

Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon *Chronic pain, psychological factors and depression*

Recep Tütüncü¹, Hüseyin Günay¹

¹Ankara Etimesgut Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi /Received: 23.07.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 05.10.2010

ÖZET

Kronik ağrı klinik pratikte tüm klinisyenlerin sıkça karşılaştığı önemli bir sağlık sorunudur. Sağlık harcamalarında ciddi artışın yanı sıra hastanın işlevselliğinin bozulmasına, işgücünün düşmesine yol açmaktadır. Kronik ağrı ve psikiyatrik belirti birlikteliği oldukça fazladır. Son zamanlarda depresyon ve ağrı üzerine yapılan çalışmalar dikkat çekicidir. Kronik ağrı, kimi zaman depresif bozukluğun bir belirtisi iken, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozulmalara yol açmaktadır. Bu nedenle kronik ağrılı hastaya disiplinler arası yaklaşım başarılı tedavinin önkoşulu olmuştur.

Bu gözden geçirme yazısında genel olarak kronik ağrı, eşlik eden psikolojik etmenler ve özellikle depresif bozukluklar incelenmiş; kronik ağrılı hastanın tanı, değerlendirme ve tedavisi ile ilgili multidisipliner yaklaşımlara değinilmiştir.

Anahtar kelimeler: Kronik ağrı, depresyon, psikiyatrik yaklaşım, tedavi

GİRİŞ

Hastanın bilişsel ve kültürel özellikleri, değerlendiricinin deneyimleri, ağrının farklı hastalıklarda farklı nitelikte ve nicelikte olabilmesi, ağrı tanımının yapılmasını güçleştirmektedir.¹ Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği'ne göre ağrı; "mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak tarif edilen hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir".² Kronik ağrı ise 3-6 aydan daha uzun süren ve uzun süreli tedavi gerektiren, öznel ve çok boyutlu yaşantısı olan, duyuşsal, duygusal, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren ağrı olarak tanımlanmaktadır.³

Kronik ağrı, klinik uygulamalarda sık karşılaşılan bir sağlık problemi olarak bulgu olmaktan çok artık bir sendrom haline gelmiştir ve psikiyatrik be-

ABSTRACT

Chronic pain is a common health problem in clinical practice. Besides the increase in health-care expenditure, it also causes decline in patient's functioning and working capability. In addition, chronic pain and psychiatric symptom comorbidity is very frequent. Recently there are many studies focusing on depression and pain. It might be just a symptom of depression, or might affect psychological status as a consequence of physical disorder. As a result, multidisciplinary approach is necessary for a successful treatment.

In this review generally chronic pain, psychological factors and especially depressive disorders are summarized; and the multidisciplinary approaches to the diagnosis, assessment and treatment of the patient with chronic pain are overviewed.

Key words: Chronic pain, depression, psychiatric approach, treatment

lirti birlikteliği oldukça fazladır.¹⁻⁴ Kimi zaman depresif bozukluğun bir belirtisi olabileceği gibi, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozulmalara yol açabilmektedir.¹

Bu derleme yazısının amacı, son zamanlarda psikiyatri alanında özellikle depresif bozukluklar da oldukça önem kazanan ve klinik pratikte tüm klinisyenlerin sıkça karşılaştığı kronik ağrılı hastaya yaklaşım, değerlendirme ve tedavi ilkeleri konusunda alternatif görüşler ve güncel bilgileri sunabilmektir. Bu nedenle genel olarak kronik ağrı, eşlik eden psikolojik etmenler ve özellikle depresif bozukluklar incelenmiş; kronik ağrılı hastanın tanı, değerlendirme ve tedavisi ile ilgili multidisipliner yaklaşımlara değinilmiştir.

Yazışma Adresi /Correspondence: Uz. Dr. Recep Tütüncü

Ankara Etimesgut Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye Email: drtutuncu@yahoo.com

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

Kronik Ağrıda Psikolojik Etmenler

Öğrenme kuramı ve sosyal psikolojiye göre insanlar yetiştikleri toplumun değer, yargı ve tutumlarına göre “nasıl hasta olunacağını” ve “hasta rolünü” öğrenir. Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin ağrı-hastalık durumunu yorumlama biçimi, ağrının hasta tarafından algılanmasını ve ifade edilmesini etkiler.⁵

Ağrı, nesne ilişkilerinin düzenlenmesine de yardımcı olur ve kişinin çevresi ile olan iletişiminde sembolik bir rol oynar. Canı yanan bir çocuğun annesinin dikkatini çektiğini öğrenmesi çok küçük yaşlarda olur. Bu şekilde yalnızca annenin dikkatini çekmekle kalmaz, aynı zamanda okşamasını ve ilgilenmesini de sağlar. Bu ilgi arama davranışı, ileri yaşlarda da değişerek devam eder. Bazı hastalarda ağrı, cezalandırma olarak yorumlanabilir. Bilinçaltı suçluluk duygusu ile birlikte. Sevgi yatırımı yapılan kişinin ölümü ağrıyı başlatabilir.⁶

Ağrı ile cinsellik arasında da bağlantı olabileceği düşünülmektedir. Sadomazoşistik ilişkide ağrı, cinsel dürtülerin doyum yolu olabilir. Bilinçdışı yasaklanmış ve agresif cinsel dürtüler ağrının algılanışını ve ifade edilmesini etkiler. Psikanalitik görüş bağlamında, ağrıda kullanılan başlıca ego savunma düzenekleri arasında represyon (bilinçdışına bastırma) ve/veya refülman (bilinçten bilinçdışına bastırma), izolasyon, sembolizasyon, kendine çevirme, konversiyon ve somatizasyon sayılabilir.⁷

Kronik ağrılı bireylerde yapılan çalışmalar, özgün bir kişilik tanımlamamakla birlikte bazı kişilik tiplerinin ağrıya yatkın olduğunu bildirmektedir. Kronik ağrılı bireyler, benzer birtakım davranış kalıplarını kullanmakta ve aynı zamanda değiştirilmesi zor, çarpıtılmış düşüncelere de sahip olabilmektedirler. Bu kişiler sıklıkla duygusal bir dil kullanmaya hazırdırlar ve ağrıyı; gerginlik, korku, otonomik huzursuzluk olarak tanımlamaktadırlar.¹ Kronik ağrı benlik saygısında da azalmaya yol açmaktadır.⁸

Aleksitimi kişinin duygularını tanıma, tanımlama ve söze dökebilme zorluğu, somut düşünme eğilimi ve hayal kurabilme yeteneğinde azalma ile giden kişilik özelliklerini ifade eder. Kişinin duygularını yeterince yaşayamama ve söze dökmemesinin, duygusal açıdan zorlandığında, bedensel belirtiler geliştirmesine yol açacağı düşünülmüştür. Yapılan bir takım çalışmalar, kronik hasta gruplarında yüksek aleksitimi yaygınlığı bildirmektedirler.⁹⁻¹³

Kronik ağrı hastalarında çocuklukta ihmal edilmişlik ve bastırılmış agresyon gibi değişik unsurlar da tanımlanmış,⁸ öfke ve hostilitenin ağrının gelişmesi ve devam etmesinde önemli rolü olduğu bildirilmiştir. Öfke ifade biçimi, bu hastalarda üzerinde durulan konulardan biridir. Bu görüşe göre; kronik ağrı, hastanın yoğun öfke duygularını bastırmak istemesinden kaynaklanmakta ve içe dönük bu öfke sağlıklı kontrollere göre daha yaygın sıklıkta görülmektedir.^{8,14,15}

Psikiyatrik eş tanılar ve depresyon

Fiziksel ağrı ile psikiyatrik bozuklukların birlikte olduğu neden-sonuç ilişkisi genellikle belirlenmemektedir.¹⁶ İngiltere’de yapılan epidemiyolojik bir araştırmada kronik ağrı ve psikiyatrik tanı birlikteliği %16.9 olarak saptanmıştır.¹⁷ Kronik ağrılar çalışma, ev hayatı ve sosyal hayatta bozulmalara, daha önce zevk alınan aktivitelerden uzak kalmaya, itibar ve iş kaybına, yaşam kalitesinde düşüklüğe neden olarak psikiyatrik belirti ve bulgulara yol açabilmektedir.¹⁸

Depresif Bozukluklar başta olmak üzere “Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Psikozlar, Kişilik Bozuklukları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu” tanıları kronik ağrılı hastalarda sıklıkla eştanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikopatolojilerin bir parçası ve belirtisi olabilen gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili yapılmış bir çalışmada, konulan psikiyatrik tanı sıklığı şöyle sıralanmıştır: Ağrı Bozukluğu %30.4, Majör Depresif Bozukluk %28.9, Somatizasyon Bozukluğu %13.5, Yaygın Anksiyete Bozukluğu %9.5, Distimik Bozukluk %4.7.¹⁹ Major psikopatoloji varlığı kronik ağrı için kötü prognoz göstergesi olduğu unutulmamalıdır.²⁰

Kronik ağrı tüm depresif bozukluklarla ilişkilidir.⁸ Ancak bu ilişki henüz tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Bazı yazarlar kronik ağrının duygudurumu etkileyen potent bir fiziksel ya da psikolojik stres olduğunun üzerinde dururlar.²¹ Yapılan uzunlamasına çalışmalar da bu hipotezi kısmen desteklemektedir. Ancak bu ilişkinin karmaşık olan yanı, depresif bozuklukların fiziksel ağrı öncesinde de sıklıkla ortaya çıkıyor olmalarıdır.⁸ Bilinen “ağrının depresyonu, depresyonun da ağrıyı arttırdığı” gerçeğidir.²²

Depresyon ve ağrı benzer biyolojik yolları ve nörotransmitterleri kullanılmaktadır.²³ Örneğin nöropatik ağrı için inen inhibitör ağrı yollarında anahtar nörotransmitterler serotonin ve noradrena-

lindir.²⁴ Benzer bulgular trisiklik antidepresanların ve serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörlerinin analjezik etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda da saptanmıştır.^{25,26}

Genel popülasyonda depresyon sıklığı %5-8 iken, kronik ağrılı hastalarda depresyon görülme sıklığı %22-78 arasında değişmektedir.²⁷ Daha kesin kriterlerin kullanıldığı ve yapılandırılmış görüşme tekniklerinin uygulandığı çalışmalarda bu oran %8 ile %50 arasında saptanmıştır.¹⁹ Bir meta analizde depresyonu olan hastalarda ağrı prevalansı %65 bulunmuştur.^{28,29}

Ağrısı olan hastalarda depresyon riski, ağrı semptomlarının sayısı ile ilişkili olarak artmaktadır. Bir yıllık takipte migren, baş ağrısı, sinüzit, sırt ağrısı yakınmalarıyla tedavi alan hastalarda depresyon görülme sıklığı iki kat daha fazla saptanmıştır.³⁰ Ağrı komponenti iki olduğunda, depresyon ortaya çıkışı altı kat artmaktadır.²⁴

Genellikle kronik ağrılı hastalarda süre uzadıkça depresyonun da ortaya çıkması beklenir. Ağrı süresi ile depresyon düzeyleri arasında korelasyon gösterilmiştir.³¹ Ağrı, ayrıca depresif epizotun uzamasına da katkıda bulunmaktadır.¹⁵

Ağrının sürekli olarak algılanması yanında, kişinin günlük aktivitelerinde ki kısıtlılığının da depresyona yakınlık oluşturduğu düşünülmektedir.³² Kronik ağrı çeken hastalarda depresyon bulgularının ortaya çıkması, ağrıya toleransı azaltmakta ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastada depresif duygudurum ile birlikte yaşama, görev ve sorumluluklara karşı ilgi kaybı izlenmektedir. Sadece depresyonu olan hastalara oranla depresyon ağrı birlikteliğinde iş kaybı iki kat artmaktadır. Kronik ağrı seyrinde oldukça sık rastlanan depresyon semptomları hastanın tedaviye uyumunu ve etkili tedaviyi oldukça zorlaştırmaktadır.³³

Toplam 3745 depresyon hastasının analizinde ağrı semptomu olanların sıklıkla daha genç, Afrika-Amerikalı ya da Hispanik, daha düşük eğitimli oldukları gösterilmiştir. Yine aynı çalışma da anksiyöz özellikler, irritabilite, sempatik uyarılmışlık, gastrointestinal sorunlar, düşük yaşam kalitesi ağrı yakınmalarıyla korele bulunmuştur.³⁴

Ağrının erken dönemde tanınıp tedavi edilmesi kişinin daha erken dönemde günlük yaşam aktivitelerine dönmesini, bu sayede yetersizlik duygusunun azalmasını, bağımlı yaşamaktan kurtulmasını ve sü-

renin uzamasına bağlı gelişebilecek depresif semptomların azalmasını sağlar.³⁵

Depresyonun ağrıdan sonra hastalık şiddetinin en önemli belirleyicisi olduğu ifade edilmektedir.³⁶ Orta dereceli ya da şiddetli ağrı, daha fazla depresif belirti ve daha kötü depresyon sonuçlarıyla ilişkili olmanın yanında, işlevselliği bozarak tedaviye dirence yol açmaktadır. Benzer olarak, ağrısı olan hastalardaki depresyon daha fazla ağrı yakınmaları ve daha çok yetersizlikle ilişkilidir.²²

Depresif duygudurumun ağrı yaşantısından çok, hastanın işlevsel durumu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kuch ve arkadaşları yaygın kasiskelet ağrısı olan 61 hasta ile yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyon şiddetinin, hasta tarafından bildirilen hastalık etkisi ve hekim tarafından ölçülen yeti yitimi puanları ile korele olduğunu bulmuşlardır.³⁷ Birçok çalışma; depresyonun, kronik bel ve boyun ağrıları, gerilim tipi baş ağrısı, migren, romatoid artrit, fibromiyalji ile yakın ilişkili olduğunu göstermektedir.^{4,18,19,38,39}

Tanısal Değerlendirmeler

Kronik ağrısı olan hastayı değerlendirmede öncelikli yaklaşım, var olması muhtemel organik patolojiyi araştırmak olmalıdır.⁴⁰ Ağrı yakınmasının başlangıcından itibaren ayrıntılı bir öykü alınmalıdır. Gereksiz tetkikten kaçınılmalı ayrıcı tanı için plasebo denenmemelidir.¹

Hastanın kişilik özellikleri, ağrı duyusuna yüklediği anlam ve yaşamını ne düzeyde etkileyeceği düşüncesi, aile, iş ve sosyal yaşam öyküleri ve son yaşam olaylarının bilinmesi değerlendirme ve tedavi modelini belirlemede yararlı olur.

Psikiyatrik spektrum içinde değerlendirilebilecek hastalar, genelde belirti kontrolüne dönük tüm tıbbi, cerrahi yöntemlere ısrarla başvururlar ve doktor doktor dolaşırlar. Ağrı ile baş edebilme ya da birlikte yaşamaya dönük çaba yerine, tüm tedavi sorumluluğunu hekime yüklemeye eğilimindedirler. Hasta rolünü sürdürmeye dönük dikkat çekici davranış ve reddedilmeye duyarlılık gösterirler. Hasta rolü ikincil kazanç olabilir. Kullanılan savunma düzenekleri inkar, akla uygunlaştırma, supresyon ve yansıtma. Ruhsal hastalığı bedensel yakınmalarla örtme, alkol-madde ve analjezik kötüye kullanımı depresyonu gizleyebilir. Depresif ağrı hastaları sıklıkla depresyonu ve depresif duygudurumlarını inkar ederek, kendilerinde depresyon olmadığını ve

bütün şikayetlerinin ağrıdan kaynaklandığını düşünebilirler.¹

Kronik ağrılı hastaya tedavi yaklaşımı

Kronik ağrı tedavisinde biyopsikososyal yöntemler kullanılır. Koordineli bir yaklaşım içinde, çoklu tedavileri içeren kapsamlı iyileştirme hizmeti alan kronik ağrılı hastalarda, disiplinler arası yaklaşımın faydasına ait kanıtlar gittikçe artmaktadır.⁴¹

Ekibin, hastanın beklentilerini göz önüne alması özellikle önemlidir. Birçok hasta, ağrısının dindirilmesi ve eski kapasitesine tam olarak geri dönmesi konusunda gerçekleştiremeyecek bir beklenti içinde olabilir. Vakaların çoğunda en gerçekçi tedavi amaçları; ağrının tamamen ortadan kaldırılması olmasa bile azaltılması, fiziksel işlevselliğin düzeltilmesi, duygudurum ve uyku gibi ilgili alanlarda gelişebilecek belirtilerin düzenlenmesi, aktif başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve işe geri dönüşü içerir.

Ağrısı olan bireye temel yaklaşım; ağrının kontrol edilebilen bir bulgu olduğu gerçeğini anlatmak olmalıdır. Kişiyi edilgen durumdan, ağrıyı kontrol etmede etkin konuma getirmek, ağrı hakkında ki genel yargı ve düşüncelerini değiştirmesini sağlamak önemlidir.¹

Bilişsel davranışçı terapiye erken dönemde başlanmalıdır.²⁴ Ümitsiz olarak algılanan durum yeniden ele alınıp zor, ancak bir miktar kontrol edilip, idare edilebilecek bir durum olarak gösterilebilir. Kronik ağrısı olan hastalar bilinçli ya da bilinçsiz olarak durumları ile ilgili olumsuz düşüncelerin tazimine uğramaktadır. Bu olumsuz düşünceler ağrı davranışının ve ümitsizlik düşüncesinin tekrarlanmasına yol açmaktadır. Kronik ağrıya uyumu sağlayacak başa çıkma teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırmanın önemli bileşenidirler. Yaşa, cinsiyete ve kişiye göre değişen baş etme mekanizmaları uygulanabilir.¹

Kronik ağrılı bireyin ağrı yoğunluğunun uzun süreli azaltılmasında ve fiziksel işlevselliğin düzeltilmesinde kullanılan çeşitli davranışsal yöntemler vardır. Hastalara diyafragma solunumu, progresif kas gevşetme, otojenik gevşeme, resim hayal etme ve düşünceyle gevşeme gibi çeşitli gevşeme stratejileri öğretilip, kullanmaları teşvik edilebilir.

Bilişsel-davranışçı yönelimli grup terapisi, hastaların ağrı ile ilişkili duygusal reaksiyonlarını

kontrol etmelerine yardımcı olur ve hastaların ortak olarak sahip oldukları bazı problem ya da endişelerini konuşma fırsatı verir. Kronik ağrı ailenin tüm bireylerini etkiler. Tedavi programına aile üyelerinin aktif katılımı, hastanın uzun dönem tedavi şansını yükseltir.²⁰

Bunun yanında kullanılan psikososyal tedavi yöntemlerinden, hastanın sosyal ortamının düzenlenmesi, sosyal destek grupları oluşturulması, stresle baş etme yollarının gösterilmesi, uğraşı terapileri, ağrı konusunda hasta eğitimi sayılabilir. Kronik ağrısı olan hastalar egzersizin önemli olduğunu bilmelidir.¹ Egzersiz ile olası mekanizma beyin derive nörotropik faktörün (BDNF) hipokampusta artışıdır. Bilindiği üzere BDNF'deki düşüşler stres, ağrı ve uykunun azalması ile ilişkilidir.⁴²

Kronik ağrının tedavisinde farmakolojik yaklaşım büyük yer tutar. Tedavide izlenecek yol, basamaklı ilaç tedavisinin uygulanmasıdır. Tedaviye önce opioid olmayan analjeziklerle başlayıp, daha sonra kuvvet derecelerine göre opioidleri kullanmak uygun olur. Kanser ağrıları dışında, bağımlılık ve tolerans gelişmesi gibi nedenlerden dolayı opioid kullanımı sınırlı tutulmalıdır. Madde kötüye kullanımı, majör psiki-yatrik bozukluk, birden fazla doktordan ilaç isteme, doz ayarlamasının kontrol edilememesi veya tedaviye uyumsuzluk öyküsü olanlarda opioid kullanımı kontrendikedir.⁴³

Kronik ağrının kontrolünde psikotrop ilaçların kullanımı da oldukça yaygındır.⁴⁴⁻⁴⁶ Antidepresanlar santral ve nöropatik ağrının değişik tiplerinde etkin olabilirler. Dual etkili antidepresanlar (Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI), Trisiklik Antidepresanlar (TCA)) düşük dozlarda başlanmalı ve yavaşça arttırılmalıdır. Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve benzodiazepinlerin etkinliği için çok az kanıt mevcuttur. 6-8 haftalık tedaviye rağmen yanıt alınmadığında augmentasyon gerekli olabilir. Pregabalin ve gabapentin analjezik etkileri olan antikonvulzanlardır. Dördüncü, beşinci ya da daha fazla ilacı eklemeyen önce klinisyenler tedavilerden bir kısmını kesmeyi düşünmelidirler. Ancak ilerleme kaydedilmiş SNRI ve TCA'ların kesilmeyeceği, etkinliğin zaman alacağı unutulmamalıdır. Hasta ilaçları tolere edemiyorsa sitokrom sistemi ve ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır.⁴⁴⁻⁴⁶

Çoklu tedavi kullanan hastalarda; tek ilaç kullanan hastalara göre psikiyatrik eş tanı sıklığı anlamlı

oranda daha yüksektir. Psikiyatrik eş tanı varlığının birden çok ilaç kullanılmasında belirleyici bir etken olduğu düşünülmüştür.³⁸ Ağrıyı arttırması, hastanın ağrı tedavisine uyumunu azaltması ve hastanın ağrı kesici ilaçları uygun olmayan şekilde kullanma olasılığını arttırması nedeniyle, bu hastalardaki depresyonun tanınması ve etkin biçimde tedavi edilmesi gerekir.⁴⁷

Ağrı tedavisinde plasebo uygulamaları, ağrının psikolojik yönünün olup olmadığının tespitinde değil, plaseboya yanıt veren grubun belirlenmesinde yararlı bir yaklaşımdır. Kanser ağrıları da dahil en şiddetli ağrılar da bile %20–40 plaseboya yanıt vardır. Plaseboya verilen yanıt psikopatoloji ile bağlantılı değildir. Uygunsuz plasebo uygulamasının hasta hekim ilişkilerini tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği unutulmamalıdır.¹

SONUÇ

Kronik ağrı, kişinin işlevselliğini etkileyen önemli bir sorun olmakla birlikte; neden ne olursa olsun hastalar genellikle psikiyatrist dışı hekimlere başvurma eğilimindedirler. Organik bir hastalık sonucu ağrı yakınması olan kişide önemli birtakım psikiyatrik bozukluklar, özellikle “depresyon” ortaya çıkabileceği gibi, ağrının nedeni psikiyatrik kökenli de olabilmektedir. Bu yüzden kronik ağrısı olan hastayı, psikolojik etmenleri göz önünde bulundurmadan tedavi etmeye çalışmak, kişinin hastalığını daha da artırabilmektedir. Böyle hastalar ayrıntılı bir psikiyatrik muayeneden geçirilmeli, psikolojik testler uygulanmalı ve eğer saptanırsa psikiyatrik bozukluk tedavi edilmelidir. Tedavide multidisipliner yaklaşım benimsenmeli, ağrının tamamen giderilmesi mümkün değilse de, fiziksel işlevselliğin düzeltilmesi, psikososyal destek unsurlarının geliştirilmesi ve başa çıkma becerilerinin artırılması hedeflenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1(2): 89-99.
2. Merskey H. Classification of chronic pain. Bogduk (eds): 2nd ed. IASP Task Force on Taxonomy, IASP Press, Seattle, WA, 1994.
3. Gonzales VA, Martelli MF, Baker JM. Psychological assessment of persons with chronic pain. NeuroRehabilitation 2000;14(2):69-83.

4. Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N. Kronik ağrılı hastalarda depresyon düzeyinin ağrı şiddeti ve süresi ile ilişkisinin araştırılması. New/Yeni Symposium Journal 2006; 44(4):178-81.
5. Dray A. Kinins and their receptors in hyperalgesia. Can J Physiol Pharmacol 1997;75(6):13-44.
6. Özkan S. Bel ağrısı, duygudurum, psikososyal ortamla ilişkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 5(Özel sayı):81-3.
7. Nevzat T. Low back pain'e psikosomatik yönden bir bakış. Aktüel Tıp Dergisi 1997; 11:550-5.
8. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. T Klin Psikiyatri 2001;2(1):36-42.
9. Postone N. Alexithymia in chronic pain patients. Gen Hosp Psychiatry 1986;8(3):16-37.
10. Mendelson G. Alexithymia and chronic pain: prevalence, correlates and treatment results. Psychother Psychosom 1982;37(3):154-64.
11. Okasha A, Ismail MK, Khalil AH, El Fikri R, Soliman A, Okasha T. A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients. Psychosomatics 1999; 40(3):233-8.
12. Lumley MA, Asselin LA, Norman S. Alexithymia in Chronic Pain patients. Compr Psychiatry 1997;38(3):160-5.
13. Dilbaz N, Özen AR, Ozan G, Güz H. Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbidite. In: Özkan M, ed. Konsültasyon-Liyasyon Psikiyatrisi 1996-1997, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1996.
14. Fernandez E, TurkDC. The scope and the significance of anger in the experience of chronic pain. Pain 1995;61(2):165-75.
15. Kerns RD, Rosenberg R, Jacob MC. Anger expression and chronic pain. J Behav Med 1994;17(1): 57-67.
16. Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş, Şahin G, Buturak V. Kronik ağrı hastalarında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13(2):72-7.
17. Benjamin S, Morris S, Mc Beth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population based study. Arthritis Rheum 2000;43(3):561-7.
18. Ataoğlu S, Özçetin A, Ataoğlu A, İçmeli C, Makarç S, Yağlı M. Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(4):223-6.
19. Aslan S, Nazlıel B. Gerilim tipi baş ağrısında anksiyete, depresyon düzeyleri ve tanılal değerlendirme. Yeni Symposium 2002;40(1):10-4.
20. Jamison NR. Treatment of chronic pain. In: Jacobson JL, Jacobson AM, eds. Psychiatric Secrets. Hanley&Belfus, Inc, 2006:389-95.
21. Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. Arch Gen Psychiatry 2003;60(1):39-47.
22. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. Br J Psychiatry Suppl 1996;(30):101-8.
23. Croft PR, Papergeorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain:

- evidence from a prospective study in the general population. *Spine* 1995;20(24):2731-7.
24. King SA. Pain Disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Textbook of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press. 1999:1003-24.
 25. Lynch M. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26(1):30-6.
 26. Fava M, Mallinckrodt C, Dekte M. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *J Clin Psychiatry* 2004;65(4):521-30.
 27. Haythornthwaite JA, Sieber WJ, Kerns RD. Depression and the chronic pain experience. *Pain* 1991;46(2):177-84.
 28. Bair MJ, Robinson RL, Katon W. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163(20):2433-45.
 29. Greist JH, Jefferson JW, Trivedi MH. Depression and pain. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(12):1970-8.
 30. Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *J Affect Disord* 2001;63(1-3):35-41.
 31. Wenzel HG, Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. A population study of anxiety and depression among persons who report whiplash traumas. *J Psychosom Res* 2002;53(3):831-5.
 32. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000;25(9):1145-56.
 33. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord*. 2006;92(2-3):185-93.
 34. Husain MM, Rush AJ, Trivedi MH, et al. Pain in depression: STAR*D study findings. *J Psychosom Res* 2007;63(2):113-22.
 35. Taylor ML. Ethical issues for psychologists in pain management. *Pain Med* 2001;2(2): 147-54.
 36. Wolfe F, Hawley DJ. Psychosocial factors and the fibromyalgia syndrome. *Z Rheumatol* 1998;57 Suppl 2:88-91.
 37. Kuch K, Cox B, Evans RJ, Watson PC, Bubella C. To what extent do anxiety and depression interact with chronic pain? *Can J Psychiatry* 1993;38(1):36-8.
 38. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163(20):2433-45.
 39. Öyekçin DG, Sarıkaya Ö, Duraklı M, Erol A. Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8(4):281-6.
 40. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan ağrı. *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul, 1993.
 41. Goldberg D. Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. *JAMA* 1987;257(20):2782-7.
 42. Russo-Neustadt AA, Alejandre H, Garcia C. Hippocampal brain-derived neurotrophic factor expression following treatment with reboxetine, citalopram, and physical exercise. *Neuropsychopharmacology* 2004;29(12):2189-99.
 43. Kelle İ. Ağrı tedavisinde alternatif ilaçlar. *Dicle Tıp Dergisi* 2006;33(3):192-200.
 44. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004;292(19):2388-95.
 45. Bahar RJ, Collins BS, Steinmetz B, et al. Double-blind placebo-controlled trial of amitriptyline for the treatment of irritable bowel syndrome in adolescents. *J Pediatr* 2008;152(5):685-9.
 46. Langemark M, Loldrup D, Bech P. Clomipramine and mianserin in the treatment of chronic tension headache: a double-blind, controlled study. *Headache* 1990;30(3):118-21.
 47. Holmgren A, Wise MG, Bouckoms AJ. Pain management. In: Wise MG, Rundell RJ, editors. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing 2002: 989-1013.