

# KRONİK PELVİK AĞRI VE PELVİK TABAN BOZUKLUKLARINDA PSİKİYATRİK SORUNLAR VE TEDAVİSİ

## PSYCHIATRIC PROBLEMS AND TREATMENT IN CHRONIC PELVIC PAIN AND PELVIC FLOOR DYSFUNCTION

Nazmiye YILDIRIM<sup>1</sup> , Mine ÖZKAN<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bolu, Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**ORCID IDs of the authors:** N.Y. 0000-0003-2279-2865; M.Ö. 0000-0002-2981-9541

**Cite this article as:** Yıldırım N, Ozkan M. Psychiatric problems and treatment in chronic pelvic pain and pelvic floor dysfunction. J Ist Faculty Med 2020;83(2):162-7. doi: 10.26650/IUITFD.2018.0020

### ÖZET

Kronik pelvik bozuklukların tanı ve tedavisi karmaşıktır ve hasta merkezli, multidisipliner yaklaşım gerekir. Bu süreçte, psikososyal etkenlerin rolünü anlamak, psikiyatrik sorunları değerlendirmek ve hastaların biyopsikososyal yardımını eşzamanlı ve eşgüdümlü almalarını sağlamak önemlidir. Bu derlemenin amacı, kronik pelvik ağrı ve pelvik taban disfonksiyonu olan hastaların psikiyatrik sorunlarına dikkati çekmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Pelvik bozukluklar, kronik pelvik ağrı, pelvik taban disfonksiyonu, psikiyatrik morbidite, tedavi

### ABSTRACT

The diagnosis and the treatment of chronic pelvic disorders is complex, and a patient-centered multidisciplinary approach is required. In this process, to understand the role of psychosocial factors and assess psychiatric problems is very important. Synchronized and coordinated biopsychosocial assistance must be given to the patient. The aim of this review is to highlight the psychiatric problems of patients with chronic pelvic pain and pelvic floor dysfunction.

**Keywords:** Pelvic disorders, chronic pelvic pain, pelvic floor dysfunction, psychiatric morbidity, treatment

### GİRİŞ

Kronik pelvik ağrısı ve pelvik taban disfonksiyonunu içeren pelvik bozukluklar geniş bir klinik yelpazeyi kapsar. Pelvis, göbük/göbük altı karın duvarı, lumbosakral veya kalçada lokalize, 6 aydan fazla süren fonksiyonel yetersizliğe neden olan ve medikal bakım ihtiyacı yaratacak kadar şiddetli sıklık olmayan bir ağrı olarak tanımlanan kronik pelvik ağrı, hiç de nadir olmayan, nedenleri ve yönetimi ile ilgili olarak aydınlatılmayı bekleyen bir sağlık problemi (1). İnkontinans (üriner/fekal), konstipasyonu, pelvik organ prolapsusunu ve cinsel problemleri içeren pelvik taban disfonksiyonu da yaygındır, insidansı yaşla beraber artmaktadır ve kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte iki cinsiyeti de etkilemektedir (2). Hem kronik pelvik ağrı,

hem de pelvik taban disfonksiyonu kompleks ve multifaktöriyel kökene sahiptir (1,2). Kişiyi biyopsikososyal olarak etkiler ve yaşam kalitesini düşürür (3-6).

Kronik pelvik ağrının ve pelvik taban bozukluklarının, özellikle bazı tiplerinin ortaya çıkışında psikososyal etkenlerin rolü ve bu sağlık sorunlarını yaşayan kişilerde psikiyatrik komorbidite yüksekliği, psikolojik yönün ihmal edilmemesi gerektiğini göstermektedir. Pelvik bozukluklarda psikiyatrik sorunlara ilişkin bazı çalışmaların sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Psikiyatri dışı kliniklere başvuran hastaların değerlendirilmesinde ve tedavisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi veya psikosomatik tıp, genel hastane ile psikiyatri

**İletişim kurulacak yazar/Corresponding author:** nazmiyekocaman@yahoo.com

**Başvuru/Submitted:** 05.10.2018 • **Revizyon Talebi/Revision Requested:** 13.05.2019 •

**Son Revizyon/Last Revision Received:** 14.05.2019 • **Kabul/Accepted:** 27.11.2019 • **Online Yayın/Published Online:** 13.02.2020

©Telif Hakkı 2020 J Ist Faculty Med - Makale metnine [jmed.istanbul.edu.tr](http://jmed.istanbul.edu.tr) web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2020 by J Ist Faculty Med - Available online at [jmed.istanbul.edu.tr](http://jmed.istanbul.edu.tr)

**Tablo 1:** Kronik pelvik ağrı ve pelvik taban bozukluklarında psikiyatrik sorunlar

Kaynak	Örneklem	Psikiyatrik sorunlar	Oranları
Miller-Matero ve ark. (2016) <sup>3</sup>	Kronik pelvik ağrısı olan kadınlar	Depresyon Anksiyete Öz geçmişinde depresif epizod varlığı İstismar öyküsü varlığı	%25,7 %38,6 %53,8 %44,9
Bryant ve ark. (2016) <sup>14</sup>	Kronik pelvik ağrısı olan kadınlar	Depresyon Anksiyete	%26,7 %53
Potts ve ark. (2001) <sup>22</sup>	Kronik pelvik ağrısı olan hastalar	Fonksiyonel somatik sendrom	%65
Vrijens ve ark. (2017) <sup>2</sup>	Pelvik taban disfonksiyonu saptanan hastalar	Depresyon Anksiyete	%20,3 %30,9
Stach-Lempinen ve ark. (2003) <sup>28</sup>	Urge tipte inkontinansı olan kadınlar	Major depresyon	%44
	Stres tipte inkontinansı olan kadınlar	Major depresyon	%17,5
Perry ve ark. (2006) <sup>29</sup>	Urge tipte inkontinansı olan kadınlar	Depresyon Anksiyete	%37,6 %56,6
Ghetti ve ark. (2010) <sup>35</sup>	Pelvik organ prolapsusu olan kadınlar	Depresyon	%22

arasında köprü vazifesi görmektedir. Bu disiplin; genel hastaneye başvuran, bedensel yakınmaları veya tıbbi hastalığı olan kişilere psikososyal bakım ve psikiyatrik tedavi hizmeti sunar. Böylece hastalar biyopsikososyal yardımı, eşgüdümlü ve eşzamanlı olarak alabilir (7,8). Pelvik bozuklukların tanı ve tedavisi, bütüncül, hasta merkezli ve multidisipliner yaklaşımı gerektirmektedir.

### Kronik pelvik ağrıda psikiyatrik sorunlar

Kronik ve tekrarlayıcı ağrı şikâyeti ile sıklıkla jinekoloji polikliniklerine başvuran hastalar sıklıkla ağrı lokalizasyonunu ve tarifini yapmakta zorlanırlar. Kronik pelvik ağrının patofizyolojisinde; nosiseptif ağrı, enflamatuar ağrı, nöropatik ağrı, psikojenik ağrı olabileceği gibi dört tipin birleşiminden oluşan karma tipte bir ağrı da olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bazı hastalarda ağrıyı açıklayacak herhangi bir sebep de bulunmayabilir. Kronik pelvik ağrının kliniğinin anlaşılması için pelvik somatik ve visseral yapıları innerve eden farklı nöronal yollar arasındaki etkileşimin bilinmesi gerekmektedir (1). Ruhsal sıkıntısını bedensel bir sorun olarak yaşayan hastalarda somatizasyon gibi somatoform bozukluğun diğer tiplerini akla getirmek gerekir. Ayrıca, depresif hastaların ağrı yakınması ile başvurabileceği ya da uzun süren ağrının depresyona yol açabileceği, aralarında çift yönlü ilişki olduğu bilinmektedir (7,9). Bu durumda, ağrının organik ya da psikolojik kökenli olarak ikiye ayrıldığı dualistik kavramlaştırmanın, tanı ve tedavide sorun yaratacağı söylenebilir. Etiyolojisi ne olursa olsun hasta ağrı duymakta ve yaşamaktadır (7). Sonuçta ağrı, nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnik, kültürel, dinsel, bilişsel ve çevresel boyutları olan karmaşık bir duyumdur (10). Kronik pelvik ağrı sorunu olan kişilerle yapılan çalışmalarda; hastaların depresyon,

anksiyete, somatizasyon, travma sonrası stres bozukluğunu içeren psikiyatrik komorbiditenin ve fiziksel/cinsel istismar öyküsünün üzerinde durulduğu görülmektedir.

Kronik pelvik ağrılı hastalarda kontrol grubuyla yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyetenin yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (11-13). Son yıllarda yapılan çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir. Miller-Matero ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, kronik pelvik ağrısı olan kadınların %25,7'sinde depresyon, %38,6'sında anksiyete riski tespit edilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme ile en sık bildirilen psikiyatrik semptomlar sırasıyla; uyku bozukluğu (%52,3), gerginlik (%52,3), yorgunluk (%44,9), iştah bozukluğu (%43,9), kaygı (%41,1), panik atak (%38,3), depresif duygudurum, sosyal kapanma, konsantrasyon güçlüğü (%36,4) olarak bildirilmiştir. Hastaların %53,8'inin öz geçmişinde depresif epizod, %44,9'unda istismar öyküsü bulunmuştur (3). Bryant ve ark. da kronik pelvik ağrısı olan kadınların %53'ünün orta veya ciddi düzeyde anksiyete, %26,7'sinin depresyon yaşadığını; depresyon semptomları ile ağrıya bağlı engellilik, ağrının felaketçi (katastrofik) algılanması ve öz-yeterlilik inançları arasında güçlü ilişki olduğunu bildirmiştir. Tedavi planında hastaların düşünce biçimlerini ve ağrı öz-yeterliliğini dahil ederek genişletmek gerektiği, sonuçların psikolojik sorunun işlevsellikte bozulmayı gösterdiği belirtilmiştir (14). Kronik pelvik ağrılı hastalarda yaşam kalitesinde azalmanın, işlevsellikte bozulmanın anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (2,13).

Kronik ağrının diğer biçimlerinden farklı olarak kronik pelvik ağrısı olan hastalarda cinsel istismar öyküsünün sıklığı dikkat çekicidir. Yapılan çalışmalarda, kronik pelvik ağrısı

olan kadınların en az yarısında fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olduğu, bu kadınların travma sonrası stres bozukluğu gelişme oranının yüksek olduğu bulunmuştur (12,15). Leserman ve ark. kronik pelvik ağrının yedi alt tipinde travma öyküsünün nasıl farklılaştığını incelediği çalışmada, yaygın abdominal/pelvik ağrısı olan hastalarda daha fazla travma ve ruhsal/fiziksel sağlık durumunun daha kötü olduğu sonucuna ulaşmıştır (16). Çocukluk ve yetişkin dönemde cinsel istismara maruz kalan kadınların, istismara uğramayanlara göre dismenore, dispareni veya kronik pelvik ağrı semptomlarının arttığı tespit edilmiştir (17). Kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda da, vajinal şikayetlerin, cinsel kaçınmanın, cinsel tatminsizliğin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca cinsel sorunların depresyon, anksiyete ve cinsel istismar öyküsü ile ilişkili olduğu ancak ağrı ve fiziksel şikayetler gibi somatik faktörlerle ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu hastalarda cinsel sorunların değerlendirilmesinde anksiyete ve depresyonun önemli faktörler olduğuna dikkat çekilmiştir (18). As-Sanie ve ark. tarafından kronik pelvik ağrılı kadınlarda depresif semptomlar, ağrı deneyimi ve fiziksel, cinsel istismar öyküsü arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada; ergen veya yetişkin dönemde cinsel istismar öyküsü ile ağrıya bağlı engellilik arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Eğitim düzeyinin, ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik ve depresyonla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak yaş ve eğitim kontrol edildikten sonra, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik dönemlerinde fiziksel veya cinsel istismarın ağrı şiddeti ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. İstismar öyküsünün ağrı deneyiminden ziyade, depresyonla daha güçlü ilişki içinde olduğu vurgulanmış ve demografik faktörlerin rolüne dikkat çekilmiştir (19).

Kronik pelvik ağrıda cinsiyete özgü farklılıklar da önemli olabilir. Naliboff ve ark. yaptıkları çalışmada, sağlıklı kontrollerle eşleştirilen erkek ve kadın kronik pelvik ağrı sendromu olan hastalarda mevcut ve yaşam boyu stresin yüksek düzeylerde olduğu, hastalıkla başetmede yetersiz oldukları, kognitif defisitlerin arttığı ve daha yaygın ağrı semptomları olduğu gösterilmiştir. Kadın hastalarda çocukluk çağında zorluklar daha belirgin, belirtiler daha yaygın olsa da, erkek ve kadın hastalarda benzer problemlerin olduğu sonucu bildirilmiştir (4). Kronik pelvik ağrılı erkek hastalarda yapılan 69 çalışmanın sistematik olarak gözden geçirildiği bir çalışmada, mevcut literatürün psikolojik ve sosyal boyut ile ağrı arasındaki ilişkiyi vurguladığı, psikiyatrik komorbiditenin incelendiği bildirilmiştir. Psikolojik boyutta, ağrının felaketçi algılanmasının semptom şiddetini etkilediğine dair güçlü kanıtlar tespit edildiği, stresin etkisi hakkında sonuçların tutarsız olduğu belirlenmiştir. Kişilik özellikleri hakkında çok az çalışma bulunmuştur. Sosyal boyutta, eşin tepkisinin ve sosyal etkileşimlerin önemli rol oynadığı, ağrıyı olumsuz etkilediği anlaşılmıştır. İncelenen çalışmaların çoğunluğunun, bu hastalarda kontrollere kıyasla depresyon prevalansının ve genel anksiyetenin artmış olduğuna dair kanıtlar ortaya koyduğunu,

travmatik deneyimlerin etkisine ilişkin ise sonuçların tutarsız olduğunu bildirmiştir. Diğer muhtemel eşlik eden hastalıkların somatoform bozukluklar olduğu ancak yeterince araştırılmadığı belirtilmiştir (5). Bu konuda biri ülkemizde olmak üzere yapılan iki çalışmada, sağlıklı kontrollere göre kronik pelvik ağrılı erkek hastalarda somatizasyon puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (20,21). Ayrıca, Çam Çelikel ve ark. ağrının algılanma şiddeti arttıkça, hem somatizasyon, hem de depresyon düzeylerinin arttığını göstermiştir (21). Başka bir çalışmada, pelvik ağrılı hastalarda %65 oranda fonksiyonel somatik sendrom saptanmıştır (22). Mevcut veriler, tedavi yaklaşımlarına sıklıkla yansımayan psikiyatrik hastalıkların önemini vurgulamaktadır. Birçok çalışmada bütüncül ve multidisipliner yaklaşımın en iyi yol olduğuna dikkat çekilmektedir. Riegel ve ark. psikiyatrik olmayan tedavi stratejilerinin neredeyse hiçbirinin, psikiyatrik komorbiditeyi azaltmadığını bildirmiştir (5). Psikososyal eksiklikleri gidermek için, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların daha iyi anlaşılmasına, tanı yöntemlerinin ve özel tedavi yaklaşımlarının, psikiyatrik müdahalelerin uyarlanmasına ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

#### **Pelvik taban disfonksiyonunda psikiyatrik sorunlar**

Pelvik taban disfonksiyonu olan hastalarda psikiyatrik komorbidite yeterince araştırılmamıştır. Vrijens ve ark. Pelvik Bakım Merkezine başvuran pelvik taban disfonksiyonu saptanan hastaların %30,9'unda anksiyete, %20,3'ünde depresyon riski saptamışlardır. Katkıda bulunabilecek diğer değişkenler kontrol altına alındığında depresyonun %12'si ve anksiyetenin %7,4'ünün doğrudan pelvik taban disfonksiyonu ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (2). İnkontinans ve pelvik organ prolapsusu olan hastalarda yapılan çalışmalar ayrı ayrı incelenmiş, benzer psikiyatrik sorunlar yaşadıkları görülmüştür.

İnkontinanslı kişiler utanma, kendini kusurlu ve eksik olarak görme, öz-güvende azalma, beden imajında bozulma gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Psikolojik iyilik hali azalmakta, cinsel yaşamları olumsuz etkilenmekte, sosyal izolasyon sıklıkla ortaya çıkmaktadır (23-25). İnkontinans ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi, zayıf ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (26,27). Bu sonuç inkontinansın stres, urge ve miks tipleri, inkontinansın şiddeti ve çalışılan popülasyonun yaşıyla ilişkili olabilir. Stach-Lempinen ve arkadaşlarının yaptığı prospektif bir çalışmada urge tipte inkontinansı olan kadınlardaki majör depresyon oranının (%44), stres tipte inkontinansı olanlara göre (%17,5) daha yüksek olduğunu saptamışlardır (28). Perry ve ark. urge inkontinansı olan kadınların çoğunda (%56,6) anksiyete ve üçte birinden fazlasında (%37,6) depresyon bildirmişlerdir (29). Geniş popülasyonda yapılan çalışmalar, depresyonun inkontinansın şiddetiyle ilişkili olduğunu göstermiştir (6). İnkontinans genç yaşta kişilerde daha fazla psikolojik sıkıntıya yol açma eğiliminde olduğu gibi (25), inkontinans sorunu yaşayan yaşlılarda sağlıklı yaşlılara göre depresyonun 2

kat (30), huzur evinde kalanlarda ise depresyonun 4,5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (31). Üriner inkontinansı olan kadınlar cinsel birleşme esnasında idrar kaçırmaktan korktukları için cinsel ilişkiden kaçınabilmektedirler ve bu durum hastaların %11 ile %45'inde bildirilmiştir (32).

İnkontinans gibi pelvik organ prolapsusu da kadınların yaşamını, beden imajını, cinsel fonksiyonlarını önemli ölçüde etkiler ve semptomların şiddetinin artması beraberinde psikoseksüel sorunların artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına yol açar (33,34). İlerlemiş pelvik organ prolapsusu için tedavi arayan kadınlarda depresyon prevalansı %22 olarak saptanmıştır. Ayrıca depresif semptomları olmayanlara göre, depresyon semptomları olan pelvik organ prolapsusu kadınların hem yaşam kalitesinin daha düşük, hem de prolapsusla ilgili semptomların daha kötü olduğu bulunmuştur (35). Pelvik organ prolapsusu olan kadınların yaşadığı emosyonel yükü ilgili Ghetti ve ark. tarafından yapılan kalitatif bir çalışmada da, kadınların psikolojik iyilik halinin pelvik taban semptomlarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (36). Pelvik organ prolapsusu ile beraber inkontinans varlığı cinsel fonksiyonda bozulmayı (%31-44) daha da artırmaktadır (37,38). Ayrıca, radikal pelvik cerrahi sonrasında da cinsel işlev bozukluğu devam edebilmektedir. Robotik cerrahi gibi yeniliklere rağmen halen az sayıda hastanın radikal prostatektomi sonrası normal ereksiyonunu devam ettirebildiği belirtilmektedir (39). Üriner inkontinans hastalarında cerrahi öncesi ve sonrası cinsel işlevi değerlendiren çalışmalar üzerinde yapılan bir meta-analizde, hastaların yaklaşık yarısında cinsel işlevde değişiklik olmadığı ve diğer yarısında da iyileşme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (40).

### Değerlendirme ve tedavi

Tanı ve tedavi sürecinde; hasta-hekim ilişkisi, semptomun ayrıntılı değerlendirilmesi, tüm sistemlere (gastrointestinal, ürolojik, jinekolojik, psikolojik, nörolojik, kas ve iskelet sistemi) ait öykünün alınması, gerekli konsültasyonların planlanması ve hastayla işbirliğinin devam ettirilmesi önemlidir. Birden fazla patolojinin birlikte bulunma ihtimali akılda tutulmalıdır. Bu konuda holistik yaklaşımla hazırlanmış, özellikle kronik pelvik ağrı klavuzları oldukça kapsamlı kaynaklardır. Psikososyal değerlendirmeye ve tedavisine yönelik olarak da öneriler yer almaktadır.

**Psikososyal ve psikiyatrik değerlendirme;** depresyon, anksiyete, somatizasyon, somatoform ağrı bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukları, ilaç ya da madde bağımlılığını, fiziksel ya da cinsel istismar öyküsünü (çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik dönemi), aile ya da evlilik problemlerini, cinsel problemleri, psikososyal stres faktörlerini ve başatma biçimini içermelidir (41). Psikososyal değerlendirme ve tedaviden fayda görecekt kadınları tanımlamada bazı sorular yardımcı olabilir: Ağrınız çalışma, ilişkiler, uyku, cinsel aktivite gibi fonksiyonlarınızı nasıl etkiliyor?, Ağrı duygu durumunuzu nasıl etkiliyor?, Huzursuzluk, gerginlik veya

üzüntü, çökkünlük hissediyor musunuz?, Hayatınızda ne kadar stres yaşıyorsunuz?, Az, orta, yüksek miktarda mı?, Eğer yüksek miktarda ise bunun ağrı ile ilişkisi var mı?, Hiç cinsel, duygusal veya fiziksel istismara maruz kaldınız mı?, Bu günkü yaşamınızı nasıl etkiliyor?, Şu an istismara maruz kalıyor musunuz?, Ağrı, istismar veya stres ile nasıl başa çıkıyorsunuz?, Size destek olan kişiler var mı?, Ağrı ile başa çıkmayla, stres yönetimiyle, depresyon tedavisiyle veya çözümlenmemiş istismar ile ilgili danışmanlık almakla ilgilenir misiniz?, Psikolojik tedavinin, medikal tedavinin yerine değil ona ilave edilmesinin başarıyı ve yaşam kalitesini arttırabileceği, acı çekmeyi azaltabileceği bilgisi verilmelidir (1). Bedensel semptomlar beklenenden daha yoğun, yaygın, şiddeti gün içinde ve yapılan aktivite ile değişmiyor, tedaviye yanıt kötü ise somatoform bozukluk akla gelmelidir (7,9). Hemen hemen her gün, gün boyu devam eden çökkün ruh hali, hayattan zevk alamama ya da ilgi kaybı başta olmak üzere çabuk öfkelenme, uyku ve iştahta değişim gibi belirtiler depresyonu düşündürmelidir. Öyküde psikiyatrik tanı varlığı araştırılmalıdır. Cinsel sorunlar hakkında konuşmakta çekimserlik yaşanabilmektedir. Hastaya cinsel hayatı hakkında herhangi bir sorusu/sorunu olup olmadığı şeklinde genel bir giriş ile başlayıp, daha sonra detaylı olarak ağrı/rahatsızlık hissi olup olmadığı sorulabilir. Bedensel semptomun nedeni hakkında hastanın kendi fikri, azaltan ve arttıran etkenler arasında psikososyal faktörlerin etkisi veya ağrının ortaya çıkmasının özel bir durumun etkili olup olmadığı sorulmalıdır.

**Tedavide,** psikotropoların yanı sıra bilişsel davranışçı ve psikodinamik terapiler kullanılabilir. Kronik ağrı tedavisinde trisiklik antidepressanlar depresyonda olduğundan daha hızlı etki gösterebilmekte ve sıklıkla bu ilaçların nispeten düşük dozları tedavide yeterli olmaktadır (42). Depresyonun tedavisinde özellikle yan etkilerinin daha az olması nedeniyle ön plana çıkan yeni ilaçlar arasında kronik ağrının tedavisinde de etkili bulunanlar ilk planda tetrasiklik antidepressanlar (amoksapin, maprotilin), seçici serotonin geri alım inhibitörleri (sitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertalin, fluvoksamin) ve seçici serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleridir (duloksetin, venlafaksin, milnasipran). Son yıllarda üzerinde durulan seçici serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü olan duloksetinin kronik ağrıdaki etkinliği hakkında yayımlanan bir derlemede 60-120 mg/gün dozlarında verildiğinde fibromiyalji ve periferik nöropatide ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu sonucu bildirilmiştir (43). Düşük dozda antipsikotik ilaçlar adjuvan bir analjezik olarak kronik ağrılı durumların tedavisinde uzun zamandır kullanılmaktadır. Nitekim bu konuda yürütülmüş randomize çift kör plasebo çalışmalarının bütününden çıkan sonuç, bu ilaçların akut ve kronik ağrılı sendromların tedavisinde ekleme tedavisi olarak etkili oldukları yönündedir (44). Anksiyete sonrası şiddetli ağrı alevlenmelerinin görüldüğü durumlarda anksiyolitik tedavi faydalıdır. Her ne kadar rahatlatma egzersizleri ve stres yönetimi anksiyete ve gerginliği azaltmada yardımcı olbilse de psikososyal

müdahalelerin faydasız olduğu durumda oral anksiyolitik ajanlar düşünülmelidir. Bu ajanları kullanırken, düşük dozda başlanması, orta-uzun etkili olanların tercih edilmesi ve kısa etkili olanlardan kaçınılması gerekir (1).

Kronik pelvik ağrısı olan kişilerde psikoterapinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Champaneria ve ark. kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda psikolojik müdahalelerin öz bildirimle dayalı ağrı skorları üzerinde etkisi olduğu yönünde henüz yeterli kanıt olmadığını bildirmiştir (45). Hastalara beden duruşu, nefes alıp-verme ve ağrıyı azaltmak için hareket etme biçimlerinin öğretilmesinin yanı sıra, hastaların bedenleriyle ilgili farkındalıklarının artmasına yönelik bilişsel yaklaşımın kullanıldığı Mensendieck Somato Kognitif tedavi yaklaşımı ile ağrıyı gidermeye çalışan araştırmacılar olumlu sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir (46). Son yıllarda yapılan çalışmalar da umut verici olabilir. Anderson ve ark. paradoksal relaksasyon ile birlikte pelvik tabanda tetik noktalarına değme yöntemi uyguladıkları hastalarda 6 aylık tedavinin sonucunda ağrının şiddetinde üç puanlık azalma olduğunu saptamışlardır (47). Sutar ve ark. beden ile zihin arasındaki dengeyi sağlama amacını taşıyan yoga-temelli müdahalelerin fonksiyonel ağrı sendromlarında genellikle niteliksel olarak etkili olduğunu bildirmiştir (48). Bu konudaki çalışmaların artmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

## SONUÇ

Kronik pelvik bozukluğu olan hastalarda psikolojik sorunların ve psikiyatrik bozuklukların yüksek olduğu, özellikle depresyon, anksiyete ve istismar öyküsünün değerlendirilmesinin gerekli olduğu görülmektedir. Ağrı yaşanmasını biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi olarak kavrayan biyopsikososyal ağrı modelinin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Pelvik bozuklukların tedavisinde hasta-merkezli yaklaşımla bireye yönelik bir tedavi planı oluşturulması ve multisipliner yaklaşımla ilgili disiplinlerin işbirliği, tanı ve tedavi sürecinin ilerlemesini sağlayabilir, kısır döngüye girmeyi engelleyebilir.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Çalışma Konsepti/Tasarım- N.Y., M.Ö.; Yazı Taslağı- N.Y.; İçeriğin Eleştirel İncelemesi- M.Ö.; Son Onay ve Sorumluluk- N.Y., M.Ö.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

**Peer Review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Conception/Design of Study- N.Y., M.Ö.; Drafting Manuscript- N.Y.; Critical Revision of Manuscript- M.Ö.; Final Approval and Accountability- N.Y., M.Ö.

**Conflict of Interest:** Authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** Authors declared no financial support.

## KAYNAKLAR

1. Oral E, Usta AT. Kronik Pelvik Ağrı, Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. Ankara, 2016;31-46, 165-70, 185-238.
2. Vrijens D, Berghmans B, Nieman F, van Os J, van Koeveeringe G, Leue C. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions-A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. *NeuroUrol Urodyn* 2017;36(7):1816-23. [CrossRef]
3. Miller-Matero LR, Saulino C, Clark S, Bugenski M, Eshelman A, Eisenstein D. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(2):349-54. [CrossRef]
4. Naliboff BD, Stephens AJ, Afari N, Lai H, Krieger JN, Hong B, et al Widespread psychosocial difficulties in men and women with urologic chronic pelvic pain syndromes: Case-control findings from the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain research network. *Urology* 2015;85(6):1319-27. [CrossRef]
5. Riegel B, Bruenahl CA, Ahyai S, Bingel U, Fisch M, Löwe B. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. *J Psychosom Res* 2014;77(5):333-50. [CrossRef]
6. Çelik DB, Beji NK. Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012;20(1):69-79.
7. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları. İstanbul, 1993;5-25.
8. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006;2(47):97-107.
9. Mete HE, Noyan A, Sertöz ÖÖ. Ağrının psikososyal yönü. *Ağrı* 2006;18(1):20-5.
10. Çeliker R. Kronik ağrı sendromları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005;51(Özel Ek B):B14-B18.
11. Reed BD, Haefner HK, Punch MR, Roth RS, Gorenflo DW, Gillespie BW. Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodinia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. *J Reprod Med* 2000;45(8):624-32.
12. Randolph ME, Reddy DM. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support, and abuse. *J Sex Res* 2006;43(1):38-45. [CrossRef]
13. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, Nogueira AA. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract* 2009;63(5):707-11. [CrossRef]
14. Bryant C, Cockburn R, Plante AF, Chia A. The psychological profile of women presenting to a multidisciplinary clinic for chronic pelvic pain: high levels of psychological dysfunction and implications for practice. *J Pain Res* 2016;16(9):1049-56. [CrossRef]
15. Meltzer-Brody S, Leserman J. Psychiatric comorbidity in women with chronic pelvic pain. *CNS Spectr* 2011;16(2):29-35. [CrossRef]



16. Leserman J, Zolnoun D, Meltzer-Brody S, Lamvu G, Steege JF. Identification of diagnostic subtypes of chronic pelvic pain and how subtypes differ in health status and trauma history. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(2):554-61. [\[CrossRef\]](#)
17. Jamieson DJ, Steege JF. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1408-12. [\[CrossRef\]](#)
18. ter Kuile MM, Weijenborg PT, Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *J Sex Med* 2010;7(5):1901-10. [\[CrossRef\]](#)
19. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210(4):317.e1-317.e8. [\[CrossRef\]](#)
20. Anderson RU, Orenberg EK, Chan CA, Morey A, Flores V. Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2008;179(3):956-60. [\[CrossRef\]](#)
21. Çam Çelikel F, Erdemir F, Celep AM, Elbozan Cumurcu B, Erkorkmaz Ü. Kronik Pelvik Ağrılı erkeklerde aleksitimi, depresyon ve somatizasyon. *Yeni Symposium Journal* 2009;47(2):70-5.
22. Potts JM. Chronic pelvic pain syndrome: a non-prostatocentric perspective. *World J Urol* 2003;21(2):54-6. [\[CrossRef\]](#)
23. Gündücü N, Özcan NK. Üriner inkontinanslı kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. *JAREN* 2016;2(1):16-23.
24. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2(2):1-14.
25. Weber AM. Epidemiology and psychosocial impact of pelvic floor disorders. In: Walters MD, Karam MM, editors. *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*. 3rd ed., Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007:44-54. [\[CrossRef\]](#)
26. Hung KJ, Awtrey CS, Tsai AC. Urinary incontinence, depression, and economic outcomes in a cohort of women between the ages of 54 and 65 years. *Obstet Gynecol* 2014;123(4):822-7. [\[CrossRef\]](#)
27. Addis IB. Social impact of urinary incontinence and pelvic floor dysfunction. In: Raz S, Rodriguez L, editors. *Female Urology*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008:69-73. [\[CrossRef\]](#)
28. Stach-Lempinen B, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, Metsänoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn* 2003;22(6):563-8. [\[CrossRef\]](#)
29. Perry S, McGrother CW, Turner K; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model. *Br J Health Psychol* 2006;11(Pt 3):463-82. [\[CrossRef\]](#)
30. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care* 2005;11(4 Suppl):S103-11.
31. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):321-9. [\[CrossRef\]](#)
32. Rogers GR, Villareal A, Kammer-Doak D, Qualls C. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12(6):361-5. [\[CrossRef\]](#)
33. Kenton K, Mueller ER. The global burden of female pelvic floor disorders. *BJU Int* 2006;98(Suppl 1):1-7. [\[CrossRef\]](#)
34. Sacomori C, Cardoso FL. Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: a secondary analysis. *J Sex Med* 2015;12:746-55. [\[CrossRef\]](#)
35. Ghetti C, Lowder JL, Ellison R, Krohn MA, Moalli P. Depressive symptoms in women seeking surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2010;21(7):855-60. [\[CrossRef\]](#)
36. Ghetti C, Skoczylas LC, Oliphant SS, Nikolajski C, Lowder JL. The emotional burden of pelvic organ prolapse in women seeking treatment: A qualitative study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2015;21(6):332-8. [\[CrossRef\]](#)
37. Stoutjesdijk JA, Vierhout ME, Spruijt JW, Massolt ET. Does vaginal reconstructive surgery with or without vaginal hysterectomy or trachelectomy improve sexual well-being? A prospective follow-up study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(2):131-5. [\[CrossRef\]](#)
38. Ozel B, White T, Urwitz-Lane R, Minaglia S. The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(1):14-7. [\[CrossRef\]](#)
39. Başbüyük İ, Armağan A. Radikal pelvik cerrahi sonrası erkek cinsel sağlığı. *Androloji Bülteni* 2016;18(66):170-6.
40. Jha S, Ammenbal M, Metwally M. Impact of incontinence surgery on sexual function: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2012;9(1):34-43. [\[CrossRef\]](#)
41. Singh MK. Chronic pelvic pain in women. [www.medscape.com](http://www.medscape.com), Updated: Dec 4, 2012.
42. Guay DRP. Adjunctive agents in the management of chronic pain. *Pharmacother* 2001;21(9):1070-81. [\[CrossRef\]](#)
43. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3(1):CD007115. [\[CrossRef\]](#)
44. Seidel S, Aigner M, Ossege M, Pernicka E, Wildner B, Sycha T. Antipsychotics for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;29(8):CD004844. [\[CrossRef\]](#)
45. Champaneria R, Daniels JP, Raza A, Pattison HM, Khan KS. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91(3):281-6. [\[CrossRef\]](#)
46. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Klemmetsen I, Malt UF. Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: results of a randomized controlled intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(5):1303-10. [\[CrossRef\]](#)
47. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Nathanson BH, Nevin Smith J. Equal improvement in men and women in the treatment of urologic chronic pelvic pain syndrome using a multi-modal protocol with an internal myofascial trigger point wand. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2016;41(2):215-24. [\[CrossRef\]](#)
48. Sutar R, Yadav S, Desai G. Yoga intervention and functional pain syndromes: a selective review. *Int Rev Psychiatry* 2016;28(3):316-22. [\[CrossRef\]](#)