,6±1,8	6,6±1,8	0,9±1,1	3,7±1,4	2,3±1,9
Toplam (n=101)	2,5±1,8	6,6±1,8	0,9±1,0	3,6±1,4	2,2±1,8
P	0,036	0,581	0,071	0,211	0,374

Ağrının işlevsellik üzerine olan etkisinin cinsiyete göre dağılımında, ağrının kişisel bakım üzerine olan etkisi kadın cinsiyetinde istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksekti ($p=0,035$)(Tablo 11).

Tablo 11: Ağrının işlevsellik üzerine olan etkisinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	aile-ev sorumluluğu	rekreasyon	sosyal aktivite	meslek	cinsel yaşam	kişisel bakım	Uyku	yaşam destek aktivitesi
Erkek (n=14)	3,1±2, 1	3,1±2, 1	3,0±2, 3	3,0±2, 2	0±0	0,5±0, 9	1,4±1, 6	0,1±0, 4
Kadın (n=87)	4,4±2, 2	4,3±2, 3	4,0±2, 3	4,4±2, 3	0,4±1, 3	1,8±2, 4	2,1±2, 1	0,4±1, 0
Toplam (n=101)	4,1±2, 3	4,1±2, 3	3,9±2, 3	4,2±2, 3	0,4±1, 2	1,7±2, 3	2,0±2, 0	0,4±1, 0
P	0,374	0,068	0,109	0,144	0,057	0,035	0,124	0,781

HAM-D ve HAM-A puanlarının cinsiyete göre dağılımında, HAM-D puanları istatistiksel olarak kadın cinsiyette anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,026$). HAM-A puanları kadın cinsiyette daha yüksek olmakla birlikte, cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 12).

Tablo 12: HAM-D ve HAM-A puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	HAM-D	HAM-A
Erkek (n=34)	15,7±5,9	15,7±5,2
Kadın (n=154)	18,5±6,7	17,6±5,6
Toplam (n=188)	18,0±6,6	17,3±5,6
P	0,026	0,138

Medeni durum ile MDB ve AB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,022$). Aynı şekilde medeni durum ile MDB, YAB ve PB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,002$). Medeni durumu boşanmış olan hastalar istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

MDB grubunda fazlaydı. Medeni durumun gruplar arasındaki dağılımı Tablo 13 ve Tablo 14' de gösterilmiştir.

Tablo 13: Medeni durumun gruplar arasındaki dağılımı

Medeni durum	MDB n (%)	AB n (%)	Toplam n (%)	P
Hiç evlenmemiş	18 (19,1)	21(22,3)	39 (20,7)	
Evli	57 (60,6)	66 (70,2)	123 (65,4)	
Eşi Ölmüş	4 (4,3)	4 (4,3)	8 (4,3)	
Boşanmış	15 (16,0)	3 (3,2)	18 (9,6)	0,022
Toplam	94 (50)	94 (50)	188 (100)	

Tablo 14: Medeni durumun alt gruplar arasındaki dağılımı

Medeni Durum	MDBn (%)	YAB n (%)	PB n (%)	Toplam n (%)	P
Hiç evlenmemiş	18 (19,1)	6 (11,1)	15 (37,5)	39 (20,7)	
Evli	57 (60,6)	44 (81,5)	22 (55,0)	123 (65,4)	
Eşi Ölmüş	4 (4,3)	3 (5,6)	1 (2,5)	8 (4,3)	
Boşanmış	15 (16,0)	1 (1,8)	2 (5,0)	18 (9,6)	0,002
Toplam	94 (50)	54 (28,7)	40 (21,3)	188(100)	

Meslek ile MDB ve AB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,517$). Meslek ile MDB, YAB ve PB alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,085$). Tüm gruplar içerisinde ev kadını olmak çoğunlukta idi. Meslek durumunun grup ve alt gruplara göre dağılımı Tablo 17 ve Tablo 18' de gösterilmiştir.

Tablo 15: Mesleğin gruplar arasındaki dağılımı

Meslek	MDB n(%)	AB n(%)	Toplam.n(%)	P
Ev kadını	36(38,3)	46(48,9)	82(43,6)	p=0,517
İşçi	9(9,6)	9(9,6)	18(9,6)	
Memur	23(24,5)	19(20,2)	42(22,3)	
Serbest meslek	3(3,2)	3(3,2)	6(3,2)	
İşsiz	13(13,8)	6(6,4)	19(10,1)	
Öğrenci	10(10,6)	11(11,7)	21(11,2)	
Toplam	94(50)	94(50)	188(100)	

Tablo 16: Mesleğin alt gruplar arasındaki dağılımı

Meslek	MDB n(%)	YAB n(%)	PB n(%)	Toplam n(%)	p
Ev kadını	36(38,3)	32(59,3)	14(35,0)	82(43,6)	0,085
İşçi	9(9,6)	5(9,4)	4(10,0)	18(9,6)	
Memur	23(24,5)	8(14,8)	11(27,5)	42(22,3)	
Serbest meslek	3(3,2)	3(5,5)	0(0,0)	6(3,2)	
İşsiz	13(13,8)	3(5,5)	3(7,5)	19(10,1)	
Öğrenci	10(10,6)	3(5,5)	8(20,0)	21(11,2)	
Toplam	94(50)	54(28,3)	40 (21,7)	188 (100)	

Fiziksel hastalığın bulunup bulunmaması açısından MDB ve AB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,121$). Fiziksel hastalığın bulunup bulunmaması açısından MDB, YAB ve PB alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,119$). Fiziksel hastalığın bulunup bulunmamasının gruplar ve alt gruplar arasındaki dağılımı Tablo 19 ve Tablo 20' de gösterilmiştir.

Tablo 17: Fiziksel hastalığın gruplar arasındaki dağılımı

Fiziksel Hastalık	MDB n(%)	AB n(%)	Toplam n(%)	P
Var	36 (38,3)	26 (27,6)	62 (33,0)	0,121
Yok	58 (61,7)	68 (72,4)	126 (67,0)	
Toplam	94 (50)	94 (50)	188 (100)	

Tablo 18: Fiziksel hastalığın alt gruplar arasındaki dağılımı

Fiziksel Hst.	MDB n(%)	YAB n(%)	PB n(%)	Toplam n(%)	P
Var	36 (38,3)	18 (33,3)	8 (20,0)	62 (33,0)	0,119
Yok	58 (61,7)	36 (66,7)	32 (80)	126 (67,0)	
Toplam	94 (50)	54 (28,3)	40 (21,7)	188 (100)	

Atak sayısı ve süresi normal dağılıma uygun bir dağılım göstermemektedir ($p < 0,001$). Bu nedenle de gruplar arasın karşılaştırmalarda parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır. Atak sayısı ve süresi değerleri bakımından MDB ve AB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,398$ ve $p = 0,569$). Aynı şekilde atak sayısı ve süresi değerleri bakımından MDB, YAB ve PB alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,700$ ve $p = 0,089$).

Ağrı yakınması olanlar ve olmayanların oranları açısından MDB ile AB grubu arasında ve MDB/YAB/PB alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p = 0,661$ ve $p = 0,248$). Ağrı yakınmasının gruplar ve alt gruplara göre dağılımı Tablo 20 ve Tablo 21 gösterilmiştir.

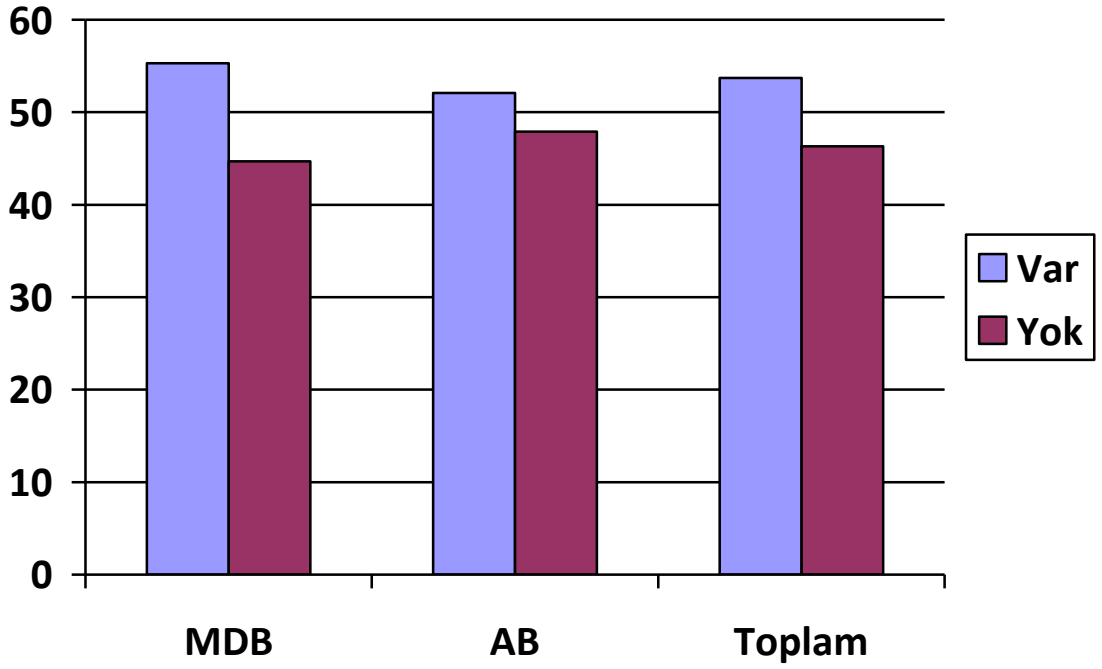
Tablo 19: Ağrı yakınmasının gruplara göre dağılımı

Ağrı	MDB n(%)	AB n(%)	Toplam n(%)	P
Var	52 (55,3)	49 (52,1)	101 (53,7)	0,661
Yok	42 (44,7)	45 (47,9)	87 (46,3)	
Toplam	94 (50)	94 (50)	188 (100)	

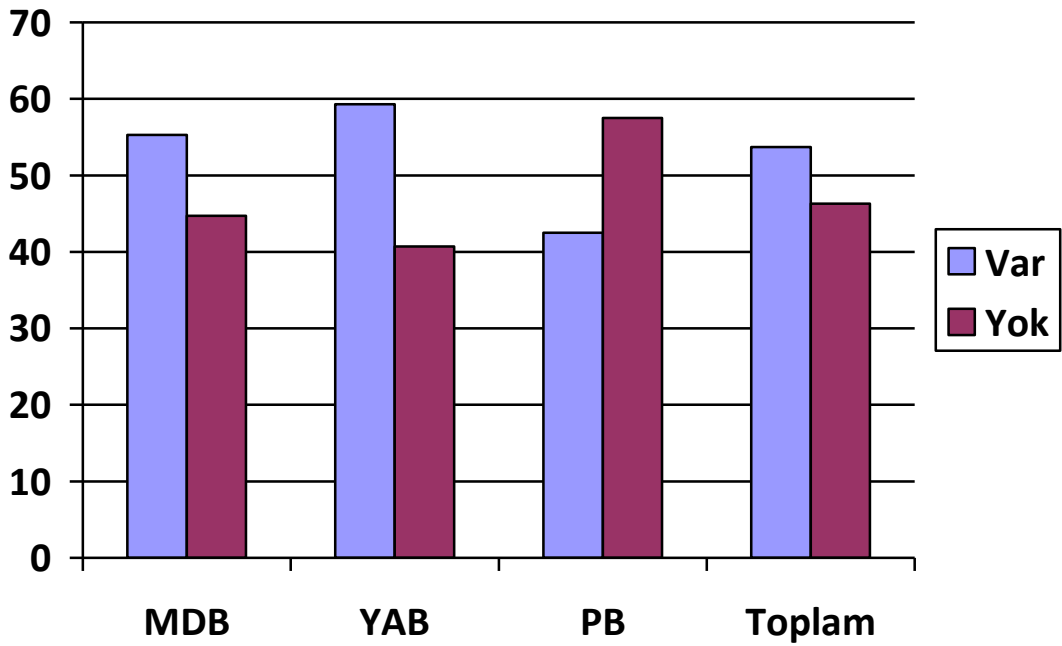
Tablo 20: Ağrı yakınmasının alt gruplara göre dağılımı

Ağrı	MDB n(%)	YAB n (%)	PB n (%)	Toplam n(%)	P
Var	52 (55,3)	32 (59,3)	17 (42,5)	101 (53,7)	0,248
Yok	42 (44,7)	22 (40,7)	23 (57,5)	87 (46,3)	
Toplam	94 (50)	54 (28,3)	40 (21,7)	188 (100)	

Şekil 1: Ağrı yakınmasının gruplara göre dağılımı



Şekil 2: Ağrı yakınmasının alt gruplara göre dağılımı



Ağrı yakınması olanlarda eğitim yılı istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu ($p=0,005$). Eğitim yılının ağrı ile ilişkisi Tablo 22' de gösterilmiştir.

Tablo 21: Ağrının eğitim yılı ile ilişkisi

Ağrı	Ortalama	n	Std. sapma	P
Var	7,3	101	4,5	0,005
Yok	10,4	87	4,6	
Toplam	8,7	188	4,8	

Ağrının nedeni olup olmaması ile MDB ve AB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,661$). Ağrının nedeni olup olmaması ile MDB, YAB ve PB alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,148$). Ağrı nedeninin olup olmasının gruplar ve alt gruplar arasındaki ilişki Tablo 23 ve Tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 22: Ağrı nedeninin gruplara göre dağılımı

Ağrı Nedeni	MDB n (%)	AB n (%)	Toplam	P
Var	18 (34,6)	14 (28,6)	32 (31,7)	0,661
Yok	34 (65,4)	35 (71,4)	69 (68,3)	
Toplam	52 (51,5)	49 (48,5)	101 (100)	

Tablo 23: Ağrı nedeninin alt gruplara göre dağılımı

Ağrının Nedeni	MDB n (%)	YAB n (%)	PB n (%)	Toplam n (%)	P
Var	18 (34,6)	12 (37,5)	2 (11,8)	32 (31,7)	0,148
Yok	34 (65,4)	20 (62,5)	15 (88,2)	69 (68,3)	
Toplam	52 (51,5)	32 (31,7)	17 (16,8)	101(100)	

En az ağrı ve ortalama ağrı bakımından MDB ve AB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,021$, $p=0,016$). En az ağrı bakımından MDB ile PB arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,021$). En az ağrı puanı PB grubunda daha düşük olarak bulundu. Ortalama ağrı puanları bakımından MDB ile PB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,019$). Ortalama ağrı puanı PB grubunda daha düşüktü (Tablo 25 ve Tablo 26).

Tablo 24: Gruplar arasında ağrı şiddetinin dağılımı

Bozukluk	Ağrı şiddeti	En az ağrı	Ortalama ağrı	Şu anki ağrı
MDB	6,7±1,8	1,1±1,2	3,9±1,5	2,5±2,0
AB	6,4±1,8	0,6±0,9	3,2±1,3	1,8±1,6
Toplam	6,6±1,8	0,9±1,1	3,6±1,4	2,2±1,5
p	0,302	0,021	0,016	0,056

Tablo 25: Alt gruplar arasında ağrı şiddetinin dağılımı

Bozukluk	Ağrı şiddeti	En az ağrı	Ortalama ağrı	Şu anki ağrı
MDB	6,8±1,8	1,1±1,2	3,9±1,5	2,6±2,0
YAB	6,8±1,7	0,8±0,9	3,5±1,3	2,0±1,6
PB	5,7±1,9	0,4±0,7	2,8±1,0	1,5±1,7
Toplam	6,6±1,8	0,9±1,0	3,6±1,4	2,2±1,8
p	0,128	0,023	0,019	0,102

Kişisel bakım puanları bakımından MDB ve AB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,008). Kişisel bakım puanları bakımından MDB, YAB ve PB alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,024). MDB grubunda kişisel bakım puanları daha yüksekti (Tablo 27 ve Tablo 28).

Tablo 26: Ağrının işlevsellik üzerine olan etkisinin gruplara göre dağılımı

Bozukluk	aile-ev sorumluluğu	rekreasyon	sosyal aktivite	meslek	cinsel yaşam	kişisel bakım	Uyku	yaşam destek aktivitesi
MDB	4,6±2,0	4,5±2,0	4,2±2,3	4,6±2,1	0,5±1,5	2,0±2,3	2,3±2,3	0,4±1,1
AB	3,8±2,4	3,7±2,4	3,6±2,4	3,8±2,4	0,2±0,8	1,2±2,3	1,7±1,7	0,3±0,9
Toplam	4,2±2,2	4,1±2,3	3,9±2,3	4,2±2,3	0,4±1,2	1,6±2,3	2,0±2,1	0,4±1,0
p	0,110	0,078	0,169	0,093	0,165	0,008	0,265	0,349

Tablo 27: Ağrının işlevsellik üzerine olan etkisinin alt gruplara göre dağılımı

Bozukluk	ail-e ev sorumluluğu	rekreasyon	sosyal aktivite	meslek	cinsel yaşam	kişisel bakım	Uyku	yaşam destek aktivitesi
MDB	4,6±2,0	4,5±2,0	4,2±2,3	4,6±2,1	0,5±1,5	2,0±2,3	2,3±2,3	0,4±1,1
YAB	4,2±2,4	4,0±2,5	3,9±2,4	4,1±2,5	0,3±1,0	1,3±2,4	1,8±1,8	0,2±1,0
PB	3,3±2,2	3,2±2,0	3,0±2,2	3,2±2,2	0,0±0,0	1,0±2,1	1,5±1,7	0,3±0,8
Toplam	4,2±2,3	4,1±2,2	3,9±2,3	4,2±2,3	0,4±1,2	1,6±2,3	2,0±2,1	0,3±1,0
p	0,122	0,088	0,156	0,111	0,181	0,024	0,411	0,234

Ham-D ve Ham-A skorları bakımından MDB ve AB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Ham-D ve Ham-A skorları bakımından MDB, YAB ve PB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$) (Tablo 29 ve Tablo 30).

Tablo 28: Ham-D ve Ham-A puanlarının gruplara göre dağılımı

Bozukluk	Ham-D	Ham-A
MDB	23,2±4,4	14,5±4,4
AB	12,8±3,9	20,0±5,3
Toplam	18,0±6,6	17,3±5,6
p	<0,001	<0,001

Tablo 29: Ham-D ve Ham-A puanlarının alt gruplara göre dağılımı

Bozukluk	Ham-D	Ham-A
MDB	23,2±4,4	14,5±4,4
YAB	12,6±3,6	20,5±5,7
PB	13,0±4,4	19,3±4,7
Toplam	18,0±6,6	17,3±5,6
p	<0,001	<0,001

Ham-D skoru ile ortalama ağrı, en az ağrı ve şu anki ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($p=0,030$, $p=0,005$, $p=0,018$). Ortalama ağrı ile en az ağrı, şu anki ağrı ve ağrının şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,001$). En az ağrı ile şu anki ağrı ve ağrının şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Şu anki ağrı ve ağrının şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,001$) (Tablo 31).

Tablo 30: Değişkenler arasındaki korelasyon

	Ham-D	Ortalama ağrı	En az ağrı	Şu anki ağrı	Ağrının şiddeti
Ham-D	1,000	$r=0,217$ $p=0,030$	$r=0,276$ $p=0,005$	$r=0,235$ $p=0,018$	$r=0,093$ $p=0,355$
Ortalama ağrı	$r=0,217$ $p=0,030$	1,000	$r=0,685$ $p<0,001$	$r=0,596$ $p<0,001$	$r=0,863$ $p<0,001$
En az ağrı	$r=0,276$ $p=0,005$	$r=0,685$ $p<0,001$	1,000	$r=0,613$ $p<0,001$	$r=0,507$ $p<0,001$
Şu anki ağrı	$r=0,235$ $p=0,018$	$r=0,596$ $p<0,001$	$r=0,613$ $p<0,001$	1,000	$r=0,505$ $p<0,001$

Ağrı bölge sayısı ile Ham-D ve Ham-A skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur ($p=0,098$, $p=0,296$). Ağrı şiddeti ile Ham-D ve Ham-A skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur ($p=0,355$, $p=0,227$) .

Ağrısı olan ve olmayan grup arasında Ham-D ve Ham-A değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,006$, $p<0,001$). Ham-D ve Ham-A için ortalama değerleri Tablo 32' de gösterilmiştir.

Tablo 31: Ham-D ve Ham-A için ortalama değerleri

Ağrı	Ham-D	Ham-A
Var(n=101)	19,2±6,5	19,0±5,8
Yok (n=87)	16,5±6,5	15,2±4,4
p	0,006	<0,001

TARTIŞMA

AB ve MDB gibi psikiyatrik rahatsızlıklar ile ağrı toplumda yaygın olarak görülen ve maliyeti yüksek rahatsızlıklardır^{45,46}. Bu durumlar arasındaki yakın ve karşılıklı ilişki iyi bir şekilde incelenmiştir^{47,48}. Gureje ve arkadaşlarının yapmış oldukları çok merkezli geniş bir çalışmada ağrı yakınmasının varlığının MDB ve AB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir⁴⁵. Yine birçok çalışmada ağrı ile psikiyatrik bozukluklar arasında bir ilişkinin bulunduğu gösterilmiştir⁵⁰. En fazla araştırma depresif bozukluklarla yapılmıştır ve bu çalışmaların çoğu temsili toplum örneklemelerinden oluşmuştur⁴². McWilliams ve arkadaşları, ağrı ile AB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların az olduğunu, ağrı ile AB ilişkisinin ihmal edildiğini bildirmişler⁷⁸. Biz çalışmamızda MDB ve AB gibi çok sık görülen psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarda ağrı yakınması açısından bir fark olup olmadığını araştırdık.

Çalışmamızın bulgularına göre MDB ve AB hasta grupları arasında ağrı şikayetlerinin olup olmaması açısından bir fark bulunamadı (MDB için %55,3 ve AB için %52,1). Goral ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise MDB grubunda ağrı sıklığını AB grubuna göre daha yüksek bulmuşlardır (%11,6 ile %7,0)⁵⁵. Goral ve arkadaşlarının çalışmasının örneklem grubunu normal popülasyon oluşturuyordu ve örneklem büyüklüğü çalışmamıza göre çok daha genişti (n= 4855). Ayrıca çalışma deseni bizim çalışmamızdan farklıydı. Mesela, ağrıyı sorgulama yöntemleri bizden farklıydı. Biz ağrıyı sorgulamak için "kısa ağrı envanteri" gibi ağrıyı belli standartlarla ölçen bir ölçek kullandık. Goral ve arkadaşları ise ağrıyı belli bir standarda göre sorgulamamışlardır. Bu üç durum, çalışmamız ile onların çalışmalarının farklı çıkmasının nedeni olabilir. McWilliams ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise, Goral ve arkadaşlarının sonuçlarının aksine ağrı yakınması bulunanların oranlarını AB grubunda daha yüksek bulunmuştur⁷⁸ (MDB için %20,2 ve AB için %35,1). Ayrıca çalışmamızda, AB' nun alt grubunu oluşturan YAB ve PB gruplarını dikkate aldığımızda, YAB için ağrı sıklığını %59,3 ve PB için %42,5 olarak bulduk. Bu durum, son zamanlarda bildirilmiş çalışmaların sonuçlarına paralel olarak, ağrı yakınmasının, YAB ile yakın ilişkili olduğu görüşünü destekler nitelikteydi ve halen AB tanı kategorisinde yer alan YAB' nun belki de tanı kategorisinin tekrar gözden geçirilmesine ışık tutabilir.

Romera ve arkadaşları, 1546 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada ağrı yakınmasını "kısa ağrı envanteri" ile sorgulamışlardır. Bizim ağrı anket formumuz da "kısa ağrı envanterini" içeriyordu. Bizden farklı olarak komorbid YAB ve MDB hastalarını çalışmaya dahil etmişlerdi. Çalışmalarının sonucunda ise ağrı yakınması bulunanların oranını komorbid YAB ve MDB grubunda, sadece YAB olan gruba göre daha yüksek bulmuşlardır⁷⁹ (%78 ve %59). Romera ve arkadaşlarının çalışmasında sadece MDB tanısı almış hastalar çalışmaya dahil edilmemişti. Onların çalışmasını dikkate aldığımızda, komorbid YAB ve MDB hastalarını çalışmamıza dahil etmemiş olmamız iki çalışma arasındaki önemli farklarından biriydi. Bilindiği gibi YAB ve MDB komorbiditesi çok sık olarak görülmektedir.

Ho ve arkadaşları ise hasta popülasyonumuzdan farklı olarak ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik komorbiditeyi araştırmışlardır. Bunlar ağrı yakınması olan hastalarda MDB sıklığını %31,5, YAB sıklığını %6,7, PB sıklığını %2,2 olarak bulmuşlar. Ho ve arkadaşlarının çalışmasında DSM tanı kriterlerine göre tanı konulmuş olması çalışmamızla benzerlik göstermekle beraber, çalışmalarımızın örneklem grubu farklıydı⁷⁶. Ho ve arkadaşlarının çalışmasından, ağrı yakınmasının AB grubundan ziyade MDB ile daha yakın ilişkili olduğu sonucu çıkartılabilir.

Çalışmamızda, ağrı ile ilgili puanlar değerlendirildiğinde, en az ağrı ve ortalama ağrı puanları bakımından MDB ile PB arasında bir fark mevcuttu. MDB' da anlamlı olarak bu puanlar yüksek olarak bulundu. Daha önce yayınlanmış çalışmalar içerisinde, çalışmamıza tam olarak benzer şekilde ağrıyı kategorize eden bir çalışma deseniyle yapılmış bir çalışma bulamadık. Romera ve arkadaşlarının çalışmasında "kısa ağrı envanteri" ile sorguladıkları ağrı yakınmalarının ortalama değerlerini, YAB ve MDB komorbiditesinin olduğu durumda en yüksek olarak bulmuşlardır⁷⁹. Ama çalışmamızda olduğu gibi, ağrıyı, en az ağrı, ortalama ağrı, en şiddetli ağrı şeklinde kategorize etmemiş olmaları bu iki çalışmayı karşılaştırmakta kısıtlılıklara neden olmaktadır. Ho ve arkadaşları ise ağrısı şiddetli olanlarda psikiyatrik rahatsızlıkların, özellikle MDB' nun ortaya çıkma olasılığının arttığını bildirmişlerdir⁷⁶.

Çalışmamızda, ağrıya bağlı günlük yaşamda karşılaşılan zorluklardan biri olan kişisel bakım puanları açısından MDB, YAB ve PB arasında bir fark

mevcuttu. MDB' da kişisel bakım puanları anlamlı olarak yüksek (daha kötü) olarak bulundu. MDB' da bilindiği gibi kişisel bakım bozulmaktadır. Bu farkın ortaya çıkmasının bir nedeni bu olabilir. Romera ve arkadaşları ise ağrının günlük işlevsellik üzerine olan etkisini YAB grubunda daha fazla olduğunu bulmuşlardır⁷⁹. Onların çalışmalarında kullandıkları işlevsellik ile ilgili değerlendirme ölçeğinin (Sheehan Yeti Yitimi) bizimkinden farklı olması yukarıdaki farkı açıklayabilir.

Çalışmamızda ağrı yakınması olan ve olmayan hastaların Ham-D ve Ham-A puanlarında bir fark mevcuttu. Ağrı yakınması bulunan hastalarda Ham-A ve Ham-D puanları daha yüksek bulundu. Romera ve arkadaşları çalışmamızdan farklı olarak, Ham-D ve Ham-A ölçekleri yerine "Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği" kullanmışlar. Ağrı yakınması ile bu ölçeğin puanları arasındaki ilişkiden ise bahsetmemişler⁷⁹. Çalışmamızdaki durum göz önüne alındığında, psikiyatrik rahatsızlığı olanlarda ağrı yakınmasının bulunuyor olması hastalığın daha şiddetli seyredebileceği sonucu çıkarılabilir.

Yine çalışmamızda Ham-D puanı ile ortalama ağrı, en az ağrı ve şu anki ağrı puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Bu pozitif korelasyon, Ham-D ölçeğinde ağrıyı ifade eden soruların bulunmasından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü baş, sırt, kas ağrıları gibi ağrı belirtileri Ham-D depresyon ölçüm skalasında mevcuttur⁷². Ya da depresyonun şiddetinin artması ağrı yakınmasını artırıyor olabilir.

Çalışmamızda MDB grubunun %36,2' sinde ağrının bilinen bir nedeni yoktu. Beesdo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise MDB' da nedeni bilinmeyen ağrının sıklığını %28,8 olarak bulmuşlardı. Aynı çalışmada AB grubunda nedeni bilinmeyen ağrı sıklığı %51,8 olarak bulunmuştu.⁴² Çalışmamızda ise AB grubunda nedeni bilinmeyen ağrı oranı %37,2 olarak bulundu. Beesdo ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi diğer anksiyete bozukluklarının çalışmaya dahil edilmiş olması, örneklem büyüklüğünün bizim çalışmamızda daha fazla olması ve çalışma desenlerimizdeki diğer farklılıklar gibi faktörler AB grubunda ağrı sıklığının çalışmamıza göre daha yüksek bulunmasının nedeni olabilir.

Kullanmış oldukları ağrı değerlendirme ölçekleri açısından çalışmamıza benzerlik gösteren Romera ve arkadaşlarının çalışmasında YAB hastalarında

ağrı sıklığı %59 olarak bulunmuştu. Bizim çalışmamızda da bilinen bir nedeninin bulunup bulunmamasına bakılmaksızın YAB grubunda ağrı sıklığı %59,3 olarak bulundu. Adı geçen çalışmada YAB tanısının DSM kriterlerine konulmuş olması, ağrı yakınmasının "kısa ağrı envanteri" ile değerlendirilmesi gibi durumlar çalışma desenlerimizi birbirine yakın hale getirmiş ve benzer sonuçlar bulmamıza katkı sağlamıştır.

Eğitim süresinin ortalamaları açısından MDB ve AB grupları arasında bir fark bulunamadı. Ancak ağrı yakınması bulunan hastalarda eğitim süresi ortalaması ağrı yakınması olmayanlardan daha kısa bulundu. McWilliams ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, MDB veya AB tanısı olan ve ağrı yakınması bulunanlarda eğitim düzeyi ağrı yakınması olmayanlara göre daha düşük düzeyde bulunmuştu⁷⁸. Eğitim süresinin kısa olması psikiyatrik rahatsızlıklarda ağrı yakınması için bir risk faktörü olabilir.

Goral ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kronik ağrıyı son bir yıldır var olan ağrı olarak belirtmişler ve kronik ağrı sıklığını, MDB grubundaki kadınlarda daha yüksek bulmuşlardır⁵⁵. Çalışmamız, son 1 aydır var olan ve halen devam eden ağrıyı araştırmıştır. Çalışmamızın örneklem grubunu büyük oranda kadın cinsiyet oluşturmaktaydı. Cinsiyetler arasında ağrının var olup olmaması açısından bir fark yoktu. Goral ve arkadaşlarının örneklem grubu normal popülasyondan seçilmişti ve örneklem büyüklüğü bizim çalışmamızdan daha fazlaydı (n=4859).

Çalışmamızda, ağrılı bölge sayısı, ağrı şiddeti, en az ağrı, ortalama ağrı, şu anki ağrı puanları açısından cinsiyetler arasında bir fark bulunamadı. McWilliams ve arkadaşları ise birden fazla ağrı yakınmasının kadın cinsiyetinde daha fazla olduğunu bulmuşlardır⁷⁸. Çalışmalarımızdaki örneklem büyüklüğü arasındaki farkın (n=3032 ve n=188) sonuçlarımızın farklı çıkmasına katkısı olduğunu düşündük. Scott ve arkadaşları, 17 ülkeyi kapsayan bir çalışmada, erişkinlerde, MDB ve AB ile hipertansiyon, diyabet, artrit gibi fiziksel rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi incelediler. Bu çalışmanın sonucunda, MDB, AB ve her iki bozukluğun komorbid olduğu gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde fiziksel rahatsızlıklarla ilişkili olduğu bulundu. Çalışmamızda MDB ve AB grupları arasında fiziksel rahatsızlık açısından bir fark bulunamadı. Yine de her grupta fiziksel

rahatsızlığın sıklığı önemli bir orandaydı (MDB için %38,3 ile AB için %27,6). Bu fiziksel rahatsızlıkların bir kısmı ağrı yakınmalarıyla doğrudan ilişkiliydi.

Yapılan birçok epidemiyolojik çalışmaya rağmen yüksek aralıklı prevalans sonuçları veren çalışmalara göre gerçekte depresyon ile ilişkili ağrının sıklığı açık değildir⁵. Bair ve arkadaşları bir meta analizde depresyonlu hastalarda ağrılı semptomların sıklığını %65 olarak bildirmişler⁶¹. Bizim çalışmamızda MDB grubunda ağrı sıklığı %55,3 olarak bulundu. Garcia-Cebrian ve arkadaşlarının yayınladıkları bir gözden geçirmede ise Avrupa ülkelerinde MDB' da nedeni bilinmeyen ağrı yaygınlığını, ülkeden ülkeye ve çalışmadan çalışmaya farklı oranda bulmuşlardır. Bu gözden geçirme çalışmasında ağrılı fiziksel yakınması olan MDB' lu hastaların oranını %50-69 arasında bildirmişler ve çalışmalarının, ağrı yakınması ile MDB arasında pozitif bir ilişkinin var olduğunu desteklediğini bildirmişlerdir⁵⁰. Aynı şekilde üçüncü basamak bakım veren yerlerde MDB' un ağrı dahil somatik semptomlarının prevalansı %30-54 civarında olduğunu bildiren çalışmalar vardır^{56,57,58}. Bizim çalışmamızda MDB' da ağrı yakınmasının sıklığı, bildirilen prevalanslar arasında bulunmaktadır. Çalışmalar arasında bu oranların farklı çıkmasının, çalışma desenlerinin farklı olmasından ve farklı kültürlerle yapılmış çalışmalardan kaynaklanabileceğini düşündük.

Romera ve arkadaşlarının çalışmasında YAB grubunda ağrı yakınmasının oranı %59,0 olarak bulunmuştu ve bu durumun "ağrının yalnız MDB ile ilişkili olduğu" eski görüşlere karşı yeni bir görüş olduğunu bildirmişlerdir⁷⁹. Çalışmamızda ise YAB grubunda ağrı sıklığını %59,3 olarak bulduk. Bizim çalışmamızdaki bu sonuç Romera ve arkadaşlarının görüşlerini desteklemektedir.

Gureje ve arkadaşlarının normal popülasyonla yaptıkları çalışmasında, MDB prevalansı ağrısız kişilerde en düşük, bir ağrısı olanlarda orta düzeyde, çoklu ağrısı olanlarda en yüksek bulunmuştu. Tekli ağrısı olanlar MDB ile ilişkili bulunmuştu ama çoklu ağrısı olanlarda bu ilişki oldukça güçlüydü. Spesifik anksiyete bozukluklarında da benzer patern söz konusuydu ama spesifik anksiyete bozuklukları ile ağrı arasındaki ilişki daha az tutarlıydı⁴⁵. Çalışmamız, Gureje ve arkadaşların çalışmasından farklı olarak spesifik psikiyatrik bozukluğu olan kişilerle yapılmıştı. Çalışmamızda ağrılı bölge sayısı ile MDB ve AB grupları arasında bir fark bulunamadı. Aynı şekilde ağrılı bölge

sayısı ile Ham-D ve Ham-A puanları arasında bir korelasyon bulunamadı. Bundan yola çıkarak, çalışmamızın bulgularına göre, psikiyatrik rahatsızlıklar ile ağrılı bölge sayısından ziyade ağrı şiddeti arasında bir ilişkinin olabileceğini düşündük.

Ağrının neden olduğu işlevsellik kaybı MDB hastalarında önemli bir etkiye sahiptir ⁶². Yapılan son çalışmalara göre, AB hastalarında ağrının neden olduğu işlevsellik kaybı, MDB hastalarına göre daha fazladır^{63,64}. Çalışmamızda, ağrının kişisel bakım üzerine olan etkisinin ortalama puanı MDB grubunda daha yüksek bulundu. MDB şiddetini ölçen Ham-D puanları ile kişisel bakım puanları pozitif bir korelasyon gösterdi. Biz, çalışmamızda, ağrı yakınması olan hastalarda işlevsellik kaybının MDB olan hastalarda daha fazla olduğunu gördük.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatrik bozukluklar ile ağrı yakınmasının arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların çoğu MDB ile yapılmıştır ve bu da "ağrı yakınmasının MDB ile yakın ilişkili olduğu" kanısını ortaya çıkarmıştır. AB ile (özellikle YAB ile) yapılmış çalışma sayısı çok azdır. Son çalışmalar, ağrı ile YAB arasında ilişkinin güçlü olduğu fikrini desteklemektedir.

Çalışmamızın sonucunda, ağrı yakınması açısından MDB ve AB grupları arasında bir fark bulamadık ama her iki grupta da ağrı yakınması önemlenecek bir orandaydı (MDB için %55,3 ve AB için %52,1). Dahası AB alt grubunu oluşturan YAB grubunda ağrı yakınmasının sıklığı %59,3 gibi çok yüksek orandaydı.

Psikiyatrik bozukluklarla ağrı yakınması arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, ağrıyı standart bir şekilde ölçen (mesela kısa ağrı envanteri ile) çalışmalar son derece kısıtlıdır. Bu durum farklı ve çelişkili sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Biz çalışmamızda ağrıyı "kısa ağrı envanteri" ile sorguladık. Bu durumun sonraki çalışmalar için bir standart oluşturmaya katkı sağlayacağını umut ediyoruz. Ayrıca bu formu kullanmış olmamız çalışmamızın önemini artırmaktadır.

Halen, mevcut psikiyatrik tanı sistemlerinde (ICD-10 ve DSM-IV), ağrı yakınması, MDB veya YAB için bir tanı kriteri olarak bulunmamaktadır. Aslında klinik uygulamada MDB veya YAB hastalarında ağrı çok sık karşılaşılan bir semptomdur ve çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Dahası, ağrı yakınması her iki bozuklukta da kalıntı belirti olarak sürmekte ve bu durum hastalığın depresmesi ve hastalığın yinelenmesi açısından risk oluşturmaktadır.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı örneklem büyüklüğünün az olmasıdır. Bu durumun, MDB ve AB grupları arasındaki ağrı yakınmasının sıklığını diğer bazı çalışmalardan farklı bulmamıza neden olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı ise örneklem grubumuzun çoğunluğunu kadın cinsiyet oluşturmasıydı (%81,9). Bu durum cinsiyetler arasında yaptığımız karşılaştırmaları zorlaştırmaktaydı.

Sonraki çalışmaların, çalışma desenimize benzer ama daha geniş örneklemle grubuyla yapılması, bu alanda halen süren soru işaretlerini giderebileceğini umuyoruz. Belki de yapılacak bu çalışmalar, MDB ve YAB

gibi psikiyatrik bozuklukların tanı kriterlerine "ağrı yakınmasının" eklenmesine zemin hazırlar.

KAYNAKLAR

1. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br j Psychiatry* 2008; 192: 368-375.
2. 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.
3. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19–29.
4. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
5. L Agüera-Ortiz, I Failde, JA Mico, Pain as a symptom of depression: Prevalence and clinical correlates in patients attending psychiatric clinics. *Journal of Affective Disorders* 2010; pp 1-7.
6. Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996; 119:95–110.
7. Raphael KG, Janal MN, Nayak S. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain* 2006; 124:117–12.
8. Simon GE, Von Korff M, Saunders K. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63: 1–7.
9. Harter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 253: 313–320.
10. Sullivan MD, LaCroix AZ, Baum C. Functional status in coronary artery disease: a one year prospective study of the role of anxiety and depression. *Am. J. Med.* 1997; 103: 348–356.
11. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 3278–3285.

12. Zhang X, Norris SL, Gregg EW. Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. *Am. J. Epidemiol.* 2005; 161: 652–660.
13. Kleinman A, Kleinman J. Somatization. In: Kleinman A, Good B, Editors. *Culture and depression*. Berkeley, Calif; University of California Press: 1985.
14. Gureje O, Von Korff M, Kola L. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 2008; 135: 82–91.
15. Sertel HÖ. Ağrı kontrolünde psikolojik girişimler, Ed: Erdine S. Ağrı, 1. Baskı, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000; 67-78.
16. Kuşuoğlu S. Ağrı algısını etkileyen faktörler, İn: Eti-Aslan, F (Ed) Ağrı doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, 1. Basım, 2006 İstanbul; 51-59.
17. Öztürk MO: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9. Baskı, Feryal Matbaası. Ankara, 2002; 342.
18. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th edition). Sadock BJ, Sadock VA. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. "Mood Disorder". Volume 1: 1559-1717.
19. Wells KB, Stewart A, Hays RD. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association.* 1989; 262: 914-919.
20. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakima T, Meyers BS, Young RC, Klausner E. Disability in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry* 1996;153, 887-885.
21. Köroğlu E, Güleç C: Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007; 243-244.
22. Stahl SM, Depression and bipolar disorder: Stahl's essential psychopharmacology, 3rd edition, Cambridge University Press, 2008; 28-36.
23. Köroğlu E, Güleç C: Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007; 244-245.
24. Işık E, Taner E, Işık U: Güncel Klinik Psikiyatri, Golden Print Matbaası, Ankara, 2008; 138-139.
25. Mete L, Aydın PÇ, Akyalçın S; Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Antiepileptik İlaçların Kullanımı, *CURRENT APPROACHES IN PSYCHIATRY* 2009; 1: 80-94.

26. Rickels K, Schweizer E: The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10(Suppl):101-110.
27. Kaplan HI, Sadock BJ. Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 8th ed. Egypt: MassPublishing Company, 1998; 623-28.
28. Köroğlu E, Güleç C: *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007; 361-362.
29. Berksun OE. *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*, 2. Baskı, Turgut Yayıncılık, İstanbul 2003.
30. Aklın T. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, içinde: Güleç C, Köroğlu E (editörler), *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1. cilt. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997; 517- 518.
31. Kırılı S, Sivrioğlu Y (çev. editörleri). *Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Tedavi ve Diğer Anksiyete Bozuklukları ile ilişkisi*. Özsan Matbaacılık, Bursa, 2000.
32. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
33. Gliatto MF. Generalized Anxiety Disorder. *Am Fam Physician* 2000; 62: 1591-600.
34. Merikangas KR. Anxiety Disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed). Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2005; pp. 1720.
35. Köroğlu E, Güleç C: *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007; 305.
36. Hollander E, Simeon D. Anxiety Disorder. In: Hales RE, Yudofsky SC (eds), *Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed) American Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, 1995; pp.543-630.
37. Aklın T, Albayrak Ö, Kaya B, Onur E. Panik bozukluğunda tedavi kılavuzu. İçinde: Tükel R (editör), *Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Klavuzu*. Türkiye Psikiyatri Dernegi Yayınları, Ankara 2004; 1: 51.
38. McMahon FJ, Kasem L. Anxiety Disorders: Genetics. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed). Lippincott Williams & Wilkins, New York 2005, pp. 1759-62.

39. Özmen E. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi. İçinde: Doğan O (editör), Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir 2002; 49-58.
40. Köroğlu E, Güleç C: Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007; 308-309.
41. Köroğlu E, Güleç C: Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007; 305.
42. Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J. Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiat Epidemiol* (2010); 45: 89–104.
43. Kroenke K. Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res* (2006); 60:335–339.
44. Neuroscience Online, Nachum Dafny, Ph.D., Department of Neurobiology and Anatomy, The UT Medical School at Houston, Chapter 8; Pain Modulation and Mechanisms. Erişim Tarihi: 05/04/2011.
45. Gureje O, Von Korff M, Kola L. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 2008; 135: 82–91.
46. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597–611.
47. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med* 2002; 64: 773–786.
48. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997; 13 :116–137.
49. Mayberg, HS. Defining the neural circuitry of depression: toward a new nosology with therapeutic implications. *Biol. Psychiatry* 2007; 61: 729–730.
50. Garcia-Cebrian A, Gandhi P, Demyttenaere K. The association of depression and painful physical symptoms—a review of the European literature. *European Psychiatry* 2006; 21: 379–388.
51. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A. Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health survey *Journal of Affective Disorders* 2007; 103: 113–120.

52. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br. J. Psychiatry* 1996; 168 (Suppl 30): 17–30.
53. Scott KM, McGee MA, Oakley Browne MA. Mental disorder comorbidity in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey (NZMHS). *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2006; 40: 875–881.
54. Obiols J, Ballús C. Why do depressions become masked? In: Obiols, J. Ballús, C. (Eds.), *Biological Psychiatry Today*. Elsevier, North Holland, Amsterdam 1979; pp. 509–514.
55. Goral A, Lipsitz JD, Grossa 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. *Journal of Psychosomatic Research* 69 (2010) 449–457.
56. Lee P, Zhang M, Hong JP. Frequency of painful physical symptoms with major depressive disorder in Asia: relationship with disease severity and quality of life. *J. Clin. Psychiatry* 2009; 70: 83–91.
57. Brecht S, Courtecuisse C, Debieuvre C. Efficacy and safety of duloxetine 60 mg once daily in the treatment of pain in patients with major depressive disorder and at least moderate pain of unknown etiology: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatry* 2007; 68: 1707–1716.
58. Giesecke T, Gracely RH, Williams DA. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1577–1584.
59. Kessler RC, Berglund P, Demler O. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095–3105.
60. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom. Med.* 2004; 66: 17–22.
61. Bair MJ, Robinson RL, Katon W. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163: 2433–2445.
62. 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 8): 26–35.

63. Fishbain DA, Cole B, Cutler RB. Is pain fatiguing? A structured evidence-based review. *Pain Med* 2003; 4: 51–62.
64. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 216–26.
65. Berridge K, Winkielman P. What is an unconscious emotion? (The case for unconscious “liking”). *Cogn. Emotion*. 2003; 17: 181–211.
66. Willner P. Dopamine and depression. In: Di Chiara, Gaetano (Ed.), *Handbook of Experimental Pharmacology*, Vol. 154/II: Dopamine in the CNS II. Springer, Berlin 2002; pp. 387–416.
67. Ehnvall A, Mitchell PB, Hadzi-Pavlovic D. Pain during depression and relationship to rejection sensitivity. *Acta Psychiatr. Scand.* 2009; 119: 375–382.
68. Mico JA, Ardid D, Berrocoso E. Antidepressants and pain. *Trends Pharmacol. Sci.* 2006; 27: 348–354.
69. Bao Y, Sturm R, Croghan TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatr. Serv.* 2003; 54: 693–697.
70. Karp JF, Scott J, Houck P. Pain predicts longer time to remission during treatment of recurrent depression. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66: 591–597.
71. Akdemir ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4 (4): 251-259.
72. Aydemir Ö, Köroğlu E: *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 4. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2009.
73. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr* 1978; 45:742-747.
74. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1998; 9: 114-117.
75. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994;23:129-38.

- 76.**Ho PT, Ching LF, Ng YK. Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research* Volume 70, Issue 6, June 2011; 541-547.
- 77.**McWilliams LA, Goodwin RD , Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, Volume 111, Issues 1-2, September 2004; 77-83.
- 78.** McWilliams LA, Goodwin RD, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, Volume 106, Issues 1-2, November 2003; 127-133.
- 79.**Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *Journal of Affective Disorders*; 127, Issues 1-3, December 2010; 160-168.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- AB** : Anksiyete Bozukluğu
- BPI** : Braif Pain Inventory (Kısa Ağrı Envanteri)
- DSM-IV-TR**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı)
- HAM-A** : Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
- HAM-D** : Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği
- ICD-10** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
(Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması, Onuncu Revizyon)
- IASP** : International Association for the Study of Pain;
(Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği)
- MDB** : Major Depresif Bozukluk
- PB** : Panik Bozukluk
- YAB** : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİLLER RESİMLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 1: Ağrı yakınmasının gruplara göre dağılımı	30
Şekil 2: Ağrı yakınmasının alt gruplara göre dağılımı	30

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1 (DSM-IV-TR kriterlerine göre MDB tanı ölçütleri)	9
Tablo 2 (DSM-IV-TR kriterlerine göre YAB tanı ölçütleri)	12
Tablo 3 (DSM-IV-TR kriterlerine göre panik atak tanı ölçütleri)	13
Tablo 4 (Hasta gruplarının sayı ve yüzdeleri)	23
Tablo 5 (Hasta alt gruplarının sayı ve yüzdeleri)	23
Tablo 6 (Yaşların alt gruplara göre dağılımı)	24
Tablo 7 (Hasta gruplarının cinsiyete göre dağılımı)	24
Tablo 8 (Hasta alt gruplarının cinsiyete göre dağılımı)	24
Tablo 9 (Yaş, eğitim yılı, epizot sayısı ve epizot süresinin cinsiyete göre dağılımı)	25
Tablo 10 (Ağrı bölge sayısı, ağrı şiddeti, en az ağrı, ortalama ağrı, şu anki ağrı puanlarının cinsiyete göre dağılımı)	25
Tablo 11 İşlevsellik üzerine olan etkinin cinsiyete göre dağılımı)	26
Tablo 12 (Ham-D ve Ham-A puanlarının cinsiyete göre dağılımı)	26
Tablo 13 (Medeni durumun gruplar arasındaki dağılımı)	27
Tablo 14 (Medeni durumun alt gruplar arasındaki dağılımı)	27
Tablo 15 (Mesleğin gruplar arasındaki dağılımı)	28
Tablo 16 (Mesleğin alt gruplar arasındaki dağılımı)	28
Tablo 17 (Fiziksel hastalığın gruplar arasındaki dağılımı)	28
Tablo 18 (Fiziksel hastalığın alt gruplar arasındaki dağılımı)	29
Tablo 19 (Ağrı yakınmasının gruplara göre dağılımı)	29
Tablo 20 (Ağrı yakınmasının alt gruplara göre dağılımı)	29
Tablo 21 (Ağrının eğitim yılı ile ilişkisi)	31
Tablo 22 (Ağrı nedeninin gruplara göre dağılımı)	31
Tablo 23 (Ağrı nedeninin alt gruplara göre dağılımı)	31
Tablo 24 (Gruplar arasında ağrı şiddetinin dağılımı)	32
Tablo 25 (Alt gruplar arasında ağrı şiddetinin dağılımı)	32
Tablo 26 (İşlevsellik üzerine olan etkisinin gruplara göre dağılımı)	32

Tablo 27 (İşlevsellik üzerine olan etkisinin alt gruplara göre dağılımı)	33
Tablo 28 (Ham-D ve Ham-A puanlarının gruplara göre dağılımı)	33
Tablo 29 (Ham-D ve Ham-A puanlarının alt gruplara göre dağılımı)	34
Tablo 30 (Değişkenler arasındaki korelasyon)	34
Tablo 31 (Ham-D ve Ham-A için ortalama değerleri)	35

EK-3: Ağrı Anket Formu

AĞRI ANKET FORMU

Hasta Kodu (Ad-Soyadının baş harfi):

Tarih:

Aşağıdaki anket formu, son bir aydır vücudunuzun herhangi bir yerinde ağrı yakınmanızın var olup olmadığını, varsa yerini, şiddetini ve günlük işlevsellik üzerine olan etkisini araştırmak için hazırlanmıştır. Ağrının yerini, şiddetini ve günlük işlevsellik üzerine olan etkisini cevaplamak için sorulardaki yönergeleri okuyunuz. Anket formu 18 sorudan oluşmaktadır ve yaklaşık olarak 10 dakika sürecektir.

1- Cinsiyet:

2- Doğum Tarihi (yıl olarak):.....

3- Medeni Hali

- a) Hiç evlenmemiş
- b) Evli
- c) Eşi ölmüş
- d) Boşanmış

4-Eğitim durumu (aldığı eğitim süresi, yıl olarak)

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c)yıl

5- Meslek (şu an çalışmıyorsanız daha önceki işiniz belirtin):

6- Aşağıdaki medikal hastalıklardan sizde var olanları işaretleyin.

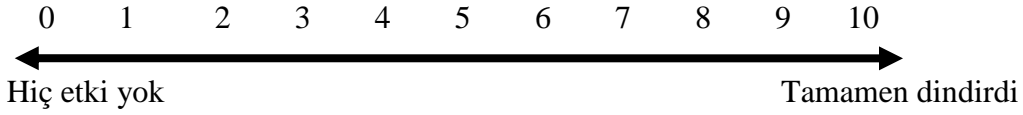
a) Hipertansiyon b) Diyabet c) Koroner kalp hastalığı d) Kronik böbrek yetmezliği e) Romatizmal hastalıklar (Sistemik Lupus Eritematozus, Romatoid Artrit, Behçet Hastalığı vs.) f) Malign hastalıklar	g) Diğer:
--	-----------

7- Şu anki psikiyatrik şikayetleriniz / rahatsızlığınız ne zamandan beridir mevcut?.....ay

8- Şu anki psikiyatrik rahatsızlığı geçmiş dönemde kaç defa yaşadınız?

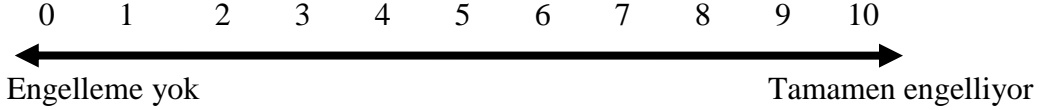
9- Tüm yaşamımız boyunca hepimizin zaman zaman ağrısı olmuştur (hafif baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı gibi). Son 1 ay içinde bunlar dışında bir ağrınız oldu mu?

- a) evet
- b) hayır

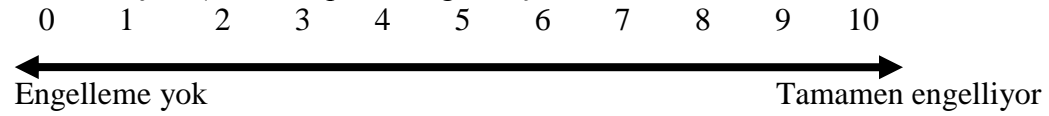


18) Aşağıdaki bölümlerde ağrıya bağlı günlük yaşamınızda karşılaştığımız zorlukların şiddetini gösteren çizelge vardır. Ağrınızın en şiddetli anını değil, ağrınızı genel olarak değerlendirerek size en uygun numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyin.

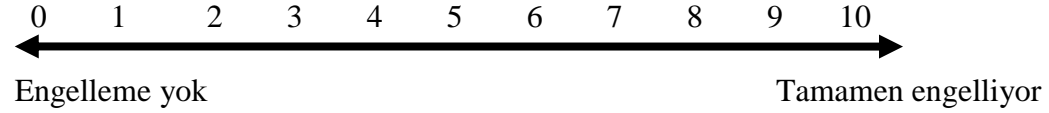
a- Aile/Ev sorumlulukları (günlük ev işleri, bahçe işleri, getir götür işleri vb.)



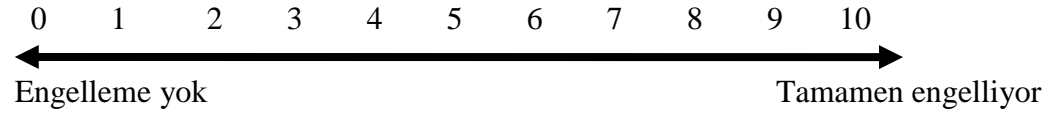
b- Rekreasyon (hobiler, spor ve diğer boş zaman aktiviteleri)



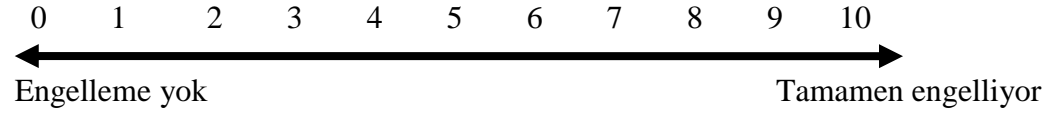
c- Sosyal aktivite (arkadaş görüşmeleri, sinema, konser, aile ziyaretleri, vb.)



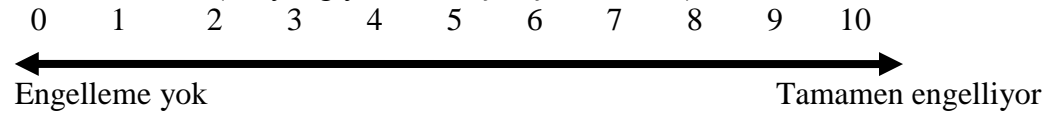
d- Meslek (kişinin direkt işi ile ilgili aktiviteler)



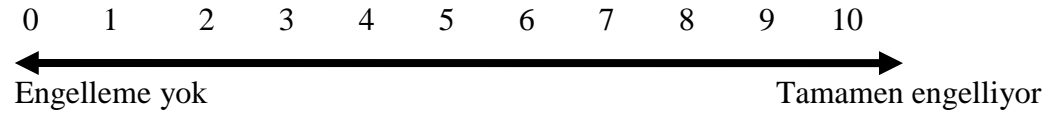
e- Cinsel yaşam (cinsel ilişki sıklığı ve kalitesi)



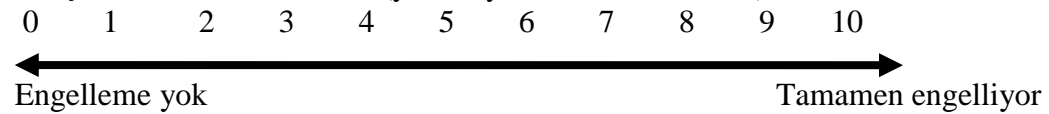
f- Kişisel bakım (banyo, giyinmek, diş fırçalamak vb.)



g- Uyku (uykuyu başlatma ve sürdürme)



h- Yaşam destek aktiviteleri (yemek yeme, nefes alma vb.)



EK-2: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

1. ANKSİYETELİ MIZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MIZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4
TOPLAM:	PSİŞİK:	SOMATİK			
	(1,2,3,5,6)	(4,7,8,9,10,11,12,13)			
Değerlendiren Dr:					

EK-1: Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|---|---|
| 1. Depresif ruh hali
(keder, ümitsizlik, çaresizlik,
değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplarırken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duyguları | 0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyansı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yansı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. |

	4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.	
8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)	0. Düşünceleri ve konuşması normal. 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor 4. Tam stuporda.	
9. Ajitasyon	0. Yok. 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor. 2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.	
10. Psikik anksiyete	0. Herhangi bir sorun yok. 1. Subjektif gerilim ve irritabilite. 2. Küçük şeylere üzüliyor. 3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.	
11. Somatik anksiyete	0. Yok. 1. Hafif 2. İlimli 3. Şiddetli 4. Çok şiddetli	<u>Anksiyeteyle eşlik eden fizyolojik sorunlar:</u> <i>Gastrointestinal:</i> Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme <i>Kardiyovasküler:</i> Palpitasyon, baş ağrısı <i>Solunumla ilgili:</i> Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma Terleme
12. Somatik semptomlar Gastrointestinal	0. Yok. 1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.	
13. Somatik semptomlar Genel	0. Yok. 1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.	
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	0. Yok. 1. Hafif. 2. Şiddetli. 3. Anlaşılamadı.	
15. Hipokondriyaklık	0. Yok. 1. Kuruntulu 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda. 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriyaklık delüzyonları.	
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0. Kilo kaybı yok. 1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.	

17. Durumu hakkında görüşü

- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.