

## 33.h Ağrı Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Müdahaleler

Nafiye Selcan YILDIRIM<sup>1</sup>  
Hale MEMİŞ<sup>2</sup>

### Giriş

Ağrı kişinin hayat kalitesinde ve işlevselliğinde ciddi bozulmaya yol açan, sağlık alanında çalışan profesyonellerin karşılaştığı en yaygın ve fakat yönetilmesi en güç şikayetlerden biridir. Ağrının en yaygın kullanılan ve benimsenen tanımı uluslararası ağrı araştırmaları derneği (IASP) tarafından yapılmış olup, bu tanımlamaya göre ağrı “mevcut veya olası doku hasarının eşlik ettiği, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyim” şeklinde ifade edilmektedir (1). Ağrının sadece fiziksel nedenlerine atıfta bulunan bu tanımlama bazı araştırmacılar tarafından yetersiz bulunmuş olup daha kavramsal ve kapsayıcı tanımlamalar yapılmaya çalışılmıştır (2). Kronik ağrı, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen, doğası gereği karmaşık ve öznel bir deneyim şeklinde ifade edilmiştir (3). Turk ve ark. ise ağrıyı duyuşlardan, duyuşlardan, düşüncelerden ve davranışlardan etkilenen öznel bir deneyim şeklinde tanımlayarak ağrının sadece biyolojik nedenler sonucu oluşmadığına dikkat çekmiştir (4).

Kronik ağrı kişilerin günlük yaşamlarını büyük oranda etkileyen, duygusal ve sosyal iyilik hali ile işlevselliklerinde önemli ölçüde azalmaya sebep olan önemli bir sağlık problemidir (5). Dünya Sağlık Örgütü'nün Küresel Hastalık Yüğü (2017) çalışmasında bel ağrısı başta olmak üzere migren, boyun ağrısı, osteoartrit Yetiyitimi ile Geçirilen Yıllar (Years lives with diasability) (YLD)ın önde gelen sebeplerindendir (6). Genel olarak dünyadaki ağrı prevalansının yaklaşık %40 civarında olduğu

bildirilmektedir (7). 15 Avrupa ülkesi ve İsrail'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %19'unun orta veya ciddi ağırlıkta kronik ağrıdan muzdarip olduğu bulunmuştur (5). Avusturya'da 15 yaş ve üzeri 15.474 katılımcıda yapılan bir çalışmada ise kronik ağrının 1 yıllık prevalansının %24.9 olduğu saptanmıştır (8). Ülkemizde prevalans sıklığını ölçen az sayıda çalışma olmakla birlikte; 2001 yılında yapılan bir çalışmada ülkemizde ağrı prevalansı %63.7 olarak bildirilmiştir (9).

Son yıllarda hastalıkların doğasını açıklama, süreci öngörmede ve tedavi yaklaşımında biyopsikososyal modelin benimsenmeye başlanması multidisipliner bir yaklaşımı da gerektirmekte olup son zamanlarda yapılan birçok çalışma ile de desteklenmiştir (10-13).

Kronik ağrı tanısı bulunan hastalarda; etkili olan psikososyal faktörleri göz ardı etmek tedaviyi oldukça zorlaştırabilir. Bu konudaki geniş literatür kronik ağrı yaşayan hastalarda depresyon (14-16), kaygı ile ilişkili bozukluklar (14, 17, 18), uyku bozuklukları (19, 20) gibi ruhsal hastalıkların sıkça saptandığı, hastaların ailevi, mesleki ve sosyal işlevselliklerinde önemli ölçüde düşüşe (5, 21) neden olduğunu bildirmektedir.

Kronik ağrının tedavisi zordur çünkü genellikle uyku bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi ağrı şiddetini artırabilen ve yaşam kalitesinde ve fiziksel fonksiyonda daha fazla azalmaya yol açabilen diğer semptomlarla birlikte ortaya çıkar (22-25). Anksiyete ve uyku bozukluğu, kronik ağrılı bireylerin sırasıyla %45 ve %53'ünde birlikte

<sup>1</sup> Uzman Dr., Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, selcanonur@gmail.com

<sup>2</sup> Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, halememis@gmail.com

hedefler belirleme ve bu hedeflere yönelik çalışmayı içerir (3).

Kronik ağrı için BDT, bireyin ağrılarıyla baş etme yeteneğini geliştirerek ağrı algısını ve psikolojik sıkıntıyı azaltmanın yanı sıra bilişsel yeniden yapılandırmayı, gevşeme tekniklerini, zamana veya kotaya dayalı aktivite düzenlemesini ve uyku hijyeni gibi davranış stratejilerini de içermektedir. Bilişsel yeniden yapılandırma, daha uyumlu başa çıkma düşünceleri ve davranışları geliştirmek için otomatik olumsuz düşünceleri ve bunların sonucunda ortaya çıkan davranışları tanımlamayı ve yeniden çerçevelemeyi içerir. Gevşeme eğitimi, derin nefes alma, ilerleyici kas gevşemesi ve kas gerginliğini azaltmak ve fiziksel ağrı algısını değiştirmek için görselleştirme gibi stratejileri içerir. Aktivite pacing, kalıcı ağrıya rağmen işlevselliğini en üst düzeye çıkarmak için bireylerin aktivitelerini zamana veya kotalara göre (acıdan ziyade) planlamalarına yardımcı olmak için kullanılan davranışsal bir stratejidir (43). Ayrıca uyku hijyeni, uykunun başlaması, sürdürülmesi ve kalitesini iyileştirmek için çeşitli uyku planlaması, diyet, çevresel ve aktivite stratejilerini ifade eder (51).

## Sonuç

Bilişsel-davranışçı müdahaleler, psikolojik ve fiziksel işleyişi iyileştirir. Hastaların ağrıya karşı mücadeleyi bırakmalarına ve en değerli yaşam hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olurlar. Depresyon, anksiyete ve diğer akıl sağlığı semptomları ele alındığında tıbbi tedavi de daha etkilidir.

Mevcut literatür bilgisi BDT'nin ağrı yönetiminde önemli bir yeri olduğunu göstermek ile birlikte klinik pratik de BDT'nin ağrı gibi kronik rahatsızlıklarla mücadele eden hastalarda oldukça etkin olduğunu göstermektedir. Kronik ağrı yaşayan hastalarla klinik pratikte en çok karşılaşılan bölümlerden birinin fizik tedavi ve rehabilitasyon olması nedeniyle özellikle bu alanda çalışan kli-

nisyenlerin BDT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmaları daha geniş kapsamlı bir ağrı yönetimi için önemli gözükmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982.
2. Cohen M, Quintner J, van Rysewyk S. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Rep*. 2018;3(2):e634.
3. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol*. 2014;69(2):153-166.
4. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective: Guilford Press; 1983.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
6. Disease GBD, Injury I, Prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.
7. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999;354(9186):1248-1252.
8. Dorner TE, Stein KV, Hahne J, et al. How are socio-demographic and psycho-social factors associated with the prevalence and chronicity of severe pain in 14 different body sites? A cross-sectional population-based survey. *Wien Klin Wochenschr*. 2018;130(1-2):14-22.
9. Erdine S, Hamzaoglu O, Özkan Ö, et al. Pain prevalence among adults in Turkey. 2001;13(2):22-30.
10. Stanos S, Houle TT. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006;17(2):435-450, vii.
11. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*. 2001;322(7301):1511-1516.
12. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Med Clin North Am*. 2016;100(1):55-64.
13. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):22.

14. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*. 2003;106(1-2):127-133.
15. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, et al. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*. 1997;13(2):116-137.
16. Kato K, Sullivan PF, Evengard B, et al. Chronic widespread pain and its comorbidities: a population-based study. *Arch Intern Med*. 2006;166(15):1649-1654.
17. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(3):678-690.
18. Gaskin ME, Greene AF, Robinson ME, et al. Negative affect and the experience of chronic pain. *J Psychosom Res*. 1992;36(8):707-713.
19. Abeler K, Bergvik S, Sand T, et al. Daily associations between sleep and pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *J Sleep Res*. 2021;30(4):e13237.
20. Whibley D, AlKandari N, Kristensen K, et al. Sleep and Pain: A Systematic Review of Studies of Meditation. *Clin J Pain*. 2019;35(6):544-558.
21. Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M, et al. Chronic Pain in the Japanese Community--Prevalence, Characteristics and Impact on Quality of Life. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129262.
22. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003;163(20):2433-2445.
23. Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J, et al. Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(1):89-104.
24. Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, et al. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain*. 2011;152(12):2836-2843.
25. Gupta A, Silman AJ, Ray D, et al. The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospective population-based study. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46(4):666-671.
26. Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(4):359-365.
27. Tang NK, Wright KJ, Salkovskis PM. Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *J Sleep Res*. 2007;16(1):85-95.
28. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007;30(2):213-218.
29. McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*. 2004;111(1-2):77-83.
30. Poole H, White S, Blake C, et al. Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. *Pain Pract*. 2009;9(3):173-180.
31. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(3 Suppl):S3-14.
32. Park HJ, Moon DE. Pharmacologic management of chronic pain. *Korean J Pain*. 2010;23(2):99-108.
33. Knoerl R, Lavoie Smith EM, Weisberg J. Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. *West J Nurs Res*. 2016;38(5):596-628.
34. Broekmans S, Dobbels F, Milisen K, et al. Pharmacologic pain treatment in a multidisciplinary pain center: do patients adhere to the prescription of the physician? *Clin J Pain*. 2010;26(2):81-86.
35. McNicol ED, Midbari A, Eisenberg E. Opioids for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(8):CD006146.
36. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150(3699):971-979.
37. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain*. 1999;Suppl 6:S121-S126.
38. Jensen KB, Kosek E, Wicksell R, et al. Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia. *Pain*. 2012;153(7):1495-1503.
39. Seminowicz DA, Shpaner M, Keaser ML, et al. Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain. *J Pain*. 2013;14(12):1573-1584.
40. İnan LE, Özdel K, Babaoğlu G. Bilişsel Davranışçı Terapinin Kronik Ağrı Tedavisindeki Yeri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2017;6(3):133-140.
41. Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JW, et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005;9(1):15-24.
42. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;87(Pt B):168-182.
43. Kerns RD, Sellinger J, Goodin BR. Psychological treatment of chronic pain. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:411-434.

44. Hajihasani A, Rouhani M, Salavati M, et al. The Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Pain, Quality of Life, and Depression in Patients Receiving Physical Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *PM R*. 2019;11(2):167-176.
45. Bernardy K, Fuber N, Kollner V, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*. 2010;37(10):1991-2005.
46. Winterowd C, Beck AT, Gruener D. Cognitive therapy with chronic pain patients: Springer publishing company; 2003.
47. Lipchik GL, Smitherman TA, Penzien DB, et al. Basic principles and techniques of cognitive-behavioral therapies for comorbid psychiatric symptoms among headache patients. 2006;46:S119-S132.
48. McCabe C, Lewis J, Shenker N, et al. Don't look now! Pain and attention. *Clin Med (Lond)*. 2005;5(5):482-486.
49. Okifuji A, Ackerlind S. Behavioral medicine approaches to pain. *Anesthesiol Clin*. 2007;25(4):709-719, v.
50. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
51. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, et al. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychol Aging*. 2007;22(1):18-27.