

Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar

Atilla SOYKAN*, Hakan KUMBASAR**

ÖZET

Herhangi bir patolojik lezyon, algısal farklılıklarla ilişkili olarak değişik şiddetlerde ağrıya yol açabilir. Hem elimizdeki klinik veriler hem de deneysel çalışmalar hastanın ağrısının psikososyal faktörlerle artabileceğine işaret etmektedir. Hastanın ağrısı hakkındaki düşünceleri, ağrıya dikkatini ne derece yönelttiği, ruhsal durumu ve ağrının ortaya çıktığı sosyal ortam ağrının algısal ya da merkezi seviyede şiddetini etkileyen en önemli özelliklerdir. Öte yandan, bu etkenlere yönelik müdahaleler ağrıyı azaltıcı tedavilerin etkisini en üst düzeye çıkartmak amacıyla kullanılabilirler. Bilgi verme, gevşeme ve hayal kurma, dikkati dağıtma, aile tedavileri kronik ağrılı hastalarda etkinlikleri gösterilmiş tekniklerdir. Ek olarak, psikofarmakolojik müdahaleler yalnızca psikiyatrik bir bozukluğu olanlarda değil, olmayanlarda da yararlı etkiler ortaya çıkartabilmektedir. Psikiyatristin kronik ağrısı bulunan hastalarda yapabileceği pekçok şey olduğu unutulmamalı ve psikiyatristin bu tür hastalarla uğraşan multidisipliner bir takımda mutlaka yerini alması planlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kronik ağrı, psikososyal müdahaleler, gevşeme, dikkati dağıtma, antidepresanlar.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;2:109-116

SUMMARY

Psychiatric Interventions in Chronic Pain Treatment

Any given pathological lesion can produce pain whose intensity varies widely among different patients in relation with the per-

ceptual differences among sufferers. There is enough clinical and experimental evidence that a patient's level of pain is amplified by various psychosocial factors. The thoughts he has about his pain, the degree to which he pays attention to it, his mood and the context of situation where pain emerges have been most prominent features that effects the severity of pain on perceptual or central level. Interventions to these factors, on the other hand, can be used therapeutically in maximizing the effectiveness of pain relieving treatments. Providing information, relaxation and imagery, dikkati dağıtma, family interventions are among the techniques that have proven to be effective in chronic pain patients. Additionally, not only the cases that demonstrate some kind of psychiatric disorders but also some patients without any significant psychiatric problems may benefit from psychopharmacological treatments. As psychiatrists have much to do with chronic pain patients, they must be included in the multidisciplinary team that deals with these patients.

Key Words: Chronic pain, psychosocial interventions, relaxation, distraction, antidepressants.

GİRİŞ

Vücut duyumları ve somatik şikayetlerin algılanışı belirgin kişiler arası farklar göstermektedir. Kalp hızı, solunum sayısı gibi vital fonksiyonları bireylerin doğru algılamadıklarını gösteren veriler olduğu gibi, ağrı algısının da bireyler arası farklar gösterdiğini destekler veriler bulunmaktadır (Eisenberg 1980). Yüksek doz antiasid tedavi ile peptik ülser ağrılarının geçtiğini belirten olguların %33'ünde ülser iyileşmemiş iken, ağrısı devam eden olguların %48'inde ülserin iyileştiği saptanmıştır (Peterson ve ark. 1977).

* Öğr. Gör. Uz. Dr., ** Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Ünitesi, ANKARA

Bu bağlamda bakıldığında ağrının hem ortaya çıkışı ve sürmesinde hem de iyileşmesinde ağrıya neden olan doku zedelenmesi dışında faktörlerin de yeri olduğu söylenebilir.

Ağrı, doku zedelenmesine bağlı olarak ortaya çıkan, sıkıntı verici, hoş gitmeyen, duyuşsal ve emosyonel bir yaşantıdır. Çoğunlukla bir semptom olarak ortaya çıkmasına rağmen, fantom ağrı ya da refleks sempatik distrofi durumlarında olduğu gibi, hastalığın kendisini de oluşturabilir (Bouckoms 1996). Ağrı periferik sinirlerin uyarılması ve bu uyarının değişik yollarla beyine ulaştırılması ile hissedilen bir duyumdur. Bu iletim sırasında, orijinal uyarın, çeşitli düzenleme ve süzme işlemlerinden geçer, diğer duyuşsal uyarınlarla ve geçmiş deneyimlerle bütünleştirilir ve değerlendirilmeye tabi tutulur. Sonuçta, ağrı bilinç düzeyine ulaştığında pekçok değişimden geçer (Bouckoms 1996). Bireyin akut ve kronik ağrıya verdiği tepkiler de farklıdır. Akut ağrılı durumlarda kişinin sıkıntısına ilişkin tüm verileri gözlemek mümkündür. Hasta ağlar, bağırır, yardım için yalvarır. Ağrısı 6 haftadan fazla sürmüş "kronik ağrılı" bireylerde ise, ağrı şiddetinin "çok yüksek" olarak belirtildiği durumlarda bile, dışa vuran emosyonel tepkiler azalmıştır. Hatta bu durum klinisyenin ağrının gerçekliğini sorgulamasına yol açabilir. Oysa ağrı tamamen subjektif bir deneyim olup, klinisyen şiddetin derecelendirilmesinde hastanın bildirimini doğru kabul etmek durumundadır (Deardorf ve ark. 1991).

Ağrının şiddetini kabaca iki etmen belirler; ağrıya neden olan birincil ya da organik neden ve ağrının santral sinir sisteminde (SSS) algılanışını etkileyen ikincil ya da santral etmenler. Ağrı şiddetinin tariflenmesinde hemen her zaman bu iki etmen birlikte fakat değişen ağırlıkta rol alırlar. Ağrı kronikleştikçe hem psikolojik hem de patofizyolojik düzlemlerde ağrının "santral" yönü daha büyük önem kazanır. Bir ağrının şiddetinin artmasına neden olan başlıca durumun psikolojik olduğunun tespit edilmesi, bu ağrının başlıca nedeni organik olan bir ağrıya göre daha hafif olduğu, daha az tedavi gerektirdiği anlamına asla gelmez. Tersine, bu olgularda, çoğunlukla, ağrının yalnızca analjeziklerle ve rutin yaklaşımlarla tedavisinin yeterli olmayacağı, hekimin hastaya psikolojik yardım uygulaması ya da bir psikiyatristle birlikte tedaviyi yürütmesinin gerekli olduğu düşünülmelidir (Deardorf ve ark. 1991, Bouckoms ve Litman 1987). Plasebo uygulamaları ağrının psikolojik yönünün olup olmadığının tespitinde değil, plase-

boya yanıt veren grubun belirlenmesinde yararlı bir yaklaşımdır. Kanser ağrıları dahil en şiddetli ağrılarda bile %20-40 düzeyinde plaseboya yanıt vardır (Bouckoms 1996, Carr ve ark. 1994).

KRONİK AĞRI

Toplam süresi 6 haftadan fazla süren ağrılar "kronik ağrı" olarak adlandırılır. Eğer ağrı süresi 6 aydan fazla ise ve olağan medikal ve cerrahi yöntemlere yanıt vermiyorsa "tedaviye dirençli ağrı" durumundan söz edilir. Bu bağlamda "merkezi ağrı" bazı olgularda ağrının devam etmesindeki en önemli etken olarak karşımıza çıkabilir. Merkezi ağrıya ya deaferentasyona yol açan sinir zedelenmesi vardır ya da santral sinir sisteminde, periferik uyarından bağımsızlaşmış, anormal eksitasyon/inhibisyon düzenekleri ağrının devamlılığını sağlamaktadır. Bu tür ağrılar göreceli olarak geç ortaya çıkar, dokunma gibi ağrı verici olmayan uyarınlara karşı aşırı hassasiyet vardır, duyuşsal uyarınlara karşı eşik yükselmiştir ve narkotik analjezikler dahil analjeziklere yanıt azalmıştır (Bouckoms ve Hackett 1991, Bouckoms 1996, Carr ve ark. 1994) .

Kronik ağrıya ağrı hücrelerinin ateşleme eşığı düşer, duyarlılığı artar ve dokunma gibi normalde ağrı uyandırmayan uyarınlar bile ağrı duyusunun ortaya çıkmasına neden olabilir. Düşük eşığe sahip mekanoreseptörlerle aktive olan "Wide Dynamic Range" hücrelerinin de duyarlılaşması ve algıya katılmasıyla, ortaya çıkan ağrı belirli dermatomlara uymayan, şekil değiştiren ve gezici nitelik kazanır. Uyarınlara duyarlılaşma ve eklem hareketi, vibrasyon, dokunma gibi uyarınların SSS'de ağrı olarak algılanmasına (hiperaljezi) yol açan diğer etkenler arasında; ağrının kronik olduğu durumlarda glutamata duyarlı NMDA reseptörlerinin medulla spinaliste ağrı reseptörlerini duyarlılaştırması; normalde ağrı uyandırmayan uyarınların GABAerjik sistemle talamusta inhibe edilme düzeneğinin bozulması nedeniyle algı düzeyine çıkması; triptofan metabolizmasının bir ürünü olan nörotoksik kinolinik asid düzeylerinin artması ve buna karşın ağrı kontrolü için mutlaka sağlam olması gereken serotoninin (5-HT) düzeyinin azalması; medulla spinaliste 5-HT₂ ve 5-HT₁, inflamasyonda 5-HT₃, SSS'de ise 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A}, 5-HT_{2B} reseptörlerinin ağrı oluşumunda ve kontrolündeki rolü; nöroplastisite sonucu ağrılı uyarın karşısında yeni kortikal ve subkortikal nöronal bağlantıların oluşması ve minimal uyarınların ağrı duyusunu ortaya çıkartması sayılabilir (Bouckoms ve

Hackett 1991, Dubner 1991, Bouckoms 1996, Carr ve ark. 1994).

Kronik ağrı işgücü kayıplarına, üretkenlikte azalmaya ve pek çok emosyonel semptomla yol açabilir. Ayrıca, immün sistemin zayıflamasına, tümör büyümesinin hızlanmasına, akciğer kapasitesinin gerilemesi gibi pek çok sistemi ilgilendiren bulgulara da neden olabilir (Carr ve ark. 1994). Kronik ağrılı bireylerde, ağrı ve eşlik eden semptomlar fiziksel becerilerde ve işlevsellikte azalmaya neden olabileceği gibi, depresyon, anksiyete, kontrol kaybı, korku, sosyal ilişkilerde azalma gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Bu semptomlar bir taraftan yaşam kalitesinde azalmaya neden olurken, diğer taraftan da bir psikiyatristin tedaviye katılmasını gerekli kılabilir (Deardorf ve ark. 1991). Bu bağlamda, psikiyatristin kronik ağrı tedavisinde üstlenebileceği rollere ve tedavi yaklaşımlarına geçmeden önce, kronik ağrılı bir bireyde, bu ağrının psikolojik yönünün baskın olduğunu düşündüren verilere göz atmak yerinde olacaktır.

Kronik ağrısı bulunan bireylerde rastlanan bazı özellikler ağrının şiddet ve süreğenliğinde psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığına işaret edebilir. Bu hastalar tipik olarak “daha önce böyle ağrı görmemişsinizdir” diye söze başlarlar. Ağrılarını tarif etmekten çok hekimi ağrılarının gerçek olduğuna inandırma çabaları dikkati çeker; ağrılarını değil ağrılarının gerçekliğini destekleyen yan olayları anlatırlar. Öykü boyunca, “beni yalnızca siz tedavi edebilirsiniz” anlamına gelen ibareler sıkça kullanılır. Ağrılarını hiçbirşey azaltmıyordur; ağrı şiddeti gün içinde önemli değişimler göstermemekte ve en üst düzeyde sürmektedir. En önemli bulgulardan biri de hastanın ağrının emosyonel yönünü ve yaşantılarına etkisini reddetmesidir. Hasta ısrarla psikolojik durumunun

ağrı şiddetini etkilemediğini ifade eder ve çok iyi, sorunsuz bir iş yaşantısı, evlilik vs. tablosu çizmeye çalışır. Oysa, korku, sıkıntı, üzüntü durumlarında olağan tepki ağrının artmasıdır. Yukarıdaki özellikleri gösteren bireylerde psikolojik faktörlerin ağrı şiddeti ve süreğenliğinde önemli rolü olduğu düşünülmelidir (Bouckoms ve Litman 1987, Bouckoms 1996). Öte yandan, bu saptama ağrı tedavisini psikiyatristin yapması gerektiği anlamına gelmez; psikiyatrist tedavi ekibine katılmalıdır. Ağrının psikolojik yönüne ilişkin müdahaleler psikososyal ve farmakolojik olarak ikiye ayrılabilir ancak bu iki yaklaşımın birbirine alternatif değil tamamlayıcı olduğunun altı çizilmelidir (Carr ve ark. 1994, Fordyce 1985). Tablo 1’de ağrı tedavisinde kullanılan psikofarmakolojik ve psikososyal yaklaşımlarla ilgili çalışmaların genel değerlendirilmesi verilmiştir.

KRONİK AĞRI TEDAVİSİNDE PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER

Genel yaklaşımda, hasta ve ailesine ağrının kontrol edilebilen bir semptom olduğu vurgulanmalıdır. Uygun stratejilerle kanser ağrılarında bile %90 oranında önemli düzeyde kontrol sağlanabildiği bilinmektedir (Schug ve ark. 1990). Her olgu için, o olguya özgün ağrı tedavi ve takip planı yapılmalıdır. Ağrı tedavisinde psikososyal yaklaşımlar her hekim tarafından detaylı olarak bilinmeli ve uygulanmalıdır. Bu yaklaşımları uygulamak, öğrenmek ve öğretmek kolaydır, herhangi bir ekipman gerektirmezler ve dahası uygulama ücretsizdir (Hendler ve Redd 1986). Psikososyal müdahaleler ağrı şiddetini belirgin olarak azalttığında hekim hiçbir zaman ağrının “gerçek olmadığı” yargısına kapılmamalıdır. Bu yaklaşımlardaki en önemli amaçlardan biri, hastanın ağrısı üzerinde “kontrol edebilirim” hissinin oluşturulması ve ağrının gelmesini

Tablo 1. Ağrı tedavisinde kullanılan psikofarmakolojik ve psikososyal müdahaleler ile ilgili çalışmaların genel değerlendirmesi*

Psikofarmakolojik müdahale	Kanıt türü**	Psikososyal müdahale	Kanıt türü**
Antidepresanlar	I,II,III,IV (A)	Eğitim	I (B)
Nöroleptikler	II (C)	Bilişsel Yaklaşımlar	II (B)
Psikositimulanlar	II (C)	Dikkati Dağıtma	II, III (B)
Hidroksizin	II (C)	Gevşeme	I (A)
Antiepileptikler	II,III,IV (B)	Psikoterapi	II (B)
		Hipnoz	I,II (A)

* Carr ve arkadaşlarından (1994) değiştirilerek hazırlanmıştır.

** I-Çok sayıda iyi planlanmış çalışmanın meta-analiz sonuçları var, II- En az 1 iyi planlanmış deneysel çalışma, III- İyi planlanmış, yarı deneysel desen kullanılan çalışmalar, IV- Olgu sunumları ve diğer çalışmalar, (A)- Hemen her çalışma sonucu olumlu, (B)- Çalışma sonuçlarının çoğunluğu olumlu, (C)- Çelişkili sonuçlar alınmıştır.

edilgen bir şekilde bekleme rolünden, onu etken bir şekilde azaltan, kontrol edebilen bir role geçmesinin sağlanmasıdır. Bireylerin nasıl düşündüğü nasıl hissettiklerini etkiler, dahası, ağrı hakkındaki algılarının ve düşüncelerinin değişmesi ise ağrıya karşı duygusal yanıtları ve duyarlılığı azaltabilir. Psikososyal müdahaleler ağrı tedavisinin erken zamanlarında tedaviye eklenmelidir; bu dönemde başarı olasılığı daha yüksektir ve hasta bu yöntemleri uygulamaya daha isteklidir (McCauk ve Malott 1984, Carr ve ark. 1994). Aşağıda kronik ağrılı bireyde uygulanabilecek farmakolojik olmayan yaklaşımlar sıralanmıştır.

Bilişsel Süreçler ve Bilgilendirme

Bireyin mevcut ağrı üzerindeki düşünceleri bu ağrının yoğunluğunu ve rahatsız etme düzeyini etkiler. Birey doğal olarak, bir semptom ile karşılaştığında bunun nedenini anlamaya çalışır ve kendine göre bazı nedenler düşünür. Eğer ağrı aşırı çalışma, yorgunluk, uykuzaşlık gibi "iyi huylu" nedenlere bağlanırsa bu ağrının şiddeti ve rahatsız edicilik düzeyi düşük algılanır. Oysa ağrı, beyin tümörü, mide ülseri, kalp hastalığı gibi tanısı konmuş ya da hastanın şüphelendiği bir nedene atıfta bulunulursa, çok daha naohş ve şiddetli algılanır. Örneğin bir kalp rahatsızlığı olasılığı nedeniyle göğüs filmi çekileceği söylenen hastaların %8'inde yeni kardiyak semptomlar ortaya çıkmıştır (Wheeler ve ark. 1958). Birey ağrıya eşlik eden semptomların ağrıya yol açan neden ile ilişkili olduğunu düşündüğünde de bu semptomların ve ağrının şiddeti ve rahatsızlık edicilik düzeyi artmaktadır. Bu bağlantıyı araştıran bir çalışmada gönüllü deneklere ağrılı elektriksel uyaran ve bir plasebo "ilaç" verilmiştir. Ağrılı uyaran doğal olarak çarpıntı, takipne gibi semptomlara neden olur. Hastaların bir kısmına bu ek belirtilerin ağrılı uyaranla, diğerlerine ise verilen "ilaç" ile ilgili olduğu söylenmiş ve sonuçta çarpıntı ve takipne semptomunun ağrıyla ilgili olduğu belirtilen grupta ağrı şiddeti çok daha yüksek bulunmuştur (Nisbett ve Schacter 1966).

Bilişsel süreçler aynı zamanda algısal süreçleri de etkiler (Syrjala ve ark. 1992). Başağrısının beyin tümörüne bağlı olduğuna inanan biri ellerinde ortaya çıkan ve normal zamanda aldırılmayacağı "uyuşma" şikayetini de bu tümör varsayımı ile ilgilendirirse, tümör varsayımı daha da kuvvetlenecek ve hasta ağrı şiddetini, santral mekanizmalarla, daha yüksek algılayabilecektir.

Ağrı tedavisinde yanlış atıfları düzeltme, ağrının şiddetlenmesine neden olan psikolojik mekanizmalara ve

bilişsel süreçlere etki ederek, tedavinin bir basamağı olabilecektir (Syrjala ve ark. 1992). Gereklili durumlarda laboratuvar tetkiklere başvurma hem ağrının etiolojisini aydınlatma hem de hastaya açıklama açısından gereklili olabilir. Ağrıyı arttıran ya da azaltan durumların da muayene esnasında kullanılması yanlış atıfları düzeltmede yardımcı bir tekniktir (Mishel 1984). Örneğin gerilim başağrısı olan birinde, ağrının boyun kaslarının kasılması ile ilgili olduğu anlatıldıktan sonra hastanın boyun kaslarını mümkün olduğu kadar uzun süre ve şiddette kasma istenerek ağrı şiddeti arttırılabilir; birkaç kez ağrı arttırıldıktan sonra tersine, hastanın her kasmadan sonra bu kasları mümkün olduğunca gevşetmesi istenir ve ağrı şiddetindeki azalma hastaya gösterilir. Eğer bu uygulamalarla hastanın yanlış atıfları düzeltilemiyorsa fizik tedavi konsültasyonu ile hastanın boynuna kas gevşetici tedavilerin uygulanması istenerek ağrının nedenini anlaması sağlanır. Hasta bir kez nedeni anlayınca gereklili egzersiz, postür ve ilaç tedavilerine daha iyi uyum göstermektedir.

Uzun süre analjezik kullanması gerekebilecek bireylerde ilaçlar, olası yan etkiler, olası fakat çok düşük bağımlılık riski vb. bilgilendirmelerin yapılması, tedaviyi sürdürme olasılığını arttırmakta, ağrı şiddetini azaltmakta fakat yan etkilere rastlanma sıklığını arttırmamaktadır (Rimer ve ark. 1987, Howland ve ark. 1990).

Dikkat İle İlgili Süreçler

Bir ağrıya dikkati yöneltme bu ağrının şiddetini arttırırken, dikkatini başka yere yönlendirme azaltmaktadır. Dış çekimine gidenlere ağrı hissedip hissetmedikleri ne kadar sık sorulursa, ağrı şiddeti o kadar artmaktadır (Levine ve ark. 1982). Benzer şekilde "treadmill" testine giren kalp hastalarından kendi solunum sesleri dinletilenlerde müzik dinleyenlere göre semptomlar çok daha şiddetli algılanmıştır (Barsky 1986). Yatan hastalarda ağrı ve diğer semptomların gece, ziyaretçi ve doktorlar gittikten sonra ortaya çıkması da kısmen dikkatin vücut algılarına yönelmesi ile ilgili olabilir. Ayrıca bu hastalarda hareket miktarı arttıkça ağrı şiddeti azalmaktadır.

Hastalara dikkatin ağrı algısı üzerindeki etkisi kendisinden alınan örneklerle anlatılırsa, dikkati başka yöne çekmenin ağrıyı azaltıcı etkisini de anlamaları sağlanabilir. Dış uyaranların en aza indiği durumlarda dikkatin vücuda yöneldiği vurgulanmalıdır. Yatağa bağımlı, işitme-görme kusuru olan ve gece uykusuzluk çeken hastalarda risk en fazladır.

Dikkati dağıtma (distraksiyon) bireyin dikkatini ağrı ya da eşlik eden olumsuz duygulardan başka alanlara kaydırması tekniğidir. Dikkati dağıtma tekniğinde, hastanın dikkati sayı sayma, dua etme, kendi kendine “başedebilir” gibi olumlu düşünceleri tekrarlama, bir şarkıyı tekrarlama gibi içrel uyaranlara yönlendirilebileceği gibi, müzik dinleme, televizyon seyretme, arkadaşlarla ya da aile fertleri ile konuşma, çevrede bulunan bir eşyayı tüm detayları ile tarif etme gibi dış uyaranlara da yönlendirilebilir. İlk denemelerde hekim hastanın yanında olmalı, “dikkati dağıtma” çalışması öncesi ve sonrası, ağrıdaki değişimleri gözlemek üzere, hastadan ağrı şiddetini 1 ile 10 arasında derecelendirmesi istenmelidir (McCauk ve Malott 1984, Beck 1991). Ayrıca hastalara, ağrıya eşlik eden olumsuz düşünceleri ve duyguları tanımaları, bunların ağrıyı arttırıcı etkilerini anlamaları ve kendilerini başatma becerilerini arttırıcı, örneğin “bu tür ağrım daha önce de oldu, ama hepsi de düzeldi” gibi düşünceleri tekrarlamak için zorlamaları öğretilmelidir. Hafif ağrılarda bu teknikler çoğunlukla ağrının kabul edilebilir düzeye inmesini sağlarken, daha şiddetli ağrılarda analjeziklere yardımcı etki ederler.

İkincil Kazanç ve Ağrıyı Etkileyen Yaşantılar

Savaşta yaralanan askerler, benzer yaralanması olan sivillere göre daha az ağrı çekmekte, daha az ağrı kesici kullanmaktadır. Bu, savaşta bir askerin yaralanma olasılığının beklenmedik bir durum olmaması ve dahası yaralanma sonucu beklenen terhis, geri hatlara çekilme vb. ikincil kazançların onurlu bir şekilde elde edilmesi ile açıklanmaktadır (Barsky 1986). Benzer şekilde tıbbi hastalıklar ve ağrı da, hasta rolünün, “fonksiyonel” hastalıklarda olduğu gibi “organik” hastalıklarda da ikincil kazançlar doğurmasına yol açabilmektedir. İşe gitmeme, istirahat raporları veya malulen emeklilik gibi dış ortamda gelişen avantajlar oluşabileceği gibi aile içinde de daha fazla sempati, ilgi alma, olağan zorluklardan kurtulma ve sorumlulukların azalması gibi ikincil kazançlar gelişebilmektedir. Bu tutumlar, beklentiler ve davranışlar hastanın semptomunun önemini etkilemekte ve genellikle şiddetlendirmektedir. Eğer evlilik ya da yaşlı ebeveyn-evden ayrılmış çocuk ilişkileri “ağrı” ya da diğer organik sorunların varlığında yürütülebiliyorsa bu semptomlar ağrıya neden olan birincil nedenlerden bağımsız psikolojik etkenler nedeniyle sürme ve tedaviye yanıtız olma eğilimindedir. Benzer şekilde, aile fertleri “hastalıklı bir birey” sayesinde

hem kişisel hem de kişiler arası çatışmalardan uzak kalıyor, denge durumunu sürdürebiliyorsa, bireyin hastalığı sürme eğiliminde olacaktır (Barsky 1986, Bouckoms 1996).

Kronik ya da tedaviye dirençli ağrı ile başatmaya çalışan klinisyen ağrının hastanın içinde bulunduğu sosyal sistemde ve özellikle de aile sistemindeki etkisini, ağrının sürmesinde etkili olası ikincil kazançları anlamaya çalışmalıdır. Ağrının sözel olarak ifade edilmediği durumlarda bile aile fertleri ağrının non-verbal yönlerini anlayarak hastaya ikincil kazançlar sağlayabilir ve organik nedenlerle ortaya çıkan ağrı önemli ölçüde öğrenilmiş davranış olarak devam edebilir. Bu durum tespit edildiğinde daha az ilaç alma, daha az şikayet etme, daha fazla aktivite, ağrı dışı konularda konuşma gibi sağlıklı davranışların ailenin ilgisini, sempatisini arttırması sağlanmalıdır. Hasta daha önce ağrı ile elde ettiği ikincil kazançları ağrı olmaksızın elde etmeli, tersine aynı kazançları ağrı ile elde edebileceği durumlar bilinçli olarak gözardı edilmeli, sınırlandırılmalıdır. Bu yaklaşımla, hastanın ağrısı orta düzeyde azalmakta, ağrı davranışları ve ilaç tüketimi sınırlanmaktadır (Sternback 1978). Eğer klinisyen aile fertleri veya hastanın değişmeye karşı şiddetli direnci ile karşılaşarsa, derin bir psikopatoloji olasılığı ve aile terapisi gerekliliği ciddiyetle düşünülmelidir (Karasu 1979).

Psikiyatrik Hastalıklar

Emosyonel rahatsızlıklar ağrı şiddetini ve rahatsız edicilik düzeyini arttırırlar. Ağrılı bir hastada ağrının kendinde gerginlik, neşesizlik, kaygı ve sinirlilik yarattığını kabul etmemesi, bu hastanın “inkar” mekanizmasını kullandığını düşündürür ve psikiyatrik bir durumun bulunma olasılığı yükselir (Bouckoms ve Litman 1985). Anksiyete ve özellikle de depresyon bu durumda en sık rastlanan iki örnektir. Anksiyete ağrıya tolerans eşiğini düşürür ve tüm tedaviye dirençli ağrı şikayeti bulunan hastaların ortalama %30'u anksiyete bozukluğu göstermektedir. Anksiyeteli bireylerde aşırı uyarılmışlık nedeniyle tüm somatik duyuları algılama artmış, bunları kötü olasılıklı durumlarla bağlama olasılığı da yükselmiştir (Sternback 1978). Klonozepam, trisiklik antidepresanlar ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) anksiyete semptomlarına etkili olabildikleri gibi nöropatik ağrı ve kas spazmlarına bağlı ağrılara da etkili olabilirler (Bouckoms ve Hackett 1991). Depresyon da benzer şekilde somatik semptomların

daha şiddetli ve olumsuz algılanmasına neden olur. Dahası, depresyonun kendisi de çeşitli ağrı semptomları ile seyreden bir rahatsızlıktır. Depresif bireyler kendilerini yetersiz, sağlıksız, değersiz hissederler, tedavilere uymama eğilimi yüksektir. Bu hastalarda intihar riski de yükselmektedir (Fawzy 1990, Carr ve ark. 1994).

Bu hastalara yaklaşımda, duygudurumu ile ilgili sorular sorulmadan önce, ağrı şiddetinin duygudurumu ile artabileceği veya azalabileceği örneklerle anlatılmalıdır. Ayrıca hastaya duygudurumundaki değişikliklerin ağrıyı arttırabilen veya azaltabilen değişkenler olduğu, fakat ağrının büyük bir olasılıkla "nedeni" olmadığı, psikiyatrinin amacının ağrının gerçek olup olmadığını araştırmak değil, zaten her zaman gerçek olan ağrının şiddetini azaltabilecek müdahalelerin sözkonusu hasta için uygun olup olmadığını değerlendirmek olduğu anlatılmalıdır. Dahası tedaviye eklenebilecek psikiyatrik ilaçların ve müdahalelerin mevcut tedavinin yerini alma amacıyla değil, güçlendirme amacıyla verilebileceği de vurgulanmalıdır.

Gevşeme egzersizleri ağrı tedavisinde ve özellikle anksiyetenin eşlik ettiği durumlarda etkin, uygulaması ve öğrenmesi kolay olan bir yaklaşımdır. Progresif gevşeme tekniğinde hastaya belirli bir sıra ile büyük kas gruplarını kasma ve daha sonra gevşetmesi öğretilerek sakin ve gevşek olana kadar bu egzersizi yapması istenir. Ayrıca aynı esnada bireyin kendini sakin bir ortamda hayal etmesi de istenir (Graffam ve Johnson 1987, Carr ve ark. 1994). Ağrı yaratan durumla birlikte depresyon saptanan olgularda kullanılan antidepresan ilaçlar hem depresyonu düzelterek hem de analjeziklerin etkisini kuvvetlendirerek ağrı şikayetlerini azaltabilirler.

Psikiyatrik hastalıklar arasında yer alan somatizasyon bozukluğu, psikojenik ağrı bozukluğu, hipokondriyasis, konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk ve temaruz durumlarında da ağrı sık karşılaşılan semptomlardan biridir. Bu hastalıklarda ağrının düzeyini açıklayacak herhangi bir organik neden bulunmazken, ağrının kökeni psikolojiktir. Öte yandan sadece yapay bozukluk ve temaruzda ağrı "gerçek" değildir. Psikiyatrik tedaviler ile ilgili sendromun düzeltilmesi ile ağrı şikayetinin de ortadan kalkması beklenebilir. Tablo 2'de yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar ve ayırıcı tanıda önemli görülen özellikler sıralanmıştır (Bouckoms 1996).

Bireysel ve grup psikoterapileri anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik sendromların tedavisinde gerekli olgularda uygulanabilecek yöntemlerdir. Bu yaklaşımın kanser hastalarında ağrıyı azalttığını ve yaşam süresini uzattığını destekler veriler saptanmaktadır (Speigel ve Bloom 1983, Speigel ve ark. 1989).

KRONİK AĞRI TEDAVİSİNDE PSİKOFARMAKOLOJİK MÜDAHALELER

Kronik ağrılı bireyde psikotrop ilaçların kullanımı genel olarak 2 amaca hizmet eder ve bunlardan ilki eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tedavisi ile ilgilidir. Yukarıda da sözü edildiği gibi, kronik ağrılı bireyde klinik düzeye ulaşmış bir psikiyatrik sendrom görüldüğünde uygun psikotrop ilaç, yeterli doz ve sürede kullanılmalıdır. Psikotrop ilaçların ağrı tedavisinde kullanımındaki ikinci amaç ise analjeziklerin etkisinin güçlendirilmesidir.

Antidepresanlar analjezik etki gösterebilirler ve bu muhtemelen antidepresan etkilerinden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır. Analjezik etki antidepresanların lokal anestezi etkileri, antihistaminik etkileri, beyin opiat reseptörlerine bağlanmaları ya da monoaminerjik mekanizmalarla oluşabilir. Antidepresanların etkili olabildiği ağrı türleri arasında terminal kanser ağrıları, postherpetik nöralji, artrit, vasküler ve gerilim baş ağrıları ve nöropatik ağrılar sayılabilir. Baş ağrısı durumlarında en yüksek yanıt depresyon göstermeyen bireylerde ortaya çıkmaktadır (Getto ve ark. 1987, Max ve ark. 1987). Onghena ve Van Houdenhove (1992) malign olmayan ağrılı durumlarda antidepresanların etkilerini inceleyen 39 çalışmanın meta analizi sonucunda olguların ortalama %74'ünde ve çalışmaların 28'inde plaseboya göre anlamlı düzeyde ağrı kesici etki saptamıştır. Santral ağrı, gerilimle ilgili ağrılar, baş ve yüz ağrıları antidepresan tedaviden en fazla yararlanmakta iken, romatolojik ağrılarda belirgin etki ortaya çıkmamıştır. Bazı çalışmalar düşük doz, yavaş doz yükselimini önerirken, bazı çalışmalar da doz ile etkinin doğru orantılı olduğunu ileri sürmektedirler. Amitriptilin, imipramin, klomipramin, trazodon, mianserin, maprotilin bu amaçla kullanılmış ve Türkiye'de de bulunan ilaçlardır. SSRI'lar ve diğer yeni antidepresanlar ise ümit vermekle birlikte eski antidepresanlar kadar çok üzerinde çalışılmamıştır.

Antipsikotiklerin ağrı kesici etkileri ise tartışmalıdır. Genellikle klinik uygulamada antipsikotiklerin antidepresanlar ile birlikte kullanıldığında her iki ilacın

Tablo 2. Kronik ağrıya yol açan, birlikte görülebilen ve ağrıyı şiddetlendirebilen psikiyatrik hastalıklar*

Psikiyatrik Tanı	Ağrılı hastada ayırıcı tanıda önemli özellikler
Depresyon	Anhedoni; neşesizlik, üzünlük; sabah erken kalkma
Anksiyete bozuklukları	Analjeziklerle geçmeyen panik ya da yaygın anksiyete
Somatoform bozukluklar	Psikolojik faktörlerle ilişkili ve fiziksel bir hastalıkla açıklanamayan belirtiler
Yapay bozukluk	Hasta rolünü sürdürmek için fiziksel hastalığın taklidi
Temaruz	Antisosyal özellikler; değişken somatik bulgular; tedavileri düzensiz uygulama; istemli olarak bilgi saklama
Dissosiyatif durumlar	Kısmi amnezi; anksiyete; kabuslar; "flashback" dönemleri
Kişilik bozuklukları	Ağrı ile başetme becerilerinde azalma
Cinsel ağrı bozuklukları	Vajinismus ve dispareni ile sınırlı
Kronik ağrı sendromu	Fiziksel yeti kayıpları vurgulanırken, şikayetlerin oluşumundaki kişiler arası çatışmalar bir taraftan ortaya konur ama diğer taraftan inkar edilir

* Bouckoms'dan (1996) değiştirilerek hazırlanmıştır.

tek başına kullanılmasına göre daha fazla analjezik etki ortaya çıktığı düşünülmektedir. Haloperidol ve diğer bazı antipsikotiklerin opiat reseptörlerine bağlanmaları analjezik etkiden sorumlu olabilir (Davis ve ark. 1977, Carr ve ark. 1994).

Narkotik analjezikler ağrının hem organik hem de psikolojik kısmına etkili ilaçlardır. Klinik uygulamada bu ilaçların kullanımını kısıtlayan en önemli etmen ise kökeni tam bilinmeyen yanlış bir inancıya dayanmaktadır. Hekimler ağrı kesme amacıyla verdikleri narkotik analjeziklerin hastalarında bağımlılık ortaya çıkartmasından aşırı kaygılanırlar ve verseler bile yine aynı kaygıyla düşük dozlarda, uygun olmayan aralıklarla kullanırlar. Oysa tıbbi amaçlı narkotik analjezik kullanımı, keyif verici amaçla kullanımdan pek çok açıdan farklıdır ve olguların ancak ortalama %0.3'ü bağımlılık geliştirmektedir. Dahası, madde bağımlılığı bulunan ve ağrılı bir sendrom geliştiren birinde ağrı kesici olarak tedavi amacıyla narkotik analjezik kul-

lanıldığında bile bireyin narkotik analjezikleri bağımlılık geliştirme riski %20'nin altındadır (Marks ve Sachar 1973, Bouckoms 1996, Carr ve ark. 1994).

SONUÇ

Kronik ağrı tedavisinde ekip çalışması ile daha önce tedaviye dirençli kabul edilen hastaların bile ortalama olarak yarıya yakın kısmında önemli düzelmeler ortaya çıkartılabilmektedir (Deardorf ve ark. 1991). Tedavi ekibi içinde psikiyatrist, nörolog, fizik tedavi uzmanı, anestezi uzmanı, farmakolog ve gerekli durumlarda ilgili diğer bilim dallarından klinisyenler bulunmalıdır. Psikiyatristin tedaviye katılması ve psikiyatrik durumların tespiti; tedavi maliyetlerini, süresini, başarısını ve hastanın ve hastaya bakmakla yükümlü olanların yaşam kalitesini artırıcı etki yapabilmektedir (Bouchom ve Hackett 1991, Deardorf ve ark. 1991, Bouckoms 1996, Carr ve ark. 1994).

KAYNAKLAR

- Barsky AJ (1986) Palliation and symptom relief. Arch Intern Med, 146:905-909.
- Beck S (1991) The therapeutic use of music for cancer-related pain. Oncol Nurs Forum, 18:1327-1337.
- Bouckoms AJ (1996) Chronic pain: neuropsychopharmacology and adjunctive psychiatric treatment. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, JR Rundell, MG Wise (ed), Washington DC, London, England, The American Psychiatric Press, Inc., s.1006-1038.
- Bouckoms AJ, Hackett TP (1991) The pain patient: evaluation and treatment.

- Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 3. Baskı, NH Cassem, MO St. Louis, CV Mosby (ed), Massachusetts, PSG Publishing Company, Inc., s.39-68.
- Bouckoms AJ, Litman RE (1985) Denial in the depressive and pain-prone disorders of chronic pain. Clin J Pain, 1:165-169.
- Bouckoms AJ, Litman RE (1987) Chronic pain patients; clues in the clinical interview. Psychiatric Medicine, 4:14-19.
- Carr JA, Payne R, Clinton JJ ve ark. (1994) Management of cancer pain. US Department of Health and Human Services. AHCPR Publication No.90-0592, Rockville, MD, s.75-87.

- Davis JL, Gerich JE, Schultz TA (1977) Peripheral diabetic neuropathy treatment with amitriptyline and fluphenazine. *JAMA*, 238:2291-2292.
- Deardorf W, Rubin H, Scott D (1991) Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain. *Pain*, 45:35-44.
- Dubner R (1991) Pain and hyperalgesia following tissue injury: new mechanisms and new treatments. *Pain*, 44:213-214.
- Eisenberg L (1980) What makes persons "patients" and patients "well" ? *Am J Med*, 69:277-286.
- Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW ve ark. (1990) A structured psychiatric intervention for cancer patients; Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 47:720-725.
- Fordyce W (1985) The behavioral management of chronic pain: a response to critics. *Pain*, 22:113-125.
- Getto CJ, Sorkness CA, Howell T (1987) Antidepressants and chronic malignant pain: a review. *J Pain Symptom Manage*, 2:9-18.
- Graffam S, Johnson A (1987) A comparison of two relaxation strategies for the relief of pain and its distress. *J Pain Syptom Manage*, 2:229-231.
- Hendler CS, Redd WH (1986) Fear of hypnosis: the role of labeling in patients' acceptance of behavioral interventions. *Behav Ther*, 17:2-13.
- Howland JS, Baker MG, Poe T (1990) Does patient education cause side effects? A controlled trial. *J Fam Pract*, 31:62-64.
- Karasu TB (1979) Psychotherapy of the medically ill. *Am J Psychiatry*, 136:1-11.
- Levine JD, Gordon NC, Smith R ve ark. (1982) Postoperative pain: effects of extent of injury and attention. *Brain Res*, 234:500-504.
- Marks RM, Sachar EJ (1973) Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Int Med*, 78:173-181.
- Max MB, Schafer SC, Culnane M ve ark. (1987) Amitriptyline relieves diabetic neuropathy pain in patients with normal and depressed mood. *Neurology*, 37:589-596.
- McCauk KD, Malott JM (1984) Distraction and coping with pain. *Psychol Bull*, 95:516-533.
- Mishel MH (1984) Perceived uncertainty and stress in illness. *Res Nurs Health*, 7:163-171.
- Nisbett RE, Schacter S (1966) Cognitive manipulation of pain. *J Exp Soc Psychol*, 2:227-236.
- Onghena P, Van Houdenhove B (1992) Antidepressants induced analgesia in chronic non-malignant pain; a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. *Pain*, 49:205-219.
- Peterson WL, Sturdevant RAL, Frank HD ve ark. (1977) Healing of duodenal ulcer with antiacid regimen. *N Engl J Med*, 297:341-345.
- Rimer B, Levy MH, Keintz MK ve ark. (1987) Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Educ Couns*, 10:267-277.
- Schug SA, Zech D, Dörr U (1990) Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. *J Pain Symptom Management*, 5: 27-32.
- Speigel D, Bloom JR (1983) Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*, 45: 333-339.
- Speigel D, Bloom JR, Kraemer HC ve ark. (1989) Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2:888-891.
- Sternback RA (1978) Psychological dimensions and perceptual analyses, including pathologies of pain. *Handbook of Perception*, ED Cartarett, MD Freidman (ed), New York, Academic Press Inc., s.231-261.
- Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW (1992) Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment; a controlled clinical trial. *Pain*, 48:137-146.
- Wheeler EO, Williamson CR, Cohen ME (1958) Heart scars, heart surveys and iatrogenic hearth disease. *JAMA*, 167:1096-1102.