

Bilişsel Davranışçı Terapinin Kronik Ağrı Tedavisindeki Yeri

Gülçin BABAOĞLU¹, Levent Ertuğrul İNAN², Kadir ÖZDEL³

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Algoloji Kliniği, Ankara
ORCID: 0000-0002-1461-4092

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara
ORCID: 0000-0002-2441-0624

³Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara
ORCID: 0000-0002-3712-9444

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy in The Chronic Pain Management

Pain is a complex experience that is influenced by neurological processes and psychosocial factors, and an important health problem that affects the individual, society, and work force, leading to reduced quality of life and physical activity, and impaired social relations. Many studies have demonstrated the efficacy of cognitive behavioral therapy (CBT) in reducing the severity and frequency of pain, improving pain-induced negative mood, and improving quality of life. The patient's cognitive coping, cognitive restructuring, problem solving and relaxation skills are improved with CBT. Considering the biopsychosocial pain model and other literature information, chronic pain management should be organized in a multidisciplinary approach.

Keywords: Chronic pain, cognitive behavioral therapy, chronic pain management

Öz

Ağrı, nörolojik süreçler ve psikososyal faktörlerden etkilenen karmaşık bir deneyim olup, yaşam kalitesi ile fiziksel aktivitede azalma ve sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olan, bireyi, toplumu ve iş gücünü etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Ağrının şiddetini ve sıklığını azaltma, ağrı kaynaklı negatif ruh halinin iyileşmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi konusunda bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliği birçok çalışma ile gösterilmiştir. BDT ile hastanın bilişsel başa çıkma, bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme ve gevşeme becerileri geliştirilir. Biyopsikososyal ağrı modeli ve diğer literatür bilgileri göz önünde bulundurularak, kronik ağrı tedavisi multidisipliner bir yaklaşımla düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik ağrı, bilişsel davranışçı terapi, kronik ağrı yönetimi

GİRİŞ

Ağrı, hastanın kendisini, ailesini, toplumu ve iş gücünü genel olarak etkileyen en yaygın ve güçten düşürücü şikayetlerden biridir. Bununla birlikte şiddetli kronik ağrı, hastanın yanı sıra sağlık uygulayıcılarının da karşılaştığı en zorlu sorunlardandır. Uluslararası ağrı araştırmaları derneği (IASP) ağrıyı “gerçek veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlamıştır (Eisenach ve ark., 2008); fakat bu tanımında, ağrının sadece biyolojik nedenler sonucu oluştuğu ifade edilmiştir. Türk ve ark. ise ağrıyı duyardan, duygulardan, düşüncelerden ve davranışlardan etkilenen öznel bir deneyim olarak tanımlamıştır (Türk, D. C., Meichenbaum, D., Genest, M., 1983).

Kronik ağrı; yaşam kalitesinde azalma (O'Connor, 2009), uyku bozuklukları, fiziksel aktivitede azalma, aile ve sosyal ilişkilerde bozulma, depresyon ve iş kaybı ile ilişkilidir (Breivik ve ark., 2006). Biyopsikososyal ağrı modelinin tanımlanması ve davranış araştırmalarının yaygınlaşması ile, özellikle kanser dışı kronik ağrılarda tedavi yaklaşımının multidisipliner düzenlenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (American Society of Anesthesiologists Task

Correspondence / Yazışma:

Gülçin BABAOĞLU

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Algoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

E-mail: gulcinpektasli@gmail.com

Received / Gelis: April 06, 2017

Accepted / Kabul: June 16, 2017

©2017 JCBPR. All rights reserved.

Force on Chronic Pain Management & American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, 2010).

Ağrı tedavisinde en yaygın kullanılan davranışsal tedavi, bilişsel davranışçı terapidir (BDT). Bilişsel davranışçı görüşe göre, kişinin tepkileri ve hissettiği duyguları, olayların kendisinden çok nasıl algıladığı ve yorumladığına bağlıdır. Duygu, düşünce (inançlar, değer yarguları, atıflar, beklentiler), davranış ve duygular birbirleriyle bağlantılıdır. Bu doğrultuda, davranış hem çevre hem de bireyin kendisi tarafından belirlenir (Türkçapar, 2008).

AĞRI SINIFLAMASI

Ağrı; nörofizyolojik mekanizma, süre, etiyoloji ve bölge-sine göre sınıflandırılabilir. Süre açısından akut ve kronik ağrı olarak ikiye ayrılır. Geçmişte kronik ağrı, altı aydan uzun süren ağrı olarak ifade edilmekteydi; ancak artık kronik ağrı, normal iyileşmenin gerçekleşme süresinden daha uzun süredir mevcut olan ağrı olarak tanımlanmaktadır ("Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy," 1986). Devam eden doku hasarı ile ilişkili olarak, ağrı reseptörlerinde ve santral sinir sisteminde farmakolojik, psikolojik veya anatomik kalıcı değişikliklerin sonucu olarak kronik ağrı oluşur. Kronik ağrı, uyku bozukluğu, anksiyete, depresyon gibi eşlik eden faktörler nedeniyle tedavisi zor bir tablo olmakla birlikte (Attal ve ark., 2011), eşlik eden bu faktörler ağrı şiddetinin artmasına, fiziksel aktivitede ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olur (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003) (McCracken & Iverson, 2002).

AĞRININ ALGILANMASI

Ağrılı uyaran, özelleşmiş periferik reseptörler tarafından elektriksel aktiviteye dönüştürüldükten (transdüksiyon) sonra, A delta ve C lifleri tarafından spinal kord dorsal boynuza iletilir (transmisyon). Ağrılı uyaran spinal kord düzeyinde bir değişime (kapı kontrol teorisi) uğrar (modülasyon). Değişime uğramış ağrı sinyali, çıkan yollarda spinal korddan talamusa iletilir. Sinyal talamustan, hafıza ve düşüncelerin işlendiği somatosensoryel korteks ve duyguların işlendiği limbik sistem gibi beynin diğer bölgele-rine iletilir. Beyin ağrı sinyalini intrinsik nöronlar ve inen yollar aracılığıyla modüle eder, değiştirir ve bu değişim sonucunda ağrı algılanır (persepsiyon) (Millan, 1999).

Ağrı sinyali beyinde işlendiğinde, somatosensoryel kortek-sde belirli düşünceler ve hatıralar, limbik sistemde duy-gular aktive olur. Böylece, kişi ağrı duyduğunda duygusal olarak tepki gösterecek ve ağrı sırasında veya sonrasında belirli düşünceler ve/veya benzetmelerle karşılaşacaktır. Benzer şekilde, düşünce ve duygular ağrı sinyalini modüle eden beyin bölgesini aktive edebilir. Başka bir deyişle, hastalar, düşünceleri, hatıraları ve duyguları ile periferik ve santral sinir sistemi fizyolojisine etki ederek ağrı deneyimini etkileyebilirler (Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener D., 2003). Bilişsel davranışçı terapi gibi psikolojik tedavilerin, düşünce içeriğinde ve duygusal durumda değişiklik yapmak yoluyla, endojen opioidlerin artışıyla sağlayıp ağrı algısının azalttığına inanılmaktadır (Jensen ve ark., 2012).

AĞRININ KOMPONENTLERİ

Ağrı, duyguları, duyguları, düşünceleri, davranışları ve sos-yal/çevresel etkileri içermektedir ve bunların hepsi birbiri ile etkileşim içindedir (Melzack, 1999). Ağrı duygusunu hastalar, zonklayıcı, vurucu, bıçaklama, sıkıştırıcı, acıma, duyarlı, sızlama, yanma, kramp tarzında tarif edebilirler. Kronik ağrı hastaları ağrıları olduğunda kaygı, hayal kırıklığı, umutsuzluk, depresyon, psikolojik uyuşma gibi çeşitli birçok duyguyu tecrübe ederler (Feldman, Downey, & Schaffer-Neitz, 1999). Düşünce ve inançlar, sıklıkla negatif, gerçekçi olmayan ve potansiyel olarak felaketeleştirici özelliktedir. Bazı hastalar, şiddetli ağrı hissettiklerinde kaçınma davranışı sergiler veya istirahat ederler. Bazıları ise ağrılarını azaltmak için hemen ilaç alırlar. Hastalar eğer çökkün ruh haline sahiplerse, kendilerini çok yorgun ve halsiz hissedebilirler; kaygılı iseler, kaslarda gerilme, hiper-ventilasyon ve baş dönmesi gibi diğer semptomlar olabilir. Psikososyal etkiler açısından ağrı, kişisel, sosyal ve çevresel etkiler yaratır. Yaşam rolleri sorunları yaratabileceği gibi, iş stresi, işsizlik ve maddi sıkıntılara da neden olabilir (Haley, Turner, & Romano, 1985).

KRONİK AĞRI VE RUHSAL RAHATSIZLIKLAR

Kronik ağrı hastaları, ağrılarının uzun süredir ve medikal müdahalelerin etkilerinin sınırlı olması sonucunda, çok fazla duygusal ıstırap çekme eğilimindedirler. Ayrıca, mevcut birçok psikolojik faktör de ağrıların başlamasında ve kronikleşmesinde etkili olmaktadır. Bu faktörler arasında; anksiyete, depresyon, duyguyu ifade etmekte zorlanma ile bedenselleştirme (somatizasyon) sayılabilir (Abbass, Lovas,

& Purdy, 2008). Kronik ağrılı hastalarda eşlik eden ruhsal rahatsızlıklar %30'dan %100'e varan oranlarda görülmektedir (Flor, Turk, & Scholz, 1987). Depresyon insidansı, kronik ağrılı hastalarda genel popülasyona göre daha yüksektir (Haley ve ark., 1985) (Sullivan, Reesor, Mikail, & Fisher, 1992). Depresyona ek olarak, kronik ağrılı hastalarda anksiyete (Gaskin, Greene, Robinson, & Geisser, 1992) ve sinirlilik (Feldman ve ark., 1999) de daha sıktır. Yapılan bir çalışmada, kronik ağrı hastalarının %31-51'i en az bir kişilik bozukluğu tanısı almıştır (Keefe ve ark., 1999). Yorgunluk ve sinirlilik, kronik ağrı hastalarında sık görülen semptomlardan olup; öfke, umutsuzluk ve çaresizlik gibi diğer duygular da ağrıyı olumsuz etkileyebilir (Bair ve ark., 2003). Bilişsel terapistler, bu hastaların önceden var olan sorunlara ek olarak, ağrıları ve sonuçları hakkında olumsuz, gerçekçi olmayan düşünce ve inançların bir sonucu olarak duygusal zorluklar geliştirdiğini savunmaktadır. Duygusal stres, hastaların hayatlarındaki negatif olaylara ve stresörlere odaklanmalarına neden olmaktadır. Sonuç olarak, stres-ağrı döngüsü gelişebilir. Negatif düşünceler ve duygusal stres, kas gerginliğini artırarak ağrı seviyesini de artırır; böylece kas gerginliği daha da artmış olur (Gaskin ve ark., 1992). DSM IV'de somatoform ağrı bozukluğu olarak tanımlanan bozukluk, DSM V'de ağrı ile giden bedensel belirti bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır; yeterli bedensel açıklaması bulunmayan, kişinin ruhsal, kişilerarası ve sosyal işlevselliğini etkileyen bir bozukluktur. Daha önceleri psikopatolojiye atfedilen bu bozukluk, son yıllardaki bilimsel bulgular ile nörofizyolojik bir temele bağlanmıştır (Katz, Rosenbloom, & Fashler, 2015).

İNANÇLARIN, TUTUM VE DAVRANIŞLARIN ROLÜ

İnanç ve tutumların, kronik ağrı gibi fiziksel hastalıklar veya durumların yönetimde önemli bir rolü vardır. Gerçekçi ve umutlu bir tutum ağrı yönetiminde temeldir. Ağrıyı felaketleştirme düşünceleri, ağrı, fiziksel sıkıntı ve algılanan sakatlık durumunda artışa neden olmaktadır (Severeijns ve ark., 2001). Kronik ağrı ve bununla ilgili fiziksel kısıtlamalar; sosyal çekilme ve izolasyon, aşırı yeme, sızlanma ve sık sık hastane başvurusu gibi bir takım potansiyel olarak külfetli davranışlara neden olabilir (Severeijns ve ark., 2001).

Bilişsel terapide, ağrıyla ilişkili duygusal ve fiziksel acıyı azaltmada, gerçekçi, sağlıklı, inanç, tutum ve davranışların önemi üzerinde durulmaktadır. Bu terapi ile, hastanın

bilişsel başa çıkma (dikkat dağıtma, kendi kendine konuşma, hayal kurma), bilişsel yeniden yapılandırma (olumsuz, gerçekçi olmayan düşünceleri, imgeleri ve inançları tanımlama, değerlendirme ve değiştirme), problem çözme ve gevşeme becerileri geliştirilir. Düşünce, duygu, davranış ve ağrının fizyolojik duyumları birbiriyle ilişkilidir. Kronik ağrıların bilişsel modeline göre; olumsuz, gerçekçi olmayan düşünceler, imgeler ve inançlar ağrı duyumlarının, ruh hallerinin, davranışların ve diğer fizyolojik duyumların olumsuz taraflarını arttırabilir. Bu nedenle, birincil hedef hastaların ağrıyla ilgili negatif, gerçekçi olmayan düşüncelerini ve diğer stresörlerini değiştirmektir (Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, D., 2003).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

1970'li yıllarda "davranışsal tıp" terimi, fiziksel hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu yanı sıra fiziksel sağlığın korunması için uygulanabilecek bir teknik olarak literatürde yerini almıştır (Gentry, 1984). Davranışsal tıp, temel olarak psikolojik ve davranışsal faktörlerin karşılıklı ve dinamik olarak fiziksel sağlık/hastalıkla etkileşime girdiğini kabul eder. Bu karşılıklı ilişkide doğrusal bir nedensellik yoktur. Bunun yerine, davranışsal tıp müdahaleleri, söz konusu hastalıkla ilgili psikososyal ve davranışsal faktörleri ele almakla klinik durumun iyileşeceğini varsaymaktadır (Okifuji & Ackerlind, 2007).

Ağrı tedavisinin ilk dönemlerinde, ağrının sadece biyolojik komponenti üzerinde odaklanılarak nosisepsiyon için spesifik anatomi, fizyoloji ve nörokimyayı hedef alan yöntemler uygulandı. Biyopsikososyal ağrı modelinin tanımlanması ile, özellikle kanser dışı kronik ağrılarda tedavinin multidisipliner bir yaklaşımla düzenlenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management & American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, 2010).

Kronik ağrıda BDT, bireysel veya grup oturumları şeklinde uygulanabilen farmakoloji dışı bir tedavi yöntemidir (Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, 2003). BDT, ağrı algısını ve bireyin kendi durumuyla başa çıkma becerisini geliştirerek psikolojik sıkıntıyı azaltır. Bilişsel davranışçı modelde, her hasta kendi iç durumunu modüle eden dış ipuçlarının aktif bir işleyicisi olarak düşünülür.

Ağrı yönetiminde bilişsel davranışçı yaklaşımı karakterize eden dört temel varsayım vardır (Okifuji & Ackerlind, 2007). İlk varsayım, tüm insanların olaylara veya fiziksel

işaretlere tepki gösteren pasif varlıklar yerine aktif bilgi işlemcileri olmasıdır. Bilgi, insanların öğrenme geçmişlerinin bir sonucu olarak gelişen bilişsel planlarla işlenir. Süreç genel olarak fazla öğrenilmiş ve otomatiktir; bu nedenle, insanlar genellikle davranışlarını yönlendirecek bir dizi varsayımdan hareket ettiklerinin farkında değildirler. Yine de, insanlar değişen çevresel taleplere uyum sağlamak için bilişsel planlarını yapabilir ve ayarlayabilirler.

İkinci varsayım, düşünceler (örneğin; değer biçme, bağlama, beklentiler) fizyolojik ve/veya duygusal tepkileri ortaya çıkarabilir ve modüle edebilir veya her ikisi de davranışın ortaya çıkmasını teşvik edebilir. Tersine, fizyolojik ve duygusal tepkiler ile davranış, düşünce süreçlerini etkileyebilir. Bu döngü dinamik ve sürekli.

Bilişsel-davranışsal perspektifin üçüncü varsayımı, davranışların çevre ve birey arasındaki karşılıklı etkileşimin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmasıdır. Ağrı hastalarında tedaviyi başarıya ulaştırmak, desteklerini arttırmak ve engelleri azaltmak için davranışlarının çevrelerini nasıl etkilediğini öğrenmelerine yardımcı olmak önemlidir.

Son varsayım insanların kendi gerçeklerini yaratmasıdır. İnsan uygunsuz düşünce, duygu ve davranışlarını geliştirip koruyabilecek bir araçtır. Ağrı hastaları, ağrıları ne kadar şiddetli olursa olsun, çevre ve kendi durumları için daha etkin yöntemleri öğrenip uygulayabilen birer araç olabilirler ve olmalıdırlar.

Bilişsel Davranışçı Stratejiler

Ağrı yönetiminde kullanılacak olan bilişsel davranışçı stratejiler; bunlarla sınırlı olmamakla birlikte, bilişsel yeniden yapılanma, gevşeme teknikleri, zaman veya kota bazlı aktivite planlama ve uyku hijyenidir.

Bilişsel yeniden yapılanma; otomatik negatif düşüncelerin tanımlanması ve daha uyumsal başa çıkma düşünce ve davranışlarının gelişimi için, davranışların düzenlenmesini içerir. Gevşeme teknikleri arasında; derin nefes alma, progresif kas gevşetme, kas gerginliğini azaltma ve ağrı algısını azaltmak için görselleştirme (vizualizasyon) bulunmaktadır. Egzersiz, kronik ağrı olmasına rağmen işlevselliği en üst düzeye çıkarmak için aktivitelerin planlanmasına yardımcı olan bir davranışsal stratejidir. Ek olarak; uyku hijyeni için uykunun planlanması, diyetin düzenlenmesi, çevresel koşulların uygun hale getirilmesi ve aktivitenin planlanması gerekir. Amaç, uykuya girişi, uykunun

devamlılığını ve kalitesini geliştirmektir (Kerns, Sellinger, & Goodin, 2011).

Ağrı Hastalarının Davranışsal Tıp Değerlendirmesi

Hastayla, ayrıca ulaşılabilir ve mümkünse aile bireyleri ile görüşme değerlendirmede esastır. Değerlendirmenin ana hedefleri; hastanın ağrısı ile ilgili psikososyal ve davranışsal faktörleri değerlendirmek ve doğrudan tedavi planlarına ilişkin bilgileri organize etmek ve değerlendirmektir. Rehabilitasyonun önünde engel olabilecek faktörlerin yanı sıra rehabilite edici süreçleri kolaylaştıracak faktörlerin belirlenmesine de dikkat edilmelidir.

Değerlendirme protokolü genellikle üç bölümden oluşur (Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, 2003). Birinci bölümde, hastanın ağrı deneyiminin klinik özellikleri; ağrının kısa bir geçmişi, mevcut ağrı parametreleri (örneğin; ağrı kalitesi, zaman parametreleri, ağırlaştırıcı/hafifletici faktörler) ve diğer ilgili tıbbi öyküler; ağrı nedeniyle uyku kalitesi ve işlevsel bozulma da dahil olmak üzere mevcut işlevsel düzeyler belirlenir.

Değerlendirmenin ikinci kısmında, hastanın psikososyal geçmişi; ailenin ve kişisel ağrı öyküsü, işlevsel yetenekler ve sınırlamaları, psikolojik bozukluklar ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar (reçeteli ilaçlar dahil) incelenir. Bu değerlendirme, hastalıkla ve stresle nasıl başa çıktığı ve tedavi çabalarına yardımcı olacak veya engelleyebilecek mevcut yaşam koşulları hakkında daha iyi bir fikir edinilmesine imkan sağlamalıdır.

Üçüncü kısımda, hastanın mevcut zihinsel durumunu, ruhsal işlevlerini ve ağrı rehabilitasyonunun seyrini etkileyebilecek uygun olmayan davranış kalıplarını değerlendiren ruhsal muayene yapılır.

Ağrı Yönetiminde BDT'nin Temel Bileşenleri

Kronik ağrı yönetiminde BDT'nin üç temel bileşeni vardır: hasta eğitimi, davranışsal (beceri) eğitim ve bilişsel müdahaleler. Bu bileşenlerin amacı öz-yeterlik hissinin artması, diğer klinik sonuçların düzeltilmesi ve uzun süreli hastalık yönetimidir.

Hasta Eğitimi

Başarılı bir BDT için hastanın aktif katılımı kritik olduğundan, hastaların ağrı, uyku, işlev ve ruh hali ile ilgili temel psikofizyolojik süreçleri anlamaları çok önemlidir. Şartlanma, güçlendirme, ağrı ve hastalık davranışları yanı

sıra bu ilkelerin ağrı ve engellilik ile nasıl etkileşime girdiği gibi konular hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. Bu basamak, hastaların tedaviye inanması açısından önemlidir. BDT terapistleri genel stratejileri ve bilgiyi sunarken, hastaların öz bakım ve bilgi toplama sorumluluğunu kendilerine verirler (Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, D., 2003) (Lipchik, Smitherman, Penzien, & Holroyd, 2006).

Davranış (Beceri) Eğitimi

Gevşeme ve kontrollü solunum egzersizleri, hemen hemen tüm hastalar tarafından kolaylıkla öğrenilebilir. Bu beceriler, ağrı ile ilişkili kaygı ve stres tepkilerini azaltmak ve uykuyu geliştirmek için yararlıdır (Lipchik ve ark., 2006). Hastaların, rahatlamının aktif bir süreç olduğunu anlamaları önemlidir. Bir diğer davranışsal beceri dikkat eğitimidir. Ağrıya ilişkin deneyim, ağrıya bağlı somatik sinyallere artan dikkat gösterilerek şiddetlenir. Hastaların doğrudan açık davranışlar sergilemesiyle (örneğin; nefes alma egzersizleri, ilerleyici kas gevşetmesi) ya da zihinsel imgelemeler kullanmasıyla, dikkat başka yöne çekilebilir (McCabe ve ark., 2005).

Hastaların klinik ihtiyaçlarını karşılamak için, tedavi planına çeşitli davranış becerileri eğitimleri eklenebilir. Örneğin, bazı hastalar kişilerarası stres yaşamakta ve bu, ağrıları için ağırlaştırıcı bir faktör olmaktadır. Kişilerarası ilişkiler, bir bireyin çevresinin önemli bir bileşenidir. İletişim, atılganlık ve problem çözme becerileri alanlarındaki temel kişilerarası beceri eğitimi, hastaların stres düzeylerini daha iyi düzenleyebilmelerine ve ağrılarını etkin biçimde yönetme yeteneklerini arttırabilmelerine yardımcı olabilir (Okifuji & Ackerlind, 2007).

Bilişsel Müdahaleler

Ağrı yönetimi için tipik bilişsel müdahaleler, hastaların kendi bilişsel tepki sistemlerini anlamalarına yardımcı olmakla başlar. Hastalar, ağrı ve streslerini tetikleme eğiliminde olan faktörler ile ağrı ve stres yaşarken, duygusal, davranışsal ve fiziksel olarak yaşadıkları durumları izlemeyi öğrenebilirler. Ağrının etkili şekilde kendi kendine idaresi; kişinin ağrı ile başa çıkma, acıya uyum sağlama ve ağrıdan kaynaklanan fiziksel ve ruhsal zorlanmayı, başa çıkma stratejileri kullanarak azaltma veya en aza indirme yollarına bağlıdır. Başa çıkma stratejileri, kendi kendine olumlu konuşmak ve bunu etkili bir şekilde yapmak için gerekli eylemlerin uygulanabileceği inancını içerir (Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, D., 2003).

Bilişsel müdahale sürecinde, öz-yeterlik inançları özellikle önemlidir. Öz-yeterlik, istenen bir sonuç üretmek üzere bir eylem dizisi uygulayarak, bir durumun etkili bir şekilde ele alınabileceğine dair kişisel bir inanç olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1977). Bilişsel müdahalede bir diğer önemli husus, belirli hastaların bilişsel repertuarlarını anlamaktır. Bireyin karşılaştığı durumları olumsuz değerlendirme eğilimi, tedavinin başarısını olumsuz etkiler. Yaygın olumsuz bilişsel özelliklerden bazıları şunlardır: kutuplaştırma kalıbı (siyah beyaz düşünce), aşırı genelleme kalıbı, felaketleştirme kalıbı, filtreleme kalıbı, duygusal akıl yürütme kalıbı. Bilişsel müdahalede terapistler, hastanın işlevsiz/irrasyonel bilişsel özellikler açısından kendi eğiliminden haberdar olmasına ve daha sonra bu bilişsel işleme süreçlerin etkisini tersine çevirecek alternatif inançlar geliştirmesine yardımcı olurlar (Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, D., 2003).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN ETKİNLİĞİ

Bilişsel davranışçı terapinin etkinliği, kapı kontrol teorisine dayanmaktadır. Teoriye göre, frontal korteks, limbik sistem ve hipotalamustan köken alan nöronlar, nörotransmitterler, endojen opioidler ve kortizol gibi hormonlar aracılığıyla, spinal kord dorsal boynuzda ağrı iletimini etkiler (Melzack & Wall, 1965). Melzack'ın kapı kontrol teorisine bir güncelleme olarak yayımladığı nöromatriks teorisine göre; duyuşsal, bilişsel, görsel ve emosyonel girdiler, uzun süreli stres yanıtı nedeniyle (kortizol), nöromatriks tarafından düzenlenen beynin homeostazis-regülasyon paternini bozmaktadır. Bu uzamış stres yanıtına bağlı olarak, kas, kemik ve nöral doku hasarında artış olur (Melzack, 1999).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarının ön sonuçlarına göre, BDT kaynaklı prefrontal kortekste meydana gelen yapısal değişiklikler ile ağrıya azalmaya neden olacak inhibitör nörotransmitterlerin salınımı artmaktadır (Jensen ve ark., 2012) (Seminowicz ve ark., 2013). Böylece, BDT ile aktive olan inen inhibitör mekanizmalar, ağrının algılanmasında azalmaya neden olur.

Williams, Eccleston, & Morley'in (2012) çalışmasında (n=42), kronik ağrılı erişkin hastalarda psikolojik tedavilerin (BDT, davranışçı terapi) etkinliği incelenmiş, sonuçlarda BDT'nin ağrı yoğunluğu ve engellilik üzerinde hafif, felaketleştirme ve duygudurum (anksiyöz, depresif)

üzerine orta derecede etkili olduğu bulunmuştur. Tedavi sonrası 6–12. ay değerlendirmelerinde, BDT'nin ağrı yoğunluğu üzerine etkisinin olmadığı, engellilik ve duygudurum üzerine hafif, felaketleştirme üzerine orta etkisinin olduğu izlenmiştir (Williams ve ark., 2012).

Bu derlemede BDT'nin etkinliği gösterilmiş olmasına rağmen, bu etkinliğin, altta yatan ağrı etiyojisine (kanser, kronik bel ağrısı), doza (terapi süresi ve toplam saati) veya uygulama yöntemine, kronik ağrılı bireylerde ağrı ile ilişkili ek sonuçlara bağlı olduğu belirtilmiştir (Eccleston ve ark., 2014) (Bernardy, Klose, Busch, Choy, & Häuser, 2013). En etkili BDT yöntemlerini ve dozunu hedeflemek, BDT kaynaklarının en etkin şekilde kullanmak açısından çok önemlidir. Kliniğe ulaşım zorluğu, ağrıda sadece farmakolojik tedavinin etkin olacağı inancı, psikolojik tedaviye ilişkin negatif bakış açısı ve eğitilmiş uygulayıcı eksikliği, BDT'ye erişim zorlukları olarak belirtilmiştir (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014).

Williams, Eccleston, & Morley'in (2012) çalışmasında, BDT'nin etkinliği ağrı şiddeti, fiziksel işlevsellik ve duygudurum ile değerlendirilmiştir; fakat "IMMPACT (initiative on methods, measurement and pain assessment in clinical trials)" kılavuzları, tüm kronik ağrı klinik çalışmalarında altı temel sonucun; ağrı, fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik, katılımcıların iyileşme oranı, semptom ve yan etkiler, katılımcının isteği, bulunmasını önermektedir (Dworkin ve ark., 2005).

Yeni bir meta analizde, 35 çalışma IMMPACT kılavuzlarında önerilen kriterlere göre incelenmiş (Knoerl, Lavoie Smith, & Weisberg, 2016) ve en sık uygulanan tedavi süresinin 6–10 hafta olduğu, etkinliğinin ise geniş dağılımlı olduğu izlenmiştir. Örneğin, 1–5 haftalık tedavinin etkisinin %0 olduğu izlenirken, 20 hafta üstü tedavini etkinliği %75 bulunmuştur. Mevcut çalışmaların kanıtlarına göre, en etkin terapi süresinin 6–10 hafta/6–10 saat olduğu ve katılımcıları %43'ünde ağrıda azalma izlenmiştir. Bu pozitif sonuçlardaki azlığı, çalışmaların yöntem ve tasarım kısıtlılıklarından kaynaklandığı sonucuna varılmış, ağrı şiddeti sadece sekiz çalışmada birincil (primer) sonlanım olarak değerlendirilmiştir. On yedi çalışmada, kontrol grubunun olmadığı ve istatistiksel küçük örneklem grubu (drop out) olan çalışmalar mevcuttur.

Çevrimiçi BDT uygulamasının, Williams ve ark. yaptığı bir çalışmada fibromiyalji (Williams ve ark., 2012), Buhrman ve ark. yaptığı çalışmalarda ise kronik bel ağrısı ve karma etiyojiye sahip kronik ağrılarda etkin olduğu

bulunmuştur (Buhrman ve ark., 2015). Powers ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda ise çocuk ve ergenlerde BDT'nin kronik migren profilaksisinde etkin bir yöntem olduğu sonucuna varılmış (Powers ve ark., 2013) (Kroner ve ark., 2016) ve genç kronik migren hastalarında birinci basamak tedavisi olarak amitriptilin ile birlikte BDT önerilmiştir (Kroon Van Diest ve ark., 2017).

Hall ve ark., fizyoterapistler tarafından uygulanan kronik bel ağrısı hastalarında BDT ile ilgili beş randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarını derlemişler; eğitim ve egzersiz uygulamalarına kıyasla, kanıt düzeyi yüksek olarak BDT'nin özürüllüğü ve ağrıyı azaltmada yüksek etkili, orta kanıt düzeyi ile yaşam kalitesindeki değişikliğin az olduğunu bulmuşlardır (Hall ve ark., 2016).

Boschen ve ark., yaygın kronik ağrı, boyun ve bel ağrısı, artrit, nöropatik ağrı, baş ağrısı ve diğer kronik ağrılar olan hastalara 20 seans grup BDT uygulamış ve tedavi sonrası depresyon, anksiyete ve ağrı skorlarında anlamlı düşüş, yaşam kalitesinde ise iyileşme izlenmiştir (Boschen ve ark., 2016).

SONUÇ

Ağrı, nörolojik süreçler ve psikososyal faktörlerden etkilenen karmaşık bir biyopsikososyal deneyim olup, yaşam kalitesi ile fiziksel aktivitede azalma ve sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olan, bireyi, toplumu ve iş gücünü etkileyen önemli bir sağlık problemidir (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Ağrının şiddetini ve sıklığını azaltma, ağrı kaynaklı negatif ruh halinin iyileşmesi konusunda BDT'nin etkinliği bir çok çalışma ile gösterilmiştir (Williams ve ark., 2012) (Zagustin, 2013). Kronik ağrılı hastalarda, BDT ile hastaların ağrıları ve ilgili problemleri kontrol etme ve kendi kendini yönetme becerileri gelişir, bununla birlikte hissettikleri ağrı ve ağrıya bağlı engellilik inançları da azalır. Bu değişiklikler, tedavinin bitiminden sonraki sürede de devamlılığını korur. Kronik ağrı tedavisi, biyopsikososyal ağrı modeli ve diğer mevcut literatür bilgileri göz önünde bulundurularak, multidisipliner bir yaklaşımla düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

Abbass, A., Lovas, D., & Purdy, A. (2008). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia*, 28(12), 1305–1314. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01680.x>

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management, & American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. (2010). Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*, 112(4), 810–33. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181c43103>
- Attal, N., Lanteri-Minet, M., Laurent, B., Fermanian, J., & Bouhassira, D. (2011). The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain*, 152(12), 2836–43. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.014>
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433–45. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H., & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. In W. Häuser (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD009796). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009796.pub2>
- Boschen, K. A., Robinson, E., Campbell, K. A., Muir, S., Oey, E., Janes, K., ... Katz, J. (2016). Results from 10 Years of a CBT Pain Self-Management Outpatient Program for Complex Chronic Conditions. *Pain Research & Management*, 2016, 4678083. <https://doi.org/10.1155/2016/4678083>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* (London, England), 10(4), 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Buhrman, M., Syk, M., Burvall, O., Hartig, T., Gordh, T., & Andersson, G. (2015). Individualized Guided Internet-delivered Cognitive-Behavior Therapy for Chronic Pain Patients with Comorbid Depression and Anxiety. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 504–516. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000176>
- Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. (1986). *Pain*. Supplement, 3, S1-226. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3461421>
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., ... IMMPACT. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113(1), 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.012>
- Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G. B., Rosser, B. A., & Keogh, E. (2014). Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD010152. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010152.pub2>
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *The American Psychologist*, 69(2), 153–66. <https://doi.org/10.1037/a0035747>
- Eisenach, J. C., Pan, P. H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., & Houle, T. T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 140(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011>
- Feldman, S. I., Downey, G., & Schaffer-Neitz, R. (1999). Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: a daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 776–85. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10535244>
- Flor, H., Turk, D. C., & Scholz, O. B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 63–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3820147>
- Gaskin, M. E., Greene, A. F., Robinson, M. E., & Geisser, M. E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(8), 707–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1432860>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gentry, W. (1984). Behavioral medicine: A new research paradigm. *Hand- book of behavioral medicine*. New York.
- Haley, W. E., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, 23(4), 337–43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4088696>
- Hall, A., Richmond, H., Copsy, B., Hansen, Z., Williamson, E., Jones, G., ... Lamb, S. (2016). Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1236155>
- Jensen, K. B., Kosek, E., Wicksell, R., Kemani, M., Olsson, G., Merle, J. V., ... Ingvar, M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia. *Pain*, 153(7), 1495–1503. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.04.010>
- Katz, J., Rosenbloom, B. N., & Fashler, S. (2015). Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), 160–167. <https://doi.org/10.1177/070674371506000402>
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K., ... Helms, M. (1999). Spouse-assisted coping skills training in the management of knee pain in osteoarthritis: long-term followup results. *Arthritis Care and Research: The Official Journal of the Arthritis Health Professions Association*, 12(2), 101–11. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10513498>
- Kerns, R. D., Sellinger, J., & Goodin, B. R. (2011). Psychological treatment of chronic pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 411–34. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>
- Knoerl, R., Lavoie Smith, E. M., & Weisberg, J. (2016). Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 38(5), 596–628. <https://doi.org/10.1177/0193945915615869>

- Kroner, J. W., Hershey, A. D., Kashikar-Zuck, S. M., LeCates, S. L., Allen, J. R., Slater, S. K., ... Powers, S. W. (2016). Cognitive Behavioral Therapy plus Amitriptyline for Children and Adolescents with Chronic Migraine Reduces Headache Days to ≤ 4 Per Month. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 56(4), 711–716. <https://doi.org/10.1111/head.12795>
- Kroon Van Diest, A. M., Ramsey, R., Kashikar-Zuck, S., Slater, S., Hommel, K., Kroner, J. W., ... Powers, S. W. (2017). Treatment Adherence in Child and Adolescent Chronic Migraine Patients. *The Clinical Journal of Pain*, 1. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000481>
- Lipchik, G. L., Smitherman, T. A., Penzien, D. B., & Holroyd, K. A. (2006). Basic Principles and Techniques of Cognitive-Behavioral Therapies for Comorbid Psychiatric Symptoms Among Headache Patients. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 46(s3), S119–S132. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00563.x>
- McCabe, C., Lewis, J., Shenker, N., Hall, J., Cohen, H., & Blake, D. (n.d.). Don't look now! Pain and attention. *Clinical Medicine (London, England)*, 5(5), 482–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268331>
- McCracken, L. M., & Iverson, G. L. (2002). Disrupted sleep patterns and daily functioning in patients with chronic pain. *Pain Research & Management*, 7(2), 75–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12185371>
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Suppl 6*, S121-6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10491980>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science (New York, N.Y.)*, 150(3699), 971–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5320816>
- Millan, M. J. (1999). The induction of pain: an integrative review. *Progress in Neurobiology*, 57(1), 1–164. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9987804>
- Okifuji, A., & Ackerlind, S. (2007). Behavioral medicine approaches to pain. *The Medical Clinics of North America*, 91(1), 45–55. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.10.008>
- O'Connor, A. B. (2009). Neuropathic Pain. *Pharmacoeconomics*, 27(2), 95–112. <https://doi.org/10.2165/00019053-200927020-00002>
- Powers, S. W., Kashikar-Zuck, S. M., Allen, J. R., LeCates, S. L., Slater, S. K., Zafar, M., ... Hershey, A. D. (2013). Cognitive Behavioral Therapy Plus Amitriptyline for Chronic Migraine in Children and Adolescents. *JAMA*, 310(24), 2622. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282533>
- Seminowicz, D. A., Shpaner, M., Keaser, M. L., Krauthamer, G. M., Mantegna, J., Dumas, J. A., ... Naylor, M. R. (2013). Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 14(12), 1573–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.07.020>
- Severeijns, R., Vlaeyen, J. W., van den Hout, M. A., & Weber, W. E. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2), 165–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11444718>
- Sullivan, M. J., Reesor, K., Mikail, S., & Fisher, R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain*, 50(1), 5–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1387469>
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. Guilford Press. New York.
- Türkçapar, M. H. (2008). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Williams, A. C. de C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. In A. C. de C. Williams (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
- Winterowd, C., Beck, A.T., Gruener, D. (2003). *Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients*. New York: Springer Publishing Company.
- Zagustin, T. K. (2013). The role of cognitive behavioral therapy for chronic pain in adolescents. *PM & R : The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 5(8), 697–704. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.05.009>