



**T.C.**  
**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA SOMATİK AĞRI BELİRTİLERİ**

**Dr. Özlem ÇETİN EKER**

**UZMANLIK TEZİ**

**Bursa-2014**



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA SOMATİK AĞRI BELİRTİLERİ**

**Dr. Özlem ÇETİN EKER**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI**

**Bursa-2014**

## İÇİNDEKİLER

Özet .....	ii
İngilizce Özet .....	iv
Giriş .....	1
Major Depresif Bozukluk ve Ağrı İlişkisi .....	2
Major Depresif Bozuklukta Ağrı Prevelansı .....	4
Ağrı Yakınmaları Olan Major Depresif Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri .....	6
Major Depresif Bozuklukta Ağrı Yakınmasının Hastalığın Prognozu Açısından Önemi .....	8
Ağrılı Yakınmaların Tedavisinde Antidepresanların Yeri .....	10
Depresyon ve Ağrının Nörobiyolojisi .....	12
Gereç ve Yöntem .....	15
Bulgular .....	18
Tartışma ve Sonuç .....	26
Kaynaklar .....	31
Ekler .....	38
Ek-1: Major Depresif Epizod DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri .....	38
Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu .....	40
Ek-3: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği .....	42
Ek-4: Vizuel Analog Skala .....	44
Teşekkür .....	45
Özgeçmiş .....	46

## ÖZET

Major depresif bozukluk (MDB) hastalarının önemli kısmında sağlık kurumlarına tek başvuru yakınması ağrı ya da ağrılı fiziksel yakınmalar olabilmektedir. Bu çalışmada depresyon hastalarında ağrı belirtilerinin depresyon belirtileri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre MDB tanısı alan ve çalışmaya alma ölçütlerini karşılayan 18-65 yaş arasındaki 100 hasta çalışmaya alınmıştır. DSM-IV-TR'ye göre eşlik eden I. eksen ve/veya II. eksen tanısı olanlar, alkol ve madde kötüye kullanımı ve ağrıyı açıklayacak organik kökenli hastalığı bulunanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınan tüm hastalara sosyodemografik veri formu, depresyon düzeyini ölçmek için Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), ağrı şiddetini ölçmek için Vizuel Analog Skala (VAS) kullanıldı.

Hastaların ortalama yaşı  $37,2 \pm 11,3$  yıl, ortalama MDB atak sayısı  $1,9 \pm 1,1$ , son atak süresi  $7,2 \pm 5,6$  ay ve ortalama HAM-D puanı  $21,8 \pm 4,2$  idi. Hastaların %47'sinde ağrı yakınması vardı. Ağrılı yakınmaların ortalama süresi  $28,7 \pm 34,4$  ay, ortalama VAS puanı 55,8 idi. Hastaların en sık yakındığı ağrı, baş ağrısıydı. Ortalama ağrı lokalizasyonu sayısı  $1,6 \pm 0,9$  olarak saptandı. Ağrılı yakınmaların varlığı daha şiddetli depresyon ile ilişkili bulundu.

MDB ve ağrı arasında bir ilişkinin olduğu açıktır. Ayrıca ağrısı olan MDB hastalarında depresyonun daha şiddetli seyrettiği bilinmektedir. Dolayısıyla günlük klinik pratik açısından ağrı yakınmaları ayrıntısı ile sorgulanmalı ve tedavi seçenekleri buna düzenlenmesi depresyonun tedavisinde daha iyi sonuç almak için önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Ağrı, depresyon, ağrılı fiziksel belirtiler

## SUMMARY

### **Painful Physical Symptoms in Major Depressive Disorder**

Pain or painful physical complaints may be the sole complaint for admission to health care units in most of the major depressive disorder (MDD) patients. In this study it is aimed to investigate the association between pain and depressive symptoms in depressed patients.

100 patients, between 18-65 years of age and diagnosed with MDD according to DSM-IV-TR diagnostic criterion, who admitted to Medical Faculty of Uludag University Hospital outpatient clinic of Psychiatry department were enrolled to the study. Patients with accompanying axis I or axis II disorders according to DSM-IV-TR, patients with alcohol or substance abuse and patients whose pain complaints are attributable to an existing organic illness are excluded. Sociodemographic data form, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) which measures depression and Visual Analogue Scale (VAS) were applied to all patients who were enrolled to the study.

The mean age of the patients were  $37,2 \pm 11,3$  years, mean number of MDD episodes were  $1,9 \pm 1,1$ , duration of the recent episode were  $7,2 \pm 5,6$  months and mean score of HDRS were  $21,8 \pm 4,2$ . 47% of the patients had pain complaint. Duration of the painful complaints were  $28,7 \pm 34,4$  months, mean score of VAS was 55,8. The most painful complaint was headache. Mean number of painful complaint localization was  $1,6 \pm 0,9$ . The painful complaints were found to be associated with more severe depression.

It is clear that there is an association between MDD and pain. It is also known that the course of depression is poorer in MDD patients with painful complaints. Thus, for clinical practice, painful complaints should be questioned in details and treatment options should arranged in this regard for better outcome in the treatment of MDD.

**Key words:** pain, depression, painful physical symptoms

## GİRİŞ

Major Depresif Bozukluk (MDB) psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen, süregelenleşmeye ve yinelemeye yatkın, fiziksel ve psikososyal yeti kaybına neden olan bir bozukluktur. Yaşam boyu prevalansı %16,2 olarak bildirilmiştir (1). Depresyon yelpazesi içindeki bozukluklar da dikkate alınırsa bu rakam daha yüksek seviyelere ulaşması beklenebilir. Dünya Sağlık Örgütü, MDB'nin tüm hastalıklar içindeki yıkıcılığın %4,3'ünden sorumlu, yıkıma sebep olan hastalıklar arasında da üçüncü sırada olduğunu bildirmiştir. 2020 yılında ise MDB'nin yıkıma sebep olan hastalıklar arasında ikinci sıraya yükseleceği öngörülmektedir (2). Yinelemelerin sık olması MDB'nin yıkıcılığını artıran en önemli etkenlerden birisidir. Yapılan bir çalışmada MDB'nin 15 yıllık yineleme oranının yaklaşık %85 olduğu bulunmuştur (3).

MDB'nin çekirdek duygu durumu ve anksiyete belirtilerinin yanısıra bilişsel, davranışsal ve bedensel sorunlarla kendini gösteren geniş bir belirti yelpazesi vardır. Bununla birlikte, MDB tanısı genellikle hastalığın duygu durumu ile ilgili belirtileri göz önünde bulundurularak konulmaktadır. Bu durum depresyon tanısının olması gerekenden az konması ve hastaların uygun bir tedavi görememeleri ile sonuçlanabilmektedir. Özellikle birinci basamağa başvuran hastaların birçoğunda ön planda fiziksel yakınmaların bulunduğu bildirilmektedir (4). Yapılan bir çalışmada birinci basamağa başvuran depresyon hastalarının %69'unda tek başvuru yakınmasının ağrılı ya da ağrısız fiziksel yakınmalar olduğu gösterilmiştir (5). Eski bir çalışmada çeşitli ağrılı durumlarla (karın, baş, eklem, sırt ağrısı gibi) birinci basamağa başvuran hastaların hepsinin olası depresyon açısından araştırılması durumunda %60 oranında tanı konamamış depresyon vakasının ortaya çıkacağı öne sürülmüştür (6). Bir gözden geçirme çalışmasında ağrılı fiziksel yakınmalarla ikinci basamağa başvuran hastaların büyük çoğunluğunda yüksek oranda depresyon saptandığı, depresyon prevalansının ise %35 ile %73 arasında değiştiği bulunmuştur (4). Bir başka çalışmada üçüncü

basamağa başvuran MDB hastalarında bedensel ve fiziksel belirtilerin prevalansının %30 ile %54 arasında değiştii bildirilmiştir (7). Fiziksel yakınmalar arasında baş ağrısı, vücut ağrıları, yaygın özgül olmayan ağrılar, gastrointestinal bozukluklar, bitkinlik ve enerji kaybı sayılabilir (8). MDB tanısı koymadaki gecikme sonucu hastalığın tedavisinin gecikmesi hastalığın şiddetini artırabilir ve prognozu kötüleştirebilir (9). Uygun tedavi görmeyen hastaların erken tanı ve tedavi alan hastalara göre depresyon ataklarının daha şiddetli, yinelemelerinin daha sık olduğu, tedaviye direnç ile daha sık karşılaştığı bildirilmiştir (10-12). Dolayısıyla sağlık kaynakları daha fazla kullanılmakta ve MDB'ye bağlı yük artmaktadır.

MDB'nin erken tanınması ve uygun tedavisinin hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilemesi ve fiziksel belirtilerin (büyük bir kısmı ağrı belirtisi) tanı koymayı güçleştirmesi, ağrı ve depresyon arasındaki karmaşık ilişkinin anlaşılmasını gerekli kılmaktadır.

### **Major Depresif Bozukluk ve Ağrı İlişkisi**

Ağrı sadece yaralanmalar sonucu oluşan bir duyum değildir. IASP (International Association for the Study of Pain) ağrıyı "vücudun belli bir bölgesinden geliyor olarak idrak edilen, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, hastanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan duysal ve duygusal yaşantı" olarak tanımlamıştır (13). Epidemiyolojik çalışmalar toplumda ağrının yaşam boyu prevalansının %24-37 arasında değiştiiğini göstermektedir (14). Tıbbi yazında gün geçtikçe sayısı artan araştırma, depresyon ve ağrı belirtileri arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Bu ilişki bazı yazarlar tarafından iki durumun genellikle birlikte görüldüğüne, benzer tedavilere cevap verdiğıne, birbirlerini alevlendirmelerine ve benzer biyolojik yolları ve kimyasal ileticileri paylaştığına dikkat çekmek için depresyon-ağrı sendromu veya depresyon-ağrı ikilisi olarak isimlendirilmektedir (12,15,16). Ancak ağrının mı depresyonu yoksa depresyonun mu ağrıyı tetiklediğı bilinmemektedir. Her ikisini de destekleyen çalışmalar vardır. Romatoid artritli 242 hastanın 2 yıllık izleminde, ağrının

uyku sorunlarını alevlendirdiği ve hem ağrının hem de uyku sorununun bağımsız olarak depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (17). Yapılan başka bir çalışmada migren, sinüzit ve sırt ağrılarının mevcut depresif atağı tetikleyen en önemli etkenler olduğu gösterilirken, uzun süreli ağrılı bir hastalığın MDB riskini yaklaşık 2 kat artırdığı sonucuna varılmıştır (18). Ağrı ve depresyon ilişkisini inceleyen bir gözden geçirme yazısı üç sonuç bildirmiştir; (1) ağrı, anksiyete ve depresyonla güçlü bir birliktelik göstermektedir; (2) ağrılı bölgelerin sayısı ile gösterilen ağrının yaygınlığı ve bunun yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi, ileride ortaya çıkabilecek olası depresyonun en güçlü öngördürücülerindendir; (3) enerji kaybı, uyku bozuklukları ve endişe gibi depresyonun belirli belirtileri depresyona ağrının eşlik ettiği hastalarda oldukça yaygın görülür (19). Başka bir gözden geçirmede ise toplumda ağrılı fiziksel belirtileri olan hastaların kontrol gruplarına göre sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendirdikleri, depresif yakınmalarının daha çok olduğu ve daha yüksek oranda konsültasyon ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ağrı tipinden ve bölgesinden bağımsızdır (kas-iskelet sistemi, bel, baş, boyun, ekstremiteler ağrısı, kronik yaygın ağrı) (4). Bir başka gözden geçirme çalışması ağrısı olan hastalara eşlik eden depresyon prevalansının ağrı kliniklerinde %52, psikiyatriye başvuran hastalarda (ayaktan tedavi için veya konsültasyon istenen) %38, ortopedi ve romatoloji kliniklerinde (fibromiyalji ve romatoid artrit hastaları dışlandığında) %56, kronik pelvik ağrı etyolojisi araştırılan jinekoloji hastalarında %13, genel popülasyonda %18, birinci basamakta ise %27 olduğu bildirilmiştir (20). Ağrının etyolojisi göz önünde bulundurulduğunda organik kökenli ağrısı olan hastaların (periferik nöropati gibi), ağrıyı açıklayacak organik sebep bulunamayan hastalardan daha az oranda depresyon yaşadıkları ortaya konulmuştur (21).

Ağrının depresyonu tetiklediğini gösteren çalışmalar olduğu gibi bu durumun tam tersini destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Ancak bu araştırmalar sayıca daha azdır. Yapılan iki aşamalı bir çalışmada, ilk görüşmede depresif belirtileri olan kişilerde 8 yıl sonraki ikinci görüşmede depresyonu olmayanlara göre en az iki kat daha yüksek oranda kronik kas-



iskelet sistemi ağrısı geliştiği bildirilmiştir (22). Benzer yöntem kullanılan bir başka çalışmada ise 13 yıllık süre zarfında hastalar ile üç kez görüşülmüştür. Bu araştırma sonucunda kronik veya yineleyici depresyonun kronik sırt ağrısı gelişme riskini 2 kat artırdığı saptanmıştır. Ancak bu bağlantı sadece araştırmacının üçüncü kısmında ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar bu sonucu kronik sırt ağrısının depresyonla uzun süre mücadele etmenin bir sonucu olarak ortaya çıktığı şeklinde yorumlamışlardır (23). Çocuk ve ergen grubunda (9-18 yaş) yapılan 9 yıllık izlem çalışmasında depresyon ve baş ağrısı arasındaki ilişki araştırılmıştır. İşlevselliği bozacak şiddette baş ağrısı prevalansı %10 olarak bulunmuştur. Depresyonu olmayan ergenlerle karşılaştırıldığında baş ağrısı depresyonu olan ergenlerde iki kat fazla bulunmuştur. İşlevselliği bozacak şiddette baş ağrısı öyküsü olmayan ancak depresyonu olan ergenlerde, işlevselliği bozacak şiddette baş ağrısı gelişme riski yaklaşık on kat fazla bulunmuştur. MDB varlığı kişilerin önceki yaşamlarında baş ağrısı yakınmasının olup olmamasından bağımsız olarak genç erişkinlik döneminde baş ağrısı gelişmesi için öngördürücü bir faktör olarak bildirilmiştir (24).

Bütün bu çalışmalar depresyonu olan hastaların ağrıya, ağrısı olan hastaların da depresyona daha yatkın olduğu ortak sonucunda birleşmektedir.

### **Major Depresif Bozuklukta Ağrı Prevelansı**

Literatürde depresyon ve ağrı ilişkisini araştıran bir çok çalışma olmasına rağmen depresyonla bağlantılı ağrının prevelansı konusunda görüş birliğine henüz varılabilmemiş değildir. Bair ve ark.'nın (20) yaptıkları meta-analizde depresyonu olan hastalarda ağrı prevelansı %15 ile %100 (ortalama %65) arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Aynı araştırmacının 573 depresyon hastasıyla yaptığı bir başka çalışmada ise ağrı prevelansı %69 olarak bulunmuştur. Hafif, orta ve şiddetli ağrısı olanların oranı sırasıyla %25, %30 ve %14 olarak bulunmuştur (25). Beş Avrupa ülkesini kapsayan bir çalışmada genel toplumda kronik ağrı yaşayanların oranı %17 iken, iki

depresif belirtisi olanlarda bu oran %28'e, MDB ölçütlerini karşılayan kişilerde ise %43'e yükselmektedir (26). Benzer sonuçlar Gerber ve ark.'nın (27) yaptıkları çalışmada da bulunmuş, ayrıca ağrı yakınması olan hastalarda depresyonun daha şiddetli seyrettiği saptanmıştır. Altı Asya ülkesini kapsayan bir çalışmada ise ağrı prevalansı %51,8 bulunmuştur (28). Aile hekimliği merkezine başvuran MDB ölçütlerini karşılayan 685 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %75-80'inin baş, mide, boyun, sırt ağrısı ve özellik göstermeyen yaygın ağrı gibi ağrılı fiziksel belirtilerlerinin olduğu saptanmıştır (29). STAR\*D çalışmasında hafif şiddette ağrı yaşayanlar %36, çoğu zaman ağrı yaşayanlar %25, işlevsellik kaybına yol açan şiddette ağrı yaşayanlar %16 olmak üzere toplam ağrı prevalansı %77 olarak bulunmuştur (30). Hastanede yatarak tedavi gören MDB hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise tek bölgede ağrısı olan hastaların oranı %92, birden çok bölgede ağrısı olan hastaların oranı %76 olarak bulunmuştur (31).

Bu geniş aralıkta değişen oranların birkaç sebebi olabilir. Bu durum öncelikle tutarlı bir terminoloji ve tanımlama eksikliğinden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Bunun sebebi ise depresyon ve ağrının doğasından kaynaklanmaktadır. Her iki durumda da bulgular hastaların kendi bildirimlerine dayanmaktadır. Hastaların belirtilerini ifade etme şekli hastalık hakkındaki inanışlarına ve belirtilere neyi atfettiklerine oldukça bağımlıdır (32). Bedenselleştirme derecelerine bakarak hastaları sınıflandırmaya yönelik yapılan çalışmalar tutarsız sonuçlar vermiştir. Ancak en azından hastaların yakınmalarının emosyonel uçtan fiziksel uca uzanan yelpazesinin ne kadar karmaşık olduğunu göstermiştir (5,29). Terminoloji eksikliği kadar ağrı şiddetini ölçmekte kullanılan birçok değişik ölçeğin bulunması da prevalans farklılıklarına yol açıyor olabilir.

Yapılan pek çok çalışma ağrının depresyonda çok sık görülen bir belirti olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ağrının depresyonun tamamlayıcı parçalarından biri olması ve MDB'nin emosyonel, vejetatif ve ağrılı fiziksel belirtiler üçlemesiyle karakterize bir bozukluk olarak tanımlanması gerektiği savunulmuştur (33). Buna rağmen günümüzde ne ICD-10 ne de DSM-IV-TR ağrıyı MDB için tanı koydurucu bir belirti olarak

kabul etmemektedir. Ancak her iki sınıflama sisteminde de duygu durumu bozuklukları ağrı bozukluğu için bir dışlama ölçütüdür. DSM-IV-TR'de enerji kaybı, uyku ve iştah bozuklukları gibi bazı bedensel belirtiler tanı ölçütleri arasında yer alsa da, birçok ölçüt emosyonel belirtilerle ilgilidir (depresif duygu durumu, ilgi kaybı, suçluluk ve intihar düşünceleri gibi). Benzer durum depresyonu derecelendirme ölçeklerinde de görülmektedir. Her ne kadar Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) bedensel belirtilere yönelik birkaç madde içerse de doğrudan ağrı belirtilerine yönelik herhangi bir madde bulunmamaktadır (34).

### **Ağrı Yakınmaları Olan Major Depresif Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri**

Literatürde ağrı belirtileri olan depresif hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerini araştıran çalışma sayısı gün geçtikçe artmaktadır.

İspanya'da 3566 hastayla yapılan, DSM-IV-TR'ye göre depresif spektrum içindeki tüm bozuklukların (MDB, distimi, madde kullanımına bağlı depresif bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, ilaçlarla indüklenen depresif bozukluk ve bipolar bozukluk-depresif atak) dahil edildiği bir çalışmada ağrı prevalansı %59,1 olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyet, yaş, depresyonun şiddeti, enerji kaybı, distimi ve depresyonun genel tıbbi duruma bağlı olması ağrıyla en çok ilişkilendirilen etmenler olarak belirlenmiştir. Bununla beraber yaştaki her bir senelik ve HAM-D'deki her bir puanlık artışın ağrı riskini sırasıyla %2 ve %8 oranında arttırdığı bildirilmiştir. Anhedoni ve madde kullanıma bağlı depresif bozukluk ise ağrının sıklığıyla ters orantılı bulunmuştur (35). STAR\*D çalışmasında ise eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi düşük olanlar ile komorbid yaygın anksiyete bozukluğu ve depresif belirtileri premenstruel dönemde artan hastaların ağrıdan daha çok yakındıkları saptanmıştır. Ağrısı olan hastalarda anksiyöz özellikler, irritabilite, sempatik sinir sistemi uyarılması ve gastrointestinal yakınmalar anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. STAR\*D çalışması ağrı ve özkıyım ilişkisini araştıran ilk çalışmadır. Ağrının varlığı, özkıyım düşüncesi veya

girişimiyle ilişkili bulunmamıştır (30). Bahk ve ark.'nın (36) yaptıkları çalışmada ağrılı fiziksel belirtileri olan hastaların yaş ortalamasının daha yüksek, eğitim seviyesinin daha düşük, daha yüksek oranda dul/boşanmış olduğu saptanmıştır. Hastalık özelliklerine göre bakıldığında ise ağrılı fiziksel belirtileri olan hastalarda depresyonun daha şiddetli ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. STAR\*D çalışmasındaki bulguya zıt olarak Bahk ve ark. (36) ağrı ile özkıyım düşünceleri arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Yapılan bir başka çalışmada kronik ağrısı olan MDB hastalarının olmayanlara göre depresif atağın süresinin ortalama 7 ay daha uzun olduğu, uyku bozukluğu, psikomotor retardasyon, kilo artışı, konsantrasyon güçlüğü ve depresif duygu durumu belirtilerinin daha yoğun yaşandığı saptanmıştır (37). Aynı popülasyonda 2 depresif belirtisi olan kişilerde ağrılı belirti oranı %28,5 iken 5 ve 8 depresif belirtisi olanlarda ağrı belirtileri sırasıyla %37,9 ve %61,9 oranında saptanmıştır (26). Başka bir çalışmada diğer çalışmaların sonuçlarına benzer olarak ağrılı belirtiler kadın cinsiyet, ileri yaş ve düşük eğitim seviyesi olan kişilerde daha fazla bulunurken MDB alt grubunda cinsiyet farkı anlamlı düzeyde çıkmamıştır. Çalışmanın bir diğer farklı sonucu ise ağrısı olan ve olmayan MDB hastalarında DSM-IV-TR ölçütleri açısından herhangi bir anlamlı düzeyde farklılığın bulunmamış olmasıdır. Çalışma günü kaybı açısından bakıldığında ağrısı olan kişilerin çalışma günü kaybının daha fazla olduğu bulunmuştur. Son olarak hastaların yardım arayışı araştırılmış ve hem MDB hem de ağrısı olan hastaların ağrısı olmayan MDB hastalarından daha az yardım arayışı içine girdiği saptanmıştır (38).

MDB'de ağrının ve ağrıyı felaketleştirmenin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada ağrı şiddetiyle yaşam kalitesi arasında belirgin bir ilişki olduğu ve yaşam kalitesindeki değişiklikleri öngördürmede ağrı yakınmasının anksiyete ve depresif yakınmalardan daha önemli olduğu saptanmıştır (39). Ağrıyı felaketleştirmenin bileşenleri arasında ağrı yakınmalarının büyütülmesi, ağrıyla ilgili tekrarlayan düşünceler, aciz hissetme ve ağrının sonuçlarıyla ilgili olumsuz düşünceler yer almaktadır (40). Çalışmada ağrıyı felaketleştirmenin ağrı şiddeti, depresyon ve

anksiyeteden bağımsız olarak yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu da saptanmıştır (39).

### **Major Depresif Bozuklukta Ağrı Yakınmasının Hastalığın Prognozu Açısından Önemi**

Depresyonun prognozu dendiğinde akla işlevsellik düzeyi, yaşam kalitesi, sağlık hizmetleri kullanımı ve harcamaları ve tedavinin etkililiği gelmektedir. Ne yazık ki birçok çalışma ağrı hastalarında depresyon varlığının ağrının prognozuna olan etkisi üzerine yapılmıştır. Ağrının depresyonun prognozuna olan etkisi ise daha az araştırılmıştır.

Von Korff ve ark. (41) ağrı yakınmalarındaki artışın depresyon belirtilerinde artışa sebep olduğunu göstermişlerdir. Ağrı şiddeti arttıkça depresyon şiddetinin, ağrıyla ilişkili işlevsellik kaybının, işsizlik oranının, opioid analjezik kullanım sıklığının ve ağrıyla ilişkili doktora başvuru sıklığının arttığı, yaşam kalitesinin ise azaldığı saptanmıştır (42). Yapılan izlem çalışmalarında ağrıya bağlı günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, ağrılı geçen günlerin sayısı ve ağrının yaygınlığı veya ağrılı bölgelerin sayısı da depresyonun şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (43). Sırt ağrısı iyileşen hastalara göre sırt ağrısı iyileşmeyen hastalarda kısa dönem (7 hafta) ve uzun dönem (2 yıl) izlemlerde anlamlı düzeyde daha fazla depresif belirti ve kronik depresyon saptanmıştır (42,44,45). Uzun vadede ağrılı belirtilerin gerilemesi depresif belirtilerin neredeyse tamamen gerilemesiyle ilişkili bulunmuştur (41). 217 depresif hastayla yapılan 3 aylık izlem çalışmasında, hastalar 3 aylık sürenin yarısından fazlasında (ortalama 47,2 gün) ağrı hissetmiş, 4 gün işe veya okula gidememiş, hastaların günlük aktiviteleri 16 gün boyunca kesintiye uğramış ve en az bir kere doktor başvurusu olmuştur (46). Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada depresyona eşlik eden ağrısı olan hastaların doktor başvurularının sadece depresyonu olan hastalardan %20 daha fazla olduğu ve sağlık harcamalarının da toplamda daha fazla olduğu saptanmıştır (47). Gerneroff ve Olfson (48) ağrı yakınmalarının üretkenliğin

azalmasına, sağlık kuruluşlarına başvuru sayısında ve sağlık harcamalarında artışa neden olduğunu saptamışlardır.

MDB tedavisindeki temel amaç belirtilerin tamamen ortadan kalkmasıdır. Bununla beraber kalıntı belirtiler hastaların remisyona girmesini engelleyen en önemli etmenlerdendir. Yapılan bir çalışmada kalıntı belirtileri olan depresif hastaların %76'sının 10 ay içerisinde yeni bir depresyon atağı yaşadığı saptanmıştır. Çalışmada kalıntı belirtileri olan hastaların %94'ünde hafif-orta düzeyde fiziksel yakınmaların bulunduğu saptanmıştır (49). Üç farklı seçici serotonin geri alım inhibitörü ilacın etkililiğinin karşılaştırıldığı ARTIST çalışmasında ağrının varlığının ve şiddetinin depresyon tedavisini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. 573 hastanın %69'unda ağrı saptanmıştır. 3 aylık tedavi sonunda hastaların %24'ü tedaviye yetersiz yanıt vermiştir. Tedavi başlangıcındaki ağrının şiddeti arttıka ve ağrılı belirtideki iyileşme oranı azaldıkça depresyon tedavisine verilen yanıtın da azaldığı gözlenmiştir (25). Karp ve ark.'nın (50) yaptıkları çalışmada da ağrı şiddeti arttıka remisyona girme süresinin uzadığı ve bu durumun hastaların tedaviye yönelik memnuniyetini azalttığı saptanmıştır. Baş ve kas ağrısının diğer ağrı değişkenlerinden bağımsız olarak remiyon süresini uzattığı tespit edilmiştir. 512 hastayla yapılan çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada ağrı yakınmasının tedaviye cevabı azalttığı saptanmıştır. Ağrı şiddetinin en az % 50 oranında azaldığı hastalarda depresyonun anlamlı düzeyde daha fazla remisyona girdiği saptanmıştır (51). Araştırmacılarının seçilmiş hasta gruplarının aksine "gerçek hayat" taki hastalarla çalıştığı belirtilen STAR\*D çalışmasında, çalışmanın ilk ayağına alınan 2876 hastaya citalopram tedavisi başlanarak 14 haftaya kadar izlenmiştir. Pozitif ağrılı belirtileri olan hastaların daha az remisyona girdiği ve remisyona girme süresinin uzadığı saptanmıştır. Ancak pozitif ağrılı belirtilerin varlığı ve şiddeti hastaların ırkı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, organik hastalık yükü ve başlangıçtaki depresyon şiddetiyle ilişkili bulunmuştur. Bu gibi karıştırıcı etmenler düzeltildikten sonra remiyon oranları ve remisyona girme süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılığını yitirmektedir (52). RESPECT

çalışmasında ise tedaviye kısmi yanıt veren hastalar remisyona giren hastalardan tedavi başlangıcında daha şiddetli ağrı belirtileri bildirmişlerdir. Her iki grupta da ağrı şiddetinde belirgin azalma gözlenmiştir. Tedaviye kötü cevap veren hastalarda ise günlük aktiviteleri orta-yüksek düzeyde engelleyen ağrı ve tedavi sürecinde ağrının şiddetinde minimal iyileşme gözlenmiştir (53).

Yukarıdaki çalışmaların bulgularına zıt olarak iki çalışmada kronik bel ağrısı olan depresyon hastalarının ilaç tedavisine ve bilişsel davranışçı terapiye bel ağrısı olmayan hastalar kadar iyi yanıt verdikleri bildirilmiştir (54, 55).

### **Ağrılı Yakınmaların Tedavisinde Antidepresanların Yeri**

Ağrı ve depresyon arasındaki yakın ilişki, depresyon hastalarında etkin antidepresan tedavinin duygu durumu ve fiziksel belirtilerin birlikte gözden geçirilmesi ile sağlanabileceğini düşündürmektedir. Her ne kadar ağrılı yakınmalar depresyon tedavisini güçleştirse de, yapılan çalışmalar antidepresan ilaçların depresyonu olsun veya olmasın ağrı yakınması olan hastalarda etkili olduğunu göstermiştir (56,57). Antidepresan ilaçların analjezik etkileriyle ilgili yapılan gözden geçirmelerde trisiklik antidepresanların (TSA) ağrıyı tedavi etmede etkili olduğu, ancak aynı etkinin seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) için söylenemeyeceği sonucuna varılmıştır (58-60).

TSA'ların kronik nöropatik ağrıda oldukça etkili ilaçlar olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Amitriptilin, nortriptilin ve desipramin trigeminal nevralji, postherpetik nevralji ve diyabetik nöropatide kullanımı oldukça sık olan ilaçlardır (61-63). Bunun yanı sıra bu ilaçlar kronik baş ağrısının profilaksisinde de kullanılmaktadır (64). Yapılan bir gözden geçirmede amitriptilinin 25-50 mg/gün dozlarında fibromiyalji hastalarında da etkili olduğu gösterilmiştir (65). TSA'ların analjezik etkisinin noradrenalin geri alım önleyici mekanizmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (62). Ancak TSA ilaçlarla yapılan çalışmaların tümü TSA'ların ağrılı durumlardaki etkinliğini

araştırmaktadır. Depresyonda görülen ağrı üzerine etkinliklerini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

SSGİ'lerin norepinefrin üzerine gösterdikleri kısıtlı etki, antidepresan etkilerinden bağımsız bir analjezik etkilerinin bulunmamasının sebebi olarak düşünülmektedir (62). SSGİ'lerin, duygu durumu ve anksiyete belirtilerini gidererek algılanan ağrıyı engellemek yoluyla ağrıyı dolaylı bir yoldan giderdikleri iddia edilmiştir (66). SSGİ'lerin ağrılı durumlarda etkinliğinin kısıtlı olduğunu belirten çalışmalar (67) bulunmasına rağmen bunun tam tersine depresyonun ağrı dahil tüm fiziksel belirtileri üzerine en az serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNGİ) kadar etkili olduğunu iddia eden çalışmalarda bulunmaktadır (68).

Bupropion, dopamin ve norepinefrin gerilimini engelleyen bir antidepresandır. Randomize kontrollü bir çalışmada nöropatik ağrıda etkili olduğu gösterilmiştir (69). Ancak başka bir çalışmada kronik bel ağrısı (nöropatik olmayan) üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (70). Presinaptik alfa-2 adrenerjik reseptörü bloke ederek noradrenerjik bir etki oluşturan mirtazapinin kronik gerilim tipi baş ağrısında etkili olduğu gösterilmiştir (71).

SNGİ'lerin ağrı üzerine etkili oldukları ve analjezik etkilerinin SSGİ'lerden üstün olduğu son dönemde üzerinde sık durulan konulardan birisidir. Ancak üç SNGİ arasından depresyondaki ağrılı fiziksel yakınmaların giderilmesinde en çok çalışılan ajan duloksetindir. Duloksetin diyabetik nöropatik ağrı ve fibromiyaljide endikasyon alan ilk antidepresan ilaçtır. Duloksetinin analjezik etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, ağrı üzerine etkisinin %50 oranında antidepresan etkisinden bağımsız direkt bir etki olduğu tespit edilmiştir (51). Ayrıca duloksetinin analjezik etkisinin antidepresan etkisinden önce başlamasının bu iki etkinin birbirinden bağımsız olduğunu gösterdiği iddia edilmektedir (72). Ancak duloksetinin depresyonda görülen ağrı üzerine etkisinin plaseboya ve paroksetine üstün olmadığını iddia eden araştırmalar da bulunmaktadır (68,73,74). Venlafaksin duygu durumu ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde başarıyla kullanılan bir ajandır. Venlafaksinın nöropatik ağrı, fibromiyalji ve baş ağrısı gibi ağrılı



durumlarda etkili olduğu gösterilmiştir (75). Türkiye’ de yapılan bir çalışmada migren profilaksisinde venlafaksin tedavisinin amitriptilin kadar etkili olduğu ve venlafaksinin hastalar tarafından daha iyi tolere edildiği bildirilmiştir (76). Son dönemde yapılan çalışmalar venlafaksinin depresyonla ilişkili ağrıyı da iyileştirmede etkili olduğunu göstermektedir (77,78).

Özetle, antidepresanlar – zellikle TSA ve SNGİ - en çok nöropatik ağrıda etkili gibi gzmektedir. Depresyonun bir belirtisi olan ağrının giderilmesinde antidepresanların etkinliği tartışmalıdır ve antidepresan grupları arasında fark bulunup bulunmadığı kesin değildir.

### **Depresyon ve Ağrının Nörobiyolojisi**

Ağrı duyusunun çıkan yolları ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Vücudun periferinden gelen ağrı sinyalleri nosiseptif lifler aracılığıyla medullanın dorsal boynuzu, orta-beyin, hipotalamus, talamus ve limbik kortikal bölgelerden (anterior singulat ve insular kortex) geçerek somatosensorial kortex ve posterior parietal kortexe taşınır. Son yıllarda esas ilgi çeken konu ağrı modülasyonunda aşağı-inen yolların nroanatomisidir (79). Depresyon ve ağrı arasındaki biyolojik bağlantıyı araştıran çalışmalarda genel kanı depresyon ve ağrılı belirtilerin merkezi sinir sisteminin ortak aşağı-inen yollarını kullandığıdır (20).

Periaqueduktal gri madde (PAG) ağrı modülasyonunda anahtar rol oynayan anatomik yapıdır (79,80). PAG limbik n-beyin ve orta-beyin yapılarından beyin sapına uzanan bir iletici görevi görmektedir. Amigdala, hipotalamus ve frontal neokortexten pons ve medullaya uzanan lifler PAG’den geçer (80). Bu sistem rostral-ventromedial medulladaki (RVM) gibi serotonerjik nöronları olduğu kadar dorsolateral pontin tegmentumdaki (DLPT) gibi noradrenerjik nöronları da içerir (81). RVM’nin ağrının algılanmasında önemli rol oynayan iki tip hücresi vardır: ağrının algılanmasını kolaylaştıran “on hücreleri” ve baskılayan “off hücreleri”. RVM’nin bu hücreleri ve PAG periferden gelen ağrı uyarılarını artırabilir veya söndürebilir. “Off” hücrelerinin veya DLPT nöronlarının uyarılması medullanın dorsal

boynuzundaki nosiseptif nöronları baskılar. Bu iki yönlü on/off sistemi vücudun dışından veya içinden gelen uyarıların ayırt edilmesini sağlar (79). Normalde bu sistemin içten gelen sinyalleri baskılayarak dıştan gelen daha önemli uyarılar karşısında vücudun tetikte olmasını sağlayan bir düzenleyici etkisi vardır. Ancak depresyonda olduğu gibi serotonin ve noradrenalin düzeylerinin azaldığı durumlarda bu sistem düzenleyici etkisini kaybederek içten gelen küçük sinyallerin bile büyütülmesine neden olur (33,80).

Çalışmalar PAG'nin enkefalin gibi endojen opioidlerden zengin olduğunu göstermiştir. Deneysel çalışmalar inen ağrı yolağındaki herhangi bir noktaya (limbik korteks, orta beyin, medulla veya arka boynuz) uygulanan morfinin periferik ağrı sinyallerini bloke ettiğini göstermiştir (79,82). Buna ek olarak intratekal verilen serotonin ve noradrenalinin de ağrı sinyallerini bloke ettiği gösterilmiştir (79,81). Şiddetli ağrısı olan depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada monoamine oksidaz düzeylerinin ağrısı olmayan depresif hastalardan daha düşük seviyede olduğu saptanmıştır (83). Bütün bu çalışmalarda incelenen mekanizmalar bazı antidepresan ilaçların analjezik etkisinin oluşum mekanizması olarak ileri sürülmüştür (84,85).

Nörogörüntüleme çalışmaları depresyonda dorsolateral prefrontal korteks aktivitesinde ve gri madde hacminde azalma olduğunu göstermiştir (86). Aynı yapısal değişiklik depresyonun sıklıkla eşlik ettiği fibromiyaljide, hastaların bilişsel defisitleriyle ilişkilendirilmiştir (87). Fibromiyaljide görülen diğer fonksiyonel ve yapısal değişiklikler amigdala aktivitesinde artış ve hipokampal bölgelerde hacim kaybıdır (88,89). Limbik sistemdeki bu değişiklikler otonomik fonksiyonların bozulmasına ve sempatetik yanıtların artmasına yol açarak emosyonel belirtileri ve ağrı belirtilerini kötüleştirebilir (90).

Özetle, MDB' ye ağrı belirtilerinin eşlik ettiği durumlarda;

- (1) depresyonun daha şiddetli bir seyir gösterdiği,
- (2) antidepresan tedaviye cevap ve düzelme oranlarının azaldığı,
- (3) depresyon prognozunun daha kötü seyrettiği,
- (4) tedaviye uyumun azaldığı,

- (5) yaşam kalitesinin ve sağlık algısının bozulduğu,
- (6) işlevselliğin azaldığı ve iş kaybının arttığı,
- (7) sağlık hizmeti kullanımı ve tedavi maliyetinin arttığı saptanmıştır.

Ülkemizde MDB'de görülen ağrı yakınmalarıyla ilgili herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada MDB'si olan hastalarda ağrı belirtilerinin depresyon belirtileri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma için, 01/01/2013-01/09/2013 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre "Major Depresif Bozukluk" tanısı alan ve çalışmaya alma ölçütlerini karşılayan 100 kişi alınmıştır. Çalışma protokolü Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18/12/2012 tarih ve 2012-26/7 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

### **A. Çalışmaya Alma Ölçütleri**

Çalışmaya 18-65 yaşları arasında olan, DSM-IV-TR (Ek-1) tanı ölçütlerine göre MDB tanısı alan, 17 maddelik Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) puanı en az 16 olan, çalışma protokolüne uyum sağlayabilecek zihinsel yeterliliğe sahip kişiler alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hastadan yazılı onam alındı.

### **B. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri**

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre MDB dışında herhangi bir I.eksen tanısı, organik beyin patolojisi, alkol ve madde kötüye kullanım veya bağımlılık öyküsü bulunanlar, zeka geriliği olanlar ve ağrıyı açıklayacak organik kökenli hastalığı bulunanlar çalışmaya alınmadı.

### **C. Uygulanan Ölçek ve Testler**

Çalışmaya alınan tüm hastalara, sosyodemografik ve hastalık özelliklerine dair gerekli bilgileri sistematik olarak derleyebilmek amacıyla sosyodemografik veri formu dolduruldu. Hastaların depresyon düzeyini ölçmek için; Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), ağrı

şiddetini ölçmek için; Vizuel Analog Skala (VAS) kullanıldı. Tüm formlar ve ölçekler, aynı klinisyen tarafından, hastalar ile yüz yüze görüşme yoluyla dolduruldu.

### **C.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-2)**

Bu form ile kişilerin, adı ve soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği ile ilgili temel sosyodemografik bilgiler ve hastalığı ile ilgili klinik bilgiler; MDB'nin başlangıç yaşı, depresif atak sayısı, son depresif atağın süresi, psikiyatri kliniğinde yatış sayı ya da varlığı, EKT öyküsü, özkiyım girişimi olup olmadığı, depresyona ilişkin aile öyküsü, ağrı lokalizasyonu ve ağrının süresi ile ilgili bilgiler alınmıştır.

### **C.2. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D, Ek-3)**

Hamilton (34) tarafından her yaştaki kişide klinik araştırma amaçlı depresyon düzeyinin saptanması için geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Akdemir ve ark. (91) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin 17 maddelik versiyonu kullanıldı. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Dokuz madde 0-4, sekiz madde 0-2 puan aralığında değerlendirilir. Depresyonu değişik yönlerden araştırmak için alt ölçekler tanımlanmıştır. Bunlar: depresyonun çekirdek belirtileri alt ölçeği (HAM-D6): HAM-D 1, 2, 7, 8, 10 ve 13. maddeler (92); psikomotor retardasyon alt ölçeği (PMRS): HAM-D 1, 7, 8 ve 14. maddeler; anksiyete alt ölçeği (ASS): HAM-D 10, 11, 12, 13, 15 ve 17. maddeler (93).

### **C.3. Vizüel Analog Skala (VAS, Ek-4)**

Ağrı şiddetinin değerlendirilmesi için VAS kullanılmıştır. Bu skala, sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. Dikey veya yatay olarak çizilmiş, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 100 mm'lik bir çizgi üzerinde hasta kendi ağrısını işaretlemektedir. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirlemektedir. Test, çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir (94,95). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aslan (96) tarafından yapılmıştır.

#### **D. İstatistiksel Analiz**

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS 20.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi, normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p=0.05$  olarak belirlenmiştir.

## BULGULAR

### A. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya 18-65 yaşları arasında olan 100 MDB hastası alındı. Hastaların sosyodemografik ve MDB ile ilişkili özellikleri Tablo-1 ve 2'de verilmiştir.

**Tablo-1:** Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=100).

<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	76 (%76)
	<b>Erkek</b>	24 (%24)
<b>Yaş</b>		37,2 ± 11,3
<b>Eğitim</b>	<b>Okur-yazar</b>	3 (%3)
	<b>İlkokul</b>	24 (%24)
	<b>Ortaokul</b>	23 (%23)
	<b>Lise</b>	35 (%35)
	<b>Yüksekokul</b>	15 (%15)
<b>Medeni durum</b>	<b>Bekar</b>	21 (%21)
	<b>Evli</b>	71 (%71)
	<b>Boşanmış/eşi ölmüş</b>	8 (%8)
<b>Meslek</b>	<b>Çalışıyor</b>	40 (%40)
	<b>Çalışmıyor</b>	38 (%38)
	<b>Emekli</b>	11 (%11)
	<b>Öğrenci</b>	11 (%11)

**Tablo-2:** Hastaların MDB ile ilişkili özellikleri (n=100).

<b>MDB'nin başlangıç yaşı</b>		33,1 ± 10,9
<b>Atak sayısı</b>		1,9 ± 1,1
<b>Mevcut atağın süresi (ay)</b>		7,2 ± 5,6
<b>HAM-D puanı</b>		21,8 ± 4,2
<b>Yatırılarak tedavi öyküsü</b>	<b>Var</b>	11 (%11)
	<b>Yok</b>	89 (%89)
<b>Ailede duygu durumu bozukluğu öyküsü</b>	<b>Var</b>	21 (%21)
	<b>Yok</b>	79 (%79)
<b>Özkıyım girişimi</b>	<b>Var</b>	15 (%15)
	<b>Yok</b>	85 (%85)
<b>Ağrı</b>	<b>Var</b>	47 (%47)
	<b>Yok</b>	53 (%53)

**MDB:** Major Depresif Bozukluk **HAM-D:** Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği

Genel olarak bakıldığında hastaların üçte ikisini kadınlar oluştururken, ortalama yaş  $37,2 \pm 11,3$ , ortalama atak sayısı  $1,9 \pm 1,1$ , son atak süresi  $7,2 \pm 5,6$  ay ve ortalama HAM-D  $21,8 \pm 4,2$  (orta şiddette depresif atak düzeyi) olarak saptandı.

## **B. Ağrı Prevalansı ve Özellikleri**

Çalışmamızda MDB'si olan hastalarda ağrı prevalansı %47 olarak bulundu. Kadın hastaların 35'inde, erkek hastaların ise 12'sinde ağrı yakınmaları vardı. Ağrılı yakınmaların ortalama süresi  $28,7 \pm 34,4$  aydı. VAS'a göre ağrının ortalama şiddeti 55,8'di. Hastaların en sık yakındığı ağrı, baş ağrısıydı. Çalışmada hastalar birden fazla ağrılı bölge bildirebildiğinden



ortalama ağrı lokalizasyonu sayısı  $1,6 \pm 0,9$  olarak saptandı. Ağrıyla ilişkili özellikler Tablo-3'te özetlenmiştir.

**Tablo-3:** Ağrıyla ilişkili özellikler.

<b>Ağrının süresi (ay)</b>	28,7 $\pm$ 34,4
<b>Ağrının şiddeti (VAS puanı)</b>	55,8 $\pm$ 23,2
<b>Ağrı lokalizasyonu*</b>	
<b>Baş</b>	40 (%85,1)
<b>Boyun</b>	12 (%25,5)
<b>Sırt/bel</b>	9 (%19,1)
<b>Eklemler</b>	9 (%19,1)
<b>Ekstremiteler</b>	8 (%17)

\* Hastalar birden fazla ağrılı bölge işaretleyebilmiştir. **VAS:** Vizüel Analog Skala

### C. Ağrıyla İlişkili Faktörler

Ağrısı olan grupta, ağrısı olmayan grup arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Klinik özellikler açısından bakıldığında ise ağrısı olan grupta MDB'nin anlamlı düzeyde daha şiddetli olduğu saptandı. Mevcut atağın süresi açısından gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamakla beraber ağrısı olan grupta epizot süresinin görece daha uzun olduğu saptandı. Hasta gruplarının sosyodemografik ve MDB ile ilişkili özellikleri Tablo-4 ve 5'te verilmiştir.

**Tablo-4:** Grupların sosyodemografik özellikleri.

		<b>Ağrısı olan (n=47)</b>	<b>Ağrısı olmayan (n=53)</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	35 (%46,1)	41 (%53,9)	0.736
	<b>Erkek</b>	12 (%50)	12 (%50)	
<b>Yaş</b>		37,0 ± 11,7	37,4 ± 11,2	0.817
<b>Eğitim</b>	<b>Okur-yazar</b>	1 (%33,3)	2 (%66,7)	0.334
	<b>İlkokul</b>	14 (58,3)	10 (41,7)	
	<b>Ortaokul</b>	13 (%56,5)	10 (%43,5)	
	<b>Lise</b>	12 (%34,3)	23 (%65,7)	
	<b>Yüksekokul</b>	7 (%46,6)	8 (%53,4)	
<b>Medeni durum</b>	<b>Bekar</b>	8 (%38,1)	13 (%61,9)	0.210
	<b>Evli</b>	33 (%46,4)	38 (%53,6)	
	<b>Boşanmış/eşi ölmüş</b>	6 (%75)	2 (%25)	
<b>Meslek</b>	<b>Çalışıyor</b>	19 (%47,5)	21 (%52,5)	0.885
	<b>Çalışmıyor</b>	19 (%50)	19 (%50)	
	<b>Emekli</b>	5 (%45,4)	6 (%54,6)	
	<b>Öğrenci</b>	4 (%36,4)	7 (%63,6)	

**Tablo-5:** Grupların MDB ile ilişkili özellikleri

		<b>Ağrısı olan (n=47)</b>	<b>Ağrısı olmayan (n=53)</b>	<b>p</b>
<b>MDB' nin başlangıç yaşı</b>		32,5 ± 10,7	33,6 ± 11,3	0.636
<b>Atak sayısı</b>		2,0 ± 1,1	1,8 ± 1,15	0.398
<b>Mevcut atağın süresi (ay)</b>		8,2 ± 6,1	6,4 ± 4,9	0.131
<b>HAM-D puanı</b>		24,1 ± 3,9	19,9 ± 3,4	<b>&lt;0.001</b>
<b>Yatırılarak tedavi öyküsü</b>	<b>Var</b>	7 (%63,7)	4 (%36,3)	0.241
	<b>Yok</b>	40 (%44,9)	49 (%55,1)	
<b>Ailede duygu durumu bozukluğu öyküsü</b>	<b>Var</b>	12 (%57,1)	9 (%42,9)	0.295
	<b>Yok</b>	35 (%44,3)	44 (%55,7)	
<b>Özkiyim girişimi</b>	<b>Var</b>	7 (%46,7)	8 (%53,3)	0.978
	<b>Yok</b>	40 (%47)	45 (%53)	

**MDB:** Major Depresif Bozukluk **HAM-D:** Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği

Bununla beraber çalışmamızda ağırlı yakınmaların varlığı daha şiddetli depresyon ile ilişkili bulundu ( $p<0.001$ ). HAM-D alt ölçeklerine bakıldığında depresyonun çekirdek belirtileri ve anksiyete alt ölçeklerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı (her iki alt ölçek için  $p<0.001$ ). Grupların HAM-D ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması Tablo-6'da gösterilmiştir.

**Tablo-6:** Grupların HAM-D ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması.

	<b>Ağrısı olan (n=47)</b>	<b>Ağrısı olmayan (n=53)</b>	<b>p</b>
<b>HAM-D</b>	24,1 ± 3,9 (16-33)	19,9 ± 3,4 (16-29)	<b>&lt;0.001</b>
<b>HAM-D6</b>	12,1 ± 1,8 (8-16)	10,1 ± 1,8 (6-14)	<b>&lt;0.001</b>
<b>PMRS</b>	7,9 ± 1,7 (4-11)	7,2 ± 1,8 (3-10)	0.080
<b>ASS</b>	8,1 ± 1,9 (4-12)	5,9 ± 1,9 (2-10)	<b>&lt;0.001</b>

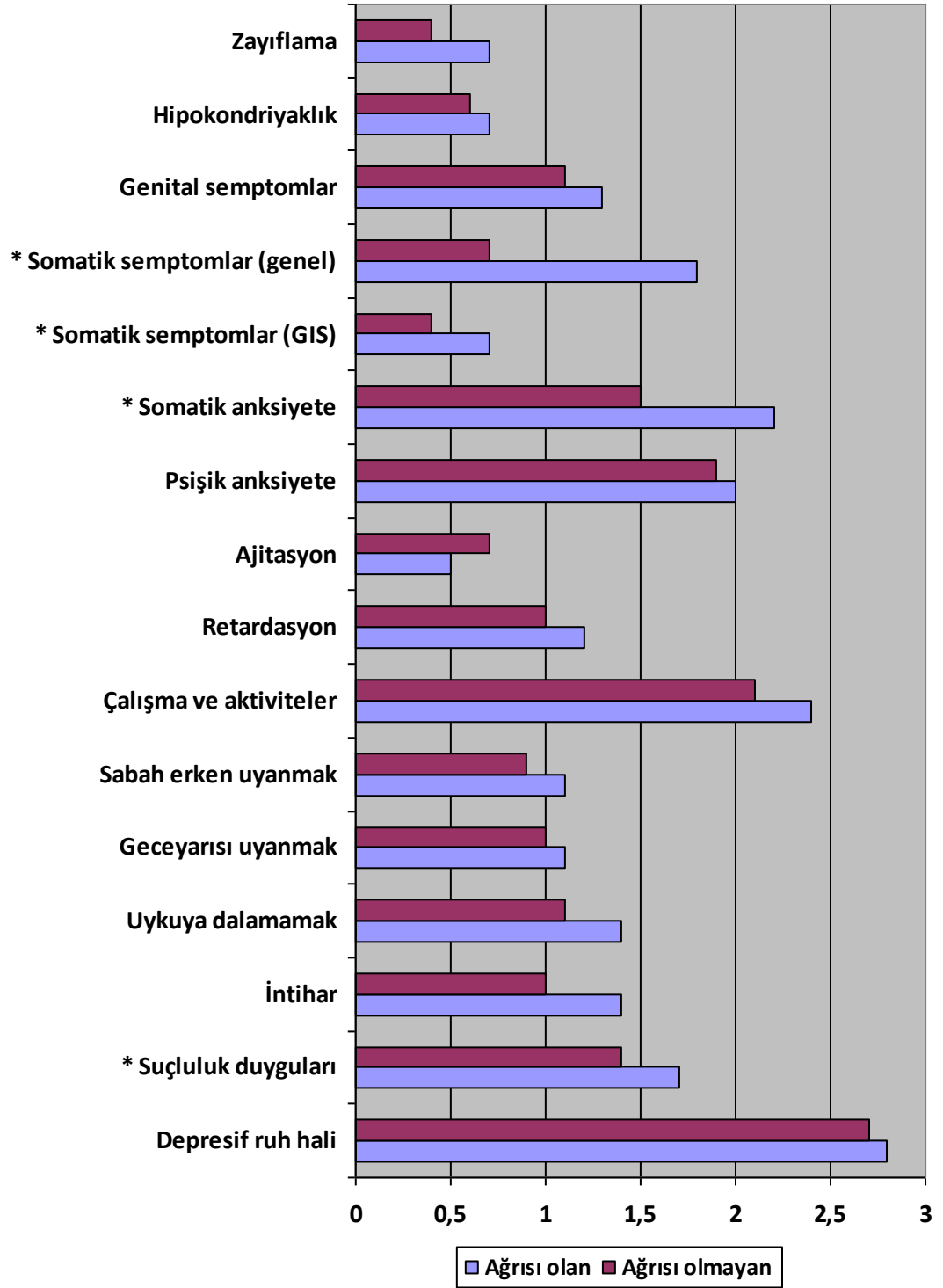
**HAM-D:** Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği **HAM-D6:** Depresyonun çekirdek belirtileri alt ölçeği **PMRS:** Psikomotor retardasyon alt ölçeği **ASS:** Anksiyete alt ölçeği Parantez içi değerler minimum ve maksimum değerlerdir.

Ek olarak hasta grupları HAM-D'nin her maddesinden alınan puanlar açısından da karşılaştırılmıştır. HAM-D maddeleri tek tek incelendiğinde ağrısı olan grup her maddeden daha yüksek puan almıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark “suçluluk duyguları” (p=0.031), “bedensel anksiyete” (p=0.006), “gastrointestinal bedensel belirtiler” (p=0.026) ve “genel bedensel belirtiler” (p<0.001) maddelerinde saptanmıştır. Grupların HAM-D maddeleri puanları açısından karşılaştırılması Tablo-7’de gösterilmiştir.

**Tablo-7:** Grupların HAM-D maddeleri puanlarına göre karşılaştırılması.

	<b>Ağrısı olan (n=47)</b>	<b>Ağrısı olmayan (n=53)</b>	<b>p</b>
<b>Madde 1</b>	2,8 ± 0,6	2,7 ± 0,5	0.577
<b>Madde 2</b>	1,7 ± 0,6	1,4 ± 0,6	<b>0.031</b>
<b>Madde 3</b>	1,4 ± 1,0	1,0 ± 1,0	0.051
<b>Madde 4</b>	1,4 ± 0,6	1,1 ± 0,7	0.059
<b>Madde 5</b>	1,1 ± 0,6	1,0 ± 0,7	0.293
<b>Madde 6</b>	1,1 ± 0,8	0,9 ± 0,9	0.217
<b>Madde 7</b>	2,4 ± 0,8	2,1 ± 0,9	0.227
<b>Madde 8</b>	1,2 ± 0,6	1,0 ± 0,8	0.238
<b>Madde 9</b>	0,5 ± 0,6	0,7 ± 0,7	0.316
<b>Madde 10</b>	2,0 ± 0,7	1,9 ± 1,4	0.214
<b>Madde 11</b>	2,2 ± 0,8	1,5 ± 1,1	<b>0.006</b>
<b>Madde 12</b>	0,7 ± 0,6	0,4 ± 0,6	<b>0.026</b>
<b>Madde 13</b>	1,8 ± 0,3	0,7 ± 0,4	<b>&lt;0.001</b>
<b>Madde 14</b>	1,3 ± 0,7	1,1 ± 0,7	0.158
<b>Madde 15</b>	0,7 ± 0,9	0,6 ± 0,8	0.474
<b>Madde 16</b>	0,7 ± 0,9	0,4 ± 0,7	0.091

**HAM-D:** Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği



**Şekil-1:** Grupların HAM-D maddeleri puanlarına göre karşılaştırılması.

**HAM-D:** Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği **GIS:** Gastrointestinal Semptomlar

## TARTIŞMA ve SONUÇ

MDB ve ağrı yüksek oranda birliktelik gösteren, çoğu zaman birbiriyle örtüşen belirtileri olan durumlardır. Daha önce de belirtildiği gibi şimdiye kadar yapılan çalışmalar, sıklıkla ağrısı olan hastalarda depresyonun varlığını incelemeye yöneliktir. Ağrı ve depresyon arasındaki karmaşık ilişkinin anlaşılmasının gerekliliği araştırmacıları depresyon hastalarındaki ağrı belirtilerini incelemeye yöneltmiştir. Çalışmamız, ülkemizde depresyon ve ağrı ilişkisinin incelendiği ilk çalışmadır.

Bu çalışmada MDB'si olan 100 hastada %47 oranında ağrı prevalansı saptandı. Ağrısı olan hastalarda depresyon şiddeti daha yüksekti. Sosyodemografik özellikler açısından bakıldığında ağrısı olan ve olmayan hastalar arasında fark saptanmadı. HAM-D alt ölçekleri incelendiğinde depresyonun çekirdek belirtileri ve anksiyete alt ölçek puanları ağrısı olan hastalarda daha yüksekti. HAM-D maddeleri tek tek incelendiğinde ise "suçluluk duyguları", "bedensel anksiyete", gastrointestinal bedensel belirtiler" ve "genel bedensel belirtiler" maddelerinde istatistiksel farklılık saptanmıştır.

Bair ve ark.'nın (20) yaptıkları meta-analizde depresyonu olan hastalarda ağrı prevalansı %15 ile %100 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Bununla beraber çalışmamızda depresyon hastalarında saptanan ağrı oranı (%47) literatürde yer alan benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir (25,26,31,97) Çalışma verilerinin toplandığı birimler (genel toplum, birinci basamak, ikinci basamak, yatan hastalar), ağırlı belirtilerin tanımlanmasındaki farklılıklar (ağrı, kronik ağırlı fiziksel belirti vb.) ve ağrıyı ölçmekte kullanılan birçok değişik ölçek bu geniş aralıkta değişen oranların sebebi olabilir. Ağrı prevalansı genel toplumda en düşük oranda görülürken, birinci basamaktan ikinci basamağa ve son olarak yatan hastalara doğru gidildikçe ağrı prevalansının arttığı gözlenmektedir (38).

Tıbbi yazın ağırlı fiziksel belirtilerin yaşla doğru orantılı olarak arttığını göstermektedir (25,26,30,38). Çalışmamızda hastalar yaş gruplarına göre ayrılıp ağrı açısından kıyaslanmamakla beraber, ağrısı olan hastalarla

olmayan hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel fark saptanmamıştır. Bunun bir sebebi çalışmamıza 65 yaş üstü hastaların kabul edilmemiş olması olabilir.

Birçok çalışmada kadın cinsiyetle ağırlı fiziksel belirtiler arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (25,28,30,38,98). Ancak Sayar ve ark. (99) diğer sosyodemografik değişkenler eşitlendiğinde cinsiyetler arası farkın ortadan kalktığını öne sürmüşlerdir. Bahk ve ark.'da (36) benzer sonuca ulaşmıştır. Çalışmamızda da ağrı belirtisi açısından cinsiyetler arası fark saptanmadı.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitim gören hastaların, lise ve daha üst düzeyde eğitim gören hastalara göre daha yüksek oranda ağrı belirtisi bildirdiği gözlemlendi. Bu sonuç literatürde daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (30,36,38,100). Kirmayer ve ark. (29) eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ağrı belirtilerini daha iyi tanımlayabildiklerini, böylece klinisyenlerin depresyon veya fiziksel kaynaklı ağrıyı daha iyi ayırt edebildiklerini öne sürmüştür.

Demyttenaere ve ark. (38) depresyonu daha ağır olan hastaların ağırlı fiziksel belirti prevalansının daha yüksek olduğunu ve depresyon ağırlaştıkça ağırlı bölge sayısının arttığını bildirmişlerdir. (MDB için DSM-IV ölçütlerine göre depresif belirti sayısı arttıkça depresyon şiddetinin arttığı kabul edilmiştir.) Benzer bir sonuç Ohayon ve Schatzberg'in (26) çalışmasında da bulunmuştur. Kroenke (101) ağırlı fiziksel belirti prevalansının MDB' si olan hastalarda en yüksek, diğer depresif bozukluklarda orta, herhangi bir depresif bozukluğu olmayanlarda ise en düşük seviyede olduğunu tanımlamıştır. Bizim çalışmamızda da ağrı yakınması olan hastalarda depresyonun daha şiddetli olduğu saptandı. Ancak bu çalışmada depresyonun şiddeti için DSM-IV ölçütleri yerine Agüera-Ortiz ve ark.'nın (35) çalışmasında olduğu gibi Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) kullanıldı.

Depresyonun hangi belirtilerinin ağrıyla en çok ilişkili olduğu birçok araştırmacının ilgisini çekmiştir. Ancak ortak bir sonuca henüz ulaşılabilmemiş değildir. Agüera-Ortiz ve ark. (35) DSM-IV ölçütlerinden "enerji kaybının" ağrıyla en çok ilişkili belirti olduğunu, "anhedoniyle" ağrının ise ters ilişkili



olduğunu saptamışlardır. Ohayon (37) “depresif duygu durumu” olan hastaların “ilgi kaybı” veya “zevk alamama” belirtisi olanlara göre ağrıdan daha çok yakındıklarını tanımlamışlardır. Von Korff ve Simon (43) “enerji kaybı”, “uyku bozuklukları” ve “endişe” gibi belirtilerin depresyona ağrının eşlik ettiği hastalarda oldukça yaygın görüldüğünü bildirmişlerdir. Yukarıdaki çalışmaların bulgularına zıt olarak Demyttenaere ve ark. (38) ağrısı olan ve olmayan depresyon hastaları arasında DSM-IV ölçütleri açısından herhangi bir farklılık saptanmadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda önceki yapılan çalışmalardan farklı olarak ağrıyla ilişkili olarak DSM-IV ölçütleri yerine HAM-D maddeleri ve alt ölçeklerini karşılaştırdık. Yaptığımız literatür taramasında bugüne kadar bu tarz bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızda HAM-D alt ölçeklerinden depresyonun çekirdek belirtileri ve anksiyete alt ölçeği puanları, ağrısı olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Bu sonuç ağrının depresyon üzerinde genel bir olumsuz etkisi olduğunu düşündürmektedir. Bunun birkaç açıklaması olabilir. Depresyon, limbik sistem üzerinden giden merkezi nosiseptif yolların uyarılabilirliğini artırarak ağrı eşiğini düşürebilir (102). Buna karşılık kronik ağrı da depresyon gelişimine veya mevcut depresyonun ağırlaşmasına neden olabilir. Ağrıyla tetiklenen kortikolimbik duyarlılıkta artış afektif ve davranışsal bozukluklara yol açabilir (103). Serotonin ve norepinefrinin hem depresyon hem de ağrının nörobiyolojisinde rol oynayan ortak kimyasal iletiler olması iki durum arasındaki ilişkiye aracılık ediyor gibi görünmektedir (104).

Çalışmamızda saptanan ağrısı olan depresyon hastalarında anksiyete alt ölçek puanlarının yüksekliği STAR\*D çalışmasında bildirilen sonuca benzerlik göstermektedir. STAR\*D çalışmasında ağrı yakınması olan depresyon hastalarından anksiyöz özellikli depresyon yaşayanların, melankolik veya atipik özellikli depresyon yaşayanlardan yaklaşık 2,5 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ağrı dışında diğer bedensel belirtilerden (azalmış enerji, sempatetik uyarılma, gastrointestinal yakınmalar gibi) yakınan hastaların ağrı yakınmalarının diğer hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır (30). Bizim çalışmamızda da HAM-D maddelerinden “bedensel anksiyete”, “gastrointestinal bedensel belirtiler” ve “genel bedensel

belirtiler” puanları ağrısı olan hastalarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bair ve ark. (20) ağrısı olan depresyon hastalarının anhedoniden daha az, bedensel anksiyetede daha sık görülen (bu nedenle anksiyöz özellikli depresyon kümesinde sayılabilecek) baş ve göğüs ağrısından ise daha çok yakındıklarını bildirmişlerdir. Anksiyete bozuklukları da depresif bozukluklar gibi ağrıyla yüksek oranda birliktelik gösteren bozukluklardır (105). Yapılan iki epidemiyolojik çalışmada ağrının depresyondan ziyade anksiyeteye daha çok ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (106,107).

Çalışmamızın bir diğer sonucu “suçluluk duygularının” (HAM-D 2.madde) ağrısı olan hastalarda anlamlı düzeyde yüksek saptanmasıdır. Yapılan çalışmalarda buna benzer bir bulguya rastlamadık. Bu bulgu, ağrının günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması, ağrısı olan hastaların doktor başvurularının ve sağlık harcamalarının daha fazla olması sonucunda hastaların kendilerini yük oluyormuş gibi hissetmelerine yol açtığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda özkıyım girişimi veya düşüncelerinin ağrıyla ilişkisi saptanmamıştır. Ağrının artmış özkıyım düşüncesi ve girişimiyle ilgili olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (36), iki durum arasında herhangi bir bağlantı saptanmayan çalışmalar da vardır (30).

Çalışmamızın birkaç kısıtlılığı vardır. Çalışmaya alınan hasta sayısının görece az olması en önemli kısıtlılık nedenidir. İkincisi, MDB dışında I. eksen tanısı olan hastaların çalışmadan dışlanmış olmasıdır. Ağrının sadece depresyona ait bir belirti olmadığı, özellikle anksiyete bozukluklarında çok sık karşılaşıldığı bilinmektedir (108). Son olarak çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Bu nedenle ağrıyla depresyon arasındaki nedensellik bağının doğrultusunu belirlemek olanaksızdır.

Bütün bu kısıtlılıklara rağmen depresyon ve ağrı arasında belirgin bir bağlantının olduğu açıktır. Bu bağlantının doğrulanması ve nedensellik bağının aydınlatılabilmesi için ağrılı belirtilerin daha net tanımlandığı, daha sistematize, uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Her ne kadar antidepressan ilaçların ağrıyı azalttığına dair kanıtlar olsa da, ağrı ve depresyon birlikteliğine en etkili tedavinin daha geniş ölçekli, randomize

kontrollü çalışmalarla belirlenmesi gerekmektedir. Ek olarak, ağrı-depresyon ilişkisinin nörolojik temelini anlaşılabilmesi için de nörobiyolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sayede her iki duruma etkili yeni farmakolojik ajanlar üretilebilir.

Sonuç olarak hangi ölçek veya ölçüt kullanılırsa kullanılsın depresyon ve ağrı ilişkisini inceleyen bütün çalışmaların üzerinde fikir birliğine vardıkları en önemli nokta ağrısı olan hastalarda depresyonun daha şiddetli yaşandığıdır. Dolayısıyla klinik pratik ağısından depresif yakınmalarla gelen hastaları değerlendirirken ağırlı belirtilerin detaylı olarak sorgulanması ve tedavinin bu doğrultuda planlanması depresyonun prognozu ağısından oldukça önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Bergland P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
2. WHO. The Global Burden of Disease: 2004 update. World Health Organization, Geneva. 2008.
3. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK. Course of illness in depressive and bipolar disorders: naturalistic study, 1994-1999. *Br J Psychiatry* 2004;185:372-7.
4. Garcia-Cebrian A, Gandhi P, Demyttenaere K, Peveler R. The association of depression and painful physical symptoms—a review of the European literature. *European Psychiatry* 2006;21:379-88.
5. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329-35.
6. Katon W. Depression: relationship to somatization and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1984;45:4-12.
7. Banks S, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996;119:95–110.
8. Kırılı S. Depresyon: tanı, ayırıcı tanı, komorbidite. *Psikiyatri ve Sanat Yayınevi*; 1995.
9. Sartorius N. Physical symptoms of depression as a public health concern. *J Clin Psychiatry* 2003;64 (Suppl.7):3–4.
10. Bair MJ, Kroenke K, Sutherland JM, Kimberly D, Harris H, McHorney C. Effects of depression and pain severity on satisfaction in medical outpatients: analysis of the medical outcomes study. *J Rehabil Res Dev* 2007;44(2):143-52.
11. Greden J. Physical symptoms of depression: unmet needs. *J Clin Psychiatry* 2003;64 (Suppl.7):5–11.
12. Lindsay P, Wyckoff M. The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics* 1981;22(7):571–3.
13. Merskey H, Bogduk N. Part III: pain terms. A current list definitions and notes on usage. In: Merskey H, Bogduk N (eds). *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. Task Force on Taxonomy. Seattle: IASP Press; 1984. 209–14.
14. Regier DA, Myers JK, Kramer M, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:934-41.
15. Gallagher RM, Verma S. Managing pain and comorbid depression: a public health challenge. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999;4:203-20.

16. Blier P, Abbott FV. Putative mechanisms of action of antidepressant drugs in affective and anxiety disorders and pain. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26:37-43.
17. Nicassio PM, Wallston KA. Longitudinal relationships among pain, sleep problems, and depression in rheumatoid arthritis. *J Abnorm Psychol* 1992;101:514-20.
18. Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *J Affect Disord* 2001;63:35-41.
19. Von Korff M, Simon G. The Relationship Between Pain and Depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;30:101-8.
20. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433-45.
21. Magni G, Merskey H. A simple examination of the relationships between pain, organic lesions and psychiatric illness. *Pain* 1987;29:295-300.
22. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* 1994;56:289-97.
23. Larson SL, Clark MR, Eaton WW. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. *Psychol Med* 2004;34:211-9.
24. Pine DS, Cohen P, Brook J. The association between major depression and headache: results of a longitudinal epidemiologic study in youth. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1996;6(3):153-64.
25. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan RW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med* 2004;66:17-22.
26. Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:39-47.
27. Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, et al. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med* 1992;7:170-3.
28. Lee P, Zhang M, Hong JP, et al. Frequency of painful physical symptoms with major depressive disorder in asia: relationship with disease severity and quality of life. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2009;70:83-91.
29. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am.J.Psychiatry* 1993;150:734-41.
30. Husain MM, Rush AJ, Trivedi MH, et al. Pain in depression: STAR\*D study findings. *Journal of Psychosomatic Research* 2007;63:113-22.
31. Corruble E, Guelfi J. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 2000;33:307-9.

32. Katona C, Peveler R, Dowrick C, Wessely S, Feinmann C, Gask L. Pain symptoms in depression: definition and clinical significance. *Clin Med* 2005;5:390-5.
33. Stahl SM. Does depression hurt? *J Clin Psychiatry* 2002;63:273-4.
34. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-96.
35. Agüera-Ortiz L, Failde I, Mico JA, Cervilla J, López-Ibor JJ. Pain as a symptom of depression: Prevalence and clinical correlates in patients attending psychiatric clinics. *Journal of Affective Disorders* 2011;130:106-12.
36. Bahk WM, Park S, Jon DI, Yoon BH, Min KJ, Hong JP. Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality. *Psychiatry Research* 2011;189:357-61.
37. Ohayon MM. Specific characteristics of the pain/depression association in the general population. *J.Clin.Psychiatry* 2004;65 (Suppl 12),5–9.
38. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, Graaf RD, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders* 2006;92:185-93.
39. Chung KF, Tsoh KC, Yeung WF, Li WH. Quality of life in major depressive disorder: the role of pain and pain catastrophizing cognition. *Compr Psychiatry* 2012;53(4):387-95.
40. Van Damme S, Crombez G, Bijttebier P, Goubert L, Van Houdenhove B. A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain* 2002;96:319-24.
41. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988;32:173-83.
42. Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:91-100.
43. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;30:101-8.
44. Von Korff M, Deyo RA, Cherkin D, Barlow W. Back pain in primary care: outcomes at 1 year. *Spine* 1993;18:855-62.
45. Cherkin DC, Deyo RA, Street JH, Barlow W. Predicting poor outcomes for back pain seen in primary care using patients' own criteria. *Spine* 1996;21:2900-7.
46. Russo J, Katon W, Lin E, et al. Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics* 1997;38:339-48.
47. Bao Y, Strum R, Croghan TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatr Serv* 2003;54:683-97.

48. Gameroff MJ, Olfson M. Major depressive disorder, somatic pain, and health care costs in an urban primary care practice. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;67:1232–9.
49. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995;25:1171-80.
50. Karp JF, Scott J, Houck P, Reynolds III CF, Kupfer DJ, Frank E. Pain predicts longer time to remission during treatment of recurrent depression. *J Clin Psychiatry* 2005;66:591-7.
51. Fava M, Mallinckrodt CH, Detke MJ, Watkin JG, Wohlreich MM. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *Journal of Clinical Psychiatry* 2004b;65(4):521–30.
52. Leuchter AF, Husain MM, Cook IA, et al. Painful physical symptoms and treatment outcome in major depressive disorder: a STAR\*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) report. *Psychological Medicine* 2010;40:239–51.
53. Kroenke K, Shen J, Oxman TE, Williams Jr. JW, Dietrich AJ. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: Results from the RESPECT trial. *Pain* 2008;134:209–15.
54. Rickels K, Smith WT, Glaudin V, Amsterdam JB, Weise C, Settle GP. Comparison of two dosage regimens of fluoxetine in major depression. *J Clin Psychiatry* 1985;46:38-41.
55. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
56. Krell HV, Leuchter AF, Cook IA, Abrams M. Evaluation of reboxetine, a noradrenergic antidepressant, for the treatment of fibromyalgia and chronic low back pain. *Psychosomatics* 2005;46:379–84.
57. Dharmshaktu P, Tayal V, Kalra BS. Efficacy of antidepressants as analgesics: a review. *J Clin Pharmacol* 2012;52(1):6-17.
58. McQuay HJ, Tramer M, Nye BA, et al. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain* 1996;68:217–27.
59. McQuay H, Moore RA. Antidepressants and chronic pain. *BMJ* 1997;314:763–4.
60. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. Review. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26:30–6.
61. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CDOO5454.
62. Max MB, Lynch SA, Muir J, Shoaf SE, Smoller B, Dubner R. Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine on pain in diabetic neuropathy. *N Engl J Med* 1992;326:1250–6.
63. Onghena P, Van Houdenhove B. Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain: a meta-analysis of 39 placebo controlled studies. *Pain* 1992;49:205-9.
64. Bendtsen L, Jansen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in

- the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;61:285–90.
65. Üçeyler N, Hauser W, Sommer C. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2008;59:1279–98.
  66. Nicolson SE, Caplan JP, Williams DE, Stern TA. Comorbid Pain, Depression, and Anxiety: Multifaceted Pathology Allows for Multifaceted Treatment. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:407–20.
  67. Jung AC, Staiger T, Sullivan M. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors for the management of chronic pain. *J Gen Intern Med* 1997;12:384-9.
  68. Krebs EE, Gaynes BN, Gartehner G, et al. Treating the physical symptoms of depression with second-generation antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatics* 2008;49:191–8.
  69. Semenchuk MR, Sherman S, Davis B. Double-blind, randomized trial of bupropion SR for the treatment of neuropathic pain. *Neurology* 2001;57:1583–8.
  70. Katz J, Pennella-Vaughan J, Hetzel RD, Kanazi GE, Dworkin RH. A randomized, placebo-controlled trial of bupropion sustained release in chronic low back pain. *J Pain* 2005;6:656–61.
  71. Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004;62:1706–11.
  72. Fishbain DA, Detke MJ, Wernicke J, Chappell AS, Kajdasz DK. The relationship between antidepressant and analgesic responses: findings from six placebo-controlled trials assessing the efficacy of duloxetine in patients with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin* 2008;24(11):3105-15.
  73. Spielmans GI. Duloxetine does not relieve painful physical symptoms in depression: a meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2008;77(1):12-6.
  74. Thaler KJ, Morgan LC, Van Noord M, et al. Comparative effectiveness of second-generation antidepressants for accompanying anxiety, insomnia, and pain in depressed patients: a systematic review. *Depress Anxiety* 2012;29(6):495-505.
  75. Grothe DR, Scheckner B, Albano D. Treatment of pain syndromes with venlafaxine. *Pharmacotherapy* 2004;24:621–9.
  76. Bulut S, Berilgen MS, Barar A, et al. Venlafaxine versus amitriptyline in the prophylactic treatment of migraine: randomized, double-blind, crossover study. *Clin Neurol Neurosurg* 2004;107:44-8.
  77. Kroenke K, Messina N, Benattia I, Graepel J, Musgnung J. Venlafaxine extended release in the short-term treatment of depressed and anxious patients with multisomatoform disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:72–80.
  78. Huang X, Li C, Luo YL, Wang B, Ji JL. Efficacy of venlafaxine extended-release monotherapy for first-episode depression with painful physical symptoms. *Neuroreport* 2013;24(7):364-9.



79. Fields H. Pain modulation: expectations, opioid analgesia and virtual pain. *Prog Brain Res* 2000;122:245-53.
80. Okada K, Murase K, Kawakita K. Effects of electrical stimulation of thalamic nucleus submedius and periaqueductal gray on the visceral nociceptive responses of spinal dorsal horn neurons in the rat. *Brain Res* 1999;834:112-21.
81. Hirakawa N, Tershner SA, Fields HL. Highly delta selective antagonists in the RVM attenuate the antinociceptive effect of PAG DAMGO. *Neuroreport* 1999;10:3125-9.
82. Skinner K, Basbaum AI, Fields HL. Cholecystinin and enkephalin in brain stem pain modulating circuits. *Neuroreport* 1997;8:2995-8.
83. Von Knorring L, Perris C, Orelund L, et al. Pain as a symptom in depressive disorders and its relationship to platelet monoamine oxidase activity. *J Neural Transm* 1984;60:1-9.
84. Blier P, Abbott FV. Putative mechanisms of action of antidepressant drugs in affective and anxiety disorders and pain. Review. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26:37-43.
85. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. Review. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26:30-6.
86. Frodl TS, Koutsouleris N, Bottlender R, et al. Depression-related variation in brain morphology over 3 years: Effects of stress? *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1156-65.
87. Luerding R, Weigand T, Bogdahn U, Schmidt-Wilcke T. Working memory performance is correlated with local brain morphology in the medial frontal and anterior cingulate cortex in fibromyalgia patients: Structural correlates of pain-cognition interaction. *Brain* 2008;131:3222-31.
88. Neugebauer V, Li W, Bird GC, Han JS. The amygdala and persistent pain. *Neuroscientist* 2004;10:221-34.
89. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry* 2003;160:1516-8.
90. Rainville P, Bao QV, Chrétien P. Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain* 2005;118:306-18.
91. Akdemir A, Orsel İ, Dag H ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikol Psikofarmakol Derg* 1996;4:251-9.
92. Bech P, Gram LF, Dein E, Jacobsen O, Vitger J, Bolwig TG. Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatr Scand* 1975;51:161-70.
93. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised US Dept Health, Education and Welfare publication (ADM). Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976.
94. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing&Health* 1990;13:227-36.
95. Cline ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the visual analogue scale. *Nurs Res* 1992;41(6):378-80.

96. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;6(1),9-16.
97. Sartorius N, Ustun T, Costa E, et al. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization collaborative project on psychological problems in general health care. Arch Gen Psychiatry 1993;55:819–24.
98. Munoz RA, McBride ME, Brnabic AJ, et al. Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. Journal of Affective Disorders 2005;86:93–8.
99. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. General Hospital Psychiatry 2003;25:108–14.
100. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain 2004;107:54–60.
101. Kroenke K. The interface between physical and psychological symptoms. Primary Care Companion J.Clin.Psychiatry 2003;5 (suppl 7):11–8.
102. Janke EA, Holroyd KA, Romanek K. Depression increases onset of tension-type headache following laboratory stress. Pain 2004;111:230–8.
103. Rome Jr HP, Rome JD. Limbically augmented pain syndrome (LAPS): kindling, corticolimbic sensitization, and the convergence of affective and sensory symptoms in chronic pain disorders. Pain Medicine 2000;1:7–23.
104. Fava M. Somatic symptoms, depression, and antidepressant treatment. The Journal of Clinical Psychiatry 2002;63:305–7.
105. Feeney SL. The relationship between pain and negative affect in older adults: anxiety as a predictor of pain. J Anxiety Disord 2004;18:733-44.
106. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao 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.
107. McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. Pain 2004;111:77–83.
108. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Graaf R, Haro JM, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and anxiety: prevalence, work loss and helpseeking. Journal of Affective Disorders 2008;109:264–72.

## EKLER

### EK-1. Major Depresif Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

**A.** İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerin beşinin veya daha fazlasının bulunması; belirtilerden en az birinin (1) depresif duygu durumu ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin kendisini üzgün ya da boşlukta hissederek), ya da başkalarının gözlemesi (örneğin ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durumu

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) Perhizde olmadığı halde önemli ölçüde kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da iştahta hemen her gün artma ya da azalma olması

(4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma

(5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) Hemen her gün değersizlik ya da aşırı, uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması

(sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyici intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

- B.** Bu belirtiler bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D.** Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E.** Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz.

## EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

### MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞU HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİ VERİ TOPLAMA FORMU

Adı-Soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Eğitim durumu:

(1) Okur-yazar değil

(2) Okur-yazar

(3) İlkokul

(4) Ortaokul

(5) Lise

(6) Yüksekokul

Medeni durumu:

(1) Bekar

(2) Evli

(3) Boşanmış/Eşi ölmüş

Meslek:

(1) Çalışıyor

(2) Çalışmıyor

(3) Emekli

(4) Öğrenci

Kimlerle yaşıyor:

(1) Ailesiyle (anne-baba-kardeş-akrabalar)

(2) Eşi-çocukları ile

(3) Arkadaşları ile

(4) Yalnız

Depresyon özellikleri:

Hastalığının başlangıç yaşı:

Hastalığın epizod sayısı:

Son epizod süresi:

Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü:

Özkıym girişimi:

Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü:

Ağrı özellikleri:

Ağrının süresi:

Ağrı niteliği: Sürekli/Aralıklı

řu anki ağrı şiddeti (VAS' a göre):

Ağrı lokalizasyonu:

(1) Baş (2) Boyun (3) Sırt/bel (4) Eklem (5) Ekstremiteler

## Ek-3: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği

Hasta Adı/Soyadı: .....

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
  0. Yok
  1. Yalnızca soruların 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. İntihar 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. Geceyarısı uyanmak
  0. Herhangi bir sorunu yok.
  1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
  2. Gece yarısı 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)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar  
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar  
Genel
14. Genital semptomlar  
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama  
(A ya da B'yi doldurunuz)
17. Durumu hakkında görüşü
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.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:  
*Gastrointestinal:* Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme  
*Kardiyovasküler:* Palpitasyon, baş ağrısı  
*Solunumla ilgili:* Hiperventilasyon, iç çekme sık idrara çıkma  
Terleme
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.
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.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşlamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- 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.



#### Ek-4: Vizüel Analog Skala (VAS)

### VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adı-Soyadı:

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

Hiç ağrı yok

En dayanılmaz ağrı



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Doç. Dr. Cengiz Akkaya ve Doç. Dr. S. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim görevlisi Dr. Güven Özkaya'ya, Psikiyatri kliniği ve polikliniğinin tüm hemőire ve personeline, aynı yolda birlikte ilerlediğim Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli çalışma arkadaşlarıma, bu zorlu sürecin son dönemecinde sonsuz desteğiyle yanımda olan sevgili eőime ve hayatımın her döneminde, her koőulda bana destek olan anne ve babama teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Eskişehir'de doğdum. İlkokulu, Konya/Seydişehir Alüminyum İlkokul'unda okudum. Ortaokul ve lise öğrenimini İstanbul Kartal Köy Hizmetleri Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2002 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimini 2008 yılında tamamladım.

Haziran 2009'da Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim sırasında Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimini almaya başladım ve halen devam etmekteyim.