

## Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım

Hakan Kara,<sup>1</sup> Ercan Abay<sup>2</sup>

### ÖZET

*Kronik ağrı sık rastlanan klinik bir bulgudur ve muhtemelen doktora başvurmaya en sık neden olan belirtidir. Kronik ağrı nedeniyle yapılan sağlık hizmeti masrafları son derece yüksektir. Kronik ağrının tüm tipleri kişinin doktora başvurmasına yol açabilir, ancak genellikle etkin olarak tedavi edilemez. Kronik ağrı amansız olduğundan, orijinal doku hasarının üzerine stres, çevre ve duygulanım etkenlerinin binmesi ve ağrının yoğunluğunu ve kalıcılığını artırması mümkündür. Ayrıca, kronik ağrı ile birçok psikiyatrik hastalık arasında sıkı bir bağlantı vardır. Kişinin ağrı algısının nedeni medikal tedavilere bakılmaksızın sürebileceğinden, ağrının bireyin yaşamı üzerindeki etkisini değiştirmek için bilişsel ve davranışçı tedaviler gibi psikolojik tedavi formları kullanılabilir. Ağrının bileşenleri, tipleri, ağrı mekanizmaları, kronik ağrıya yaklaşım ve psikiyatrik bozukluklar özetlenmiştir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):89-99)*

*Anahtar sözcükler: Kronik ağrı, ağrının bileşenleri, psikiyatrik yaklaşım, tedavi*

## Psychiatric approach to chronic pain

### SUMMARY

*It is widely known that chronic pain is a common clinical symptom and probably the most common symptomatic reason to seek medical consultation. Health-care expenditures for chronic pain are enormous. All types of chronic pain lead to people to seek health care, but they are often not treated effectively. Because chronic pain is unrelenting, it is likely that stress, environmental and affective factors may be superimposed on the original damaged tissue and contribute to the intensity and persistence of the pain. In addition, there is a close relationship between chronic pain and many psychiatric disorders. Since the cause of a person's perception of pain may persist irrespective of medical treatments, psychological forms of therapy such as cognitive and behavioural treatments can be used to alter the effect of the pain on the individual's life. Components of pain, types of pain, pain mechanisms, psychiatric disorders and approach to chronic pain have been summarized. (Anatolian Journal of Psychiatry 2000; 1(2):89-99)*

*Key words: Chronic pain, components of pain, psychiatric approach, treatment*

### GİRİŞ

Ağrı oldukça sık rastlanan bir yakınma olup evrensel bir insan yaşantısıdır. Kişinin biyolojik, ruhsal ve psikososyal sağlık ve iyilik

durumları arasındaki etkileşime ilişkin bir yakınmadır. Organizmanın biyopsikosozyal denge ve uyumunun bozulduğunun göstergesidir. Aristo ağrının bir algı değil,

<sup>1</sup>Arş.Gör.Dr., <sup>2</sup>Prof.Dr., Trakya Ü.T.F. Psikiyatri ABD  
Dr. Hakan Kara, Trakya Ü.T.F. Psikiyatri ABD, Edirne

göstergesidir. Aristo ağrının bir algı değil, üzüntü, kin, bir şeyin sonlandırılması ya da ondan kaçınılması gerektiğinin bir işareti olan duygusal durum olduğunu söyler ve ağrıyı 'ruhun ıstırabı' olarak tanımlar.<sup>1</sup> İngilizce pain kelimesi eski Yunanca poine (ceza) kelimesinden gelmektedir.<sup>2</sup> Belki de ağrının en iyi tanımı "Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği" tarafından yapılmıştır; ağrı, "gerçek ya da potansiyel doku harabiyeti ile bağlantılı ya da bu tip bir hasar ile tarif edilen rahatsız edici bir duysal ve duyusal deneyim"dir.<sup>3</sup>

Ağrı periferik sinirlerin uyarılması ve bu uyarıların çeşitli yollarla beyine gitmesi sonucu duyumsanır. Bu iletim sırasında ağrı bir dizi değişim sürecinden geçer, değişik uyarımlarla ve deneyimlerle birleştirilir. Sonuçta, belki de ilk uyarıdan oldukça farklı bir şekilde algılanır. Ağrının tanınması ve tedavisinde, algısal yönü kadar duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlarını da dikkate almak gerekir. Ağrı kimi zaman psikiyatrik bozukluğun bir semptomu olabileceği gibi, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozukluğa yol açmaktadır. Ağrısı olan kişiler sıklıkla duygusal bir dil kullanmaya hazırdır ve ağrıyı, gerginlik, korku, otonomik huzursuzluk olarak tanımlarlar. Ağrıya öfke, suçluluk, saldırgan davranışlar, cinsel uyarılma eşlik edebilir. Öznel bir yaşantı olan ağrının yeterli bir tanımı oldukça güçtür ve tanımlayıcı bir dile aktarımı bazı karışıklıkları beraberinde getirir. Ağrının farklı hastalıklarda farklı nitelikte ve nicelikte olabilmesi, hastanın bilişsel ve kültürel özellikleri, değerlendiricinin deneyimleri, ağrının doğasına ilişkin anlayışı ve ağrılı kişilerle ilgili anıları ağrı değerlendirmesini etkiler.<sup>4</sup>

Sağlık kurumlarına başvuruda bulunan hastaların en az yarısında ilk yakınma ağrıdır. Akut ağrıya fizyolojik olarak, doku yıkımını önlemeye yönelik tepkisel bir süreç vardır. Beraberinde sempatik, noradrenerjik aktivitede artış ve parasempatik aktivitede azalma söz konusudur. Genellikle akut ağrıya karşı gelişen anksiyete reaksiyonu mevcuttur. Ağrı kronikleşince birçok özelliği değişir. Kronik ağrı, bir bulgu olmaktan çok artık bir sendrom, bir hastalık haline gelmiştir. Kronik ağrıda

sempatik aktivite azalır, olayın mental, davranışsal ve duyusal yönleri ön plana çıkar. Kronik ağrının ortaya çıkmasında psikososyal birçok etmenin rolü olabilir. Farklı psikiyatrik bozukluklar tabloya eklenir. Kronik ağrı ile birlikte olan en yaygın ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon, genellikle kronik ağrıya ikincil olarak gelişir.

Ağrı fizyolojik, psikolojik ve psikososyal bileşenleri olan ve bunların etkileşimi sonucu öznel bir bütün olarak algılayan hastaya multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir, ekipte psikiyatri uzmanı da bulundurulmalıdır.<sup>1</sup>

Bu derleme yazısının amacı, kronik ağrıya ilişkin son değerlendirmeleri toplamak, kronik ağrılı hastayla oldukça sık karşılaşılan psikiyatlara hastanın değerlendirilmesi ve tedavi ilkeleri konusunda alternatif görüşler sunabilmektir. Bu nedenle ağrının önce nörobiyolojik yönü ele alınmış, ağrıyı oluşturan etmenler kısaca incelenmiş, komorbidite üzerinde durulmuş, kronik ağrı ve kronik ağrılı hastanın özelliklerine değinilmiş ve kronik ağrılı hastanın değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım üzerinde durulmuştur. Bugüne kadar kronik ağrı ve ağrının nörobiyolojisi ile ilgili özellikle son beş yıl içinde yapılan çalışmalar incelenmiş, Türkçe yayımlanan psikiyatri dergileri gözden geçirilmiş ve medline taraması yapılmıştır.

## AĞRININ BİLEŞENLERİ

Pek çok ağrı tipinin varlığı dört geniş kategorinin belirlenmesiyle anlaşılabilir: Ağrı reseptörleri (nosisepsiyon), ağrının algılanması, acı çekme ve ağrı davranışları.<sup>5</sup> Bu klinik kategorilerin her birinin ardında anatomik, fizyolojik ve psikolojik substratlar bulunur.

*Nosisepsiyon:* A delta ve C liflerine bağlı özelleşmiş alıcılar tarafından dokulardaki hasarın saptanmasıdır. Bu alıcılar yakın çevrelerindeki enflamasyon ve nöral değişiklikler nedeniyle yanılıya düşebilirler. Aspirin, asetaminofen ve steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar bu 'enflamasyon karmaşasını' değiştirmek ve öncelikle ağrı reseptörü duyarlılığını dinlenme durumuna getirmek üzere etki gösterirler.<sup>6</sup>

*Ağrının algılanması:* Sıklıkla yaralanma ya da hastalık gibi rahatsız edici bir uyararla tetiklenir. Diabetik nöropati, omurilik yaralanması ya da inmeli hastalarda görüldüğü gibi, periferik ya da merkezi sinir sistemindeki lezyonlar da ağrıya neden olabilir. Akut ağrı meydana gelince başlangıçta spesifik otonom ve somatik reflekslerde artış vardır, ancak kronik ağrılı hastalarda bunlar kaybolur. Pek çok hekim ve hasta, ağrının nosisepsiyon olmadan meydana geldiğinin farkında değildir. Son olarak, kronik ağrının yoğunluğu sıklıkla başka bir belirlenebilen patolojiden kaynaklanan doku hasarının derecesiyle pek az ilişkilidir ya da hiç ilişkili değildir.

*Acı çekme:* Ağrı ve ayrıca korku, anksiyete, stres, sevilen kişilerin kaybı ve başka psikolojik durumlardan kaynaklanan negatif bir yanıtır. Acı çekmeyi tarif etmek için, nedeni ne olursa olsun ağrı dili kullanılır, bu nedenle hem doktor hem de hasta acının temeli konusunda yanlış yönlendirilebilir. Cassell'in<sup>7</sup> belirttiği gibi, "kişinin fiziksel ya da psikolojik bütünlüğü tehdit altına girince acı ortaya çıkar". Acının tek nedeni ağrı değildir, ancak medikal kültürümüzde sıkıntıyı ağrı diliyle tarif ederiz.

*Ağrı davranışı:* Ağrı ve acıdan kaynaklanır ve kişinin doku hasarı varlığına bağlı olarak yaptığı ya da yapmadığı şeylerdir. Ağrı davranışına örnek olarak, "ay" demek, yüzü buruşturmak, topallamak, yatarak uzanmak, sağlık hizmeti almak için başvurmak ve çalışmamak verilebilir.<sup>8</sup>

## AĞRININ FİZYOLOJİK SINIFLANDIRILMASI

Ağrıyı fizyolojik olarak üçe ayırmak mümkündür: Nosiseptif ağrı, merkezi ağrı, ruhsal ağrı.

*Nosiseptif Ağrı:* Nosiseptif ya da periferik ağrı deri, deri altı dokuları, kaslar, kemikler ya da iç organlardaki özelleşmiş sinir uçlarının uyarılmasıyla ortaya çıkar. Deri ya da altındaki dokular hasar gördüğünde ortaya çıkan ağrının yerleşimi belirli ve keskindir. Ağrı bedenine başka bir yerine yönelmedikçe lezyonun yeri kolayca bulunur. Ağrının başka bir bölgede

duyulduğu durumlarda ağrı örüntüsünün tanınması gerekir. İç organlar gerildiğinde duyulan ağrının yerleşimi daha müphemdir. Keskin kolik ya da sızlama tarzında olabilir.

*Merkezi Ağrı (Nöropatik ya da Deafferentasyon Ağrısı):* Merkezi ağrıda nosiseptörlerin proksimalindeki nöron yapıları etkilenmiştir. Bundan dolayı belirgin bir nosiseptif kaynak olmaksızın ağrı olur. Merkezi ağrının yerleşimi genellikle belirgin değildir ve hastanın ağrıyı tanımlamada güçlüğü olabilir. Merkezi ağrı örnekleri arasında refleks sempatik distrofi, hayalet organ ağrısı, talamik ağrı, tedavi sonrası ağrı ve kozalji bulunur. Merkezi ağrı kronik ağrı durumlarının % 20-50'sinde görülür.<sup>9</sup>

*Ruhsal Ağrı:* Tamamen ruhsal sebeplere bağlı olabileceği gibi, organik sebebe bağlı ağrıya ikincil gelişmiş ağrı davranışını yansıtır.

## AĞRI TİPLERİ

*Geçici ağrı:* Vücutta herhangi bir doku hasarı olmadan deri ya da diğer dokularda ağrı reseptörü transduserlerinin aktivasyonu ile ortaya çıkar. Bu tip ağrının birey açısından işlevi, uyarı uygulandıktan sonra başlama hızıyla ve rahatsız edici fiziksel sorunun artık vücudu tehdit etmediğini gösteren bitiş hızıyla ilişkilidir. Geçici ağrının, insanı çevreden ya da vücut dokularının aşırı strese girmesiyle fiziksel hasardan korumak üzere geliştiği sanılmaktadır.

*Akut ağrı:* Vücut dokularındaki önemli zedelenmeden ve lokal doku hasarı bölgesindeki ağrı reseptörleri alıcılarının aktivasyonundan kaynaklanır. Lokal hasar ağrı reseptörlerinin yanıt özelliklerini, merkezi bağlantılarını ve bölgedeki otonom sinir sistemini etkiler. Akut ağrı çeken bireylerin çoğu doktora başvurur. Bu ağrı tipi travmalar, cerrahi girişimler ve bazı hastalıklardan sonra görülür. İyileşme süreci genellikle birkaç gün ya da birkaç hafta sürdüğünden aylar ya da yıllar süren akut ağrı olarak sınıflandırılmaz. Ancak habis hastalıklarda vücut dokularının invazyonu sürekli akut ağrıya sebep olabilir.

*Kronik ağrı:* İyileşme için genellikle gereken

süreden daha uzun devam eden, 6 ayı geçen, ruhsal etkenlerin ve ağrı sonrası yaşam biçiminin önemli düzeyde etkilediği ağrılardır. Ağrının yalnızca geçici olarak hafifletilmesini sağlayan tedaviler altta yatan patolojik süreci gidermediğinden kronik ağrı akut ağrıdan farklıdır. Kronik ağrı hastanın ruhsal sağlığı ve sosyal yaşamına çok fazla zarar verebilir. Ağrı uzun sürdükçe hastanın gerginliği ve depresyonu artar, sosyal yaşamdan uzaklaşarak çok fazla bedeni ile uğraşabilir. Kronik ağrının yol açtığı değişiklikler ise yalnızca hastayı değil ailesini, işvereni, dostlarını ve konuyla ilgili sağlık elemanlarını etkiler. Kişinin ağrı algısının nedeni tıbbi tedavilere bakılmaksızın sürebileceğinden, ağrının bireyin yaşamı üzerindeki etkisini değiştirmek için bilişsel ve davranışçı tedavileri gibi psikolojik terapi formları kullanılabilir.<sup>10</sup>

### AĞRININ NÖROBİYOLOJİSİ

Melzack ve Wall'un 1965'te ileri sürdüğü ağrı teorisinden sonra ağrı nörobiyolojisine ilişkin bilgilerimiz hızla artmaktadır.<sup>11</sup> Hem elektrofizyoloji hem de moleküler biyoloji alanlarındaki buluşlar tedavide devrim niteliğinde ilerlemeler olabileceğini hissettirmiştir. Bununla birlikte, ağrının nörobiyolojisi hakkındaki bilgiler oldukça yenidir.

Yaygın bir inanişaya göre nosiseptif reseptör olarak iş gören spesifik bir histolojik yapı yoktur ve rahatsız edici mesajlar deri, kas, eklem dokularında ve belirli viseral yapılarda bulunan serbest miyelinsiz terminal dallanmaların aktivasyonundan kaynaklanır. Nosiseptif mesajlar daha sonra ince miyelinli A ya da miyelinsiz C lifleriyle taşınırsa da liflerin tümü mutlaka nosiseptör değildir. Hayvanlar ve insanlarda yapılan çalışmalarda çeşitli nosiseptör tipleri belirlenmiştir. Belirli liflerin hiç kuşkusuz nosiseptör olmasına karşın, diğerleri rahatsız edici olmayan uyarılarla aktive edilir, sonra uyarının yoğunluğu arttıkça aktivitesini artırır.<sup>12</sup> Uyarı tekrarlanınca nosiseptörlerde duyarlılık olur, böylece aktivasyon eşiği düşer, belirli bir uyarana yanıt artar ya da spontan aktivite ortaya çıkar. Nosiseptörlerin bu duyarlılaşması, çeşitli enflamasyon araçlarının (bradikinin, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1(2):89-99

prostaglandinler, serotonin ve histamin) salınmasıyla aktive edilen ikincil haberci sistemlerin etkisinden kaynaklanır.<sup>13</sup> Hasar gören damar kökenli doku hücrelerinden (trombositler, nötrofiller, lenfositler ve makrofajlar) ve ayrıca mast hücrelerinden çeşitli kimyasal maddeler (prostaglandinler, bradikinin, histamin, serotonin, potasyum ve protonlar) salınır. Bu kimyasal maddelerin bazıları intradermal yolla enjekte edildiğinde nosiseptif reaksiyona yol açar ve doğrudan aktivasyonla ya da ısı, mekanik ve kimyasal gibi farklı uyaran tiplerine duyarlılaşmayla nosiseptörlerin aktivitesini değiştirebilir.

Primer afferent liflerde çok sayıda peptid bulunur. Uyarıların devam etmesi ya da sinirlerin zedelenmesiyle bunların profili değişebilir.<sup>14</sup> Bu peptidlerin çoğunun (kolesistokinin, somatostatin, galanin, vazoaaktif intestinal polipeptid) rolü iyi bilinmese de, P maddesi ve kalsitonin ile ilişkili peptidlerin bazıları klasik akson refleksi yoluyla periferik salınabilir. P maddesinin nörojen enflamasyondaki rolü net olarak gösterilmiştir.

Kabaca doku hasarından hemen sonra açığa çıkan bu maddelere ek olarak sitokinler (interlökinler, interferon ve tümör nekroz faktörü) gibi başka etkenler fagosit ve bağışıklık sistemi hücrelerinde, enflamasyon sürecinde önemli rol alırlar. Bradikinin sitokinlerin yapılmasıyla sonuçlanan olaylar zincirindeki rolü iyi belirlenmiştir.<sup>15</sup>

### AĞRI DAVRANIŞINI OLUŞTURAN PSİKOLOJİK ETMENLER

İnsanlar yetiştikleri toplumsal değer, yargı ve tutumlarına göre "nasıl hasta olunacağı"nı ve "hasta rolü"nü öğrenir. Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin ağrı-hastalık durumunu yorumlama biçimi, ağrının hasta tarafından algılanmasını ve ifade edilmesini etkiler.<sup>16</sup>

Öğrenme kuramı ve sosyal psikolojiye göre, duygularını (sözel dille) ifade etme becerisi sınırlı kişiler, hastalık davranışını, ilgi, destek ve bakım elde etmek için geçerli bir yol olarak öğrenmişlerdir. Psikolojik ve davranışsal iletişim yollarının engellendiği durumlarda beden dili seçenек olarak gelişir

ve sonuçta ruhsal çatışma, kaygı ve gereksinimler somutlaştırılarak beden dili ile ifade edilir. Tüm bunlar ağrının algılanmasını şiddetini ve sürekliliğini etkiler. Ağrı, fizyopatolojik süreçlerin şiddeti ne olursa olsun özel bir yakınma olarak kişinin kendisini iyi hissetmemesiyle ilişkin bir kavramdır.

Ağrı aynı zamanda nesne ilişkilerinin düzenlenmesine yardımcı olur ve kişinin çevresi ile olan iletişimde sembolik bir rol oynar. Canı yanan bir çocuğun annesinin dikkatini çektiğini öğrenmesi çok küçük yaşlarda olur. Böylece yalnızca annenin dikkati çekilmekle kalmaz, aynı zamanda okşaması ve ilgilenmesi de sağlanır. Bu ilgi arama davranışları yaşlarda da değişerek devam eder.

Bazı hastalarda ağrı cezalandırma olarak yorumlanabilir. Bilinçaltı suçluluk duygusu ile birliktedir. Sevgi yatırımı yaptığı kişinin ölümü ağrıyı başlatabilir.<sup>17</sup> Ağrı ile cinsellik arasında da ilişki vardır. Sadomazoşistik ilişkide ağrı cinsel dürtülerin doyum yolu olabilir. Bilinçdışı yasaklanmış ve agresif cinsel dürtüler ağrının algılanışını ve ifade edilmesini etkiler.

Psikanalitik görüşe göre, bilinçdışına bastırılan içerik, kılık değiştirerek çok farklı çehrelerde tekrar bilince çıkabilmektedir. Bu bağlamda ağrı konusu ele alınacak olursa, kullanılan başlıca ego savunma düzenekleri arasında represyon (bilinçdışına bastırma) ve/veya refulman (bilinçten bilinçdışına bastırma), izolasyon, sembolizasyon, kendine çevirme, konversiyon ve somatizasyon sayılabilir.<sup>18</sup>

## **KRONİK AĞRIDA PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE**

*Depresyon:* Kronik ağrılı hastaların en az % 30'unda major depresyon vardır. Lindsay ve Wyckoff<sup>19</sup> bir ağrı merkezine başvuran 300 hastanın % 87'sinde depresif bulgular saptamışlardır. Bu yazarlar depresyon tanısı konan 196 hastanın % 59'unda ağrı yakınması olduğunu bildirmişlerdir. Ankara Numune Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada,<sup>20</sup> ağrı yakınması olan hastaların % 27'sinde depresyon saptamıştır. Depresyon ve kronik ağrının iki yönlü bir ilişkisi vardır, kronik ağrı

depresyona yol açabilir ya da depresif hastalar ağrı yakınmasıyla karşımıza çıkabilir. İnkâr, ruhsal hastalığı bedensel yakınmalarla örtme, alkol, madde ve analjezik kötüye kullanımı depresyonu gizleyebilir.

Depresif ağrı hastaları sıklıkla depresyonu ve depresif duygudurumlarını inkâr ederler. Kendilerinde depresyon olmadığını ve bütün şikayetlerinin ağrıdan kaynaklandığını düşünürler. Tanı için depresyonun bütün bulgu ve belirtilerinin araştırılması gerekir.

*Anksiyete bozuklukları:* Ağrısı olan hastaların % 30'unda panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konabilir. Anksiyete bozukluğu tanısı konanların ise yarısından fazlasında eşlik eden bir ruhsal bozukluk (depresyon, madde ve alkol kötüye kullanımı) vardır. Anksiyete ağrının yalnızca bir elemanı olarak değil, aynı zamanda nedeni, sonucu ve ağrı nedeninden bağımsız eşzamanlı bir başka belirti olarak ortaya çıkabilir. Ağrı ile birlikte görülen bozuklukların tedavisi ise anksiyete ile birlikte ağrı yakınmasını da azaltır. Anksiyete bozukluğu olan hastalar anksiyetenin arttığının farkında olmayabilir, bunun yerine ağrıda artma olduğunu bildirebilirler.

### *Somatoform Bozukluklar:*

a) *Konversiyon bozukluğu:* Duygusal çatışmanın sembolik somatik semptomla dönüştüğü, motor sinir sisteminde fiziksel işlev kaybının görüldüğü tablodur. Ek olarak ağrı olabilir. Histriyonik kişilik yapısı, birincil ve ikincil kazanç, semptomla güzel aldırma görür.

b) *Somatizasyon bozukluğu:* Kişinin duygulanımlarını, gereksinimlerini beden semptomları ile algılaması, ortaya koyması ve beden dilini iletişim aracı olarak kullanmasıdır. Herhangi bir organik bozukluk belirlenmediği halde fiziksel semptomlardan yakınma ve bedensel hastalığı olduğu endişesi taşıma temel özellikleridir. Bedensel hastalık korkusu ve doktor doktor dolaşma bir yaşam tarzıdır. Zihinleri ve duyguları sürekli bedensel işlevlerine dönüktür.

Hasta, yakınmasının kendisinden çok “ne kadar hasta olduğu” ve “hastalığının” anlamı ve yaşantılarını ne kadar etkilediği ile ilgilenir.

Sağlık sisteminde, bu tip hastaların ağrı yakınması siktir. Genel tıpta, hekim fizyopatolojik yönden hastalığı düşünmenin yanında, hastanın hastalığı nasıl algıladığı ve hastalık davranışını da dikkate almalıdır. Hastalık biyolojik, ruhsal, ailesel ve sosyal bileşenleri ile ele alınmalıdır. Fiziksel incelemeler öznel yakınmalara göre değil, nesnel endikasyonlara göre yapılmalıdır. İkna etmek için yapılan ileri tetkikler somatizasyon davranışını pekiştirmektedir.<sup>16</sup>

*c) Ağrı Bozukluğu:* Uzun süreli, şiddetli ve bir anatomik lokalizasyona uymayan ağrı yakınması vardır. Diğer bir ruhsal bozuklukla ilgisi yoktur. Ruhsal çatışma ve kaygı yaratan çevresel bir uyaran ile ağrının ortaya çıkışı arasında ilişki vardır. Ağrının ortaya çıkışı ile ruhsal açıdan ikincil kazanç karşılanır. Ağrı bozukluğunun tanısında yardımcı klinik özellikler şunlardır.<sup>21</sup>

- Birçok yerde ağrı yakınmasının olması. Ağrı anatomik değişkenlik gösterir. Bir bölgedeki ağrı tedavi edildikten sonra bir başka bölgede ortaya çıkar.
- Ağrının gerçek olduğunu ispata dönük aşırı tutumlar, yakınmasının tedavisinden çok "ne kadar hasta olduğuna" dönük abartılı tutumlar.
- Emosyonel sorunlar ve çatışmalar inkar edilir. Ruhsal durumun ağrının şiddetini etkilemediği belirtilir.
- Ağrı yakınmasında günlük değişiklikler olmadığı ve ilaçların hiç bir yarar sağlamadığı iddia edilir.

*Psikozlar:* Şizofrenide ve demansta ağrı sanrılarla ilgilidir. Organik bir hastalığa bağlı ağrı olabileceği gibi, birçok psikotik hasta gerçek ağrılarını da ifade edemez. Şizofrenik hastaların miyokard enfarktüsü, apandisit gibi tıbbi durumlarının tanısı gecikebilmektedir.

*Kişilik Bozuklukları:* Antisosyal veya sınır kişilik bozukluğu olan kişiler bağımlı oldukları ilaçları alabilmek için ağrı yakınması ileri sürebilirler.

### KRONİK AĞRININ ÖZELLİKLERİ

Kronik ağrılı bireylerde yapılan çalışmalar özgün bir kişilik tanımlanamamaktadır. Bununla birlikte bazı kişilik tiplerinde ağrıya yatkınlık

olduğu bilinmektedir. Kronik ağrılı bireyler benzer birtakım davranış kalıplarını kullanırlar. Aynı zamanda değiştirilmesi zor, çarpıtılmış düşüncelere de sahip olabilirler.

Tablo 1. Kronik ağrı ile birlikte görülen psikiyatrik hastalıklar

Duygudurum Bozuklukları
Depresyon (Atipik özellikli depresyon)
Distimik Bozukluk
Anksiyete Bozuklukları
Panik Bozukluğu
Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Somatoform Bozukluklar
Somatizasyon Bozukluğu
Konversiyon Bozukluğu
Ağrı Bozukluğu
Hipokondriyazis
Vücut Dismorfik Bozukluğu
Kişilik Bozuklukları
Temaruz
Yapay Bozukluk
Psikotik Bozukluklar
Dissosiyatif Bozukluklar

Aşağıda kronik ağrı çeken bireylerin bazı özellikleri sıralanmıştır.<sup>3</sup>

- a) Ağrı yakınması ve işlevsellikte azalma derecesi ile somatik bozukluk arasındaki ilişki orantılı değildir.
- b) Ağrının fiziksel nedeninin olması gerektiği inancı vardır.
- c) Semptom kontrolüne dönük tüm tıbbi-cerrahi yöntemlere ısrarla başvururlar ve doktor doktor dolaşırlar.
- d) Ağrı ile başedebilme ya da birlikte yaşamaya dönük çaba yerine, tüm tedavi sorumluluğunu hekime yükleme eğilimindedir.
- e) Hasta rolünü sürdürmeye dönük dikkat çekici davranış ve reddedilmeye duyarlılık gösterirler.
- f) Beceri yoksunluğu, başarısızlık kaygısıyla sağlıklı rollerin takınılmasından kaçınma.
- g) Ailede depresyon ve alkol bağımlılığı öyküsü olması.
- h) Öyküde eş tarafından kötü muamele, eşle çatışma olabilir.

- 1) 15 yaşından önce ebeveyn yitimi, fiziksel kötüye kullanım.
- i) Yakınlarında özürlü kişiler olması.
- j) Yakın çevrede kronik ağrılı birinin olması.
- k) Ağrıya verilen önem bilinçdışı çatışmadan sakınmaya dönüktür (birincil kazanç). Belli bir güçlükten bilinçli olarak sakınma davranışı ve hasta rolü (ikincil kazanç) üzerine eklenir.
- l) Kullanılan savunma düzenekleri inkar, akla uygunlaştırma, supresyon ve yansıtmadır.

### KRONİK AĞRILI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Süregen ağrısı olan hastayı değerlendirmede öncelikli yaklaşım, varolması muhtemel organik patolojiyi araştırmak olmalıdır. Bu aşamada psikiyatr konunun uzmanı olan diğer hekimlerle görüş alışverişinde bulunmalı, uygulanacak medikal girişimler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

Ağrılı hastada aşağıdaki unsurları içeren tıbbi ve psikiyatrik muayene yapılmalıdır:<sup>1</sup>

- Ağrı yakınmasının başlangıcından itibaren ayrıntılı bir öyküsü alınmalıdır.
- Ağrının niteliği, derinliği ve yoğunluğu, yerleşimi, süresi, şiddeti ve uyarıcı etmenler dikkatle not edilmelidir.
- Daha önce yapılan tetkikler ve uygulanan tedaviler ve hastanın tedaviye yanıt durumu belirlenmelidir.
- Hastanın ağrısını anlatırken kullandığı dile dikkat edilmeli, ağrının nedeni konusunda hastanın fikri alınmalıdır.
- Gereksiz tetkikten kaçınılmalı, hastaların önemli bir bölümünün plaseboya yanıt verdiği göz önünde bulundurularak, ayırıcı tanı için plasebo denenmemelidir.

Belirli bir bölgede yerleşen, belli bir ağrı tipine uyan ağrıda organik etiyoloji şüphesi artar. Şiddeti yüksek ve atipik özellikli ağrılarda ise psikopatoloji oranı yüksektir. Hastanın kişilik özellikleri, aile, iş ve sosyal yaşam öykülerinin ve son yaşam olaylarının bilinmesi bu etkenlerin ağrıya katkısını değerlendirmede ve tedavi modelini belirlemede yararlı olur. Kişinin ağrı duyusuna yüklediği anlam, yaşamını ne düzeyde etkileyeceği düşüncesi, varolan psikopatolojiyi de derinleştirebilir. Birçok durumda malüliyet derecesi hastalığın

şiddetinden çok hastanın inançları ile paralel bulunmuştur. Hastaların bu tutumlarına doktorların yaklaşımı çok önemlidir. Doktor, yeterli bilgi vermeli ve aynı zamanda ağrının neden olduğu sınırlılıkları anlamaya çalışmalıdır. Ağrılı hastayı değerlendirmede kullanılan diğer yardımcı araçlar şunlardır:

*Minnesota çok yönlü kişilik envanteri-2 (MMPI-2):* MMPI-2 değerlendirme sırasında toplanan diğer bilgilerle birlikte kullanılan yararlı bir tanısal araçtır. Açık ve gizli alt ölçek puanları varsa, daha yararlı olur. Bu test kişinin yalana eğilimli olup olmadığı gibi bazı kişilik özelliklerini belirlemede yardımcı olabileceği gibi kişinin duygudurumu hakkında da bilgiler verir. Zaman zaman diğer klinik bölümlerden kişilik testleri istenebilir, fakat tek başına psikolojik testlerin psikiyatrik tanı için kullanılması uygun değildir. Hastanın MMPI sonucunun klinikle bağdaştırmadan körlemesine yorumlanması yanlış tanılara yol açabilir.

*Projektif Testler:* Rorschach ve Tematik Algı Testi (TAT) gibi projektif testler ağrının algılanmasında önemli rol oynayan bilinçdışı konuların ortaya çıkarılmasını sağlayabilir.

*Ağrı Şeması:* Bir ağrı şeması hastaya ağrıyı grafik olarak tanımlama fırsatı verir. Bu şemada insan vücudunu önden ve arkadan gösteren iki şekil vardır. Hastaya önceden belirlenmiş simgeler vasıtasıyla ağrı olan yerleri ve ağrının şeklini (iğne batması, yanma, şimşek vs.) belirtmesi istenir. Böylece ağrının niteliği ve dağılımı daha iyi anlaşılmasına çalışılır.<sup>22</sup>

*Görsel Analog Ölçek (GAÖ):* Hasta ağrısını basit olarak 100 mm'lik yatay bir çizgi üzerinde sol uçta 0 ("hiç ağrı yok" anlamında) ve sağ uçta 10 ("yaşamınızda duyduğunuz en şiddetli ağrı" anlamında) arasında yerleştirir. GAÖ hasta tarafından kolayca kullanılır ve hastanın terapötik bir girişime yanıtını izlemek için tekrar tekrar uygulanabilir.

*Sadomazoşistik indeks:* Psikojenik ağrı ve ağrıya eğilimli hastaların sadomazoşistik özellikler gösterdikleri düşünülmüştür. Bu hastaların geçmişleri cezalandırılma, kötüye kullanıma ilişkileriyle doludur ve kendi

kişilerarası etkileşimleri öfkeli ve aksidir. Böyle bir hasta her iki sürecin de bilincinde değildir. Bu nedenle hastanın geçmiş ve sürmekte olan ilişkilerinin bu sadomazoşistik nitelik açısından değerlendirilmesi bu tür ağrıya eğilimli kişilerin belirlenmesini sağlar.<sup>23</sup>

### **KRONİK AĞRILI HASTAYA TEDAVİ YAKLAŞIMI**

Kronik ağrı, dünyada milyonlarca insanı etkileyerek onların fiziksel ve duygusal işlevselliğini azaltıp, mesleklerindeki kapasitelerini ve hayat kalitelerini bozar.<sup>24</sup> Kronik ağrılı hastalar o kadar çaresizdirler ki, iyileşmek için doktor-doktor gezerler. Aslında alternatif tıp metodlarına başvurudaki artış, kısmen ne kadar çok kronik ağrı çeken hasta olduğunu göstermektedir.

Sebepler ne olursa olsun, hastadaki kronik ağrının etkisi akut ağrıdan daha yaygın olma eğilimindedir. Sık sık hastanın duygudurumunu, kişiliğini ve sosyal ilişkilerini derinden etkiler. Kronik ağrılı insanlar genellikle depresyon, uyku bozukluğu, yorgunluk ve tüm fizik aktivitelerinde bir azalma yaşarlar. Sonuç olarak, ağrının verdiği ıstırap kronik ağrılı hastalarda değerlendirilmesi gereken pek çok konudan sadece biridir. Hastaların çoğunda hastalığın ortadan kaldırılması veya şifa mümkün olmayabilir. Bu yüzden tedavinin amacı ağrıyı kontrol etmek ve mümkün olduğunca hastayı işlevsel halde tutabilecek rehabilitasyon olmalıdır.

Koordineli bir tavır içinde, çoklu tedavileri içeren kapsamlı rehabilitasyon alan kronik ağrılı hastalarda, interdisipliner yaklaşımın faydasına ait kanıtlar gittikçe artmaktadır.<sup>25</sup> Bakım hastanın durumunun tüm boyutlarını kapsayacak şekilde tasarlanmalıdır. Ağrısı olan bireye temel yaklaşım, ağrının kontrol edilebilen bir bulgu olduğu gerçeğini anlatmak olmalıdır. Kişiyi edilgen durumdan, ağrıyı kontrol etmede etkin konuma getirmek, ağrı hakkındaki genel yargı ve düşüncelerini değiştirmesini sağlamak önemlidir. Bunun için bireyin ağrı ile ilgili bilişlerini tanımlamak gerekir. Yaşa, cinsiyete ve kişiye göre değişen başat mekanizmaları uygulanabilir.

Aşağıda kronik ağrıya başlıca tedavi ilkeleri yer almaktadır:

1. Kronik ağrıya tedaviye organik, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla yaklaşılmalıdır.
2. Değerlendirme, multidisipliner olarak uygulanmalıdır.
3. İlaç tedavisi azaltılmalı ve narkotikler (çoğu olguda) kesilmelidir.
4. Major depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu gibi var olan veya olabilecek hastalıklar tedavi edilmelidir.
5. Ağrının sürmesine veya yakınmanın artmasına neden olan psikososyal stres etkenleri azaltılmaya çalışılmalı ve kişi yaşamındaki ana sorunları tanıması için yönlendirilmelidir.
6. Hasta hareketlendirilmeli ve yaşam alanlarındaki işlevselliği artırılmalıdır.
7. Cerrahi işlemler ancak geri dönüşümlü bir sürecin kanıtları varsa yapılmalıdır.

### **MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM**

Ağrı kontrolü için multidisipliner yaklaşım, ağrı konusunda farklı alanlarda uzmanlaşmış birçok disipline farklı uzmanlarca oluşturulur. Kronik ağrı ekibinde çekirdek kadro hekim, psikolog, uzman hemşire, fizyoterapist, mesleki danışman ve eczacıdan oluşmaktadır. Sağlık ekibi, hastanın ölçülebilir tedavi amaçlarını oluşturmasına yoğunlaşarak, hastanın kişisel ihtiyaçlarına göre tedavi planını belirler. Ekibin, hastanın beklentilerini göz önüne alması özellikle önemlidir. Birçok hasta, ağrısının dindirilmesi ve eski kapasitesine tam olarak geri dönmesi konusunda gerçekleştiremeyecek bir beklenti içinde olabilir. Vakaların çoğunda en gerçekçi tedavi amaçları; ağrının tamamen ortadan kaldırılması olmasa bile azaltılması, fiziksel işlevselliğin düzeltilmesi, duygudurum ve uyku gibi ilgili alanlarda gelişebilecek belirtilerin düzenlenmesi, aktif başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve işe geri dönüşü içerir.

### **PLASEBO ETKİSİ**

Ağrı tedavisinde plasebo uygulamaları, ağrının psikolojik yönünün olup olmadığının tespitinde değil, plaseboya yanıt veren grubun



belirlenmesinde yararlı bir yaklaşımdır. Kanser ağrıları da dahil en şiddetli ağrılarda bile % 20-40 plaseboya yanıt vardır.<sup>26</sup> Tek bir doz plaseboya yanıt veren hastada şartlı refleks söz konusudur. Tekrarlayan plasebo uygulamaları sonucu yanıt alınan hasta için plasebo etkisinden bahsedilir. Beecher<sup>27</sup> popülasyonun yaklaşık 1/3'ünün plaseboya yanıt verdiğini iddia etmektedir.

Plaseboyla hafif yan etkiler sıklıkla görülür, önemli yan etkiler de bildirilmiştir. Plaseboya verilen yanıt psikopatoloji ile bağlantılı değildir. Plasebo yanıtının kişinin endojen opiyat sisteminin bir ürünü olma olasılığı vardır. Uygunsuz plasebo uygulaması hasta-hekim ilişkilerini olumsuz etkileyebileceği gibi, tedavi sürecini de etkileyebilir.

Tablo 2. Kronik ağrı tedavisinde kullanılan yöntemler

#### BİYOLOJİK

- İlaçlar (tıbbi ve psikotrop)
  - Narkotik analjezikler
  - Nonnarkotik analjezikler
  - Antienflamatuarlar
  - Antidepresanlar
  - Nöroleptikler
  - Aminoasit öncülleri (L-triptofan ve L-fenilalanin)
- Diğer tıbbi ve cerrahi yöntemler
  - Sinir blokları
  - Transkütan sinir uyarılması
  - Fizik tedavi (egzersiz, masaj, ısı)
  - Akupunktur
  - Nöroservikal yöntemler

#### PSİKOLOJİK

- Destekleyici psikoterapi
- Kriz müdahale
- İçgörü kazandırıcı yöntemler
- Davranış tedavileri (relaksasyon)
- Hipnoz
- Bilişsel psikoterapi (biofeedback)
- Grup terapileri

#### SOSYAL

- Aile danışmanlığı
- Sosyal ortamın düzenlenmesi
- Eğitim ve yeti kazandırma
- Genelleme ve idame

#### KRONİK AĞRI TEDAVİSİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Kronik ağrı tedavisinde biyopsikososyal yöntemler kullanılır. Bu yöntemler Tablo 2'de sıralanmıştır.

Kronik ağrının tedavisinde farmakolojik yaklaşım büyük yer tutar. Buna rağmen tedavide izlenecek yol, basamaklı ilaç tedavisinin uygulanmasıdır. Tedaviye önce opioid olmayan analjeziklerle başlayıp, daha sonra kuvvet derecelerine göre opioidleri kullanmak uygun olur. Kanser ağrıları dışında, bağımlılık ve tolerans gelişmesi gibi nedenlerden dolayı opioid kullanımı sınırlı tutulmalıdır. Kronik ağrının kontrolünde psikotrop ilaçların kullanımı da oldukça yaygındır.

Kronik ağrılı bireyin ağrı yoğunluğunun uzun süreli azaltılmasında ve fiziksel işlevselliğin düzeltilmesinde kullanılan çeşitli davranışsal yöntemler vardır. Bilişsel davranışçı metodlar yanında bunlara entegre relaksasyon sağlamaya yarayan bir grup terapötik yaklaşımı içeren relaksasyon teknikleri de kronik ağrılı hastaların tedavisinde endikedir.<sup>28</sup> Biofeedback teknikleri, relaksasyon işlemi için hastaya fizyolojik fonksiyonları hakkında bilgilendirme sağlar. Hastaya sağlanan feedback informasyonları EMG, EEG, galvonometri ve ısıyı içerebilir. Gerilim tipi başağrıları, boyun ve bel ağrılarında yararlı bulunmuştur. Dirençli hastalarda ek bir tedavi yöntemi olarak biofeedback yararlı olabilir.

Hastanın sosyal ortamının düzenlenmesi, aile terapisi, sosyal destek grupları oluşturulması, stresle başetme yollarının gösterilmesi, uğraşı terapileri, ağrı konusunda hastanın eğitimi kullanılan psikososyal tedavi yöntemleridir.

#### SONUÇ

Kronik ağrı kişinin işlevselliğini etkileyen önemli bir sorun olmakla birlikte, neden ne olursa olsun hastalar genellikle psikiyatr dışı hekimlere başvurma eğilimindedir. Organik bir hastalık sonucu ağrı yakınması olan kişide önemli birtakım psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabileceği gibi, ağrının nedeni tamamen

psikiyatrik kökenli de olabilir. Ağrının sadece organik kökenli olduğunu düşünmek kadar sadece psikiyatrik kökenli olduğunu düşünmek de tedaviyi olumsuz olarak etkileyebilir. Kronik ağrısı olan hastayı, psikiyatrik komponenti gözönünde bulundurmadan tedavi etmeye çalışmak, kişinin hastalığını daha da artırabilir. Böyle hastalar ayrıntılı bir psikiyatrik muayeneden geçirilmeli, psikolojik testler uygulanmalı ve eğer tespit edilirse psikiyatrik bozukluk tedavi edilmelidir. Kronik ağrı çeken kişilerin nasıl tedavi edilecekleri

hakkında elimizde çok fazla veri yoktur. Ancak çeşitli tedavi seçenekleri vardır ve her tedavi seçeneğinin potansiyel yan etkilerini gidermek amacıyla farklı tedavi seçenekleri önerilmiştir. Ağrıyı ve ıstırapı azaltabilmek, fiziksel ve zihinsel işlevselliği artırabilmek için odak noktası hasta olmalıdır.<sup>29</sup> Tedavide multidisipliner yaklaşım benimsenmeli, ağrının tamamen giderilmesi mümkün değilse, fiziksel işlevselliğin düzeltilmesi, psikososyal destek unsurlarının geliştirilmesi ve başa çıkma becerilerinin artırılması hedeflenmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Özkan S: Psikiyatrik ve psikososyal açıdan ağrı. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, İstanbul, 1993.
2. Blackwell B: Chronic pain. HI Kaplan, BJ Sadock (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, s.1264-1272.
3. Merskey H, Bagduk N: Classification of chronic pain. International Association for the Study of Pain, Seattle, 1994, s.210.
4. Elbi H: Psikojenik ağrı ve ağrı bozukluğu. C Güleç, E Köroğlu (eds.): Psikiyatri Temel Kitabı'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.556-557.
5. Mufson MJ: What is the role of psychiatry in the management of chronic pain. Harv Ment Health Lett 1998; 16(3):8.
6. Loeser JD, Melzack R: Pain: an overview. Lancet 1999; 353(9164):1607.
7. Cassel EJ: The nature of suffering and the goal of medicine. N Eng J Med 1992; 306:639-645.
8. Levine J, Taiwo Y: Inflammatory pain. PD Wall, R Melzack (eds.): Textbook of Pain'de, Edinburg, Churchill Livingstone, 1994, s.45-56.
9. Bouchkoms A, Hackett TPI: The pain patient: evaluation and treatment. Massachusets General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry'de, Mosby Year Book, 1991, s.39-68.
10. Melzack R: Pain and stress: A new perspective. RJ Gatchel, DC Turk (eds.): Psychological Factors in Pain'de. New York, Guilford Press, 1998.
11. Melzack R, Wall PD: Pain mechanisms: a new theory. Science 1965; 150:971-979.
12. Belmonte C, Cervo F: Neurobiology of Nociceptors. Oxford, Oxford University Press, 1996, s.345-367.
13. Meyer RA, Campbel JN, Raja N: Peripheral neural mechanism of nociception. PD Wall, R Melzack (eds.): Textbook of Pain'de, Edinburg, Churchill Livingstone, 1994, s.13-44.
14. Levine JD, Fields HL, Basbaum AI: Peptides and the primary afferent nociceptor. J Neurosci 1995; 13:2273-2286.
15. Dray A: Kinins and their receptors in hyperalgesia. Can J Pharmacol 1997:13-44.
16. Özkan S: Bel ağrısı, duygudurum, psikososyal ortama ilişkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 5(Özel sayı):81-83.
17. Nevzat T: Low back paine psikosomatik yönden bir bakış. Aktüel Tıp Dergisi 1997; 11:550.
18. Doksat K: Ağrının psikiyatrik yönü. C Güleç, E Köroğlu (eds.): Psikiyatri Temel Kitabı'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.258.
19. Hyman SE, Lessem NH: Pain. Scientific American Medicine 1996:134-135.
20. Dilbaz N: Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbidite. S Özkan (ed): Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi Kitabı'nda, 1997, s.226.
21. StaatsPS, Hakmar H, Staats AW: Psychologic behaviourism theory of pain. Pain Forum 1996:194-207.
22. Bouckoms A: Psychiatric aspects of severe pain and suffering in critically ill. MG Wise (ed): Problems in Critical Care'de, Philadelphia, Lippincott, 1988, s.47-62.
23. Engel GL: Pycogenic pain and pain-prone patient. Am J Med 1959; 26:899-918.
24. Goldberg D: Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. JAMA 1987:2782-2787.

26. Friction J, Dall'Arancio D: Interdisciplinary management of myofacial pain of the masticatory muscles. J Friction, R Dubran (eds.): Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders'ta. New York, Raven Press, 1995, s.485-500.
27. Bouckoms AJ, Litman RE: Chronic pain patients: clues in the clinical interview. Psychiatric Medicine, 1987; 4:14-19.
28. Beecher HK: The powerfull placebo. JAMA 1955; 159:1602-1606.
29. Garfinkel M, Singhal A, Katz W ve ark: Yoga-based intervention for carpal tunnel syndrome. JAMA 1998; 280:1601-1603.
30. Licpaey AA, Peter S: Status. Ağrı. Literatür Dergisi (Eds: O Tan, M Aksoy) 1999; 11(Ağrı eki):15.

*o. ULUSAL SOSYAL PSİKIYATRİ KONGRESİ*

**7-10 Mayıs 2001**

**Lefkoşa - Girne**

**DÜZENLEYENLER**

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yakın Doğu Üniversitesi

Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği

**Ana Konular**

Kültür ve psikiyatri

Stigmatizasyon

Sosyal psikiyatri ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegrasyon

21. Yüzyılda sosyal psikiyatri

**Yazışma Adresi:**

Yrd.Doç.Dr. Gamze Akyüz

C.Ü. Hastanesi Psikiyatri ABD SPK 2001

Tel: 0346 2191010/2113, Faks: 0346 2191284

e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr

**Yrd.Doç.Dr. Ebru Çakıcı**

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü SPK 2001, Lefkoşa/Kıbrıs

Tel: 0392 2277738, Faks: 0392 2236461

e-posta: meh\_cakici@yahoo.com