



# Ağrının Psikolojik Kökenleri

Ayşe Mine TUNCAY\*

\*Klinik Psikoloji Doktora ğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi,  
[aysetuncay@stu.aydin.edu.tr](mailto:aysetuncay@stu.aydin.edu.tr), ORCID NO: 0000-0001-9506-8320

## Özet

Ağrı, psikososyal ve nörolojik etkenlerden etkilenen bir tecrübedir. Vücudumuzun farklı yerlerinde de zaman zaman hissedilen ağrı, insanın baş edebilmekte zorlandığı bir durum olabilmektedir. Bu derleme çalışmasında ağrı, psikodinamik yaklaşım, nesne ilişkileri kuramı, Bilişsel yaklaşım, davranışsal yaklaşım, nörobiyolojik yaklaşımlar, nesne ilişkileri kuramı, bilişsel davranıcı kuram, psikanalitik kuram gibi farklı bakış açıları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Kronik ağrıda psikolojik faktörler ve baş etme stilleri açıklanmıştır. Ağrı, ağrının kökeni, ağrı ile ilgili farklı bakış açıları ve kronik ağrı, kronik ağrının psikolojik kökenleri ile ilgili yapılmış araştırmalara da çalışmada yer verilmiştir. Yapılmış olan bu derleme çalışmasının ağrının kökenleri ile ilgili okumalarda kullanılabilecek bir kaynak olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, Ağrının kökenleri

## Psychological Origins of Pain

### Abstract

Pain is an experience affected by psychosocial and neurological factors. Pain, which is felt from time to time in different parts of our body, can be a situation that people have difficulty in coping with. In this review, pain has been tried to be explained from different perspectives such as psychodynamic approach, object relations theory, cognitive approach, behavioral approach, neurobiological approaches, object relations theory, cognitive behavioral theory, psychoanalytic theory. Psychological factors and coping styles in chronic pain are explained. Research on pain, the origin of pain, different perspectives on pain, and chronic pain and the psychological origins of chronic pain are also included

in the study. It is thought that this review study can be a source that can be used in reading about the origins of pain.

**Key Words:** Pain, Origins of pain

## 1. Ağrı

Vücutun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı, psikososyal ve nörolojik etkenlerden etkilenen çok etkenli bir tecrübe olup, kişinin yaşam niteliğini bedensel, sosyal ve toplumsal taraflardan kısıtlamasına neden olan sıkıntı veren ciddi bir sağlık sorunudur. Bireyin bedeninde bazı durumların rayında gitmediği durumunda uyarılar verir. Vücutta duyulan şiddetli acının en onay alan açıklaması Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'ne göre: Gerçek ya da olası doku hasarından ötürü ortaya çıkan rahatsız edici bir duyu ve duygusal bir deneyimdir. (Eisenach ve ark., 2008); ancak derneğin açıklamasına bakıldığında, ağrının yalnızca biyolojik sebepler sonucunda gerçekleştiği söylenmektedir. Turk ve ark. ise ağrının fazla etkenli olduğunu ve duygusal, duyuşsal, düşünsel ve davranışsal faktörlerle gerçekleşen bireyler arasında farklılık gösteren bir tecrübe olduğunu belirtmektedir (Turk, D. C., Meichenbaum, D., Genest, M., 1983).

Rahatsız kişinin, kültürel ve bilişsel olayları, birlikişinin deneyimleri, ağrının hastalıktan hastalığa nitelik ve nicelik açıdan değişebilmesi sebebiyle ağrının açıklamasının yapılması zorlaşabilmektedir. Ağrı genellikle psikolojik ve biyolojik sebeplere göre ortaya çıkmaktadır. Ağrının, akut (ani) olarak ilerleyen, rahatsızlıklara bağlı bir şekilde gerçekleşen ve ölümcül bir rahatsızlığa bağlı olmadan devamlı gerçekleştirilebilen ağrılar şeklinde üç şekli bulunmaktadır.

Sosyal desteğin ise, kronik ağrı üzerinde hem pozitif hem de negatif yönde düzenleyici etkisinin olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Kerns ve ark. 2002; López-Martínez ve ark., 2008). Genel olarak sosyal yardımın üstesinden gelebilme kaynağı olarak ele alınması kişinin psikolojik ve bedensel iyi olma haline fayda sağlaması ve stresörlerin bireydeki olumsuz faktörlerini azaltması yönünde bir beklenti vardır (FerreiraValente, 2009). Böylelikle ağrı hissedildiğinde de sosyal yardım doyumunun yüksek olmasının duygulanım üzerinde olumlu reaksiyon gösterdiğini öne sürer; yeterlilik ve yapı açısından sosyal yardım eksiksizliğinin ise depresyon ve ağrı ahenginin düşük olmasıyla ilişkisi olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (López-Martínez ve ark., 2008). Ancak kaynaklar araştırıldığında sosyal yardım ile ağrı yaşamıyla ilgili yapılan

araştırmalar arasında birbirinden çokça farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. López-Martínez ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirmiş oldukları araştırmada uzun süredir bir çözüm geliştirilememiş ağrı hastalarında sosyal yardım ile bildirilen ağrı yoğunluğu ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiş ve algılanan sosyal yardımın ağrı yoğunluğu ve depresyonla negatif açıda ilişkisi olduğu varsayımına ulaşılmıştır (Ertekin, 2017). Jamison ve arkadaşlarının (1990) gerçekleştirdikleri araştırmada, ağrı hastalarının ailelerini elverişli ölçüde destekleyici bulanlar ve zayıf bulanlar olarak iki gruba ayırmışlardır. Araştırmadan bir yıl sonra bu iki grubu ağrı yoğunluğu, işlevsellik ve gerek duyulan ilaç tutarı açısından karşılaştırmışlardır. Ailesinin kendisini desteklediğini bilen grubun desteklemediğini bilen gruba göre işlevselliğinin daha fazla olduğu, ağrı şiddetinin ise daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Ertekin, 2017).

## **1.1.AĞRIYA İLİŞKİN KURAMSAL AÇIKLAMALAR**

### **1) Psikodinamik Yaklaşımı**

Psikodinamik yaklaşımlar; vücudun herhangi bir yerinde hissedilen şiddetli acının, bireyin farkına varmadığı bilinçdışı negatif duygulanımlarının vücut aracılığıyla ifade edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Freud'un yazılarında bahsedilen *bilinçdışı çatışmaların beden aracılığıyla dışa vurulabileceği* görüşü, psikosomatik tıp alanındaki belirli duygularla fizyolojik tepkiler arasındaki etkileşimin incelenme fikrine dönüşmüş ve vücut-bellek arasındaki ilişki ön plana çıkmıştır.

Psikanalitik bakış açısı boyutunda, vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı varlığında kullanılan başlıca ego savunma mekanizmaları arasında; regresyon, izolasyon, sembolizasyon, konversiyon ve somatizasyon bulunmaktadır.

George Engel (1959), “ağrının yaşantısı” hakkında araştırma gerçekleştiren ilk psikanalistlerden biridir. Kendisinin izlediği psikosomatik bozukluğu bulunan kişilerin pek çoğunda bulunan, psikanaliz sürecinde ortaya çıkan ağrı yakınmaları üzerinde durmuştur. Engel, ağrıya eğilimli rahatsız kişilerin niteliklerini çok değişik boyutta araştırmaya başlamıştır. Ağrıyı nasıl hissettiklerini, fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak hangi süreçlerden geçtiklerine dair araştırmalarda var olmuştur. Rahatsız kişilerin haberdar oldukları veya olmadıkları suçluluk hislerine yani duygusal bileşenlerine ve hayattaki zorlu yaşantıların ardından vücutlarının herhangi bir yerinde duydukları acının şiddetlenmesi yani sosyal ortam konusunda durarak ağrının psikolojik ve sosyal bileşenlerini de dahil edilmiştir. Ayrıca ağrı sorunu yaşayan kişilerin

çevresinde bulunan kişilerin ağrı sorununun bulunması ihtimali ile çoğunlukla karşılaştığı belirtilmiştir. Bu durum bilinçdışı çarpışmasının çözümüne yönelik bir yöntem olarak tanımlanmıştır. Engel, ağrı yaşantısında çocukluk anılarının ve bilinçdışı çarpışmalarının rolüne dikkat çekerek psikanalitik kuramın etkisini sürdürmeyi amaçlamıştır. Bireylerin şahsi algıları, nitelikleri ve sosyal yaşamı gibi etkenleri entegre ederek inceleme yapmıştır.

#### **a. Sigmund Freud ve Somatik Süreçler**

Freud, yapıtlarında özgül olarak psikosomatik bulgulara dair herhangi bir araştırma gerçekleştirmemiştir. Fiziksel patolojik olaylarla psikopatolojik durumlar arasındaki çelişkili ve gizemli ilişki üzerinde durarak, vücudun değişik olaylarına ithafen araştırmalarda bulundu. Freud, çağdaş somatik yönlerin kökenini atacak ruhani bir kuram gerçekleştirmiştir. Ruhsal yapıların bedensel etkilerden oldukça fazla etkilendiğinden ve beden üzerinde şiddetli eylemler gerçekleştirdiğinden bahsetmiştir. Somatik süreçlerin içinde ruhsal olgular aramıştır.

Freud'a göre dört çeşit somatik semptomdan söz edilebilirdi. Histerik konversiyon semptomlarına bakıldığında sembolik bazı bilinçdışı imgelemlerin bedendeki dışa vurumu bulunmaktaydı. Güncel nevroz semptomlarında ise, libidinal yatırımların bedendeki bir organ üzerine yapıldığı belirtilmiştir. Libidine edilen organ fizyolojik yapısından uzaklaşmakta ve travmatik nevrozla karakterize bir durum ortaya çıkmaktaydı. Hipokondriak semptomlardaki somatik belirtiler paranoya derecesinde yaşanarak narsisistik libidonun bedende görülmesine yol açmaktaydı. Yapısal organik hastalıklarda ise iki farklı ele alış biçimi bulunmaktadır. Somatik olarak hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra narsisistik bir regresyon oluşmakta ve kişinin bu somatik olay sonucunda libidinal bir direnç gösterme durumu ortaya çıkmaktadır.

Diğer bir yaklaşımda ise organik hastalıkların dürtü kuramına göre tanımlanarak Eros ve Thanatos dürtülerinin karşı karşıya gelmesi bağlamında açıklamalar bulunmaktaydı. Uzun süreli ve dürtüsel yatırımların azaldığı durumlarda, kişinin dürtülerini tekrar organize edilememesinin sonucunda somatik olgunun mutasyona uğrayarak organik hastalıkları başlatması söz konusu olmaktadır.

Freud yaptığı çalışmalarda, bedensel bir hastalık varlığında nevrotik durumun ortadan kalktığını görmüştü. Bu da Freud'un ruhsal ve bedensel durumlar arasındaki dengeyi ve bunların paradoksal ilişkisini düşünmesini sağladı ve bu durum kişinin mazoşistik organizasyonunun kalitesiyle de ilgiliydi. Bu bilgi Freud'un ruhsal ve bedensel durumlar arasındaki paradoksal ilişkiyi

düşünmesine yol açtı. Böylece bu durumun, kişinin mazoşistik yapılanmasının kalitesiyle bir ilişkisi olduğunu tespit etti. Freud'dan sonra pek çok psikanalist, somatik hastalıklarla ve hastaların psikanalizler ile ilgilendi.

## **2) Nesne İlişkileri Kuramı**

Ağrı, kişinin çevresiyle olan ilişkisinde sembolik bir rol oynayarak nesne ilişkilerinin yeniden oluşturulmasına yardımcı olmaktadır. Canı yanan bir çocuk, küçük yaşlarda annesinin dikkatini çekmeyi öğrenmektedir. Böylece sadece annenin dikkatini çekmemiş olur, ilginin de üzerinde olmasını sağlar. Bu ilgi arama davranışı, yetişkinlik döneminde form değiştirerek varlığını sürdürür.

Ağrı, bazı hastalarda cezalandırıcı bir anlamda yorumlanabilir. Bilinçdışında suçluluk duygusu hakimdir. Ağrıyı başlatan bir diğer etken ise sevgi yatırımı yapılmış olan nesnenin kaybedilmesidir.

## **3) Psikofizyolojik Yaklaşımlar**

Biyopsikososyal yaklaşımların etkisinin artmasıyla birlikte psikolojik ve biyolojik faktörlerin etkileşimi pek çok çalışmaya konu olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Bu noktada Flor ve Turk (2004) tarafından "psikobiyolojik yaklaşım" şeklinde tanımlanmıştır. Bu yaklaşımın temel odak noktası kişideki duygu ve düşünce gibi zihin odaklı süreçlerin ağrıyı meydana getiren fiziksel değişimlerin üzerindeki etkisidir.

## **4) Beden- Benlik Nöromatriks Teorisi**

Melzack, ağrı mekanizmalarının işlevlerinden söz ederken kapı kontrol teorisinin bazı noktalarda pek yeterli olmadığını görerek yeni bir teori ortaya koymuştur.

Melzack ve Wall (1965) Kapı Kontrol Teorisi'nin hemen sonrasında geliştirdiği Nöromatriks Teorisi'nde (1999) ağrıyı karmaşık ve çok boyutlu bir deneyim şeklinde incelemektedir. Teorinin bakış açısını kavrayabilmek için o dönemde en yaygın olan Dualistik Yaklaşımın bakış açısını anlamak gerekmektedir. Descartes'in öncülüğünü yaptığı bu görüşe göre, ağrı oluşurken sadece dokunun harap olması durumu sinir liflerinden beyne iletiildiği anda bir deneyime dönüşmesi şeklinde açıklanmıştır (Ertekin, 2017).

Ağrı bölgesinde periferik açıdan herhangi bir zedelenme bulunmamasına rağmen ağrı hissinin var olması ya da periferik bir zedelenme bulunmasına rağmen hasta tarafından herhangi bir şikâyet olmadığı pek çok vakaya rastlanmıştır. Bunlardan en belirgin olanı “hayalet uzuv”udur. Araştırmacılar, hasta kişinin bir uzvu kesildiğinde (amputation) vücudundan ayrıştırılmış olan uzvundaki ağrı hakkında bilgi verdiği klinik araştırmalarda sıkça rastlanmıştır. Ampute edilen uzvun yerinde duruyormuş gibi hissedilmesi ya da kişiyi her zaman nasıl hissediyorsa aynı olağan bedeninde gibi olması beyinde nöral süreçlerin etkinleştiği sonucunu ortaya koymaktadır. Bu mekanizma uyarıcıların etkinleşmesiyle hareketlenebilmekteyken bazen uyaransız da harekete geçebilmektedir. Beden-Benlik Nöromatriksinde (Body-Self Neuromatrix) benlik, beden ile beynin dış dünyadan ayrı ama aynı zamanda da bir bütün şeklinde algılanmasını ifade eder (Ertekin, 2017).

Bu teori, beyinde ağrı yaşantısından sorumlu olan herhangi bir “ağrı merkezi” nin var olmadığını ve ağrı yaşantılarında aslında beynin limbik sistem, talamus ve korteks sistemlerinin çalıştığını ve sonuç olarak çok büyük bir nöral ağ bağlantısının etkisi altında olduğunu vurgulamaktadır.

### **5) Bilişsel Yaklaşım**

Melzack Kapı Kontrol Teorisi'nin (1965) örnek alarak izinden giden bilişsel yaklaşımlar, davranışçı yaklaşımın kronik ağrıya bakışında bilişin işlevinin göz ardı edildiğini ve davranışçılığın prensibinin etkisindeki tedavinin yalnız başına yeterli olmadığı fikrini benimsemektedir. Bu açıdan, bilişsel modeller ağrı yaşantılarında; duygulanım, öz yeterlik, inanç, algı, değerlendirme, anlamlandırma, ağırlı uyarana yönelen dikkat, atıf tarzı ve baş etme becerileri gibi bilişsel yaklaşımın temel yapı taşları olan kavramlara da odaklanmaktadır (Innes, 2005). Aynı zamanda, son dönemde ağrının çok faktörlü doğasını ortaya çıkarması; fizyolojik, psikolojik ve çevresel değişkenlerin ağrı yaşantısına entegre edilmesinden ötürü bilişsel- davranışçı yaklaşımı çok sık kullanılmaktadır.

### **6) Davranışçı Yaklaşım**

Psikolojinin asıl odak noktasının sadece gözlemlenebilir ve ölçülebilir davranışlardan oluştuğunu belirtirken, davranışçı kuram ise tüm davranışlarımızın öğrenildiğini belirtmiştir.

Klasik davranışçı kurama göre ağrı yaşantısının tam anlamıyla kavranabilmesi için, ağrıya hem bir davranış olarak bakılması hem de çevresel faktörlerle tetiklenen ödül-ceza prensibine göre incelenmesi gerekmektedir (Fordyce vd., 1973).

Bu sebeple kronik ağrının anlaşılmasında davranışçı kuram iki başlık şeklinde ele alınmaktadır: ağrı davranışları ve ikincil kazançlar. Bu kurama göre ağrı ancak ve ancak ağrı davranışlarıyla bir sorun olabilmektedir. Ağrıdan şikâyet etme, günlük işlerini sekteye uğratmak gibi ağrı davranışları sergilendiğinde ağrı probleminin olduğundan söz edilebilir. Yani, temelde ağrıyı sorun haline getiren şey bahsedilen davranışlardır ve gerekli olan bu davranışların incelenmesidir. Burada oluşan davranışların hem hangi sebeple oluştuğunu hem de hangi koşullar altında sürdürüldüğünü farkındalığını kazanmak önemlidir.

Edimsel koşullanmaya göre, kişinin ağrı davranışları yine o kişinin kazanım sağladığı ödül ve cezaları belirlemektedir. Bir diğer önemli nokta, kişilerin her zaman ağrılı davranış sonucunda sonuçlarla karşılaşmamasıdır. Ortaya çıkan sonuçlar hastalar tarafından hemen fark edilemeyebilir ya da bunların ağrı davranışlarından ötürü doğduğunu gözlemleyemeyebilirler. Bu gibi durumlarda ikincil kazançlar noktasına vurgu yapılır. Ağrı davranışları olan hastanın bu davranışları ile iş yükünden, iş sürekliliği gibi çok da istenmeyen durumlardan ötürü uzaklaşabilir veya bunun tam tersi şekilde daha fazla ilgilenmeye başlayabilir veya bakım alma gibi pozitif durumlarla da sonuçlanabilir. Bahsedilen bu durumlar, ağrının ikincil kazançlar açısından sürdürücüleri olarak görülmektedir. Bu nedenle, davranışçı kuram açısından kronik bir ağrıyı tanımlarken kronik temelli bir ağrıyı ağrı davranışı olarak tanımlamaktadır. Müdahale açısından incelendiğinde davranışlara yönelik olarak hem çevre açısından hem de birey açısından tasarlanmaktadır.

Davranışçı kuram, kronik ağrıyı tanımlarken ve anlamlandırırken kişinin hayatındaki stresli yaşamsal olayları, yaşadığı duyguları ve bilişsel süreçleri ele almaması nedeniyle eksik görülmektedir.

Bilişsel davranışçı kurama göre, kronik ağrının yalnızca gözlenebilen ağrı davranışlarından ibaret olmadığını ve her koşulda olduğu gibi kronik ağrı yaşantılarında da kişinin ağrıyı nasıl algıladığı nasıl değerlendirdiği ve beklentilerinin şekillendirici bir etkisi olduğu düşüncesini öne atmaktadır.

### **7) Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım**

Bilişsel-davranışçı yaklaşımın kronik ağrının yönetilmesindeki gayesi, fonksiyonel olmayan düşünce ve davranışların azaltılması ile psikolojik stresin azaltılması; sosyal ve fiziksel fonksiyonelliğin artırılmasıdır (Ehde vd., 2014). Bilişsel-davranışçı yaklaşım; duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki etkileşime odaklanarak fonksiyonel olmayan kalıpları değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu yönüyle davranışçı yaklaşım ile ortak yönleri(kademeli kas gevşetme hareketleri, ev ödevleri takibi, sosyal beceri egzersizleri vs.) bulunmaktadır. Ağrı davranışlarını çevreyi düzenleyerek söndürmeye odaklanan davranışçı yaklaşım; bilişsel davranışçı kuramdan bireyin hayatındaki bütün durumlar gibi ağrıyı da uyumsuz davranış ve düşünceleri fark ederek tekrardan yapılandırmak bir fırsat şeklinde değerlendirmesiyle farklılaşmaktadır (Alda vd., 2011; Karlsson vd., 2015; Lera vd., 2009; ParraDelgado ve Latorre-Postigo, 2013). Bu açıdan bilişsel davranışçı yaklaşım, davranışçı yaklaşımdan ağrı konusunda daha geniş bir perspektif sunmaktadır. Aynı zamanda ağrıya bağlı negatif ve pozitif sonuçları etkileyen kişisel özellikleri inceleyerek daha bütüncül bir perspektif ile yaklaşmaktadır. Bilişsel-davranışçı yaklaşım kişilerin ağrıya dair çeşitli değerlendirmelerini tekrardan yapılandırarak ağrının varlığında bu ağrıyı yönetmek amacıyla kullanılan bilişsel ve davranışsal başa çıkma yöntemlerine odaklanmaktadır (Alda vd., 2011; Karlsson vd., 2015). Bu bakımdan ağrı yönetiminde psikolojik, sosyal ve biyolojik unsurları beraber değerlendirerek çok disiplinli tedavinin de önemli bir köşesini oluşturmaktadır (Lera vd., 2009; ParraDelgado ve Latorre-Postigo, 2013). Bilişsel davranışçı yaklaşım, ağrı yaşantısını bir stres türü olarak ele alan ve hayattaki her durumun kişinin stres kaynağına ve onunla bireysel başa çıkma stratejilerine dair değerlendirmelere göre şekil alacağını belirten Transaksiyonel Stres ve Başa çıkma Modeli (Lazarus ve Folkman, 1984)'nin de temelini oluşturmaktadır (Hocaoğlu Uzunkaya, 2019).

### **8) George Engel - Ağrıya Yatkın Hasta Yaklaşımı**

“Hastalık” ve “sağlık” proseslerindeki zihin, beden ve çevre etkileşimlerini inceleyen ve bunları psikanalitik yaklaşım çerçevesinde açıklayan Engel’in çalışmaları teorik düzlemde ve pratikte psikosomatik tıbbı ve günümüzdeki ağrı çalışmalarına önemli katkılar sunmuştur (Taylor, 2002).

Ağrı genellikle rahatsız eden bir tecrübe olsa da bazı zaman “memnuniyet verici” tecrübelerle ilişkisi olan sübjektif anlamlar da barındırmaktadır. Engel’e göre gelişimsel proste ağrının nesne ilişkilerinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Mesela çocukluk döneminde ağrı/acı duymayı sevilen



bir kişi/bakım verenin şefkat göstermesini sağlayan bir işlev olabilmektedir. Bu durumda ağrı yaşantısının kendisi olmasa da sevgi nesnesiyle tekrardan bağ kurma ve önemli öteki tarafından acının dindirilmesi “haz veren” bir yaşantıya dönüşebilmektedir. Diğer yandan Engel’e göre ağrı, bilinçdışı çatışmaların simgesel ifadesi olabilir. Ağrının gerçek veya fantezi ürünü olan bir nesnenin kaybindan kaynaklanan suçluluk duygusu ile başa çıkma işlevinde olan bir “ceza” niteliği olduğunu söylemektedir (Ertekin, 2017).

Engel 1959’da klinik gözlemlerine dayanarak yazdığı makalesinde “ağrıya yatkın hasta” olarak tanımladığı kişilerin ortak özelliklerinden bahsetmiş ve ağrıyla ilişkili psikodinamik etmenleri değerlendirmiştir. Bunun sonucunda; bu hastaların ortak noktalarından biri ağrı şikayetlerini ifade etme biçimleridir. Doku hasar var veya yokken, bu hastalar ağrıyı daha karmaşık ifade etmektedirler ve ağrının tarif edilişi ile bilinen patofizyolojik proseslerin arasında uyumsuzluk görülmektedir. Ağrı ifadeleri gibi altta yatan bilinçdışı prosesler de oldukça karmaşıktır. Başka bir problem yerine ağrının seçilmiş olması bilinçdışındaki suçluluk duygusundan kaynaklanmaktadır. Aslında ağrı, suçluluk duygusunu telafi eden bir ceza fonksiyonundadır (Ertekin, 2017; akt., Sertel Berk, 2006).

Ağrının oluştuğu yerin seçimiyle ilgili de iki önemli etken bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, bireyin geçmiş yaşamında herhangi bir sebep ile periferik temelli bir ağrı yaşanmış olmasıdır. Bu ağrının bireylerarası ilişkilerinin oluşturulmasında rol alması veya “ceza” işlevinde bulunması önemlidir. İkinci etmense ağrının önemli öteki tarafından deneyimlenmiş olması ya da deneyimin düşünmesidir. Birey bilinçdışı çatışmasında olduğu önemli ötekiyle bütünleşerek özellikle ayrışma sürecinde onun gibi olarak onun gibi acı çekebilir (Ertekin, 2017; akt., Sertel Berk, 2006).

Engel, bireylerin aile hikayelerini değerlendirmiş ve özellikle çocukluk dönemindeki negatif yaşam deneyimlerini kronik ağrılar ile ilişkilendirmiştir. Sonraki senelerde de bu faktörlerin ağrı deneyimiyle ilişkisini destekler araştırmalar yapılmıştır (Barsky ve ark., 1994; Walker ve ark., 1988).

Engel’in kuramında belirttiği en önemli kısımlardan biri, doku tahribatının olmadığı durumlarda da ağrının tecrübe edilebileceğidir. Ağrının sübjektif bir tecrübe olduğunu belirtmiş ve bir kez zihinsel temsili olduğunu ve artık periferik bir uyarıcının gerekmediğini belirtmiştir (Ertekin, 2017).

## **9) Kapı Kontrol Teorisi**

Kapı kontrol teorisi (Melzack ve Wall, 1965), ağrının var oluşunun ve şiddet boyutunun nörolojik uyarılara bağlı olduğunu belirtmiştir. Merkezi sinir sisteminden giren uyarıların geçişinde denetleme kapısı olduğu belirtilmektedir. Bu uyarılar, mekanizmaya periferik sinirler vasıtasıyla beyin yüksek örgütlenmiş merkezlerine iletilir. Bu merkezlerde ağrının düzeyi ve yoğunluk düzeyi algılanmaktadır. Fakat kapı kontrol mekanizması hem perifer uyarılardan hem de beyin kontrol merkezlerinden gelen uyarılardan etkilenir.

Bu nedenle, ağrı sadece periferal olarak yani incinme/yaralanma gibi doku hasarından oluşmamakta; aynı zamanda beyin yüksek örgütlü merkezlerindeki baskılayıcı ve ateşleyici sinir uyarıları da ağrı oluşumunu etkiler.

Kontrol kapısı açık olduğu zaman uyarılar bilinç düzeyine çıkabilir ve bu şekilde ağrı hissedilebilir. Ağrı uyarılarında küçük çaplı lifler taşınmaktadır. Deride bulunan büyük çaplı lifler, dokunma ile uyarıldığı zaman uyarıları taşıyan liflere karşı kapıyı kapanmaktadır böylece ağrı duyumu bilince erişmemektedir.

Beyin sapında bulunan retiküler sistem duyu girdileri düzenlemektedir. Yoğun bir uyarıcı ile karşılaştığında, buradaki ağrı uyarılarının geçişi inhibe olmaktadır böylece ağrı hissedilmemektedir. Literatür taramasına göre ağrı hissini azaltılması için dikkat dağıtma ve imajinasyon gibi tekniklerden sıkça faydalandığı ortadadır.

Kapı kontrol teorisi ortaya konulmasına kadar ağrı sadece fizyolojik bir olgu olarak kabul edilirken farklı perspektiflerin (klinik psikoloji) de ortaya çıkması ve alan çalışmalarının etkisi ile bunun sınırlı bir bakış olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kuram ile, ağrının beden ve zihin bütünlüğü ile ele alınmaya başlamıştır.

## **10) Nörobiyolojik Yaklaşımlar**

### ***a) Ağrıya***

### ***Duyarlılaşma***

Bilindiği üzere duyu organlarının uyarıcılar karşısında verdiği tepkinin sürekliliği aynı oranda olmaz bunun aksine devam eden uyarıcı sonucunda kişi uyarıcıya karşı uyum sağlamaya başlar ve bir süre sonra artık bu uyarıcıyı ya kısmen ya da hiç algılamamaya başlar. Ancak adaptasyon süreci, ağrı konusunda tam tersi işlemeye başlar. Yani bir başka şekilde ifade etmek gerekirse,

düşük şiddet de olsa devamlı bir ağrı uyarıcısı ile karşılaşılması, ağrıyı giderek artmakta olduğu ortadadır. Hatta bazı durumlarda ağrı uyarıcısı ortamdan çekilse ve ağrı uyarıcı kısmen azalsa ya da ortadan kalksa bile ağrıya karşı duyum devam edebildiği söylenmektedir.

Bu durumun nörobiyolojik açıdan incelenmesine göre ağrıya duyarlılaşma nedenleri iki başlıkta incelenebilir. Bir nedenin “periferik duyarlılaşma” diğeri “merkezi duyarlılaşma” şeklinde olduğu belirtilmiştir. Periferik duyarlılaşma bir yıkım sonucunda, beyin ve omurilik arasındaki ağrı sinyallerini sağlayan sinaptik iletimin kuvvetlenmesidir. Bu iletimin pekiştirilmesi ise “merkezi duyarlılaşma”yı oluşturmaktadır. Böylelikle periferik hasarın ortadan kalkmasıyla da ağrının sürmesine sebep olabilmektedir.

Eski yapılan araştırmalara göre merkezi duyarlılaşma omurilikteki zedelenmelerin bir sonucu olarak görülürken şu an yapılan araştırmalarda kronik ağrı sendromlarının yadsınamaz rolü olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bir diğeri araştırmaya göre ağrı türlerine göre beyinde değişiklikler olduğu yönündedir. Örneğin; ağrı tipine bakılmaksızın kronik ağrısı olan bir hastanın gri maddesinde azalmanın ortaya çıktığı bulunmuştur. Farklı türlerdeki kronik ağrı hastaları ile ağrısı olmayan kontrol grubu kişilerin araştırmalarında beyindeki bazı bölgelerde ağrı duyumunda son derece ciddi rolü olduğu ortaya konulmuştur. Aynı zamanda yapılan bazı araştırmaların sonucuna göre ağrı süresinin uzun sürmesi ile beyindeki nöroplastik değişiklikler de artmıştır (akt. Ertekin, 2017). Fakat bu değişikliklerle kronik ağrının bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu hala net bir şekilde açıklanamamaktadır (May, 2008).

Tarih boyunca kronik ağrıya yönelik çok fazla araştırmalar yapılmıştır. Bu süreçte evrimleşmeler yaşanmasından ötürü hala belirsizliğini koruduğu noktalar olduğu ortadadır. Bu konudaki en temel yaklaşım Descartes’in “Beden-Benlik İkiliği” olduğu söylenebilir.

Ağrı literatürüne bakıldığında kuramların birbirini tamamlayan ya da pekiştirilen başka deyişle çok yönlü olduğu ortadadır. Bu alanda George Engel’in yaklaşımı ve Nöromatriks Teorisi (Melzack, 1999) çok büyük yer tutmaktadır. Daha önce de değinildiği gibi iki yaklaşımın birbirinden ayrı ekolleri benimsemesine rağmen ağrının kişiye özgü doğasını, stres dolu yaşantısını ve geçmiş yaşantılarındaki etkileşimlerini değerlendirmesine göre çok güçlü anlamda

benzerliklerle karşılaştığı dikkat çekmektedir. Ağrıya yatkın olan hastaların belirtilerinin yer aldığı makalelerinde ortak noktalar olduğu saptanmıştır.

### **11) Psikanalitik Kuram**

Somatizasyon, klasik psikanalitik bakış açısına göre tam gelişmemiş bir savunma mekanizmasıdır. Psikolojik semptomlar yerine somatik semptomlar eşliğinde tepki verebilmek amacıyla psikolojik problemler bedensel yakınmalar eşliğinde dışa vurulur. Yani çoklu fiziksel belirtiler, içsel çatışmalar ya da depresyon ve kaygı gibi psikolojik rahatsızlıkların yerine geçer. Fiziksel belirtiler psikolojik sorunlara yardımcı olmaktadır. Ayrıca gündelik hayatta kabul edilmeyen ve istenmeyen sorumluluklardan kaçmak için kişiye yardımcı olur.

Somatizasyona sahip kişiler “aleksitimi” olarak adlandırılan kişilik özelliği geliştirmektedir. Yani duygularını tanımada ve ifade etmede güçlük, dış odaklı düşünme gibi özelliklere sahip olurlar. (Bagby, Parker ve Taylor, 1994). İletişim becerileri sağlıklı olduğu için somatik yakınmalarını alternatif bir iletişim şekli olarak kullanırlar.

### **12) Nesne İlişkileri Kuramı**

Winnicott nesne ilişkileri kuramında, bebeğin gelişiminden olgunlaşma süreci olarak bahseder. Annenin bebeğe olan tutumunun ise gelişimin kalitesini belirlediğini bahseder. Bebeğin gelişiminin sağlıklı gelişmesi için; duygusal olarak elverişli, destekleyici ve rahatlatıcı olan “yeterince iyi anne” figürü kritik önem taşır. İlk önce yeterince iyi anne bebeğine geçici bir süre kendisini verir, narsistik endişeleri yoktur ve bebeğinin büyümesi için onun ihtiyaçlarını karşılar. Bebek böylelikle öznel tümgüçlülüğünü yaşayabilir. Bebeğin ihtiyacının olduğu zaman öncelikle annenin orda olması önemlidir. Ancak zaman geçtikçe, bebeğin anneye ihtiyacı kalmadıkça annenin bebeğinden uzaklaşma becerisi de oldukça önemlidir. Yetersiz koruma ve ilgi, özgüven ve koruma konusunda sorunlara neden olmaktadır. Bunun yanı sıra fazla korumacılık ve otorite kurma davranışı ise bebeğin çevreyi keşfetme özgürlüğünü engeller. Bebeğin annesi tarafından fiziksel olarak korunduğu ve anne baba dışındaki tüm dış çevreyle nesne ilişkilerinin oluşturmasını sağlayan kucaklayıcı bir çevre sunmayı yeterince iyi anne karşılamaktadır.

Yeterince iyi anne, bebeğinin bütün tümgüçlülük ihtiyaçlarını devamlı olarak karşılar. Kendiliğinden gelişen hareketlerine sürekli olarak cevap verir , geçiş nesnesine ve bebeğin karşı bağımlılığına saygı duyar. Annenin sağlıklı ve kendini adanmışlık durumu, bebeğin “gerçek

kendiliği'' oluşturmasını sağlar. Anne, bebeğin kendiliğinden gerçekleştirdiği hareketlerine karşılık vermediğinde, hareketlerini onaylamadığında ve bebeğin hareketleri yerine kendi onayladığı hareketleri koymaya çalıştığında bebekte "sahte kendilik" gelişir. Annenin bebeğin ihtiyaçlarını karşılamayan ve yeterince iyi anne olmayan duruşu, sahte kendiliğin oluşmasında rol oynar. Bebekliğinde sahte kendilik geliştiren kişide, bebekliğinde sahip olamadığı yeterince iyi anne ve kucaklayıcı çevre kriterlerini elde etmek amacıyla başkalarıyla olan ilişkilerdeki bağlanmada artış söz konusudur. Böylelikle aşırı kaygılı, talepkar, ilgisiz ve yeterince iyi olmayan annelerinin çocuklarında başlıca somatorm bozukluklar ve buna benzeyen gastrointestinal problemler, astım vb. rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Annesi tarafından doyurulamayan tüm arzularını somatik ağrı gibi problemlerin varlığıyla dış dünyadan doyurmaya çalışan kişilik örüntüleri meydana gelir.

## **TEMPOROMANDİBULER BOZUKLUKLARDA AĞRI VE PSİKOLOJİK EŞ TANILAR**

Klinikte kronik, iyi belirlenemeyen, tedaviye direnç gösteren, belli bir bütünlüğe sahip olmayan ağrılı sendromlarda psikiyatrik değerlendirme önceliklidir. Ağrı şikayeti ile diş hekimlerine yapılan başvuruların tamamı ya tedaviye yanıt verir ya da tedavi olmaksızın kendiliğinden iyileşir. Fakat ağız ve yüz bölgesindeki ağrı kronikleşmişse ve işlevsellikte bozulmaya yol açıyorsa, tedavi uygulayan hekimin bu ağrıya sebep olabilecek psikososyal olguları düşünmesi gerekmektedir. Bu durumlarda, hastada ağrı şiddeti ve kişiyi hapsedici etkisi klinik muayenede tahmin edilenden daha çoktur. Süreğen ağrı, 3-6 aydan daha uzun süren ağrı yakınması ve acı çekme ile belirlidir (Turner ve Dworkin 2004, Özkan 1993). Sıklıkla altta yatan fiziksel patoloji ya bulunamaz ya da çok azdır (Turner ve Dworkin 2004). Süreğen ağrılı hasta, ciddi huzursuzluk ve yakınmalar tanımlar fakat (akut) ağrısı var gibi davranmaz ve tedaviye direnç arttıkça, hasta- tedavi ekibi ilişkisi gerginleşir, böylece "gerçek" ağrı olmadığı düşüncesi gelişir (Özkan 1993). Ağrı devam ettikçe psikososyal etkenler daha fazla işin içine girer ve bu bir kısır döngüye sebep olur. Böylelikle hastanın ağrıları artar ve kısıtlanması fazlalaşır. Bu nedenle, kabul edilen görüş, ağrının biyopsikososyal çevrede ele alınması gerektiğidir. (Turk ve Okufuji 2002). Akut ağrının nasıl kronik hale geldiğine dair henüz kesin bir tanım yapılmamıştır fakat kronik ağrıda psikolojik tesirlerin var olduğundan söz edilmektedir. Akut ağrıdan kronik ağrıya dönüşme sürecinde, psikolojik etkenlerin varlığı

düşünülmektedir. Akut ağrıda kaygıyla sık karşılaşırken, kronik ağrıda depresyon daha sık görülmektedir. Madde bağımlılığı ve yeme bozukluğu gibi komorbidite durumları da olabilir. Bu nedenle akut TMB, psikolojik-psikiyatrik bir bozukluğun ilk belirtisi olabilir ve uygun tanı ve tedavi ile süregenleşme önlenebilir (Winocur ve ark. 2007).

Somatizasyon, çok fazla sayıda fiziki semptomlar, sağlık kurumlarına sıkça başvuruda bulunma ve semptomların fiziki veya biyokimyasal açıklaması için inatçı bir arayışta bulunma gibi seri davranışları tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Erberk Özen, 2007). Çeşitli şekilde yapılan tanımlardaki ortak fikir, hastanın belirttiği semptom veya tedavi aramasının, klinik olarak tespit edilen patolojik süreç ile uyuşmayacak kadar aşırıya kaçmasıdır (Henningesen ve ark. 2005). Klinisyenlere göre akli karıştıran, somatizasyon ve bir psikiyatrik tanısı olan somatizasyon bozukluğunun DSM-IV-TR'ye (American Psychiatric Association 2005) göre somatoform bozukluklar arasında yer alan farklı kavramların yer almasıdır. Somatizasyon, bireyin sübjektif olarak çeşitli fiziki semptomların olduğunu dile getirmesi ve/veya onları yaşantılamasıyla belirli olmaktadır. DSM-IV-TR'nin (American Psychiatric Association 2005) kesin tanı ölçütleri sebebiyle somatizasyon bozukluğunda ender karşılaşılan bir durumdur; oysa ki daha bir yapısı bulunan somatizasyon, toplum genelinin yaklaşık olarak %4'ünde görülmektedir ve psikiyatrik bir tanı olmaktan ziyade, kişisel farklılıkların ön plana çıktığı, yani psikolojik tarafı ağır basmakta olan bir tablodur (Henningesen ve ark. 2005).

Yüz ağrısı nedeniyle başvuran hastaların yaklaşık %50'sine (Carlson ve ark.1998) somatoform bozukluk tanısı konulmuştur. TBM, DSM-IV-TR'ye (American Psychiatric Association 2005) göre, somatoform bozukluklar altında, "ağrı bozukluğu" tanı kategorisinde, "hem psikolojik etkenlerin, hem de genel tıbbi bir durumun eşlik ettiği ağrı bozukluğu- süregen tip" olarak belirtilir.

TMB'de eşlik eden psikiyatrik tanı oranı %66-76 olarak bildirilmiştir. Psikiyatrik tanıların çoğunluğunun hafif seviyede depresyonla beraber seyreden kaygı ağırlıklı, atipik depresyon, somatoform bozukluk ve hipokondriasis vakaları olduğuna vurgu yapılmıştır (Miyachi ve ark. 2007). Stres ve kaygı, kas gerginliğini arttırarak diş sıkma ve/veya diş gıcırdatmasını artırır ve bu da TMB'ye negatif etki eder (Grzesiak 2002). Sonuç olarak, stresin biyokimyasal yasal bir belirtisi olan üriner kortizol/kreatinin oranı, TMB olan kişilerde yüksek olarak saptanmıştır (Jones ve ark. 1997).

TBM'nin altta yatan sebepleri arasında akut ya da yineleyen travma bulunabilir. Kadınlarda fiziki kötüye kullanma hikayesi olanlarda, cinsel kötüye kullanım hikayesi olanlar ve bu tür bir hikayesi olmayanlara göre, daha fazla ağrı, depresyon ve anksiyete semptomları olduğu saptanmış ve hastaların bu açıdan da değerlendirilmesi tavsiye edilmiştir (Jones ve ark. 1997). Bağımlılık hikayesi ve antisosyal kişilik bozukluğu vb. psikiyatrik durumlarda travmaya maruz kalma da sık gözlenip hastaların bu açıdan da sorgulanmaları gerekli olabilir (Erberk Özen, 2007).

#### **a. Bruksizm**

Bruksizm; Temporomandibular bozukluk başlığı altında, diş sıkma ve gıcırdatma ile karakterize stomatognatif yapılara aşırı yüklenilmesi sonucu oluşan parafonksiyonel bir alışkanlıktır. Genellikle uyku esnasında görülen istemsiz, ritmik ve fonksiyonel şekilde diş sıkması ve gıcırdatması ile karakterizedir. Şiddetli baş ve boyun ağrısı yaratan, çene hareketlerini kitleyen bir bozukluktur. Genellikle çiğneme kaslarında ağrı ve spazmla kendini belli eden mandibulanın çiğneme hareketidir. Çoğu zaman anksiyete ve gerginlik esnasında meydana geldiği tespit edilmiştir. Gece oluşan bruksizm, DSM-IV-TR'ye (American Psychiatric Association 2005) göre, uyku bozuklukları ana başlığı altında, birincil uyku bozukluklarından parasomnialar-başka türlü adlandırılmayan olarak yer almaktadır (Wills ve Garcia 2002). Uyku bozuklukları başlığında ele alınmakla beraber, bruksizmi olanların, genelde uykularından yakınmaları yoktur (Bader ve Lavigne 2000).

Psikososyal kuram, stres ve kişilik özelliklerinin bruksizm için önemli bir etkiye sahip olduğunu ileri sürer ve günlük yaşamdaki streslerin bruksizmin şiddetini ve sıklığını arttırdığını savunur (Ahlberg ve ark., 2004; akt. Güleç ve ark., 2019). Subjektif beyanlara ve anket sonuçlarına dayanan araştırmaların bir kısmı bruksizm hastalarının daha hiperaktif, agresif ve kaygılı bir kişiliği olduğunu söylerken, kimi araştırmacılar da karakteristik bir "bruksist kişilik" tanımlaması yapılmasının mümkün olmayacağını söylemişlerdir (Reding ve ark., 1966; akt. Güleç ve ark., 2019). Birçok araştırmacı bruksizmin kaygı ve strese karşı reaktif bir cevap olduğunu savunmaktadırlar (akt. Güleç ve ark., 2019).

### **Kronik Ağrı**

Toplam süresi altı haftadan uzun süren ağrıları tanımlamak için kullanılmaktadır. Eğer ağrı süresi altı aydan uzun sürüyorsa ve uygulanan medikal ve cerrahi yöntemler etki etmiyorsa “tedaviye dirençli ağrı” söz konusu olmaktadır.

Kronik ağrı; klinik ortamda sıklıkla karşılaşılan bir sağlık problemi olarak tanımlanmaktan ziyade, artık bir sendrom haline gelmiştir. Psikiyatrik belirtilerle komorbidite durumları sık görülmektedir. Kimi zaman depresyon belirtilerinden biri olabileceği gibi, kimi zaman da somatik bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında aksamalara yol açabilmektedir. Vücut duyuları ve somatik hikayelerin algılanma durumları kişiler arası farklılıklar göstermektedir. Kalp hızı, solunum düzeyi gibi vital fonksiyonlar bireyin yanlış algılarına göre tanımlanabilmektedir. Ağrı algısında da bireyler arası farklar olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Kronik ağrının varlığı işgücünde zayıflıklara, üretkenlikte azalmaya ve pek çok duygusal semptomu neden olmaktadır. Bağışıklık sisteminin zayıflamasına, akciğer kapasitesinin azalmasına vb. pek çok semptomu neden olmaktadır. Bunların yanı sıra, depresyon, anksiyete, kontrol kaybı, korku, sosyal izolasyon gibi semptomlar da ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Depresyon ve anksiyete söz konusu olduğunda ise ilaç tedavisi adına hekimin de dahil olması gerekebilir.

#### **a) Kronik Ağrıda Psikolojik Faktörler**

Kronik ağrılı bireylerde, ağrının şiddeti ve süresinin değişiminde psikolojik faktörler önemli rol oynamaktadır.

Kronik ağrılı bireyler; “daha önce asla böyle bir ağrı hissetmemişsinizdir” tarzı kalıplaşmış cümlelerle konuşurlar. Hastaların asıl amaçları doktorlarına, ağrılarının gerçek olduğunu ispat etmektir. Ağrılarının gerçek olduğunu ispat etmeye yönelik yan olaylar anlatırlar. Tedavi boyunca doktorlarına, kendilerini sadece onların tedavi edebileceğini hissettiren ifadeler kullanırlar.

Ağrılarına hiçbir şey iyi gelmiyordur ve ağrıları en yüksek şiddette devam eder. En önemli semptomlardan biri, hastanın ağrının duygusal yönünün farkında olmaması ve ağrının hayatını etkileyişini reddediyor olmasıdır. Hastalar, psikolojik durumlarının ağrıyı herhangi bir şekilde etkilemediğinden emindirler. Çok iyi ve sorunsuz bir evlilik, iş hayatı ve ruh sağlığına sahip bir birey izlenimi vermeye çalışırlar.



Oysa korku, sıkıntı, üzüntü anlarında ağrının artması durumu beklenir. Örnek verilen bireylerde psikolojik faktörlerin ağrı süreçlerinde önemli bir rol oynadığı düşünülmelidir.

Akut ağrı varlığında, kişiler yardım için adeta yalvarır. Ağrısı altı haftadan uzun süren ‘‘kronik ağrılı’’ bireylerde ise ağrı şiddetinin çok yüksek seviyelerde tanımlandığı durumlarda, dışa vuran tepkiler azalma eğilimi göstermektedir. Böylece akıllara gerçek bir somatik ağrının olup olmadığı şüphesi gelmektedir. Fakat ağrı tamamen subjektiftir ve bunun göz önüne alınarak değerlendirme yapılması gerekmektedir.

### **b) Baş Etme Stilleri**

Baş etmeyi bir stil olarak ele alan yaklaşımda; kişiler, bir stres kaynağı ile karşılaştıkları zaman kendi baş etme stilleri doğrultusunda bir tepki vermektedir. Sağlık psikolojisinde özellikle tarayıcılar ve körleştiriciler olarak tanımlanan baş etme stillerinin, herhangi bir bilgi işlem sürecinde incelenmesi önemlidir. Bu yaklaşıma göre stres kaynağıyla yüz yüze gelen tarayıcı kişiler, dikkatlerini yoğunlaştırıp daha ayrıntılı bir bilgi toplama süreci içinde olurlar. Körleştiriciler ise stres yaratma potansiyeline sahip durumlarda yaptıkları inkâr etme, dikkati dağıtma, yeniden yorumlama gibi bilişsel işlemler sayesinde uyarım düzeylerini azaltma eğiliminde olurlar. Hastalık tanısı almış bir tarayıcı kişinin baş etme stilinde yeni bilgileri keşfetme ve hastalığıyla ilgili yeni yöntemler konusunda bilgi sahibi olma potansiyeli bulunmaktayken, örneğin ileri evre kanser hastalığı bulunan biri, sağlığının kötü gidişatına dair bilgi edinmek yerine kontrol edemeyeceği durumları görmezden gelme eğiliminde olmayı tercih etmektedir.

Bu yaklaşımın odak noktasında, tarayıcılar ve körleştiricilerin farklı stres kaynakları karşısında uyum gösterme eğiliminde oldukları bulunmaktadır.

Kontrol edilebilir stres durumlarında, tarayıcı kişiler ilk başta stres düzeyleri artış gösterse bile bilgiyi bulma ve önlem alma düşüncesiyle çözüme yönelik yöntemler kullanırlar. Böylelikle uzun vadeli olarak stres düzeyleri azalan kişiler gitgide durumun kontrolünü ele geçirme fırsatını bulmuş olurlar. Kontrol edilemeyen durumlarda ise tarayıcı baş etme tarzı stres kaynağıyla beraber uyum bozucu sonuçlara neden olabilmektedir. Baş etmeyi doğuştan gelen ve değiştirilemeyen olarak tanımlayan yaklaşımın aksine, baş etme süreçleri yaklaşımında kişilerin, farklı durumlarda farklı baş etme stillerine başvurabileceği üzerinde durulmaktadır.

Ağrı yönetiminde kişilerin gösterdiği davranışsal ve bilişsel tepkiler; ağrı şiddetini, fiziksel işlevselliği ve psikolojik uyum sağlamayı etkiler. Ağrıyla baş etme olarak adlandırılan bu tepkiler, kişilerin ağrılar karşısında daha dayanıklı olması ve baş edebilmesine yardımcı olmaktadır. Baş etme stillerindeki en geleneksel ayırım, aktif ve pasif baş etme olarak yapılmaktadır. Aktif baş etme stratejileri kişiye, ağrılarını kontrol edebilmek, işlevselliklerini sürdürebilmek ve ağrı şiddetlerini azaltmak açısından fayda sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Aktif baş etme stratejileri; *olumlu kendilik ifadeleri kullanmak, ağrıyı dönüştürmek, ağrıdan uzaklaşmak* gibi yöntemlerini kapsamaktadır. Pasif baş etme stratejileri ise kişilerin aktif çaba sarf etmediği bir baş etme stildir. *Endişe, geri çekilme, kaçınma ve olumsuz kendilik ifadelerini kullanmayı* kapsamaktadır. Bütün bu stratejiler, bilişsel ya da davranışsal olabilir. Kısa ve uzun dönemli sonuçlarına bakıldığında, kişilerin psikolojik ve fizyolojik işlevselliklerinin değerlendirilmesine göre uyuma dönük ya da uyumdan uzak olarak tanımlanabilmektedir.

### **Ağrı ve Kronik Ağrı ile İlgili Yapılan Araştırmalar**

Literatür incelendiğinde, yapılan çalışmaların genellikle betimsel ya da ilişkisel nitelikte olduğu ve kronik ağrı hastalarının niteliklerini ve bu niteliklerle ilişkili olan değişkenleri belirlemeyi amaçladığı görülmektedir. Ağrının yaygınlığını ve etkilerini inceleyen toplum temelli bir çalışmada yer alan kişilerin %68'i orta ve yüksek düzeyde ağrı şiddeti, %35'inin de ağrı kaynaklı fiziksel işlevselliklerinin kısıtlandığı belirtilmiştir. Bahsedilen çalışma, kronik ağrı için risk etmenleri olarak yaşlanma, işsizlik, emeklilik ve düşük eğitim düzeyini göstermektedir. Çalışma sonucunda katılımcıların ev işleri, gündelik etkinlikler, mesleki işler ve eğlence/sosyal etkinlikler olmak üzere bütün yaşam alanlarının negatif etkilendiği görülmektedir. Sonuçlardaysa katılımcılardan %13'ünün depresif semptomlar gösterdiği ve %49'ununsa ağrılar dolayısıyla mesleki yaşamlarının etkilendiği bulunmuştur (Azevedo vd., 2012).

50 yaş zemindeki 4234 huzurevi sakiniyle duygusal stres düzeyiyle ağrı yaşantısı arasındaki karşılıklı ilişkiler incelenmek amacı ile üç yıllık boylamsal bir çalışma yapılmıştır (Arola vd., 2010). Toplum temelli olarak nitelendirilen bu çalışmada, ağrı şiddetinin duygusal stres düzeyi bakımından risk oluşturduğu kadar var olan duygusal stresin de yeni başlangıçlı ağrı bakımından belirleyici olduğuna vurgu yapılmıştır. Yani bireylerin duygusal stres düzeyleri arttığı zaman ağrı

şikayetleri arttığı gibi ağrı şikâyeti olan bireylerin zaman ile duygusal stres düzeylerinde de artış gözlenmektedir (Arola vd., 2010).

Yapılan çalışmalarda dikkat çeken bir nokta, ağrı şiddetinin sıklıkla bir sonuç parametresi olarak ele alınıyor olmasıdır. Konu ile ilgili çalışmaların genel olarak kesitsel olarak yürütülmesi, değişkenler arasında sebep sonuç ilişkisi kurulması mümkün olmamaktadır. Ağrı şiddetini bir sonuç parametresi olarsak ele alan çalışmalar, müdahaleden sonra ağrı şiddetinde değişiklik beklese de her zaman bu değişiklik görülmemektedir (Hocaoğlu Uzunkaya, 2019).

Klinik temelli ve boylamsal olarak yürütülmüş bir çalışmada, bireylerin etkisiz ve etkin başa çıkma stratejilerinin psikolojik ve fizyolojik ağrı sonuçlarına nasıl etki ettiğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda etkisiz başa çıkma stratejileri, depresif semptomlar ve ağrıya bağlı olan engellilik düzeyindeki artışı etkilediği görülmüştür. Fakat ne etkin ne de etkisiz başa çıkma stratejilerinin ağrı şiddeti bakımından etki ettiği görülmüştür. Aksine bahsedilen çalışmanın sonuçlarında, ağrının şiddetinin artması ile bireylerin kullandıkları hem etkin hem de etkisiz stratejiler de artmaktadır (Tan vd., 2011).

## **Kaynakça**

Arola, H. M., Nicholls, E., Mallen, C., & Thomas, E. (2010). Self-Reported Pain Interference And Symptoms Of Anxiety And Depression In Community-Dwelling Older Adults: Can A Temporal Relationship Be Determined? *European Journal Of Pain*, 966-971.

Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology Of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study On Its Prevalence, Characteristics And Associated Disability In Portugal. *The Journal Of Pain*, 773-783.

Babaoğlu, G., İnan, L. E., & Özdel, K. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapinin Kronik Ağrı Tedavisindeki Yeri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Dergisi*, 133-140.

Darcan, D., Onur, D., Köse, D., Alkın, D., & Erdem, D. (2008). Temporomandibuler Bozukluğu Olan Hastalarda Mizaç Ve Karakter Boyutları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 274-282.

Delgado, P., & Latorre, J. M. (2013). Effectiveness Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy İn The Treatment Of Fibromyalgia: A Randomised Trial. *Cognitive Therapy And Research*, 1015-1026.

Ertekin, B. (2017, Haziran). Çocukluk Çağı Travma Yaşantıları Ve Algılanan Sosyal Desteğin Kronik Ağrı İle İlişkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Işık Üniversitesi.

Güleç, M., Taşşöker, M., & Özcan, S. (2019). Bruksizmin Tanı Ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Selcuk Dent J.*, 221-228.

Karlsson, B., Burell , G., Svärdsudd, K., & Anderberg, U. M. (2015). Cognitive Behaviour Therapy In Women With Fibromyalgia: A Randomized Clinical Trial. *Scandinavian Journal Of Pain*, 11-21.

Lera, S., Gelman, S. M., López, M. J., Abenoza, M., Zorrilla, J. G., Castro-Fornieles, J., & Salamero, M. (2009). Multidisciplinary Treatment Of Fibromyalgia: Does Cognitive Behavior Therapy Increase The Response To Treatment? *Journal Of Psychosomatic Research*, 433-44.

López-Martínez , A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived Social Support And Coping Responses Are Independent Variables Explaining Pain Adjustment Among Chronic Pain Patients. *The Journal Of Pain*, 373-379.

May, A. (2008). Chronic Pain May Change The Structure Of The Brain. *Pain®*, 7-15.

Miyachi, H., Wake, H., Tamaki, K., Mitsuhashi, A., Ikeda, T., Inoue, K., . . . Miyaoka, H. (2007). Detecting Mental Disorders İn Dental Patients Withocclusion-Related Problems. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 313-319.

Özen, N. E. (2007). Temporomandibuler Bozuklukların Psikiyatrik Yönü Ve Bruksizm. *Klinik Psikiyatri*, 148-156.

Sever, E. (2018). Savaş Ve Psikoloji. G. Tekdemir Yurtdaş, & T. İkiz İçinde, *Savaş Ve Psikoloji* (S. 79-85). İstanbul: Hiperyayın.

Sommer, M., Rijke, J. M., Van Kleef, M., Kessels, A. G., Peters, M. L., Geurts, J. W., . . . Marcus, M. A. (2010). Predictors Of Acute Postoperative Pain After Elective Surgery. *The Clinical Journal Of Pain*, 87-94.

Soykan, A., & Kumbasar, H. (1999). Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*, 109-116.

Taylor, G. (2000). Recent Developments In Alexithymia Theory And Research. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 134-42.

Tütüncü, R., & Günay, H. (2011). Kronik Ağrı ,Psikolojik Etmenmler Ve Depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*, 257-262.

Uluhan, E. F. (2021, Ağustos 17). *Ağrının Psikiyatrik Ve Psikolojik Yönü*. Antalya Psikiyatri: <https://www.antalyapsikiyatrist.com/psikiyatri-tani-ve-tedavi/agrinin-psikiyatrik-ve-psikolojik-yonu> Adresinden Alındı

Uzunkaya, A. H. (2019). Bir Stres Türü Olarak Kronik Ağrı Ve Sağlık Sonuçları Arasındaki İlişkide Ağrıyla Başetme Stratejilerinin Aracı Rolü: Özetkinlik İnançlarının Rolü. *Doktora Tezi*. İstanbul.

Walker, E., Katon, W., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Russo, J., & Hickok, L. R. (1988). Relationship Of Chronic Pelvic Pain To Psychiatric Diagnoses And Childhood Sexual Abuse. *Am J Psychiatry*, 75-80.