

pının vizyona ve VEP'e etkili olmadığını savunurlarken Towle (9) ise 2-5 mm pupilla çapı olanlarda VEP'in en az etkileneceğini ifade etmişlerdir. Bu nedenle çalışmalarımızda bu etki ihmal edilebilir düzeyde olmalıdır.

Bilindiği gibi glokom, optik sinir ve retina dejenerasyonlu gidon T.O artışı ile karakterize bir hastalıktır. T.O'nin düşmesi irreversibl O.S dejenerasyonunun önlenmesinde yararlıdır ve gereklidir. Ancak irreversibl değişimler başlandıktan sonra T.O normale düşülürse bile irreversibl olan O.S'e ait değişimler geri dönmemektedir.

Bulgularımızın kronik glokom olgularında VEP'lerin %84 oranında anormal olduğunu ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Atkin, A., Wollner I., podos M.S., Walkstein M., Mylin L., vitzberr Flicker Threshold and pattern VEP latency in ocular Hypertansion and Claucoma S. Invest ophthalmol. Vis Sci: 24: 1954, 1983.
- 2- Bobak P., Rodis-Wollner J., Harnois C. Maffer L., Patern Elektoretino grams and Visual-evoked potentials in Glaucoma and multiple sclerosis.
- 3- Cappin M.J., Nissim S., Visual Evoked Responses in the Assesment of field Defects in Glaucoma. Arch Ophthalmol. 93. 9.1975.

- 4- Cox A.T; Thompson 5 H., Hayreh S.J., Syndreo E.J. Visual evoked petontial and Pupillary signs. A comparison in optik nerve Disease. Arch. ophthalmol. 100: 1603, 1982.
- 5- Doğan K.O., Glokomda Elektrofizyoloji I. Ulusal Oftalmotoloji Kursu (Glokom) Kitabı 35-39 Ankara, 1981.
- 6- Feinsod M., Hout W.F., Wilson B., Spire J-P Visually Evoked Response Use in neurologic Disorders, Arch. ophthalmol 94. 237, 1976.
- 7- Lesservre N: Chronotopographical analysis of numan evoked potentials in relation to the visual field (Data from normal individuals and hemianopic patients) Ann. NY Acad Sci. 338, 1923, 1982.
- 8- Regan D., Neima D., Visuel fatigue and VEP's in multiple Sclerosis Glaucoma, ocular Hypertension and parkinson's Disease Journal of Neurology, Neurojurg and psychiatr. 47:7, 673, 1984.
- 9- Towle L.V., Moskowitz A., Sokol Sr., Schwartz B. The vizuel Evoked potential in Glaucoma and ocular Hypertansion Effects of check size, field size, and stimulation rate. Invest dphthalmol. vis. sci. 24:175, 1983.

KRONİK AĞRIYA PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

Dr. Selami AKSOY*, Dr. Tolgay ÖZSOY*, Dr. N. ALPAY**

ÖZET: Ağrı sık rastlanan klinik bir bulgudur. Kronik ağrı ile depresyon arasında da sıkı bir ilişki vardır. Kronik ağrıya, psikoterapötik yaklaşımın yararlı olduğu ileri sürülmektedir. Kronik ağrının tedavisinde, antidepressan tedaviyi, bilişsel ve davranışsal yaklaşımı, egzersizi ve psikoterapiyi içeren multidisipliner yaklaşımın etkinliği özetlenmeye çalışılmıştır.

PSYCHIATRIC APPROACH TO CHRONIC PAIN

SUMMARY: It is widely known that, pain is a common clinical symptom and also there is a close relationship, between chronic pain and depression. Other than pharmacotherapy, it has been suggested that psychotherapeutic approach to chronic pain is also effective in treatment of chronic pain. A multidisciplinary approach, involving antidepressant therapy, cognitif and behavioral approach, exercise and psychotherapy and effectiveness in the treatment of chronic pain, have been summarized.

Key Words: Chronic pain, depression, antidepressant treatment, psychotherapy.

Hastanın ağrısını dindirmek, tıbbın temel amaçlarından biridir. Ağrı, hastanın hekime başvurmasına neden olan önde gelen nedenlerden bir tanesidir. Ağrı, organizmayı ve dokuları zedelemeye yönelik iç ve dış uyaranlara karşı ortaya çıkan bir uyum ve davranış biçimidir. Fizyolojik olarak ağrı, yüzeysel ve derin olarak ikiye ayrılabilir. Sağaltımı yönlendirmesi bakımından ise ağrıları; akut ve kronik olmak üzere iki genel grupta ele almak mümkün (9).

Akut ağrıda fizyolojik olarak doku yıkımını önlemeye yönelik tepkisel bir olay sözkonusudur. Beraberinde sempatik, noradrenerjik artış ve parasempatik azalma bulunur. Akut ağrıda bir ya da birden çok çevresel parasempatik azalma bulunur. Akut ağrıda bir ya da birden çok çevresel resep-

tör uyarı sözkonusudur. Beraberinde genel bir anksiyete reaksiyonu da bulunmaktadır. Genellikle üç ile altı aydan daha kısa süren ağrılar akut olarak kabul edilir. Altı aydan uzun süren veya akut olayın geçmesinden sonra devam eden, sürekli hale gelen ağrılar da kronik olarak kabul edilir. Ağrı kronikleşince birçok özelliği değişir. Kronikleşince ağrı, bir bulgu olmaktan çıkar ve bir hastalık ya da sendrom haline gelir. Kronik ağrıda sempatik aktivite azalır, olayın mental, davranışsal ve duyuşsal yönleri ön plana geçer. Beraberinde uyku bozukluğu, ağrıya direncin azalması, depresyon, merkezi serotonin düzeyinde azalma görülür. Kronik ağrılı hastalar giderek "Anormal hastalık davranışı" içine girerler. Akut ağrının aksine kronik ağrı çevresel ve psikopatolojik olaylardan

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 5. Psikiyatri Birimi

** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi

daha çok etkilenir (10). Kronik ağrıda biyolojik işlevlerden çok olayın psikolojik yönü önem kazanmaktadır. Patofizyolojik, psikolojik ve affektif tepkiler kronik ağrıda çok farklı ve karmaşık bir şekilde meydana gelmektedir. Kronik ağrının gelişmesinde, duyulanımın, fizik ve ekonomik, sosyal yüklenmelerin, hasta ailesinin çok önemli rolü vardır. Kronik ağrının, toplumda önemli bir sağlık sorunu oluşturduğu söylenebilir (11).

KRONİK AĞRI VE DEPRESYON

Kronik ağrılı olan hastalarda depresyon oldukça sık görülmektedir. Ağrı ile depresyonun birlikte görülme oranı, farklı araştırmacılar tarafından değişik olarak bulunmuştur. Snigh, depressif hastaların %65'inde somatik yakınmalarını gördüğünü, Lindsay da ağrılı hastaların %87'sinde depresyon görüldüğünü ve bu hastaların %83'ünün de antidepressan tedaviyle iyileştiğini ileri sürmüştür. Çalışmalar istatistiki yönden anlamlı bulunmuştur (14).

Kronik ağrılı hastalarda daha çok maskeli depresyon görülmektedir. Bu hastalar, sıklıkla yadıma ve bastırma savunma mekanizmalarını kullanmaktadırlar. Yakınmalarını duysal yönlerinden çok, fiziksel terimlerle anlatırlar, somatize etmeye meyillidirler. "Ağrılı davranışlar"ı olan hastaların depressif oldukları düşünülerek psikiyatrik yönden çok iyi değerlendirilmeleri gerekmektedir (3).

Depressif bir durumla beraber somatik yakınmaların bulunduğu duruma "Konkomitan depresyon" denmektedir. Böyle durumlarda depresyon ağrının nedeni olabileceği gibi sonucu da olabilir. Böyle hastalarda tedavi hem nedene yönelik ve hem de birlikte görülen belirtilere yönelik olmalıdır. Atak özelliği olmayan, sürekli seyreden, sefale tipi baş ağrılarında depresyon daha sık görülmektedir. Yapılan bir çalışmada baş ağrısı nedeniyle hospitalize edilen hastaların %65'inde depresyon tespit edilmiştir (Barolin, 1975). Depressif baş ağrısı olan hastalarda analjezik bağımlılığı daha sık görülmektedir. Depressif baş ağrısı olan hastalardaki depresyonun ciddiye alınmaması ve etkin bir tedavinin düzenlenmesiyle olay kronikleşmektedir. Bu nedenle baş ağrılarının tedavisi çok yönlü olmalı, diğer ilaçların yanında gerektiğinde antidepressan verilmelidir. Depressif baş ağrısı olan hastalara psikoterapötik yaklaşım da tedavinin etkinliği açısından gereklidir (2).

Kronik bel ve bacak ağrısı olan hastaların ele alındığı bir çalışmada hastaların %71'inde depresyon olduğu görülmüştür. Hastaların uyku bozukluğu, enerji kaybı, psikomotor aktivitelerinde azalma, ilgi kaybı, konsantrasyon güçlüğü yakınmaları varmış. Ağrılarıyla birlikte depressif yakınmaları olan hastaların, yakınmalarını daha renkli terimler kullanarak anlattıkları ve daha çok ağrılarının nedenleri üzerinde durdukları dikkati çekmiştir. Araştırma sonucunda, ağrılı hastaların depresyona daha yatkın oldukları, bu hastaların depresyonlarının tedavi edilmesiyle ağrılarının da giderildiği ve gereksiz cerrahi müdahalelerden, ilaç tedavilerinden kaçınıldığı vurgulanmıştır (16).

Kronik ağrılı hastaların, tanı ve tedavilerinin çok yönlü değerlendirilmesi gerektiğine inanılmaktadır. Bu bölümde de kronik ağrının tedavisinde bilinen yöntemlerin dışında başvurulabilecek yöntemler kısaca özetlenmeye çalışılacaktır.

ANTİDEPRESANLAR

Ağrılı olan hastalar sıklıkla uykusuzluktan yakınır. Uykuya dalmakta zorluk çektiklerini, gece boyunca sık aralıklarla uyandıklarını, sabah erken kalktıklarını söylerler. Bu bulgular depresyonda sık görülmektedir. Ağrı sosyal yönden daha kolay kabul gördüğünden, hastalar uykusuzluklarını depresyondan çok ağrıya bağlarlar. Ağrı, depresyon ve uyku-

szluk döngüsünü kırmakta trisiklik antidepressanlar oldukça etkili bulunmuştur. Depresif kişilerde merkezi monoamin düzeylerinde bozukluklar vardır. Bunlardan serotonin, azlığında depresyon görülebildiği gibi, varlığında endorfinlerin etkisini arttırmakta, norepinefrin ise azaltmaktadır (12). Antidepressanlar MSS'indeki biyoaktif monoaminlerin seviyelerini etkilemektedirler. Antidepressanlar, sinaptik aralıkta serotonin düzeyinde artmaya neden olarak ağrının algılanmasına engel olurlar (1). Amitriptilin direk analjezik etkisi en güçlü olan antidepressandır. Amitriptilinin kronik ağrı tedavisindeki kullanım dozu: Başlangıçta 25 mg/gün, ilerde 50-75 mg/gün şeklindedir. Doz hastanın durumuna göre ayarlanabilmektedir. Beraberinde depresif belirtiler de varsa doz 150-200 mg/güne çıkılabilir (6).

EGZERSİZ

Kronik ağrıya neden olan kas iskelet sistemi bozukluklarında fizik tedavinin önemli bir yeri vardır. Bu yöntemle, yumuşak doku yapıları onarılır, işlevsel bozukluk düzeltilmekte ve ağrı giderilebilmektedir. Terapötik egzersizlerin uygulamasıyla: Güzel bir vücut algısının geliştirilmesine, düzgün koordine ve etkili devamlı bir hareketin sağlanabilmesine, fizik hareketlerin yapılabilmesi için gerekli kas gücünün kazanılmasına, normal sınırlar içinde mümkün olan esnekliğin kazandırılmasına çalışılır. Yumuşak doku ağrıları içinse daha çok germe egzersizleri yaptırılır (13).

Egzersizlerin hastaya öğretilmesiyle de ağrının devamlı bir şekilde giderilmesi sağlanabilir. Isı terapisi ve masaj da hastanın kendini iyi hissetmesine yardımcı olur. Fizik egzersizin önemli bir katkısı da terapist ve hasta arasında iyi bir iletişim sağlamasıdır. Herhangi bir fizik egzersiz tedavi programının başarılı olabilmesi için, uygun hastanın seçilmesi, amaçların çok iyi belirlenmesi, kişiye göre ayarlama yapılması, sürenin normal sınırlarda tutulması ve hastanın bu konuda çok iyi motive edilmiş olması gerekmektedir (11).

DAVRANIŞAL VE BİLİŞSEL YAKLAŞIM

Ağrılı duyuya tepkisel cevap dört basamakta oluşmaktadır. 1) Ağrılı duyuya tepkisel cevap, ağrının giderek daha kötü olacağı düşüncesini doğurması. 2) Tepkisel anksiyeteye ve sınırlılığa neden olması. 3) Sempatik aktivasyonla bedensel tepkilere ve kas kasılmalarına neden olması. 4) Ağrılı duyunun, çekilme davranışlarına, vücudun ağrıyan kısmının tanınmasına, suratın asılmasına, ağlamaya neden olması.

Bu karmaşık tepkiler ağrılı duyuya normal yanıtlardır. Ancak ağrının devamlı olduğu durumlarda, çevrenin bir çok durumu ağrı uyaranı haline gelmektedir (10). Sık rastlanan bir diğer, koşullu uyaran da havadır. Ağrılı duyunun soğuk ve nemli havada algılanması, giderek her soğuk nemli günün tepkisel olarak ağrıyı oluşturmasına neden olabilmektedir. Ağrılı uyaran oluşmasındaki bu koşullama, kişi, yer, durum ve çeşitli aktiviteler için geçerli olabilmektedir. Sonuçta, kişi ağrı oluşturduğuna inandığı her olgudan kaçınır hale gelebilmektedir. Böylece ağrılı davranışlarında, fabilerde olduğu gibi bir gelişme sırası takip ettiği söylenebilir. Aslında ağrı "Kaçma ya da Dövüşme" sendromuna neden olan özgün durumlardan sadece birisidir.

Kronik ağrılı hasta zamanla tüm stresörlere ağrı ile cevap verdiğinden, tedavide şöyle bir yol izlemek doğru olacaktır: Anksiyeteyi azaltmak için relaksasyon, sorunların çözümünde hüner geliştirilmesinin öğretilmesi, sorumluluğun dağıtılması, bilişsel olarak durumların tekrar değerlendirilmesi, iticiliğin geliştirilmesi. Tüm bu bilişsel ve davranışsal yöntemlerden, kronik ağrılı hastaların tedavisinde yararlanılabilmektedir (5).

PSİKOTERAPİ

Ağrının kişilikle ilgili, psikodinamik açıdan ele alınabilecek karmaşık bir görünümü vardır. Cinsellik, saldırganlık ve bağımlılık gereksinimleri ağrı ile engellenebilir ya da tatmin edilebilir. Kronik ağrılı hasta sıklıkla, mazohistik davranış paterni gösterir. Ağrı, diğer insanlarla olan pasif-agresif yüklenmenin verdiği ıstırabın giderilmesi için gerekli olabilir. Sürekli bir ağrı, dikkat çekme isteğini belirtiyor olabilir. Ağrıya eğilimli bireylerde üst benlik problemleri kendilerini, aşırı suçluluk ve başışlanma ihtiyacı şeklinde gösterir. Engel ağrısı tüm düzenini olumlu yönde etkileyen, işinde başarılı olmasını sağlayan bir hastanın esas problemini tedavi ettiğinde, hastanın çalışmalarının oldukça bozulduğunu gördüğünü belirtmiştir (8). Bu vaka, ağrının suçluluğu azaltmakta nasıl kullanıldığını, başarının nasıl yüksek seviyelere çıkarılabildiğine çok iyi bir örnektir.

Pilowsky de anne babanın ağrıyı çocuklarına acımasız ve boyun eğmez süper egonun bir formu olarak verdiğini, bunun kronik suçluluk duygusu ve düşük özdeğerle birlikte olduğunu, ağrının suçun cezasını çekmek anlamını taşıdığını ve böylece gerilimi azalttığını söylemektedir. Klinik bilgilerde, kronik ağrının karışık bir süper ego gelişimiyle birlikte olduğu fikrini desteklemektedir. Bir çok kronik ağrı hastası travmatik bir çocukluk geçirmiş ve ağır hasta ya da yetersiz bir aile bireyiyle birlikte büyümüştür.

Psikoanalitik görüş, kronik ağrının psikolojisini açıklar ve psikoterapiyle yardımcı olmaya çalışır. Kronik ağrı sendromunda, psikoterapiden sekonder kazançların değişimi ve desteklemenin birlikte uygulanmasıyla iyi sonuçlar alınabilmektedir. Merskey ve Aronoff, etiyolojiye önem vermeksizin hastadaki ağrı gerçeğinin tedavisinin gerektiğini savunurlar (15). Sarno'nun terapötik programında ise rehabilitasyonla birlikte bireysel psikoterapinin uygulanması önerilir (17). Bu programda psikoterapi eleştiricidir, duyguların kabulüne ve gösterimine yönlendirir, stresle başa çıkmayı öğretir.

Bireysel psikoterapide, hastayla terapötik uyum sağlamak, ağrıyla mücadelesinde empati kurmak gereklidir. Kronik ağrı, eşlik eden depresif reaksiyonla birlikte ele alınmalıdır. Hastanın duygularına yönelimi kontrol edilmeli, bu yaklaşım hastaya da benimsetilmelidir. Böylece hasta davranış ve tutumları konusunda daha kolay içgörü kazanabilecek ve duygularını anlatmayı öğrenebilecektir.

Boston Ağrı Merkezi'nde, kronik ağrısı olan hastalar için üç ayrı psikoterapi grubu düzenlenmiştir. Birinci grupta duyguları serbest bırakma, ikinci grupta çatışmanın tanımlanması, üçüncüsünde de öğrenme konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Tüm gruplarda direkt yüzleştirici yaklaşımın kullanıldığı, somatizasyon, inkar, yansıtma gibi savunma düzeneklerini kullanan hastalarda bu grupların oldukça yararlı olduğu bildirilmektedir.

Kronik ağrılı hastada hiçbir psikoterapötik yaklaşım tek başına yararlı olamamaktadır. Bu nedenle, ağrı davranışının değiştirilebileceği, davranışçı ve psikoterapötik yöntemlerin birlikte uygulandığı bir ortam kronik ağrılı hastalar için en iyisi olacaktır.

Kronik ağrı tedavisinde, psikoterapötik yaklaşımın diğer tedavi yöntemlerinin etkisini arttırıcı bir rolü olduğu düşünülmektedir. Tedavi yaklaşımlarından hiçbirisinin tek başına yeterli olmayacağı düşünülürse, kronik ağrılı hastaların tanı ve tedavi aşamasında multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmasının ve ona göre hareket edilmesinin yararlı olacağı söylenebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Adler, R.H.: Psychotropic agents in the management of chronic pain. J. Human Stress, June, 13-37, 1978.

- 2- Barolin, G.: Headache and depression. Psychopathology 19, 165-170, Feb. 1987.
- 3- Bloomer, D.: Systemic treatment of chronic pain with antidepressants. Med. J. 28 (1): 15-21, 1980.
- 4- Bunney, W.E.: Basic and clinical studies of endorphines. Ann. Int. Med. 1979.
- 5- Cailliet, R.: Chronic pain. It is necessary? Arch. Phys. Med. Reh. 60: 4-7, 1979.
- 6- Diamond, S. and Baltes. B.J.: Chronic tension headache treated with amitriptyline. Headache, 11: 110-116, 1971.
- 7- Doleys, D.M.: Response of patients with chronic pain to exercise, Phy. Ther. 62 (8), 1982.
- 8- Engel, G.: Guilt, pain and success. Psychosom. Med. 24: 37-48, 1962.
- 9- Ertekin, C.: Nörolojide Fizyopatoloji. İzmir, 1987.
- 10- Fordyce, W.E.: Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis 1976.
- 11- Gerald, M. Aronoff.: Evaluation and treatment of chronic pain. First edition. Schwazenberg, Munich, 1985.
- 12- Hendler, N.: The anatomy and psychopharmacology of chronic pain. J. Clin. Psychiatry, 43 (8), 15-20, 1982.
- 13- Jaime, W.: Physiatic approach to chronic pain. Evaluation and treatment of chronic pain. 200-30, Munich, 1985.
- 14- Von Knorring, L.: The experience of pain in depressed patients. Neuro, Psycho, Biol. 1: 115-125, 1975.
- 15- Merskey, H.: Pain, psychological and psychiatric aspects. London, 1967.
- 16- Peter, Mc L.: Depressive symptoms in patients with chronic pain. Ann, Neuro., 14 (1), July, 1983.
- 17- Sarno, J.: Chronic pain and psychic conflict. Scand. J. Med. 8: 143-53, 1976.