

Ruhsal Nedenli Başağrıları

Arif ÇELEBİ*, Ahmet Güner ALTUNHALKA**

ÖZET

Uluslararası Başağrısı Derneği, Başağrıları Sınıflama Komitesi tarafından, 1988 yılında yayınlanan, "Başağrıları, Kranial Nevraljiler ve Yüz Ağrılarının Sınıflanması ve Tanı Kriterleri'nde" ruhsal kökenli başağrısına ayrı bir başlık ya da bir başağrısı tipinin alt formu olarak yer verilmemiştir. Bununla birlikte psikososyal streslerin sonucu olarak veya psikiyatrik hastalıkların bazılarının bir semptomu olarak gerilim tipi başağrısının ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Bu yazıda başağrısına yol açabilen ruhsal hastalıklar verilmiş, ruhsal nedenli ağrının ortaya çıkışında etkili olabilecek psikofizyolojik (psikosomatik), psikiyatrik, psikososyal düzenekler ve öğrenilmiş ağrı davranışı gözden geçirilmiş, psikojenik ağrının ve bu tip ağrısı olan hastaların genel özellikleri tanımlanmış ve tedavi yaklaşımları üzerinde durulmuştur.

Anahtar kelimeler: Başağrısı, kranial nevralsi

Düşünen Adam; 1995, 8 (2): 18-23

SUMMARY

In the "Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain" published in 1988 by Headache Classification Committee of the International Headache Society, headache of psychologic origin was not included as a separate heading or a subform of a headache type. Nevertheless, it was accepted that tension type headache may be caused by psychological stress or by some of the psychiatric disorders. In the presented article, psychiatric disorders which can cause headache were given, and the psychophysiological (psychosomatic), psychiatric, psychosocial mechanisms which may act upon the development of psychogenic headache and the learned pain and of the patients with this type of pain was described, and therapeutic approaches were dwelt on.

Key words: Headache, cranial neuralgia

Başağrıları hekimin üstesinden gelmesi gereken sorunlar yönünden üç ana gruba ayrılabilir:

1. Semptomatik başağrıları

- baş ve/veya yüz oluşumlarındaki yapısal lezyona bağlı başağrıları ve yüz ağrıları
- fizik, toksik, metabolik, vb. nedenlere bağlı başağrıları

2. Primer başağrıları

- migren,
- gerilim tipi başağrısı
- küme başağrısı
- kronik paroksizmal hemikrania.

3. Ruhsal nedenli (psikojen) başağrıları

* Vakıf Gureba Hastanesi Nöroloji Kliniği

** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Semptomatik başağrılarında hekim için en önemli sorun ivedilikle doğru tanıya varmaktır. Subaraknoid kanama, menenjit, beyin uru, KİBAS, glokom, temporal arterit... gibi durumlarda doğru tanının konulamaması ya da gecikmesi, hasta için, hayatı tehdit eden ciddi sonuçlar doğurur. Semptomatik başağrısı grubunda, başağrısı, hastayı hekime getiren semptomlardan biri olmaktan öte bir anlam taşımaz ve hastada başağrısına yol açan hastalığın tanısı konur ve tedavisi uygulanır.

Primer başağrılarında ise başağrısı asıl septomu oluşturur. Primer başağruları grubundaki hastalıklar klinik olarak kolay tanınabilen ve bir bütünlüğü olan semptomlar gösterirler. Bu hastalarda fizik ya da ruhsal bazı etkilerin kortiko-subkortikal bağlantılar ve otonomik sinir sistemi üzerinden işleyen bazı mekanizmalarla, kranio-fasial alanda, vasküler, müsküler ya da otonomik periferik bazı değişiklikler yaparak başağrısına yol açtığı kabul edilir. Olayı başlatan çevresel zorlanmanın ya da ruhsal sorunların varlığı bunlara yönelik kontrol ve düzenlemelere imkan verir. Hastalığın lokal (vasküler, müsküler, biyokimyasal) değişikliklerle birlikte olması bu mekanizmalara etkili ilaçlarla başağrısının tedavi etmemizi olanaklı kılar.

Psikojen (ruhsal nedenli) ağrı: Ağrı ya da başağrısı, somatoform ağrı bozukluğunda ana semptomu oluşturur veya bir psikiyatrik hastalığın semptomlarından biri olarak ortaya çıkar. Doğaldır ki bunlarda esas tedaviyi ruhsal hastalığa yönelik tedavi (psikoterapi ya da ilaç tedavisi) oluşturacaktır. Ruhsal hastalığı olanlarda organik nedene bağlı ağrının da ortaya çıkabileceği gözden uzak tutulmamalıdır.

HANGİ RUHSAL HASTALIKLARDA BAŞAĞRISI GÖRÜLEBİLİR?

Uluslararası Başağrısı Derneğinin, 1988'de yayınlanan başağrısı sınıflamasında, psikojenik başağrısı olarak tanımlanmış bir başağrısı grubu, alt grubu ya da başağrısı tipi yoktur. Buna karşılık stres ve çeşitli ruhsal hastalıklar gerilim başağrısına yol açan etiyolojik bir faktör olarak ele alınmıştır. Diğer bir deyişle gerilim tipi başağrısının ruhsal hastalık ya da faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabileceği belirtilmiş, psikojenik başağrısı sınıflamada yer al-

mamıştır (18). Oysa somatik yakınmaları nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran ya da gönderilen hastalarda başağrısı en sık görülen ikinci yakınmayı oluşturmuş ve %39 sıklığında görüldüğü bildirilmiştir (15).

Somatoform ağrı bozukluğunda ağrı yakınması ana semptomu oluşturur. Aşağıda belirtilen öteki ruhsal hastalıklarda ise ağrı hastalığın seyrinde ortaya çıkabilen bir semptomdur.

DSM-III-R' ve başka bazı kaynaklarda aşağıdaki ruhsal hastalıklarda beden ya da baş ağrısı yakınmasının ortaya çıkabileceği belirtilmiştir:

- Depresif bozukluk (tiplerinden biri) (5,12,15,16,18)
- Anksiyete bozuklukları (tiplerinden biri) (5,6,9,12,15,16,18)
- Somatoform bozukluk (tiplerinden biri)
 - Konversiyon bozukluğu (6,9,12,15,16)
 - Somatizasyon bozukluğu (5,6,15,16)
 - Hipokondriasis (5,12,15,16)
 - Somatoform ağrı bozukluğu (1,2,2,6,12,16,19)
- Kişilik bozukluğu
 - Histriyonik kişilik bozukluğu (9,12)
 - Şizoid kişilik bozukluğu (5)
 - Borderline kişilik bozukluğu (5)
 - Bağımlı kişilik bozukluğu (9)
 - Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (9)
 - Dissosiyatif kişilik bozukluğu (21)
- Somatik tipte delüzyonel bozukluk (6,18)
- Şizofreni (5,6)
- Şizofreniform bozukluk (5,6)
- Organik psikoz ve demanslar, mental retardasyon (9)
- Alkol, diazepam, opioid alışkanlıkları (9)
- Psikosomatik bozukluk olarak başağrısı
 - Stres (18)
- Yapay bozukluklar (factitious disorder) (12)
- Temaruz (malingering)

RUHSAL NEDENLİ AĞRININ ORTAYA ÇIKIŞ MEKANİZMALARI

Psikofizyolojik ve psikosomatik mekanizmalar (4,12,14,20)

Psikosomatik bozukluk terimi psikolojik faktörlerle ortaya çıkan ya da ağırlaşan bedensel hastalıkları an-

latmak için kullanılır. Hastalıkların çoğu stres, ruhsal çatışma ve yaygın anksiyeteden etkilenir. Bazı hastalıklarda bu etkilenme daha fazladır. Hepimiz günlük hayatımızda belirli bir direnme sınırimız olduğunu biliriz. Zorlayıcı yaşam olayları, karşılanamayan ruhsal gereksinimler psikofizyolojik savunmaların yıkılmasına yol açar. Burada, serebral korteks, limbik sistem, hipotalamus, adrenal medüllası ve otonomik sinir sistemi üzerinden giden etkiler ve kortisol, thyroxine ve epinefrin gibi hormon ve aracı maddeler rol alır. Her insanın strese duyarlı bir 'şok organ'ı (sindirim sistemi, dolaşım sistemi, deri...) vardır. Benzer şekilde, anksiyete ve situasyonel stres, yukarıda belirtilen yollar üzerinden gelişen vasküler ya da müsküler mekanizmalarla migren veya gerilim başağrısına yol açar. Kronik ağrı, sık gelen migren atakları ve gerilim başağrısı da ayrıca anksiyete ve depresyona neden olur.

Psikiyatrik ve psikososyal (8,14)

Ruhsal hastalıkların bir semptomu (ya da semptomlarından biri) olarak ortaya çıkan başağrılarında, başağrısına eşlik eden lokal ya da periferik bir değişiklik ya da lezyon gösterilemez. Başağrısı, hastalığı meydana çıkaran mekanizmalarla ilgilidir. Örneğin, konversiyon bozukluğunda bilinç altı çatışmanın sembolik ifadesiyle (14), depresyonda santral norepinefrin veya serotonin düzeylerinin azalmasıyla ve kognitif yapının bozukluğuyla ilgili olabileceği belirtilmiştir (8).

Duygularını sözel dille ifade etme becerisi sınırlı olan kişilerde ya da psikolojik ve davranışsal iletişim yollarının engellendiği ortamlarda, ruhsal çatışma, kaygı ve gereksinimler beden dili ile ifade edilirler. Hasta ağrı yakınması ile, bilinç dışı olarak kırgınlığını, öfkesini, tepkisini dolaylı olarak dile getirir. İlgı, destek ve bakım elde etmek için ağrı yakınmasını kullanır. Böylece ağrı, çeşitli psikiyatrik gereksinimleri karşılayan bir iletişim aracı olur.

Kronik ağrı modeli, ağrı davranışı ve öğrenme (3,7, 10)

Ağrı, 6 ay ya da daha uzun sürerse kronik ağrı olarak isimlendirilir. Bu durumda psikososyal davranışsal ve fonksiyonel bir özürüllük davranışı gelişir ve ağrının kendisi bir hastalık ya da sendrom

haline gelir. Nosiseptif uyarı, doku hasarı ve ağrıdan çok, hastanın ağrıya karşı geliştirdiği reaksiyonlar ön plana geçer. Algısal çevreyi etkileyen tüm emosyonel faktörler, hastanın ruhsal gereksinimleri; hekimler, aile ve toplumun ağrıya karşı tutum ve değer yargıları doğrultusunda hastanın ilgi görmesi, sosyal güvenlik ve hastalık tazminatı gibi yollarla ödüllendirilmesi, iş ve sorumluluklarından ağrıyı bahane ederek kaçınabilmesi sonucu hastada, nosiseptif uyarı devam etmese bile, öğrenilmiş ağrı davranışı yerleşir. Hastalar uyku bozukluğu, iritabilite, depresyon gösterir. Uyumları, kişiler arası ilişkileri bozular. Sağlığına karşı aşırı endişeli, tüm tedavi çabalarına güvensizdirler. Ağrıya karşı dirençleri azalmıştır. Hasta rolünü iyice benimserler. Tedaviye ve sağlık sistemine aşırı bağımlılık ve kronik analjezik kullanımı gelişir.

PSİKOJENİK AĞRININ ve PSİKOJENİK AĞRISI OLAN HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Psikojenik ağrı belirli bir anatomik yapıya uymaz. Bedenin birbiriyle ilgisiz birden çok yerinde ortaya çıkar. Ağrının yeri zaman içinde değişkenlik gösterir (1,2,14). Tedavi ile bir bölgedeki ağrı geçerse bir başka bölgede tekrar ortaya çıkar. Hastalar analjezik ilaçlardan hiç fayda görmediklerini söylerler. Ağrı yakınması genelde devamlıdır, günlük ya da başka türlü zamansal değişkenlik belirtilmez. Oysa, organik nedenli ağrı genellikle artıp azalmalar gösterir, analjezik ilaçlarla geçici olarak azalır veya kaybolur (14).

Hastalardan ağrıyla ilgili bilgiler çok güç alınır. Hasta çoğu kez birbiriyle çelişik ya da uyumsuz belirsiz cevaplar verir (11). Ağrıyla ilgili basit özellikleri (ne zamandır olduğu, ne kadar sürdüğü, şiddeti, yeri...) saptamak için hekim boşuna çabaladığını bir süre sonra farkeder. Hasta bunları tam olarak ifade edemez, kendisi de müphem olarak algılamaktadır. Ayrıca temeldeki ruhsal rahatsızlığı nedeniyle iyi iletişim kurma becerisi kaybolmuştur. İfadelerinin çelişik ve müphem oluşuna rağmen iyi anlattığı, herşeyi söylediği inancı içindedir, hekimin bazı soruları tekrar tekrar sormasına anlam veremez ve kızar. Ayrıca çoğu zaman başağrısı üstünde fazla durmaksızın başka somatik yakınmalara kayar.

Hastalar genellikle emosyonel sorunları ve çatışmaları olduğunu kabul etmezler. Bu nedenle ağrının hayati olmadığı, ruhsal durumlarının bozuk olduğu gibi açıklamalar hekim-hasta ilişkisini çıkmaza sokar. Çoğunlukla duygu durumlarının bilincinde olmayan ya da bunları ifade etmekte güçlük çeken kişilerdir. Duygusal etkilenmelerinin, zorlayıcı yaşam olaylarının, incinmelerinin farkında değildirler. Ruhsal durumları ile ağrı arasında bağlantı kurmazlar (14). Psikik engelleme ya da psiksosyal uyum güçlükleri ya da başarısızlıkları nedeniyle duygu ve ilgileri bedenlerine yönelmiştir. Bir anlamda çevreyle ilişkiyi bedensel semptomlarla kurmaktadır. Bu insanların bir çoğunda insanlar arası ve yakın aile içi ilişkilerde bozukluklar, artmış ilgi beklenti ve gereksinimleri, ya da bastırılmış öfke ve düşmanlık duyguları vardır. Başağrısından önceki dönemdeki ruhsal yapıları genellikle bozuktur (premorbid kişilik yapısı). Çoğu hastada ağrının başlangıcında belirli psikolojik faktör veya stres vardır (2). Psikojenik ağrı mesleki ve sosyal işlevleri anlamlı derecede bozar (2). Anksiyeteleri nedeniyle ağrı eşiği düşer.

Hastalar ağrılarının gerçekliğini ve ağır şekilde hasta olduklarını ispata yönelik abartılı tutumlar sergilerler. Yıllardır müthiş, dayanılmaz ağrılar çekmektedirler. Kimse dertlerini anlamamıştır. Yapılan tedavilerin hiçbirisi yararlı olmamıştır.

PSIKOJEN BAŞAĞRILARINDA TEDAVİ

Fizyolojik ya da psikojen olsun ağrı gerçek ve acı verici bir yaşantı olarak algılanır ve yaşanır. Ruhsal nedenli ağrısı olan hastalar genellikle duygularının bilincinde olmayan kişilerdir. Bu nedenle yakınma ve davranışlarının kökeninde psikolojik süreçlerin olabileceği düşüncesi ve tutumuna direnirler. Hekimin, hastadaki ağrının ciddi olmadığını, asıl sorunun ruhsal olduğunu belirtmesi veya ağrının gerçekliğinden veya şiddetinden kuşku duyması hastalarda karşı koymaya ve alınmaya yol açar. Hasta ağrısına daha çok sarılır. Başağrısı olduğuna inanılmamayı kişisel bütünlüğüne saldırı olarak görür. Başağrısı yoksa hekime niçin gelmiştir? Yalan mı söylüyordur? Bütün bu tetkikler niçin yapılmış, ağrı ilaçları niçin verilmiştir? Hasta hekim arasındaki tedavi ilişkisi savaşa dönüşür, psikoterapötik tedaviyi sürdürmek mümkün olmaz. Hasta ilişkisini kesip ağrısının gerçek olduğuna ina-

nan bir hekim arayacaktır (9,14). Burada hekimin ilginç bir konumu söz konusudur. Ruhsal nedenli başağrısı olan hastalarda hekim, asıl sorunun başağrısı değil ruhsal uyum bozukluğu olduğunu veya ağrının ruhsal hastalığın bir belirtisi olarak ortaya çıktığını bilecek, fakat bunu bilmiyormuş gibi davranacak, hastanın başağrısını asıl ve en önemli sorunmuş gibi ele alacaktır. Hekim, hastanın güvenini kazanmak, hekim hasta ilişkisini sürdürebilmek ve terapötik süreci başlatabilmek için, başlangıçta, hastanın beklentisine uygun rolü benimsemek zorundadır. Bir diğer deyişle hekim, önce, hastayı olduğu gibi kabul eder.

Başlangıçta ağrı üzerinde durulur ve bu azaltılmaya çalışılır. Yeterli iletişim ortamının oluşmasından sonra görüşme ağrı yakınmalarından uzaklaşmalı ve afektif durum ve psiksosyal alana dönük olarak sürdürülmelidir. Hekimin tedavi süreci içindeki amacı hastanın başağrısının nedenleri konusunda bilçilenmesini, böylece ağrı yakınması ile yaşam deneyimleri ve duygusal durumu arasındaki ilişkiyi farketmesini ve başağrısına yol açan ruhsal ve çevresel nedenleri denetleyebilmesini sağlamaktır. Hikaye alma, muayene, laboratuvar incelemeleri ve açıklamalar, bütün bunlar ruhsal tedaviden önceki süreçler değil, ruhsal tedavinin ayrılmaz bölümleridir.

Hekim hastaya zaman ayırmalı, hastayı ilgili ve sabırlı bir tutumla dinlemelidir. Hastaya semptomların natürü hakkında bilgi verilir, ağrının hayatı tehdit eden bir yönü olmadığı belirtilir. Başağrısı ile stres ve anksiyete arasındaki ilişki, yaşam olaylarının ağrıyla bağlantısı, başağrısının altında yatan çeşitli fizyolojik ve psikolojik mekanizmalar, hekim-hasta ilişkisi içinde hasta bunları anlayacak düzeye geldiği oranda, hastanın anlayacağı dille anlatılır ve açıklanır.

Hasta sempatik bir atmosferde kendi sorunlarını ortaya koyma, anlama daha sonra da çözme yönünde cesaretlendirilmelidir (13). Hastanın günlük yaşam pratiği, iş, aile ve sosyal yaşantısından kaynaklanan zorlanmalar, bunların kendi üstündeki etkileri ve uyandırdığı duygular, beklentileri ve hayal kırıklıkları üstüne konuşulur. Duygulanım ve ağrı semptomları arasındaki bağlantı irdelenir.

Hastaya bu amaçla günlük tutturulması yararlıdır. Hastadan başağrısının ortaya çıkış koşullarını, o sırada olan olayları, yaşadıklarını ve hissettiklerini kaydetmeleri istenir. Bu hem başağrısının ortaya çıkış şeklini ve nedenini ortaya koyar, hem de hastanın bu konuda bilinçlenmesini sağlar. Hasta, katı süperego standartının gevşetilmesi; duygularını, incinmelerini, düşmanlıklarını fark etmesi, kabul etmesi; beklentilerinin gerçekçi zemine oturtulması, aşırı bedensel ve ruhsal zorlanmaların azaltılması yönlerinde desteklenir.

Ağrı yakınmasının hastanın davranışlarına, aile ilişkilerine ve sosyal yaşamına etkisi irdelenir. Hasta ağrıyı nasıl ortaya koyuyor, hastada ağrıya eşlik eden duygu ve tutumlar nelerdir, ağrı hastayı nasıl etkiliyor, nelerden alıkoyuyor, hangi yaşam amaçlarını engelliyor? Bu konular gözlenir ve tartışılır.

Genel olarak hastanın yaşam alanındaki işlevselliğini artırmaya yönelik girişimleri desteklenir. Duygularını, tepki ve öfkelerini ifade etmeleri cesaretlendirilir. Hastada çelişki ve zorlanma yaratan yaşam biçimleri ve koşullarında (aile alanı, iş alanı, çevreyle ilişkileri) olumlu yönde düzenlemeler yapılır (13). Bunları değiştirmek mümkün olmazsa hastanın bu olaylara tepki verme biçimleri, daha az stres ve anksiyete yaratacak şekilde değiştirilmeye çalışılır. Yaşam biçimi için doğrudan öğüt verme ve iknadan kaçınılmalı, hastanın çözümlerini kendisinin bulması yönünde yardımcı olunmalıdır (13).

Yukarda belirtilen genel yaklaşımın dışında, tedavi, hastadaki ağrının biyolojik, psikodinamik ve davranışsal komponentlerine göre planlanır. Tıbbi ve psikiyatrik yaklaşım bütünleyici olarak sunulmalıdır. Farmakolojik tedavide analjezik, myorelaksan, trankilizan, antidepresif, antikonvulzif, nöroleptik etkili ilaçlar uygun endikasyonlarla verilir. Hastaya, verilen ilaçların, verilmiş nedeni ve yan etkileri açıklanır. Akut dönemde ağrının başarılı tedavisi ve hastanın uygun manipülasyonu kronik ağrının gelişmesini engeller.

Hekimin deneyimine, laboratuvar olanaklarına, birlikte çalıştığı ekibin özelliklerine göre, hastaya, fizik tedavi, TENS, kognitif ve davranışçı yöntemler, biofeedback, gevşeme teknikleri, akupunktur, transdantal meditasyon uygulanabilir. Bunların ba-

zısının etkisi plasebo etkisine eşdeğerdir (9). Hastaların çoğunluğu içgörü kazanmaya kapalıdır ve psikolojik açıklamalara direnç gösterir. Belirtilen alternatif tedavi yöntemleri hasta tarafından daha kolay kabul edilir, hastayla iletişimi sürdürmeyi sağlar ve başarılı sonuç verebilir.

Ağrı çabuk unutulur. Hastalar yakın zamandaki hafif ağrılarını abartma, geçmiş dönemdeki şiddetli ağrılarını küçültme eğilimindedirler (13). Tedavi sonuçları ile elde edilen başarıyı hastaya bazen hatırlatmakta fayda vardır.

Genellikle hasta-hekim ilişkisi, ilk bir kaç balayı dönemi görüşmesinde olumlu geçer. Hasta nihayet, kendini dinleyen, anlayan ve iyi edecek bir hekim bulduğuna inanır. İlerleyen görüşmelerde hastanın ruhsal yapısı, sosyal ilişkileri irdelenip hastanın tedaviye aktif olarak katılması, çaba göstermesi ve bazı sorumluluklar yüklenmesi istendiğinde hekim-hasta ilişkisinin kopması sürpriz olmamalı ve hekimde hayal kırıklığı yaratmamalıdır. Psikojen başağrısı olan hastaların bir savunma mekanizması olarak başağrısına ihtiyaçları vardır ve iyi olmaktan korkarlar (17).

Alışageldikleri, yerleşmiş davranış ve tepkime biçimlerini, bilinç dışı olarak, değiştirmek istemezler; çevreyle iletişim ve çevreyi manipülasyon aracı olan başağrısından kurtulmaya direnç gösterirler. Tekrarlanan araştırmaların negatif kalmasına, hekimin semptomların fizik temeli olmadığını defalarca söylemesine ve güvence vermesine karşın; ısrarla tıbbi araştırma talebinde bulunma, hekime yeterince güvenmeme ve hastalığını anlayıverecek ve kolayca tedavi edecek yeni bir hekim arama somatofom bozukluğu olan hastaların genel özelliğidir. Hekime düşen, böyle bir durumun hekim-hasta ilişkisinin olağan bir yönü olduğunu benimsemek, etik ilkelere ayrılmaksızın, bilgi, beceri ve inanışları çerçevesinde hekimlik rolünü üstlenmek ve sürdürmektir.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R), 1987. E. Köroğlu çevirisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.152, 1989.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV Options Book: Work in Progress (7.1.1991), Washington, p.1:9, 1991.

3. Andrasik F: Psychologic and behavioral aspect of chronic headache. *Neurologic Clinics*, V:8, No:4, p:961-976, 1988.
4. Blumenthal LS: Tension headache. In "Handbook of Clinical Neurology. Ed PJ Vinken and GW Bruyn, V:5. Headache and Cranial Neuralgias, North-Holland Publishing Company, Amsterdam, 2nd printing, p:247-257, 1975.
5. Doksat MK, Yeler B, Hacrosman M: Organik olmayan başağrısı vakalarının çok yönlü bir psikiyatrik ve psikolojik değerlendirilmesi. *Yeni symposium*, 30(3), s:10-19, 1992.
6. Doksat MK: Algolojik Psikiyatri. *Düşünen Adam*, 6(1-2): 51-56, 1993.
7. Ertekin C: Nörolojide Fizyopatoloji ve Tedavi. Bilgehan matbaası, İzmir, s.154, 1987.
8. Field HL: Pain. McGraw-Hill Information Servis Company, New York, p:171-201, 1989.
9. Hendler N: Diagnosis and nonsurgical management of chronic pain. Raven Press, New York, p:(64,80,93), 1981.
10. Hoffert MJ: The Neurophysiology of pain. *Neurologic Clinics*, 7(2), p:183-203, 1989.
11. Barsky AJ: Somatoform Disorders. In "Comprehensive Textbook of Psychiatry/ V Ed by HI Kaplan and BJ Sadock, V-1, fifth edition, p:1011-1027, Willams-Wilkins, London, 1989.
12. Kaplan HI, Sadock BJ: Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Willims-Wilkins, Baltimore, p:(81,96,109), 1990.
13. Merksey H: Psychiatric aspects of migraine. In "Modern topics in migraine. Ed by J Pearce, Willame Heinemann Med Books Lim, London, p:52-63, 1975".
14. Özkan S: Tıbbi-Psikiyatrik ve psikososyal açıdan ağrı. "Ağrı da Multidisipliner yaklaşımlar. 3. Ulusal Ağrı Kongresi Kitabı. Ed S Erdine, s:148-158, 3-5 Ekim 1991".
15. Özmen E, Demet MM, Gülseren L, Kültür S: Somatik yakınmaları ile psikiyatri polikliniğine başvuranlarda DSM-III-R tanıları. *Düşünen Adam*, 6(1-2):16-21, 1993.
16. Radlila A: Psychogenic aspects of muscle spasms and pain. In "Muscle spasms and pain. The proceeding of an international symposium held in Vienna, Austria on 5 and 6 November, 1987. Ed by M Emre and H Mathies, Parthenon Publishing Group, p:43-46, Lanes, 1988".
17. Saper JR: Daily chronic headache. In "Neurologic Clinics (Headache), Vol 8, No 4, p:891-901, 1990.
18. Uluslararası Başağrısı Derneği, Başağrıları sınıflama Komitesi. Başağrıları, Kranial Nevraljiler ve Yüz Ağrılarının Sınıflanması ve Tanı Kriterleri (1988). Çeviri: A Çelebi, H Özcan, Sandoz Yayını, İstanbul, 1990.
19. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines), Oxford University Press, p:161-170, 1992.
20. Wolff HG: The relation of life situations, personality features and reaction to the migraine syndrome. In "Headache and Other Pain, Oxford University Press, New York, p:339-431, 1963".
21. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V: Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında önde gelen bir yakınma: Başağrısı. 2-5 Kasım, İstanbul, 3. Ulusal Konsultasyon-Liazon Psikiyatri Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu bildiri özet kitapçığı, s 32, 1994.