



# Kronik ağrıda psikiyatrik değerlendirme

## Psychiatric assessment in chronic pain

Hayriye Elbi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Kronik ağrıda ruhsal değerlendirme, ağrıda tıbbi olmayan etkenleri ayırt etme ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları tanıma açısından önemlidir. Bu makalede, kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi bio-psikososyal yaklaşımla anlatılmıştır. Ayrıca, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle birlikte, kronik ağrıya yatkınlık, bozulmuş kognisyon ve davranışlar tartışılmış; psikiyatrik değerlendirme araçları, işlevsellik, başa çıkma ve ağrıda psikolojik etmenler gözden geçirilmiş; depresyon, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, psikojenik ağrı bozukluğu, somatik semptom bozukluğu gibi psikiyatrik ko-morbiditeler açıklanmış; psikiyatrik değerlendirmede kullanılabilecek testler kısaca tanıtılmış, psikolojik etiyojoloji ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar gözden geçirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** kronik ağrı; psikiyatrik değerlendirme; psikolojik etmenler

Psychiatric assessment in chronic pain is important for differentiating non-medical courses in pain and to recognize psychiatric co-morbidities. In this review, comprehensive pain evaluation is explained, based on bio-psycho-social assessment. Vulnerability for chronic pain, distorted cognitions and behaviors are also discussed besides biological, psychological and social factors. Psychiatric assessment tools, functioning, coping and psychological factors in pain are reviewed. Psychiatric co-morbidities, such as depression, anxiety disorders, sleep disorders, psychological pain syndrome, somatic symptom disorder are explained. Also, tests that could be used for psychiatric evaluation are introduced briefly, and psychological etiology and co-morbid psychiatric disorders reviewed.

**Key words:** chronic pain; psychiatric assessment; psychological factors

**K**ronik ağrı hastasının multidisipliner değerlendirmesi, nedenleri ve sonuçları çok boyutlu olan bu durumu anlamamızda ve gerekli tedaviyi planlamamızda önemlidir. Ağrı, bedensel bir tehdidin habercisi olarak başlasa da, kronikleştikçe algısal boyut azalır ve bilişsel yönler güçlenir; buna bağlı eşlik eden ruhsal bozukluklar gelişebilir, yaşam kalitesi düşer; kişiler kronikleşen ağrıya yeni uyumlar ve yeni yaşam tarzları geliştirir.

Ağrı hastası ile çalışan hekim, ağrı değerlendirmesinde hastanın yakınmasının, buna neden olan tıbbi patoloji ile ne kadar ilgili olduğunu anlamayı ister. Bunun için de, ağrıya normal yanıtın ne olduğunu anlaması, sonra da herhangi bir nedenle başlayan ağrıya psikiyatrik bozuklukların eşlik edebileceğini veya ruhsal durumun ağrının kronikleşmesine katkıda bulunabileceğini hatırlaması gerekir. Ağrının algılanması, şiddeti ve kronikleşmesinde, ruhsal, sosyal ve kültürel özellikler

önemli rol oynar. Kronik ağrının değerlendirilmesi, tüm bu boyutları dikkate alarak yapılmalıdır.<sup>[1]</sup>

### AĞRIYA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Ağrının 2000'lerde, beşinci yaşamsal belirti olarak tartışılmaya başlanmasından bu yana, önemi daha fazla hatırlanarak değerlendirilmektedir. Ağrının psikiyatrik değerlendirmesinde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile, ağrının kronikleşmesi açısından risk taşıyan özellikler ayrı ayrı ele alınmalıdır. Algısal bir olay ve dokuya yönelik bir tehdit ile başlayan ağrı önemli koruyucu sinyalimiz iken; farklı çevresel, kültürel ve sosyal özelliklerin, kişisel yatkınlıkların devreye girmesi ile, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, bazen de günlük yaşamı dayanılmaz hale getiren bir boyuta gelebilir. Ağrının bir bütün olarak değerlendirilmesi, iyi hekimlik ve başarılı tedavi düzenlemede yolumuzu açan bir anahtar olabilir.<sup>[2]</sup>

Ağrı çeken bir hasta, ilk aylarda (0-2) iyileşmeyi umar ve o kişi için ruhsal değerlendirme testleri her zamanki gibidir. Sub-akut dönemde (2-6 ay), anksiyete ve somatik yakınmalar görülmeye başlanır; kronik evrede (6 ay - 8 yıl) hasta umudunu kaybetmeye başlar, ağrı nevrozu, ağrıya yatkın hasta, bel-sırt ağrılı hasta gibi tanımlamalarla anlatılan, kronik ağrı hastalığı belirtileri gözlenir. Sub-kronik evre ise (3-12 yıl) uyum ve hedeflerin değiştiği, hipokondriasis gibi özelliklerin kemikleştiği dönemdir.<sup>[3]</sup>

## BİYO-PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Biyo-psikososyal yaklaşım, bir durumu ortaya çıkaran biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri dikkate alarak, nedenleri anlama ve olası tedavi planlarını düzenlemeyi sağlar. Ağrı biliş ve duygularımız, ağrının şiddeti, rahatsız etme düzeyi ve verdiğimiz tepkileri etkiler. Ağrının kötü bir sinyal olduğu düşüncesi güçlü olan ve bedenine yönelik dikkati fazla olan bir kişi, daha çok inleyebilir, şikayet edebilir ve önlem olarak hareketliliğini azaltabilir. Sosyal çevre de bu endişeye katılırsa, organik nedene yönelik rehabilitasyon aksayabilir ve artan hareket kısıtlılığı ile biyolojik durum kötüleşebilir. Ya da tam tersi; ağrı eşiği yüksek, toplumsal olarak dayanma, güçlü olma kavramlarına çok bağlı olan bir hasta, bu sinyali görmezden gelip, düzeltilebilecek bir biyolojik nedenin atlanmasına neden olabilir.<sup>[4,5]</sup>

## AĞRININ ALGI VE TEPKİSİNDE BİYO-PSİKOSOSYAL ETKENLER

- **Sosyal:** aile, arkadaşlar, iş, kültürel, sosyal çevre.
- **Psikolojik:** kişilik özellikleri; geçmişteki ya da şimdiki psikiyatrik bozukluk; öfke, anksiyöz-depresif mizaç, dayanıklılık, kişisel etkinlik.
- **Biyolojik:** lezyonun yeri; ağrının şiddeti, yeri, niteliği ve sürekliliği.

## Çevresel ve Sosyal Etmenler

Tıbbi olarak çok önemseydiğimiz bir bulgu olması karşın; ağrı, somut göstergeleri olmadan, sözel ve davranışsal biçimde ifade edilir. Hastaya, ağrının ne kadar duyulduğu ve anlaşıldığını diğerlerinin tepkileri de gösterir. Ağrı ifadesine ilgisiz kalındığı düşüncesi olursa, hasta ifadesini güçlendirir ve sıklığını artırır. Bu durum hastaların başına, tıbbi ortamlarda, yoğun yaşantıları olan ailelerde geldikçe; hasta ağrısını fark ettirmek, yeterli ilgi ve tepkiyi görebilmek için ağrısını daha yüksek sesle, daha sık ve daha şiddetle anlatacaktır. Ağrı davranışını, ya ilgisizlik ya da aşırı ilgi pekiştirir ve destekler; hasta ile çevresi ve tıbbi personel

arasındaki ilişkide gerilim, öfke, anlaşılama ve ulaşamama duygusunu artırır. Anlaşamadığını ya da duyulmadığını düşünen hasta, daha çok inlemeye, daha hareketsiz kalmaya, daha öfkeli olmaya başlar.

Ağrı davranışını anlayabilmek için; kişinin ailesi, arkadaşları, iş arkadaşları ile ilişkilerini, işlevselliğini, yaşam doyumunu bilmek, emeklilik, maddi beklenti, yasal sorunlar varsa bunların ağrıyı etkileyebileceğinin farkında olmak gerekir. Bu da, daha doğru ve geçerli bir ağrı değerlendirmesi yapabilmemizi sağlar.<sup>[6,7]</sup>

## Kültürel İnançlar ve Tutumlar

Ağrılı hasta, bu deneyimine ilişkin inançlar geliştirir. Ağrı süresi uzadıkça ‘iyileşmeyeceği’, ‘ağrının henüz anlaşılmayan bir nedenle olduğu’ veya ‘sadece ameliyat ya da bir araçla iyileşebileceği’ gibi hatalı inançları olabilir. Bu inançlar, hastanın ağrı algısını, tedaviye yanıtını ve uyumunu etkiler. Eğer sorumluluk dış odaklı ve beklenti dışındaki kişinin (hekimin) bir şeyler yaparak mucizevi bir iyileşme sağlayacağı yolunda ise; rehabilitasyon çalışmalarına hastanın katılımı düşük, hekimden beklentileri yüksek ve gerçek dışı olacaktır. Yüksek beklentiler, yapılacak müdahalenin başarılı ya da varsa sağlanan başarının sürekli olmasına engeldir.

Bedenlerine yönelik seçici dikkatleri yüksek ve dramatik yapıda kişiler, ağrıyı aşırı şiddetli, mahvedici algılamaya yatkındır; katastrofik ağrı algısı, tedaviye yanıt için olumsuz prognoz göstergesidir.<sup>[8,9]</sup>

## Kronik Ağrıya Yatkınlık

Kronik ağrı hastalarında öfke ve anksiyete çok araştırılmış, bu iki duygunun ağrı eşiğinde düşme ve yüksek ağrı bildirmeye paralel olduğu gözlenmiştir. “Somatik semptom bozukluğu” ya da “psikojenik ağrı bozukluğu”nda; ağrı ile birlikte endişe, gerilim, engellenmeye tahammülsüzlük, bu tanıların ek göstergeleri olabilir.

## Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar ve Değerlendirme

Hasta, psikiyatrik değerlendirmeye ‘Ağrı gerçek değil’ ya da Bir şeyin yok gibi önyargılarla gönderildiğini düşünebilir. Hasta ile görüştüğü kişi arasında işbirliği oluşturmak, güven geliştirmek, onun tarafında ve yararına bir anlayış içinde olunduğunu hastaya hissettirmek önemlidir. Ağrı hastasında ilk psikiyatrik değerlendirme, hastanın rahat ettiği bir ortamda, hastaya uygun bir zamanda yapılabilirse, daha fazla işbirliği ve daha geçerli bir anlayış geliştirilebilir.<sup>[10-12]</sup>

**Sorularımız;**

- Hastanın ağrısı ve tıbbi durum uygun mu?
- Durumu destekleyen ve desteklemeyen bulgu ve testler nelerdir?
- Geçmişte psikopatoloji var mı?

ile başlar. Hastanın bugünkü durumu ve beklentilerini anlayıp bir tedavi planı geliştirerek biter. Psikopatolojiyi araştırırken, ağrıda en sık görülen ruhsal bozukluklar önceliklidir.

**Uyku bozuklukları**

Ağrı kronikleştikçe, dissomni denilen uykusuzluk (insomni) veya fazla uyku (hipersomni) görülme oranı artar. İnsomni, en sık görülen uyku sorunudur. Uykunun süresinin ve kalitesinin bozulması; dinlendirmeyen uyku, uyuyamama ve uykuda bölünme şeklinde olabilir.

**Depresyon**

Üzgünlük, karamsar duygular ya da hayata karşı ilgi ve isteğin kaybolması kapı tanı kriterlerinden en az birisinin olduğu, uyku, iştah, fiziksel hareketlilikte artma veya azalma, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, enerjisizlik, ölüm ve bazen intihar düşüncesi belirtilerinden en az beşi iki hafta süre ile ve günlük yaşamı etkileyecek düzeyde ise, depresyon tanısı koyulabilir ve antidepresan tedavi önerilir.

**Anksiyete bozuklukları**

En yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardır. Korku ve endişe hali ile birlikte çarpıntı, terleme gibi fizyolojik duyumların fark edilmesi ve seçici dikkatin bu alanlarda artması ile birlikte. “Panik bozukluk”, “yaygın anksiyete bozukluğu” ve “travma sonrası stres bozukluğu” birer anksiyete bozukluğudur. Anksiyete, tedaviye uyumu ve tedavi yanıtını çok etkiler.

**Psikojenik ağrı bozukluğu**

Açıklanabilir bir tıbbi nedene bağlanmayan, bir ya da daha fazla bölgede, günlük yaşamı etkileyecek düzeyde ağrı olması.

**Somatik semptom bozukluğu**

Kişinin bilinçli olarak farkında olmadığı ruhsal nedenlerle bedensel yakınmaların ortaya çıkmasıdır. Ağrı da bu belirtilerden biri olabilir.

**Konversiyon bozukluğu**

Bilinç dışı mekanizmalar ile, tıbbi bir neden olmadan motor veya duysal bir işlev kaybıdır. Kişi, bunun nedeninin farkında değildir.

**Temaruz**

Kişinin bir çıkar elde etmek için (istirahat almak, as-kere gitmemek, tazminat davası kazanmak gibi) bile-rek bir durumu, bir hastalığı taklit etmesidir.<sup>[13]</sup>

Konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve temaruz, psikiyatri dışı değerlendir-melerde sık kullanılabilir. Bu tanıları koymak için tıbbi nedenlerin dışlanması çok önemlidir ve önce-lik tıbbi nedenlerdedir.

Psikiyatrik bozukluklar, kronik ağrıya sık eşlik eder. Uyku bozuklukları, gerginlik, hırçınlık ve yor-gunluk yaşam kalitesini bozabilir. Ayrıca, depresyon ve anksiyete bozuklukları kronikleşen ağrıya bağlı gelişebilir. Örneğin; depresif bozukluk oranı, ağrısı olmayan kişilerde %5-10 iken, ağrı kliniklerinde %52, ayaktan sağlık merkezlerinde %27 olarak bu-lunmuştur. Ağrısı olmayan hastalarda %14 olan ki-şilik bozuklukları, kronik ağrı hastalarında %48-50 oranında bulunmuş, ayrıca konsantrasyon ve bellek sorunları tanımlanmıştır. Bunlara bilişsel bozukluk-lar da eklenebilir. Bir psikiyatrik bozukluk tanısı ko-nulduğunda, intihar düşünceleri ve psikotik belirti de gözlenirse, mutlaka hemen psikiyatri konsültas-yonu istemek gerekir.<sup>[14-17]</sup>

**Değerlendirme Araçları**

Sorularımızı belirlediğimizde, uygun değerlendir-me araçlarını seçebiliriz. Ağrı şiddet, nitelik ve dağılı-mını Görsel Ağrı Skalası (VAS), McGill-Melzack Ağrı Testi gibi araçlarla değerlendirdiğimiz gibi; depres-yon, anksiyete, uyku sorunları için de Türkçe’ye çevi-risi yapılmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları olan değerlendirme araçları kullanmak yararlı olacaktır. Depresyon için Beck Depresyon Envanteri (21 soru, öz bildirim), Zung Skalası, Anksiyete için Süreklilik ve Durumluk (STAI, TAI) gibi araçları kullanabiliriz. SCL-90-R, 90 maddelik psikiyatrik belirti tarama testidir. Öz bildirimdir ve somatizasyon, obsesivite-kompulsivite, anksiyete, paranoid düşünce ve psiko-tizm boyutlarında tarama yapan sık kullanılan bir testtir. Ağrıda yeti yitiminin önemini de dikkate alır-sak; yeti yitimi değerlendirilmesi önemlidir. Bunun için, Dünya Sağlık Örgütü yeti yitimi testleri kulla-nılabilir.<sup>[18-21]</sup>

Elektronik ağrı değerlendirme sistemleri, ağrı değer-lendirmesinde yerini almayı bekleyen standart değer-lendirme olanağı veren bir seçenektir. Ağrı kontrolü-nün var olan elektronik kayıt sistemlerine entegrasyo-nu, daha iyi ağrı değerlendirmesi, dolayısı ile daha iyi bir tedavi planlaması sağlayabilir. Mobil uygulamalar yaygınlaştıkça, bu sistem ile ağrı değerlendirmesi de önem kazanmaktadır. Mobil uygulamaların kayıt için

yararlı bulunmuş olmasına karşın, bu programları kullananlarda daha fazla aktiflik ve daha çok yaşama katılma gözlenmemiştir.<sup>[22,23]</sup>

## KLİNİK UYGULAMA

Ayrıntılı ve ölçeklerle yapılan değerlendirmeler, hastanın ağrısına dikkatimizi çeker ve izlemi somut kanıtlarla yapabilmemizi sağlar. Birçok farklı alanın değerlendirilmesi ise, farklı tedavi modellerini önerebilme şansı tanımaktadır. Ağrı şiddeti, fiziksel işlevlere etkisi, emosyonel özellikleri, hastanın genel iyileşme değerlendirmesi, eşlik eden belirtiler, tedavi yan etkileri ve hastanın tedaviye devamı kaydedilmelidir.

## SONUÇ

Kronik ağrı ile ilgili çalışmalarda, altı alanın değerlendirmesinin gerekli olduğu konusunda fikir birliği vardır:

- 1) ağrı,
- 2) fiziksel işlevsellik,
- 3) ruhsal durum,
- 4) hastanın tedavide ilerlemesi ve memnuniyetinin değerlendirilmesi,
- 5) belirtiler ve yan etkiler,
- 6) hastanın tedaviye bağımlılığı veya erken ayrılma nedenleri.

Tüm bu alanlarda etkinlik, tedavi etkinliği için gerekli göstergeler olarak kabul edilmiştir.<sup>[24]</sup>

Kronik ağrı, ruhsal etkenleri de içerir ve ağrının bütüncül değerlendirmesi psikiyatrik sorunlara değinmez ise hasta değerlendirmesi eksik kalır. Psikiyatrik durum; katkıda bulunabilecek ruhsal nedenler ve eşlik eden psikiyatrik tanılar olmak üzere iki düzlemde-dir. Ağrının kronikleşmesine katkıda bulunan ruhsal özellikler tanınırsa, risk faktörlerini tanıma ve kronikleşmeye karşı önlem almada işe yarar. Eşlik eden psikiyatrik tanıların göz önüne alınıp tedavi edilmesi, hastanın yaşam kalitesini geliştirir ve tedavi başarısını artırır.

## KAYNAKLAR

1. Dahl JL, Saeger L, Stein W, Huss RD. The new JCAHO pain assessment standards: implications for the medical director. *J Am Med Dir Assoc* 2000;1(6 Suppl):S24-31.
2. Hendler N, Long D, Wise T, editors. *Diagnosis and Treatment of Chronic Pain*. Littleton, Massachusetts: Wright-PSG Publishing Company Inc.; 1982.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care Education, and Research*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
4. Williams DA. The importance of psychological assessment in chronic pain. *Curr Opin Urol* 2013;23(6):554-9. [Crossref](#)
5. Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron* 2007;55(3):377-91.
6. Campbell CM, Edwards RR. Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Manag* 2012;2(3):219-30.
7. Merry B, Campbell CM, Buenaver LF, McGuire L, Haythornthwaite JA, Doleys DM, Edwards RR. Ethnic Group Differences in the Outcomes of Multidisciplinary Pain Treatment. *J Musculoskelet Pain* 2011;19(1):24-30.
8. Turner JA, Jensen MP, Warmes CA, Cardenas DD. Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain* 2002;98(1-2):127-34.
9. Edwards RR, Mensing G, Cahalan C, Greenbaum S, Narang S, Belfer I, Schreiber KL, Campbell C, Wasan AD, Jamison RN. Alteration in pain modulation in women with persistent pain after lumpectomy: influence of catastrophizing. *J Pain Symptom Manage* 2013;46(1):30-42. [Crossref](#)
10. Tang NK, Salkovskis PM, Hodges A, Wright KJ, Hanna M, Hester J. Effects of mood on pain responses and pain tolerance: an experimental study in chronic back pain patients. *Pain* 2008;138(2):392-401. [Crossref](#)
11. Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer T. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine - which goes first? *Spine (Phila Pa 1976)* 1993;18(1):66-71.
12. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;27(5):E109-20.
13. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
14. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163(20):2433-45.
15. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Wang JL, Jetté N, Sajobi TT, Fiest KM, Bulloch AG. Patterns of association of chronic medical conditions and major depression. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016;1-9. [Epub ahead of print]
16. Cheatle MD, Foster S, Pinkett A, Lesneski M, Qu D, Dhingra L. Assessing and Managing Sleep Disturbance in Patients with Chronic Pain. *Anesthesiol Clin* 2016;34(2):379-93. [Crossref](#)
17. Geisser ME, Strader Donnell C, Petzke F, Gracely RH, Clauw DJ, Williams DA. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics* 2008;49(3):235-42. [Crossref](#)
18. Jensen MP, Karoly P. Self-Report Scales and Procedures for Passing Pain in Adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of Pain Assessment*, 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2011. p.19-41.
19. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987;30(2):191-7.
20. Spielberger CD, Rickman RL, Eisenberg P, Kielholz P, Pancheri P, Racagni G. Assessment of state and trait anxiety. *Anxiety: psychobiological and clinical perspectives*. Washington: Hemisphere/Taylor and Francis; 1991. p.69-83.
21. Spielberger CD. STAXI-2: State-Trait Anger Expression Inventory -2. Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources (PAR), Inc.;1999. p.94.

22. Jamison RN, Mei A, Ross EL. Longitudinal trial of a smartphone pain application for chronic pain patients: predictors of compliance and satisfaction. *J Telemed Telecare*; 2016. [Epub ahead of print] [Crossref](#)
23. Taylor S, Allsop MJ, Bekker HL, Bennett MI, Bewick BM. Identifying professionals' needs in integrating electronic pain monitoring in community palliative care services: An interview study. *Palliat Med* 2016. [Epub ahead of print] [Crossref](#)
24. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, Cleeland C, Dionne R, Farrar JT, Galer BS, Hewitt DJ, Jadad AR, Katz NP, Kramer LD, Manning DC, McCormick CG, McDermott MP, McGrath P, Quessy S, Rappaport BA, Robinson JP, Royal MA, Simon L, Stauffer JW, Stein W, Tollett J, Witter J. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2003;106(3):337-45.