

Ağrı ve Psikiyatri

Doç. Dr. M. Kerem DOKSAT*

Özet

Vücut dokusuna zarar verici veya verme kapasitesinde olan süreçlerce ortaya çıkarılan, vücudun belli bir bölgesinden geliyor olarak idrak edilen, nâhoş bir duyuşal ve duygusal yaşantı olan ağrının organizmayı ikaz edici ve koruyucu yönü sağlık için vazgeçilmez önem taşır. Kronik ağrı sendromları yüzünden pek çok insan acı çekmekte ama pek azı doğru ve yeterli tedavi görmektedir. Çağdaş algolojide içinde psikiyatrların ve psikologların da yer aldığı bir ekip çalışması ruhu içerisinde vak'alara yaklaşılmaktadır. Bu yazıda ağrının nörofizyolojisi, psikolojik ve psikiyatrik yönü, psikonörofarmakoterapisinin yanı sıra, psikoterapötik yaklaşımlar da özetlenmiştir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;1:23-31

Ağrı, insanoğlunun en yakından tanıdığı, en rahatsız edici yaşantılardan biridir. "Ağrı, acı, ıstırap" kelimeleri hem bedensel hem de ruşsal rahatsızlığı ifade etmek için çok kullanılır: "İçim acıyor", "manevî ıstırap" gibi... Somatik ağrının çeşitli yönlerini kapsayacak bir tanım şöyle yapılabilir: "Ağrı, vücut dokusuna zarar verici veya verme kapasitesinde olan süreçlerce ortaya çıkarılan, vücudun belli bir bölgesinden geliyor olarak idrak edilen, nâhoş bir duyuşal (sensoryel) ve duygusal (emosyonel) yaşantıdır". Bu çok yönlü tanımın tek bir parçası çıkarılsa, hissedilen şey ağrı olmaktan çıkar. Örneđin; vücudun belli bir bölgesi (bu "her tarafı" da olabilir) şartı kaldırılrsa, manevî ıstıraptan ayrılmaz; hiç bir organik ağrının, bir melânkoliğin çektiği ruhî acıdan daha şiddetli olamayacağı rahatlıkla söylenebilir. Mazokist bir kişi cinsel eylem esnâsında pek çok noxious (algolojide bu terim "beden

dokusuna zarar verici" anlamında kullanılır) uyarını zevk olarak idrak eder ve bunlar algojen değil erojen vasıf taşır. Aynı kişiye aynı uyarın aynı şekilde, ancak işinin başında çalışırken veya uzanmış kitap okurken verilirse canı acır; yâni algı aynı, idrak farklıdır ve ağrının nâhoşluk özelliğine tipik bir örnektir. Ağrı, çıplak sinir uçlarıncaya taşındığı için duyuşal, muhtelif özellikleri beyinde işlendikten sonra en son değerlendirmeye tâbi tutulduğu ve işin içine pek çok psikolojik unsurlar karıştığı için duyuşal bir yaşantıdır. Somatik ağrının organizmayı ikaz edici ve koruyucu yönü de sağlık için vaz geçilmez önem taşır. Nâdir görülen konjenital ağrı duyarsızlığı vak'alarının çoğu aldıkları yaraları, yanıkları veya muhtelif hastalıkları fark edememeleri yüzünden erken yaşta ölmektedirler.

Kronik ağrı sendromları yüzünden pek çok insan acı çekmekte, analjezik ve antienflamatuar ilâçlar fabrikalarının en fazla sattığı ürünler arasında yer almakta, akupunktur, TENS gibi bilimsel yönü olan, bitkisel terapi, biyoenerji, mânevî şifa gibi etkililikleri

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

hiç bir güvenilir bilimsel çalışmayla gösterilmemiş alternatif tedavi yöntemleri yaygın olarak uygulanmaktadır. Ülkemizde psikiyatri hâlâ “küçük staj” olarak görüldüğü için, genellikle yeterli psikiyatrik nosyondan yoksun bir biçimde mesleğe başlanmakta ve hastayla baş başa kalındığında da kaçınılmaz olarak, hatâ yapılmaktadır. Herkes rastladığı fenomenleri en çok bildiği şeye benzetir. Aslında depresyondan, anksiyeteden veya hipokondriyazisten başka hiç bir derdi bulunmayan pek çok kronik ağrı hastası, koyulan veya şüphelenilen yanlış teşhisler sebebiyle bir dizi gereksiz tetkike alınmakta ve gereksiz yere analjezikler, antienflamatuvarlar, miyorelaksanlar, hattâ steroidlerle tedavi edilmeye çalışılmakta, ameliyatlar olmakta ve de bütün bunların yan etkilerine mâruz kalmaktadırlar. Sonuçta, vakitlerini, nakitlerini ve en önemlisi ümitlerini kaybeden bu hastaların ve yakınlarının tıbbî güveni kalmamakta, konunun uzmanı olmayan kişilerin eline düşmektedirler.

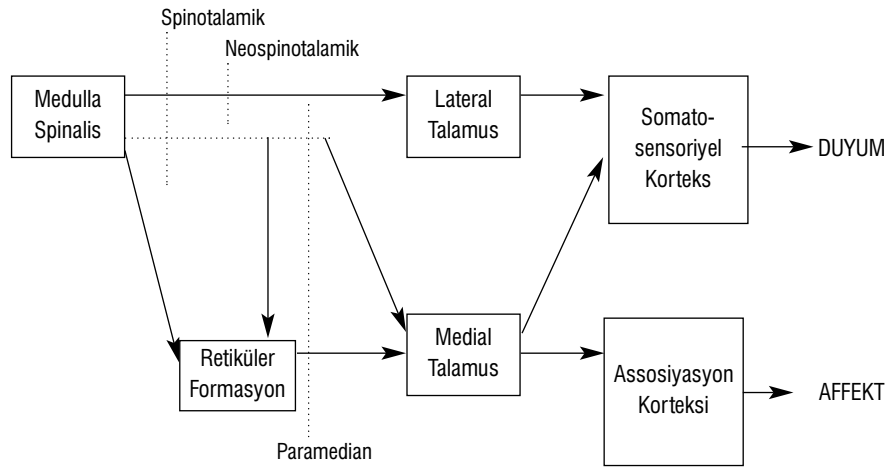
Son senelerde yapılan güvenilir araştırmalarla preterm bebeklerin ağrı hissettikleri, yüzlerini buruşturup ağlayarak yaşadıkları ıstırapı ifade ettikleri anlaşılmış ve yenidoğan döneminde herhangi bir nedenle hastane tedavisi gerektiğinde, ağrı azaltıcı tedbirlerin hastalığın seyrini olumlu yönde etkilediği, aksi takdirde, çocuğun bütün hayatını etkileyecek biçimde tıbbî prosedürlerden korkar hâle geldiği anlaşılmıştır. Baş ağrılarının çoğu primer ve genellikle de selim seyirli olmalarına karşılık, bâzıları öldürücü sonuçlanabilen patolojilerin sekonder belirtileri olabilir. Bâzen hem primer bir somatik hastalığın belirtisi hem de onun psikiyatrik komplikasyonu şeklinde karşımıza çıkabilir, bâzen de primer bir baş ağrısı sendromunun primer bir psikiyatrik tabloyla karışması veya onu taklit etmesi söz konusu olabilir (aura döneminde psikotik bulguların görülmesi gibi). Kadınların %80'inin, erkeklerin de %60 kadarının ayda bir anlamlı derecede rahatsızlık verici baş ağrısı çektikleri ve bütün insanların %90'ından fazlasının hayatı boyunca en azından bir kere böyle bir ağrıyı yaşadıkları tesbit edilmiştir. 6 yaş civarındayken %40 oranlarında görülen baş ağrısı prevalansı 15 yaşa gelindiğinde %70'e yükselmektedir. Yol açtığı ıstırap, iş gücü ve para kaybına rağmen, tipik migreni olan kadınların %60'ının, erkeklerinse %70'inin ağrılarının aslâ doğru teşhis edilemediği bilinmektedir.

Şiddetli stres dönemlerinde, stresör ortadan kalkıncaya kadar ağrı hissedilmeyebilir. Hipnoz sırasında

ağrı yaşantısı değiştirilebilir, ortaya çıkarılabilir veya ortadan kaldırılabilir. Transta olan bir süje (hipnoz jargonunda hipnotize edilen kişiye süje denir) eline koyulan kurşun kalem yanmakta olan bir dal olarak idrak edip canı yanabilir (indüklenmiş bir illüzyon), hattâ orada bir bül oluşabilir (indüklenmiş hatâlı bir psikosomatik tepki, çoğu cilt hastalığında olduğu gibi). Sâdece telkinle, ortada hiçbir türden uyarın yokken dayanılmaz ağrı hissedebilir (indüklenmiş bir pozitif halüsinasyon), pek çok büyük ve küçük ameliyat uygun kişilerde hipno-anesteziyle başarıyla gerçekleştirilebilmektedir (indüklenmiş bir negatif hallüsinasyon: mevcut bir uyarının idrak edilmemesi); bu ve benzeri psikosomatik tezahürlerin altında limbik sistemle frontal korteks ve diensefalik yapılar arasındaki karmaşık, karşılıklı ilişkiler, “ağrı agnozisi” tablolarının altında da muhtemelen kortikal supresyon yatmaktadır; nitekim akupunktur ve benzeri kontrirritasyon yöntemlerine bağlı hipoaljezi-analjezi naltrekson gibi opiat antagonistleriyle ortadan kaldırılabilirken, hipno-analjezide bu görülmemektedir. Hipokondriyaklar sıradan ve önemsiz bedensel duyularını “noxious” ve genellikle de ağrılı olarak idrak ederler, vahim bir hastalığın belirtisi şeklinde yorumlarlar; bu durumlarda da bir yanılsama (illüzyon) ve “pseudo-noxious” uyarın söz konusudur. Şizofren bir hasta tüketici, mahvedici acayip baş ağrısının sebebinin “dünyayı ele geçirmek isteyen ve onları durdurabilmek gücündeki tek kişinin de kendisi olduğunu bilen galaktik savaşıların gönderdiği “ultra-manyetik dalgalardan” menşe aldığını anlatabilir (indüklenmemiş bir pozitif halüsinasyon). Bir paranoid, klâsik (auralı) migren ataklarının düşmanlarının yemeklerine koyduğu zehirden kaynaklandığını iddia edebilir (selim bir ağrı sendromunun hezeyanî hatâlı yorumu). Bütün bunlar dikkate alındığında, ağrının basitçe bir duyum (sensation) değil, kompleks bir yaşantı (experience) olduğu görülecektir.

AĞRININ NÖROFİZYOLOJİSİ

Ağrı, ağrı olarak idrak edilmeden önce pek çok aşamalardan geçer. Önce zarar verici (noxious) bir uyarın (fizik, şimik, termal, penetran vs.) belli bir vücut bölgesindeki algılayıcı (reseptif) çıplak sinir uçlarını uyarır. Bu da bir aksiyon potansiyelinin (AP) doğmasına yol açar ki, bu aşamaya transdüksiyon denir. Bu elektrik sinyali çeşitli aşamalardan geçerek MSS'ye taşınır; bu aşamaya transmisyon adı verilir ve başlıca üç komponenti vardır:



Şekil 1. Merkezi sinir sistemindeki ağrı yollarının şematik özeti

1. Sinyali transdüksiyon bölgesinden medulla spinalisteki terminallere taşıyan periferik sinir uçları; bunlar kalın Ad, (ve muhtemelen Aa) ve ince C liflerinden oluşan nosiseptörlerdir. Noxious uyaran tarafından aktive edilen bu nöronlara primer afferent nosiseptörler de denir. Ad aksonları miyelinli olup, 1-3 µm çapındadır; C lifleri ise miyelinsizdir ve 1 µm'den küçük çaplıdır. Primatlardaki (dolayısıyla da bizlerdeki) C lifleri muhtelif mekanik, termal ve kimyasal noxious stimuluslarla uyarılabilirler, bu sebeple de polimodal C nosiseptörler diye de vasıflandırılırlar.

2. Medulla spinalisten beyinsapına ve talamusa yüklenen röle nöronları şebekesi.

3. Talamusla korteks arasındaki karşılıklı bağlantılar.

Bu aşamalardan geçen sinirsel uyarı duyuşal-diskriminatif özellikleri pariyeto-temporal kortekste, affektif-emosyonel özellikleri frontal-prefrontal kortekste işlendikten sonra en son değerlendirmeye tâbi tutulacak ve gnostik olarak ayırt edilecektir. Bu aşamaya da persepsiyon (idrak) denir. Algı terimi ilk üç aşamayı ifade eder ve resepsiyon karşılığıdır. Yâni, algılanan stimulus pek çok aşamadan sonra idrak edilmektedir. Bu idrake uygun olarak da bir davranış sergilenecektir. Dolayısıyla, ağrının;

1. Sensoriyel-diskriminatif,
2. Emosyonel-affektif,
3. Kognitif-davranışsal yönlerinden bahsedilebilir.

"Ağrı affektif" ağrı yaşantısı karşısında yaşanan duy-

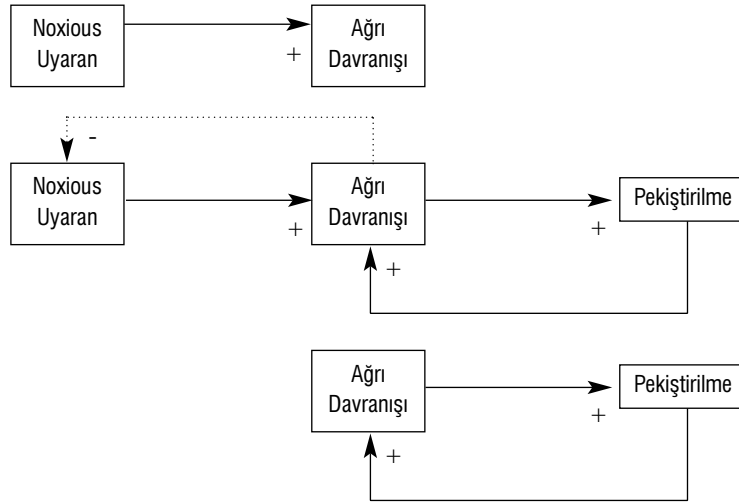
gusal uyarılma ve rahatsızlığı ifade eder ve çoğu zaman "ağrı şiddetiyle" aynı değildir. Ağrı eşliği, bir kişinin ağrı hissini duyduğu en hafif uyaran düzeyini ifade eder. Ağrı toleransı ise, bir kişinin tahammül edebileceği âzamî ağrı derecesini tanımlar. İlgili MSS ve PSS yapıları sağlamsa, ağrı eşliğinin hemen bütün insanlarda aynı olduğu, buna karşılık, toleransın kişiden kişiye, aynı kişide zaman içerisinde veya psikolojik durumuna göre ve etnik gruplar arasında farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.

AĞRININ PSİKOLOJİK YÖNÜ

Hipokondriyak bir hasta normal bedensel duyumları ağrı veya benzeri hastalık belirtisi olarak idrak eder. Yâni, ortada bir uyaran vardır (adale kasılması gibi) ancak kişi tarafından, kâlb krizini haber veren vahim bir duyum olarak idrak edilmekte (duyuşal boyut), bundan dolayı acı ve dehşet yaşamakta (duygusal ve yaşantısal boyut), kişi âcil servislere koşmaktadır (davranışsal boyut). Noxious uyaranlar, subjektif ağrı hissini yanı sıra, kaçma, kaçınma, donup kalma, benzer durumlara düşmemek için dikkatli olma gibi, organizmanın kendini korumasına yönelik davranışsal tepkilere de yol açarlar. Ağrı 3-6 aydan kısaysa akut ağrı sendromundan, uzunsa kronik ağrı sendromundan bahsedilir. Akut ağrı organizmayı alârne eder; "dövüş veya kaç veya kork" prensibine göre uyarır ve genel bir anksiyete sendromuyla karakterizedir. Kronik ağrı ise irritabilite, uyku bozuklukları, tükenme, bedeniyle aşırı uğraşma, libido azalması, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme gibi belirtilere yol açar. Bu kişiler güvensizdirler ve kronik ağrı davranışı sergilerler: Jestlerle, mimik-

Tablo 1. Ağrı davranışının biçimlenmesinde risk faktörleri ve pekiştirilme biçimi

Ağrı davranışı	Pekiştirilme biçimi	Muhtemel risk faktörleri
Ağrı yakınmaları, inleme, gözyaşı	Dikkati çekme, yetiştirilme Ağrının giderilmesi, psikoaktif ilaçlar,	Hostil veya umursamaz eş, ebeveyn Atipik yüz ve perine ağrıları; Sürekli anksiyete, daha önceden
Tıbbî konsültasyonlar	dikkat çekme, yetiştirilme, muteber hasta rolü	ilâç veya alkol kötüye kullanımı elektif cerrahî prosedürlerin bolluğu
Kompansasyon, malûliyet, istirahat	Para menfaâtı, ağrıdan kurtulma, nâhoş iş ve kişi- lerden uzak kalma	Düşük gelir, fakirlik, özsaygının düşüklüğü, işinden memnun ol- mama, iş ve toplum hayatında sık başarılsızlıklar

**Şekil 2.** Ağrı davranışının ortaya çıkışı

Üstte: Noxious uyarı istirahat gibi bir ağrı davranışına yol açıyor. Ortada: Sonuçta hem ağrı azalıyor, hem de kişi, istirahat sayesinde, hoşlanmadığı iş ve sorumluluklardan uzak kalıyor. Bu şekilde, pekiştirilmeyle ortaya çıktığı ölçüde, dinlenmek öğrenilmiş bir ağrı davranışıdır. Altta: Herhangi bir noxious uyarı mevcut değil. Ağrı davranışı sâdece nâhoş işlerden ve durumlardan kurtulmak için sürdürülüyor.

lerle ve inlemelerle bezenmiş, sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanan, doktor doktor dolaşan, dramatik, bâzen de teatral "zavallı hasta" rolü! Bu davranışın oluşmasında sosyokültürel etkilerin, öğrenmenin ve bu öğrenilmiş ağrı davranışının muhtelif biçimlerde pekiştirilmesinin etkisi büyüktür. Ağrı davranışının pekişmesi, ikincil kazançlar ve risk faktörleri Tablo 1'de belirtilmiştir. Özetle;

A. Ağrı spesifik ve elemanter bir duyumdan ibâret değildir; ağrı idraki ve yaşantısında psikik faktörlerin

büyük rolü vardır. Sâf psikik kökenli bir semptom olarak karşımıza çıkabileceği gibi, organojen bir ağrının idrak edilmesinde de psikik etkenler önemli rol oynayabilir.

B. Kronik ağrı hastası rolü sayesinde kişi bastırılmış olduğu çatışmalardan kurtulmakta (birincil kazanç) veya sağlıklı görünmekten kaçınmakta (kaçmayı öğrenme), bu da bağımlılık ihtiyaçlarının doyurulmasını sağlamakta (ikincil kazanç), çeşitli çevresel ve sosyal pekiştirmelerle de (pozitif pekiştirilme) bu rol

iyice benimsenmektedir. Sonuç tam bir kısır döngüdür. Subjektif bir yaşantı olan ağrının ölçülmesi konusu da son derecede karmaşık ve tartışmalı bir özellik taşımakta, objektif ve güvenilir bir yöntem bilinmemektedir ve ağrı davranışı kısır döngüsüne girmiş bir hastanın "gerçek ağrısını" tesbit edebilmek âdetâ imkânsızdır.

Ağrının kişiler için taşıdığı anlamlar şöyle gruplandırılmıştır:

1. Ağrı, bedene bir zarar gelmesi veya bir kaybın ortaya çıkması tehdidinde karşı ikaz rolü oynar.
2. Ağrı nesne ilişkilerinin düzenlenmesinde yardımcı bir unsurdur. Canı yandığı için ağlayan çocuk annesinin ilgi ve şefkatine kavuşur. Bu davranış biçimi değişikliklere uğrayarak yetişkinlikte de sürer.
3. Ağrı ve ceza kavramları ilginç bir kavramsal ve semantik paralellik arz eder.
4. Ağrı hissi saldırganlık ve güçle doğrudan ilişkilidir. Ağrı çekilmesi ve çektirilmesi de, bu bağlamda gücün sembolüdür.
5. Sevgi nesnelere hakikî veya hayali kaybı ağrıyla (acı çekmeyle, ıstırapla) birliktedir. Böyle bir şeyin düşünülmesi bile insana "acı" verir.

Bâzı kişiler, bu mekanizmaların bir veya birkaçı nedeniyle ağrıya yatkınlık içine girerler. Çevreyle ilişki kurabilmenin "acı çeken insan" imajından geçtiği şeklindeki koşullanmanın etkisiyle, bilinç-dışı suçluluk duygularının cezalandırılması biçiminde, nesne kaybı tehdidinin etkisiyle veya yasak saldırganca veya cinsel dürtülerin bastırılması sonucunda kişide ağrı yaşantısı aktive olabilir. Psikanalitik görüşe göre, bilinç-dışına bastırılan muhteva, kılık değiştirerek, çok farklı görünümle tekrar bilince çıkabilmektedir. Bu bağlamda ağrı konusu ele alınacak olunursa, kullanılan başlıca ego savunma mekanizmaları arasında represyon (bilinç-dışında bastırma) ve/veya refulman (bilinç-dışına bastırma), izolasyon, sembolizasyon (simgeleştirme), kişinin kendine çevrilme, konversiyon ve somatizasyon (bedenselleştirme) sayılabilir. Somatizasyon ruhsal çatışmaların beden duyularıyla ifâdesidir. Bir veya daha fazla sayıdaki bedensel semptomların bulunduğu, yeterli tıbbî değerlendirmelerle bunların fiziksel bir patolojiye veya pato-fizyolojik mekanizmaya bağlanamadığı veya bir takım organik nedenler bulunsa bile, mevcut şikâyetlerin bu fizik bulgular-dan beklenebileceğın çok üzerinde sosyal veya

meslekî bozulmaya yol açması durumlarında somatizasyondan bahsedilmesi gerekir. Kendi ruh hâllerinin farkında olmayan aleksitimik kişiler, depresyonlarını veya anksiyetelerini somatize ederek bedensel şikâyetler biçiminde yaşarlar -ki, buna somatotimi denmektedir. Gerek erken çocukluk çağında gerekse yetişkinlik döneminde yaşanan stresli yaşantıların baş ağrılarının gelişmesinde önemi vardır. Çocuklarda ve ergenlerde en sık rastlanan somatizasyon semptomu baş ağrısıdır ve bu gruptakilerin %39 ilâ 70'inde arada bir, %10 ilâ 30'unda da haftada en az bir kere baş ağrısı çekme şikâyeti mevcuttur. Karın ağrısı başta olmak üzere, diğer somatik şikâyetler de çocuklarda ve ergenlerde siktir ve Vücut Dismorfik Bozukluğu gibi entitelere sekonder olarak da somatizasyon gelişebilir. Bu yaş grubunda ileride migrene dönüşecek, ağrının eşlik etmediği epizodik migren eşdeğerlerine sık rastlanır. Bunlar arasında baş dönmesi hissi gerçek vertigo/dengesizlik, bulantı ve kusma/karın ağrısı, anî irritabilite hâlleri, iştahsızlık, ışık ve gürültüye karşı aşırı hassasiyet, sıklık kusmalar, ishâl, kişilik değişiklikleri hattâ konfüzyonel durumlar, periyodik ekstremiteler ve eklem ağrıları sayılabilir.

AĞRININ PSİKİYATRİK YÖNÜ

Buraya kadar yazılanlardan kolayca anlaşılacağı gibi, biyopsikososyal bir bütün olan ve bu bütünü meydana getiren parçaların tek tek toplamından fazla ve farklı bir varlık olan insanla ilgili her şey gibi, ağrı konusunu da tek boyuttan inceleyip anlamak mümkün değildir. Ne hastayı kocaman bir "ağrısız varlık (!)" olarak görüp analjezikler, antiflojistikler yüklemek veya bir yerlerini cerrahî olarak kesip almak, ne de her şeyi psikolojik diye ele alıp organik ve farmakolojik müdahaleleri inkâr etmek doğrudur. Nitekim, psikiyatrik yöne fazla ağırlık verilirse, bâzı organik entiteler atlanabilmektedir.

Kronik ağrısı olan hastaların psikiyatrik değerlendirilmeleri de kendine özgü bazı zorluklar arz eder:

1. Psikolojik açıklamalardan kaçınmayla birlikte, ağrının mutlaka fiziksel bir nedeni olduğu biçimindeki yerleşmiş inançlar yüzünden, organik bir teşhise ve tedaviye varabilmek için yapılan, çoğu gereksiz araştırmalar.
2. Bir sürü tıbbî ve cerrahî müdahalelere rağmen başarıya ulaşılamayıp, üzerine bir de ilâç bağımlılığının eklenmesi.

3. Ağrıyla başa çıkabilmek için kişisel çabalar göstermektense, her şeyin hekimden beklenmesi şeklindeki bağımlılık.

4. Hasta rolünü sürdüren ve çevresinde bıkkınlık yaratıp, eninde sonunda yabancılığa ve dışlanmaya yol açan davranış biçimi.

5. Beceri yetersizliği, aşırı beklentiler veya başarısızlık korkusu gibi nedenlerle sağlıklı rollerden kaçma.

6. Hekimlerden, dostlardan, aileden gelen çevresel ödüllendirmelerden, pekiştirmelerden dolayı hasta rolünü bırakamama...

DSM-IV ve ICD-10'da mevcut olan ve teşhis kriterleri arasında "ağrı" teriminin geçtiği başlıca zihinsel bozukluklar arasında şunlar sayılabilir: Somatoform Bozukluklar (Ağrı Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriyazis), Anksiyete Bozuklukları (Panik Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu), Somatik Tip Hezeyanlı Bozukluk. DSM-IV'e göre, ağrıyı ortaya çıkaran fizik neden/nedenler mevcut bile olsa, söz konusu ağrı yakınması bu durumda oluşması beklenenden çok daha fazlaysa veya ağrıyı açıklayabilecek organik bir neden bulunamıyorsa, Ağrı Bozukluğu teşhisi koyulabilmektedir. Gene DSM-IV'de ağrı şikâyetinin sâdece bir ruh durumu bozukluğu veya başka bir birinci eksen bozukluğunun (Somatik Tip Hezeyanlı Bozukluk gibi) seyri sırasında ortaya çıkmaması koşulu vardır. Buna karşın Ağrı Bozukluğu olan bir vak'ada zamanla tabloya Majör Depresif Bozukluk eklenirse, her iki teşhis birlikte koyulabilir. Teşhis kriterleri arasında ağrı bulunan diğer bozukluklar mevcutsa (meselâ Somatizasyon Bozukluğu), ayrıca Ağrı Bozukluğu teşhisi koyulamaz.

Ağrı Bozukluğu Teşhis Kriterleri:

A. Klinik görünümün önde gelen özelliği bir veya daha fazla alandaki ağrıdır ve klinik yönden dikkate alınması gereken düzeyde şiddetlidir.

B. Ağrı klinik yönden anlamlı derecede rahatsızlığa veya toplumsal, meslekî veya diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açmaktadır.

C. Ağrının ortaya çıkmasında, şiddetinde, artmasında veya devam etmesinde psikolojik etkenlerin önemli rolü olduğu yargısına varılmıştır.

D. Semptom veya defisit bilerek ortaya çıkarılmamış veya kandırmaca yapılmamıştır (Düzmece Bozukluk ve Temâruz gibi).

E. Ağrı bir Ruh Hâli veya Anksiyete Bozukluğu ile yâhut Psikotik Bozukluk'la daha iyi açıklanamamakta ve disprenü kriterlerini karşılamamaktadır.

DSM-IV'de yalnız psikolojik etkenlerle ilişkili ve hem psikolojik etkenlerle, hem de genel bir tıbbî durumla ilişkili iki alt tip tanımlanmış, 6 aydan kısa vak'aların akut, uzun olanların ise kronik olarak tanımlanması koşulu getirilmiştir.

Deprime, manik, şizofrenik ve paranoid hastalarda ağrı idrakinde anlamlı değişiklikler olmaktadır. Klâsik olarak maskeli depresyon denen klinik tablolarla hastanın ruhsal yönden şikâyeti ya hiç bulunmamaktadır ya da minimal düzeydedir ancak yaygın ağrılar ve özellikle de baş ağrısı tipik bir şikâyettir. Majör depresyon vak'alarının kabaca yarısının önde gelen şikâyeti baş ağrısıdır; ağrı migren, gerilim veya başka her tipte olabilir. Şu bulgular mevcutsa, hastadaki ağrı şikâyeti psikoz ve benzeri ciddi bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olabilir:

a) Ağrı bir sürekli uğraşı hâlini almışsa, yâni kişi sürekli olarak ağrısıyla meşgûlse,

b) Ağrı mutlak tedavi yaklaşımlarına ısrarlı bir şekilde dirençliyse,

c) Hastanın duygulanımında, idrak, düşünce ve/veya davranışlarında dikkat çekici gariplikler veya anormallikler mevcutsa,

d) Çok sayıda hekim değiştirme veya değişik tedaviler uygulanma hikâyesi varsa,

e) Özgeçmişinde veya hâlen devam etmekte olan bir psikiyatrik bozukluk hikâyesi mevcutsa,

f) Soygeçmişinde ciddi bir psikiyatrik bozukluk tanımlanıyorsa.

Somatik Tip Hezeyanlı Bozukluk'un kimi yazarlarca "Monosemptomatik hipokondriyazis" veya "monosemptomatik hipokondriyak psikoz" denen tipinde, ağrı tek yakınma olup bir halüsinasyon özelliği taşımaktadır. Bu vak'aların Somatoform Ağrı Bozukluğu'ndan, Beden Dismorfik Bozukluğu'ndan ve Obsesif Kompulsif Bozukluk'tan ayrı tanısının yapılması bâzen çok güç, hattâ imkânsızdır ve obsesif belirsizlikten aşırı değer verilen fikirlere, oradan da hezeyanî düşünceye uzanan bir devamlılık söz konusudur. Ayırt ettirici bir özellik olarak, monosemptomatik hipokondriyazis vak'aları pimozid'e oldukça iyi cevap verirler. Depresyon ve monosemptomatik hipokondriyazis hâricinde, özellikle hastanede yatan kronik psikiyatrik hasta gruplarında

Tablo 2. Psikiyatrik hastalarla, kronik ağrı hastalarının karşılaştırılması

	Psikiyatrik hastalar	Kronik ağrı hastaları
Önde gelen şikâyet olarak ağrı	Nâdiren	Dâima
Ağrının tutarlılığı	Geçici	Kronik
Yeri	Sefalik Trunkal	Arka alt sırt Boyun
Hasarlanmayla ağrının başlaması	Sinsice	Genellikle bağlantılı
Ağrıyan yerler	Pek çok	Genellikle alt sırt veya boyun
Nöroanatomik korelasyon	Zayıf	Zayıfla iyi arası
Ağrıyı arttırıcı etkenler	Nonspesifik	Alt sırt ağrısında, genellikle kaldırma, eğilme, oturma, ayakta durma
Rahatlattıcı etkenler	Nonspesifik	Alt sırt ağrısında, genellikle yürüme, uzanma, pozisyon değiştirme, buz veya ısı

kronik ağrıya çok az rastlanmaktadır. Psikiyatrik hastalarla kronik ağrı hastalarının benzerlik ve farklılıkları Tablo 2'de özetlenmiştir:

Dissosiyatif bozukluklarda (dissosiyatif fügler, dissosiyatif trans hâlleri, dissosiyatif amnezi) ağrıya, özellikle de baş ağrısına çok rastlanır. Tartışmalı bir teşhis olan Dissosiyatif Kimlik (Çoğul Kişilik) Bozukluğu'nda ise kimlikten kimliğe geçerken baş ağrısı mutattır; literatürde farklı kişiliklerinde farklı tip baş ağrıları olan bir Çoğul Kişilik Bozukluğu vak'ası bildirilmiştir. Kronik pelvik ağrıları olan kadınlarda çocukluk çağında cinsel ve fizik tâcize uğrama hikâyesinin bu şikâyeti olmayanlara oranla çok daha yüksek olduğu, bu kadınların somatizasyonun yanı sıra, dissosiyasyon mekanizmasını da sık kullandıkları bildirilmiştir. Psikotik, özellikle kronik şizofrenik süreç içerisindeki hastaların ağrıları yeterince önemsenmemekte, hasta şikâyet etmediği için önemli hattâ âcil durumlar (akut batın gibi) atlanabilmektedir. Kronik, negatif semptomların ön plânda olduğu bir şizofrenin parmaklarını yakan sigarayı fark etmesizin (veya, daha doğrusu, ona aldırış etmesizin) öylece oturmaya devam etmesi psikiyatrların hiç de yabancı olmadığı bir manzaradır. Böyle vak'alarda uygun antipsikotik tedavi yaklaşımlarının devreye sokulması gerekir.

Çeşitli stresörler, kişilerin bunlara ve baş ağrılarına verdikleri tepkiler büyük önem taşır. Bu faktörlerin

hepsinin tam ve sağlıklı olarak değerlendirilebilmeleri zordur çünkü sürekli değişim içindedirler. Gene de, belirli dönemlerde baş ağrısı ortaya çıkan vak'alarda bu tür dönemlerin dikkatlice incelenmesi gerekir. Emosyonel stresörlere ağrı vak'alarında çok rastlanır ancak çoğu hasta bu konuları "önemsememekte", hattâ bâzi stresörleri inkâr etme eğilimindedirler. Hekimin bu gibi ip uçlarını yakalayarak anamnezi derinleştirmesinde, gerekirse yakınlarından bilgi almasında fayda vardır: İş, aile, toplumsal çevre değişikliği, karşılanamamış beklentiler, rol çatışmaları, cinsel sorunlar, çeşitli hayâl kırılıkları gibi pek çok konu, özellikle ve ustalıkla sorgulanmadıkça, anlaşılabilir. Hastalarda sıklıkla, bir an evvel reçetelerini alıp gitme eğilimi vardır.

AĞRI TEDAVİSİNDE PSİKİYATRİNİN YERİ

Psikonörofarmakolojik Yaklaşımlar

Karbamazepin analjezik, antialjik, antipruritik, ve antinevraljik etkilere sâhiptir. SSRI'ların antimigren (bu, trisiklikler için klâsik bir bilgidir) etkileri olduğu anlaşılmıştır. Pek çok madde kullanım bozukluğunun (amfetamin, nitrit inhalanlar, alkol, kafein vs.) seyri veya yoksunluğu durumlarında baş ağrısına sık rastlanır. SSRI, SNRI ve MAOI de ilk günlerde baş ağrısına sık yol açarlar. İlginçtir ki, aynı ajanlar migren de dâhil olmak üzere, pek çok kronik ve/veya epizodik baş ağrısının ve diğer kronik ağrı sendromlarının tedavisinde hâlâ en çok kullanılanlar

arasındadır. Başta fluoksetin ve sertralin olmak üzere, SSRI'ların karışık-kronik ağrı sendromlarında etkili olduğunu, buna karşılık, migren (4-12 atak/ay) ve gerilim baş ağrılarında, diyabetik nöropatide ve fibromiyaljideki yararlarının anlamlı düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Trisiklik antidepressanlar diyabetik nöropatide, fibromiyaljide, kronik baş ağrılarında ve post-herpetik nevraljide SSRI'lardan daha etkili olmaktadır. Paroksetin'in ve sitalopram'ın nöropatik ağrıda etkili olduğu bildirilmiştir. En çok kullanılan antimigren ilaçlar arasında da antidepressanlar hâlâ başta gelmekte olup, kronik günlük baş ağrılarının (ayda 16 günden fazla baş ağrısı olanlar) tedavisinde de yerleri vardır. Gerek gerilim gerekse migren tipi ağrıların %10 ilâ 20'sinde mutad tedavi yaklaşımları etkisiz kalır, özellikle böyle vak'alarda alta yatan psikiyatrik bir bozukluk mutlaka aranmalıdır.

Özellikle aural migrende depresif ruhsal durum, iritabilite siktir ve migrenlilerde depresyon ve intihar oranlarının normal popülasyona göre yüksek olduğu bilinmektedir. 20-30 mg/gün paroksetin'le 200-400 mg/gün sülpirid'in karşılaştırıldığı randomize, çift kör, plasebo kontrollü olmayan bir çalışmada, depresif olmayan 50 kronik gerilim tipi baş ağrısı hastasında her iki grupta da baş ağrısı skorlarında ve analjezik tüketiminde anlamlı derecede düzelleme bulunmuş, en iyi sonuçlar da her iki ilâcı birden kullananlarda alınmıştır. Başka bir çalışmada da 50-100 mg/gün fluvoksamin'le 30-60 mg/gün mianserin karşılaştırıldığında, her iki ilâcı alan grupta baş ağrısının anlamlı derecede azaldığı ancak daha şiddetli baş ağrısı olan non-depresif alt grupta fluvoksamin'in, orta şiddette başı ağrıyan depresif hastalarda ise mianserin'in daha etkili olduğu bulunmuştur. Küme baş ağrılarında lityum oldukça etkilidir, tesirinin başlaması için genellikle üç hafta kadar bir süre geçmesi gerekmektedir ve kan düzeyinin de ruhsal durum düzenlemek için verildiği gibi olması (0.6-1.6 mM/dl) gerekmektedir. Postkonkuzyonel sendromda boyun ve omuz sancılarının, kognitif anormalliklerin, ruh durumu değişikliklerinin, baş dönmesi hissi ve/veya vertigonun yanı sıra, baş ağrısına çok sık rastlanır ve çok yönlü bir tedavi yaklaşımı gerekir. Temporomandibuler eklem bozukluğuna bağlı ağrılarda ve miyofasiyal ağrı hastalarında da, diğer alternatiflerin yanı sıra, klonazepam etkili olabilmektedir. Mirtazapin, trazodon ve nefazodon da çeşitli ağrılarda faydalı olmaktadır. Son senelerde, kronik ve başa çıkılmaz şiddetteki ağrı hastalarında psikostimülanların, affektif komponenti

olan vak'alarda da elektrokonvülsif terapinin (EKT) faydalı olduğu bildirilmektedir; bu gibi müdahalelerin mutlaka uzmanlarca uygulanması gerekir.

İlaç Dışı Psikiyatrik ve Psikolojik Müdahaleler

Bilinçli ve bilgili bir biçimde uygulanan psikofarmakoterapinin yanı sıra, çeşitli psikoterapi, hipnoz, gevşeme, biofeedback gibi yöntemlerin, en tehlikesiz bir gerilim baş ağrısında da, en ciddi kanser ağrısında da vazgeçilmez bir yeri vardır. Aşağıda bunların bir listesi verilmiştir; çoğu tekniğin uygulanışı adından anlaşılacaktır. Ağrı davranışını görmezlikten gelip, sağlıklı davranışlarda ödüllendirici biçimde yaklaşma şeklindeki operan koşullama tekniğinin etkililiği tartışmalıdır. En iyisi, her hasta için en doğru yaklaşımı belirlemektir.

Ağrıyla başa çıkmakta kullanılan teknikler

- A. Telkin: Bilgilendirme, doğrudan sözlü telkin, programlı telkin, hipnoz, otohipnoz
- B. Dikkat çelme: Dahilî (hayâl gücünü kullanma), haricî (duvarda veya tavanda TV)
- C. Kognitif farkındalığın artırılması: Ayrıntılı bilgilendirme, zihinsel hazırlama, ağrıyı azaltmak için incinmenin provasının yapılması, uyarın kontrolü (uyarının belirlenmesi ve uyarınla karşılaşmanın en aza indirgenmesi için yeniden çevresel düzenleme yapılması)
- D. Anksiyeteyi azaltıcı teknikler: Gevşeme, duyarsızlaştırma
- E. Davranışsal becerilerin artırılması eğitimi: Sosyal beceri eğitimi, stresle başa çıkma eğitimi, kendini kontrol eğitimi, kendini daha etkili kılma, anksiyeteyle başa çıkma, karar verme, vb.
- F. Kendini kontrol etme: Biofeedback, "autogenic training", progresif adale gevşemesi egzersizleri, hayallerde gevşeme, solunum egzersizleri, gerilim kontrolü
- G. Kognitif terapi: Ağrının anlamını yeniden değerlendirebilmek için özel terapi eğitimi (meselâ ağrının muhtemel aversif sonuçları hakkında öznel fikirlerin değiştirilmesi)
- H. Operan teknikler: Çevreden ağrı davranışına gösterilen dikkatin azaltılması
- I. Şartlandırma
- J. Total destek programları: Yukarıdaki tekniklerin tümü.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Bonica JJ (1990) The Management of Pain, 2. baskı, Philadelphia, PA, Lea & Febiger.
2. Doksat MK (1997) Ağrının Psikiyatrik Yönü. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1, C Güleç, E Köroğlu (Ed), Hekimler Yayın Birliği, s.257-261.
3. Doksat MK (1997) Ağrı ve Psikiyatri. Ege Üniversitesi Sürekli Yayınları, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II, s.189-205.
4. Doksat MK (1998) Baş Ağrıları ve Psikiyatri, Baş Ağrıları ve Baş Dönmeleri, Sempozyumu Kitabı, A Siva, A Kaytaç (Ed), İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayını No: 10, s.79-108.
5. Doksat MK, Karaca E (1996) Migren ve depresyon. Ağrı, 8(1):5-13.
6. Fishbain DA (1996) Pain and Psychopathology. Neuropsychiatry, BS Fogel, RB Schiffer (Ed), Williams & Wilkins, s. 443-484.
7. Hilgard ER, Hilgard JR (1975) Hypnosis in Relief of Pain. Los Altos, William Kaufman, California.
8. Tyrer SP (1992) Psychiatric assessment of chronic pain. Brit J Pain, 160:733-741.
9. Wall PD, Melzack R (1994) Textbook of Pain, 3. baskı, Edinburgh, Churchill Livingstone.