

KRONİK AĞRIYA PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

Aysu K. TİHAN, Işın BARAL KULAKSIZOĞLU*

“Gönül ağrıyınca beden de ağrır”

Ağrı kavramı; ifadesiyle, oluşumuyla, yayılımıyla ve sembolize ettikleri ile birlikte bize, hasta-hekim etkileşiminin önemini de gösterir. Bu nahoş yaşantıyı doğru değerlendirmek ve hastaya yardımcı olabilmek her zaman kolay değildir. Hatta hekimler olarak, bize yol gösterdiği, zaman zaman hastanın hayatını kurtardığı için ortaya çıkmasına minnettar olduğumuz bir semptomdur. Ayrıca, ağrı halen en sık sağlık kuruluşlarına başvuru gerekçesini oluşturmaktadır. Bu yazıda ele alınan kronik ağrılar ve psikiyatrik etkileşimlerin daha iyi anlaşılması için 2 örnek vaka sunmak istiyoruz;

VAKA 1;

37 yaşında, evli ve bir oğlu olan, yüksek okul mezunu, doğudaki bir ilde banka görevlisi olarak çalışan kadın hasta, “artık ağrı çekmeye dayanamadığı” şikayetiyle kliniğimize başvurdu. 7 yıldır FMF tanısı vardı ve bu nedenle kolşisin kullanmaktaydı. 2 yıldır da buna fibromiyalji tanısı eklenmişti. Ağrılarının tüm vücudunda, başında, sırtında, boynunda, karnında, dizlerinde olduğunu ve hiç ara vermeden tüm gün sürdüğünü ifade ediyordu. Romatoloji bölümünde kendisini izleyen doktor, hastanın ağrılarını bu rahatsızlıkların yeterince açıklamadığı kanaatindeydi. Baş ağrısı altında ve başının tepe bölgesinde iki yanlı sıkıştırıcı tarzdaydı. “Ağrıları çekme gücüm yok, halsizim ve ağrı yüzünden çok sıkılıyorum” diyordu. Son 1 aydır ağrılarının çok fazla artmış olduğunu, 2 aydır uykuya dalmakta çok zorlandığını, hayatının bu yüzden çok kısıtlanmış olduğunu söylüyordu. Sadece işyerinde tüm gün çok yoğun ve abartılı bir titizlikle çalışıyor, ancak evdeki ve çocuğunun bakımıyla ilgili sorumluluklarını ağrılar nedeniyle yerine getiremediğini ifade ediyordu. Günün sonunda hesapları birkaç kez kontrol ederek diğer çalışanlardan daha geç çıkıp eve geldiğinde yalnızca uzandığını ve evdeki günlük işlerin tamamını eşinin yaptığını belirtiyordu. İş günleri dışında da tüm hafta sonunu ağrılardan dolayı yatarak geçiriyordu. İş dışında uzun süredir sosyal hayatı ya da herhangi bir faaliyeti de bulunmamaktaydı.

Bu ağrılar için doktorunun kullanmamasını önerdiği çeşitli ağrı kesicileri sık sık almaktaydı. Ağrılara ek olarak gaz ve geçirme şikayeti de vardı. En ufak tartışmada gazı ve geçirmeleri başlıyordu. Kollarında ve bacaklarında uyuşmaların da olduğunu ekliyordu. Zaman zaman ishal atakları oluyor, sürekli bir hazımsızlık çektiğini söylüyordu. Bu sıkıntılar nedeniyle pek çok kez MR çekilmiş, çok sayıda tahlil yapılmış ve 2 kez de endoskopi yapılmıştı. Eşyle so-

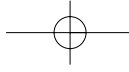
rununun olmadığını, onun kendisine yardım etmeye çalıştığını, evdeki tüm işleri üstlendiğini ayrıca kendisinin cinsel olarak uzun bir süredir çok isteksiz olduğunu belirtiyordu. Tüm bu yakınmalarının yaklaşık 10-12 yıldır mevcut olduğunu belirtiyordu ama başlatan ya da alevlendiren herhangi bir psikososyal stresör tariflemiyordu.

Genel muayenesinde bahsettiği somatik yakınmalar dışında belirgin bir psikiyatrik bulgu dikkati çekmiyordu. Ancak ayrıntılı ve psikiyatrik değerlendirmesiyle net olarak görüldüğü gibi, aslında oldukça depresifti. Hayattan zevk almıyordu ve geleceği konusunda da umutsuzdu. Çok belirgin bir mükemmeliyetçi yapısı vardı ve bu nedenle işyerinde de tatmin olmuyordu. Uykusuzluğu ve halsizliği vardı. En önemlisi ise, işlevselliğinde önemli bir düşüş olmasıydı. Bu bulgularla hastada distimik bozukluk ve somatizasyon bozukluğu ön tanıları düşünüldü. Antidepresan olarak venlafaksin tedavisine başlanarak düzenli psikoterapötik görüşmelerle günlük yaşamdaki zorlukları üzerinde çalışıldı. Kullandığı analjezikler kesilerek yaşam kalitesi ile ilgili günlük tutması söylendi. Bu tedavi ile hastanın ağrıları azalmaya başladı. 2.5 ay sonunda %90 düzelme mevcuttu. İşlevselliği arttı, evdeki işleri yapmaya ve spora gitmeye başladı. Psikoterapötik süreçte işyerindeki kadın müdürüyle ciddi bir rekabetinin olduğu, çok başarılı olmasına karşın müdürün onu değersizleştiren bir tutum içinde bulunduğu ve bunun uyardığı aşırı titizlik ve öfkenin ağrı olarak bedenselleştiği düşünüldü. Süreçte bu çatışma açığa çıktı ve bu arada müdürü kendisine soruşturma açtı. Çatışma yaşadığında ya yatıp uyuyor ya da ağrıları başlıyordu, ancak bu duruma “farkındalığının ve iç görüşünün” gelişmesiyle yaşadığı sıkıntı ve semptomları azaldı. Artık eşine duygularını daha rahat ifade ettiğini ve uzun süredir ilk kez hayattan zevk aldığını belirtiyordu. Şu anda tedavinin birinci yılını dolduran hasta işyerinde yüklendiği ağır sorumluluk ve riski de bırakmış durumda, evinde aslında çok mutlu olduğunu fark ettiğini ve emeklilik sürecine girdiğini ifade etmekte.

VAKA 2;

34 yaşında, bekar, boşandığı eşinden 5.5 yaşında bir kızı olan kadın hasta yaygın vücut ağrıları ve ağır halsizlik nedeniyle psikiyatriye başvurdu. Kendisini ağrı kliniğinde muayene eden doktor yönlendirmişti. Başvuruda tekerlekli iskemlede idi. Yaklaşık 4 yıl önce ciddi bir halsizliğin başladığını, ardından yorgunlukla ağrıların arttığını ifade ediyordu. “Nefes nefese kaldığını, damarlarının gerildiğini-

* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı



çekildiğini, ateş bastığını" belirtiyordu. 4 yıl önce başlayan "inanılmaz" ağrılarla vücudunun su topladığını söylüyordu. Bu nedenle başarıyla işlettiği, milli eğitimden ödüller almış olan çocuk yuvasını 6 ay önce kapatmış ve artık evden çıkamaz hale gelmişti. Yardımsız merdiven çıkamıyor, ayakta dururken bile düşecek gibi oluyordu. Gerek kendi ve gerekse kızının bakımı için sürekli yardım alıyordu. Yürüyüş mesafesi son aylarda 5-10 metre arasına inmişti. Konuşurken ağrıdan ağzını açamadığını belirtiyordu, gerçekten konuşurken dişleri sıkılıydı.

Hasta bu şikayetlerle son yıllarda pek çok doktora gitmiş ve kendisine çok sayıda tetkik yapılmıştı. Defalarca yapılan kan tahlilleri, çekilen MR filmleri ve EMG incelemelerine en son kas ve sinir biyopsileri eklenmişti. Biyopsiden 1 gün sonra bacaklarındaki ağrının geçici olarak düzeldiğini, ancak kollarında, boynunda ve çenesinde devam ettiğini, sesinin kısıldığını belirtiyordu. Son 1 yıldır oldukça ağır medikal prosedürler uygulanmıştı. Kas içi enjeksiyonlar ve fizik tedavi dışında da içinde kas gevşeticiler, ağrı kesiciler, steroid ve non-steroidler olan 20'ye yakın ilaç kullanılmaktaydı. Bu nedenle karaciğer enzimlerinde yükselme oluşmuştu. Ancak bu süreçte değerlendiren doktorların hiçbiri psikiyatrye yönlendirmemişti. Ağrı kliniğine başvurana kadar çok sayıda invazif inceleme ve palyatif tedaviler denenmiş, bunların komplikasyonları görülmüştü. Ağrı kliniğindeki doktoru psikiyatrist değerlendirmesi istediğinde de çok öfkelenmiş, "ben deli değilim" diyerek karşı çıkmış ancak doktoru tarafından uygun tutum ve beceri ile ikna edilmişti.

Kendisini ifade ederken "duygularımı ve kalbimi hissetmiyorum, dondum ve sıkıldım!" diyordu. Ağlamadığını, ne mutlu ne de mutsuz "hiçbir şey hissetmediğini" söylüyordu. 1 yıl önce biten evliliğinin travmatik geçtiğini, hep sorunlarının olduğunu, eşinin kendisini aldattığını ve ayrı evlerde yaşadıklarını belirtiyordu.

Premorbid yapısının hiperaktif, hipertimik ve dışa dönük olduğu öğrenildi. Çok çalışkan ve başarılıydı, mükemmeliyetçi kişilik özellikleri vardı.

Hastaya bu bulgularla kronikleşmiş majör depresyon ve ağrı bozukluğu ön tanıları konarak kullandığı düşük doz antidepresan tedavisi kesilip uygun dozda milnasipran başlandı. Bilişsel-davranışçı psikoterapötik görüşmeler eklendi. Tedavi sürecinde, hastanın ağrıları azalmaya, tek başına merdiven çıkmaya ve banyo yapabilmeye başladı. Tedavinin ikinci haftasının sonunda 4 yıldır ilk kez 1 kat merdiven çıkmıştı. Bir görüşmede "ben iyileşmeye karar verdim" cümlesini kurmasının ardından kısa sürede yeni iş planları yapmaya başladı, depresif duygularını "yalnızım ve kalbim kırık" şeklinde ifade etti. Ağrılarda ve işlevselliklerinde %80 civarında düzelme oluştu. Halen tüm günlük işlerinde bağımsız ve yeniden çalışan biri olarak iyileşmesi sürüyor.

Burada sunduğumuz iki vakanın ortak özellikleri, yaygın

ağrıyla yaşam kalitelerinde ağır bir bozulma bulunmasıdır. Uzun süredir çeşitli doktorlara gitmekte olan bu hastalarda hekimler invazif yöntemlerle araştırmayı sürdürmüş ve uygun tedaviye yönlendirememiş. Her iki hastada da psikiyatryik tedavi çok yüz güldürücü sonuçlar verdi. Her iki hasta da önceleri psikolojik bir sorun tariflemiyordu ve semptomlarıyla herhangi bir psikososyal stresör bağlantısı kurmuyordu.

Böyle hastaların daha erken psikiyatrye yönlendirilmesi önemlidir. Psikiyatry dışı hekimler, hasta net olarak mutsuzum demediğinde ya da ağlamadığında da depresyon düşünmemelidir... Ağır depresyonun bir başka klinik görünümü de somatizasyondur ve bazen ağrı depresyona eşittir.

KRONİK AĞRIDA PSİKİYATRİNİN YERİ

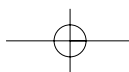
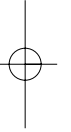
Bilindiği gibi ağrı, oldukça göreceli bir kavramdır. Ölçümü için çeşitli yöntemler kullanılmaya çalışılsa da aslında hemen her zaman sonuç o bireyin kendisine özeldir. Bu özelliği nedeniyle de ağrıyı tanımlarken en uygun yaklaşım olarak çok eksenli değerlendirme sistemleri geliştirilmiştir. Bu değerlendirme, psikiyatrideki çok eksenli değerlendirme yöntemi (1) ile büyük benzerlikler gösterir. Ağrının tek bir boyutuyla değil, sebepleri, sonuçları ve klinik görünümüyle kapsamlı değerlendirilmesini hedefler. İnsanın biyopsikosozyal bütünlüğü, "ağrının" kendi gerçekliğinin içindeki bireye özel değerlendirilmesi ve yorumlanmasını gerektirmektedir.

Genellikle bir hastalığın semptomu sayılmakla birlikte bazen de kendisi bir hastalık olabilir. Örneğin; fantom ağrısı, refleks sempatik distrofi hastalığının "kendisinin" ağrı olduğu sendromlardır (2).

Kronik ağrı, en kolay tanımıyla "ağrının akut olmadığı" anlamına gelir. Ağrının süreğenliğini vurgular. Bazı tanımlara göre 6 hafta, bazılarına göre 6 aydan uzun süren ağrıyı ifade eder. Ağrının kişiye özel bileşenlerinin tamamen doku hasarına bağlı olmaması gibi bunların, mutlaka doku hasarıyla ilişkili olması da gerekmez. (3) Ağrı, hastanın sağlık ve iyileşme hakkındaki düşünceleriyle, davranışlarıyla ve yaşam şekli ile yakın etkileşim içindedir (4).

Ağrının tanınması ve tedavisinde, algısal yönü kadar duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlarını da dikkate almak gereklidir. Ağrısı olan kişiler sıklıkla "duygusal" olmaya meyillidir ve ağrıyı "gerginlik, korku, huzursuzluk" gibi tanımlarlar. Yapılan bir çalışmada; rahatsız durumda bulunmanın, uykusuzluğun, yorgunluk, anksiyete, korku, öfke ve depresyonun ağrı eşliğini düşürdüğü, öte yandan, dinlenme, rahatlatma, anlayışlı yaklaşım ve depresyonla anksiyetenin tedavi edilmesinin ağrı eşliğini yükselttiği belirlenmiştir (5).

Hastalar bize kronik ağrı yakınmasından bahsederken aslında ağrının 6 major işlevsel bileşeninden bahsetmektedir. Bu yakınma, özellikle kronik ağrıda birebir doku hasarıyla eşdeğer kabul edilemez. Kronik ağrının başlıca işlevsel



bileşmeleri şöyle sıralanabilir (6);

- Ağrı duyumu
- Ağrı davranışı
- Mesleki işlevsellikteki etkilenme
- Özel yaşamdaki işlevsellik ve kişilerarası ilişkilerin etkilenme boyutu
- Hastanın emosyonel durumu
- Somatik aşırı uğraşı

Ağrıyı değerlendirirken aslında tüm bunları gözden geçirmek gerekmektedir. Görüldüğü gibi, ağrının bütüncül değerlendirmesi, aslında kısmen bir psikiyatrik değerlendirilmedir. Buna göre; ağrıyı etiyolojik olarak, bir ucunda saf organik nedenler, diğer ucunda ise saf psikiyatrik nedenler olan bir spektrumda değerlendirebilirsek bile, ağrıya verilen tepki, etkilenen işlevsellik, emosyonel ve bilişsel bileşmeler yine tamamen bireye özgü olacak ve kişinin psikiyatrik tablosunu şekillendirecektir.

Uzun süren organik nedenli ağrıya psikiyatrik belirtilerin hemen her zaman eşlik etmesi de beklenen bir durumdur. Çok sık bir arada görülen kronik ağrı ve depresyon nedeniyle özellikle kronik ağrıda mutlaka psikiyatrik inceleme gerekir, bu hastalar maalesef çoğunlukla bir çok invaziv tetkik ve çok sayıda palyatif tedaviler kullandıktan sonra, nadiren psikiyatrye gelebilmektedir.

Yani aslında ağrı, depresyonun bir ortaya çıkış şekli olabileceği gibi, organik bir nedenle ortaya çıkan ağrı da birincil olan hastalıkla birlikte depresyona yol açabilmektedir. Umutsuzluk, üzüntü, karamsarlık, isteksizlik, uykusuzluk, halsizlik gibi pek çok depresif içerikli yakınma ile birlikte bir kısır döngü meydana getirmektedir. Bununla birlikte, pek çok psikiyatrik kaynaklı bozukluk da ağrı semptomu ile açığa çıkmaktadır.

Ağrının psikiyatrik tablolarla iç içe oluşuna örnek vermek gerekirse, batı ülkelerinde işgücü kaybının en sık nedeni olan "hafif sırt ağrısı" yakınması bulunan kişilerin ancak %5-10'unda net bir fiziksel tanı konabilmektedir (7). Oysa bu hastalarda major depresyon oranı aynı çalışmalarda %34-57 arasında bildirilmiştir. Bu oran normal popülasyona kıyasla (%5-26) hayli yüksektir (8).

Hastaların ağrıyı ifade edişleri de ağrının duygusal ve davranışsal boyutu hakkında pek çok ipucu vermektedir. Örneğin; kimi zaman; kesici, batıcı, künt, yakıcı, bıçak sapları gibi fiziksel ifadelerle; kimi zamansa; bitkin bırakan, hasta edici, korkunç gibi duygusal tanımlamalarla ağrı anlatılmaya çalışılır. Unutmamak gerekir ki; kronik ağrı değerlendirmesinde, hastanın kendi kültürel ve bireysel özellikleri kadar değerlendirme yapan doktorun da ağrı deneyimleri, ağrı algısı ve ağrısı olan kişilerle ilgili deneyimleri de önemli rol oynar. Öznel bir deneyim olan ağrı ile bireyin günlük yaşamına yansıyan ağrı davranışlarını ayırt etmek gerekir (9). Ağrı davranışları; kişinin ağrısının gerçek sonuçlarını da bize gösterebilir. Örneğin; hafif-orta şiddette olabileceğini düşündüğümüz bel ağrısı olan hasta-

nın ağrı davranışı, hiç işe gitmemek, uygunsuz şekilde analjezik kullanmak, sosyal hayatının olmaması, sık sık acillere başvurmak şeklinde seyrediyor olabilir.

Kronik ağrı ya da sadece ağrı yakınmasının psikiyatrik anlamı, sağlık kuruluşlarına ilk başvurudan itibaren başlamaktadır. Altta yatan depresyon, anksiyete ya da somatoform bozukluk ifade bulamasa da bu yakınma nedeniyle kişi "yardım aramaktadır". "Duyguların nasıl bedenselleştiği" ya da bedeni nasıl etkilediği, beynimizin sinir sistemiyle tüm vücudumuza yayılan geniş ağı düşünülürse daha kolay anlaşılacaktır.

Duygularımızı oluşturan biyokimyasal süreçleri anlamaya ve açıklığa kavuşturmaya yönelik çalışmalardan da öğrendiğimiz gibi, sinir sistemimizin işleyişinde anahtar rolü oynayan peptid ve nörotransmitterler sadece beyinde değil, tüm vücudumuzda yaygın şekilde bulunurlar. Bu moleküller periferde, beyinden bağımsız olarak birbirleriyle haberleşip etkileşebilirler. Bu bilgi, duyguların bedensel ifadelerinin ve bedensel belirtilere karşı oluşan duygusal tepkilerin vücut kimyası ile iç içe oluşunu açıklar. Başlıcaları asetilkolin, beta-endorfinler, özellikle ağrı kontrolünde rol oynayan enkefalinler ve periferik dolaşımdaki dopamindir (10).

Psikosomatik reaksiyonların ne kadar önemli boyutlara ulaşabileceği hatırlandığında zihnimizin bedenimiz üzerindeki etkisini daha kolay anlamak mümkün olacaktır. Örneğin; astım, nörodermitler, kabızlık ve ishal atakları, hazımsızlık gibi bozukluklarda kalıtsal, bedensel, çevresel ve ruhsal etkenlerin birlikte rol oynadığı bilinmektedir. Bu bozukluklarda psikodinamik kurama göre bedensel anımsama egemendir, çatışmaların ruhsal düzeyde yaşanmasında yetersizlik ve ego zayıflığı bulunmaktadır. Dolayısıyla çatışmalar karşısında ruhsal düzeydeki savunmalar çabuk çöker ve bedensel belirtiler ortaya çıkar (11).

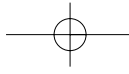
Yazımızda ağrı ve psikiyatri ilişkisinin daha iyi anlaşılması için konuya iki ana perspektiften bakmayı tercih ettik. Gerçekte kronik ağrı, yukarıda bahsedildiği gibi bir ucunda saf organik nedenler, diğer ucunda saf psikiyatrik nedenler olan etiyolojik bir spektrumda değerlendirilebilir.

Bu yaklaşımla kronik ağrıyı iki ana başlığa ayırabiliriz;

1- Primer olarak organik, ağrılı bir hastalığın psikiyatrik tablosu:

Ağrılı ve kronik organik hastalıklarda psikiyatrik bozukluklar üç şekilde ortaya çıkabilir;

- Hastalığın organik bir komplikasyonu olarak: Genel tıbbi duruma bağlı duygu durum bozukluğu kavramı; kanserin invaze ettiği bir sinirin yaygın ağrısı ve depresyonun varlığı
- Hastalığa ve süre giden zorluklara, getirdiği kısıtlılıklara, tedavi zorluklarına reaktif olarak uyum bozuklukları gelişebilir: Amputasyon, yaralanma durumunda ağrı ve depresif, anksiyeteli ya da mikst tipte



uyum güçlükleri görülebilir.

- Kronik ağrılı hastalık ve psikiyatrik bozukluk eşzamanlı olarak, neden-sonuç ilişkisinden bağımsız şekilde ortaya çıkmış olabilir.

Bu alandaki çalışmaların kapsamlı şekilde gözden geçirildiği bir yazıda kronik ağrının sırasıyla en çok duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, madde kullanımı ve kişilik bozukluklarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (8).

2- Primer psikiyatrik bir bozukluğun kronik ağrı yakınmasıyla başvurusu;

Pek çok psikiyatrik bozukluk da diğer branşlara ağrı yakınması ile başvurmaktadır. Psikiyatride "ağrı" yakınması ile başvurabilecek bozukluklar şöyle sıralanabilir;

- Somatoform bozukluklar: (Somatizasyon bozukluğu, Farklılaşmamış somatoform bozukluk, Konversiyon bozukluğu, Ağrı bozukluğu, Hipokondriazis, Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk)
- Anksiyete bozuklukları: (Panik bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu)
- Somatik Tip Hezeyanlı Bozukluk
- Major depresyon ve depresif bozukluklar
- Yapay Bozukluk

Bu bozuklukların dışında pek çok psikiyatrik bozuklukta da ağrı eşiği düşmüştür ve uyuma yönelik olmayan davranış modelleri göze çarpar. Ağrı toleransını azaltan ve ağrı eşiğini düşüren psikiyatrik durumlar arasında, dissosiyatif bozukluklar ve kişilik bozuklukları sayılabilir.

1- Primer olarak organik, ağrılı bir hastalığın psikiyatrik tablosu; Kronik Ağrının Psikiyatrik Sonuçları

Yukarıda da aktarıldığı gibi, kronik ağrı temelde hastanın psikiyatrik durumundan ayrı düşünülemez. Psikiyatrik problemler birincil kronik ağrıyı, davranışsal, kişilerarası ilişkiler üzerinden ve afektif mekanizmalarla komplike edebilirler (12). DSM-IV tanısal sisteminde "genel tıbbi duruma bağlı duygu durum bozukluğu", "depresif ve anksiyeteli uyum bozuklukları" gibi altta yatan organik nedenin birincil olduğu duygu durum bozuklukları belirtilmektedir (1).

Kronik ağrı en başta depresyon olmak üzere, uykusuzluk, tükenmişlik, anksiyete gibi ağrı yakınmalarını arttıran, ağrı eşiğini düşüren ve hastanın sosyal, mesleki işlevselliğini daha da bozan psikiyatrik tablolarıdır. Ağrısı ile etkin şekilde başa çıkamayan/çıkılamayan kişilerde anksiyete ve depresyon hemen hemen kaçınılmazdır (13). Kronik ağrı hastalarında içe döndürülmüş öfkenin ağrının artmasında rol oynayabileceği tartışılmaktadır. Bu nedenle böyle hastaların mutlaka ek psikiyatrik değerlendirme ve tedavisi yapılmalıdır (14).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; sürekli öfke değerleri-

nin, sağlıklı kontrol grubuna göre kronik ağrı grubunda yüksek bulunduğu ve kronik ağrı grubunda, depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı ölçüde yüksek, benlik saygısının ise anlamlı ölçüde düşük olduğu belirtilmiştir (15).

Dalgalı bir gidiş gösteren, ağrıya depresif ya da anksiyeteli yanıt veren, daha önce depresyon geçirmiş, yaşamla başa çıkmada güçlükleri olan, sosyal destekleri az olan kişiler uyum güçlükleri açısından daha fazla risk altındadır. Bazen aile üyeleri de farkında olmadan kötü uyumlu başa çıkma davranışlarını teşvik eder. Örneğin, hasta şikayet ettikçe ilgi ve şefkat gösterir, daha önce reddettikleri isteklerini yapar, ayağa kalkıp işlerini yapmaya başlayınca ise yardımı bırakıp hastayı unutulur (16).

Yapılan çalışmalarda, kronik ağrısı bulunan hastalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğu ve %50'ye kadar görülebildiği bildirilmektedir (17,18). Bu hastalarda DSM IV sistemine göre anksiyete bozukluğu tanısı alan grup ise %30 civarındadır (14). Kronik ağrı, daha çok depresif bozuklukla, akut ağrı ise anksiyete bozukluklarıyla ilişkilidir. Ciddi ağrıları olan depresif kişilerde, son dönem kanser hastalarında intihar riski artmıştır (19).

Kronik ağrı hastalarındaki ilave olan psikopatolojinin tanınmasının önemi, bu alandaki çalışmaların sonuçlarına göre şöyle özetlenebilir (8):

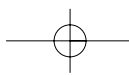
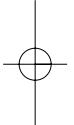
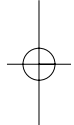
- Mevcut psikopatoloji tanınıp tedavi edilmediğinde, bu hastaların rehabilitasyonu çok zordur. Uygun psikiyatrik tedavi eklenmeyen rehabilitasyon programları "başarısızlığa mahkumdur".
- Psikopatoloji ağrı hassasiyetini artırır ve işlevselliği daha da bozar.
- Anksiyete, hem emosyonel özellikleri nedeniyle, hem de katekolaminler ve CRH aracılığıyla ağrı eşiğini ve toleransını daha da düşürür.
- Depresyon, ağrı tedavisindeki başarısızlıkla ilişkilidir.
- Duygusal stres; otonom aşırı uyarılmışlık, yanlış yorumlama ya da somatik belirtileri abartma nedeniyle ortaya çıkan fiziksel semptomlarla ilişkilidir.

Kronik ağrı hastasını değerlendirirken yapılabilecek en önemli hatalardan biri depresyon ve anksiyetenin bu hastalarda "normal" olduğunu düşünerek tedavisiz bırakmaktır. Bu hastalarda ortaya çıkan kısır döngünün ve sonunda "iyileşmeyecek hasta", "umutsuz vaka" haline gelmelerinin en önemli nedenlerindedir. Bunlara ek olarak yapılan gereksiz tetkik ve tedavilerin komplikasyonları, ilaç kötüye kullanım ve bağımlılıkları tabloyu daha da karmaşık hale getirecektir.

2- Primer psikiyatrik bir bozukluğun kronik ağrı yakınmasıyla başvurusu;

A- Somatizasyon Bozukluğu

Psikiyatride somatoform bozukluklar olarak sınıflandırılır.



lan grup, genel tanımıyla, yeterli tıbbi açıklaması olmayan fiziksel belirtilerle başvuran hastaları kapsar. Lipowski, 1988 yılında somatizasyonu; "patolojik objektif bir bulgu olmaksızın bedensel rahatsızlığın yaşanarak dile getirilmesi ve bunun fiziksel bir hastalığa bağlı olabileceği düşüncesiyle tıbbi yardım arama eğilimi" olarak tanımlamıştır (20). Bu bozukluklar, DSM IV'te "genel tıbbi bir durumu düşündüren ve genel tıbbi bir durumla, bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamayan fiziksel belirtiler nedeniyle klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma bulunması ve bu belirtilerin yapay bozukluk ya da simülasyonun aksine, istemli olarak ortaya çıkarılmamış olması" şeklinde tanımlanır (1). Bu grup içinde;

- Somatizasyon bozukluğu
- Farklılaşmamış somatoform bozukluk
- Konversiyon bozukluğu
- Psikojenik ağrı bozukluğu
- Hipokondriazis
- Beden dismorfik bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk bulunur.

Bunlardan; özellikle ağrı bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunda ana semptom "ağrı"dır ve hastalar psikiyatri dışı branşlara başvururlar. Kronik ağrı nedeniyle tedavi edilen hastalarda yapılan prevalans çalışmalarında somatoform bozuklukların bu grupta %5-15 oranında bulunduğu bilinmektedir (2).

Somatizasyon bozukluğunda, belirtiler 30 yaşından önce başlar, psikolojik stres, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ve aşırı tıbbi yardım alma davranışı ile birlikte kronik bir seyir izler. En az dört ağrı, iki gastrointestinal, bir cinsel ve bir psödonörolojik belirtinin bulunmasıyla tanı konur. Çoğu zaman stresi artırıcı bir yaşam olayıyla birlikte somatik belirtiler alevlenir. Bu hastalar çoğunlukla nedeni belirlenemeyen yakınmalarla psikiyatri dışı kliniklere başvurur, doktor doktor dolaşırlar. Bu hastalarda yapılan fazladan pek çok tetkik somatizasyon eğilimini artırır. Genellikle yetinmeyerek farklı yerlere başvurup, daha önce yaptıkları tetkikleri gizlerler.

Somatizasyon bozukluğunun etyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda; genetik, yapısal, nörofizyolojik, dinamik (çocukluk çağı cinsel travması), sosyo-davranışsal (sorumluluktan kaçınma), sembolize duygu ya da inanışlar, aile ve çevreden örnek alma, duyguların dışı vurumu (örneğin eşe duyulan öfke), bilişsel (bedenden gelen algıların abartılması, yanlış yorumlanması) faktörlerin etkili olduğu söylenmektedir.

Bu grup hastalarda çok sık karşılaşılan ortak bir özellik de; aleksitimi dediğimiz "duygularını ve düşüncelerini sözel olarak ifade etme konusundaki yetersizlik"tir. Bu bağlamda kişi, yaşadığı sıkıntıyı bedensel belirtilerle ifade edebilir.

Hastaya somatizasyon bozukluğu ya da ağrı bozukluğu tanısı koyabilmek için klinisyenin dikkat etmesi gereken noktalar vardır (2);

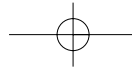
- İlk olarak uygun bir fizik muayene yapılmalıdır, bu muayene hem hastalık davranışını açığa çıkaracak hem de kişinin psikiyatri karşıtı tavrını yumuşatacaktır. Ardından santral ağrıların dışlanması da içeren ayrıntılı bir nörolojik muayene yapılır.
- İkinci olarak hastanın bu bozuklukların kriterlerini karşılayıp karşılamadığı kontrol edilir.
- Ek bir 1. eksen tanısı daha alıp almadığı kontrol edilir ve ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme yapılır. Özellikle somatoform bozukluklarla sık birlikteliği bulunan majör depresyon ve anksiyete bozuklukları araştırılır.
- Son olarak klinisyenin öznel yorumuna destek olacak testler yapılmalıdır. Örneğin eklem hareket açıklıkları vb.

B- Ağrı Bozukluğu

Ağrı bozukluğu ise, önde gelen klinik görünümün bir ya da daha fazla anatomik bölgedeki ağrı olduğu bir somatoform bozukluktur. DSM IV tanı kriterlerine göre; bu ağrı, klinik değerlendirmeyi gerektirecek şiddettedir ve işlevsellikte bozulmaya yol açmıştır. Bu ağrının başlaması, sürmesi ya da alevlenmesinde psikolojik etkenlerin rol oynadığı yargısına varılmaktadır (1). Bu bozukluğun 6 aylık prevalansı %5, yaşam boyu prevalansı %12 gibi yüksek oranlarda bildirilmektedir (19). 6 aydan daha kısa süreli olduğunda "akut", 6 aydan uzun sürdüğünde "kronik" olarak alt tiplere ayrılabilir.

Bu bozuklukta kişinin ağrı yakınması tamamen psikolojik kökenli olabileceği gibi, mevcut tıbbi bir hastalık üzerine eklenmiş abartılı ve orantısız bir ağrı da olabilir. Hastalık davranışı, ağrı bozukluğunun gözlenen belirtisidir. Ağrı dışında alkol ya da ilaç kötüye kullanımı, depresyon ve anksiyete bozuklukları da sık birliktelik gösterir. Ağrı bozukluğunda majör depresyonun %25-50, depresif belirtilerin %80-100 görüldüğü bildirilmektedir. Halsizlik, isteksizlik, anhedoni ve iritabilite en sık görülen depresif belirtilerdir. Bir çoğu da kişilik bozukluğu tanısı alabilir. Genellikle bu hastalarda bağımlı, pasif-agresif ve histriyonik kişilik bozuklukları görülmektedir (21).

Psikodinamik açıdan bakıldığında; ağrı semptomu sayesinde hastanın bastırılmış olduğu çatışmanın yarattığı anksiyetenin azalması birincil kazanç, işe gitmeme, istirahat raporları veya malulen emeklilik gibi dış ortamda gelişen avantajlar, aile içinde de daha fazla sempati, ilgi, olağan zorluklardan kurtulma ve sorumlulukların azalması gibi doyumlar ise ikincil kazançlar olarak değerlendirilebilir (22). Buna çevresel ve sosyal pekiştirmeler eklenirse, bu rolün iyice benimsenmesi söz konusu olacaktır. Bu davranışlar hastanın semptomunun önemini etkilemekte ve genellikle şiddetlendirmektedir.



210 | KRONİK AĞRIYA PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

Yine bu açıdan ağrı, bilinç dışı agresyon ve düşmanlık duygularına karşı bir savunma biçimi olarak kabul edilir. Çocuklukta ağrı bir "cezalandırılma" olarak yaşantılanır ve çocuk "suçlu" olduğunu düşünür. Böylece erişkinlikte ağrı, suçluluk duygusuyla baş etme biçimi olarak ortaya çıkabilir. Düşmanlık duyguları ve öfke ya doğrudan kendisi ya da yarattığı suçluluk duygusu yoluyla kişinin "ağrısına" yol açabilir.

Psikojenik ağrıya sistem teorisi yaklaşımında ise; ağrı ya sistem içindeki akut zorlanmalara karşı meydana gelmektedir (depresyon ya da kişiler arası ilişkilerdeki zorlanmaların tehlike sinyali) ya da uzun bir süreçte denge sağlayıcı şekilde sistemi belirlemektedir. Yani aile içi davranış modellerini ve dengeleri oluşturmaktadır (23). Bu sistemler ağrı bozukluğu vakalarında sıklıkla fark edilen özelliklerdir.

C- Kronik Baş Ağrıları

Baş ağrısı, genel popülasyonda %73 oranında görülen bir yakınmadır ve %7'lik bir kısım, yılda 100 günden fazla baş ağrısı çektiğini ifade etmektedir (24). Hafif baş ağrısı toplumda yaklaşık %80, şiddetli baş ağrısı öyküsü ise %60 oranındadır (25). Baş ağrısı da sırt ağrısı ya da karın ağrısı gibi pek çok nedeni olabilen bir semptomdur. İzole olarak görülebilmekle beraber, migren gibi bir semptom kompleksinin ya da yer kaplayan lezyonların bir semptomu olabilir.

Baş ağrıları 1988'de IHS (International Headache Society) tarafından etiyolojilerine göre 12 kategoride sınıflanmıştır. Bunlar primer ve sekonder olarak 2 ana başlıkta toplanır. Bu sınıflandırmada primer olarak tanımlanan grupta migren, gerilim tipi baş ağrıları, küme baş ağrıları ve diğer yapısal lezyona bağlı olmayan baş ağrıları bulunmaktaydı (26). Ancak 2004 yılında yapılan yeni sınıflamada güncellenerek 14 kategoriye ayrılmış ve "psikiyatrik bozuklukla bağlantılı baş ağrısı" kategorisi eklenmiştir (27). Ancak bu tanımlamanın, psikiyatrik bozukluk düzelindiğinde onunla birlikte düzelen veya anlamlı ölçüde hafifleyen baş ağrıları için kullanılması önerilmektedir (25).

Temelde vasküler kaynaklı çeşitli organik etiyolojileri olan migren ağrıları sıklıkla eşlik eden psikopatoloji bulunur ve psikososyal stresörler migren atağını tetikleyebilir. Aynı zamanda, migren atağı psikiyatrik bir hastalığı doğrudan taklit edebilir, huzursuzluk, ani impulsif öfke patlamaları, ani kişilik değişiklikleri ile beraber gözlenebilir. En sıklıkla depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkisi gösterilmiştir (25). Anksiyete, depresyon ve bipolar bozukluklar migreni olan hastalarda kontrol grubuna göre daha sık bulunmaktadır (28).

Gerilim tipi baş ağrısı ise psikopatoloji ile daha ilişkili olduğu için eskiden "gerilim baş ağrısı", "kas kontraksiyonuna bağlı baş ağrısı" ya da "psikojenik baş ağrısı" olarak isimlendirilirdi. Ancak yeni sınıflama sisteminde geri-

lim tipi baş ağrıları epizodik ve kronik olarak iki tipe ayrılmıştır. Anksiyete ve depresyonun daha ziyade kronik tiple ilişkili olduğu düşünülmektedir (29).

Depresyonda baş ağrısı çok sık tanımlanan bir fenomendir. Bir çalışmada depresif hastaların %84'ünde baş ağrısı olduğu belirlenmiştir. Buradaki "depresyon baş ağrısı" kronik günlük baş ağrısına, diğer adıyla transforme migrene uymaktadır (30).

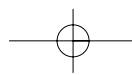
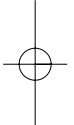
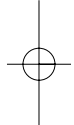
Ayrıca diğer kronik ağrılar gibi baş ağrısı da depresyon ve anksiyeteye neden olabilir. Diğer görüşler ise; kronik baş ağrısı, depresyon ve anksiyetenin ortak bir biyolojik temelde gelişen komorbid durumlar olabileceğidir. Psikososyal stresör, ağrıyı ve psikiyatrik yakınmaları birlikte tetikler. Bu biyolojik temeli migrenin gelişiminde önemli olan serotonin hipotezinin anksiyete ve depresyonda da geçerli oluşu desteklemektedir (29). Kanıta dayalı çalışmalar da tüm antidepresanların kronik ağrıda etkili olduğunu göstermektedir. Antidepresanlar, kronik ağrıda antidepresan etkilerinden çok daha önce analjezik etki gösterdikleri için bağımsız bir analjezik etkinlikten söz edebiliriz (31). Bu nedenle özellikle baş ağrılarının profilaksi ve tedavisinde tercih edilirler.

D- Depresyon ve Anksiyetenin Ağrı ile Bedenselleşmesi

Majör depresyon ve anksiyete bozukluklarında da bedensel yakınmaların sık görüldüğünü biliyoruz. Bunların bir kısmı anksiyetede görüldüğü gibi otonom sinir sistemi ve katekolaminlerle açıklanabilen belirtilerdir. Bu bedensel belirtiler anksiyetenin tanımının bir parçasıdır. Örneğin; yaygın anksiyete bozukluğunda genel kas gerginliği ve buna bağlı boyun, omuz, sırt ağrıları mevcuttur. Anksiyetenin bedensel belirtileri bize aslında bu yaşantının vücut tarafından nasıl ifade edildiğini özetler (32);

- Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma,
- Aşırı terleme
- Hiperefleksi
- Hipertansiyon
- Çarpıntı hissi ve taşikardi
- Göğüs ağrısı, göğüste sıkıntı hissi
- Boğazda sıkılma veya tıkanma hissi
- Midriazis
- Huzursuzluk, yerinde duramama
- Senkop
- Ekstremitelerde karıncalanma, uyuşma, yanma
- Tremor
- Karın ağrısı ve bulantı
- Sık idrara çıkma

Bunların yanı sıra ağrıdan yakınan hasta bunu; kendisini, duygularını ve gereksinimlerini ifade etmek için bir iletişim yolu olarak da kullanıyor olabilir. Bazen hastalar depresyonu anlatmakta güçlük çeker, bedensel belirtilerle kendilerini, yaşamdan tatmadıklarını anlatmaya çalışıyor olabilirler. Depresyon belirtileri bazı kişilere; gayret etme-



me, yetersizlik ya da tembellik gibi gelebilir (16). Bu kişiler için depresyonun emosyonel belirtilerini sözel olarak ifade etmek çok zor olabilir ya da hissettiklerini kendileri de tanımlayamıyor olabilirler. Böyle bir durumda "ağrı" yakınması, çektikleri acıyı daha kabul edilebilir bir biçime sokar.

Szasz, ağrının 3 düzeyde sembolizasyonu olduğundan söz eder (33);

- Fiziksel belirti ile iletişim
- Yardım çağırısı
- Yardım isteği engellendiğinde reddedilmenin sembolü olarak ağrının devam etmesi

Bu sembolizasyonlar, yardım beklentisi ve reddedilme hassasiyeti depresif hastada sık görülen durumları tanımlar. Benzer şekilde, daha önce bahsedilen suçluluk duygusu, öfke ve bastırılmış agresyon da depresyonla ilgili ağrıyı oluşturan mekanizmalardır. Stresle baş edememe, depresyonda yaşanan narsistik yaralanmalar, çaresizlik ve umutsuzluk bu öfkenin hem kaynağı hem de sonucu olabilir.

Kolb ise, kronik ağrı yakınmasının bağlanma davranışının bir ifadesi, bakımveren-hasta ilişkisinin, anne-çocuk ilişkisinin bir tekrarı olduğunu söylemiştir (33). Ortaya çıkan bu bağlanma arzusu ve çatışma, depresif hastada güvende hissedeceği düzeye regresyonun bir klinik görünümü olarak karışımıza çıkabilir.

Bedenselleştirmenin nedenlerini şöyle özetleyebiliriz (21);

- Fiziksel hastalık, kişinin yardımcı bir sosyal destek sisteminden faydalanmasını sağlar, çevredeki insanların yönlendirmeye yardımcıdır.
- Hastalık rolü; mesleki, sosyal, cinsel alandaki başarısızlıklar için bir açıklayıcı bahanedir, yetersizliğe, sosyal sorumluluklardan kurtulmaya ve intrapsişik çatışmalara çözüm olabilir.
- Bedensel semptomlar, iletişim kurma yöntemi ve yardım arama çığılığı olarak kullanılabilir.
- Fiziksel hastalıklar daha kabul edilebilir ve daha az yıpratıcı olduğu için hastalar psikolojik yakınmalarını fiziksel nedenlere bağlayabilir.
- Depresif ve anksiyeteli kişiler bedensel yakınmalarına aşırı duyarlı olabilir ve ayrıntılı anlatabilir.
- Çocukluk döneminde ebeveyn tutumları sonucu öğrenilmiş bir davranış olabilir.
- Travma, özellikle çocukluk çağı travması somatizasyon eğilimini artırır.
- Hekimler, istemsizce semptomatik tedavilerle ya da hipoglisemi vb. tanımlarla fiziksel hastalık kavramını pekiştirebilirler.

E- Hezeyanlı Bozukluk

Hezeyanlı bozukluk ya da diğer adıyla sanrısız bozukluk, şizofreni gibi psikotik bozukluklara kıyasla daha nadir görülen, inatçı ve non-bizar sanrılarının olduğu bir psikotik bozukluktur. Tanısında; en az 1 aydır süren non-bizar sanrı-

ların olmasının yanı sıra, hastanın işlevselliğinde ciddi bir bozulma bulunmaması da gerekir (1). Bunlardan "somatik tip"te bir hastalığının ya da fiziksel kusurunun bulunduğu sanrısız boyutta bir inanç vardır. Eski adıyla "monosemptomatik hipokondriyak psikoz" olarak bilinmekte olan bu durum da psikiyatri kliniklerine değil, diğer branşlara başvurmaktadır. Enfestasyon tipi hezeyanlar daha sık görülmektedir, çok nadir de olsa yakalandıklarına inandıkları hastalıkla ilgili ağrı yakınmasıyla başvurabilirler. Burada fiziksel bir neden bulunamayacağı gibi ağrıya ilgili palyatif tedavilere de yanıt alınmaz. Tedavide diğer psikotik bozukluklardaki gibi antipsikotikler kullanılmaktadır. Hastayla hezeyanı konusunda tartışmalara girmekten, bu durumun gerçek olmadığına ısrar etmekten kaçınılmalıdır.

KRONİK AĞRININ PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRMESİ

Ağrı şikayeti olan her hastada öncelikle mutlaka ayrıntılı bir fizik muayene ve gerekli tetkiklerin yapılması önemlidir. Unutulmamalıdır ki, psikojenik ağrı tanısı ancak organik nedenler tamamen dışlanarak konulabilen bir tanıdır. Bu incelemeler sırasında psikiyatrik konsültasyon detaylı invazif tetkiklere geçmeden yapılmalıdır. Yakınmaların abartılı ve duygusal dilde olması, hastaların yakınmaları hakkında net bilgi vermektense çok, bunların yaşamlarını nasıl etkilediğinden bahsetmeleri, diğer kişisel problemlerinden söz etmek istemeleri, yeterli ilgi görmediklerini hissederek çabucak öfkelenebilmeleri, ayrıntılı sorgulandığında ilaç kötüye kullanımının bulunması gibi özellikler dikkat çekebilir.

Ağrıya kişisel yatkınlık için net tanımlanmış 4 faktör vardır (33);

- Çocukluk deprivasyonu (hastaneye yatış)
- Nörotisizm
- Aleksitimi
- Anormal hasta davranışı

Kronik ağrı hastalarında çocukluk çağı travması, fiziksel kötüye kullanım, fiziksel ve duygusal ihmal, anne-babadan ayrı kalmış olma sıktır.

Bunların dışında da bazı özellikler ağrının şiddet ve sürenliğinde psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığına işaret edebilir. Söze; "daha önce böyle ağrı görmemişsinizdir" diye başlayabilirler. Ağrılarını tarif etmekten çok, hekimleri ağrılarının gerçek olduğuna inandırma çabasında olabilirler. Ağrılarının gerçekliğini destekleyen yan olayları anlatırlar. Öyküde "beni yalnızca siz tedavi edebilirsiniz" anlamına gelen ibareler sıkça kullanılır. Ağrılarını hiçbir şey azaltmıyordu; ağrı şiddeti gün içinde pek değişmeden en üst düzeyde sürmektedir. Önemli bulgulardan biri de hastanın ağrının emosyonel yönünü ve yaşantılarına etkisini küçümsemesidir. Ağrı şiddetiyle psikolojik durumunun hiçbir alakası olmadığını ve çok iyi, sorunsuz bir iş hayatı, özel hayatı olduğunu söyleyebilir (22). Psikiyatri dışı branş hekimleri bu konuda dikkatli olmalıdır.

212 | KRONİK AĞRIYA PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

Kronik ağrısı olan bir hastaya psikiyatrik bir tanı konduğunda, ya da psikiyatrye yönlendirildiğinde, "ağrıma inanmıyorlar", "her şeyin kafamın içinde olduğunu düşünüyorlar", "hastalığımı atlıyorlar" gibi bir çok olumsuzluk hissedecektir. Ve genellikle yakınma ve davranışlarının kökeninde psikolojik süreçlerin olabileceği düşüncesine karşı direnecektir. Çoğunlukla duygu durumlarını ifade etmekte de güçlük çektikleri için (aleksitimik özellikler) ağrının psikojenik kökenli olabileceği yönündeki yaklaşımlar hastanın hekimle kurduğu ilişkiyi baştan zedeleyebilir. Bu nedenle bu kişilere yaklaşımda mutlaka açıklayıcı ve empatik olmak gereklidir. Hastaya mutlaka açık bir dille ne düşünüldüğü, varsa organik bulguları ve bunların yakınmalarıyla uyumu izah edilmelidir. Ayrıca hem psikiyatrik muayene öncesinde hem de süreç içinde kuşku ve sorularını tartışmak için desteklenmeli, gerekli bilgiler verilerek endişeleri giderilmelidir. Unutulmamalıdır ki; ister fiziksel, ister psikolojik olsun ağrı gerçekten acı verici bir deneyim olarak yaşanmaktadır.

Psikiyatrik değerlendirme ise organik bozukluğun derecesini ve semptomların ne kadarını açıklayabileceğini saptamaya çalışmakla başlar. Buna ek olarak ayrıntılı psikiyatrik inceleme ile psikiyatrik bir tanı alıp almadığı değerlendirilir.

Ortaya çıkmış olan ağrının herhangi bir hastalık ya da bozukluğa bağlı olup olmadığı, intrapsişik bir çatışmanın sembolik bir anlatımı mı olduğu, yoksa spesifik bir psikopatolojinin belirtisi mi olduğu, rahatsızlığın ve şikayetin yöresel-kültürel bir anlatım olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği, metaforik bir anlam taşıyıp taşımadığı, içinde bulunduğu ya da yaşadığı ortamda kabul görme veya yer alma ile ilgili bir davranış olup olmadığı ve belirtinin sosyal bir protesto niteliği taşıyıp taşımadığı yaşamının başlangıcından itibaren alınan ayrıntılı öykü ve psikiyatrik değerlendirme ile çözümlenebilir (10).

Bu görüşmeler sırasında mutlaka hastaya "ağrının ne anlama geldiği" sorulmalıdır. Yakınmalarını ifade ediş biçiminin yanı sıra eşlik eden duygu ve tutumları da gözlenmelidir. Hastalık şiddetinin en iyi göstergesi, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğindeki, kişilerarası ilişkilerindeki bozulmanın derecesidir (19).

Ağrı hastasında en sık konan psikiyatrik tanılar; major depresyon, distimik bozukluk, somatoform bozukluklar (özellikle hipokondriazis) ve anksiyete bozukluklarıdır. Bu bozuklukların ayrıca, kronik ağrı durumunda eşlik eden depresif yakınmalar olup olmadığı ayırt edilmelidir (9).

Aşağıda, ağrı ile birlikte görülebilecek, ağrı nedeni olabilecek ya da ağrı duyumunu ve ağrıya hassasiyeti arttıracak psikiyatrik sendromlar ve ayırıcı tanısı özetlenmiştir (2) (Tablo 1).

Tablo 1: Ağrının Psikiyatrik Ayırıcı Tanısı*

Psikiyatrik Tanı	Ağrısı Olan Hastada Anahtar Tanısal Noktalar
Depresyon	Anhedoni, mutsuzluk, erken uyanma, uyku bozukluğu gibi depresif yakınmalar eşlik eder.
Anksiyete Bozuklukları	Eşlik eden panik ya da yaygın anksiyete vardır, analjeziklere yanıt vermez.
Somatizasyon Bozukluğu	<30 yaşında başlamış, fiziksel nedeni olmayan, 4 ayrı ağrı, 2 GİS, 1 cinsel ve 1 psödonörolojik semptom bulunmasıyla tanı konur.
Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk	En az 6 aydır klinik olarak belirgin sıkıntıya ve yetersizliğe neden olan 1 ya da daha fazla fiziksel yakınma bulunması.
Konversiyon Bozukluğu	Psikolojik faktörlerle alakalı, ağrı dışında motor ya da duysal bir psödonörolojik semptom bulunması
Ağrı Bozukluğu	Psikolojik faktörlerle alakalı ağrı baskın semptomdur, sıkıntıya ve işlevsel bozulmaya neden olur.
Hipokondriazis	Normal sonuçlanan fiziksel incelemelere rağmen en az 6 aydır hastalık korkusuyla ve düşüncesiyle aşırı uğraşı
Yapay Bozukluk-Fiziksel Semptomlarla Gelen Simulasyon	Hasta rolünü sürdürmek amacıyla hekim aldatılmaktadır. Ana semptom ağrı olabilir.
Dissosiyatif Bozukluklar	Semptomlar kasıtlı ortaya çıkarılmaktadır, antisosyal özellikler olabilir, yakınmalar değişir, genelde tedaviye uyumsuzdur.
Cinsel Ağrı Bozukluğu	Amnezi bulunabilir, anksiyete, kabuslar, flashbackler olabilir.
Psikoz	Disparoni ya da vajinismus vardır. Ağrıya atfedilen bizar, hezeyansı düşünceler bulunabilir.
Kişilik Bozuklukları	Ağrıyla başetme ve ağrı eşiği azalmıştır

(* Bouckoms AJ. Chronic Pain: Neuropsychopharmacology and Adjunctive Psychiatric Treatment. 1996'dan modifiye edilmiştir.)

AĞRILI PSİKİYATRİK SENDROMLARIN TEDAVİSİ

Kronik ağrının tedavisini "analjezik" olarak düşünmek, bu hastaların rehabilitasyonunda yapılabilecek en önemli hatalardan biridir. Ağrının algısal yönü kadar, emosyonel, bilişsel ve davranışsal yönleri de tedavi sürecine katılmalıdır. Psikiyatrinin ağrı tedavisine yaklaşımında etyoloji de oldukça önemlidir.

Hastayı ve yakınlarını ağrının biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenleri konusunda bilgilendirmek ve eğitmek ağrı

tedavisinin en temel basamağıdır. Organik nedenlerden kaynaklanan kronik ağrının tedavisinde amaç, ağrı ve acı duyumunu azaltarak, iyilik durumunu, psikososyal uyumu ve üretkenliği artırmak olmalıdır. Tedavi yaklaşımında ise, hastanın güveni kazanılmalı ve işbirliği yapması sağlanmalıdır. Hastanın ağrısı ve kaygısı giderildikten sonra rehabilitasyona dönük girişimlerde bulunulur. Ağrının psikolojik yönüne ilişkin müdahaleler kabaca psikososyal ve farmakolojik olarak ikiye ayrılabilir; ancak unutulmamalıdır ki bu iki yaklaşım birbirine alternatif değil, tamamlayıcıdır.

Psikiyatrik rehabilitasyon, hastanın duyguların ifade etmesine yardımcı olmanın yanı sıra (kognitif açıdan) hastadaki "koşullanmış umarsızlık" düşüncesinin "öğrenilmiş üretkenlik"e dönüştürülebilmesini amaçlar (34):

- Hasta multidisipliner tedavi ekibince izlenmelidir.
- Narkotik ilaç kullanımından mümkün olduğunca sakınılmalıdır.
- Eşlik eden (sıklıkla depresyon veya somatizasyon) psikiyatrik morbiditenin tedavisine çalışılmalıdır.
- Hastanın ağrı ya da acıyı ve ağrı davranışını artıran psikososyal streslerle baş etmesine yardımcı olunmalıdır.
- Hastanın genel işlevselliğinin artması sağlanmalıdır.

Görüşmelerde ağrı yakınmalarına odaklanmaktan kaçınılmalıdır. Özellikle hastanın duygu durumuna ve psikososyal alana odaklanılmalıdır. Sürekli ağrının konuşulması, ağrı duygusunu ve ağrı davranışını artırabilir. Asıl hedef, hastanın günlük yaşamında mümkün olduğunca aktif, bağımsız hale gelebilmesi ve sosyal işlevselliğinin artmasıdır.

Ağrının psikoterapisinde bilişsel-davranışçı terapiler, en çok tercih edilen yöntemlerdendir. Davranışçı tekniklerde aktif zamanlar kaydedilir, ilaçlar kaydedilir, gevşeme yöntemleri öğretilir, aktivite planlaması yapılır ve aile eğitilerek olumsuz ağrı davranışları düzeltilir. Analjeziklerin bırakılması ya da dozunun düşürülmesini, ağrının bir iletişim biçimi olarak kullanılması engellemeyi ve sosyal iletişimin artırılmasını amaçlar.

Ağrı alanında kullanılan etkili diğer yöntemler arasında ise biyolojik geri-bildirim, hipnoz, girişkenlik eğitimi, işlevsel davranış tedavisi, hastanın eğitimi, aile terapisi, psikodinamik psikoterapiler, stresle baş etme, sosyal destek grupları ve iş-üçraşı terapileri sayılabilir (16).

Burada bahsedilen genel ilkeler hem belirgin organik nedeni olan hem de psikiyatrik bozukluğun yol açtığı ağrının tedavisinde geçerlidir. Ağrının psikofarmakolojik tedavisinde ise antidepressanlar, anksiyolitik ilaçlar ve antipsikotikler kullanılabilir.

Antidepressanların düşük dozlarda (örneğin amitriptilin 10-25 mgr /gün) ve antidepressan etkilerinden bağımsız görülen ağrı giderici etkileri vardır (35). Yapılan çalış-

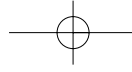
malarda selektif serotonin geri alım inhibitörleri de etkin olmakla birlikte, bu etki trisiklik antidepressanlarda daha belirgin bulunmuş ve nöropatik ağrı, fibromiyalji, irritabl barsak sendromu ve tıbbi olarak açıklanamayan ağrıda etkinlikleri gösterilmiştir (36,37). Bu kullanım endikasyonu, ek olarak net bir psikiyatrik tanı olmayan; yani etkin dozda antidepressanla tedavi edilmesi gerekmeyen hastalarda düşünülebilir. Ancak; trisiklik ilaçların yan etkilerinin fazla olması kullanımlarını kısıtlayıcı bir faktördür. Ayrıca yeni nesil noadrenerjik/serotonerjik antidepressanların da ağrı tedavisinde çok etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin mirtazapinin kronik gerilim tipi baş ağrısı ve eş zamanlı major depresyonu olan hastalarda etkinliği gösterilmiştir (31).

Eğer ağrı, altta yatan bir depresyon ya da anksiyete bozukluğundan kaynaklanıyorsa doğrudan hastalığa yönelik etkin tedavi yapılmalıdır. Depresyon tedavisinde trisiklik antidepressanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) veya atipik antidepressanlar kullanılır. SSRI'lar genellikle antikolinergik ve kardiyovasküler yan etkileri olmadığı için tercih edilirler. Çoğu aktive edici ilaçlar olduğu için sabah verilmeleri gerekir. SSRI lar genel olarak 3-4 hafta sonra etki edeceklerinden ara dönemde varsa anksiyeteyi yatıştırmak için geçici bir süre kısa etkili benzodiazepinlerden yararlanılabilir.

Kronik ağrının psikiyatrik tedavisi sıklıkla ana ilkeleri özetlenen tüm bu yöntemlerin bireye özel kombinasyonlarından oluşur. Ayrıca ağrı tedavisinde multidisipliner ekip çalışmasının önemini de akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. DSM IV; Amerikan Psikiyatri Birliği; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü baskı (1994) Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994
2. Bouckoms AJ. Chronic Pain: Neuropsychopharmacology and Adjunctive Psychiatric Treatment. In: Rundell JR, Wise MG; eds. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. 1st ed. The American Psychiatric Press. 1996; 1007-1036
3. Gonzales VA, Martelli MF, Baker JM. Psychological assessment of persons with chronic pain. NeuroRehabilitation 2000; 14; 69-83
4. Raj PP. Ağrı Taksonomisi. İn: Erdine S.; eds. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2000:13
5. Twycross RG. The relief of pain in far-advanced cancer. Reg Anesth. 1980;5(3):2-11
6. Feuerstein M. Definitions of pain. İn: Tollison CD eds. Handbook of Chronic Pain Management. Baltimore, Williams and Wilkins. 1989.
7. Osterweis M. Kleinman A. Mechanic D.: Institute of Medicine's Committee on Pain. Disability and Chronic Illness Behavior. Washington DC. National Academy Press.1987



214 | KRONİK AĞRIYA PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

8. Dersh J. Polatin PB. Gatchel RJ. Chronic Pain and Psychopathology: Research Findings and Theoretical Considerations. *Psychosomatic Medicine*.2002; 64:773-786
9. Elbi H. Mete T. Ağrı. İn: Özkan S. Eds. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1988-1999.s: 127-139
10. Tunçer Ö: Depresyon ve Somatizasyon: Eker E. Ed.: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 1999, İstanbul. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayın No:17, s: 47-52
11. İlal GK. Psikosomatik bozukluklara genel bakış. Güleç C. Köroğlu E. eds. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği.1997. s: 759-767
12. Gamsa A. Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain* 1990; 42: 183-195
13. Campbell LC, Clauw DJ, Kefe FJ: Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 399-409
14. 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
15. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2001;2(1):36-42
16. Mete HE. Noyan A. Sertöz ÖÖ. Ağrının psikososyal yönü. *Ağrı*. 2006; 18:1;s:20-25
17. Krishnan KRR, France RD, Davidson J. Depression as a psychological disorder in chronic pain. In: France RD, Krishnan KRR, editors. *Chronic Pain*. Washington DC; American Psychiatric Press, 1988: 195-219
18. Reich J. Tupin J. Abramowitz S. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *Am J Psychiatry*. 1983; 140:1495-1498
19. Hollfield MA. Somatoform Disorders. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry ed.8*, H.I.Kaplan, B.J.Sadock, eds. Williams & Wilkins, Baltimore 2005, s: 1800-1828
20. Lipowski ZJ. Somatization the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145: 1358-1367
21. Ford CV. Somatoform Disorders. İn: Ebert MH. Loosen PT. Nurcombe B.; eds. *Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry*. Lange Medical Boks/McGraw-Hill; 2003:366-377
22. Soykan A. Kumbasar H. Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*. 1999;2:109-116
23. Ford CV. Somatization. İn: Soreff SM. Mc Neil GN. eds. *Handbook of Psychiatric Differential Diagnosis*. Littleton. 1987: 195-235
24. Taylor H. Curan NM eds.: *Nuprin Pain Report*. New York, Louis Harris and Associates. 1985
25. Merikangas KR. Merikangas JR. Neuropsychiatric Aspects of Headache. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry ed.8* , H.I.Kaplan, B.J.Sadock, eds. Williams & Wilkins, Baltimore 2005, s:480-488
26. Silberstein SD. Lipton RB. Goadsby PJ. Classification and diagnosis of headache. In: *Headache in Clinical Practice*. Isis Medical Media, 1998: 11-18
27. Olesen J. The international classification of headache disorders. *Cephalgia*. 2004;24(1)
28. Merikangas KR. Angst J. Isler H. Migraine and psychopathology: results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:849-853
29. Silberstein SD. Lipton RB. Goadsby PJ. Tension-type headache: diagnosis and treatment. İn: *Headache in Clinical Practice*. Isis Medical Media, 1998: 91-100
30. Diamond S. Depression and headache. 1983;23: 122-126
31. Kulaksizoglu IB. Cakir S. Ertas M. Treatment of chronic tension-type headache with mirtazapine. İn: *Preventive Pharmacotherapy of Headache Disorders*. Oxford University Pres. 2004: 134-137
32. Sadock BJ.: *Anxiety Disorders.: Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences, clinical psychiatry*. 9th edition, by Lippincott Williams & Wilkins. p: 591-642
33. Elbi H. Psikojenik Ağrı ve Ağrı Bozukluğu. Güleç C. Köroğlu E. eds. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği.1997. s: 555-568
34. Evlice YE, Uğuz Ş. Psikiyatrik Açıdan Ağrı. *Galenos. Ağustos 1999 (Algoloji): 33*
35. Salerno SM, Browning R, Jackson JL: The effect of antidepressant treatment on chronic back pain. A meta analysis. *Arch Intern Med* 2002; 14: 19-24
36. Jackson JL, O'Malley PG et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressants medications. A meta analysis. *Am J Med* 2000; 108: 65-72
37. O'Malley PG, Balden E et al.: Treatment of fibromyalgia with antidepressants. A meta analysis. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 659-666

