

Migren Tipi Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönü

Psychiatric Aspects of Migraine Type Headache

Öz

Baş ağrısı, genel hasta poliklinikleri ve nöroloji polikliniklerine başvuran hastaların en yoğun yakınmasıdır. Ağrı şiddeti, hayat kalitesine etkisi, kişisel ve ülke ekonomisine etkisine bakıldığında, migren, bilinmesi gereken en önemli konudur ki, dünyada yaklaşık 700 milyon migren hastası vardır. Migren tipi baş ağrısı, ataklarla seyreden ve günlerce devam eden, çoğunlukla tek taraflı yerleşimli, zonklayıcı özellikte, şiddetli ve kişinin günlük aktivitelerini olumsuz etkileyen kronik bir baş ağrısıdır. Hastalarda eş zamanlı psikiyatrik bozukluk görülme oranları oldukça yüksek düzeylerde olduğu gibi, migren oluşunda ve dışında etkili olduğu gösterilmiş birçok psikolojik etken de tanımlanmıştır. Ancak kullanılan tanı ölçütleri, ölçekler ve çalışmaların yapıldığı popülasyonların farklılığı, tipik özelliklerin saptanmasını güçleştirmektedir. Psikiyatrik belirtilerin migren tipi baş ağrısı için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür. Anksiyete ve öfke uzun zamandır migren atakları ile ilişkilendirilmiştir. Bu gözden geçirme yazısında migren tipi baş ağrısı nedenleri ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Abstract

Headache is the most common complaint of the patients, who applied to general or neurology outpatient clinics. While considering headache intensity and its impact on life quality and individual or national economy; migraine type headache can be accepted as one of the most important problems that affected approximately 700 million of world population. Migraine type headache is a chronic disease that generally has unilateral localization and characterized by severe and pulsating headache which could be continuous for days and affecting people's daily activities negatively. As well as it is common to have high incidence of concurrent psychiatric disorders in patients, many psychological factors have been shown to be effective in the onset and course of migraine type headache. However, the used different diagnostic criteria, scale and patient populations makes the determination of typical characteristics difficult. Psychiatric symptoms has been suggested as a risk factor for migraine type headache. Anxiety and anger. have long been associated with migraine type headache. The aim of this review article is to investigate the etiology of migraine type headache and relationship between psychiatric symptoms.

Giriş

Migren, nörolojik, gastrointestinal ve otonom değişikliklerin çeşitli kombinasyonlarda eşlik ettiği birincil döngüsel bir baş ağrısı bozukluğudur (1). Baş ağrılarının %15-20'si migren ağrısıdır, tek taraflı yerleşim gösteren, zonklayıcı özellikte, kişinin günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek derecede şiddetli ve başın hareketleri ile artan baş ağrısı atakları olarak kabul edilmektedir. Bu ağrılar sırasında kişinin bulantı ve kimi zaman kusması olabilmekte, ışık, ses ve koku gibi uyaranlardan rahatsız olduğundan çoğu zaman loş ve sessiz bir odada uzanmayı tercih etmektedir. Kadınlarda erkeklere göre 3 kat

Uzm. Dr. Selim POLAT¹

Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:

Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Rize

Tel/phone: +90 464 217 42 74

E-mail: cicekh@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

Migren Tipi Baş Ağrısı, Anksiyete, Aleksitimi, Bedensel Duyumları Abartma, Öfke.

Keywords:

Migraine Type Headache, Anxiety, Alexithymia, Somatosensory Amplification, Anger.

Geliş Tarihi - Received
17/12/2017

Kabul Tarihi - Accepted
21/01/2018

fazla görülmektedir, daha çok 2. ve 3. dekatta başlar ve orta yaştan sonra azalma gösterir. Entelektüel düzeyi yüksek ve 'mükemmeliyetçi' olan kişilerde daha sık görülmektedir. Tipik olarak ağrı 4-72 saat arasında sürer ve fiziksel egzersiz ile artar (2). Migren baş ağrılarının yaklaşık %15'inde aura adını verilen dakikalar içinde gelişen ve bir saatten az süren nörolojik belirtiler öncülük eder. Aura migren baş ağrısının görme bozukluğuyla ve/veya duyu, kuvvet ve denge kaybıyla karakterize olan erken dönemidir. Migren tipi baş ağrısı için tipik kabul edilen bir diğer özellik ağrının zonklayıcı olmasıdır. Ancak gerçekte başı ağrıyan kişilerin çoğunda "kitabi" ağrılardan söz etmek güçtür. Nitekim yarım baş ağrısı migren tanılı hastaların en çok 2/3'ünde görülürken, gerilim tipi baş ağrılı kişilerin yaklaşık %20'sinde yarım baş ağrısı görülebildiği unutulmamalıdır (3).

Migren Tipi Baş Ağrısının Sınıflandırılması ve Tanı Ölçütleri

Hastalıkları sınıflamak ve tanımlamak her zaman güç bir iş olmasına rağmen, bu yöntem, klinisyenler arasındaki tanı farklılığını mümkün olduğu ölçüde azaltmanın tek yoludur. Tanımın güvenilirliği, klinisyenler arasında iletişim kurmak, yeni tedavilerin etkinliğini anlamak, biyolojik belirteçlerin saptanması ve epidemiyolojik araştırmalar için esastır (4,5). "Baş ağrısı" alanı, sınıflama açısından bazı özel sorunları beraberinde getirir (3): Birincil baş ağrıları semptomların özgün kombinasyonlarının kümelenmesinden oluşan hastalık gruplarıdır; laboratuvar tanıları ve diğer objektif belirteçleri yoktur (6); baş ağrısı sendromlarının çoğu anatomik bir patolojiden ziyade fonksiyonel bir bozukluk sonucu oluşurlar (7).

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) sınıflaması baş ağrısı tanısını daha nesnel bir hale getirilmesi yolunda önemli bir adım olarak değerlendirilmiştir (5). Bu sınıflamayı hazırlamanın en güç yanı o tarihe kadar biriken nosografik bilginin çok sınırlı olmasıydı. IHS tanı kriterlerinin birincil ve ikincil baş ağrıları ile migren ve gerilim tipi baş ağrılarını ayırt etmekteki zayıflığı, "Baş ağrıları Sınıflama Komitesi" başkanı Jes Olesen tarafından da kabul edilmiştir (8). IHS sınıflamasının yaygın olarak kullanılması ile bu tanısız sistemin bünyesinde bulunan zayıflıklar yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu karmaşıklıklar uygulamalar ile daha da artmıştır. Merikangas ve Frances'e göre soruların doğru sorulması ile IHS kriterlerini geçerli kılabilirdi (9). Bu nedenle klinisyenin, hikaye alırken konuya açıklık getirecek bazı özel sorular düşünüp bulması, bu sorulara aldığı cevapları yorumlaması ve kriterlere uyarlaması gerekmektedir (10). Biyopsikososyal bir bütün olan ve bu bütünü meydana getiren parçaların tek tek toplamından fazla ve farklı bir varlık olan insanla ilgili her şey gibi, ağrı konusunu da tek boyuttan inceleyip anlamak mümkün değildir. Ne hastayı kocaman bir "ağrısız varlık" olarak görüp analjezikler, antiflojistikler yüklemek veya bir yerlerini cerrahî olarak kesip almak, ne de her şeyi psikolojik diye ele alıp organik ve farmakolojik müdahaleleri inkâr etmek doğrudur. Nitekim, psikiyatrik yöne fazla ağırlık verilirse, bazı or-

ganik etkenlerde atlanabilmektedir. Kronik ağrısı olan hastaların psikiyatrik değerlendirilmeleri de kendine özgü bazı zorluklar arz eder:

- a. Psikolojik açıklamalardan kaçınmayla birlikte, ağrının mutlaka fiziksel bir nedeni olduğu biçimindeki yerleşmiş inançlar yüzünden, organik bir tanı ve tedaviye varabilmek için yapılan çoğu gereksiz araştırmalar.
- b. Bir sürü tıbbi ve cerrahî müdahalelere rağmen başarıya ulaşılamayıp, üzerine bir de ilaç bağımlılığının eklenmesi.
- c. Ağrıyla başa çıkabilmek için kişisel çabalar göstermektense, her şeyin hekimden beklenmesi şeklindeki bağımlılık.
- d. Hasta rolünü sürdüren ve çevresinde bıkkınlık yaratıp, eninde sonunda yabancılaşmaya ve dışlanmaya yol açan davranış biçimi.
- e. Beceri yetersizliği, aşırı beklentiler veya başarısızlık korkusu gibi nedenlerle sağlıklı rollerden kaçma.

Birincil baş ağrıları içerisinde ilk sırada yer alan migren tipi baş ağrısı ve psikiyatrik bozukluklarla ilgili bir çok çalışma yapılmıştır. Aurasız migren, döngüsel gerilim tipi baş ağrısı ile karışan en sık gözlenen migren türüdür. Migren ile psikiyatrik hastalıkların bir arada bulunma oranları oldukça yüksektir. Baş ağrısının başarılı tedavisi için eşlik eden psikiyatrik hastalıkların (depresyon, panik bozukluk, madde bağımlılığı, kişilik problemleri gibi) ortaya konması, tedavi edilmesi veya uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir (11,12). Daha önce yapılmış çalışmalarda depresyon ve migren türü baş ağrısı ile ağrı şiddetiyle doğru orantılı olarak iki yönlü bir ilişki ortaya konmuştur (13).

Depresyonun migren için bir risk olduğu rapor edilmiştir. Migren veya benzeri diğer şiddetli baş ağrıları karşılaştırıldığında migrende ve diğer baş ağrılarında depresyonun ortaya çıkması sıklıkla gözlenmiştir. Bu farklılık migren hastaları için kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık göstermiş ve basit psikiyatrik yakınmaları olan olgularda migren sonrası depresyon oluşumunun 6 kat arttığı rapor edilmiştir (14). Yazında kronik gerilim türü baş ağrılarında eşlik eden anksiyete oranı döngüsel gerilim türü baş ağrısı olgularına kıyasla daha düşük olmakla birlikte, depresyon varlığı döngüsel gerilim baş ağrısı olgularında daha yüksek olarak izlenmektedir (15).

Anksiyete Duyarlılığı ve Migren

Anksiyete duyarlılığı (AD), "korku beklentisi modeli"nin ana dayanağını oluşturmaktadır. Bu modele göre insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde "AD" ve "anksiyete beklentisi" süreçleri rol oynamaktadır. AD, anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilerin zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna dair aşırı bir korku olarak nitelendirilmiştir. Anksiyete beklentisi ise, kişinin "belirli bir durumda" anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir. AD kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korkudur. AD düzeyi yüksek olan kişiler anksiyete yaşadıklarında hemen korkularına yönelik alarm durumuna geçmekte ve bu onların anksiyetesini şiddetlendirmektedir (16). AD sürekli ank-

siyetenin bir davranışsal boyutu olduğu ve çeşitli hastalıklarda saptanan anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyete etkisinde kalmış olabileceği iddia edilmektedir (17). AD kişinin anksiyete belirtilerine yönelik inançlarından kaynaklanan, "anksiyete belirtilerinin kendisine korkuyla tepki verme" eğilimidir.

Baş ağrısının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi konusunda yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları ile olan birlikteliğine dikkat çekilmiştir (18,19). Erişkinlerde ve çocuklarda yapılan çalışmalarda baş ağrısının özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (18). Bazı erişkin çalışmalarında diğer kronik ağrılarda olduğu gibi baş ağrısının AD ile ilişkili olabileceği, AD yüksek olan baş ağrısı hastalarının ağrıdan daha fazla korktukları belirtilmiştir (18). Anksiyete duyarlılığının tanımı, zararlı sonuçlara neden olabilecekleri düşüncesi ile anksiyete belirtilerinden korkma olarak tanımlanmış ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun AD ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (19). Erişkinlerde baş ağrısı ve AD arasındaki ilişki ile ilgili yeterli çalışma bulunmasına karşın, ergenlerde bu konu ile ilgili yeterince çalışma bulunmamaktadır.

Aleksitimi ve Migren

Yunanca bir kavram olan aleksitimi, ilk defa Sifneos (1972) tarafından psikosomatik hastalıkları olan bireylerin duygularını ifade etme güçlüğüne vurgulamak için kullanılmıştır. Buna göre, aleksitimik bireyler, duygularını tanıma, tanımlama, sözel olarak ifade etme ve duygularını bedensel duyumlardan ayırt etmekte zorlanmaktadırlar (20). Başlangıçta psikosomatik hastalarda görülen belirtileri açıklamak için ortaya atılmışsa da, güncel çalışmalar aleksitiminin madde kötüye kullanım bozukluğu, somatoform bozukluk, depresyon, kaygı bozuklukları (özellikle travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk) gibi birçok farklı psikiyatrik bozuklukla sıklıkla birlikte görülebileceğini ortaya koymaktadır (21-23). Günümüzde normal dağılım gösteren bir kişilik özelliği olarak kabul gören aleksitimi, iki kutuplu değil süreklilik arz eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (24,25). Aleksitimi kavramı, duyguları tanımlamak ve ifade etmekte yaşanan güçlüğü ve düşlemlerin yetersizliğine odaklanmaktadır. Kavramın ortaya çıktığı ilk zamanlarda, klinik tabloya bakıldığında aleksitimik bireylerin sayısız fiziksel belirti gösterdiği, fantezi üretmede ve duygularını ifade etmek için uygun sözcükleri bulmada zorluk çektiği, konuşmalarının tekrar eden ayrıntılarıyla karakterize olduğu, nadiren rüya gördükleri ve kişiler arası ilişkilerinde bağımlı ya da mesafeli olma eğilimi gösterdikleri öne sürülmüştür (22,23-25). Özellikle klinik gözlemlere dayalı olarak yapılan bu tanımlar birbirleriyle ortaklık, benzerlik, tamamlanma gösterdikleri kadar ayrışma ve farklılaşmalar da göstermektedirler. Baş ağrısı, insanın hayatı boyunca karşılaşılabileceği ağrılar içinde en sık görülenidir. Halen toplumun % 99'a yakın kısmını zaman zaman etkilemekte olan baş ağrısının, psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi araştırmacıların ilgisini çekmektedir (12). Baş ağrısı has-

taları kendine yönelmiş agresyon, bastırma, aleksitimi, kaçınanlık, sosyal desteğin yetersiz kullanımı ile nitelenmişlerdir (20,26). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi, benzeri yineleyici ve kronik belirtileri olan bozukluklar, baş etme becerilerini zorlayan ek bir yaşam zorluğu ortaya çıkartarak, psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlıyor olabilir. Leeuw ve arkadaşları aleksitimi ve ruhsal travma ilişkisini değerlendirdikleri makalelerinde bu ilişkiyi şu şekilde açıklamışlardır: Emosyonel farkındalık, kendisinde ve başkalarında, emosyonların farkında olma ve tanımlama kapasitesi ve içsel duygulanım deneyimi üzerinde düşünme yeteneğidir. Yakın dönemdeki çalışmalar, migrende travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaygınlığına odaklanılmıştır (27, 28). Travma sonrası stres bozukluğu olan hastaların aleksitimik olduğu düşünülmektedir. Aleksitiminin kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte migren hastalarında aleksitimi ve TSSB varlığının yüksek olduğunu destekleyen birçok çalışma yapılmıştır (27-29).

Öfke ve Migren

Öfke herkes tarafından zaman zaman hissedilen temel duygulardan biridir. Aynı zamanda en çok ilgi uyandıran ve en az anlaşılan duygulardan biri olduğu da söylenebilir (30). Genel olarak öfkenin tanımına bakıldığında, öfke kavramı, orta düzeyde sinirlenme ya da sıkıntıdan, hiddet ve şiddetli öfkeye kadar değişen dereceli bir duygusal yaşantıyı ifade etmektedir (30). Öfkenin ifade tarzı herkese göre farklı olabileceği gibi öfke için farklı tanımlamalarda yapılmıştır. Kassinove ve Sukhodolsky öfkeyi özgün bilişsel ve algısal çarpıtma ve yetersizlikler (örn; yanlış yorumlamalar, hatalar ve suçlayıcı, haksız ve niyetli atıflar), öznel etiketleme, fizyolojik değişimler ve hareket eğilimi ile ilişkili olumsuz ve fenomenolojik (ya da içsel) bir duygusal durum olarak tanımlamıştır (31). Kassinove ve Tafrate ise, öfkenin çoğunlukla öğrenilmiş bir duygu olduğu üzerinde durmuşlardır. Onlara göre öfke, kısmen doğuştan gelen fakat çoğunlukla aileden, okuldan, dini eğitim veren yerlerden ya da televizyondan model alınarak öğrenilen, örgütlenmiş bir senaryodur (32). Bu sosyal yapısalcı bakış açısına göre, insanlar ne zaman, neye öfkeleneceklerini ve öfkelenedikleri zaman nasıl davranacaklarını, içinde yetişip buldukları sosyal çevreden öğrenirler. Bu nedenle öfke uyandıran durumlar ve öfke uyandıran duruma verilen tepkiler, cinsiyete, yaşa, sosyoekonomik düzeye, yaşanan ve yetişilen bölgeye, kültüre göre farklılık göstermektedir. Günümüzde öfkenin açıklanmasıyla ilgili en çok kabul gören görüş ise, bilişsel davranışçı bakış açısıdır. Buna göre öfke, bilişsel olarak "öfke" diye etiketlenen ve düşmanlık içerikli bilişlerin eşlik ettiği aşırı fizyolojik uyarılma durumudur. Yani dışsal olaylarla öfke arasında doğrudan bir ilişki yoktur, öfkeyi ortaya çıkaran bilişsel süreçlerdir (33). Yazın incelendiğinde, yetişkinlerde kendi bildirimine dayalı ölçeklerle öfkenin değerlendirilmesinin 1970 lerde Öfke Öz Bildirim Ölçeği (34) ile başladığı görülmektedir. Bunun ardından Novaco Öfke Envanterini geliştirmiştir. Öfkenin ölçümüne en büyük katkılardan biri, 1980 lerde durumluk ve sürekli öfke tanımlarını ölçek

çalışmasına dökerek Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeğini geliştiren Spielberger, bir süre sonra ölçeğe öfkenin ifade biçimleriyle ilgili bir boyut ekleyerek Durumluk Sürekli Öfke Tarz Ölçeğini (State-Trait Anger Expression Inventory-STAXI) oluşturmuştur (35). Bunların ardından pek çok öfke ölçeği daha geliştirilmiştir (36). Ancak çocuk ve ergenlerde öfkenin değerlendirilmesiyle ilgili çalışmalar çok daha azdır. Durumluk Sürekli Öfke Tarz Ölçeği pek çok çalışmada yetişkinlere uygulanmasına rağmen, ölçeğin orijinal norm çalışması 13 yaş ve üstü grup için olduğundan orijinal dilinde ergenlere de uygulanabilir.

Migren hastalarında somatik yakınmalar siktir ve bu yakınmalar anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkilidir. Stres, migren ataklarını tetikleyen önemli bir etkidir. Stresle bağlantılı birçok psikiyatrik rahatsızlık tanımlanmış ve bunlarla migren hastalığı arasındaki ilişkiyi içeren birçok çalışma yapılmıştır (37). Stres anında veya tetikleyicilerin varlığında öfkenin ortaya çıkabildiği gözlenmiştir. Öfke, orta yoğunlukta ve kısa süreli olduğunda yararlı olan, ancak şiddetli ya da sürekli olduğunda yıkıcı olabilen bir duygudur (38). Perozzo ve arkadaşları yaptıkları çalışmada migren hastalarının migrenle ilişkili kronik gerilim tipi baş ağrısı hastalarına göre daha düşük düzeyde sürekli öfke düzeyine sahip olduklarını göstermişlerdir (39). Migren hastalarında öfke ve duygu durumunu birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Yazında migren tipi baş ağrısı yakınması olan hastalarda öfke düzeyini ve duygu durumunu değerlendiren pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Kısıtlı sayıdaki çalışmada, öfke, kaygı, karışıklık gibi negatif duygu durumların ağrının duygusal deneyimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (40). Baş ağrılarının yanında esansiyel hipertansiyon gibi birçok başka kronik hastalıkta da öfke düzeyinde yükseklik bildirilmiştir (38). Hastalara öfkelerini tanıma ve baş etme konusunda beceri kazandırılmasının tedaviye katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür (41). Perozzo ve arkadaşları migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında öfke düzeylerini incelemişler ve migrenle ilişkili gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların kontrol gruplarına göre daha yüksek sürekli-öfke düzeyleri olduğunu ortaya koymuşlardır. Ancak gerilim tipi baş ağrısı ile ilişkili olmayan migren hastalarında böyle bir farklılık saptamamışlardır (39). Migren ile ilişkili olmayan gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların dışlandığı çalışmalarda migren hastaları daha yüksek öfke içe vurum puanları almışlardır ve bu durum artmış olan öfkenin bastırıldığını düşündürmektedir. Bazı çalışmalarda migren hastalarının daha yüksek içselleştirilmiş öfke düzeylerinin olduğu gösterilmiştir (41,42).

Bedensel Duyumları Büyütme ve Migren

Lipowski bedenselleştirmenin (somatizasyon), çok uzun zamandan beri bilinen ve çok yaygın olarak görülen, ruhsal/bedensel tıp ayrımında kalmış çözülmemiş bir sorun olarak kaldığını belirtmiştir. Somatizasyon psikososyal stres karşısında bedensel bir yanıt ve buna bağlı tıbbi yardım arama davranışı olarak tanımlanmaktadır. Genetik, gelişimsel öğrenme, kişilik ve sosyokültürel faktörler hazırlayıcı faktör, stres faktörleri ise tetikleyici faktör olarak gös-

terilmektedir (43). Son zamanlarda Barsky ve arkadaşları bedenselleştirmeyi açıklamak için merkezi yatıklaştırıcı faktör olarak bedensel duyumları abartma (somatosensory amplification) görüşünü ortaya atmıştır. Bu kurama göre, bedenselleştiren bireyler normal bedensel duyumlarını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedir (44). Bu durumun bedenselleştirme süreciyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (45).

Bedensel duyumları abartma üç şekilde oluşur:

1. Bedensel duyuma artmış bir dikkat ve uyarılmışlık hali,
2. Zayıf ve ender bazı duyumlara seçici olarak yoğunlaşma,
3. Bedensel duyumlara, onları daha rahatsız ve tehdit edici kılan duygulanım ve bilişlerle tepki verme

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), kişilerin bedenselleştirirken kullandıkları büyütme/abartmayı ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Barsky ve arkadaşları hipokondriyak hastalarda bedensel duyumların “gerekenden” fazla bozulduğunu öne sürmüş ve bu hastaların, hastalığa özgü olmayan fakat rahatsızlık veren hafif bedensel deneyimlerine olan duyarlılık yanıtlarını değerlendiren bir kendini değerlendirme ölçeğinin zorunlu olabileceğini düşünerek harekete geçmişlerdir (45). Aronson ve arkadaşları BDAÖ’nün, bedensel belirti sayısı, depresyon, anksiyete ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğunu göstermişlerdir (46). Kosturek ve arkadaşları kronik ağrı hastalarında BDAÖ’nün depresyon, anksiyete ve aleksitiminin en iyi yordayıcı olduğunu göstermiştir (47).

Birincil baş ağrıları nörolojik bir patoloji olarak görülmele birlikte, literatürde bu klinik tabloların anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar ve psikopatolojik süreçlerle olan ilişkileri üzerinde sıklıkla durulmaktadır. Bu araştırmaların sonuçları göz önüne alındığında, birincil tip baş ağrılarında eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların sıklığının, normal popülasyonla karşılaştırıldığında, yüksek olduğu görülmektedir (48). Yine bu klinik görünüme sahip bireylerde düşük başa çıkma yetenekleri olduğuna dair inançlar, katastrofizasyon ve ruminasyon gibi bilişsel tutumlar, sağlıklı popülasyona göre belirgin derecede daha fazla görülmüştür. Bu bireylerin fiziksel duyumlarının, düşünce ve duyguları “kabullenme” seviyelerinin düşük olduğu ve buna bağlı olarak, kaçınma, davranış değişikliği gibi ağrı ile ilişkili işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri geliştirdikleri saptanmıştır (49).

Sonuç

Bu güne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde migren türü baş ağrısı olan hastalarda çok sayıda ruhsal belirtinin klinik tabloya eşlik ettiği saptanmıştır. Hastaların mevcut tedavilerini ve hastalığın seyrini etkileyen bu ruhsal belirtiler sıklıkla klinisyenlerin dikkatinden kaçabilmekte ya da yanlış tanı alabilmektedir. Çalışmalar, klinikler arasında konsültasyonun ve liyezonun gerekliliğinin önemini oldukça ortaya koymaktadır. Psikiyatri ve migren alanında yazına katkı sağlayacak daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır. Yapılacak çalışmalarda örneklem uzayının geniş tu-

tulmasının ölçeklerin anlamlılığının sorgulanmasında daha faydalı olacağı kanısına varılmıştır.

Kaynaklar

1. Lipton RB, Zivadinov R, Willheim K, Jurjevic A, Sepic-Grahovac D, Bucuk M. Prevalance of Migraine in Croatia: A Population-Based Survey. *Headache*. 2001; 41: 805-808.
2. Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi* 2003; 1:94-97.
3. Çakmak G, Yayla V, Muhan A, Gülersönmez M, Apak İ. Migrenli hastalarda sosyodemografik değerlendirme. *Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 1996;2:29-31.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders*. Second Ed. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl.1):9-160.
5. Çelebi A, Özcan H. Baş ağrıları, kranial nevraller ve yüz aralarının sınıflandırılması ve tanı kriterleri. *Uluslararası Baş ağrısı Derneği, Baş ağrıları Sınıflama Komitesi Orhanlar Matbaası*, 1990.
6. Penzien DB, Andrew ME, Knowlton GE. Computer-aided system for headache diagnosis with the IHS headache diagnostic criteria: Development and validation. *Cephalalgia* 1991; 11 (suppl 11): 325-326.
7. Lipton RB, Stewart WF. Evaluating the IHS criteria. *Cephalalgia*. 1994; 14: 23-27.
8. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache are separate disorders. *Cephalalgia*. 1996; 16: 218-220.
9. Merikangas KR, Frances A. Development of diagnostic criteria for headache syndromes: lessons from psychiatry. *Cephalalgia*. 1993; 13 (suppl 12): 34-38.
10. Sjaastad O, Stovner JL. The IHS classification for common migraine. Is it ideal?. *Headache*. 1993; 33: 372-5.
11. Karlıdere T. Baş ağrısına psikiyatrik yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Dergisi - KBB Özel Sayısı* 2010; 3:58-65.
12. Akyıldız K, Sercan M, Yıldız N, Çevik A, Kıyan A. Baş ağrısı yalnızca baş ağrısı mıdır? Baş ağrısı ile ruhsal bozuklukların eştanısı. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015;28:34-46.
13. Jacobson SA, Folstein MF. Psychiatric perspectives on headache and facial pain. *Otolaryngol Clin North Am*. 2003;36:1187-1200.
14. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression: investigation potential etiology and prognosis. *Neurology*. 2003;60:1308-1312.
15. Matta AP, Moreira Filho PF. Depressive symptoms and anxiety in patients with chronic and episodic tension-type headache. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61:991-994.
16. Lilienfeld SO, Turner SM, Jakob RG. Further comments on the nature and measurement of anxiety sensitivity: A reply to Taylor. *J Anxiety Disord*. 1996; 10:411-424.
17. Taylor S, Koch WJ, Woody S. Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *J Abnorm Psychol* 1996; 105: 474-479.
18. Powers SW, Gilman DK, Hershey AD. Headache and psychological functioning in children and adolescents. *Headache*. 2006; 46:1404-1415.
19. Norton PJ, Asmundson GJG. Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain* 2004;111:218-23
20. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry* 1996; 153:137-42.
21. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder and depression. *Psychosomatics* 2001; 42:235-240.
22. Zackheim L. Alexithymia: the expanding realm of research. *J Psychosom Res* 2007; 63:345-347.
23. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Res* 2011; 190:43-48.
24. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Groger R, Franke GH et al. Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychosom Psychosom* 2008; 77:189-194.
25. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2001; 45:13-142.
26. Hatch JP. Anger and hostility in tension-type headache. *Headache* 1991; 31:302-304.
27. Leeuw R, Schmidt JE, Carlson CR. Traumatic stressors and posttraumatic stress disorder symptoms in headache patients. *Headache* 2005; 45:1365-1374.
28. Peterlin BL, Tietgen G, Meng S, Lidicker J, Bigal M. Posttraumatic stress disorder in episodic and chronic migraine. *Headache* 2008; 48:517-522.
29. Sayar K, Gulec H, Topbas M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 2004; 23:441-448.
30. Martin R, Watson D, Wan CK. A three-factor model of trait anger: Dimensions of affect, behavior and cognition. *Journal of Personality*, 2000;68, 870-897.
31. Kassinove H, Sukhodolsky DG. Anger disorders: Basic science and practice issues. In H. Kassinove (Ed) *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*. Washington: Taylor & Francis. 1995,1-26.
32. Kassinove, H. ve Tafrate, R.C. *Anger Management: The Complete Treatment Guidebook for Practitioners*. California: Impact Publishers, Inc. 2002,30-45.
33. Robins S, Novaco RW. Systems conceptualization and treatment of anger. *J Clin Psychology* 1999; 55: 325-337.
34. Zelin ML, Adler G, Myerson PG. Anger self-report: An objective questionnaire for the measurement of aggression. *J Consulting and Clin Psychology* 1972;39, 340-352.
35. Spielberger CD. *State Trait Anger Expression Inventory*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources. Inc.1988,52-63.
36. Balkaya F, Sahin NH. Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14: 192-202.
37. Wacogne C, Lacoste JP, Guilibert E, Hugues FC, Le Jeunne C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia* 2003; 23: 451-455.
38. Çelik C, Özdemir B, Çaycı T. Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Gülhane Tıp Derg* 2009; 51: 158-161
39. Perozzo P, Savi L, Castelli L. Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache. *J Headache Pain* 2005; 6: 392-399.
40. Erdem M, Celik C, Yetkin S, Ozgen F. Anger level and anger expression in generalized anxiety disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 203-207.
41. Nicholson RA, Gramling SE, Ong JC, Buenaver L. Differences in anger expression between individuals with and without headache after controlling for depression and anxiety. *Headache* 2003; 43: 651-663.
42. Lipowski ZJ. Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-1368.
43. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatry Res* 1990; 24:323-334.
44. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33:28-34.
45. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988; 50:510-519.
46. Aronson KR, Barrett LF, Quigley KS. Feeling your body or feeling badly: evidence for the limited validity of the somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity. *J Psychosom Res* 2001; 51:387-394.
47. Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ, Trief P. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics* 1998; 39:399-404.
48. Nimuan C, Asawavichienjinda T, Srikiatkachorn A. Potential risk factors for psychiatric disorders in patients with headache. *Headache* 2012; 52:90-98.
49. Chiros C, O'Brien WH. Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *J Behav Med* 2011; 34:307-320.