

Algolojik Psikiyatri

M.Kerem DOKSAT*

ÖZET

Kronik ağrı sendromlarında psikiyatrik komponentin büyük yeri vardır. Bu yazıda ağrı konusunun nörofizyolojik, psikolojik ve psikiyatrik yönleri gözden geçirilmiş, genel tedavi prensipleri özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik ağrı sendromları, algoloji, psikiyatri
Düşünen Adam, 1993, 6(1-2): 51-56

SUMMARY

Psychiatric component has a major place in chronic pain syndromes. In this article, the neurophysiological and psychological and psychiatric aspects of pain are reviewed and general therapeutic principles are summarized.

Keywords: Chronic pain syndromes, algology, psychiatry
Düşünen Adam, 1993, 6(1-2): 51-56

GİRİŞ:

Halen dünyada 200'den fazla ağrı kliniği bulunmaktadır; ülkemizde de çeşitli tıp fakültelerinin bünyelerinde algoloji üniteleri faaliyete geçmiştir (18). Kronik ağrı sendromlarından dolayı pek çok insan acı çekmekte, analjezik ve antienflamatuar ilaçlar fabrikaların en fazla sattığı mamüller arasında yer almakta, alternatif ağrı tedavi yöntemleri (akupunktur, TENS, bitkisel preparatlar gibi) yaygın olarak uygulanmaktadır. Ülkemizde psikiyatri hala "küçük staj" olarak görüldüğü için, genellikle yeterli psikiyatrik nosyondan mahrum bir şekilde mesleğe başlanmakta ve hastayla başbaşa kalındığında da, kaçınılmaz olarak hata yapılmaktadır. Aslında depresyondan, anksiyeteden veya hipokondriazisten başka hiçbir derdi olmayan bir çok kronik ağrı hastası gereksiz yere analjezikler, antienflamatuarlar, vitamin preparatları, myorölaksanlar, hatta steroidlerle tedavi edilmeye çalışılmakta, ameliyat olmakta, birde bunların yan etkilerinin zararlarını yaşamaktadır. bir kısmı da yanlış endikasyondan dolayı faydasız kalacak alternatif tedavileri tercih etmekte, para ve zaman kaybına uğramakta, bu arada tıbbı da itimatları sarsılmaktadır. bu yazıda algolojinin (ağrı-bilim) temelleri, konunun psikiyatrik yönü ve genel tedavi prensipleri özetlenecektir.

TEMEL KAVRAMLAR VE NÖROFİZYOLOJİ:

Ağrı duyumunun (sensation) kapsamlı bir tanımı şöyle yapılabilir: Ağrı genellikle, doku tahribatı yapan veya yapabilme kapasitesinde olan süreçlerce meydana getirilen ve vücudun belli bir bölgesinden

kaynaklanır şekilde algılanan nahoş bir sensoriyel ve emosyonel yaşantıdır (21,45). Bu gibi doku hasarına yol açan veya açma kapasitesinde olan stimuluslara noxious stimuluslar denir. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, ağrının sensoriyel-diskriminatif, emosyonel affektif ve davranışsal /behavioral) üç yönü mevcuttur.

Ağrı, her ne kadar nahoş bir yaşantıysa da, organizmayı koruyucu vazgeçilmez bir özelliği vardır. Nitekim, nadir görülen konjenital ağrı duyarsızlığı vak'alarının çoğu aldıkları yaraları, yanıkları veya muhtelif hastalıkları fark edememeleri yüzünden erken yaşta ölmektedirler. Benzer tehlikeler, ağrı duyumunun periferik veya merkezi mekanizmalarla ortadan kalktığı hastalıklarda da sözkonusudur: Nöropatiler, beynin S2 ve yakınındaki insular bölgesini tutan lezyonlar (41), bazı pariyetal lob lezyonları (1) ağrı idrakını bozmaktadır. Talamik sendrom, kozalji, bazı nöraljiler ve nöropatiler, deafferentasyon ağrıları gibi antiteelerde ise noxious stimuluslara karşı aşırı tepki veya stimulus dahi yokken ağrı çekme hali görülmektedir (21,45).

Ağrıya yol açan (algojenik)uyaranlar nosiseptör de denen ağrı reseptörlerince algılanır; bunlar çıplak sinir uçlarıdır. Keskin acıyla karakterize birinci ağrıyı kalın ve myelinli olan A-Delta lifleri, künt ve yanıcı ikinci ağrıyı ince ve myelinsiz C lifleri algılar ve taşır. Künt veya penetran travma, irritan maddelere maruz kalma (dışardan verilerek veya doku harabiyetiyle ortaya çıkan litik materyal) diğer fizik, şimik veya biyolojik etkiler sonucu sözkonusu sinir uçlarında elektriksel aktivitenin ortaya çıkması olayına

* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

transdüksiyon denir. Diğer kalın liflerin de rolü olabilir (20).

Transmisyon bu impulsun periferik ve merkezi nöral yollarla taşınmasıdır; başlıca üç komponenti vardır: 1) Transdüksiyon bölgesinden medulla spinalisteki terminallere taşıyan periferik sensoriyel sinirler; 2) Medulla spinalisten beyin sapına ve talamusa yükselen röle nöronları şebekesi (neo ve paleo-spino-talamik, trigeminotalamik traktuslar); 3) Talamusla korteks arasındaki resiprokal bağlantılar. Talamusun lateral kısmından pariyetal-somatosensoriyel kortekse giden bağlantılar ağrının sensoriyel ve diskriminatif yönünden sorumluyken, medial kısmından asosiasyon korteksine ve frontal loba giden bağlantılar ağrının emosyonel ve affektif yönünden sorumludur. Medülladaki nükleus retikularis gigantosellularisin veya bunun intralaminar talamik projeksiyonlarının uyarılması kaçma (escape) davranışına yol açarken, frontal, prefrontal lezyonlarda aldırılmazlık-apati görülmektedir (5,21) [Bkz. Şekil 1].

Modülasyon ağrı nörofizyolojisinin en ilginç sürecidir. Ağrı duyumunu merkezi yapılara taşıyan sistemin bir anlamda antagonisti olan ağrı inhibitörü yolların mevcudiyetinin gösterilmesiyle, akupunkturun nasıl tesir ettiği anlaşılmaya başlanmış (18,33,9,14), TENS, dorsal kolon stimülasyonu gibi teknikler geliştirilmiştir; yeni yayınlarda bu ve benzeri tedavi yöntemlerinden "contrirritation" veya "neuro-augmentation" gibi başlıklarla bahsedilmektedir (4). Gerek bu gibi yöntemlerle distal yoldan, gerekse direkt olarak uyarıldıklarında, mezensefalik periaküadüktral gri madde, hipotalamik periventriküler gri maddenin rostral kısımları, rostroventral medülladaki rafe magnus nükleusları ve yanındaki retiküler formasyon, muhtemelen de lateral ve dorsolateral pontin tegmentum nosiseptif cevapları inhibe edici tesir gösterirler; bunlara genel olarak uyarıya oluşturulan analjezi (SPA: Stimulus Produced Analgesia) denmektedir (39,21,11). Bu tesir spinal seviyeye inen projeksiyonlarla olmaktadır. Endorfin ve enkefalin gibi nöropeptidler serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin kontrolü altında ağrı inhibisyonunda rol almaktadır. Depresyonlarda bu nö-

rotransmitterlerin mutlak veya nisbi eksikliği artık kabul edilmekte (33,53,8), bu hastalarda çok rastlanan yaygın ağrı şikayetlerinin altında da endojen ağrı inhibitörü yolların hipoaktivitesinin yattığı düşünülmektedir (33,10,48). Şizofrenlerde de ağrılarında şikayet etmeme, aldırış etmeme haline sık rastlanır; bu yüzden, acil cerrahi müdahale gerektiren tablolar dahi fark edilmeyebilir (33,23,31,55,49,35,6). Bir çalışmada (12) bu analjezi halinin opiat antagonisti naltrekson ile düzeldiği bildirilmiştir. Akut stres durumlarında ise, her zaman opiat antagonistleriyle geri döndürülemeyen analjezi görülebilmektedir (32).

Persepsiyon: Bütün bu kademelerden geçen ağrı impulsları, gerekli kortikal değerlendirmede yapıldıktan sonra, idrak edilmiş olacaktır. Hipnotik telkinle elde edilen analjezi opiat antagonistleriyle ortadan kalkmamaktadır (27,51,18). Pek muhtemeldir ki, Hipnotik telkinle kortikal seviyede tesir surtiyle ağrı duyumunun gnostik idrakı engellenmektedir.

Noxious stimuluslar, sübjektif ağrı duyumunun yanı sıra, organizmanın kendini korumasına yönelik davranışsal tepkilere de yol açarlar: kaçma, kaçınma, donup kalma, benzer durumlara düşmek için dikkatli olma gibi... Ağrı altı aydan kısa ise akut ağrı sendromu, daha uzun sürüyorsa kronik ağrı sendromundan bahsedilir. Akut ağrı organizmayı alarm eder; dövüş veya kaç prensibe göre uyarır ve genel bir anksiyete sendromuyla karakterizedir. Kronik ağrı ise irriabilite, uyku bozuklukları, tükenme, somatik preokkupasyon, libido azalması, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme gibi belirtileri yol açar; bu kişiler güvensizdirler, kronik ağrı davranışı sergilerler (jestlerle, mimiklerle ve inlemelerle bezenmiş, sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanan, doktor doktor dolaşan, dramatik ve bazen de teatral "zavallı hasta" rolü. Bu davranışın şekillenmesinde sosyokültürel etkilerin (44,59,57,58), öğrenmenin ve bu öğrenilmiş ağrı davranışının muhtelif vesilelerle pekiştirilmesinin rolü büyüktür; Haz-elem prensibinin pek önemi yoktur (24,25); ağrı davranışının pekiştirilmesi ve muhtemel risk faktörleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir [Ayrıca, Bkz. Şekil 2].

AĞRI DAVRANIŞI

Ağrı yakınmaları, inleme, gözyaşları

Tıbbi konstültasyonlar

Kompansasyon,

PEKİŞTİRİLME TARZI

Dikkati çekme. Yetiştirilme

Ağrının giderilmesi, psikoaktif ilaçlar. Dikkat çekme, yetiştirilme, muteber hasta rolü

Para menfaati, ağrıdan kurtulma, nahoş iş ve kişiler arası ilişkilerden kurtulma

MUHTEMEL RİSK FAKTÖRLERİ

Hostil veya umursamaz eş

"Trait" anksiyete daha önceden ilaç veya alkol suistimali

Düşük gelir, fakirlik, öz saygının düşüklüğü, işinden memnun olmama

Bahsedilmesi gereken iki temel kavram da ağrı eşiği ve ağrı toleransıdır. Ağrı eşiği bir kişinin ağrı hissettiği minimal noxious stimulus şiddetini ifade eder; farklı şahıslarda ve aynı bireyde değişik zamanlarda oldukça sabittir. Ağrı toleransı ise hem şahıstan şahısa, hem de aynı bireyde zamandan zamana farklılıklar gösterir; sabit bir noxious stimulusya karşı bireyin tahammül gücünü ifade eder (56).

Ağrının Psikolojik Yönü

Engel (17), ağrının kişiler için taşıdığı anlamları şöyle gruplandırır:

1- Ağrı, bedene bir zarar gelmesi veya bir kaybın ortaya çıkması tehdidinde karşı ikaz rolü oynar.

2- Ağrı, obje ilişkilerinin düzenlenmesinde yardımcı bir unsurdur: canı yandığı için ağlayan çocuk annesinin ilgi ve şefkatine kavuşur. Bu davranış biçimi, modifikasyonlara uğrayarak, yetişkinlikte de sürer.

3- Ağrı ve ceza kavramları ilginç bir kavramsal ve semantik beraberlik arz eder. Pek çok lisanda ağrı ve ceza kelimeleri aynı köklerden kaynaklanır: İngilizcedeki pain ve penalty kelimelerinin grekçe "poine"den gelmesi gibi (38,34)

4- Ağrı hissi agresyon ve güçle doğrudan ilişkilidir. Ağrı çekilmesi ve çektirilmesi de bu bağlamda gücün sembolüdür.

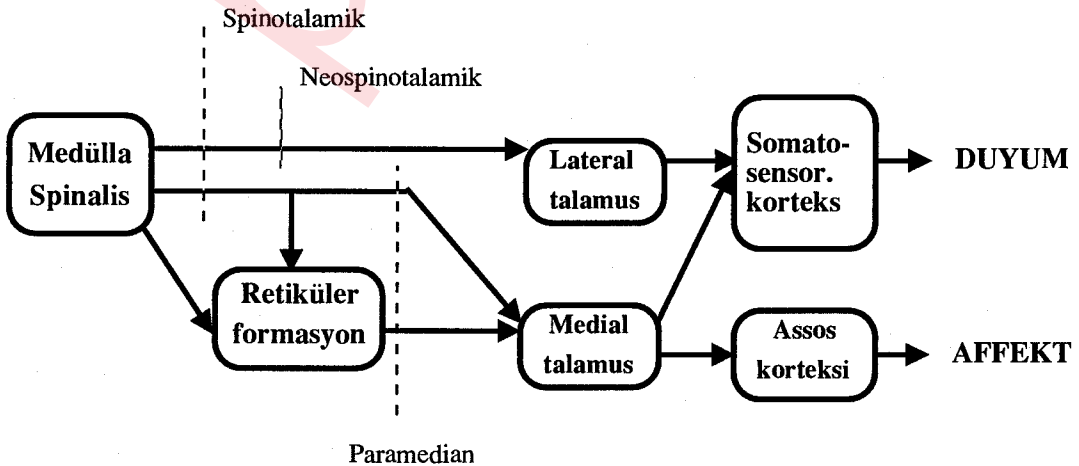
5- Sevgi objelerinin hakiki veya muhayyel kaybı daima ağrıyla (acı çekmeyle, ıstırapla) birlikte dir. Böyle bir şeyin düşünülmesi bile insana "acı" verir.

Bazı insanlarda, bu mekanizmaların birinin veya birkaçının faaliyete geçmesi yüzünden, bir "ağrıya yatkınlık" durumu meydana gelir. Çevreyle ilişki kurabilmenin "acı çeken insan" imajından geçtiği şek-

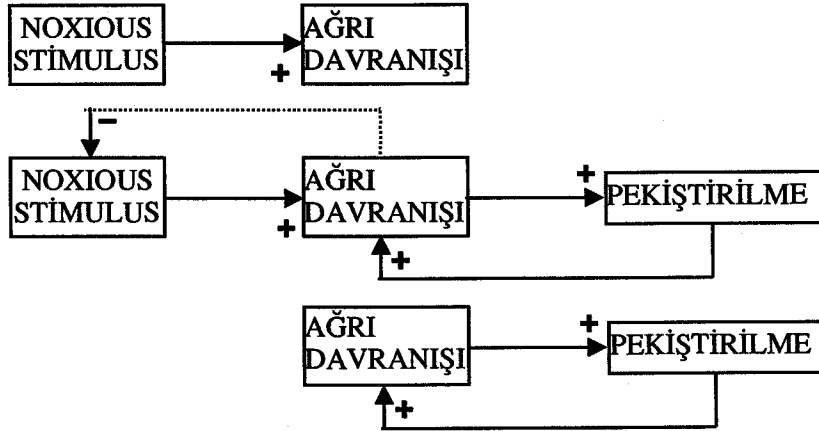
lindeki şartlanmanın etkisiyle, şuur dışı suçluluk duygularının cezalandırılması şeklinde, obje kaybı tehdidinin tesiriyle veya agressif yahut yasak cinsel dürtülerin bastırılması sonucunda kişide ağrı hissi aktive olabilir. Psikanalitik görüşe göre, şuur dışına bastırılan muhteva, kılık değiştirmek suretiyle, çok farklı çehrelerle tekrar sahta çıkmaktadır (15,42). Ağrı bu bağlamda ele alınacak olursa, kullanılan ego savunma mekanizmaları arasında represyon ve/veya refülman, displasman, izolasyon, sembolizasyon, konverسیون ve somatizasyon sayılabilir.

Özetle A) ağrı spesifik ve elamanter bir duyumdan ibaret değildir; ağrı idrakı ve yaşantısında psişik faktörlerin büyük tesiri vardır. Saf psişik kökenli bir semptom olark karşımıza çıkabileceği gibi, organik kökenli bir ağrının algılanmasında da psişik etkiler çok büyük olabilir. B) Kronik ağrı hastası rolü sayesinde kişi bastırılmış olduğu çatışmalardan kurtulmakta (birincil kazanç) veya sıhhatli görünmekten kaçmakta (kaçmayı öğrenme), bu da bağımlılık ihtiyaçlarının doyurulmasını sağlamakta (ikincil kazanç), çeşitli çevresel ve sosyal pekiştirilmelerle de (pozitif pekiştirme) bu rolü iyice benimsemektedir. Sonuç tam bir kısır döngüdür.

Kronik ağrıda psikojenik komponentin (ve, tabii ki, psiyatrik yaklaşım gerekliliğinin) güçlü olduğunu düşündürmesi gereken özellikler perine ve yüzde belirgin somatik sebebi olmayan ağrılar, ebeveynlerin veya eşin hoyratlığı (dayak atılması) veya aldırma zlığı, elektif tabiatlı pek çok cerrahi prosedürlerin yapılmış olması. alkol veya ilaç suistimali (hasta ve/veye eşi tarafından), iş ve toplum hayatında sık başarısızlıklar bulunması sayılabilir (61,21).



Şekil 1. Merkezi sinir sistemindeki ağrı yolları



Şekil 2. Ağrı davranışının pekiştirilmesi

Üstte: Noxious stimulus istirahat gibi bir ağrı davranışına yol açıyor. Ortada: Sonuçta hem ağrı azalıyor, hem de kişi, istirahat sayesinde hoşlanmadığı iş ve durumlardan uzak kalıyor. Bu şekilde, pekiştirilmeyle ortaya çıktığı ölçüde istirahat öğrenilmiş bir ağrı davranışdır. Alttta: Herhangi bir noxious stimulus mevcut değil. Ağrı davranışı sadece nahoş işlerden ve durumlardan kaçınmak için sürdürülüyor.

Aleksitimia kavramı

Hislerin ve emosyonel durumun ifade edilmesinde, anlatılmasında yetersizlik anlamına gelen bir terimdir (46,22,36,54). Aleksitimik kişiler mekanik ve literal düşünce yapısına sahip, banal gerçeklerle ayrıntılarına çok önem verip, sübjektif yaşantılarını hissedemeyen insanlardır. Heyecanlarını ifade ve kabul etmezler. depresyonlarını, anksiyetelerini ruh-durum (mood) olarak değil çeşitli ağrılar, somatik belirtiler ve psikosomatik hastalıklar halinde yaşarlar; "maskeli depresyon" denen vak'alar bu gruptandır.

PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDA AĞRI:

Kronik ağrının psikiyatrik değerlendirilmesi önemli olmakla birlikte (60), bu tip hastalara psikiyatrik perspektifle diyagnostik ve terapötik açıdan yaklaşımda çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bunun sebepleri, yazının başında vurgulanan formasyon eksikliklerinin yansıması, şöyle özetlenebilir (47):

- 1- Psikolojik izahlardan kaçınmayla birlikte, ağrının mutlaka fiziksel bir sebebi olduğu şeklindeki yerleşmiş inançlar yüzünden, organik bir teşhise ve tedaviye varabilmek için yapılan çoğu gereksiz araştırmalar;
- 2- Bir sürü tıbbi ve cerrahi tekniklerin uygulanmasına rağmen başarıya ulaşamayıp, bir de ilaç bağımlılığının ortaya çıkması;
- 3- Ağrıyla başa çıkabilmek için kişisel çabalar gös-

termektense, herşeyin hekimden beklenmesi şeklindeki bağımlılık;

- 4- Hasta rolünü sürdüren ama etrafta bıkkınlık yaratıp eninde sonunda yabancılaşmaya ve dışlanmaya yol açan davranış biçimi;
- 5- Beceri yetersizliği, aşırı beklentiler veya başarısızlık korkusu gibi sebeplerle sıhhatli rollerden kaçınma
- 6- Hekimlerden, dostlardan, aileden gelen çevresel ödüllendirmelerden, pekiştirmelerden dolayı hasta rolünü bırakamama.

Teşhis kriterleri arasında ağrının bulunduğu ruhsal bozukluklar arasında somatizasyon ve konversiyon bozuklukları (histerik nöroz), anksiyete bozuklukları (anksiyete nörozu) somatoform ağrı bozukluğu, fizik semptomlu düzmece bozukluk (Munchausen) sayılabilir. Somatizasyon bozukluğunda senelerdir süren değişken ve tekrarlayan ağrıların diğer pek çok fiziksel yakınmayla birlikte bulunduğu ve bunların 30 yaşından önce başlamış olduğu tipik klinik tablo mevcuttur. DSM-III-R'de (3) tanımlanan Somatoform Ağrı Bozukluğu (SAB) antitesi tek başına veya diğer majör ruhsal bozukluklarla birlikte teşhis edilebilir; gösterilebilir organik bir sebep yokken veya varsa bile mevcut şikayetleri izah edecek boyutta değilken sürekli olarak ağrıdan yakınma söz konusu ise bu teşhis koyulabilir. Eğer hastanın ağrıları organik bir hastalığın mevcudiyetini telkin ediyor ama sadece psikolojik faktörlere atfedilebiliyorsa konversi-

yon bozukluğu veya tek olarak ağrı şikayeti varsa SAB teşhisi konulabilir. Depresif hipokondriak hastalarda da çeşitli ağrılara rastlanabilir. Düzmece bozuklukta kişi ağrı şikayetlerini bilerek taklit eder ama bunun şuur dışı, farkında olmadığı sebepleri vardır. Simülasyon (temaruz) yapan kişiler ise belli bir menfaati elde etmek için "numara" yaparlar; hakiki bir ruhsal bozukluk söz konusu değildir.

Psikotik ve hezeyani (deliran) ağrıların klasik bilinen hiç bir antiteye uymayan acaip, garip, atipik özellikleri dikkatli anamnez alınırsa fark edilecektir. Böyle ağrılar bir SAB veya monosemptomatik hipokondriak psikozun (62,63) (DSM-III-R'ye göre Somatik tip Paranoid Bozukluk) şizofreni veya benzeri bir psikozun belirtisi olabilir. Demanslı hastalarda da yaygın ve atipik ağrılara somatik şikayetlere sık rastlanır (37,33,2,50,16).

KRONİK AĞRI SENDROMLARINDA GENEL TEDAVİ PRENSİPLERİ

Ağrısının ciddiye alındığının hastaya ifade edilmesi gerekir; mekanizması ne olursa olsun ağrıdan şikayet eden kişi ağrısı olan kişidir. Çoğu hasta tıbbi yöntemlerde ısrar eder; psikolojik mekanizmalarla ilgili tartışmalara ve inatlaşmalara girmek yerine müsamahakar davranarak, bu eğilimleri yönlendirilmeye çalışılmalıdır; Erken yüzleştirme (konfrontasyon) yarar yerine zarar getirecektir. En az bir hafta süreyle bir günlük tutturulup ağrı davranışının pekiştirilme tarzı ve çevreden etkileniş biçimi anlaşılmalıdır; bu konuda hasta yakınlarından da bilgi alınmalıdır.

Tedavide dört ana komponent vardır (16): 1- Tedricen arttırılacak ve hastanın sınırlarını hafifçe zorlayacak aktivitelerden oluşan bireyselleştirilmiş bir fizik tedavi programının uygulanması. İstirahate ancak ödev tamamlandıktan sonra izin verilmeli, basit şikayetler veya protestolar ara vermek için bahane kabul edilmemelidir; 2- Semptomlarından bahsetmek işe gitmemek veya sosyal sorumluluklarından kaçınmak gibi ağrı davranışları yerine, işe gitmek yataktan çıkmak ve gereksiz ilaç almamak gibi sağlıklı davranışlar ödüllendirilmeli, pekiştirilmelidir. 3- Gerekiyorsa uygun psikotropolar verilmeli (antidepresanlar, antipsikotikler gibi) ve psikoterapi yapılmalıdır. Bunun haricinde alınmakta olan, genellikle de gereksiz bütün ilaçlar kesilmelidir. 4- Ailenin ve çevrenin ağrı davranışı pekiştirici yaklaşımları engellenmeli sağlıklı davranışı ödüllendirici tavır almaları sağlanmalıdır. Ağrıların stresin sonucu değil de sebebi olduğunun kendilerini günlük aktiviteden nasıl uzaklaştırıldığının hastalara anlatılması iyi bir başlangıçtır.

Analjezik vermek gerekiyorsa, asla alışkanlık yapıcı ajanlar tercih edilmemelidir; salisilatlar ve benzerleri en iyisidir. Anksiyolitik ve sedatif-hipnotik droglardan kaçınılmalıdır; benzodiazepinler ağrı eşliği düşürebilmektedir. Enerjik antidepresan tedavi-

den kaçınılmamalı, lüzumu halinde antipsikotikler de verilmelidir. Gerek antidepresanların gerekse fenotiazinlerin opiat reseptörlerine bağlandığı ve enkefalinle interaksiyona girdiği hayvan deneyleriyle gösterilmiştir. Nöroşirurjik ağrı cerrahisi operasyonlarının sonuçları maalesef pek yüz güldürücü değildir çünkü ağrılar 6 ile 18 ayda geri dönebilmektedir. Vak'aya göre akupunktur, TENS, sinir blokları, tetik nokta enjeksiyonları gibi tekniklerden yararlanılmalıdır. Gevşeme egzersizleri çoğu hastada biofeedback kadar etkilidir. Trigeminal nöralji, migren, deafferentasyon ağrısı gibi ağrı Hipnoz ve/veya "guided imagery" tek başına veya kombinasyon içinde uygulanabilir. Kognitif-davranışçı terapiler grup ve aile terapileri bazı hastalarda bireysel psikoterapi yapılır. İnatçı vakalar özel ünitelerde tedaviye alınmalı ve yoğun, kombine mültidisipliner tedavi programı uygulanmalıdır (7,16,18,19,21,24,26,28,29,30,33,40,43,52,53,61).

Görüldüğü gibi kronik ağrı sendromlarında mültidisipliner ve psikiyatriyi de içine alan bir yaklaşım şarttır. Nitekim biz gerek Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ağrı Ünitesi ve Baş Ağrısı Polikliniği gerekse İstanbul Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı ile konsültasyon liaison işbirliğimizi halen sürdürmekteyiz. Ağrı konusuna oriyante olmuş bir psikiyatri alt şubesi anlamında algolojik psikiyatri veya kısaca algopsikiyatri terimi ve kavramı daha önce teklif edilmişti (14).

KAYNAKLAR

- 1- Adams MAR., Victor M.: Principles of Neurology-3rd Edition. Singapore. Mc Graw-Hill, p:99-113.
- 2- Amaducci LA., Roca WA., Schonberg BS.: Origin of the distinction between Alzheimer disease and senile dementia: How distory can clarify nosology. Neurology 36:1497-1499, Nov 1986.
- 3- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders 3rd Edition Revised. Washington, DC.1987.
- 4- Berkow R., Fletcher AJ.: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Rahway NJ.USA Merck & Co Inc p:1346.
- 5- Berrios GE., Dowson JH.: Treatment and Management in Adult Psychiatry. east Sussex Bailliere Tindall. 1983.
- 6- Bickerstaff LK., Harris SC., Legget RS., et al.: Pain insensivity in schizophrenic patients. Asurgical dilemma. Arch Surg, 123(1): 49-51 Jan 1988.
- 7- Blackwell B., Galbraith JR., Dahl DS.: Chronic pain management. Hosp Comm Psychiatry, 35:999. 1984.
- 8- Blumer D., Heilbronn M.: Chronic pain as a variant of depressive disorder: The pain prone disorder: Jour Nerv Ment Dis, 170:381. 1982.
- 9- Bradley GW., Daroff RB., Fenichel GM et al.: Neurology in Clinical Practice. USA: Butterworth-Hememann. 683. 1991.
- 10- Chaturvedi SK.: Psychalgic depressive disorder: a descriptive and comparative study. Acta Psychiatr Scand, 79:98-102. 1989.
- 11- Dalessio DD.: Wolff's Headache and Other Head Pain. New York: Oxford Universty Press. 1987.

- 12- Davis GC., Buchsbaum MS., Van Kammen DP., et al.: Analgesia to pain stimuli in schizophrenics and its reversal by naltrexone. *Psychiatry Res*, 1:61-69. 1979.
- 13- Doksat MK.: Akupunkturun patafizyolojisi. *Yeni Symposium* 27:3, 5-16, 1989.
- 14- Doksat MK.: Ağrı konusunda psikiyatrik yaklaşım ve algopsikiyatri kavramı. *Ağrı dergisi* 3:3,5-15, 1991.
- 15- Doksat R.:Psikopatolojiye giriş. Adana:Çuk.Ünv. Tıp Fk Psikiyatri Kürsüsü Yay. Nu.3 (Fk Yay No2). 1975.
- 16- Dubovsky SL.: Feiger AD., Eiseman B.: *Psychiatric Decision Making*. Philadelphia: BC Decker Inc The Mosby Company 1984.p:70-73.
- 17- Engel GL:."Psychogenic" pain and pain-prone patient. *American Jour Med*, 26:899-918. June 1959.
- 7- Blackwell B., Galbraith JR., Dahl DS.: *Chronic pain management*. *Hosp Comm Psychiatry*, 35:999. 1984.
- 18- Erdine S.: Ağrı sendromları ve Tedavileri. İstanbul. Nobel Kitabevi. 1987.
- 19- Ernest RH.: Hypnosis in the Treatment of pain *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine* (Eds: Burrows and Dennerstein) Elsevier North-Holland Biomedical Press p:233-303.
- 20- Ertekin C.: *Nörolojide Fizyopatoloji ve tedavi* . İzmir 1987, 153-176.
- 21- Fields HL.: *Pain*. Singapore: McGraw-Hill, Inc 1989.
- 22- Fisch RZ.: Alexithymia, masked depression and loss in a holocaust survivor. *British Jour Psychiatry*, 154:708-710. 1989.
- 23- Fishbain DA.: Acute surgical abdominal disease in schizophrenics (letter) *Isr J Med Sci*,28(1):61. Jan 1992.
- 24- Fordyce WE.: *Behavioral Methods For chronic Pain and Illness*. St Louis: Mosby. 1976.
- 25- Fordyce WE.: *Pain and Suffering: A reappraisal* *Amer Psychol*, 43: 276, 1988.
- 26- Fromm E.; Shor RE.: *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*. New York: Aidine Pub Comp. 1972.
- 27- Goldstein A., Hilgard ER.: Failure of opiate antagonist naloxone to modify hypnotic analgesia. USA: *Proc Natl Acad Sci*, 72:2041-2043. 1975.
- 28- Gomez J.: *Liaison Psychiatry*. New York: The Free Press, McMillanInc p:53-63.
- 29- Hilgard ER, Hilgard JR.: *Hypnosis in the Relief of Pain*. California: Los Altos, William Kaufmann. 1975.
- 30- Houpt JL.0 *Chronic pani management*. *Principles of Medical Psychiatry* (Ed.Stoudenire) Fogel, Grune and Statton, Inc, 1987, p:389-401.
- 31- Jakubaschk J., Boker .: Disorders of pain perception in schizophrenia. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 142(1):55-76. 1991.
- 32- Jessel TM., Kelly DD.: *Pain and Analgesia. Principles of Neural Science 3rd Edition* (Eds: Kandel ER,Schwartz JH, Jesell TM) NewYork: Elseiver Science Publishing Co Inc, 1991, p: 385-389.
- 33- Kaplan HI., Sadock BJ.: *Clinical Psychiatry from Synopsis of Psychiatry USA.*: Williams and Wilkins, 1989,p: 383
- 34- Kapp FT.:."Psychogenic Pain". *Comprehensive Textbook of Psychiatry/II 2nd Edition* (Eds: Kaplan HI, Sádock BJ) USA: Williams and Wilkins ,1976, p:1704-1708.
- 35- Katz E., Kluger Y., Rabinovici R., et al.: Acute surgical abdominal disease in chronic patients0 a unique clinical problem. *Isr J Med Sci*,26(5):275-7. May 1990.
- 36- Lesser IM.: A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Med*, 45:531-543. 1981.
- 37- Lishman WA.: *Organic Psychiatry: The Psychological consequences of Cerebral Disorder-2nd Edition*. London,: Blackwell Scientific Publications, 1987,p:328-647.
- 38- Longman.: *Webster English College Dictionary*. London: Wm Clowes Ltd, 1985, p:1055.
- 39- Mayer DJ., Price DD., Barber J., et al.: Acupuncture analgesia: Evidence for activaion of pain inhibitory system as a mechanism of action. *Advances in Pain Research and Therapy*. Voll (Eds: Bonica J. Albe-Fessard D) New York: Raven Press, 1976, p: 751-754.
- 40- Merskey H.: Psychological approaches to the treatment of chronic pain. *Postgrad Med Jour*, 60:886. 1984.
- 41- Mesulam MM.: *Principles of Behavioral Neurology*. USA:FA Davis Company, 1985, p:33-44.
- 42- Öztürk OM.: *Psikanaliz ve Psikotreapi* Ankara: Sevinç matbaası, 1985.
- 43- Packard RC.: *Headache*. *Neurologic Clinics* 1:2, 445-456, May, 1983.
- 44- Pilowsky L., Spence ND: Patterns of illness behaviour in patients with intractable pain. *Jour Psychosom Res*, 19:279.1975.
- 45- Portenoy RK.: *Pain: Mechanisms and Syndromes*. *Neurologic Clinics* 7:2 May, 1989.
- 46- Postone N.: Alexithymia in chronic pain patients. *Gen Hosp Psychiatry* 8:163-167. 1986.
- 47- Reich J. Tupin JP., Abramowitz SI?:*Psychiatric diagnosis of chronic pain patients*. *Amer Jour Psychiatry*, 140:1495.1983.
- 48- Romano JM., Turner JA.: *Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?**Psychol Bull*, 97:18-34. 1985.
- 49- Rosenthal SH., Porter KA., Coffey B.: *Pain insensitivity in schizophrenia*. Case reportand review of the literature. *Gen Hosp. Psychiatry* 12:5, 19-322 Sep 1990.
- 50- Schoenberg BS., Anderson DW., Hager AF.: *Severe dementia: Prevalance and clinical features in a biracial population*. *Arch Neurol*, 42:740-743.Aug 1985.
- 51- Spiegel D., Albert LH.: *Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain*. *Berlin: Psychopharmacology*, 81:140-143. 1983a.
- 52-Spiegel D., Bloom Jr.: *Group therapy and hypnosis reduce metastatic carcinoma pain*. *Psychosomatic Med*, 45:333-339. 1983b.
- 53- Stimmel GL., Escobar JI.: *Antidepressants in chronic pain: A review of efficacy*. *Pharmacotherapy*, 6:262. 1986.
- 54- Taylor GP.: *Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment* *American Jour Psychiatry*.141:725-732.1984.
- 55- Tu J.: *Abdominal complications of patients in the psychiatric department*. *Chung Hua Shen Ching Shen Ko Tsa Chih* 23(5):269-271, 318. Oct 1990.
- 56- Türk DC., Kerns RD. *Conceptual issues in the assesment of clinical pain*. *Int Jour Psychiatry Md*, 13:57-68. 1983-1984.
- 57-Türk DC., Flor H, Rudy TE: *Pain and families: Etiology, maintenance and psychosocial impact* *Pain* 30:3, 1987a.
- 58- Türk DC, Flor H: *Pain and pain behaviours: The utility and limitations of the pain behaviour construct*. *Pain behaviour*.*British Med Jour*, 292:1-2. 1986.
- 59- Tyrer SP:*Learned pain behaviour*.*British Med Jour* 292:1-2. 1986
- 60- Tyrer SP.: *Psychiatric assessment of chronic pain*. *British Journal of psychiatry*,160. 733-741, 1992.
- 61- Webb WL.: *Chronic pain*. *Psychosomatics*, 24:1053.1983
- 62- Munro A.: *Monosymtomatic hypocondrical psychosis*. *British Journal of Psychiatry*, 153 (suppl.2):37-40.1988.
- 63- Reilly TM. *Pimozide in monosymtomatic psychosis*. *Lancet* 138.1975