

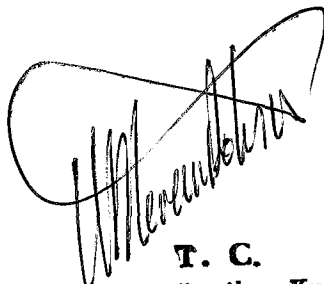
8989

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Organik Olmayan Baş Ağrısı Vak'alarının Çok Yönlü Bir Psikiyatrik Değerlendirilmesi

(Uzmanlık Tezi)

Dr. M. Kerem DOKSAT



T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İstanbul — 1990

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER-----	1
<u>TEORİK KISIM</u> -----	2-63
BAŞ AĞRISINA SEBEP OLABİLECEK ORGANİK MEKANİZMALAR ve BAŞ AĞRILARININ GENEL BİR SINIFLAMASI-----	2
AĞRI KONUSUNUN GENEL ÖZELLİKLERİ-----	3-18
Giriş-----	4
Ağrının Tanımı-----	5
Akut ve Kronik Ağrı-----	6
Ağrının Fizyolojik Fonksiyonu-----	7
Ağrının Sensoriyel, Affektif ve Davranışsal Yönleri-----	9
AĞRI KONUSUNUN PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ-----	19-42
Ağrının Psikolojisi-----	20
Baş Ağrılarında Stresin, Kişilik Özelliklerinin ve Reaksiyonların Rolü-----	31
"Psikojenik" Baş Ağrılarının Mültidimensiyonel Bir Sınıflaması-----	34
Aleksitimia Kavramı-----	38
Psikiyatrik Bozukluklarda Ağrı ve Baş Ağrısı-----	40
AĞRININ NÖROFİZYOLOJİSİ-----	43-63
Genel Özellikler-----	44
Periferik Ağrı Taşıyıcı Sistem-----	46
Transdüksiyon-----	49
Transmisyon-----	51
Modülasyon-----	59
Persepsiyon-----	61
Adale Kontraksiyonu (Gerilim) Baş Ağrılarının Mekanizması-----	62
<u>ARAŞTIRMA KISMI</u> -----	64-87
VAK'ALAR-----	64-65
AMAÇ VE YÖNTEM-----	65-68
BULGULAR-----	68-80
TARTIŞMA VE SONUÇ-----	80-86
ÖZET-----	87
<u>LİTERATÜR</u> -----	88-93

Her türlü yardım ve desteğini, akupunktür çalışmalarım için imkân ve müsaadelerini hiç esirgemeyen aziz hocam Prof. Dr. Ayhan Songar'a,

Dâima ağabeylik ve dostluk gördüğüm sayın hocam Prof. Dr. Ertaç İlkay'a,

Engin müsahası sayesinde çalışmalarımı gerçekleştirebilme imkânını bulduğum sayın hocam Prof. Dr. Engin Eker'e,

Baş ağrısı polikliniğindeki çalışmalara katılmama ve pek çok şey öğrenmeme imkân sağlayan sevgili ağabeyim Doç. Dr. Aksel Siva'ya,

Yakınlık ve işbirliğini esirgemeyen sayın Doç. Dr. Baki Cöksan'a,

Baş ağrısı polikliniği faaliyetlerine iştirakim konusunda müsaade ve yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Hayrünnisa Denkteş'a,

Gösterdiği yakınlık ve işbirliği sayesinde büyük yardımını gördüğüm sayın Doç. Dr. Serdar Erdine'ye,

Birlikte pek çok yeni çalışmalar yapabileceğimiz ümidinde olduğum sayın Doç. Dr. Işık Aydın'ya,

Bu çalışmanın belkemiğini oluşturan psikolojik testleri ve değerlendirmeleri dostâne bir gayretle gerçekleştiren Psk. Betül Yeler ve Psk. Mutlu Hacıosman'a,

Bu günlere gelmemde katkısı olan herkese,

Ve... Kaybettiğim günden beri her geçen an daha çok özlediğim, kıymetini anladığım canım babama... Prof. Dr. Recep Doksat'a

En derin şükran ve sevgi hisleriyle doluyum.

TEORİK KISIM

BAŞ AĞRISINA SEBEP OLABİLECEK ORGANİK MEKANİZMALAR (13,14)

1. İntrakraniyal arterlerde traksiyon ve dilatasyon, ekstrakraniyal arterlerde distansiyon
2. Büyük intrakraniyal venaların veya bunların içerisinde buldukları dural zarfların traksiyon veya displasmanları
3. Sensoriyel kraniyal ve spinal sinirlerin kompresyonu, traksiyonu veya enflamasyonu
4. Kraniyal ve spinal adalelerin iradî veya irade dışı spazmları ve, muhtemelen, bu adalelerin interstisyel enflamasyonları
5. Meninjeal irritasyon ve intrakraniyal basınçta artma

BAŞ AĞRILARININ GENEL BİR SINIFLAMASI (14)

Vasküler Baş Ağrısı	Adale Kontraksiyonu Baş Ağrısı	Traksiyon ve Enflamasyon Baş Ağrısı
Migren Klasik Mutat Hemiplejik Oftalmoplejik	Servikal osteoartrit	Kütle lezyonları (tü- mörler, ödem, hema- tomlar, serebral hemoraji)
Küme (histamin: cluster)	Kronik miyozit	Göz, kulak, burun, bo- ğaz, diş hastalıkları
Toksik vasküler		Arterit, filebit (kra- niyal nöraljiler)
Hipertansif	Karışık baş ağrısı	Arterit , filebit (kraniyal nöraljiler) Oklüsif vasküler has- talık

AĞRI KONUSUNUN GENEL ÖZELLİKLERİ

GİRİŞ

"Beş aylık kadar, kanı alındığında hiç bir tepki vermeyen hastanın bu hâli dikkât çekmişti. Muhtemelen, sert cisimleri çiğnemeye bağlı uzun süreli travma sonucunda, dişlerini erkenden kaybetmişti. İlk kelimelerini 13 aylıkken söylemekle beraber, 23 aya kadar desteksiz yürümeyi başaramamıştı. Ellerine şaplak atıldığında ağlamadığını fark etmişti âilesi. 15 aylıkken bir bacağında şiddetli bir yanık olmasını müteâkip, üç hafta sonra elini de çok ciddi bir şekilde yakmıştı. Her iki olayda da, hiç bir ağrı emâresi görülmemişti. Sık sık kanatacak derecede dilini veya yanağını ısırıyordu ama hiç ağlamıyordu. Bir keresinde, hiç gı-kını çıkarmaksızın, yanağından bir kurşunkalem geçirmişti.

26 aylıkken yapılan muayenesinde, ekstremitelere ağırlı uyaran verildiğinde, hiç bir huzursuzluk belirtisi görülmüyordu. Küçük kızın periferik sinirlerinin histolojik muayenesinde, ağrı intikaliyle ilgili olan küçük çaplı aksonlarda anlamlı bir azalma tespit edildi".

Fields, "Pain" isimli kitabında (1), Dyck'den nakille, bu tipik konjenital ağrı duyarsızlığı vak'asını özetledikten sonra, ağrı duyumunun önemini vurgulamıştır. Bu gibi hastaların büyük bir çoğunluğu, aldıkları yaralar, yanıklar veya muhtelif hastalıkları fark edememeleri yüzünden, erken yaşta ölmektedir. Ağrının, ne kadar nâhoş bir duyum olursa olsun, insanın sıhhati ve sağ kalması için vaz geçilmez önemini bu tek vak'a bile çok iyi göstermektedir.

Benzer tehlikeler, ağrı duyumunun ortadan kalkmasına yol açan bağka hastalıkların seyri esnasında da görölmektedir: Nöropatiler (özellikle diyabetiklerde ve sifilitiklerde) bunların başında gelir.

İnsanla, insanın var oluşuyla bu kadar yakından ilgili bir fenomen olan ağrının insanlık tarihi kadar eski bir sorun olmasına karşılık, ayrı bir bilimsel disiplin hâlinde ele alınması oldukça yenidir.

Algolojinin (ağrı-bilimin) özerk bir tıbbî disiplin olarak ortaya çıkmasını müteâkip, ilk milletlerarası ağrı kongresi Floransa'da, 1975'de toplanmıştır. Türkiye'de de, İstanbul (Çapa) Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anestezyoloji Anabilim Dalları bünyelerinde, Algoloji Uniteleri faâliyete geçmiştir. Halen dünyanın pek çok ülkesinde, Türkiye de dahil olmak üzere, 200'den fazla ağrı kliniği mevcuttur (2).

AĞRININ TARİFİ

Ağrıyı tanımayan hemen hiç kimse yoktur; sadece, yukarıda bahsettimiz gibi, çok nadir görölen konjenital ağrı duyarsızlığı vak'alarının bu hissin ne olduğunu bilmedikleri söylenebilir. Bu istisnâlar dışında, su veya bu derecede ağrı çekmemiş insan bulunmaz. Gene de, ağrının tarifini yapmak güçtür. Her şeyden önce, ağrı daima sübjektif bir yaşantıdır ve, ortaya çıkması için, mutlaka organik bir hasarın mevcudiyeti gerekmez. Rahatsız edici, nâhoş bir duyumdur. Şuuru kapalı bir insan ağrı hissetmez (genel anestezinin esas mekanizması şuurun kapatılması yoluyla ağrı hissinin ortadan kaldırılmasıdır). Şuur bozukluğunun ileri

derecelerinde, ezcümle koma hallerinde, en güvenilir kriterlerden biri de, hastanın ağırlı uyaranlara verdiği cevaptır (3).

Longman Webster English College Dictionary'in 1985 baskısında (4), İngilizce'deki ağrı anlamına gelen "pain" kelimesinin tarifi şöyle yapılmaktadır: a) Zarar görme, fizik bozukluk gibi sebeplerle ortaya çıkan temel bir vücut duyumdur ve fizik rahatsızlıklarla karakterizedir (batma, zonklama, sancıma gibi) b) Akut mental veya emosyonel distress veya istırap, elem.

Fields ağrıyı şöyle tarif ediyor (1): Ağrı, genellikle vücut dokusunu tahrip eden veya etme kapasitesinde olan süreçlerce husûle getirilen ve vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanır şekilde idrak edilen nâhoş bir duyumdur. Fields, ağrının tarifinde belli bir vücut bölgesinden kaynaklanması şartına önem vermesinin sebebinin, bu duyumu diğer "mood"lardan (hüzün, elem gibi) ayırdetmek kaygısı olduğunu da ekliyor. Sırf bu "excuse" bile, ağrının insanın ruh hâliyle ne kadar iç içe olduğunu bir ispatıdır.

AKUT VE KRONİK AĞRI

Akut ağrının organizmayı alarme edici, "dövüş veya kaç" prensibine göre uyarıcı özelliği vardır ve genel bir anksiyete sendromuyla karakterizedir. Anksiyetenin bütün periferik tezahürleri akut ağrı durumlarında görülebilir: Takikardi, arteriyel kan basıncında yükselme, midriyazis, terleme, tremor, hiperventilasyon vs...

Kronik ağrı sendromları ise 6 aydan uzun sürelidir ve akut ağrıdan oldukça farklı emosyonel, sensoriyel ve davranışsal özellikler arz ederler: Uyku bozuklukları, iritabilite, tükenme, somatik preokkupasyon, libido azalması, psikomotor yavaşlama ve inhibisyon, sosyal çekilme. Bu sendromlarda merkezî serotonin seviyelerinde azalma ve, dolayısıyla, endojen ağrı inhibitörü yollarda bozukluğun sözkonusu olduğu düşünülmektedir (5). Yeterince kronikleşen ağrı, oldukça tipik bir "anormal hastalık davranışı" tablosuna yol açar: Depressif, sıhhati hakkında aşırı derecede endişeli ve güvensiz bir ruh hali ve ağrı çeken bir insan olduğunu etrafa devamlı belli etmeye yönelik davranış biçimi (jestlerle, mimiklerle ve inlemelerle bezenmiş, dramatik ve bazen de teatral "hasta insan" rolü). Bu davranış şeklinin biçimlenmesinde sosyokültürel etkilerin rolü büyüktür (6,7). Bu konudan, daha geniş olarak, ileride bahsedilecektir.

Bâzı ağrı sendromları ise, bilhassa baş ağrıları, intermittan veya epizodik olma özelliğini gösterirler: Migren, küme (cluster), bâzı nevraljiler gibi...

AĞRININ FİZYOLOJİK FONKSİYONU

Ağrı, genellikle dokularda hasara yol açan veya açabilecek kapasitede stimuluslarla ortaya çıkarılır; böyle stimuluslara NOXIOUS stimuluslar denir (Redhouse'ın İngilizce-Türkçe Lûgati'nde, bu kelimenin karşılığı olarak "zararlı, muzır, fena, sıhhate zarar veren" ifadeleri verilmiştir; biz, terimi aynen kullanmaya düşündük (8)). Sübjektif ağrı

duyumunun yanısıra, noxious stimuluslar, hasara uğramamış dokuların korunmasına yönelik muhtelif davranışların ortaya çıkmasına yol açarlar: Kaçma, kaçınma, hareketsiz kalma (donup kalma), benzer durumlara düşmemek için dikkatli olma...

Daha önce de belirttiğimiz gibi, nâdir görülen konjenital ağrı duyarsızlığı vak'alarında, ağrının dokuları koruyucu sinyal fonksiyonu olmadığı için, çok vahim sakatlanmalar, yanıklar görülmekte ve bu kişiler erken yaşlarda ölmektedirler.

Paradoksal olarak, bâzı merkezî sinir sistemi veya periferik sinir sistemi lezyonlarında noxious stimuluslara karşı aşırı reaksiyon veya ortada böyle bir stimulus yokken bile ağrı çekme hali görülebilir: Talamik sendrom, kozalji ve bazı nöropatiler.

Özetleyecek olursak, ağrının vücudu dış ve bâzı iç tehlikelerden, dokulara zarar verici tehditlerden korumak ve kaçınmasını sağlamak üzere organizmayı uyarıcı çok önemli bir rolü vardır. Eğer bu fonksiyon aşırı azalır veya şiddetlenirse, bu durum patolojiktir. Aşağıdaki tabloda, muhtelif noxious stimuluslara karşı cevapların değişkenliğinin kaynakları özetlenmiştir (1):

Süreç	Sonuç
Ağrı transmisyonu sisteminde hasar	Ağrı şiddetinde düşme
Modülatör sistemin aktivitesi	Ağrı şiddetinde düşme
Anormal nöral aktivite	Ağrı şiddetinde artma
	Uyaransız ağrı
Bireysel psikolojik farklılıklar	Normal ağrı şiddeti; cevabın kestirilemezliği

AĞRININ SENSORİYEL, AFFEKTİF VE DAVRANIŞSAL YÖNLERİ

Yukarıda da belirttiğimiz gibi, ağrı basit-elemanter bir duyumdan ibaret değildir. Ağrının sensoriyel-diskriminatif, emosyonel-affektif ve davranışsal (behavioral) üç yönü olduğunu söyleyebiliriz. Akut ve kronik ağrı kavramlarını tartışırken, ağrının davranışsal yönünden bir miktar bahsetmiştik.

Ağrının davranışsal yönü: Teleolojik bir perspektifle bakıldığında, ağrı duyumunun organizmanın var oluşunu devam ettirmesindeki vaz geçilmezliği açıkça görülmektedir. Beyin sapındaki nükleus retikülaris gigantosellularis'in veya bunun intralaminar talamik projeksiyonlarının uyarılmasının, kaçma davranışına (escape behaviour) yol açtığı gösterilmiştir. Kaçınma (avoidance) davranışı ise fronto-prefrontal korteksin bir fonksiyonudur. Herhangi bir duyumun o birey için ifade ettiği anlamın çözülmesi ve uygun affektif cevabın verilmesinden limbik sistem sorumlu olmakla beraber, bu değerlendirmenin gerçekleştirilmesi için gerekli karşılaştırmalar da temporal neokortekste yapılmaktadır. Ayrıca, her türlü davranışın gerçekleştirilmesinde, assendan ve dessendan nöral yolların sağlam olması gereklidir. İşte, bu son derece karmaşık ve entegre sistemin herhangi bir kısmında veya kısımlarında ortaya çıkabilecek deviasyonlar, muhtelif klinik davranış bozukluklarına yol açacaktır.

Kaçınma, ovunma, korunma, jest ve mimikler gibi nispeten elemanter davranışların yanısıra, çok daha karmaşık ağrı davranışlarının varlığından da söz edilebilir: Tıbbi yardım isteme, analjeziklere sarılma, seks-

ten uzak durma, işe gitmeyip evde kalma gibi... Muhtelif ağrılar, özellikle baş ağrıları yüzünden, her sene, dünyanın her yerinde muazzam boyutlarda iş kaybı olmakta ve bu da önemli bir ekonomik problem teşkil etmektedir.

Ağrı duyumunun oluşması konusundaki klasik klinisyen yaklaşımını şöyle özetleyebiliriz: Ya nosiseptörlerin aktivasyonu, ya merkezi ağrı yollarında bir nöral disfonksiyonla, ya da psikolojik bir anormallikle ağrı hafızası canlanmakta veya bir ağrı hallüsinasyonu ortaya çıkmaktadır. Halbuki, öğrenme teorisyenleri konuya çok daha farklı bir açıdan yaklaşmaktadırlar. Her ne kadar bireyin kendi içerisindeki süreçlerin ağrıya sübjektif olarak yol açacağını kabûl ediyorlarsa da, daha ziyade, ağrı davranışlarının üzerinde durmaktadırlar. Bu davranışların çok daha objektif olduğunu ve şahsın dışındaki sebeplerden de etkilenebildiğini vurgularlar. Sübjektif ağrının aksine, ağrı davranışları nötraldir (ağrı duyumu ise, târif üzere, nâhoştur). Esas anlamlı olan, ağrı davranışının sonuçlarıdır. Muhitf faktörlerin özelliklerine göre, ağrı davranışları ödüllendirilmeye veya cezalandırılmaya yol açabilir. Yâni, bazı şartlar altında, ağrı davranışlarının takviyelenmesi (reinforcement) o derece güçlü olabilir ki, bunları ilk bağlatan noxious somatik stimulus ortadan kalksa dahi, bu davranışlar sürdürülmeye devam edilebilir (9).

Ağrı davranışlarını başlıca iki ana grupta toplamak mümkündür: Değıştan gelenler ve öğrenilenler. Kaçma, inleme, çığlık atma, bâzı yüz ifadeleri ve otonomik tepkiler gibi davranışlar birinci gruptadır. Daha kompleks ve teferruatlı davranışlar ise, tâ ilk çocukluk yıllarından itibaren öğrenilirler. Bu öğrenme sürecinde taklit kadar önemli bir yol da, belli davranışların mükâfatlandırılması, diğer bâzı davranışların ise cezalandırılmasının öğrenilmesidir. Düşüp de bir yerini inciten çocuk, annesinden şefkat ve ilgi görecektir. Bu sâyede, yapmaktan hiç hoşlanmadığı ama mecburen katlandığı bâzı işlerden de kurtulabildiğini fark edecektir: "Haydi bu gün dinlen, okula gitme" veya "sen istirahat et, bu laşıkları ben yıkarım"... Aksine, ufak bir çizik veya sıyrıktan dolayı aşırı yaygara kopardığında azarlanacak, hattâ, bir şeylerden mahrum bırakılmak suretiyle cezalandırılacaktır. Bu şekilde, ilerleyen seneler boyunca, hangi durumlarda nasıl davranılacağı "öğrenilmiş" olacaktır. Önemli bir nokta, bu davranışların zaman içinde tekrar değişebileceğidir.

Öğrenme teorinde^{si} haz-elem değil, takviye (reinforcement) ehemmiyetlidir. Kronik ağrısı olan bir kimse, kronik ağrısı olan bir kimse gibi davranan bir kimsedir ve ağrının somatojenik mi, nörojenik mi yoksa psikojenik mi olduğunun önemi yoktur. Eğer şu veya bu şekilde hasta takviye edilirse, analjezikler almaya, yatakta yatıp ağrıdan şikâyet etmeye devam edecektir. Eğer bu ağrı davranışları ödüllendirilmezse veya bunları yapmamak ödüllendirilirse, kronik ağrı hastası, kronik ağrı hastası olarak davranmaktan vaz geçecektir.

Burada bahsedilen ödüllendirme ve cezalandırma kavramlarının iyi değerlendirilmesi çok önemlidir. Meselâ, poposuna vurmak suretiyle döverek cezalandırma, acı verici bir yöntem olduğundan dolayı, pek çok çocuk için caydırıcı bir yöntem olmasına rağmen, bazı çocuklarda bu dayanın işe yaramadığı, hattâ ters teptiği görülür. Halk içinde "dayak delisi" tâbir edilen çocukların (hattâ yetişkinlerin) ekserisi bu gruptadır. Çünkü, bu çocuklar için, bu eylem cinsel bir anlam taşıdığından dolayı veya ilgi görebilmenin tek yolunu oluşturduğundan dolayı, caydırıcı değil, tam aksine, takviye edici tesire sahiptir (positive reinforcement). Atılan her dayak, çocuğun yaramazlığının daha da pekişmesine yol açacak, babası veya annesi bu durumu düzeltmek için daha çok dayaya baş vurdukça da, tam bir fâsit dâire teşekkül edecektir.

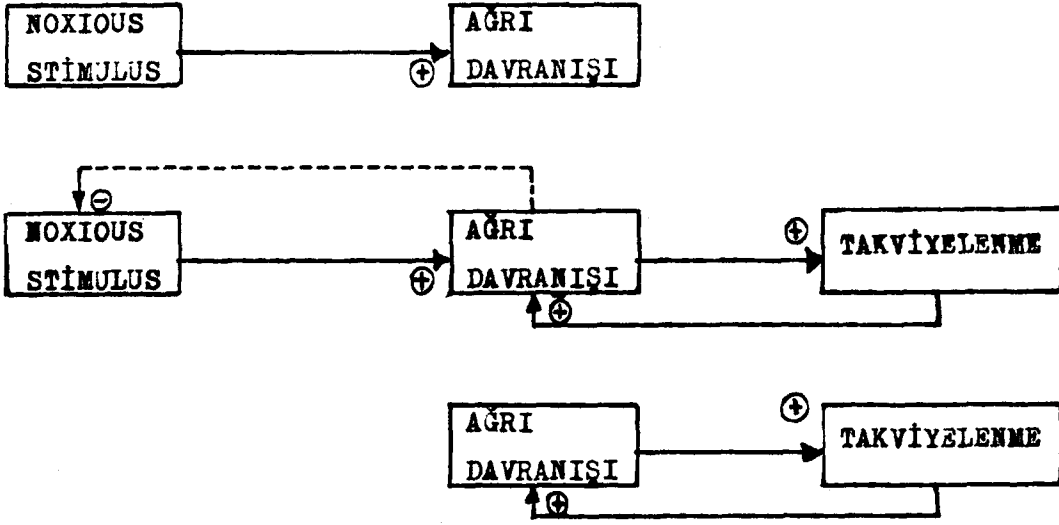
Her ne kadar öğrenme teorisinin bazı hakikatleri göz ardı ettiği, en azından önemsemediği aşıkârsa da, davranışların değerlendirilmesinde çok yönlü yaklaşımın önemini bize göstermesi açısından, ağrılı hastaya yaklaşımda büyük katkıları olduğu inkâr edilemez. Meselâ, ağrısı nedeniyle yataktan çıkamayan ve işine gidemeyen bir kronik ağrı hastasının durumunun değerlendirilip, tedavisinin plânlanmasında iş ilişkilerinden tutun da, eşinin tutumuna kadar pek çok etkenin göz önüne alınıp, bunların ne tip "inforcement"a yol açtığıнын tespit edilmesi gereğini bize öğrenme teorisi telkin etmektedir.

Fordyce'e göre (9), belli bir ağrı davranışı, meselâ bir grimas veya

inleme, nosiseptif girdilere (input) bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi, takviye edildiği için de yapılıyor olabilir. Gerçekte de, belli bir zamanda, hem nosiseptör aktivitesi hem de takviyelenme belli bir ağrı davranışının ortaya çıkmasına yol açabilir. Meselâ, başı ağrıdığı için evde kalan bir insanın bu durumunda hem nosiseptif etkiler (ağrı şiddeti) hem de evde kalmanın kişiler arası sonuçları rol oynar. Aynı şekilde, ağrı kesici bir ilâç alma kararının verilmesinde ağrının şiddeti, ilâcın ödüllendirici (hoş a gidici) veya kaındırıcı tesirleri de (öfori, sedasyon, bulantı-kusma gibi) rol oynar. Hatta, ilâç alma davranışı dahi, ağrıyı geçirdiği için (negative reinforcement) veya öforizan etkisi olduğu için (pozitive reinforcement) takviyelenebilir.

Ağrı şikâyeti olan bir kişiyi değerlendirirken, onun ağrı davranışının şekillenmesinde rolü olabilecek bütün noxious ve muhitî takviyecilerin dikkate alınması gerekir. Şekil-1'de ağrı davranışının takviyelenmesindeki muhtelif incelikler, Table-1'de ise tipik ağrı davranışları, mutlak takviyeciler ve muhtelif predispozisyon faktörlerinden örnekler özetlenmiştir (9).

Bu şekil ve tabloda da görüleceği üzere, muhtelif faktörler ağrı davranışlarının şekillenmesinde rol oynayabilmektedir. Özellikle terbiye ve görgünün rolü büyüktür. İnleme, "oflayıp peflama", muhtelif ağrıları için ikide bir doktorlara taşınıp avuç avuç ilâç içme gibi ağrı davranışları özellikle Anadolu'muzda ve kadınlar arasında çok yaygındır. Annesinin,



Sekil-1: Ağrı davranışının takviyelenmesi. **Üstte:** Noxious stimulus bir ağrı davranışına yol açıyor (msl. istirahat etme). **Ortada:** Noxious stimulus, iki yolla takviyelenen bir ağrı davranışına yol açıyor: birinci olarak ağrı azalıyor, ikinci olarak da, istirahat sayesinde, hastanın nâhoş işlerden veya durumlardan kaçınmasına imkân sağlıyor. Noxious bir stimulusun mütamadî mevcudiyetinden ziyade, takviyelenme sonucunda ortaya çıktığı ölçüde, istirahat etmek öğrenilmiş bir ağrı davranışdır. **Alta:** Herhangi bir noxious stimulus mevcut değil. Ağrı davranışı sadece nâhoş işlerden veya durumlardan kaçınmak için sürdürülüyor.

AĞRI DAVRANIŞI	TAKVİYELENNME TARZI	MUHTEMEL RİSK FAKTÖRLERİ
Ağrı yakınmaları, inleme, gözyaşları	dikkat, terbiye	hostil veya umursamaz eş
Tıbbî konsültasyonlar	ağrının giderilmesi, psikoaktif ilâçlar, dikkat, terbiye, mu-teber hasta rolü	depresyon, hipokondria-zis, yalnızlık, ilâç su-istimali
İlâç alınması veya alkol	öfori, analjezi, anksiyetenin rahatlatıl-ması	"trait" anksiyete, daha önceden ilâç veya alkol suistimali
Kompansasyon, malûliyet	para	düşük gelir, fakirlik
İstirahat, inaktivite	ağrıdan kurtulma, nâhoş iş veya kişiler arası sorumluluklar-dan kaçınma	öz-saygının düşüklüğü, işinden memnun olmama

Tablo-1: Ağrı Davranışında Tesiri olan Takviyeciler ve Muhitî Faktörler

anneannesinin, komşusunun, velhâsıl etraftaki hemen bütün kadınların âdeta iftiharla ağrılarını anlatmalarına ve muhtelif ağrı davranışlarını uygulamaya devam etmelerine şahit olarak büyüyen çocukta da, öğrenilme yoluyla, aynı davranış tarzının ortaya çıkması kaçınılmazdır.

Vücut lisani konusu, Julius Fast'ın 1971'de yayınlanan meşhur "Body Language" kitabından beri, hem psikolojinin hem de psikiyatrinin önemle ilgilendiği bir konu olmaya devam etmektedir. Hem non-verbal her türlü ifade ve davranış (grimaslar, jestler, mimikler, oturuş veya yürüyüş tarzı vs.) hem de konuşma tarzı (sesin tonu, yüksekliği, sert veya yumuşak tavır vs.) bu kavram altında incelenmektedir. "Paralanguage" (yan-lisan diye tercüme edilebilir) terimiyle de, konuşmanın muhtevasıyla değil de, üslûbuyla anlatılanlar kastedilir. Ağrı, ezcümle baş ağrısı şikâyetiyle müracaat eden hastaların ağrılarını ifade etme tarzları ve davranışlarına dikkat edilmek suretiyle, belki de anlattıklarından çok daha fazla bilgi alınabileceği bir gerçektir. Meselâ, ağır depresyonu olan bir hastanın "omega melankolikasını", ses tonunun düşüklüğü ve kerhen konuşur hâli, dört başı mamur bir histerikin teatral, tatlı lâkayt ve -âdeta- müftehir tavrından çok farklıdır; halbuki, pek muhtemelen, her iki hasta da gerilim tipi baş ağrıları tarif etmektedirler. Vücut lisani konusuna yeterince önem verilmesi, tam bir psikiyatrik evaluasyon yapılabilmesi açısından, şarttır (10,11,12).

Ağrının sensoriyel-diskriminatif yönü: Sadece bu açıdan bakıldığında, ağrının diğer duyumlarla pek çok ortak özelliği olduğu görülecektir: Oldukça spesifik reseptörleri, bu reseptörleri aktive eden gösterilebilir, yeri tespit edilebilir ve şiddeti ayarlanabilir uyarınları vardır.

Ağrının emosyonel-affektif yönü: Ağrının idrak edilmesiyle birlikte, kaçma ve/veya kaçınma davranışları görülür. Bu davranış ağrının şiddeti ile alakalıdır ama bundan ibaret değildir. Ağrıyı klinik pratikte önemli kılan şey, onun nâhoşluğudur. Eğer bir duyum nâhoş değilse, ona ağrı denmez. Nitekim, normal bir insan için çok ağrı verici sayılabilecek stimuluslar, bir mazoşist için hoş ve zevk verici duyumlara yol açabilir.

Ağrı eşiği ve ağrı toleransı kavramlarının burada vurgulanması gerekmektedir. Ağrı eşiği bir şahsın ağrı duyduğu minimal noxious stimulus şiddetini ifade eder. Farklı şahıslarda ve aynı bireyde değişik zamanlarda oldukça sabittir (1,13,14). Ağrı toleransı ise hem şahıstan şahısa, hem de aynı şahısta zamandan zamana büyük farklılıklar gösterir. Sâbit bir noxious stimulusa karşı bireyin tahammül gücünü ifade eder. Bu iki kavramın farkına bir örnek, bazı kişilerin dişçi koltuğunda çok rahat oturmalarına karşılık, bazılarının anestezişiz en ufak bir işleme dahi tahammül edememeleridir. Hafif bir baş ağrısı sıhhatli bir insan için önemsiz bir yorgunluk alâmetinden ibaretken, bir hipokondriak için beyin tümörü semptomu, bir şizofren için cinlerin kafasına girmek için yaptıkları "operasyonun" bir belirtisidir. Bu üç durumda da hafif bir baş ağ-

rısı söz konusudur (eşik, kabaca, aynıdır) ama toleransta büyük farklar görülecektir: Sıhhatli insanlar basit bir analjezik olarak, hattâ buna bile gerek görmeksizin olayı geçiştirirken, hipokondriak soluğu doktorunda alacak, şizofren ise majik-dereistik-otistik dünyası içinde soruna çözüm bulmak için çabalamaya başlayıp, başkalarına çok garip gelecek hareketler yapacaktır.

Türk ve Kens'in çalışmalarında (15) ağrı eşiği ve toleransının farkı çok iyi ortaya konmuştur. Deneklere bir ellerini buzlu suya koymaları ve tahammül edebilecekleri sınıra kadar orada tutmaları (âzamî 5 dakika) söylenmiştir. Ağrı eşiği deneklerin sübjektif ifadelerine göre de tespit edilmiştir. Bütün denekler, ellerini suya soktuktan 30 saniye sonra kat'f olarak ağrı hissi tarif etmişlerdir. Deneklerin %60'ı ellerini 5 dakikalık üst sınırın sonuna kadar suda tutabilmişler, %40'ı ise 1 dakika veya daha altında sürede çıkarmışlardır. İkinci gruptakiler, ellerinde irreversible harâbiyet meydana gelmesinden korktuklarını ifade etmişlerdir.

Ağrının idrak edilmesinde kişiliğin, içinde bulunulan psişik hâlin ve çevre şartlarının oynadığı bu önemli role istinâden, kognitif-davranışçı yöntemler ağrı tedavisinde de yerini almaya başlamıştır. Bunlardan, ileride bahsedilmiştir.

Ağrının sensoriyel-diskriminatif ve emosyonel-affektif yönlerinin farkları Tablo-2'de özetlenmiştir (Fields'den değiştirilerek (1)).

Bütün bunlar, ağrı fenomeninin sensoriyel, affektif ve davranışsal yönleriyle birlikte, son derece kompleks bir yapısı olduğunu gösterir.

SENSORİYEL-DİSKRİMİNATİF**AFFEKTİF-EMOSYONEL****Şiddet****Nâhoşluk****Ağrı eşiği/deteksiyon****Kaçma eşiği/tolerans****İdentifikasyon/lokalizasyon****Reaksiyon****Tekrar hâsıl edilebilir****Değişken****Tablo-2: Ağrının sensoriyel ve affektif özellikleri**

AĞRI KONUSUNUN PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ



AĞRININ PSİKOLOJİSİ

Engel (16), ağrının kişiler için taşıdığı anlamları şöyle gruplandırır:

1. Ağrı, bedene bir zarar gelmesi veya bir kaybın ortaya çıkması tehdidine 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, bâzı modifikasyonlara uğramakla birlikte, yetişkinlikte de sürer (bu fikrin, öğrenme teorisine de uygunluğu dikkat çekicidir).

3. Ağrı ve ceza kavramları ilginç bir kavramsal ve semantik beraberlik arz eder. Meselâ, pek çok lisanda, ağrı ve ceza kelimeleri aynı köklerden gelir: İngilizce'deki "pain" ve "penalty" kelimelerinin Grekçe "poiné"den gelmesi gibi (4,17). Havva'nın işlediği günah yüzünden çocuklarını ağrıyla doğurma cezasına çarptırılması, bu dünyada acı çekenin öbür dünyada cennete gideceği gibi pek çok dinde ve mistisizmde görülen inançların temelinde de, pozitif veya negatif anlamda, ağrı ve ceza kavramlarının bu yakınlığını görmek mümkündür.

4. Ağrı hissi agresyon ve güçle doğrudan ilişkilidir. Ağrı çekilmesi de, bu bağlamda, gücün sembolüdür. Başkalarına acı verebilen ve onları korkutabilen insanlar güçlü kişilerdir.

5. Hakiki veya muhayyel sevgi objesi kaybı dâima ağrıyla (acı çekmey-

le, ıstırapla) birlikte dir. Sevilen bir kimsenin veya nesnenin kaybının hayâl edilmesi bile insana "acı" verir.

6. Cinsel uyarılma, bilhassa orgazm, çoğu zaman ağrıyla iç içedir. Ağrıyla cinsellik arasındaki bu yakınlık aşırıya kaçtığında, ortaya sado-mazoşizm çıkar.

Bâzı insanlarda, yukarıda anlatılan mekanizmalardan birinin veya birkaçının faâliyete geçmesi yüzünden, bir ağrıya yatkınlık durumu meydana gelir. Çevreyle ilişki kurabilmenin "acı çeken insan" imajından geçtiği şeklindeki şartlanmanın etkisiyle, suurlu suçluluk duygularının bir cezası şeklinde, obje kaybı tehdidinin tesiriyle veya agressif yahut yasadışı cinsel dürtülerin, arzuların bastırılması sonucu kişide ağrı hissi aktive olabilir.

Penman (18), "Eski bir dost olarak ağrı" başlıklı yazısında, trijeminel nöraljilerinin başarıyla tedavi edilmesini müteâkip, bâzı hastaların mutsuzluklarının nasıl arttığını anlatmıştır. Burada da görüleceği gibi, ister organik isterse psişik menşeli olsun, bâzı insanlar için ağrı bir var oluş biçimi, bir yaşama tarzıdır. Bu hayat tarzının şekillenmesinde de öğrenmenin önemi büyüktür.

Ağrının günlük hayatımızdaki inkâr edilemez yeri ve emosyonel-affektif yönünün izlerini pek çok ifade de görmek mümkündür: "O kadar sıklıkla ki, başıma ağrılar girdi", "o adam tam bir karın ağrısıdır", "dik-kat edelim de, sonradan başımız ağrmasın", "onu kaybettiğimden beri büyük acı çekiyorum" vs...

Ağır depresyonu olan kişilerin çektiği ruhi ıstırapın her türlü fizik acıdan daha müthiş olduğu söylenir. Bu gibi vak'aların tedavilerinde çok dikkat edilmesi gereken bir husus vardır bu ruhi acıyla ilgili olan: Ağır adinamisi ve enerjisi yüzünden kıpındayamayan melânkolik, ilâçların tesiriyle biraz revitalize olur olmaz, ıstırabından kurtulabilmek için kendini öldürür. Bu ıstırap ve süsüd arzusu, bâzı vak'alarda, inanılmaz şiddette olabilmektedir (19).

Kronik ağrı hastalarında standardize edilmiş anketlerle yapılan araştırmalarda, bu grup hastaların kendilerine has psikolojik özelliklere sahip oldukları ortaya konmuştur. Bu çalışmaların ekserisinde Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) kullanılmıştır. Her ne kadar, MMPI'daki suâllerin çoğu çarpıntı, başta hafiflik hissi gibi hem emosyonel hem de organik sebeplere bağlı olabilecek somatik semptomları sorguladığı için bu çalışmalar tenkit edilmişse de, bu mahzurların bertaraf edilmesine gayret edildiği araştırmalarda da benzer bulgular tespit edilince, bulguların güvenilirliği artmıştır: Kronik ağrı hastalarında MMPI'da histeri, depresyon ve hipokondriasis skalaları yüksek bulunmaktadır ve bu sonuçlar ağrının tipiyle veya tespit edildiği bölgeyle (bel, baş gibi) büyük farklar göstermemektedir (20,21,22).

Buraya kadar anlatılanları, anahatlar hâlinde, şöyle özetleyebiliriz:

1. Ağrı spesifik ve elemanter bir duyumdan ibaret değildir;
2. Ağrı idrakı ve yaşantısında psişik faktörlerin büyük tesiri vardır;
3. Ağrı, sâf psişik menşeli bir semptom olarak karşımıza çıkabileceği gibi, organojenik bir ağrının algılanmasında da psişik etkiler çok büyük olabilir.

Ağrı idrakı ve yaşantısında ruhi faktörlerin öneminin en tipik ve çarpıcı örneği hipno-analjezi veya hipno-anestezi'dir. Yeterli derinlikte trans temin edilebilen süjelerde, hipnotik telkinle, ameliyat yapılmasını mümkün kılabilen güçte analjezi-anestezi ortaya çıkarılabilmektedir. Bu tip analjezi opiat antagonistleriyle geri çevrilememektedir; halbuki, akupunktür analjezisi ve benzeri "kontrirritasyon" yöntemleri ile hâsıl edilen analjezi hâlleri bunlarla geri çevrilmektedir (23). Ayrıca, hipnotik telkinle kortikal uyandırılmış potansiyellerde anlamlı değişiklikler tespit edilebilmektedir. Kanseri ağrılarında dahi, grup tedavisi veya hipnozla büyük rahatlamalar temin edilebilmesi mümkündür. Tam aksine, bir kalem ucuyla basitçe dokunulmasının, müthiş ıstırap verici bir travma olarak algılatılması da mümkündür (23,24,25,26,27,28, 29,30,31,32,33,34,35,36,37).

Hipnoz seansları sırasında meydana gelen fenomenler, bu konuyu sadece kulaktan dolma veya teorik bilgilere dayanarak değerlendirenlerin inanamayacakları kadar ilginç ve renkli olabilmektedir. Ortada hiç bir noxious stimulus yokken, sırf hipnotizör öyle telkin ettiği için, süjenin hipnoz esnasında veya sonrasında, dayanılmaz ağrılar çekmesi mümkündür. Tamamıyla telkinle ortaya çıkarılan (ve ortadan kaldırılabilen) ama süjenin hiç bir şüpheye mahâl bırakmaz şekilde yaşadığı bu ağrı psikoloji (psikojenik ağrı) değil de nedir? Hipnotik telkin söz konusu olmasa da, benzer intrapsişik mekanizmalarla, bir ağrı "hallüsinasyonu" ortaya çıkamaz mı?

Bilindiği gibi, Freud psikanaliz nazariyesinin ilhâmını hipnozla ilgili gözlemlerinden almıştır (24,38,39). Amnezi husûle gelecek derecede derin transa sokulabilen sùjelerde, verilen post-hipnotik telkinler tam bir sadakâtle yerine getirilmekte fakat, sùje bunları neden yaptığını kesinlikle hatırlamayıp, rasyonalizasyona başvurmaktadır. Meselâ, trans-taki sùjeye "yarın beni öğle saatinde mutlaka arayacaksınız ama bunu size benim söylediğimi hatırlamayacaksınız" dendiğinde, ertesi gün o saatte mutlaka arar. Ne için aradığı sorulursa da özlediğini, merak ettiğini, bir şey sormak istediğini vs. söyler ama kendisine verilmiş olan direktifi hatırlamaz. Bunları müşahade eden Freud, bizim şuurumuz dışında işleyen ve hareketlerimize yön veren bir ruh dünyamızın da olması gerektiğini düşünmüştür. Bu dünyaya ulaşabilmek için de, hipnozun klinik uygulanmasındaki pratik güçlükleri dikkate alarak, daha kolay tatbik edilebileceği düşüncesiyle, serbest çağrışım ve rüyaların analizi yöntemlerini geliştirmiştir.

Günümüzde, bir tedavi yöntemi olarak psikanalizin geçerlilik ve güvenilirliği çok tartışılır olmakla birlikte, bir düşünce sistemi olarak psikiyatriye ve psikolojiye çok şey kazandırdığı bir hakikattir. Artık, şuur dışına itilen muhtevânın, kılık değiştirmek suretiyle, çok farklı çehrelerle tekrar satha çıktığını ve bu işin mekanizmalarını biliyoruz.

Aynı şekilde, şuurdışı muhtevâsı, ağırlı "kılığında" ortaya çıkamaz mı?

Nitekim, Freud da, müşahade ettiği iki vak'a münasebetiyle, ağrının psikolojisiyle ilgilenmiştir (40). Bunlardan birincisi, kardeşinin an-kiloze olan kolunun açılması sırasında çıkan çatırtıyı duyunca hastanın duyduğu şiddetli sancının Freud'u şaşırtması, diğeri de kız kardeşinin kocasına âşık olan ve bu sevgisini dile getiremeyen bir genç kızın du-dak ve ağız çevresinde hissettiği şiddetli ağrının gerçek psikolojik sebebinin öğrenilmesidir.

Freud'a göre ağrı aşağıdaki özellikleri gösteren bir fenomen idi:

1. Ağrı basit bir konversiyon semptomudur,
2. Nâhoş duyular ve affekt, bedeni bir ağrı şeklinde değiştirilmiştir,
3. Ağrının yeri ve şiddeti, organın zedelenmesinden çok, geçmişteki sıkıntı verici olaylarla ilgilidir,
4. Ağrının her zaman sembolik bir anlamı ve ifadesi vardır,
5. Ağrı çoğunlukla soya çekici vasıftadır, bütün fertleri ağrıdan şikâyet eden âileler vardır,
6. Her ağrının temelinde organik bir sebep vardır, bu bir lezyon olabildiği gibi, bir adale gerginliği de olabilir,
7. Konfli, suçluluk hissi ve kişinin kendine küskün oluşu ağrı husûle getirici vasıfta değildir.

Freud, hiç bir ağrı kaynağı olmaksızın da ağrı husûle gelebileceğini göstermiş ve fizik ağrıda ağrının duyulduğu yerde bir "narsissistik kateksis" oluştuğunu ve bunun psikolojik bir diversiyona uğratıldığını, mental ağrıda ise "obje kateksisinden" bahsedilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Freud'un bu fikirlerinin hepsine katılmak zordur ama, psikanalizin yaratıcısının bu konu üzerinde de, kendi mantığı içinde, ne derece dur-

duğunun tespiti mânîdardır.

Cinsel mazoşizmi olan kişilerde ağrının rolü ilginçtir. Böyle insanlara durduk yerde acı verici bir uyarın tatbik ederseniz şiddetli ağrı duyar ve kaçma/kaçınma davranışlarını (her normal insan gibi) gösterirler ama, aynı ağrılı uyarana cinsel faaliyet esnasında mâruz kaldıklarında, büyük zevkler duyarlar. Gerek insanda gerekse hayvanda cinsel birleşme sırasında duyulan ağrının kortekse ulaşmadığı ve bir inhibisyona uğratıldığı görüşü hâkimdir. Bu görüş, cinsel birleşme sırasında yapılan travmaların nasıl olup da ağrı yerine haz verdiğini izah edebilir. Böyle ağrılı uyarınların bir kısım kimselerde çok şiddetli haz ve orgazm durumlarına sebep olduğu bilinmekte ise de, bir kısmında mazoşistik davranışın seksüel hazla doğrudan ilgili olmadığı tespit edilmiştir.

Hayvanların bir kısmında, erkeğin dişisini ikna etmek ve sindirmek için sadistik davranması gereklilik göstermektedir. Kedilerde ve beygirlerde bu çok belirgindir, bu hayvanlar canları yanmadıkça erkeklerine teslim olmak istemezler. Bu tür mazoşizme "birinci tipten mazoşizm" adı verilir. İnsanda travmanın gerek cinsel uyarınının başlatılmasında, gerekse orgazma ulaşmada sıklıkla görülen önemli bir faktör olduğu ifade edilir. Minklerde erkek dişisini sevişmeden önce şiddetle hırpalar, bu esnada dişide ovülasyon meydana gelir, akabinde koit yapılır. Bu misâlde olduğu gibi, cinsel uyanmanın bir travma ile başlatılması hâline "ikinci tipten mazoşizm" denir.

Her iki tipten mazoşizmin de biyolojik tabiatlı olduğu söylenir (40).

Kedi gibi, beygir gibi, mink gibi hayvanlarda mazoşist davranışların biyolojik-içgüdüsel mâhiyette olduğunu söylemek kolaydır. İnsanlardaki benzer davranış biçimlerinin de aynı derecede basit izah edilebileceğini söylemek mümkün değildir. Yapılan bilimsel araştırmalarda sado-mazoşistik davranış biçimine heteroseksüellerde de, biseksüellerde de, homoseksüellerde de büyük nispetlerde rastlandığı bulunmuştur. Homoseksüellerdeki temâyül ise, diğer bütün gruplardan yüksek bulunmuştur. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri gibi cinsel serbestinin fazla olduğu ülkelerde, çoğunluğunu erkek homoseksüellerin oluşturduğu "SM" klüplerinin sayısı artmakta, bu yüzden cinaî fiillere sık rastlanmaktadır. İnsanlardaki sadomazoşist davranışın temelinde de biyolojik-jenetik faktörlerin yattığına dair bilimsel bulgular artmaktadır. Özellikle dominant temporal lob patolojilerinde fetişizme ve agresif seksopatilere sık rastlandığı söylenmektedir (41).

Özetlemek gerekirse, gerek organik-biyolojik oriyantasyonlu psikiyatrlar, gerekse psiko-analitik yönelimli mütefekkirler, ağır duyumunun çeşitli bedensel veya ruhsal süreçlerle, ezcümle cinsellikle de, son derecede iç içe olduğunu kabûl ve teslim etmişlerdir. Bu bilgilerin ışığı altında, ağrının bir şuur dışı muhtevânın kılık değiştirmiş hâli olup olmayacağı suâlüne tekrar dönebiliriz.

Bu suâlin cevabı, en azından teorik olarak, "evet"tir. Bu durumda,

kullanılan savunma mekanizmaları arasında represyonun (veya refülmanın), displasmanın, izolasyonun, sembolizasyonun, konversiyonun ve somatizasyonun bulunduğu düşünülebilir. Değişik vak'alarda, bu ego savunmalarından bir veya birkaçının kullanıldığı formüle edilebilir.

Herhangi bir ağrının ne zaman psikojenik olarak vasıflandırılması gerektiği konusunda hâlen bir konsensüs yoktur. Weatherhead (42), psikojenik baş ağrısı kavramını tartışırken, ancak baş ağrısının bir psikiyatrik bozukluğun ana veya önde gelen semptomu olduğu durumlarda bu teşhisin konulması gerektiğini savunur ve bu tip ağrıların bir depressif ekivalan olabileceğini söyler (Weatherhead'ın yaklaşımından, teferruatlı olarak, ileride bahsedilmiştir). Ad Hoc Komitesi (43) ancak herhangi bir periferik ağrı indükleyici mekanizmanın gösterilemediği baş ağrılarında "psikojenik" denilebileceği kanaatine varmıştır. Wolkind ve Currey (44) hiç bir fizik bozukluğun olmadığı durumlarda, bir "psikojenik romatizma" dan bahsedilmesi gerektiğini söylerler. Kapp (17) psikojenik ağrı kavramını daha geniş tutar ve psikofizyolojik bozukluklardaki ağrıyı da bu gruba sokar. Packard (45) "psikojenik baş ağrısı" kavramından ne anladıklarına incelediği bir grup hekimin çok farklı şeyler söylediklerini ifade eder.

Ağrının ortaya çıkmasını izah eden bir patofizyolojik mekanizmanın mevcudiyetinden dolayı, adale kontraksiyonu (gerilim) baş ağrıları DSM-III-R'de psikiyatrik bir bozukluk olarak ele alınmamıştır. Halbuki, mes-

(★ 62. sayfaya bakınız)

lekî postür hatâları gibi az rastlanan sebeplerin dışında, bu tip ağrının altında hemen dâima anksiyete ve depressif özellikler yatar. Aynı şekilde, üzüntü veya korku gibi sebeplerle ortaya çıkan tipik bir migren nöbetini nasıl vasıflandırmalıyız?

Bu suâlin cevabını birbirinin tam zıddı iki ayrı şekilde vermek mümkündür: 1) Migren ayrı bir morbid antitedir; non-psişik sebeplerle de (hipoglisemi, allerji gibi) ortaya çıkabilir. Bu yüzden de, üzüntüye bağlı bile olsa, bu ağrıya psikâlji diyemeyiz; 2) Her ne kadar non-psişik sebepler migren nöbetine yol açabiliyorsa da, belli bir hastada o sırada görülen ağrı nöbeti bir psişik sebebe bağlı olarak ortaya çıkmışsa, buna psikojenik ağrı denilebilir.

Bu tartışmaların sonucu ne olursa olsun, ağrılı fenomenlerin psikiyatrik antitelerle iç içeliği aşikârdır. Meselâ, baş ağrısı şikâyetiyle hekime müracaat eden vak'aların %46 gibi çok anlamlı bir kısmında esas sebebin depresyon olduğu bulunabilmektedir (46). Bu gerçeğin diyagnostik olduğu kadar terapötik önemi de aşikârdır. Her türlü ağrılı sendromun tâkip ve tedavisinde psikiyatrik liaisonun vaz geçilmez önemi olduğu düşüncesiyle, bir ALGO-PSİKİYATRİ (AĞRI PSİKİYATRİSİ) alt şubesinin faydalı ve gerekli olacağını düşünüyorum. Kanser ağrılarının tedavilerinde bile psikiyatrinin yeri vardır (47,48). Algologlarla psikiyatrların işbirliklerinin her geçen gün artacağı kanaâtini taşıyorum.

"İZAH EDİLEMEYEN" KRONİK AĞRIDA KATKISI OLAN PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

Problem	Somatik stimulus	Ağrı sebebi (şikâyet)
Temâruz	0	şuurlu menfaât
Konversiyon	0	kabûl edilemez cinsel ve- ya agressif çatışma, dik- kat çekme arzusu
Somatizasyon	±	somatik preokküpasyon, muhitî takviyeciler, ank- siyete
Depresyon	±	ağrı toleransında azalma, başa çıkma yeteneğinde yetersizlik
Hipokondriazis	±	hasta olduğundan emin ol- ma, anksiyete, somatik preokküpasyon
Operan ağrı davranışı	+0	muhitî takviyeciler
Psikojenik ağrı (Engel)	0	suçluluğun rahatlama

Yukarıdaki tabloda delüzyonel vasıftaki ağrılara yer verilmediği görülmektedir. Weatherhead (42) bunları da psikotik depressif ağrılar olarak telâkki etmekte ve depresyon grubuna sokmaktadır.

BAŞ AĞRILARINDA STRESİN, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN VE REAKSİYONLARIN ROLÜ

Baş ağrılarının ortaya çıkmasında ve gelişmesinde stresin, kişiliğin ve ağrıya karşı gösterilen reaksiyonların önemi hususunda bütün bu konuyla uğraşan araştırmacılar arasında fikir birliği vardır. Genel olarak ağrıya ilgili bilgilerin ışığı altında, bunları şöyle özetleyebiliriz (14):

1) Hayat stresleri, kişilik özellikleri ve baş ağrısına karşı gösterilen tepkiler ama şu ama bu derecede bütün baş ağrısı hastalarını etkilemektedir. Bütün bu faktörlerin tam ve çok sıhhatli bir değerlendirilmesinin yapılması zordur çünkü mütamadî bir değişim içindedirler. Gene de, belli bir zamanda baş ağrısıyla gelen bir vak'ada tam bir durum değerlendirmesi yapılmasının vaz geçilmez önemi vardır; tedavinin plânlanmasında bu evalüasyon çok önemlidir. Zaman içindeki gelişmelere göre, yeniden değerlendirmeler yapılabilir.

2) Emosyonel açıdan stres yaratıcı faktörlere baş ağrısı vak'alarının o kadar büyük bir kısmında rastlanmaktadır ki, bu sahâların derinlemesine incelenmesi çok önemlidir. Sıhhatli bir değerlendirmenin yapılabilmesi için, hekimin, hastaların üstünkörü geçmeye mütemâyil oldukları noktaları yakalayabilecek dikkât ve bilgiye sahip olması gereklidir. Bazı hastaların bazı stressörleri inkâra meylettikleri görülür. Bu durumlarda sorgulamayı derinleştirmek, gerekirse yakınlarından bilgi almak yoluna gidilebilir. İş, âile, sosyal çevre değişiklikleri, röl çatış-

maları, beklentiler ve sukut-u hayâller bulunmaya çalışılmalıdır.

Bir örnek vermek gerekirse, mükemmeliyetçi ve öfke hislerini bastıran bir kişide 20 yaşlarındayken periyodik migren nöbetleri (ve/veya gerilim ağrıları) görülecektir. 30 yaşlarındayken mükemmeliyetçiliği azalacak ve hislerini daha fazla ifade edebilir hâle gelecektir. Bu adaptif değişiklikler sayesinde, baş ağrıları da azalacaktır. Yaşadığı hayatın getirdiklerine göre de, stresinin arttığı ve depresifleştiği dönemlerde, vasküler veya gerilim tipi ağrılar gene ortaya çıkacaktır.

3) Bilhassa migrenlilerin kişilik özellikleri pek çok araştırmaya konu olmuştur. Eski çalışmalarda migrenlilerin öfkelerini aşırı bastıran, kompulsif, rijid ve perfeksiyonist kişilik yapısında insanlar olduğu belirtilmişti. Daha yeni çalışmalarda bu kadar kesin sınırlı bulgular tespit edilmemiştir. Her ne kadar vak'aların önemli bir kısmında benzer özellikler mevcutsa da, başka tip baş ağrıları olan kimselerde de bunlara rastlanabilmektedir. Muhtemelen, benzer psikodinamik özellikler ve kişilik özellikleri, farklı bireylerde, kendilerine has bünyevî özelliklerine göre, vasküler ve/veya adale kontraksiyonu mekanizmalarının aktivasyonuna yol açmaktadır. Bundan da görüleceği gibi, ister vasküler isterse gerilim tipi olsun, baş ağrılarının tedavisinde psikolojik-psikiyatrik statüsün iyi değerlendirilmesinin önemi büyüktür.

4) Baş ağrıları genellikle plânsız, programsız, zamansız ortaya çıkarlar ve, o hastanın kişilik özelliklerine göre, muhtelif reaksiyonlar vermesine yol açabilirler. En sık rastlanan tepkiler arasında inkâr, dep-

resyon, dűşmanlık, öfke ve dependans geliřmesi sayılabilir. Bu tepkiler genellikle űuurlu veya iradi deęildir. İyi bir hasta-hekim iliřkisinin refakatiyle, hele semptomlar da bařarıyla dűzeltilebilirse, genellikle kolay bařa ıkılabilirler. Eęer sebat ederlerse ve hasta h l  bir psikiyatrla konsűlte edilmemiřse, psikiyatrik evalűasyonun gerçekleřtirilmesinde ve bir psikoterapi programına alınmasında fayda olacaktır.



"PSİKOJENİK" BAŞ AĞRILARININ MÜLTİDİMANSİYONEL BİR SINIFLAMASI

Burada Weatherhead'in yaklaşımı aynen alınmıştır (42). Kendisinin kullandığı anlamda "psikojenik" baş ağrılarını anksiyete reaksiyonları, koversiyon reaksiyonları ve depressif reaksiyonlar olarak 3 grupta toplar ve her birinin sinonimlerini, sebeplerini, ağrı tipini ve yerini, süresini, diğer semptomları, premorbid kişilik özelliklerini, başlangıç yaşlarını, cinsiyet özelliklerini, teşhisle ilgili incelikleri, ayırıcı teşhislerini ve tedâvi prensiplerini özetler.

Müteâkip sayfalarda, bu özetlemeleri yer almaktadır.

PSİKOJENİK BAŞ AĞRISI-ANKSİYETE REAKSİYONLARI (1. TABLO)

Sinonimler	Sebeap	Ağrı tipi	Ağrının yeri	Süre	Diğer semp- tomlar
a) Gerilim B.A.*	1. Eksternal strese (akut/kronik)		Oksipital		Terleme Baş dönmesi Kafada hafiflik hissi
b) Anksiyete-Gerilim Hâli B.A.		"basınç"	Boyna doğru		Hipervantilyasyon
c) Adale Kontraksiyonu B.A.	veya		Frontal	15dk-15+	Çarpıntılar
d) Fonksiyonel B.A.			Bitemporal	ne	Takikardi
e) Psikosomatik B.A.	2. İnternal çatışmaya,	"zonklayıcı"	Tepede	Gnl. 1-2 sene	GİS rahatsız. Görme rahatsız.
f) Posttravmatik B.A.	bastırılmış düşmanlığa vs		"Kafam kuşakla sıklır gibisi"		Nöromusküler göğüs veya sırt ağrısı
g) Hipokondriak B.A.	bağlı anksiyete		"Bütün kafam"		Depresyon

Premorbid Kişilik	Başl. Yaşı	Cinsiyet	Teshis	Ayırıcı Teshis	Tedâvi
1. Yetersiz Güvensiz Pasif tip			1. Diğer ank. semp.'ları var	1. Organik bzk'lar	1. Supportif ve a. Analjezikler
2. Obsessif-Kompulsif tip	20-30	E > K	2. Psikolojik testler, MMPI vs.	2. Migren ve vas-küler B.A.'ları	b. Trankilizanlar
3. Diğer bütün tipler			3. Alkolün geçici rahatlatıcı tesiri	3. Depresif e-kiv.'lar	c. Antidepressanlar
			4. EEG normal	4. Konversiyon B.A.'ları	2. Gevşeme teknikleri elektro-uyku meditasyon hipnoz
			5. CT normal	5. Post-travmt. B.A.'ları	3. Çevre manipülasyonu
				6. Kompansasyon nörozları	
				7. Temaruz	

* B.A.: Baş Ağrısı

PSİKOJENİK BAŞ AĞRISI-KONVERSİYON REAKSİYONLARI (2. TABLO)

Sinonimler	Sebeup	Ağrı tipi	Ağrının yeri	Süre	Diğer semp- tomlar
a)Histerik B.A. b)Konversiyon B.A. c)Klavus histeri- kus d)Fonksiyonel B.A. e)Sefalalji f)Posttravmatik B.A. g)Psikalji	1)Eks- ternal stres veya 2)İnter- nal ça- tışma akut ve- ya kronik	Bütün tipler basıncı mengene ağırılık yanıcı keskin künt gezici iğneler ba- tıyor görme bzk.	"bütün başım" "gözlerimin arkasında" Ünilateral veya bila- teral "kafatası- nın içinde" "saçlı deri- min altında"	Değiş- ken	"la belle in- differencé" anksiyete semptomları (1. TABLO' daki gibi)

Premorbid Kişilik	Başl. Yaşı	Cinsiyet	Teshis	Ayrırcı Teshis	Tedâvi
1)Histerik 2)Yetersiz 3)Pasif-bağımlı 4)Diğer tipler	20-40	K>E	1.Emosyonel stres hi- kâyesi 2.İkincil kazançlar 3.Organik sebeup yok- luğu 4.Psikosek- süel imma- türite 5.Kornea ve öğürme ref- leksleri kaybı 6.Psikolo- jik test- ler 7.Sodyum a- mital mü- lâkatı	1.Organik bzk'lar 2.Migren ve vask. B.A.'ları 3.Adale kontraks. ve geril. B.A. 4.Depress. ekivalan 5.Posttrav. B.A.'ları 6.Kompan- sasyon nö- rozları 7.Temâruz	1.Süpportif psikoterapi (1. TABLO' daki gibi) 2.Gevşeme tek- nikleri (1. TABLO'da- ki gibi) 3.Çevre mani- pülasyonu 4.Grup psiko- terapisi

PSİKOJENİK BAŞ AĞRISI-DEPRESSİF REAKSİYONLAR (3. TABLO)

Sinonimler	SebeP	Ağrı tipi	Ağrının yeri	Süre	Diğer semp- tomlar
a) <u>Reaktif</u> sitüasyonel psikonörotik eksojen	1) Ekster- nal stres ve bir kayıp hissi	<u>Reaktif</u> basınç	<u>Reaktif</u> 1. TABLO'da- ki anksiyeye te gibi		<u>Reaktif</u> anksiyete insomnia anoreksia veya bulimia
b) <u>Envolüsyonel</u>				Depres- yon devam ettiği sürece	zayıflama veya şişman- lama
c) <u>Manik-Depress.</u> psikotik endojen üni- ve bipolar	2) İnter- nal stres veya ça- tışma	<u>Psikotik</u> bizar hipokond. beyin tm. (CA)	<u>Psikotik</u> başın her- hangi bir yerinde		kabızlık ve- ya ishâl
d) <u>Depressif Eki- valan</u>	3) Suçluluk hisleri	<u>Depressif</u> zührevî hst. <u>Depressif</u> <u>ekivalan- lar</u> her tip	<u>Depressif</u> <u>ekivalanlar</u> başın her- hangi bir yerinde		<u>Psikotik</u> yukardaki- ler+hipo- kondriasis düşünce bzk. hezeyanlar <u>Depressif Ekv.</u> baş ağrısı tek semptom olabilir

Premorbid Kişilik	Başl. Yaşı	Cinsiyet	Teşhis	Ayrırcı Teşhis	Tedâvi
<u>Reaktif</u> yetersiz kompulsif diğer	<u>Reaktif</u> her yaş	<u>Reaktif</u> E:K	1. Stres hikâye- si	<u>Reaktif</u> Toksik Envolüsyo- nel	Altta yatan DEPRESYONUN tedavisi
<u>Envolüsyonel</u> obs-komp.	<u>Envolüsyonel</u> 45-60	<u>Envolüsy.</u> K > E	2. Diğere depres. semt.'	<u>Manik-Dep- ressif</u> <u>Depressif</u> <u>ekivalan- lar</u>	1. Antidep- ressanlar 2. Trankili- zanlar
<u>Manik-Depressif</u> siklotimik	<u>Manik-Depr.</u> 20-30	<u>Manik-Dpr.</u> K > E	3. Psiko- lojik testler MMPI	<u>Organik</u> bozukluk- lar <u>Sizofreni</u>	3. Süpportif psikoterapi
<u>Depresyon ekiv.</u> bütün tipler	<u>Depr. ekiv.</u> her yaş	<u>Depr. Ekv.</u> E:K			4. EKT**

**

EKT: Elektrokonvülsif terapi

Bilhassa psikotik ve delüzyonel baş ağrılarında ağrının klâsik, iyi bilinen hiç bir antiteye uymayan acaip, garip, atipik özellikleri dikkat çekicidir. CTF-BAP'de gerçekleştirdiğimiz bir çalışmada da, bu hususu vurguladık (49); böyle atipik bir baş ağrısı bir monosemptomatik psikoz belirtisi de olabilir (50).

Daha önceki hayatıyla uyumsuz derecede dağınık ve bol somatik veya psikişik şikâyetlerle müracaat eden, elli yaş ve üzerindeki her hastada demans düşünülmalıdır (51) ve baş ağrısı da bunlardan biri olabilir.

Bu vesileyle, baş ağrısı da dahil, kronik ağrılı bir sendromda anlamlı bir psikojenik komponentin bulunduğunu telkin eden anamnez özellikleri arasında şunlar sayılabilir:

Değişik zamanlarda farklı lokalizasyonlu ağrılar
Adolesans çağına kadar uzanan ağrı problemleri
Bilhassa perine ve yüz nahiyesinde, aşikâr somatik sebebi olmayan ağrı
Fizik olarak zarar verici ebeveynler veya eş
Elektif tabiatlı mütipl cerrahî prosedürler
Alkol veya ilâç suistimali (hastanın ve/veya eşinin)
İş ve sosyal hayatta sık sık başarısızlık

ALEKSİTİMİA KAVRAMI

Özellikle anksiyete sendromlarında ve depresyonlarda görülen önemli bir özellik de aleksitimiadır. Aleksitimia, hislerin ve emosyonel durumun ifade edilmesinde, anlatılmasında yetersizlik anlamına gelen bir terimdir (53,54,55,56). Bir kişilik özelliği olarak hayat boyu sürebileceği gibi, altta yatan psikiyatrik bozukluğun düzeltilmesiyle tamâmen ortadan kalkabilir de... Weatherhead'in tablolarında da belirtildiği gibi,

depresyonun tek belirtisi baş ağrısı olabilir. Bu ve benzeri vak'alara, klasik nomenklatürde, MASKELİ DEPRESYON denmektedir. Bunların hepsinde de aleksitimia vardır. Depresyonun tek veya pek çok somatik tezahürünü gösterirler ama, mood olarak depresyonlarını yaşamazlar. Bu vak'alar antidepressif tedaviyle genellikle düzelmektedirler. Fakat teşhisin konulmasındaki gecikme ve tedavi yanlışlıkları yüzünden, pek çoğu ıstırap içinde yaşamaktadırlar. Gereksiz yere verilen antienflamatuarlar, myorö-laksanlar yüzünden de pek çok ilâç yan tesirine maruz kalmaktadırlar.

Her ne kadar, bu vak'aların bir kısmı, DSM-III-R'nin Distimia'sına uymaktaysa da, çoğunda bu mümkün olmamaktadır. Bu araştırmada DSM-III-R'ye göre Somatoform Ağrı Bozukluğu teşhisini tek başına koymak zorunda kaldığımız vak'aların bir kısmının da, aslında, maskeli depressifler olduğunu zannediyorum. Bu antitenin, müstakbel psikiyatrik sınıflama sistemlerinde yer alması gerektiğini düşünüyorum.

PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDA AĞRI ve BAŞ AĞRISI

Anksiyete ve depresyon sendromlarında ağrı şikâyetinin sık rastlanılan bir semptom olduğu iyi bilinen bir bilgidir. Songar (19), şizofreninin bir psikastenik şekli olduğunu ve, ağrı dâhil olmas üzere, muhtelif hipokondriler, psikastenik belirtilerle gittiğini söyler.

Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen ve dünya çapında yaygın kabul gören bir sınıflama sistemi olan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III, Revised Edition" (kısaca DSM-III-R)'da tarif edilmiş olan ve teşhis kriterleri arasında ağrının bulunduğu ruhî bozukluklar arasında somatizasyon ve konversiyon bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform ağrı bozukluğu sayılabilir; bir de, "Daha Fazla Belirlenemeyen Somatoform Bozukluk" denen rezidüel kategori mevcuttur (62).

Psikojenik ağrı kavramının belirsizliği ve konu üzerindeki sonu gelmeyen tartışmalardan dolayı, DSM-III'deki "Psikojenik Ağrı Bozukluğu" antitesi DSM-III-R'de terk edilmiş, yerine "Somatoform Ağrı Bozukluğu" antitesi teklif edilmiştir. Bu teşhis, diğer 1. aks teşhisleriyle birlikte koyulabilir.

Ayrıntılı olarak teşhis kriterlerini DSM-III-R'de bulmak mümkün olmakla beraber, bâzı antitelerin genel özelliklerini özetlemek istiyoruz. Eğer bir hastanın mültipl ve rekürren ağrıları senelerdir sürüyorsa ve 30 yaşından önce başlamışsa, Somatizasyon Bozukluğu teşhisi düşünülebilir. Eğer hastanın ağrıları bir fizik hastalığın mevcudiyetini telkin ediyor ama sâdece psikolojik faktörlere atfedilebiliyorsa Konversiyon Bo-

zukluğu veya, tek olarak ağrı Şikâyeti varsa, Somatoform Ağrı Bozukluğu teşhisi konur. Depressif, distimik, hipokondriak, Őizofrenik, delüzyonel bozukluklu (paranoid) hastalarda da muhtelif ağrılara rastlanabilir.

Özellikle histeriklerde (somatizasyon ve konversiyon bozukluğu vak'alarında) her çeşit duyumun aşırı ve mubalâğalı algılanması sonucu atipik ağrı Őikâyetlerine sık rastlanabileceği gibi, daha az olarak, hipostezi hâlleri de görülür.

Crow'un tarif ettiği Tip 2 (Kayıp veya Negatif) Őizofrenlerde ise, avolüsyon, anhedonia, alogia, otizm ve affektif küntlük gibi belirtilerin yanısıra (63), ağrılarını iyi tarif edememe, hattâ yeterince ağrı hissetmeme durumuna sık rastlanır: Bir kronik Şizofren hastamız hiç bir acı tepkisi vermeksizin ellerinde sigara söndürebiliyordu; bir başkası da, gene hiç bir ıstırap ifadesi olmaksızın, gâyet "özenli" bir Şekilde bileklerini kesebilmiŐti. Bu tip hastalarda, muhtemelen, ağrı idrakıyla ilgili merkezî mekanizmalarda bozukluk vardır ama konu yeterince aydınlatılabilmis değildir. Bir çalışmada, bu genel analjezi hâlinin naltrekson ile (bir opiat antagonisti) düzeltilebileceği gösterilmişse de (64), bu bulgunun teyidi yeterince yapılmamıŐtır ve nöropeptidlerin Őizofrenideki rolü hakkında kesinleşmiş bilgiler henüz mevcut değildir (65).

Ağrı konusuyla ilgili psikodinamik ve psikoanalitik özellikler "Ağrı Konusunun Psikolojik Özellikleri" bahsinde ayrıntılı olarak anlatıldığı için, bu konudaki izahatı uzun tutmuyorum. Yalnız, Maskeli Depresyon

konusundaki fikrimi tekrar vurgulamak istiyorum (literatürde de, bu konu üzerinde hassasiyetle duran çağdaş yazarlar ve araştırmacılar mevcuttur)(54,66): Bu antitenin, en azından fenomenolojik açıdan, ayrı bir ruh bozukluğu olarak çağdaş psikiyatrik sınıflama sistemlerinde yer alması doğru olacaktır.



AĞRININ NÖROFİZYOLOJİSİ

GENEL ÖZELLİKLER

Herhangi bir noxious stimulusun ağrı olarak idrak edilebilmesi için oldukça karmaşık nörofizyolojik süreçlerin aktive olması gerekmektedir. Bu bağlamda, birbirini takip eden dört ana süreçten, safhadan bahsedilebilir:

TRANSDÜKSİYON

TRANSMİSYON

MODÜLASYON

PERSEPSİYON

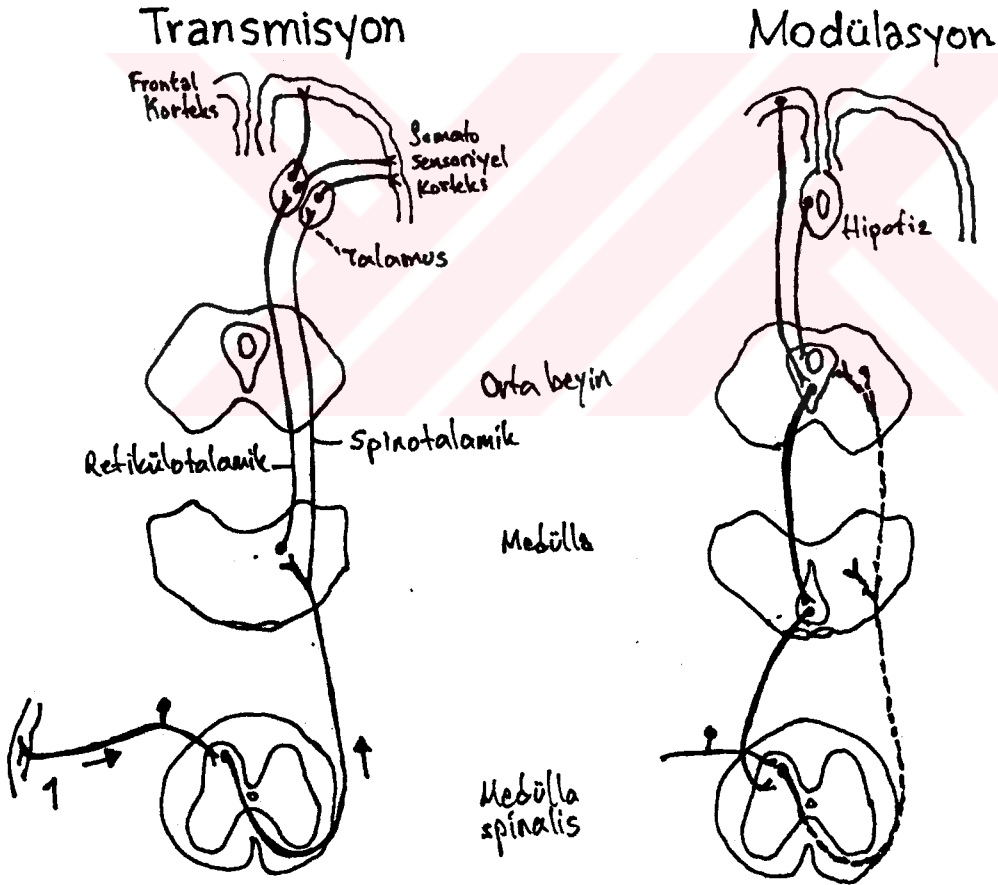
Transdüksiyon, bir enerji formunun başka bir enerji formuna çevrilmesi veya, bir çeşit fizik (veya biyolojik) büyüklüğün başka bir çeşit fizik (veya biyolojik) büyüklüğe çevrilmesi olarak tarif edilebilir (57). Burada da, künt travma, irritan maddeye maruz kalma, penetran travma, diğer fizik, şimik veya biyolojik etkiler sonucunda, uygun sensoriyel sinir uçlarında elektrik aktivitenin ortaya çıkması süreci söz konusudur.

Transmisyon, bu elektrik sinyalinin periferik ve merkezi yollarda intikalini ifade eder. Başlıca üç komponenti vardır: 1) Nöral impulsları transdüksiyon bölgesinden medulla spinalisteki terminallere taşıyan periferik sensoriyel sinirler; 2) Medulla spinalisten beyin sapına ve talamusa yükselen bir röle nöronları şebekesi; 3) Talamusla korteks arasında resiprokal bağlantılar.

Modülasyon, bazı endojen ağrı inhibitörü yolların aktivasyonu sonucunda, ağrı impulslarının spinal veya supraspinal seviyelerde, muhtelif

derecelerde azaltılması anlamına gelmektedir. Böylelikle, ağrının şiddeti "ayarlanmış" olmaktadır.

Persepsiyon ise, basitçe, ağrının idrak edilmesidir. Tarifini bu kadar basit olmakla beraber, belki de ağrı mes'elesinin en karmaşık ciyeti bu kademedir. Ağrı idrakı basit bir nöral fenomenden ibaret olmayıp, psikolojik hattâ sosyo-kültürel pek çok tesirin rol aldığı kompleks bir hadisedir. Bu faktörler, "ağrının Psikolojik Yönü" kısmında uzun uzun tartışılmıştır. Aşağıdaki şekilde transmisyon ve modülasyon sistemleri şematize edilmiştir.



Bu şekilde de görüleceği gibi, transdüksiyondan sonra (1 yazılı kısım), periferik sinirle taşınan impuls medulla spinalise girmekte, karşı tarafa geçmekte ve iki ana traktusla sinaps yapmaktadır: Spinotalamik ve spinoretikülotalamik yollar. Daha sonra bu mesajlar talamusta röle edilmekte ve frontal ve somatosensoriyel kortekslere taşınmaktadır. Modülasyonda ise, frontal korteksten ve hipotalamustan gelen inputlar orta beyindeki hücreleri aktive etmekte, bunlar da, medulladaki hücreler vasıtasıyla, spinal ağrı transmisyonu hücrelerini aktive etmektedir (1). Muhtelif noxious stimuluslara karşı cevapların değişkenliğinin kaynakları sayfa 8'deki tabloda özetlenmişti.

PERİFERİK AĞRI TAŞIYICI SİSTEM

Her ne kadar derin duyu, sıcak, soğuk gibi duylara has periferik reseptörlerin varlığından söz edilirse de, ağrıya has özel bir reseptör gösterilememiştir.

Ağrının merkezî sinir sistemine iletimi konusunda iki orijinal teori mevcuttur: 1) Von Frey'in Spesifite Teorisi: Buna göre, ağrıya has reseptörler ve yollar vardır; 2)Pattern (Summasyon) Teorisi: Goldscheider tarafından ortaya atılmış olan bu görüşe göre, özel ağrı reseptörleri ve yolları yoktur. Bilhassa ısı ve basınç duyumlarının reseptörlerinin yeterince şiddetle uyarılmasıyla summasyon sonucu ağrı duyumu ortaya çıkar.

En son buluşlara göre, hem oldukça spesifik ağrı reseptörleri mevcut-

tur, hem de diğer duymalara âit reseptörlerin uyarılması ağrıya yol açabilmektedir. Nitekim, çıplak sinir uçları da ağrıya spesifik değildir. Korneada bol miktarda bulunurlar ama bunlar sadece ağrıya ilgili değildir (13). Her ne kadar çıplak sinir uçları ağrı dışında duymaları da taşıyabilmekteyseler de, ağrı duyumunu sadece bunların taşıdığı bilinmemektedir. Kısacası, ağrı hissini reseptörleri çıplak sinir uçlarıdır denebilir. Aşağıda periferdeki ve arka boynuzdaki liflerin özellikleri özetlenmiştir.

LİFLER-PERİFERİK SINIRLER			
TİP	ORİJİNİ	ÇAPI	MİYELİNİZASYON
A alfa beta delta gamma	Afferent Efferent	1-22 μ m	Miyelinli
B	Visseral afferent Preganglionik visseral efferent	1-3 mm	Miyelinli
C	Afferent Preganglionik visseral efferent	0.3-3 μ m	Miyelinsiz

SENSORİYEL LİFLER-ARKA KÖK					
SAYI	LİF TİPİ	ORİJİNİ	ÇAPI	KONDÜKSİYON	MİYELİN
I(a,b)	A alfa	Adale ve tendon (propriyosepsiyon)	12-22 μ m	En Hızlı	Miyelinli
II	A beta	Adale ve tendon Cilt: dokunma, basınç	5-12 μ m	↑	Miyelinli
III	A delta	Adale ve Cilt: Ağrı, ısı	2-5 μ m		Miyelinli
IV	C	Adale ve cilt: Ağrı	0.3-3 μ m		En Yavaş

Her ne kadar A delta ve C lifleri esasen ağrıdan sorumluya da, çok şiddetle uyarıldıklarında, A beta ve A alfa liflerinin de katkısı olabileceğine dair bulgular vardır (1,5).

C lifleri en ince ve muhafazasız (miyelinsiz) oldukları için, en düşük ileti hızına sahiptirler (2m/sn'den düşük). Miyelinli liflerin ileti hızları ise 5m/sn'den 100m/sn'nin üstüne kadar çıkabilmektedir.

A delta nosiseptörlerinin başlıca iki tipi vardır: Mekanotermal nosiseptörler ve yüksek-eşikli mekanoreseptörler (YEM'ler). Her ikisinin de sensitize olma özelliği vardır. Burada sensitizasyondan kasıt, bir noxious stimulusun mükerrer tatbikiyle reseptörün sensitivitesinin artmasıdır. YEM'ler, yeterince sensitize edildiklerinde (özellikle ısıyla), eşikleri mekanotermal nosiseptörlerinkine kadar düşmektedir. Mekanik stimuluslar ise, ısının aksine, YEM'lerde benzer bir alterasyona yol açmaktadırlar. Şimik irritanlara karşı böyle bir cevabın olup olmadığı konusu ise henüz açığa kavuşturulamamıştır.

C nosiseptörleri, bütün periferik primer afferent liflerin dörtte üçünü bunlar oluşturur. C nosiseptörlerinin de ekseriyetini C-polimodal nosiseptörleri (C-PMN) teşkil etmektedir. Bu ismin verilmesinin sebebi, bunların noxious termal, mekanik ve şimik pek çok uyarılara cevap vermeleridir. Bunlar da mükerrer noxious stimuluslarla sensitize olurlar. Paradoksal olarak da, C-PMN, reseptif alanlarına tatbik edilen bir noxious stimulustan sonra, iki dakika kadar, hiposensitifleşirler ve yüksek sıcaklıklarda tamamen inaktive edilebilirler (>55°C)

Görüldüğü gibi, hem miyelinli A delta nosiseptörleri, hem de miyelinsiz C nosiseptörleri ağrı duyumunun ortaya çıkmasında rol almaktadırlar.

Bunların idrak edilen ağrının kalitesinin şekillenmesinde de rolü olduğu düşünülmektedir. Gene de, cilde uygulanacak her türlü tabii uyarıcı, pek çok çeşitte ve bollukta reseptörü harekete geçirmektedir. Meselâ mekanik uyarılar, nosiseptörlere ilâveten, mekanoreseptörlerde (A alfa) de aktivasyona yol açacaktır. Noxious sıcaklık ısı reseptörlerini, iritasyon uyarırken kimyasal maddeler de benzer para-irritasyonlara sebep olacaktır.

Ekstremitelerden birine şiddetli bir ağrı uyarıcı verildiğinde, iki tip ağrı fenomeniyle karşılaşılır: BİRİNCİ AĞRI A delta liflerinin uyarılmasına bağlıdır ve keskin, kısa süreli bir acıyla karakterizedir; İKİNCİ AĞRI ise künt, yanma gibi bir ağrıdır ve C lifleriyle taşınır. Birinci ağrı, A delta lifleri basınçla inaktive edildiğinde, ikinci ağrı ise C lifleri düşük dozda lokal anestetiklerle bloke edildiğinde ortadan kalkar.

TRANSDÜKSİYON

A delta liflerinin direk olarak mekanosensitif oldukları bilinmektedir. Mekanik bir noxious uyarıcı maruz kaldıklarında depolarize olup ağrı impulsunun aksonda tırmanmasını sağlarlar.

C lifleri ise, mültimodal özellikleri sebebiyle, basınç, ısı, kimyasal uyarıcılar gibi uyarıcılarla aktive olabilmekte ve sinir impulsu doğabilmektedir.

Dahili, vücudun içinden gelen noxious uyarıcılarla da ağrı hissi aktive olur. Bunlar çeşitli enflamatuar, toksik ve sair sebepten dolayı

ortaya çıkan, nosiseptörleri uyararak ağrı impulsunun doğmasını sağlayan maddelerle gerçekleşir. Bunlardan bazıları hasara uğramış hücrelerden açığa çıkar, bazıları salgılanır, bazıları o bölgede sentezlenir, bazıları da dolaşım ile gelen elemanlarca serbestlenir. Sonuç olarak da, nosiseptörler aktive olarak, ağrı impulsu doğar. Bu kimyasal maddelerin bir özeti aşağıda verilmiştir (1).

MADDE	KAYNAK	ENZİM	İNSANDA AĞRI YAPMA	PRİMER AFFERENTE TESİRİ
Potasyum	Hasarlanmış hücreler		++	Aktivasyon
Serotonin	Plateletler		++	Aktivasyon
Bradikinin	Plazma kininojeni	Kallikrein	+++	Aktivasyon
Histamin	Mast hücreleri		+	Aktivasyon
Prostoglandinler	Arakidonik asid-hasar görmüş hücreler	Siklooksijenaz	±	Sensitizasyon
Lökotrienler	Arakidonik asid-hasar görmüş hücreler	Lipooksijenaz	±	Sensitizasyon
P Maddesi	Primer afferent		±	Sensitizasyon

Transdüksiyon bahsini kapamadan önce, tecrübe olanlar dışında, hemen bütün tabii tembihlerin karışık ve karmaşık mahiyette olduklarını hatırlatmakta fayda vardır. Meselâ bir iğnenin batırılması hem mekanik bir uyarandır, hem de doku hasarına yol açmak suretiyle, yukarıda bahsedilen maddelerden bazılarının aktive olmasına yol açacaktır. Aynı şekilde, aşırı sıcak veya soğuk da hem ilgili reseptörleri (C-PMN) hem de, doku hasarı sebebiyle, benzer maddelerin liberasyonunu tetikleyecektir.

TRANSMİSYON

Transdüksiyon işlemi ile afferent sensoriyel aksonda bir ağrı impulsu doğduktan sonra, bu impuls çeşitli kademelerden geçerek serebral kortekse kadar ulaşır. Bu arada geçtiği yerler arasında medulla spinalis, beyin sapı retiküler formasyonu, talamus sayılabilir.

Medulla Spinalis

Primer afferent noniseptörler, medulla spinalisin arka boynuzunda sonlanırlar. Bu nöronların somaları arka kök ganglionunda bulunur. Diğer nöronların aksine, hiç bir sinaptik inputları yoktur ve nosiseptif sinyallerin âni ânına işlenmesinde muhtemelen bir rolleri yoktur. Büyük çoğunluğu arka kök yoluyla medulla spinalise projekte olur. Bir kısmı ise ventral kökler vasıtasıyla projekte olur.

Arka köke gelen liflerin üçte biri kadarı miyelinsizdir. Özellikle ufak çaplı lifler (ince lifler) birkaç segment üste ve alta gidecek şekilde dallanırken, kalın lifler medial tarafta yollarına devam edip, arka kolonlarda yükselen ve alçalan dallara ayrılırlar; bu ana dallardan çıkan kollateraller arka boynuza penetre olur.

Ufak çaplı liflerin assendan ve dessendan dallarının çoğu Lissauer traktusuna dâhil olurlar. Bu traktus, spinal gri maddenin dorsolateral ucunda yer alır. Aksonlarının %80 kadarı primer afferentlerdir; diğer aksonlar ise komşu spinal gri maddedeki hücrelerden gelir.

A delta lifleri Rexed laminalarından I. ve III.'süne girerlerken, C lifleri II.'sine girerler. Bu ifadeler mutlak olmaktan ziyade, nisbîdir.

Az miktarda A delta lifi II. laminanın üst kısmına da girmektedir. I. ve II. laminalarda az miktarda non-nosiseptif A delta ve C primer afferentleri de mevcuttur. II. laminanın alt kısımlarıyla, III. ve IV. laminalar sâdece non-nosiseptif, miyelinli primer afferentleri alır. A delta lifleri V. laminaya da girerler.

I. laminanın alt kısmıyla, II. laminaya SÜBSTANSİA JELATİNOZA denir.

Ventral köklerden gelen bir miktar A delta ve C lifleri ise, muhtemelen, çoğunlukla kökün içindeki seyirlerini geriye doğru katlanma şeklinde değiştirerek, gene arka köklerden spinal giriş yapmaktadırlar.

Medülla spinalise giren lifler, burada, ikinci sıra nöronlarla sinaps yaparlar. Bu sinapslarda rol alan nörotransmitör adayları (hiç biri kat'î değildir) arasında P MADDESİ, SOMATOSTATİN, VAZOAKTİF İNTESTİNAL POLİPEPTİD (VIP)'in yanısıra, GLUTAMAT, ASPARTAT gibi eksitatör aminoasitler ve ADENOSİN TRİFOSFAT (ATP) nükleotidi de sayılmaktadır. Spinal nöronların nosiseptif afferent inputlarla aktive olan bir hızlı, bir de yavaş komponentinin olduğu, hızlı komponentin nörotransmitörlerinin aspartat, glutamat veya ATP, yavaş komponentin nörotransmitörünün ise P Maddesi olduğu düşünülmektedir.

Primer sensoriyel afferentlerin sinaps yaptıkları ikinci sıra nöronlar ise başlıca üç gruba ayrılır:

Projeksiyon nöronları

Eksitatör internöronlar

İnhibitör internöronlar

Projeksiyon nöronları, daha üst beyin merkezlerine iletmek üzere, nosiseptif mesajı röle ederler. Eksitator internöronlar ise nosiseptif mesajı röle edip ya projeksiyon hücrelerine, ya diğer internöronlara, ya da spinal refleksleri düzenleyen motor nöronlara iletirler. İnhibitör internöronlar ise nosiseptif transmisyonun kontrolüne katkıda bulunurlar. Bu noktada pek çok incelikler bulunmakla beraber, esas konumuzla pek ilgisi olmadığı için, bu kadar özetlemekle yetiniyorum.

Medulla spinaliste ağrının assendan iletimiyle vazifeli bölge anterolateral kadrandır. Gene de, bu kadranın selektif olarak tahrip edildiği ağrı cerrahisi girişimlerinden sonra, zamanla, ağrının kısmen veya tamamen geri döndüğü müşahade edilmektedir. Bu da, nöronal rejenerasyonun imkânsız olduğu bilindiğine göre, normalde ağrı duyumunu taşımayan yolların böyle durumlarda aktive olarak ağrı intikalinde rol aldıklarını düşündürmektedir.

Başlıca spinal ağrı iletici yollar neospinotalamik ve paleospinotalamik traktuslardır. Kısaca, ikisine birden, SPİNOTALAMİK TRAKTUS denir. periferik bir ağrı impulsunun merkeze intikali ve idrak edilmesi için bu traktusun sağlam olması şarttır.

Talamus

Spinotalamik traktus aksonları talamusa iki bölüm hâlinde ulaşırlar. Medial bölüm intralaminar kompleksin santral lateral nukleusunda ve nukleus submediusda sonlanırken, lateral bölüm ventrobazal nukleusun lateral

kısımında ve posterior nükleer grupta sonlanır.

Yüzden ve bâzı kafa yapılarından gelen nosiseptif inputlar ise (çoğunluğu trijeminaldır) gene iki kısım hâlinde talamusa ulaşırlar. Bunlardan lateral trijeminotalamik komponent medialdeki ventrobazal nükleusta sonlanır.

HER NE KADAR SPİNOTALAMİK TRAKTUS BÜYÜK ÖLÇÜDE ÇARPRAZLAŞIRSA DA, KÜÇÜK BİR KISMI İPSİLATERAL YÜKSELEREK İNTRALAMİNAR TALAMUSA PROJEKTE OLMAKTADIR.

Talamusun medial (santral lateral) ve lateral (ventrobazal) bölümlerinin farklı özellikleri vardır. Her ne kadar ikisi de nosiseptif spino-talamik traktus hücrelerinden input almaktaysa da, lateral talamik nükleuslar somatosensoriyel kortekse sınırlı kalın bir projeksiyonu doğurmaktadır. Talamusun ventrobazal kompleksine gelen inputlar ise kontralateral medulla spinalisten gelmekte ve daha yüzeysel arka boynuz laminalarında yer alan ve daha ufak reseptif sahaya sahip spino-talamik hücrelerden çıkmaktadırlar. Ventrobazal kompleksteki nosiseptif nöronlar topografik olarak düzenlenmiştir ve somatosensoriyel kortekse projekte olurlar. Buna karşılık, santral lateral nükleus, medulla spinalisin gri maddesinin daha derin laminalarında ve beyin sapı retiküler formasyonundaki hücrelerden bilateral inputlar alır. Bu alanın nosiseptif nöronlarının cilt ve derin dokulardan gelen, son derece iç içe geçmiş inputu vardır. Bunların aşikâr bir topografik düzenlenmesi yoktur. Medial talamusun nöronları ipsilateral korteksin geniş sahalarına projekte olurlar.

NOSİSEPSİYONDA ROL ALAN TALAMİK NÜKLEUSLAR

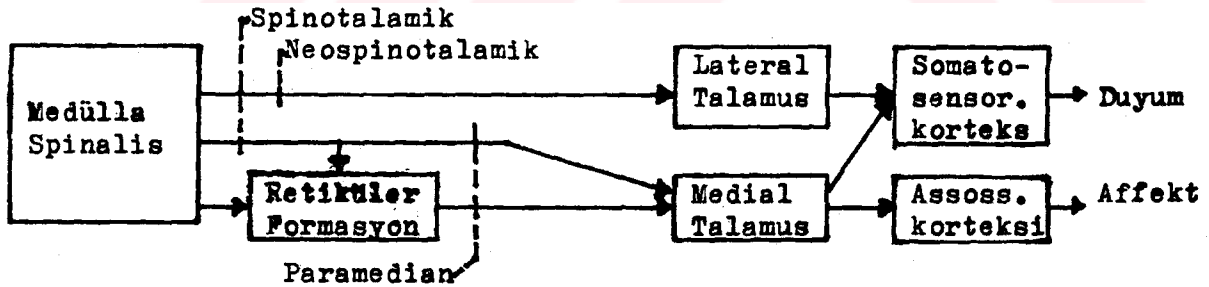
Nükleus	Kortikal Hedefi	Spinal Input Hücre Tipi (hâkim olan)	Reseptif Saha büyüklüğü
Ventrobazal	Primer somatosensoriyel	Lamina I,IV,V NS,GDR,NN	Kontralaterale sınırlı
Posterior	Sekonder somatosensoriyel (retroinsülar)	?	Büyük, genellikle bilateral
Santral lateral	Frontal, somatosensoriyel, vizüel	Lamina V,VII, VIII GDR, Kompleks	Büyük, genellikle bütün vücut
Submedius	Frontal	Lamina I NS?	Kontralaterale sınırlı?

NS: Nosiseptif Spesifik, **GDR:** Geniş Dinamik Ranjlı (pek çok duyuma hassas), **NN:** Non-Nosiseptif

Medial ve lateral nosiseptif sistemlere filojenetik açıdan bakıldığında, aralarında önemli farklar bulunduğu görülür. Spinoretiküler yol bütün vertebralılarda mevcuttur (balıklar ve amfibia gibi, direk spino-talamik projeksiyonu olmayanlar da dahil). Spinotalamik traktusu olmayan türlerde, nosiseptif mesajın beyne iletiildiği başlıca yol spinoretiküler traktustur. Spinotalamik projeksiyonu olmayan aşağı vertebralılarda, projeksiyon medial talamusa doğrudur. Evrimsel açıdan ilk ortaya çıkan yol bu medial projeksiyon olduğundan dolayı, PALEOSPİNOTALAMİK TRAKTUS adı verilmiştir. Bu yolun, filojenetik prekürsörü olan spinoretikülotalamik traktusla pek çok ortak tarafı vardır. Spinoretiküler ve paleospinotalamik yolların laminar menşelerinin ve reseptif sahalarının biribirlerinden ayrılması imkânsızdır. Retikülotalamik ve spinotalamik terminaller arasında da anlamlı iç içe girme söz konusudur. Ayrıca, derin spinal lami-

nalarda yer alan spinotalamik nöronların büyük bir kısmı beyin sapı retiküler formasyonuna kollateraller gönderir. Bunlardan dolayı, spinoretikülotalamik ve paleospinotalamik traktusları tek bir fonksiyonel entite olarak ele almakta pratik faydalar vardır. Bu yüzden, ikisine birden, tek olarak, PARAMEDIAN YOL (TRAKTUS) denmiştir (1).

Ansefalizasyonun tekâmülüyle birlikte, lateral talamik projeksiyon ortaya çıkmış ve en gelişmiş hâline de primatlarda ulaşmıştır. Ventrobazal komplekse giden direk spinal projeksiyona NEOSPİNOTALAMİK TRAKTUS adı verilmiştir. Ventrobazal komplekse projekte olan spinotalamik nöronların bazıları beyin sapı retiküler formasyonuna veya medial talamusa da kollateral dallar göndermektedirler; bu da, iki sistem arasında güçlü fonksiyonel bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Gene de, paramedian ve lateral yolların ayrı nosiseptif vazifeleri olduğu kat'îdir. Aşağıdaki şemada, bu yolların ilişkileri özetlenmiştir.



Somato-Sensoriyel Korteks

Somato-sensoriyel korteksin ağrı persepsiyonundaki rolü son derece tartışmalıdır. Bâzi araştırmalarda bu bölgenin lezyonlarında ağrı hissinin değişmediği bildirilirken, bazıları da tam tersi yazılmıştır.

Buna karşılık, bu bölgenin elektro-stimülasyonu veya bâzı iyi dokümente edilmiş epilepsi vak'alarında olduğu gibi, buradan menşe alan deşarjlarda, bâriz ağrı hissinin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu gelişkili gibi bir intibâ bırakan sonuçların sebebinin talamo-kortikal bağlantılardaki muhteliflik kadar, bâzı kimselerde ağrının kortikal reprezentasyonunun bilateral olması (tıpkı lisan gibi) muhtemeldir. Yâni, unilateral reprezentasyonu ne kadar güçlü ise, o hemisferin zedelenmesi hâlinde, kişinin ağrı hissi kaybı da o derece eiddi olacaktır.

Daha önce de değindiğimiz gibi, sâdece lateral talamik nükleusların (ventrobazal kompleks ve posterior kompleks) parietal lobla sınırlı projeksiyonları vardır. Medial talamik nükleusların ise (santral lateral ve submedius) yaygın kortikal projeksiyonları (bilhassa frontal loblara) mevcuttur. Neospinotalamik traktusla lateral talamusa gelen, oradan da parietal somato-sensoriyel kortekse giden bağlantının ağrının sensoriyel-diskriminatif yönünden, paramedian yolla (retiküler formasyon dâhil) medial talamusa, oradan da assosiyasyon korteksine, frontal loba giden bağlantının ağrının emosyonel-affektif yönüyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Nitekim, daha önce ağrının psikolojisinden bahsederken de anlatıldığı gibi, medulladaki nükleus retikularis gigantosellularisin veya bunun intralaminar talamik projeksiyonlarının uyarılması kaçma davranışına yol açmaktadır (1). Bu da, paramedian yolun, ağrının affektif yönünün oluşmasındaki önemini vurgulamaktadır.

Frontal Lob

Bir zamanlar, başa çıkılamayan ağrılardan müşteki hastalara, geniş frontal lobotomiler yapılması yoluna gidilmişti. Sonradan görüldü ki, bu ameliyatlara sâdece hastaların üçte birinde yeterli tesir hâsıl edebildiği gibi, çok ciddi kişilik problemlerine de yol açmaktaydı: Hastalar apatik, ağrıları da dâhil hiç bir şeyi umursamayan bir hâl alıyorlardı. Gerek ağrı tedavisi için, gerekse psikiyatrik bozuklukların düzeltilmesi için, artık tercih edilen bir yol olmamasının sebebi, frontal loba yapılan cerrahî müdahalelerin bu irreversibl yan tesirleri, sonuçlarıdır (1,58). Benzer klinik özelliklere bilateral talamik lezyonlarda da rastlanmıştır ("talamik demans") (51,59).

Üstelik, bu ameliyatın uygulandığı hastalarda ağrı hissi ortadan kalkmamakta, sâdece kişinin ağrısına aldırmış etmemesi gibi ilginç bir hâl meydana gelmekteydi. Sorulduğunda, hastalar ağrıyı hissettiklerini ifade ediyorlardı ve ağrı eşliğinde de bir değişiklik meydana gelmiyordu. Sâdece, bireyin ağrıya karşı affektif-emosyonel reaksiyonu iptâl edilmiş oluyordu. Gene de, bu bulgular sâyesindedir ki, paramedian yolun ve frontal lobun ağrı mes'elesindeki önemli rolü açığa kavuşturulabilmektedir.

Bu bahsi kapatırken vurgulanması gereken önemli bir husus, sinir sisteminin hiç bir bölgesinin diğerlerinden bağımsız çalışmadığı, bir bölgenin herhangi bir fonksiyonun "merkezi" olduğunu söylerken, bu ifadenin daha ziyade fonksiyonel bir anlam taşıdığına hatırlanmasıdır. Sinir sis-

temi dâima bir bütün olarak çalışmakta, belli fonksiyonlar için belli kısımları "tebâruz" etmektedir. Yâni o "merkez" figür hâline gelmekte, diğer kısımlar ise fonu (background) teşkil etmektedir. "Frontal lob ağrının affektif merkezidir, parietal lob sensoriyel merkezidir" derken, bu anlayışla hareket edilmiştir.

MODÜLASYON

Çok eskiden beri bilinen bir fenomen vardır: Savaşmakta olan askerler, dövüşmekte olan boksörler, maçta darbe alan futbolcular fazla acı duymazlar. Başka bir insanı ıstırapla bağırtacak travmaları minimal reaksiyonla, hattâ reaksiyonsuz bir şekilde tolere ederler. Stressör ortadan kalktıktan sonra da (savaş, dövüş, maç), aldıkları bu darbelerin veya yaraların acısını şiddetle yaşarlar. Bu gibi hâllerin izahında "vatan aşkı, hırs, forma sevgisi" gibi "layman" izahları sempatikliğini korumakla birlikte, birtakım biyolojik mekanizmaların da altta yatıyor olması gerektiği pek çok bilim adamının dikkatini çekmiştir. Bir yandan da, akupunktür ve benzeri uygulamaların nasıl tesir ettiği konusundaki araştırmalar ilerletilmiş, sonunda endojen ağrı inhibitörü mekanizmalar keşfedilmiştir. Bâzi mezensefalik bölgelerin elektro-stimülasyonu hayvanlarda ve insanlarda analjezi ortaya çıkarılabileceğinin gösterilmesi (Stimulation Produced Analgesia: Uyarıyla Oluşturulan Analjezi) de yol gösterici olmuştur.

Endojen ağrı inhibisyonuyla ilgili olduğu tespit edilen başlıca beyin bölgeleri şunlardır:

Periaküadüktal gri madde (mezensefalon)

Hipotalamik periventriküler gri maddenin rostral kısımları

Rostroventral medüllda bulunan rafe magnus nükleusları ve yanındaki retiküler formasyon

Rostroventral medüllanın periaküadüktal gri maddeden ve retiküler formasyondan bol inputu vardır.

Lateral ve dorsolateral pontin tegmentumun da nosiseptif cevapları inhibe edici tesiri olduğu ortaya konmakla beraber, bu bölge diğerleri kadar iyi tetkik edilmemiştir.

Bu intrinsik ağrı inhibitörü yolların aktivasyonu ile kaçma ve kaçınma davranışları da azaltılabildiğine göre, tâ spinal seviyeye kadar inen ve oradaki refleks davranışları da inhibe eden projeksiyonlar olması gerekmektedir; bu desendan projeksiyonlar muhtemelen dorsolateral funikülusta yer almaktadır.

Dorsolateral ponstan çıkan yollar noradrenerjik, rostral ventral medulladan çıkanlar ise serotonerjiktir. Medulla spinalis seviyesindeki nosiseptif inhibitörler de noradrenerjiktir ve alfa-2 reseptörleriyle fonksiyon göstermektedir.

Endojen morfin benzeri sübstansların ağrı kontrolünde önemli rolü vardır. Enkefalin, endorfin, dinorfin gibi isimler alan bu peptidlerin bağlanma yerlerine medulla spinalisin arka boynuzunun 1., 2. ve 3. la-

minalarında, trijeminal sinirin spinal nükleusunun pars kaudalisinde, periventriküler gri maddede, periakvadüktal gri cevherde, rafe magnus nükleuslarında, amigdalada, intralaminer talamik nükleuslarda, nükleus solitariusta, hipotalamusta, medial talamusta, habenular nükleuslarda ve korpus striatumda rastlanır (60).

Stres, korku, telkin gibi durumlarda endojen opiatların aktivite-
lerinin şiddetle arttığı ve bu artışın da serotonerjik ve noradrenerjik
kontrol altında olduğu bilinmektedir. Depresyonlarda bu nörotransmitör-
lerin mutlak veya nisbi eksikliğinin artık kabûl edildiği düşünülecek
 (61)
olursa, depressif spektrum hastalarında çok görülen ve bu araştırmada
da tespit edilen yaygın ağrı şikâyetlerinin altında yatan sebebin, en-
dojen ağrı inhibitörü yolların hipoaktivitesi olduğu iddiâ edilebilir.

PERSEPSİYON

Bütün bu kademelerden geçen ağrı impulsları, şuurdu ve dikkatli bir uyanıklık içinde bulunan kişi tarafından algılanacak (resepsiyon), gerekli sensoriyel ve emosyonel evaluasyon da yapıldıktan sonra, idrak edilmiş olacaktır (persepsiyon). İdrak, buraya kadar anlatılan bütün fizyolojik ve psikolojik süreçlerin sonucunda ortaya çıkan kompleks ve mültidimensiyonel bir hâdisedir.

ADALE KONTRAKSİYONU (GERİLİM) BAŞ AĞRILARININ MEKANİZMASI (14)

Bu tip baş ağrısı kendini hemen dâima strese, depresyona, anksiyete-ye, emosyonel çatışmalara, tükenmeye, bastırılan hostiliteye veya, basitçe, kişinin başa çıkamayacağı bir ortamda bulunmasına bağlı olarak belli eder. Servikal spondiloz veya diskopati gibi sebepler çok daha az sıklıkta görülür.

Bu tip baş ağrısının mekanizması, vücudun herhangi bir başka yerindeki kronik adale kontraksiyonununkiyle aynıdır. Dört kademede ortaya çıkan üç ayrı refleks arkından oluşur:

1. Adale spazmı genellikle mültisinaptik bir çekilme (withdrawal) refleksiyle başlatılır. Sinir lifleri lokal bir patolojik süreç tarafından stimüle edilir, impuls da direk olarak medulla spinalise, oradan da ventral köklere taşınır. Stimulus, daha sonra, efferent sifirler yolu / nöromüsküler birleşme yerine geçer; bu da, neticede, adalenin akut olarak kasılmasına ve ağrılı stimulusun yayılmasına yol açar.
2. İlk impuls, kendileri de stimüle olan polisaptik spinal yollar ve lemniskal sistem vasıtasıyla, medulla spinalisi yukarıya doğru kat ederek, talamik ve santral seviyelere ulaşır. Bu alanlarda, stimulus ağrılı olarak algılanır.
3. Bu noktada, beyin, retikülospinal sistem vâsıtasıyla, impulsları nakledip adale içciğini kastıran gamma-efferent nöronları aktive eder.

4. Adale iğciğinin kasılması sırasında, direk olarak ventral boy-
nuza giden monosinaptik bir stimulus da uyandırılacaktır. Bu durum-
da da, efferent periferik sinirdeki deşarj kuvvetlenecektir; daha
da önemlisi, adale kontraksiyonu da kuvvetlenecektir.

Başka bir organik sebebe bağılı olmayan gerilim tipi baş ağrılarının
tedavisinde, Wetherhead'in şemalarındaki gibi, antidepressifler ve/veya
muhtelif psikoterapötik, rölaksan metodlar tavsiye edilmektedir.

ARAŞTIRMA KISMI

VAK'ALAR

Vak'alarımızın, araştırma protokol numaralarına göre, isimlerinin

soyadlarının baş harfleriyle, klinik protokol numaraları şöyledir:

1. A. A., 2046	21. M. A., 4-934	41. G. K., 2053
2. K. A., 4-878	22. E. A., 4-549	42. M. M., 2060
3. A. B., 2063	23. A. A., 2050	43. İ. N., 1678
4. B. B., 4-275	24. H. A., 4-278	44. İ. O., 4-926
5. E. Ç., 4-554	25. L. A., 4-283	45. M. O., 4-282
6. V. G., 2062	26. Z. A., 1663	46. M. S., 1676
7. M. K., 2049	27. Ş. A., 4-545	47. H. S., 4-584
8. D. M., 2057	28. Ü. A., 2051	48. E. S., 1684
9. H. Ö., 4-276	29. Y. A., 1664	49. A. T., 2056
10. T. S., 4-284	30. A. A., 2059	50. S. T., 1675
11. İ. T., 2047	31. S. B., 1665	51. F. T., 4-280
12. M. Y., 1679	32. D. C., 4-1036	52. M. Y., 1667
13. M. G., 1671	33. N. Ç., 2052	53. S. T., 1681
14. Ş. H., 1682	34. H. D., 1669	54. A. Y., 2054
15. M. K. K., 2061	35. H. D., 4-886	55. F. Y., 1683
16. Ş. K., 2048	36. G. D., 4-279	56. R. K., 1674
17. T. K., 1680	37. N. E., 4-1035	57. M. R., 1668
18. B. Y., 4-277	38. C. I., 1670	58. N. Y., 2055
19. M. E., 1672	39. F. K., 1673	59. N. K., 4-281
20. V. T., 2058	40. H. K., 1677	60. H. D., 1666

Vak'aların ilk 20 tanesi erkek, diğerleri kadındır.

AMAC ve YÖNTEM

Organik kaynaklı olmayan baş ağrılarının etiyo-patogenezinde psikolojik faktörlerin önemi oldukça iyi bilinen bir konudur. Bu tip baş ağrılarında yakınam ve en az iki hekim tarafından muayene edilerek teşhisle varılan vak'aların çok yönlü psikiyatrik ve psikolojik değerlendirilmesi yapılmıştır. Vak'aların hepsi de, organik ihtimâller bertaraf edildikten sonra, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı bünyesinde multidisipliner fonksiyen gösteren Baş Ağrısı Polikliniği, İstanbul (Çapa) Tıp Fakültesi Algoloji Ünitesi veya Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Algoloji Ünitesi tarafından kliniğimize gönderilen hastalardan oluşmaktadır. Çalışmaya dâhil edilen vak'alar seçilirken, non-organik elmalarının yanı sıra, 16-65 yaş arası elmalarına da dikkat edilmiştir. Vak'alar, tarafımıza müracaat sıralarına göre çalışmaya dâhil edilmişler ve başka bir eksklüzyen veya inklüzyen kriteri kullanılmamıştır. Her bir vak'a psikiyatrik ve psikometrik yönden tek tek incelenmiş ve hastalara Rorschach Kişilik Testi, Alexander veya Cattell Zekâ Testleri, Zung Depresyon Skalası, Spielberger Durumluk Anksiyete Skalası, Hayat Olayları Skalası uygulanmıştır. Her bir hastanın tahsil durumu, ekonomik durumu ve sosyokültürel durumu düşük, orta veya yüksek olarak değerlendirilmiştir. Baş ağrısının tipi gerilim, vasküler, kombine veya atipik olarak değerlendirilmiş olup, uygulanan ilâç veya diğer tedaviler ve hastanın bunlara cevabı da yok, az, orta, iyi veya çok iyi olarak kaydedilmiştir.

Her vak'anın teşhisi (psikiyatrik açıdan) DSM-III-R kriterlerine gö-

re koyulmuş, medenî hâlleri, meslekleri ve yaşları kaydedilmiştir.

Uygulanan Rorschach Kişilik Testi ile hastalar 10 ayrı açıdan incelenmiştir:

A) DIŞ GERÇEKLERE YAKLAŞIM

1-ÇOK YÖNLÜ: Olayları değişik açılardan ele alabilen, gerektiğinde olayları bir bütün olarak görebildiği gibi, olayların önemli, küçük detaylarını da değerlendirebilen yaklaşım.

2-KATI-AŞIRI SONUT: Olayları daha çok biçimsel özellikleri ile ele alan, ayrıntılara takılıp, olumlu bütünleştirmelere gitmekte güçlükleri olan yaklaşım.

3-HER ŞEYE HAKİM OLMA ÇABALARIYLA BİRLİKTE TELÂFİYE YÖNELİK DAVRANIŞ: İlgüvensizliği sebebiyle olayları mutlak bir bütün olarak ele almaya, olaylar üzerinde denetim kurmaya çalışsan ancak bunu başaramadığında yâni komplike, önemli bütünleştirmelere gidemediğinde, olayların çok küçük, önemsiz ayrıntılarına takılıp kalan yaklaşım.

4-KAÇIŞ DAVRANIŞLARIYLA BELİRLENEN SAVUNUCU YAKLAŞIM VE İNHİBİSYON, NEGATİVİZM: Olaylar karşısında inhibisyona uğrayan, güvensizliği sebebiyle olaylarla yüzyüze gelmek ve kendinden açık vermek korkusuyla kaçış davranışlarına sığınan yaklaşım.

5-İLKEL, BASİT, AYRIŞMAMIŞ: Olaylara tümüyle onlardan aldığı genel (kabataslak) izlenimlerden yola çıkmak suretiyle yüzeysel yaklaşım.

B) GERÇEKLERİN ALGILANILMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

1-NESNEL, AKILCI: Gerçekleri, olayları doğru değerlendirebilen, rasyonel, mantıklı, objektif yaklaşım.

2-AŞIRI BİÇİMCİ VE KURU: Olaylara kendinden bir şey katmayan, yaratıcı olmayan, olayları oluşturan şartları düşünmeksizin bunları karşılaştığı biçimleriyle değerlendirmeye giden yaklaşım.

3-TÜMÜYLE ÖZNEL, UYUMSUZ: Tümüyle kendi duygu ve beklentileri doğrultusunda hareket ettiğinden gerçekleri değerlendirişi oldukça bezuk, akılcılıktan uzak yaklaşım.

C) DUYGULARIN İFADESİ VE KULLANIMI

- 1-Hafif labil
- 2-Çiğ ve kontrolsüz
- 3-Kısmen veya tümüyle (aşırı biçimde) bastırılmış
- 4-Cansızlaştırılmış, dondurulmuş
- 5-Uygun bir biçimde ifade edilen duygular

D) AFFEKTİF İHTİYAÇLAR VE İFADELERİ

- 1-Normal
- 2-Zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler
- 3-İlkel, çiğ, kontrolsüz oral dürtüler
- 4-Tümüyle bastırılmış

E) SOSYAL ÇEVREYLE İLİŞKİLER

- 1-Uyumlu ve doyurucu
- 2-Yoğun ilişki isteği, ancak başarısız
- 3-İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrizm
- 4-İlişkiler kuru ve yüzeysel
- 5-Sosyal çevre izolasyonu

F) ANKSİYETENİN NİTELİĞİ

- 1-Dış nesnelere bağlı, febik türde
- 2-Free-floating (serbest gezen)
- 3-Öz-beğeninim azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete
- 4-Parçalanma, çözülme

G) AGRESSİF VE CİNSEL DÜRTÜLERİN İFADESİ

- 1-Kontrollü
- 2-Zaman zaman kontrolsüz
- 3-Çiğ ve ilkel
- 4-Aşırı bastırılmış

H) BEDEN İMAJI

- 1-Önemli bir bezukluk yok
- 2-Bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları
- 3-Tümüyle bezuk ve parçalanmış

I) KİŞİLİK

- 1-İçe dönük
- 2-Dışa dönük
- 3-Daralmış
- 4-Zengin

J) EGO YAPISI VE GÜCÜ

- 1-Güçlü
- 2-Hafif regressif eğilimleri olan çocuksu ego
- 3-Katı savunmaları olan zayıf ego
- 4-Birincil süreçlerin egemen olduğu zayıf ego

BULGULAR

Çalışmaya 60 vak'a alınmıştır. Bunların 20'si erkek (%33.3), 40'ı kadındır (%66.7). 16 ilâ 57 yaşları arasındaki hastaların yaş ortalaması 35.2'dir. Erkeklerin yaş ortalaması 39.9, kadınlarınki 33.8 bulunmuştur.

Vak'aların 47'si evli (18 erkek, 29 kadın), 9'u bekâr (2 erkek, 7 kadın), 4'ü duldur (hepsi kadın).

Vak'aların mesleklerine göre sıralanışı ise şöyledir: 31 ev hanımı, 10 memur, 9 serbest meslek, 4 işçi, 3 emekli, 2 talebe, 1 beşta gezer

(erkek).

Tahsil Durumu:

	<u>Yok</u>	<u>İlk.</u>	<u>Orta</u>	<u>Lise</u>	<u>Ünv.</u>
Erkekler	0	8	2	4	6
Kadınlar	7	20	7	2	4

Burada, erkekler arasında hiç tahsilsiz kimsenin bulunmamasına karşılık, 7 kadının hiç okula gitmemiş olması dikkat çekicidir (kadınların %17.5'u; yaklaşık 1/6'sı). Bu bulgunun, Türkiye'nin genel öğretim seviyesi ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Ekonomik Durum:

	<u>Düşük</u>	<u>Orta</u>	<u>İyi</u>	<u>Yüksek</u>
Erkekler	2	16	2	0
Kadınlar	0	36	3	1

Bu bulgular da, hastalarımızın genel olarak orta hâlli olduklarını göstermektedir.

Sosyokültürel Durum:

	<u>Düşük</u>	<u>Orta</u>	<u>İyi</u>	<u>Yüksek</u>
Erkekler	6	9	3	2
Kadınlar	20	16	1	3

Bu bulgulara göre, hastalarımızın sosyo-kültürel durumları genel olarak orta ve ortanın altındadır.

Rorschach Bulguları:

<u>DIŞ GERÇEKLERE YAKLAŞIM</u>	<u>GENEL %</u>	<u>ERKEK %</u>	<u>KADIN %</u>
1-Cek yönlü	1.66	0	2.5
2-Katı, aşırı somut	10	5	12.5
3-Her şeye hâkim olma çabalarıyla birlikte te-lâfiye yönelik davranış	33.34	40	30
4-Kaçış davranışlarıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon	40	35	42.5
5-İlkel, basit, ayrışmamış	15	20	12.5

GERÇEKLERİN ALGILANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Nesnel, akılcı	3.34	5	2.5
2-Zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz değil	60	65	57.5
3-Aşırı biçimci ve kuru	31.66	30	32.5
4-Tümüyle öznel ve uyumsuz	5	0	7.5

DUYGULARIN İFADESİ VE KULLANIMI	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Hafif labil	26.66	25	27.5
2-Çiğ ve kontrolsüz	5	10	2.5
3-Aşırı bastırılmış	45	50	42.5
4-Cansızlaştırılmış, dondurulmuş	18.34	10	22.5
5-Uygun biçimde ifade edilen duygular	5	5	5

AFFEKTİF İHTİYAÇLAR VE İFADELERİ	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Normal	11.66	10	12.5
2-Zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler	13.34	20	10
3-İlkel, çiğ, kontrolsüz oral dürtüler	3.34	5	2.5
4-Tümüyle bastırılmış	71.66	65	75

SOSYAL ÇEVREYLE İLİŞKİLER	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Uyumlu ve devurucu	5	5	5
2-Yoğun ilişki isteği, ancak başarısız	13.34	10	15
3-İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrizm	5	10	2.5
4-İlişkiler kuru ve yüzeysel	60	65	57.5
5-Sosyal çevre izolasyonu	16.66	10	20

ANKSİYETENİN NİTELİĞİ	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Dış nesnelere bağlı, fobik türde	23.35	15	27.5
2-Free-floating	21.67	15	25
3.Özbeğeninim azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete	31.66	45	25
4-Parçalanma, gözüleme	6.66	5	7.5
5-Anksiyete tespit edilemedi	16.66	20	0

AGRESSİF VE CİNSEL DÜRTÜLERİN İFADESİ	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Kontrollü	30	25	32.5
2-Zaman zaman kontrolsüz	28.33	35	25
3-Ciğ ve ilkel	5	5	5
4-Asırı bastırılmış	36.67	35	37.5

BEDEN İMAJI	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Önemli bir bezukluk yok	21.66	20	22.5
2-Bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları	78.34	80	77.5
3-Tümüyle bezuk ve parçalanmış	0	0	0

KİŞİLİK	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-İçe dönmük	16.66	5	22.5
2-Dışa dönmük	15	25	10
3-Daralmış	63.34	70	60
4-Zengin	5	0	7.5

EGO YAPISI VE GÜCÜ	GENEL %	ERKEK %	KADIN %
1-Güçlü	1.66	0	2.5
2-Hafif regresif eğilimleri olan çocuğu ego	50	40	55
3-Katı savunmaları olan zayıf ego	38.34	45	35
4-Birincil süreçlerin hakim olduğu zayıf ego	10	15	7.5

Vak'alarımızın %98.34'ünde dış gerçeklere yaklaşımın çek yönlü olmadığı görülmüştür. Hastaların %40 gibi bir bölümünde ise, olaylar karşısında inhibisyona uğrayan, güvensizliği sebebiyle olaylarla yüz yüze gelmekten ve kendinden açık vermekten korkup, kaçış davranışına sığınan bir yaklaşım sergilenmektedir. Bu yaklaşıma kadınlarda erkeklerden biraz daha fazla eranda rastlanmıştır (%7.5'lük fark) ve erkeklerdeki yüzde 35, kadınlardaki yüzde 42.5 bulunmuştur. Erkek hastalarda ön sırayı her şeye hâkim olma çabalarıyla birlikte telâfiye yönelik davranış biçimi almaktadır (%40); bu oran, kadınlarda, %30'a düşmektedir. Diğer yaklaşım biçimleri daha düşük oranlarda bulunmuştur ve cinsiyetler arasında önemli farklar tespit edilmemiştir.

Gerçeklerin algılanması ve değerlendirilmesinde, zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz olmayan davranış erkeklerde %65, kadınlarda %57.5 gibi bir erana sahiptir. Ağır biçimci ve kuru davranış 31.66 oranında bulunmuştur ve kadınlarla erkekler arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Tümüyle öznel ve uyumsuz davranışa erkeklerde rastlanmazken, kadınlarda %7.5 nispeti tespit edilmiştir.

Duyguların ifadesi ve kullanımında aşırı bastırılmış duyguların her iki cinsiyette de yüksek olduğu bulunmuştur (erkeklerde %50, kadınlarda %42.5, genel ortalama %45). Bunu, %26.66 gibi bir oranla, hafif labil duygular izlemektedir ve cinsiyetler arasında anlamlı fark arz etmemektedir. Cansızlaştırılmış, dondurulmuş duygulara üçüncü sıklıkla rastlanmıştır (%18.34) ve kadınların (%22.5) erkeklerden (%10) daha yüksek oran-

da böyle duygulara sahip oldukları tespit edilmiştir. Çiğ ve kontrolsüz duygular ise kadınlarda daha az (%2.5), erkeklerde fazla (%10) bulunmakla beraber, bunlar bütün grubun %5'ini oluşturmaktadır. Uygun biçimde ifade edilen duygular grubun sadece %5'inde bulunmuştur ve cinsiyetler arasında önemli fark yoktur.

Affektif ihtiyaçlar ve bunların ifadesinin değerlendirilmesinde, vak'aların %71.66 gibi büyük bir çoğunluğunun bu ihtiyaçlarını tümüyle bastırıldığı gözlenmektedir (kadınlarda %75, erkeklerde %65). Zaman zaman aşırıya kaçan beklentilere ise erkeklerde (%20) kadınlardan daha yüksek (%10) oranda rastlanmıştır (genel olarak %13.34). Vak'aların %11.66 gibi önemli bir kısmının affektif ihtiyaçlarını normal ifade edebildiği, %3.34'ünün ise ilkel, çiğ ve kontrolsüz oral dürtülere sahip olduğu bulunmuştur.

Sosyal çevreyle ilişkiler %95 oranında bozuk bulunmuştur. Ön sırayı %60 oranıyla kuru ve yüzeysel ilişkiler almaktadır (erkeklerde %65, kadınlarda %57.5). Sosyal çevre izolasyonuna kadınlarda (%20) daha yüksek oranda rastlanırken (erkeklerde %10), aşırı bağımlılık ve egosantrik ilişki tarzı ile uyumlu ve doyurucu ilişkilere %5 oranlarında tesadüf edilmiştir.

Özbeğenin azalmasına ve beden tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyetenin genelde %31.66 olan oranı erkeklerde %45'e yükselmekte iken, kadınlarda %25'e düşmektedir. Kadınlarda ise, dış nesnelere bağlı fevik türde anksiyete %27.5 ile ön sırayı almaktadır. Gene kadınlarda, free-

floating türde anksiyetenin oranı özbeğeniminin azalmasına bağlı anksiyete ile eşittir (%25). Erkeklerde ise ikinci sıraya %20 ile anksiyetesi olmayanlar teşkil ederken, free-floating anksiyetesi olanlar %15, fevik türde anksiyetesi olanlar %15 oranında bulunmuştur. Parçalanma, çözülmeye anksiyetesine sadece % 6.66 oranında rastlanırken, bu açıdan cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Agressif ve cinsel dürtülerin ifadesi bütün vak'aların %36.67'sinde aşırı bastırılmış, %28.33'ünde zaman zaman kontrollsüz bulunmuştur (bu iki grupta cinsiyetler arasında %10 fark mevcuttur). Kontrollü ifade biçimine kadınlarda (%32.5) erkeklerden (%25) biraz daha fazla rastlanmıştır (genel ortalama %30). Çiğ ve ilkel dürtülere her iki cinste de %5 oranında rastlanmış olmaktadır.

Bedenleriyle ilgili güvensizlik duyguları her iki cinste de birbirine yakın oranlardadır (erkeklerde %80, kadınlarda %77.5, genel %78.34). Tümüyle bezuk ve parçalanmış beden imajına hiç rastlanmazken, vak'aların %21.66'sında da önemli bir bezukluk bulunmamıştır.

Daralmış kişilik yapısı kadınlarda %60, erkeklerde %70 oranındadır. İçe dönüklük oranı ise bariz bir şekilde kadınlarda yükselmekte ve %22.5'a ulaşmaktadır (erkeklerde %5). Buna karşılık, dışa dönüklük oranı erkeklerde %25 iken, kadınlarda %10'a düşmektedir. Zengin kişilik yapısına ise sadece %5 oranında ve kadınlarda rastlanmıştır.

Hastalarımız ego yapısı ve gücü açısından değerlendirildiğinde, %50 ile hafif regressif eğilimleri olan çocuksu ego yapısının ilk sırayı aldığı ve cinsiyetler arasında bu açıdan %15'lik bir fark olduğu görülmektedir (kadınlarda %55, erkeklerde %40). Bunu, %38.34 gibi büyük bir oranla, katı savunmaları olan zayıf ego takip etmektedir ve cinsiyetler arası fark düşüktür. Birincil süreçlerin hakim olduğu zayıf ego yapısına %10 oranında ve az cinsiyet farkı ile rastlanmıştır. Güçlü ego yapısının sadece %1.66 oranında bulunabilmiş olması, vak'aların %98.34'ünün yetersiz bir egoya sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Zekâ Ölçümü Bulguları:

Hastalarımızın zekâ bölümü ortalaması 86.65 bulunmuştur. Bu sonuç, hastalarımızın zekâ bölümleri ortalamasının "orta" seviyede olduğunu ortaya koymuştur. Başka açıdan değerlendirildiğinde ise, hastaların %71.66'sında (43 kişi) zekâ düzeylerinin normalin altında, %28.34'ünde normal veya normalin üstünde (17 kişi) olduğu görülmektedir. Bu ayrım yapılırken, 96 zekâ bölümü kriter olarak kabul edilmiştir.

Zung Depresyon Skalası Bulguları

Zung depresyon skalası verdiğimiz 60 hastanın 45'inde, yani vak'aların %75'inde depresyon tespit ettik. Bunların 25'inde belirgin düzeyde, 12'sinde hafif, 8'inde şiddetli derecede depresyon bulundu. Belirgin düzeyde depresyonu olanlar, depresyon tespit edilen grubun %55.55'ini, hafif düzeyde depresyonu olanlar %26.67'sini, şiddetli düzeyde depresyonu olanlar %17.78'ini meydana getirmekteydi. Tüm grubun %25'inde depresyon

bulunamadı; %20'sinde hafif, %13.33'ünde şiddetli, %41.67'sinde belirgin düzeyde depresyon bulundu. Tüm olarak grubun depresyon puanı ortalaması 57.7'dir. Bu, grubun hafif düzeyde depresyonu olduğunu göstermektedir.

Spielberger Durumluk Anksiyete (Kaygı, İş Sıkıntısı) Skalası Sonucu

Ön bilgi: Durumluk kaygı, ferdin içinde bulunduğu stres hâli yüzünden hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak da, etken sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma veya kızarma ve titreme gibi fizik değişimler, ferdin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur.

Yüzdelik puan, bir ferdin puanının, en düşük ham puandan itibaren kaçınıcı olduğunu yüzde olarak ifade eder. Yüzdelik puanı 65 olan bir öğrencinin ham puanının, grubun %64'ünün puanlarından yüksek ve %34'ünün puanlarından düşük olduğu, başka bilgilere gerek duyulmaksızın söylenebilir. Yüzdelik puanları mutlak başarı oranlarından farklıdır. Mutlak başarı oranında söz konusu olan yüzde, herhangi bir ham puanın, mümkün olan en yüksek puana göre yüzdesidir. Oysa ki, yüzdelik puanlarda söz konusu olan "yüzdelik" herhangi bir ham puanın, ham puanlar sırasındaki yeridir. Bu ayrımın yapılabilmesi için, Türkçe'deki "yüzde" kelimesi yerine, "yüzdelik" terimi kullanılmaktadır.

Bulgular: Grubumuzun Spielberger durumluk anksiyete puanı ortalaması 44.48, standart sapması da 11.29 bulunmuştur (erkeklerde 41.25, kadınlarda 46.1). Bu elde edilen durumluk anksiyete puanı daha önce yapılmış

öğrenci, normal yetişkinler, fiziksel hastalar ve psikiyatrik hastaların normal şartlardaki durumluk anksiyete puanı ortalamaları ile karşılaştırıldığında, şöyle bir sonuç elde edilmiştir: Grubumuzun fiziksel hastalar grubu içinde bulunan ve bu grup içinde en yüksek puana sahip olan diyaliz hastalarının durumluk kaygı puanına yakın bir kaygı puanı söz konusudur. Diyaliz hastalarının durumluk kaygı puanı ortalaması 45.33, standart sapması 9.96'dır. Psikiyatri polikliniği hastalarının ortalama puanı 50.85, klinik hastalarının ise 52.38'dir.

Grubumuzdan elde ettiğimiz 44.48 durumluk anksiyete (kaygı) puanının yüzdeler sırasını normal yetişkinlere göre tespit etmeğe çalıştığımızda, 79 yüzdeler gibi yüksek bir değerle karşılaşmaktayız. Bu sonuç, grubumuzun 44.48 olan ham puanının normal yetişkin grubunun %78'inden yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Hayat Olayları Skalası Sonuçları:

Ön bilgi: Hayat olayları skalası, kişinin, 6 aylık dilimler halinde, son iki sene zarfında başından geçen olaylar (hayat olayları) hakkında bilgi veren ve bunlara intibak edebilme derecesini 0 ile 100 arası puanlarla ifade eden bir ankettir. Anketi cevaplayan kişiler, intibak puanlarını da kendileri takdir eder ve yazarlar. Çalışmamıza dahil olan hastaların kültürel düzeylerinin düşüklüğünden dolayı olacak, bu puanlamaları değru ve isabetli yapamamış olduklarını gördük. Bundan dolayı, sonuçları daha global olarak dikkate almaya karar verdik.

Bulgular: Hastalarımızın büyük çoğunluğunda ev ve aileyle ilgili ha-

yat olaylarının yoğun olduğunu bulduk. İkinci sırayı sağlıkla ilgili sorunlar, üçüncü sırayı kişisel ve toplumsal sorunlar, dördüncüyü ise mad-
di problemler oluşturmaktaydı.

Tehisler:

Varılan tehisler, sıklık sırasına göre, şöyledir:

- 1.DİSTİMİA: 20 vak'a (%33.2) 4 erkek 16 kadın
- 2.SOMATOFORM AĞRI BOZUKLUĞU: 10 vak'a (%16.5) 7 erkek 3 kadın
- 3.SOMATİZASYON BOZUKLUĞU: 9 vak'a (%15) 1 erkek 8 kadın
- 4.MAJÖR DEPRESYON: 5 vak'a (%8.2) Hepsi kadın, 1 tanesi MELANKOLİK TİP
- 5.DAHA FAZLA BELİRLENEMEYEN DEPRESSİF BOZUKLUK: 4 vak'a (%6.5) 1 erkek
3 kadın
- 6.DAHA FAZLA BELİRLENEMEYEN ANKSİYETE BOZUKLUĞU: 3 vak'a (%5) 2 erkek
1 kadın
- 7.MİGREN (PSİKİYATRİK BOZUKLUK YOK): 2 vak'a (%3.3) 1 erkek 1 kadın
- 8.JENERALİZE ANKSİYETE BOZUKLUĞU: 2 vak'a (%3.3) 1 erkek 1 kadın
- 9.ŞİZÖİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU: 1 vak'a (%1.5) erkek
- 10.KRONİK PARANOİD ŞİZOFRENİ: 1 vak'a (%1.5) erkek
- 11.ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK: 1 vak'a (%1.5) erkek
- 12.ANKSİYÖZ MOODLU ADJUSTMENT BOZUKLUĞU: 1 vak'a (%1.5) erkek
- 13.BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU: 1 vak'a (%1.5) erkek
- 14.HİPOKONDRIAZİS: 1 vak'a (%1.5) kadın

Baş Ağrısının Tipi:

- Gerilim Tipi: 28 vak'a (%46.6)
Atipik: 16 vak'a (%26.7)
Kombine (Mikst) Tip: 10 vak'a (%16.7)
Vasküler Tip: 6 vak'a (%10)

Erkekler ve kadınlar arasında dikkati çekici bir fark bulunmamıştır.

Tedaviye Cevap:

Çok iyi: 18 vak'a (%30)

Orta: 15 vak'a (%25)
 Terk: 11 vak'a (%18.5)
 İyi: 10 vak'a (%16.5)
 Az: 6 vak'a (%10)

Bu bulgular, hastaların %71.5'unun tedaviden ortalayla çok iyi derece arasında fayda gördüklerini ortaya koymaktadır. Az derecede fayda görenler de katılacak olursa, tedaviden az veya çok fayda görenlerin oranı %81.5'a çıkmaktadır. Kalan %18.5 oranındaki hastalar tedaviyi terk etmiş olmakla birlikte, bunların hepsinde de sebebin fayda görmemek olduğunu söylemek zordur; en azından bazıları, bir miktar iyileşmeler dahi, daha fazla yararlanacakları düşüncesiyle, başka yerlere müracaat etmiş de olabilirler.

Baş ağrısının tipiyle terk veya iyileşme oranları arasında dikkati çekici bir ilişki bulunmamıştır.

Uygulanan İlâç Tedavileri:

Verilecek ilâçlar seçilirken tamamiyle vak'anın özelliklerine göre hareket edilmiş olup, belli bir standart takip edilmemiştir ve amprik davranılmıştır. Bütün vak'alara, poliklinik şartlarının elverdiği ölçüde, empatik ve destekleyici bir yaklaşım gösterilmiştir.

İmpramin+trifluoperazin: 15 vak'ada (%25)
 İmpramin+pimozid: 10 vak'ada (%16.4)
 Maprotilin: 7 vak'ada (%11.5)
 İmpramin: 5 vak'ada (%8.3)
 Amitriptilin: 5 vak'ada (%8.3)
 Maprotilin+trifluoperazin: 3 vak'ada (%5)
 Pimozid: 2 vak'ada (%3.4)

Amitriptilin+trifluoperazin: 2 vak'ada (%3.4)
 Kloimipramin+trifluoperazin: 2 vak'ada (%3.4)
 Maprotilin+pimozid: 2 vak'ada (%3.4)
 Kloimipramin: 1 vak'ada (%1.7)
 Karbamazepin+tioridazin: 1 vak'ada (%1.7)
 Amitriptilin+haloperidol: 1 vak'ada (%1.7)
 İmipramin+pimozid+karbamazepin: 1 vak'ada (%1.7)
 Tedavi verilemeyen: 1 vak'a (%1.7)
 Akupunktür uygulanan: 2 vak'a (%3.4)

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmamıza dahil ettiğimiz vak'aları tamamiyle geliş sıralarına göre aldığımız hatırlanacak olursa, kadınların erkeklerin iki misli fazla olması dikkat çekicidir. Bunun sebebi kadınlarda baş ağrısı şikâyetinin daha fazla görülmesi olabileceği gibi, erkeklerin hekime müraccatta daha çekimser davranmaları da olabilir. Somatizasyon Bozukluğu, Distimia, Majör Depresyon ve Daha Fazla Belirlenemeyen Depressif Bozukluk teşhisi alan vak'aların ekserisininin kadın olması, kadınların somatizasyona ve ruhf çatışmalarını vücut lisaniyla, ezcümle baş ağrısıyla ifade etmeye daha yatkın olduklarını düşündürmektedir. Orta ve düşük sosyokültürel ve ekonomik düzeydekilerin çoğunluğu oluşturduğu kadınlar grubunun büyük çoğunluğu (40 kadından 31'i) ev hanımıdır.

Her iki cinsiyette de kaçış davranışlarıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyonun ön planda geldiği, bunu her şeye hâkim olma çabalarıyla birlikte telâfiye yönelik davranış tarzının izlediği dikkati çekmektedir. Çok yönlü ve sıhhatli yaklaşımın her iki cinsiyette de çok düşük olduğu görülmektedir (%1.66). Vak'alarımızın tamamına yakın bir kısmının, dış gerçeklere yaklaşımda, en azından nörotik davrandıkları söy-

lenebilir.

Gene vak'alarımızın sadece %3.34'ünde gerçeklerin algılanılması ve değerlendirilmesinde nesnel ve rasyonel davranış bulunabilmiştir. Aynı nörotik yaklaşımı bu bulgular da teyit etmektedir.

Kadınlarda sosyal çevreden izolasyon ve cansızlaştırılmış, dondurulmuş duygulara erkeklerden oldukça fazla oranda rastlanmış olması ilginçtir. Bu da, ruhî çatışmaların ifadesinde vücut lisanının ve baş ağrısının kadınlarda daha fazla yapıldığına bir delil olarak yorumlanabilir. Gerek erkeklerde, gerekse kadınlarda duyguların aşırı derecede bastırılmış olduğu dikkat çekicidir ve %45 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Nitekim, affektif ihtiyaçların ve ifadelerinin tümüyle bastırılmış olduğu tespit edilen vak'aların oranı da son derece yüksektir: %71.66. Bu derece inhibisyon ve represyonun yaratacağı stres mutlaka büyük olacaktır. Bu bulgulardan bekleneceği gibi, gerilim tipi baş ağrıları %46.6 ile, başı çekmektedir. Kombine (mikst) tip baş ağrısı olan vak'alar da %16.7 gibi bir bölümü teşkil ederlerken, hastalarımızda bütün organik ihtimâllerin ekarte edilmiş olduğu hatırlanacak olursa, %26.7'lik "Atipik Baş Ağrıları" grubunu da büyük ölçüde "psikojenik" kabul edebiliriz. Bu üç grubun toplamı %90 oranına oluşturmaktadır.

Geriye kalan %10'luk vasküler sefalalji vak'alarından sadece 2'sine Migren teşhisi konmuş ve başka bir psikiyatrik sorun olmadığı düşünülmüştür. Oysa ki, bu tip baş ağrısına 4 vak'ada daha rastlanmıştır; bunlardan ikisinde Distimis, birinde Majör Depresyon, birinde de Somatizas-

yon Bozukluğu teşhisine varılmıştır. Hepsinde de, esas psikiyatrik bozukluğa yönelik uygun tedaviyle, baş ağrısında iyi veya çok iyi derecede düzelme görülmüştür. Sâf Migren teşhisine varılan iki vak'aya ise sadece akupunktür uygulanmış, birinde çok iyi, öbüründe orta derecede iyileşme elde edilmiştir. Kombine ağrılı grupta ise 4 Distimia, 3 Somatizasyon Bozukluğu, 1 Somatoform Ağrı Bozukluğu, 1 D.F.B. Depressif Bozukluk, 1 Majör Depresyon tespit edilmiştir. Bu bulgular da göstermektedir ki, sadece baş ağrısının tipine bakıp, organiziteyi de ekarte edince, özellikle migren teşhisine çok kolay varılmamalıdır. Distimik veya Majör Depresyonlu bir vak'adaki baş ağrıları, fenomenolojik olarak, vasküler olduğu için Migren diye nitelendirilebilirse de, alttaki psikiyatrik sorun düzeltilmedikçe, bu ağrıların da geçmediği görülecektir. Meselâ, sâf Migren hastalarında son derece tesirli bir tedavi yöntemi olan akupunktür, depressif ve somatoform baş ağrılarına pek etkili olmamaktadır (52).

Özbeğenin azalmasına ve beden tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyetenin erkeklerde çok yüksek bulunması, toplumumuzun pederşahî ve erkeğin güçlü olmasına fazla önem veren geleneksel yapısının bir yansıması olarak kabûl edilebilir. Buna karşılık, bedeniyle ilgili güvensizlik duygularına her iki cinsiyette de yüksek oranda rastlanmıştır.

Agressif ve cinsel duyguların aşırı bastırılmış olması (%36.67) ve zaman zaman kontrolsüz ifade edilmesi (%28.33) Engel ve Weatherhead'in

düşüncelerini teyit eden bulgulardır (16,42).

Her iki cinsiyette de sosyal çevreyle ilişkilerin yetersiz, yüzeysel veya başarısız bulunması dikkat çekicidir. Uyumlu ve doyurucu ilişki düzeyi bütün vak'aların sadece %5'inde tespit edilebilmiştir. Vak'alarımızdaki baş ağrılarının bu sosyal uyumsuzluğun yarattığı stresin bir sonucu olabileceği gibi, sosyal çevreyle ilişki kurmanın da bir yolu olarak da yorumlanması mümkündür.

Vak'alardaki anksiyete düzeyinin oldukça yüksek bulunması dikkat çekicidir. Her ne kadar, klinik teşhisler arasında sadece 6 vak'ada (%10) bir anksiyete bozukluğu bulunmuşsa da, diğer majör psikiyatrik bozukluklarla anksiyetenin iç içeliği iyi bilinen bir konudur.

Kadınlarda içe dönüklüğün, erkeklerde ise dışa dönüklüğün daha fazla bulunmasının sosyokültürel etkilere bağlanabileceği düşünülebilir. Kişilik yapısıyla ilgili esas önemli bulgunun, %63.34 oranıyla, kişilik yapısındaki daralma olduğu düşüncesindeyim. Nitekim, hafif regresif eğilimleri olan çocuksu ego ile katı savunmaları olan zayıf ego yapısına da en yüksek oranda rastlanmıştır.

Toplam 29 vak'ada depressif spektrum teşhisleri konmuştur (%48.33). Somatizasyon Bozukluğu, Somatoform Ağrı Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu gibi teşhisler konan diğer vak'aların çoğunda da, hem klinik anlamda, hem de psikometrik olarak, depressif özellikler yoğun bulunmuştur. Zung depresyon skalasında bütün vak'aların %75'inde depresyon bulunması da bunu teyit etmektedir.

Hastalarımızın zekâ seviyelerinin ortalamasının "orta" bulunmasının, 60 kişilik ve Zekâ Bölümü açısından herhangi bir kısıtlama yapılmamış bir vak'a popülasyonu için, beklenen ve özel bir anlamı bulunmayan bir bulgu olduğu düşüncesindeyim.

Hastalarımızın hemen hepsinde onları ciddi derecede etkileyen hayat olaylarının bulunduğu görülmüştür. En fazla, ev ve âileyle ilgili hayat olayları (özellikle kadın hastalarda), ikinci olarak sağlıkla ilgili sorunlar, üçüncü olarak kişisel ve toplumsal sorunlar, en son olarak da maddî problemler dikkati çekmiştir. Anksiyöz Moodlu Adjustment Bozukluğu olan bir vak'a haricinde, baş ağrısının başlangıç tarihiyle ilgili kesin bir bilgi alınamamıştır. Şizoid Kişilik Bozukluk'lu bir vak'a dışında, bütün hastalar, üzülüp sıkıldıkları zaman baş ağrılarının kötüleştiğini ifade etmişlerdir; o tek vak'ada ise, hastanın şikâyeti, mütemadî, atipik, hiç bir klasik antiteye uymayan, bazen nokta nokta, bazen yer değiştirici, kalitesini ifade edemediği, acaip bir baş ağrısı idi.

Vak'alarımızın hemen hepsi de, daha önce en az iki veya fazlası sayıda hekim dolaşmış olan ve şikâyetleri yeterince düzelmediği için CTF-BAP'ne, CTF-Algoloji veya İTF-Algoloji Üniteleri'ne müracaat eden kişilerdi. Anamnezleri alınırken, ekserisinin basit analjezikler, myorölsanlar, antienflamatuarlar, vitamin preparatları veya çok yetersiz doz ve sürelerde psikotropolarla tedavi edilmeye çalışılmış olduklarını

tespit ettik. Elde ettiğimiz tedavi sonuçlarının, bu husus dikkate alınca, oldukça yüksek ve anlamlı olduğunu söylemek mümkündür. Verilen ilâçların tercih edilme kriterleri, özellikle polifarmasötik reçetelerin isabetlilik dereceleri ayrı bir tartışma konusudur ama, kanaâtimce, bu çalışmanın ortaya koyduğu en önemli nokta, baş ağrısı semptomunun psikiyatrik antitelerle iç içeliğini bir kere daha vurgulamış olmasıdır.

Halen, tıp fakültelerinde, psikiyatri öğretimine ayrılan süre gâyet kısa ve yetersizdir. Klinik stajlarda bir sene 15 gün, bir sene de 1 aylık eğitimle talebelere psikiyatrik nosyon kazandırılmaya çalışılmaktadır. Asistanlık döneminde, kendilerini en yakından takip etmek ve stajı nasıl geçirdiklerini görmek imkânını bulabildiğimiz için, talebelerin bilgi ve tecrübe seviyelerinin durumunu iyi değerlendirebildiğimizi farz edecek olursak, yeterli birikime kavuşmada sürenin yetersizliğini fark ediyoruz. Dahilî ve cerrahî branşların karmaşıklığına ve TUS ("Tıpta Uzmanlık Sınavı") kâbusunu nasıl aşacağına gömülen taze doktor adayları, tıbbın belki de en önemli semptomlarından birisi olan ağrı hakkında yeterli psikiyatrik formasyonu kazanamadan mezun olmaktadırlar. Sonuç ortadadır: Aslında depresyondan başka derdi olmayıp da, sırf doğru teşhis konulamadığı için, bir avuç antiromatizmal, analjezik veya vitaminler verilen binlerce hastanın, bir de bu ilâçların yan tesirlerinin tabloyu komplikeleştirmesi sonucunda, doktor doktor dolaşmaları...

Ağrı, bir semptom olarak, psikiyatrik antitelerle son derece iç içe-

dir; baş ağrısı ise, diğer bütün ağrılardan fazla psikiyatryle iç içe-
dir denebilir. Ağrı konusuna oriyente olmuş bir ALGO-PSİKİYATRİ şube-
sinin lüzumlu ve faydalı olacağını düşünüyorum. Baş ağrısıyla uğraşan
ve mültidisipliner çalışan, özellikle psikiyatrylarla yakın işbirliği
içinde olan CTF-BAP gibi baş ağrısı teşhis ve tedavi merkezlerinin de
yaygınlaşmasını diliyorum.

ÖZET

Organik kaynaklı olmayan baş ağrısı tespit edilen 60 vak'ının çok yönlü psikometrik ve psikiyatrik değerlendirilmesi yapılmıştır. Vak'aların 20'si erkek, 40'ı kadındır. Genellikle ilk veya orta tahsilli olan vak'aların sosyokültürel durumlarının da genellikle orta veya ortanın altında bulunduğu, ekonomik açıdan da orta hâllilerin çoğunluğu oluşturduğu dikkati çekmiştir. Gerek psikometrik testlerde, gerekse klinik değerlendirmede, depresyon ve anksiyetenin yüksek oranı dikkati çekmiştir. Tip olarak ise, gerilim baş ağrılarının en yüksek oranda olduğu görülmüştür (%46.6).

Genellikle trisiklik antidepressifler ve/veya nöroleptiklerle yapılan tedavilere de, vak'aların %81.5 gibi yüksek bir oranının az veya çok cevap verdiği görülmüştür.

Vak'aların tamamına yakın bir kısmının dış gerçeklere yaklaşımda çok yönlü ve sıhhatli olmadıkları görülmüştür (%98.34). Kadınlarda ağrı şikâyeti ile ifadesini bulan vücut lisanını kullanma oranına en fazla rastlanmıştır. Migren tipi baş ağrısı olup da, refakatinde depressif spektrum teşhisi koyulan vak'alarda, uygun antidepressif tedavi ile, baş ağrısının da büyük ölçüde düzelmesi anlamlıdır.

Ev ve aileyle ilgili hayat olaylarının hastaları en çok rahatsız ettiği, bunu sağlık sorunlarının izlediği görülmüştür.

Ağrı konusuna oriyente olmuş bir ALGO-PSİKİYATRİ şubesinin lüzumlu ve faydalı olacağı düşüncesi, bu vesile ile, vurgulanmıştır.

LITERATÜR



LİTERATÜR

1. FIELDS HL: Pain; McGraw-Hill, Inc, Singapore, 1989
2. ERDİNE S: Ağrı Sendromları ve Tedavileri; Nobel Kitabevi, İstanbul 1987
3. TEASDALE G, JENNET B: Assesment of coma and impaired consciousness: a practical scale; Lancet 2:81, 1974
4. LONGMAN WEBSTER ENGLISH COLLEGE DICTIONARY: Wm Clowes Ltd, London 1985
5. ERTEKİN C: Nörolojide Fiziopatoloji ve Tedavi; İzmir, 153-76, 1987
6. ÇAM B, DOKUR M, ERDEMİR M, YELER B, KIZILTAN G, İLKAY E: Değişik hastalık grupları ve normallerde ağrılı uyarana gösterilen reaksiyonun depresyon ve anksiyeteyele ilişkisi; Yeni Symposium, 1:5-14, Ocak 1987
7. TYRER SP: Learned pain behaviour; British Med Jour, 292:1-2, 1986
8. YENİ REDHOUSE LÜGATİ: Amerikan Bord Neşriyat Dairesi, İstanbul 1969
9. FORDYCE W: Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness; Mosby, St Louis, 1976
10. FAST J: Body Language; Pan Books, London 1971
11. COOPER K: Sözsüz İletişim; İlgı Yayıncılık, İstanbul 1987
12. SHEA SC: Psychiatric Interviewing-The Art of Understanding; WB Saunders Comp, Philadelphia, 135-78, 1988
13. ADAMS MAR, VICTOR M: Principles of Neurology 3rd Edt; McGraw-Hill, Singapore, 99-113, 1986
14. DALESSİO DD: Wolff's Headache and Other Head Pain; Oxford University Press, New York 1987
15. TURK DC, KERNS RD: Conceptual issues in the assesment of clinical pain; Int Jour Psychiatry Med 13:57-68, 1983-4

16. ENGEL GL: "Psychogenic" pain and pain-prone patient; American Jour Med, 26:899-918, June 1959
17. KAPP FT: "Psychogenic Pain"; Comprehensive Textbook of Psychiatry-II, (Edt KAPLAN) USA, 1704-8, 1976
18. PENMAN J: Pain as an old friend; Lancet, March 27:633-6, 1954
19. SONGAR A: Psikiyatri; Serhat Yayınevi, İstanbul, Kasım 1980
20. COX GB, CHAPMAN CR, BLACK RG: The MMPI and Chronic Pain: The Diagnosis of Psychogenic Pain; Jour Behav Med 1:437-43, 1978
21. STERNBACH RA, TIMMERMANS G: Personality changes associated with reduction of pain; Pain 1:177-81, 1975
22. NALIBOFF BD, COHEN MJ, YELLEN AN: Does the MMPI differentiate chronic illness from chronic pain?; Pain 13:333-41, 1982
23. MAYER DJ, PRICE DD, BARBER J, RAFII A: "Acupuncture analgesia: Evidence for activation of pain inhibitory system as a mechanism of action", Advances in Pain Research and Therapy Vol 1 (Edt BONICA J, ALBE-FESSARD D); Raven Press, 751-4, New York 1976
24. DOKSAT R: Tatbikatı ve Nazariyatı ile Hipnotizma; Kader Basımevi, İstanbul, 70-4, 1962
25. ERNEST RH: "Hypnosis in the Treatment of Pain", Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine (Edt BURROWS, DENNERSTEIN); Elsevier North-Holland Biomedical Press, 233-303, 1980

26. KROGER WS: Clinical and Experimental Hypnosis; JB Lippincott Comp, USA, 212-25, 1977
27. FROMM E, SHOR RE: Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives; Aidine Pub Comp, New York, 53-5, 58-62, 66-8, 73-5, 237-9, 274, 61-2, 66-8, 73-5, 117-8, 1972
28. SPIEGEL D, CUTCOMB S, REM C, et al: Hypnotic hallucination alters evoked potentials; Jour Abnormal Psychology, 94:249-55, 1985
29. SPIEGEL D, BLOOM JR: Group therapy and hypnosis reduce metastatic carcinoma pain; Psychosomatic Med, 45:333-9, 1983
30. HILGARD ER, HILGARD JR: Hypnosis in Relief of Pain; Los Altos, William Kaufmann, California, 1975
31. SCHECHTER G, BUCHSBAUM M: Cognitive dissonance modifies somatosensory evoked potentials to experimental pain, Society for Psychophysiological Research Abstracts; 22:612, 1985
32. GOLDSTEIN A, HILGARD ER: Failure of opiate antagonist naloxone to modify hypnotic analgesia; Proc Natl Acad Sci, USA, 72:2041-3, 1975
33. SPIEGEL D, ALBERT LH: Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain; Psychopharmacology (Berlin), 81:140-3, 1983
34. SPIEGEL D, BIERRE P, ROUTENBERG J: Hypnotic alteration of somatosensory perception; American Jour Psychiatry, 146:749-54, 1989
35. WAXMAN D: Hypnosis; George Allen and Unwin Ltd, London, 138-40, 1981

36. SOSKIS DA: Teaching Self-Hypnosis; W. W. Norton and Company, USA, 126-51, 1986
37. HELLMUT WAK, JENNIFER HB: Hypnotherapy- A Practical Handbook; Free Association Books, London, 131-46, 1987
38. DOKSAT R: Psikopatolojiye Giriş; Çuk Üniv Tıp Fk Pskyt Kürsüsü Yay Nu3 (Fk Yay No2), Adana 1975
39. BRENNER C: Psikanalizin Temelleri; Ankara Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği-Yankı Matbaası, Ankara 1977
40. ZİYALAR A: Psikiyatrik Semiyoloji ve Medikal Psikoloji; İst Üniv Cerrahpaşa Tıp Fk Pskyt Kln Vakfı Yay No5, İstanbul, 218-36, 1981
41. GOSSELIN C, WILSON G: "Fetishism, Sadomasochism and Related Behaviours", The Psychology of Sexual Diversity (Edt KLOWELLS K), Basil Blackwell Ltd, 89-110, UK 1984
42. WEATHERHEAD AD: Psychogenic headache; Headache 20:47-54, 1980
43. AD HOC COMMITTEE ON CLASIFICATION OF HEADACHE: Special Rapport; JAMA, 179:717-8, 1982
44. WOLKIND S, CURREY HLF: "Backache and other rheumatological problems- Psychological aspects", Medicine and Psychiatry: A practical approach (Edt CREED F, PFEFFER JM); Pittman Books Ltd, London, 339, 1982
45. PACKARD RC: Headache; Neurologic Clinics, voll No2, 445-56, May 1983
46. HAACK HP, KICK H: Wie häufig sind kopfschmerzzer ausdruck einer endogen depression?; Dtsch Med Wirchr, 111:621-4, 1986

47. GOMEZ J: Liaison Psychiatry; The Free Press, Macmillan Inc, New York, 53-63, 1987
48. HOUPJT JL: "Chronic pain management", Principles of Medical Psychiatry (Edt STOU DENIRE), Fogel, Grune and Statton, Inc, 389-401, 1987
49. DOKSAT MK, SIVA A, GÖKSAN B, ÖZSARFATİ Y, DENKTAŞ H: Psikotik, delüzyonel ve benzeri baş ağrıları; Ağrı Dergisi (yayınlanmak için kabul edilmiş makale), İstanbul
50. MUNRO A: Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis; British Jour Psych, 153(suppl. 2):37-40, 1988
51. DOKSAT MK: Demansiyel Sendromlar ve Tedavileri; Cerrahpaşa Yayın Birliği, 22, İstanbul 1989
52. DOKSAT MK: Akupunktürün pato-fizyolojisi; Yeni Symposium, 3:5-16, Temmuz 1989
53. POSTONE N: Alexithymia in chronic pain patients; Gen Hosp Psychiatry, 8:163-7, 1986
54. FISCH RZ: Alexithymia, masked depression and loss in a holocaust survivor; British Jour Psychiatry, 154:708-10, 1989
55. LESSER IM: A review of the alexithymia concept; Psychosomatic Med, 43:531-43, 1981
56. TAYLOR GP: Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment; American Jour Psychiatry, 141:725-32, 1984
57. SONGAR A: Temel Psikiyatri; Minnetoğlu Yayınları, 43, İstanbul 1981

58. BERRIOS GE, DOWSON JH: Treatment and Management in Adult Psychiatry; Baillié­ré Tindall, East Sussex, 1983
59. LISHMAN WA: Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder; Blackwell Scientific Publications, 2nd Edt, 328, 647, London, 1987
60. NOBACK C, DEMAREST RJ: The Human Nervous System: Basic Principles of Neurobiology; McGraw-Hill Singapore, 165-79, 293-8, 1984
61. KAPLAN HI, SADOCK BJ: Clinical Psychiatry from Synopsis of Psychiatry; Williams and Wilkins USA, 1988
62. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-III-R; Washington, DC, 1987
63. CROW JJ: Two syndromes of schizophrenia as one pole of continuum of psychosis: a concept of the nature of the pathogen and its genomic locus; Handbook of Schizophrenia Vol 2 (Edt HENN FA, DeLISI LE), Elsevier Pub BV, 17-48, 1987
64. DAVIS GC, BUCHSBAUM MS, VAN KAMMEN DP, et al: Analgesia to pain stimuli in schizophrenics and its reversal by naltrexone; Psychiatry Res, 1:61-9, 1979
65. NEMEROFF C, BISETTE G: The role of neuropeptides in schizophrenia: Handbook of Schizophrenia Vol 2 (Edt HENN FA, DeLISI LE), Elsevier Pub BV, 297-318, 1987
66. CHATURVEDI SK: Psychalgic depressive disorder: a descriptive and comparative study; Acta Psychiatr Scand, 79:98-102, 1989