

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İZZET BAYSAL TIP FAKÜLTESİ**

**BAŞ AĞRISININ PSİKIYATRİK YÖNLERİ, EŞ TANILI
PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR VE BEDENSELLEŞTİRMEYE
YATKINLIK OLUŞTURAN DURUMLAR**

UZMANLIK TEZİ

DR. KERİMAN AKYILDIZ

**BOLU
2011**

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İZZET BAYSAL TIP FAKÜLTESİ**

**BAŞ AĞRISININ PSİKIYATRİK YÖNLERİ, EŞ TANILI
PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR VE BEDENSELLEŞTİRMEYE
YATKINLIK OLUŞTURAN DURUMLAR**

**UZMANLIK TEZİ
DR. KERİMAN AKYILDIZ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. MUSTAFA SERCAN**

**BOLU
2011**

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Tez Onay Belgesi

Tezin Başlığı : Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri, Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar Ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar

Tezin Savunma Tarihi : 05.07.2011

Tezin Danışmanı : Prof. Dr. Mustafa Sercan

Jüri Başkanı

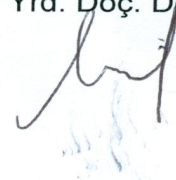

Prof. Dr. Mustafa SERCAN

Üye


Prof. Dr. Nebil YILDIZ

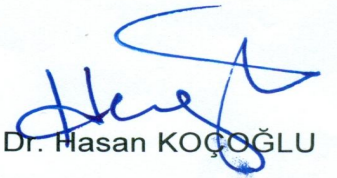
Üye

Yrd. Doç. Dr. M. Hamid BOZTAŞ



DEKANLIK ONAYI

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.


Prof. Dr. Hasan KOÇOĞLU
DEKAN

TEŞEKKÜR

Psikiyatri uzmanlık eğitimi ve tez hazırlama süreci boyunca bilgi, deneyim ve klinik yaklaşımlarından yararlandığım, değerli katkıları ve eleştirileriyle mesleki gelişimimde önemli yeri olan ve kendisinden çok şey öğrendiğim, örnek aldığım değerli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Sercan'a

Uzmanlık eğitimimde emeği geçen Prof. Dr. Cengiz Kılıç, Yrd. Doç. Dr. Özden Arısoy, Yard. Doç. M. Hamid Boztaş'a,

Baş ağrısı hastalarına ulaşmamda büyük yardımlarını gördüğüm ve nöroloji rotasyonu eğitimimde emeği geçen Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nebil Yıldız'a ve nöroloji rotasyonu eğitimimde emeği geçen diğer öğretim üyeleri Doç. Dr. Serpil Yıldız, Yrd. Doç. Dr. Burcu Altunrende'ye

Baş ağrısı hastalarına ve psikiyatrik hasta grubuna ulaşmamda büyük yardımlarını gördüğüm Arş. Gör. Dr. Ayşe Çevik ve Arş. Gör. Dr. Basri Köylü'ye,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda kendilerinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Nahit Motavallı Mukaddes'e,

İstatistik değerlendirme konusunda yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Aysun Kıyan'a

Araştırmada kullanılan nöropsikiyatrik görüşme formuna ulaşmam konusunda yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Kevser Aktaş'a

Keyifle çalıştığım tüm hemşire ve yardımcı personele,

Bu hastaneyi çalışılabilir ve güzel yapan, mesleğimi anlamlandıran, bana çok şey öğreten hastalarım,

İş arkadaşlığının ötesinde dostluklar kurduğum ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve gelecekte birlikte çalışabilmeyi ümit ettiğim sevgili arkadaşlarım Dr. Çiğdem Çifci, Dr. Barış Kılıç ve Dr. Hüsnâ Kırac'a

Sınırsız sevgisi, destekleri ve her koşulda yanımda olacaklarını hissettirdikleri için canım aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 2011,

Dr. Keriman AKYILDIZ

ÖZET

Keriman Akyıldız, Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri, Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar, İzzet Baysal Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. BOLU, 2011

Baş ağrısı yakınması belirti ve bozukluk olarak sık görülmesi nedeniyle yarattığı bireysel sıkıntı yanında, toplumsal sıkıntı ve mali yük oluşturmaktadır. Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik komorbidite baş ağrısı tedavisini zorlaştırmakta ve daha kötü bir prognoza işaret etmektedir. Kronik baş ağrısı ile birlikte depresyon/anksiyete bozukluğu olan hastalarda bedensel belirtilerin anlamlı olarak daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Baş ağrısı hastalarının önemli bir bölümünde oluşturuca ya da eşlikçi olan ruhsal sorunlar ve bunların özellikleri; bedensel belirtilerin sıklığı ve bunların ruhsal sorunlarla ilişkisi, bedensel belirtilere yönelik atıf tarzlarının etkileri araştırılmaya değer bulunmuştur

Çalışmamıza AİBÜTF nöroloji polikliniğine temel başvuru şikayeti baş ağrısı olan hastalar (n=71) ile psikiyatri polikliniğinde psikotik bozukluklar dışında I. eksen psikiyatrik bozukluk tanısı konulan cinsiyet açısından birebir eşleştirilen, yaş açısından benzer hastalar (n=71) alınmıştır. Tüm hastalara SCL-90-R bedensel belirti maddelerini içeren ölçek, VAS, BDAÖ, BYÖ, MINI-Tarama formu uygulandıktan sonra MINI ile psikiyatrik değerlendirmeleri yapılarak psikiyatrik tanıları konulmuştur

Çalışma sonucunda nörolojiye başvuran baş ağrısı grubu ve psikiyatrik hasta grubu arasında sosyodemografik özellikler açısından fark olmadığı, baş ağrısı olanların ailelerinde baş ağrısı öyküsünün belirgin olarak daha çok (p=0.002) olduğu bulunmuştur. Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik eş tanı sıklığının yüksek (% 80.3) olduğu görülmüştür. Gerilim tipi baş ağrısı olanların tümünün MINI ile yapılan görüşmede ağrı bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı, ağrı bozukluğu dışlandığında da psikiyatrik eş tanı sıklığındaki yüksekliğin (% 63.4) devam ettiği gözlenmiş ve en sık rastlanan psikiyatrik eş tanının literatür bilgisiyle uyumlu olarak depresif bozukluklar (% 64.8) olduğu görülmüştür. BYÖ alt ölçek puanları açısından anlamlı

fark olmamakla birlikte psikiyatrik başvuru grubunun daha fazla ruhsal atıf kullanma eğiliminde olduğu; ancak çarpıntı, yorgunluk ve mide ağrısı belirtileri için istatistiksel olarak anlamlı oranda ruhsal atıf kullandığı görülmüştür. Baş ağrısı grubunda ise baş ağrısı belirtisi için normal atıf kullanımının anlamlı oranda daha fazla olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak baş ağrısı hastalarında psikiyatrik eş tanı yüksekliği dikkat çekicidir. Bu hastaların ailelerinde baş ağrısı öyküsünün belirgin olarak daha çok olması, kişide psikiyatrik bir sorun varlığından bağımsız bir baş ağrısı eğilimini işaret etmektedir. Psikososyal stresör varlığında yüksek eş tanı oranlarının olması, psikososyal stresör, psikiyatrik eş tanı ve baş ağrısı arasında bir süreklilik olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik eş tanıları arasında depresif bozukluklar (depresyon) ağırlık taşımaktadır. Öte yandan araştırmamız gerilim tipi baş ağrısı hastalarındaki psikiyatrik eş tanı yüksekliğine dikkat çekmektedir. DSM-IV'teki ağrı bozukluğu tanı ölçütleri ile ICHD gerilim tipi baş ağrısı tanı ölçütlerinin sınırları belli bir klinik tablo oluşturmamasının araştırmalarda ve hastaların tanı- tedavisinde sorunlara yol açtığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, somatizasyon, bedensel belirtilerin yorulanması, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik hastalıklara bağlı baş ağrısı

ABSTRACT

Keriman Akyıldız, Psychiatric Aspects of Headache, Co-morbid Psychiatric Disorders, and Conditions Susceptible to Somatization. Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, Thesis in Psychiatry. BOLU, 2011.

Complaint of headache causes social stress and financial burden as well as development of individual distress because they are widespread symptoms and disorders. Psychiatric comorbidity complicates the management of headache and incates a poorer prognosis for the treatment of headache. Patients with chronic headache accompanied by depression/anxiety disorder are reported to have significantly more somatic symptoms. This study aims to examine psychological problems accompanying or causing headache in a large number of patients with complaints of headache, the frequency of somatic symptoms in patients with headache, their relationship to psychological problems, and the effects of the attributional styles for somatic symptoms.

Patients (n=71) whose chief complaint during consultation in Abant İzzet Baysal University, Faculty of Medicine neurology outpatient clinic was headache and patients (n=71) who were diagnosed with axis I psychiatric disorder other than psychotic disorders and whose ages were similar with each other and who were matched up in terms of gender were included into our study. After scales including SCL-90-R somatic symptom items, Visual Analog Scale (VAS), Somatosensory Amplification Scale (SSAS), Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ), MINI-Scan forms, were applied to all patients, psychiatric evaluations were performed by MINI and they were psychiatrically diagnosed.

The results of the study showed that there were no significant differences in sociodemographic characteristics between the group of patients with neurological headache and the group of psychiatric patients, and that the family of patients with headache had significantly higher rates of the story of headache ($p=0.002$).

It was observed that frequency of psychiatric co-morbidity is higher (80.3%) in the patients with headache. It was found in the interview performed in patients

with tension type headache by MINI that they met the diagnosis criteria of pain disorder and increased frequency of psychiatric comorbidity (63.4%) continued when pain disorder was excluded; and it was identified that the most common diagnosis was depressive disorders (64.8%) in line with the literature. As well as there was no difference in terms of subscale scores of SIQ, it was found that the group of psychiatric consultation tended to use more psychologizing attributes, but statistically significant psychologizing attributes was used for palpitation, exhaustion and stomach pain. It was found that the use of normal attributes was significantly higher for headache symptom in the group of headache.

Consequently, increased psychiatric comorbidity in the patients with headache is remarkable. Significantly more headache story in families of these patients point out a tendency of headache which is independent from existence of psychiatric problems. A high comorbidity ratio with psychosocial stressor shows that continuity is present among psychosocial stressor, psychiatric comorbidity and headache. Among psychiatric comorbidities, depressive disorders (depression) are dominant. On the other hand, our studies remark increase in the psychiatric comorbidity in patients with headache. It is observed the thing that diagnosis criteria of pain disorder in DSM-IV and diagnosis criteria of tension type headache in ICHD fails to form a certain clinical picture causes problems in researches and in diagnosis treatment of patients.

Key Words: Headache, somatization, interpretation of somatic symptoms, psychiatric comorbidity, headache attributed to psychiatric disorders

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Baş Ağrısı	4
2.1.1. Baş Ağrısı Tanımı	4
2.1.2. Baş Ağrısı Tarihçesi	4
2.1.3. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi	7
2.1.4. Baş Ağrısı Etiyolojisi ve Patofizyolojisi	9
2.1.5. Baş Ağrısı Sınıflaması	15
2.1.6. Primer Baş Ağrıları Tanı	17
2.1.6.1. Migren	17
2.1.6.2. Gerilim tipi baş ağrısı	18
2.2. Somatizasyon	20
2.2.1. Somatizasyon Tanımı	20
2.2.2. Somatizasyon Tarihçesi ve Kavramı	20

2.2.3.	Somatizasyon Epidemiyoloji	25
2.2.4.	Somatizasyon Etiyoloji	29
2.2.4.1.	Sosyokültürel etkenler	29
2.2.4.2.	Gelişim ve öğrenmenin etkisi	30
2.2.4.3.	Psikodinamik görüşler	31
2.2.4.4.	Biyolojik ve genetik görüşler	32
2.2.4.5.	Bilişsel etkenler	33
2.3.	Baş Ağrısı, Somatizasyon ve Psikiyatri	36
2.3.1.	Somatizasyon ve Psikiyatrik Bozukluklar	36
2.3.2.	Ağrı ve Psikiyatrik Bozukluklar	38
2.3.3.	Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Bozukluklar	39
2.3.4.	Baş Ağrısı ve Somatizasyon	42
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	44
3.1.	Hasta Seçimi	44
3.1.1.	Araştırmanın Yeri	44
3.1.2.	Araştırmanın Zamanı	44
3.1.3.	Araştırmanın Evreni	44
3.2.	Veri Toplama Araçları	45
3.2.1.	Sosyodemografik ve Baş Ağrısı Bilgi Çizelgesi	45
3.2.2.	Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Kılavuzu	45
3.2.3.	Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği	46
3.2.4.	Semptom / Belirti Yorumlama Ölçeği	46
3.2.5.	Belirti Tarama listesi (SCL-90-R)	47

3.2.6. Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale- VAS)	48
3.3. Yöntem	49
3.3.1. Uygulayıcılar	49
3.3.2. Uygulama	49
3.3.3. Analizler	50
4. BULGULAR	51
4.1. Örneklemin demografik özellikleri	51
4.1.1. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	51
4.1.2. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Grupları Alt Gruplarının Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırması	55
4.2. Örneklemin Soy Geçmiş Özellikleri	57
4.2.1. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Soy Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırması	57
4.2.2. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Grupları Alt Gruplarının Soy Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırması	58
4.3. Örneklemin Klinik Özellikleri	59
4.3.1. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması	59
4.3.2. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Grupları Alt Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması	61
4.3.3. Örneklemini Oluşturan Hastaların Psikiyatrik Tanı Dağılımları	63
4.3.4. Baş Ağrısı Grubunun Tanı Dağılımı	64
4.3.5. Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Tanı Dağılımları	65
4.4. Örneklemin Klinik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması	66
4.4.1. Ağrısı Şiddeti Açısından Karşılaştırılması	66
4.4.2. SCL 90 R Somatizasyon Belirtileri Açısından Karşılaştırılması	67
4.4.3. Örneklemin Belirti Yorumlama Ölçeği İle Karşılaştırılması	73

4.4.4.	Örneklemin Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği İle Karşılaştırılması	77
4.4.5.	Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Gruplarının MINI Tarama Sorularına Verdikleri Cevaplara Göre Karşılaştırılması	79
4.5.	Korelasyon Analizler	82
5.	TARTIŞMA	84
5.1	Kısıtlılıklar	99
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	100
7.	KAYNAKLAR	102

EKLER

EK 1.	Katılımcılara Yönelik Bilgilendirimli Olur Formu
EK 2.	Sosyodemografik Bilgi Formu
EK 3.	Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
EK 4.	Belirti /Belirti Yorumlama Ölçeği
EK 5.	Belirti Tarama listesi (SCL-90-R)
EK 6.	Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale- VAS)
EK 7.	MINI Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Tarama Formu

SİMGELER ve KISALTMALAR

5-HIAA	5- Hidroksi indol asetik asit
5-HT-1BD	5- Hidroksitriptamin 1BD reseptörü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AD	Anlamlı değil
AHM	Ailevi Hemiplejik Migren
AİBÜ-TF	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
AM	Auralı migren
BDAÖ	Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
BYÖ	Belirti Yorumlama Ölçeği
BYÖ-TU	Belirti Yorumlama Ölçeği-Türkçe Uyarlama
CD	Cluster of Differentiation (Farklılaşma grubu)
cGMP	Siklik Guanozin Mono Fosfat
CGRP	Kalsitonin gen-ilişkili peptid
CIDI	Composite International Diagnostic Interview; Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EGTBA	Epizodik gerilim tipi baş ağrısı
F	Faktör
FMS	Fibromiyalji Sendromu
Gerilim	Baş ağrısı grubu gerilim tipi baş ağrısı var.
GSI	Global Symptom Index; Genel Belirti Düzeyi
GTB	Genel tıbbi duruma bağlı
GTBA	Gerilim Tipi Baş Ağrısı
HSPD	Headache secondary psychiatric disorder; Psikiyatrik bozukluklara bağlanan ikincil baş ağrıları
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
ICD	International Classification of Disease; Uluslararası Hastalık Sınıflaması
ICHD	International Classification of Headache Disorders, Baş Ağrısı Bozuklukları Uluslararası Sınıflaması
IHS	Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu

IL	İnterlökkin
IL-1 β	İnterlökkin 1 beta
inNOS	İndüklenen Nitrik oksit sentetaz
KGTBA	Kronik gerilim tipi baş ağrısı
LT	Lökotrien
LTC4	Lökotrien kompleman 4
MD	Major Depresyon
MINI	Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Klavuzu; Mini International Neuropsychiatric Interview
Migren	Baş ağrısı grubu migreni tipi baş ağrısı var
NKA	Nörokinin A
NO	Nitrik oksit
NOS	Nitrik Oksit sentetaz
OKB	Obsesif kompulsif bozukluk
Ort.	Ortalama
p	Anlamlılık derecesi
PG	Prostoglandin
PGD2	Prostoglandin D2 reseptörü
PMS	Premenstrüel sendrom
PSDI	Positive Symptom Distress Index; Pozitif Belirti Düzeyi
Psibavar	Psikiyatrik başvuru grubu baş ağrısı var
Psibayok	Psikiyatrik başvuru grubu baş ağrısı yok
PST	Positive Symptom Total; Pozitif Belirti Toplamı
r	Korelasyon katsayısı
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders; DSM- III-R I. Eksen bozukluklar için yapılandırılmış Klinik görüşme
SCL	Symptom Check List
sd	Serbestlik derecesi
SIQ	Symptom Interpretation Qestionnaire
SSAS	Somatosensory Amplification Scale
st. sapma	Standart sapma
t	Student t testi puanı
TNC	Trigeminal Nukleus Kaudatus
TNF α	Tümör Nekroz Faktör alfa

VAS	Visual Analog Scale; Görsel Analog Skala
vb.	ve benzeri
VIP	Vazoaktif intestinal peptit
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
χ^2	Ki kare
YAB	Yaygın anksiyete bozukluğu

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
Tablo 2.1.	Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması	16
Tablo 2.2.	Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (ICHD) Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı	40
Tablo 4.1.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	53
Tablo 4.2.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının yaş ve kişi başına düşen aylık gelir açısından t testi ile karşılaştırılması	54
Tablo 4.3.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının bildirdiği stresör faktörler ve sıklıkları	55
Tablo 4.4.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının yaş, açısından karşılaştırılması	55
Tablo 4.5.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması	56
Tablo 4.6.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının soy geçmiş özelliklerinin karşılaştırılması	58
Tablo 4.7.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının soy geçmiş özelliklerinin karşılaştırılması	58
Tablo 4.8.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının klinik özellikleri -I	59
Tablo 4.9.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının klinik özellikleri -II	60
Tablo 4.10.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının baş ağrısı süresi açısından karşılaştırılması	61
Tablo 4.11.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması	62
Tablo 4.12.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının psikiyatrik hastalık tanı dağılımı	63
Tablo 4.13.	Baş ağrısı hastalarının tanı dağılımı	64

Tablo 4.14.	Baş ağrısı hastalarında görülen eş psikiyatrik hastalıklar	65
Tablo 4.15.	Psikiyatrik başvuru grubunda psikiyatrik bozukluk sayısı	66
Tablo 4.16.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının ağrı şiddeti açısından karşılaştırılması	66
Tablo 4.17.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının ağrı şiddeti açısından karşılaştırılması	66
Tablo 4.18.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL 90 R Somatizasyon Belirtileri açısından karşılaştırılması	67
Tablo 4.19.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL- 90 R Anksiyete Bedensel Belirtileri açısından karşılaştırılması	68
Tablo 4.20.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL 90 R Ek Bedensel Belirtiler açısından karşılaştırılması	68
Tablo 4.21.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL 90 R Genel İndeksler açısından karşılaştırılması	69
Tablo 4.22.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Somatizasyon Belirtileri açısından karşılaştırılması	70
Tablo 4.23.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Anksiyete alt ölçeği somatik belirtiler açısından karşılaştırılması	71
Tablo 4.24.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Ek belirtiler alt ölçeği somatik belirtiler açısından karşılaştırılması	71
Tablo 4.25.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Genel İndeksler açısından karşılaştırılması	72
Tablo 4.26.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının BYÖ puanları açısından karşılaştırılması	73
Tablo 4.27.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının BYÖ açısından karşılaştırılması	76
Tablo 4.28.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının baş ağrısı olmayan hastalar dışlandığında BYÖ açısından karşılaştırılması	77

Tablo 4.29.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının BDAÖ ölçeği açısından karşılaştırılması	78
Tablo 4.30.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının MINI tarama sorularının karşılaştırılması	79
Tablo 4.31.	Baş ağrısı şiddeti ile baş ağrısı süresi ve güncel psikiyatrik hastalık arasında korelasyon analizi	82
Tablo 4.32.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları ile SCL 90 R Genel İndeksler arasında korelasyon analizi	82
Tablo 4.33.	Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları ile SCL 90 R Genel İndeksler arasında korelasyon analizi	83

1. GİRİŞ

Baş ağrısı, çok eski çağlardan beri bilinen ve toplumu meşgul eden bir sorundur. Farklı formlarıyla değişik düzeylerde ağrıya yol açarak toplumun büyük bir kısmını etkilemesi, iş gücü kaybına yol açması, bazen hayatı tehdit eden bir hastalığın belirtisi olabilmesi nedeniyle üzerinde durulması gereken bir belirtidir ⁽¹⁾.

Baş ağrısı ile psikiyatrik bozukluklar, kişilik özellikleri, psikososyal stresörler gibi başlıkların ilişkisi çeşitli yazarlar tarafından bildirilmiştir. Ancak, sorun ruhsal etmenlerin basitçe baş ağrısı etiyolojisindeki yerinin belirlenmesiyle sınırlı değildir. Psikolojik ve psikiyatrik etmenlerin baş ağrısıyla ilişkisi çeşitli başlıklarda değerlendirilebilir. Bunlar şöyle sıralanabilir: Psikolojik etmenler baş ağrısına yatkınlık (predisposition) yaratıyor olabilir, bir baş ağrısı atağını tetikleyebilir, bir atağın süresini ve şiddetini arttırıyor olabilir ve baş ağrısının kendisi bir psikiyatrik bozukluğun görünümü olabilir ⁽²⁾.

Toplumda sık görülmesine karşın, tanısal yaklaşım ve yönlendirilmede güçlükler yaratan, eşlik ettiği durumlarda yeti yitimini arttıran, bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik görünüm olan “Bedenselleştirme (Somatization)” kavramı genel olarak ruhsal gerilimlerin vücudun herhangi bir bölgesinde hissedilen belirti veya belirtiler haline dönüşmesi; psişik huzursuzluğun bedensel yakınmalara yol açması şeklinde tanımlanmıştır ⁽³⁾.

Bedenselleştirme psikiyatri ve genel tıp sınırında hala çözülememiş bir sorun olarak görülmektedir ve çeşitli şekillerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu tanımlamaların ortak noktası organik bulgularla yeterli olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin varlığıdır. Epidemiyolojik çalışmalarda bu tür belirtilerin genel nüfusta ve tüm tıbbi ortamlarda görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bedenselleştirmenin kronik ya da yineleyen şekilleri sağlık kaynakları kullanımının ve yeti yitiminin artışına ve çalışılmayan gün sayısında yükselmeye yol açmaktadır. Bu verilere dayanarak bedenselleştirmenin önemli bir klinik fenomen ve sosyoekonomik bir sorun olduğu söylenebilir, çünkü hem doğrudan hem dolaylı olarak dikkate değer maliyeti olmaktadır ⁽⁴⁾.

Epidemiyolojik çalışmalar toplum içinde sıklıkla görülen bedensel belirtileri baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmektedir ⁽⁵⁾. Herhangi bir ayda bireylerin %80’inin bir ya da daha fazla bedensel belirti yaşayacakları tahmin

edilmektedir. Bu belirtiler sıklıkla kendiliğinden kaybolmaktadır, çünkü yalnızca her dört hastadan biri belirtileri için sağlık hizmeti başvurusunda bulunmaktadır ⁽⁶⁾.

Migren baş ağrıları, yorgunluk ve yaygın mide-barsak yakınmaları nedeniyle sağlık hizmeti arayan kişiler, sağlık hizmetine başvurmayan kişilerle kıyaslandığında, daha fazla zorlayıcı yaşam olayı bildirmektedirler. Bu kişilerin psikolojik sıkıntısı daha fazladır ve anksiyete ve depresif bozukluk tanısını anlamlı ölçüde daha fazla karşılamaktadırlar ⁽⁵⁾.

Bir belirtinin (ya da belirtilerin) şiddeti ve süresi yanında, belirli endişeler ve beklentiler ve ayrıca psikolojik etmenler hastaların sağlık hizmeti aramalarını etkilemektedir ⁽⁶⁾. Araştırmacılar bedensel belirtiler için tıbbi yardım arama kararını belirleyen birtakım bilişsel ve algısal etmenler belirlemişlerdir. Ancak, işlevsel bedensel belirtiler herhangi tek bir etmen ile tam olarak açıklanamamaktadır. Farklı düzenekler farklı hastalarda çeşitli düzeylerde işliyor gibi görünmektedir. Beden duyusu abartısı (somatosensory amplification), atıf tarzları, nörotisizm, olumsuz duygulanım, anksiyete, depresyon ve aleksitimi gibi etmenlerin belirti bildirme ve hastalık davranışı ile ilgili olduğu çeşitli araştırmalarda doğrulanmıştır ⁽⁷⁾.

Bedenselleştirmenin, kişinin yaşadığı bedensel duyumları nasıl yorumladığı ve neye atfettiği ile ilgili olduğunu ileri süren çalışmalar da vardır. Bower ve arkadaşları (2000) hastalık şiddeti ve yaşın, ruhsal hastalığı tanımda belirleyici olduğunu, ruhsal hastalığı olan kişilerde daha fazla ruhsal atıf kullanmanın, pratisyen hekimlerce tanınmayı kolaylaştırdığını göstermişlerdir ⁽⁸⁾. Yaygın bedensel belirtilere yönelik organik hastalık atıfları sağlık hizmeti kullanımının artmasına katkı sağlamaktadır ⁽⁹⁾. Ruhsal sıkıntının bir ifadesi sayılabilen bedensel belirtiler, klinisyen tarafından yanlış yorumlandığında gereksiz arayışlara ve yanlış tedavilere neden olabilmektedir ⁽¹⁰⁾. Kessler ve arkadaşları normalleştirici atıfların hekimler tarafından önemsenmediğini oysa bu açıklama tarzının depresyon ve anksiyetenin tanınma oranlarının düşmesinde önemli etkisi olduğunu belirterek normalleştirici ve ruhsallaştırıcı atıflara dikkat edilmesinin depresyonun tanınmasında belirleyici olduğunu göstermiştir ⁽¹¹⁾.

Baş ağrısı hem en sık görülen bedenselleştirme belirtilerinden biri olması hem de sık görülen bozukluklardan biri olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak kişilerde yarattığı bireysel sıkıntı yanında, toplumsal sıkıntı ve mali yük

oluşturmaktadır. Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik bozukluklar sık görülmekte, psikiyatrik komorbidite sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmakta ve baş ağrısı tedavisi için daha kötü bir prognoza işaret etmektedir. Kronik baş ağrısı (epizodik olanlara karşın) ve birlikte tedavi edilebilir depresyon-anksiyete bozukluğu olan hastalarda bedensel belirtilerin anlamlı olarak daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Baş ağrısı ve diğer bedensel yakınmalar arasındaki ilişki psikolojik semptomlara göre çok az çalışıldığı için bilgiler sınırlıdır.¹² Baş ağrısı hastalarında baş ağrılarının önemli bir bölümünde oluşturuca ya da eşlikçi olan ruhsal sorunlar ve bunların özellikleri; baş ağrısı hastalarında bedensel belirtilerin sıklığı, ruhsal sorunlarla ilişkisi, bedensel belirtilere yönelik atıf tarzlarının etkileri araştırılmaya değer bulunmuştur.

Bu araştırmada nöroloji polikliniğine temel şikayet olarak baş ağrısıyla başvuran hastaların tıbbi tanı ve neden dağılımı, psikojenik etmenleri ve psikiyatrik eş tanı sıklığı; nöroloji polikliniğine baş ağrısı yakınmasıyla başvuran hastalar ve psikiyatri polikliniğine başvuru sonrasında I. eksen psikiyatrik hastalık tanısı konan hastalarda bedensel belirtilerin sayı ve şiddeti ile nedensel atıf tarzları, bedensel duyumları abartma düzeylerinin karşılaştırması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Ağrısı

2.1.1. Baş Ağrısı Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) ağrıyı vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, mevcut veya potansiyel doku harabiyetine bağlı olan hoş olmayan duyuşsal (*sensorial*) ve duygusal (*emotional*) bir yaşantı olarak tanımlamış ve bu tanımla duygusal ve kognitif etmenler fiziksel etmenler ile eş değer olarak sıralanmıştır ⁽¹³⁾.

Baş ağrısı, baştaki ağrıya duyarlı yapıların çeşitli etmenlerle etkilenmesi sonucunda ortaya çıkan hoş olmayan bir algılama şekli olarak tanımlanmaktadır.

2.1.2. Baş Ağrısı Tarihçesi

Baş ağrısı çok eski çağlardan beri bilinen ve toplumun geniş bir kısmını etkileyen bir sorundur.

Milattan önce (MÖ) 7000’li yıllardan kalan insan kafataslarında, “trepanasyon” adı verilen ve bir cisimle kafatasının delindiği bir işlemin uygulandığına dair bulunan izlerin baş ağrısı tedavisi nedeniyle yapıldığı düşünülmektedir.¹⁴ Baş ağrısı ile ilgili yayınlanmış en eski kaynak MÖ 3000’li yıllarda hasta baş ağrısını tanımlayan Sümer epik şiiridir.

Gözü hasta demez ki ‘Hasta gözlüyüm’

Başı hasta demez ki ‘Hasta başlıyım’ ⁽¹⁵⁾

MÖ 2500’den kalma tıbbi belgelere dayandığı söylenen ve MÖ 1200’den kalan eski Mısır baş ağrısı reçetesi olan “Ebers Papirüsü” migren, nevroz ve saplanıcı baş ağrıları tanımlamaktadır. Hipokrat (MÖ 460), migreni sıklıkla sağ gözde gelişen ışık parlamasını takiben şakaklarda başlayan ve sonrasında tüm baş ve ense bölgesine yayılan şiddetli ağrı olarak tanımlamış; baş ağrısının egzersiz veya cinsel ilişki ile tetiklenebileceğine ve kusmanın baş ağrısını kısmen dindirebileceğine inanmıştır ⁽¹⁴⁾. Platon zihnin vücutla fazla meşgul olmasının baş ağrısını tetikleyebileceğine olan inancıyla zihinsel uğraşlarla baş ağrısı arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir ⁽¹⁴⁾.

MS 215-300 yıllarında Cornelius Celsus baş ağrısını tetikleyen şarap içme, hazımsızlık, soğuk, ateş sıcaklığı ya da güneş gibi etkenlerden bahsetmiştir ⁽¹⁴⁾. MS 80 yılında Kapadokyalı Arateus migren tanımını “sadece yüzün tek tarafını tutan baş ağrısı” şeklinde yapmasıyla migrenin kaşifi olarak kabul edilmektedir ⁽¹⁶⁾.

Galen’in MS 200 yılında tek taraflı baş ağrısı için kullandığı Yunanca Hemikrania terimi sonra eski İngilizcede ‘Megrim’e dönüştürülmüş ve Fransızca migren olarak kesinleşmiştir. Galen bu ağrının çok yoğun, çok sıcak ve çok soğuk buharların yükselmesinden kaynaklandığını düşünmüştür ⁽¹⁴⁾.

MS 980-1037 yıllarında yaşayan İbn-i Sina “doktor hastanın baş ağrısını geçiremiyorsa, hastalığın nedenini hastanın iç dünyasında aramak gerekir” diyerek baş ağrısında ruhsal etmenlere dikkat çekmiştir ⁽¹⁴⁾.

12.yy’da yaşamış ve şiirlerinde mistik bir dil kullandığı söylenen Bingenli başrahibe Hildegard daha sonra migren aurasına bağlanmış olan vizüel fenomeni tanımlamıştır. Bu anlatımlardan birinde, yıldıza benzer şekillerin düşerek okyanusta kaybolmalarının kendisine ”meleklerin düşüşünü” ifade ettiğinden bahsetmiştir: “Büyük bir yıldız gördüm, çok görkemli ve güzel bir yıldız. Onunla birlikte giderek artan sayıda pek çok kıvılcım düşüyordu ve yıldız da onları güneye doğru izliyordu... ve birden hepsi kara kömürlere dönüşerek yok oldu... ve uçurum içinde kaybolduklarından dolayı artık onları göremiyordum” ⁽¹⁷⁾.

Timothy Bright 1586 da Melankoli Tedavisi başlıklı yazısında Melankolik mayi dalakta durur ve buharı ile kalbi rahatsız eder ve beyine vardığında hayale feci şekilleri getirir diyerek günümüzde vizüel aura denilen belirtiyi tarif etmiştir. Öte yandan bu tanımlama ruhsal durum ile migren arasındaki ilişkiye ait bir gözlemi de ifade etmektedir ⁽¹⁴⁾.

1618’de Charles Le Pois şiddetli baş ağrılarından sonra vücudun sol tarafında geçici duyu bozuklukları ve yorgunluk görüldüğünü belirtmiş; Thomas Willis 1683’te bir prodromun ardından ortaya çıkan ve kusmanın eşlik ettiği şiddetli periyodik baş ağrıları olan bir kadını betimlemiştir ⁽¹⁴⁾.

1778 de Fothergill migrenin tipik görsel aurasını veya migreni tanımlarken ilk kez güçlendirme tayfı (fortification spectrum) terimini kullanmıştır. Yarım ay üzerine dizili izlenimi veren tırtıklı kenarlar veya zigzag/kırık çizgiler gibi şekilsel

özellik taşıyan karışık tipte görsel varsanılar olduğunu ifade etmiş ve baş ağrılarının gıdalarla ortaya çıktığını savunmuştur ⁽¹⁸⁾.

1783 yılında Tisso bir supraorbital nevrojiye bağladığı migreni sıradan baş ağrısından ayırmıştır. Sonraki yıllarda DuBois Reymond, Mollendorf ve Eulenburg migren için farklı damarsal kuramlar öne sürmüşlerdir ⁽¹⁴⁾.

1796 da Charles Darwin'in büyükbabası Erasmus Darwin baş ağrıları ve migrenden kurtulabilmek için hastanın hareket merkezine kafası gelmek üzere yatırılıp santrifüje tabi tutulması gerektiğini böylece kanın beyinden vücudun diğer organlarına zorunlu olarak iletilerek baş ağrısının geçeceğini öne sürmüş ve 150 yıl sonra bu yöntemin Harold G. Wolff tarafından uygulanmasında başarılı sonuçlar alınmıştır ⁽¹⁴⁾.

1814'de James Ware baş ağrısı olmadan da vizüel aura görülebileceğini tanımlamış ve bunları sinek uçuşması (muscae volitantes) olarak adlandırmıştır ⁽¹⁹⁾. Bu tanımlama sonraları Tissot tarafından "migren metastazları" olarak adlandırılmış olup günümüzde migren ekivalanları (migren eşdeğeri) olarak bilinmektedir ⁽²⁰⁾.

1900'lü yıllarda migrenin hipofizde ortaya çıkan şişmenin trigeminel sinir üzerine baskı yapmasından kaynaklandığı, baş ağrılarının interventriküler foramende aralıklı olarak ortaya çıkan blokajdan kaynaklandığı şeklinde hipotezler de öne sürülmüştür ⁽¹⁴⁾.

Ortak bir konuşma dili oluşturmak için Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Ad Hoc Komitesi tarafından 1962'de yapılan ilk baş ağrısı sınıflaması, baş ağrılarının semptomatik çeşitliliği karşısında yetersiz kalmıştır. Bu sınıflamanın belli operasyon kuralları ve isimlendirme bütünlüğünün olmaması nedeniyle Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) baş ağrısı tanısında standart olacak ve özellikle klinik araştırmalarda kullanılacak bir sınıflandırma sistemi oluşturmuştur. 1988 yılında yapılan bu sınıflandırma sisteminde baş ağrıları başlıca iki geniş gruba ayrılan 12 ana kategori belirlenmiştir. Primer baş ağrısı bozukluklarında Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (ICHD) baş ağrılarını belirti özelliklerine göre sınıflayan tanımlayıcı bir sistem sağlamaktadır. Ancak bu baş ağrılarında nedenler ve mekanizmaların hala belirsiz olması nedeniyle etiyolojik bir sınıflandırma mümkün olmamaktadır. Sekonder baş ağrısı bozukluklarında ICHD kriterleri baş ağrılarını nedenlerine dayandıran etiyolojik bir sistem sağlamaktadır ^(21, 22).

ICHD (International Classification of Headache Disorders, Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması) yaygın uluslararası destek bulmuş Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından kabul görmüş ve bu sistemin ana hatları Uluslararası Hastalık Sınıflaması'na (ICD-10) da alınmıştır. Bu sınıflandırma edinilen bilgilerle tekrar gözden geçirilerek 2004 yılında yenilenmiştir. İki grup baş ağrısı için 14 ana kategori gösterilmiştir. Her bir baş ağrısı tipi çeşitli uluslararası alt komitelerin kabul ettiği ölçütlere göre ayrıca tanımlanarak alt sınıflara ayrılmıştır. Baş ağrısının bütünsel bir sınıflandırmanın geliştirilmesi primer baş ağrısı bozukluklarının patogenezi anlaşılan kadar mümkün görülmemektedir ⁽²³⁾.

2.1.3. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi

Baş ağrısı insanların en sık yaşadığı ağrı türlerinden biridir. Baş ağrısı sık görülmesi ve kişilerin sosyal aktivitelerini ve çalışmalarını bozucu etkisinin olabilmesi nedeniyle kişiyi ve toplumu ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemekte ve önemli düzeyde engel yaratmaktadır. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) migrene kıyasla daha az yüke neden olsa da, migrenden daha sık görülmesi nedeniyle topluma getirdiği toplam sosyal yükün migrenden fazla olduğu belirtilmektedir ⁽²⁴⁾. Baş ağrısı nedeniyle işe gidememe üzerine Amerika'da yapılan popülasyon-temelli bir çalışmada hem kronik hem epizodik gerilim tipi baş ağrısı nedeniyle çok sayıda işe gidilemeyen gün olduğu bildirilmiştir ⁽²⁵⁾. Avrupa'daki benzer bir çalışmada gerilim tipi baş ağrısı nedeniyle işe gidilemeyen gün sayısının migren nedeniyle olanlardan üç kat fazla olduğu gösterilmiştir ⁽²⁶⁾. Tüm baş ağrısı için engellilik içeren yılların migreninkinden iki kat fazla olduğu bildirilmektedir ⁽²⁴⁾.

Primer baş ağrılarından gerilim tipi baş ağrısı toplum çalışmalarında en sık rastlanılanıdır ⁽²⁷⁾. Öte yandan baş ağrısı yakınması nedeniyle tıbbi yardım için yapılan başvurularda en sık rastlanan primer baş ağrısı migrendir ⁽²⁸⁾. Primer baş ağrıları sekonder baş ağrılarına göre daha sık görülmektedir. Primer ve sekonder baş ağrılarının çoğu kadınlarda daha sık görülmektedir ⁽¹⁾.

Rasmussen ve arkadaşlarının 1991 yılında baş ağrısı bozukluklarının toplumdaki dağılımını incelemek için kişisel klinik değerlendirme yoluyla temsil gücü yüksek bir çevre örnekleminde ICHD tanı kriterleri kullanılarak yaptığı çalışmada bütün primer baş ağrılarının yaşam boyu prevalansı gerilim tipi baş ağrısı

için % 78, migren için % 16 bulunmuştur ⁽¹⁾. Aynı çalışmada erkeklerde yaşam boyu prevalans herhangi bir baş ağrısı için % 93, migren için % 8, gerilim tipi baş ağrısı için % 69; kadınlarda yaşam boyu prevalansı herhangi bir baş ağrısı için % 99, migren için % 25, gerilim tipi baş ağrısı için % 88 bulunmuştur ⁽¹⁾.

Migren prevalansı yaş ve cinse göre değişmektedir. Ergenlik öncesinde migren prevalansı erkeklerde daha sık; ergenlik döneminde prevalans artışı kızlarda daha fazladır. Prevalans 40 yaşına kadar artarak devam eder, sonrasında azalır. Bu nedenle migrenin cins dağılımı yaşa göre değişmektedir ^(23, 29). Puberteden sonra erişkin nüfusta migrenin kadın / erkek oranı 2/1 'e ulaşmaktadır ⁽³⁰⁾.

Toplumlar arası değişkenler olmasına karşın, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan birkaç toplum temelli çalışmada migren prevalansının kadınlarda yaklaşık % 18 erkeklerde % 6 olduğu gösterilmiştir ^(23, 31).

Amerikan migren çalışmasında migren sıklığının gelir düzeyi arttıkça azalma eğiliminde olduğu bildirilmiştir ⁽²⁹⁾. Ancak Türkiye'de yapılan prevalans çalışmasında sosyoekonomik düzey ile migren sıklığı arasında önemli bir fark bulunamamıştır ⁽³⁰⁾.

Gerilim tipi baş ağrısının kesin prevalansı bilinmemektedir; çünkü hastalar yalnızca yakınmaları yaşam tarzlarını bozacak şekilde sıklaşır veya kronikleşirse doktora başvurmaktadırlar ⁽²³⁾. Prevalansı ağrı sıklığı ve şiddetine göre değişkenlik göstermektedir. Çalışmalar genel toplumda % 30-78 arasında farklı yaşam boyu prevalans dağılımı göstermiştir ⁽²³⁾. Batı ülkelerinde bir yıllık gerilim tipi baş ağrısı prevalans oranları kadınlarda % 34-86, erkeklerde % 28-63 arasında değişmektedir ^(1, 32). Batıda yapılan çalışmalar GTBA sıklığının toplumda epizodik tipte % 60'lara kadar çıktığını, hatta aştığını, kronik tipte ise % 4'ü aşmadığını göstermektedir ^(24, 29).

1997-8 yılında gerçekleştirilen 15-55 yaşları arasındaki yetişkin toplumunu temsil eden Türkiye Baş Ağrısı Epidemiyolojisi araştırması sonucunda; migren prevalansı % 16.4 olarak bulunurken; kadınlar için % 21.8, erkekler için % 10.9 olarak bulunmuştur. Migrenin en sık görüldüğü yaş grubu 30-39 olarak bulunmuştur. Öğrenim düzeyi düşük, eşinden ayrılmış veya dul olanlarda migrenin daha yüksek oranlarda görüldüğü saptanırken kırsal veya kent yerleşimli yaşam ve genelde sosyoekonomik düzey açısından migren prevalansı önemli farklılık göstermemiştir.

Yine aynı çalışmada ülkemizde gerilim tipi baş ağrısının epizodik tipinde prevalans % 20-30 olarak saptanırken süreğen tipi için % 3.1 bulunmuştur ⁽³⁰⁾.

Gerilim tipi baş ağrısı kadınlarda daha sıktır ve kadın/erkek oranı 5/4 bulunmuştur ⁽¹⁾. Danimarka’da yapılan 12 yıllık izlem çalışmasında kadın/erkek oranı 2,6/1 olarak tespit edilmiştir ⁽³³⁾. Schwartz ve arkadaşları tarafından epizodik gerilim tipi baş ağrısı sıklığının eğitim düzeyi ile doğru orantılı arttığı saptanmıştır ⁽²⁵⁾.

Baş ağrısının ve en yaygın alt türlerinin dünya çapındaki yaygınlığı hakkında bilinenlere açıklayıcı bir güncelleme sağlamak ve dünyadaki baş ağrısı yükünü hesaplamak için gereken popülasyon temelli verileri elde etmek için yapılan bir çalışmada gerilim-tipi baş ağrısına bağlı yeti yitiminin migrene bağlı olandan daha fazla olduğu gösterilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yeti yitimi nedenleri sıralamasında, baş ağrısı bozuklukları her iki cinsiyet için de en sık rastlanan on neden arasında yer almaktadır. Kadınlar için ise yeti yitimine yol açan ilk beş neden arasındadır ⁽²⁴⁾.

2.1.4. Baş Ağrısı Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

Baş ağrılarının sınıflandırmasında primer baş ağrılarında açıklanabilir belli bir neden bulunmamaktadır, etiyolojiye yönelik bilgilerde kesinlik yoktur. Ortaya çıkış şekilleri büyük farklılıklar göstermektedir ve tek bir mekanizma ile anlaşılması güçtür. Bununla birlikte baş ağrısının ortaya çıkışı; intrakraniyal veya ekstrakraniyal ağrıya duyarlı yapıların inflamatuvar, traksiyon ve kompresyon gibi fiziksel ve kimyasal nedenlerle etkilenmesi sonucunda olmaktadır. Ağrıya duyarlı ekstrakraniyal yapılar; cilt, cilt altı dokusu, kaslar, mukoz membranlar, dişler ve bazı büyük damarlardır. Ağrıya duyarlı intrakraniyal yapılar ise; venöz sinüsler, sinüslere dökülen venler, dura mater, beyin tabanındaki arterler ve periosttur. Beynin kendisi, duramaterin büyük bölümü, endimya ve koroid pleksus ise ağrıya duyarsızdır ⁽²³⁾.

Migren

Migren tipi baş ağrılarının başlamasına yol açtığı düşünülen, genetik yapı, kişilik özellikleri, otonomik sinir sistemi işlev bozukluğu, immünolojik etmenler, serebral ve ekstraserebral kan akımı, hormonal durum ve ruhsal etmenler gibi çok sayıda neden olduğu varsayılmaktadır ⁽³⁴⁾.

Genetik etmenler:

18. yüzyılda Tissot ve 19. yüzyılda Liveing ve Govvers migrende kalıtsal bir yatkınlıktan söz etmişlerdir ⁽³⁵⁾. Farklı çalışmaların sonuçlarına göre migren için otozomal dominant, inkomplet penetranslı otozomal dominant, % 70 penetranslı otozomal resesif, multifaktöryel, polijenik, genetik heterojenite varlığı gibi oldukça değişik ve birbiriyle çelişkili geçiş şekilleri tanımlanmıştır. Aile öyküleri incelendiğinde migrenlilerin ailelerinde migren sıklığının % 10-90 arasında olduğu bildirilmiştir. Migrenlilerin yakınlarında migren riskinin genel topluma göre (1.4–13.1) ortalama 6 kat fazla olduğunu gösterilmektedir. Migrenin genetiği üzerine yapılan ikiz çalışmalarında saptanan monozigotlarda migren birlikteliği dizogotlardakine göre daha yüksektir. Hiç bir çalışmada monozigotlarda tam bir birliktelik saptanmamış olması migrenin saf genetik geçişli bir hastalık değil, multifaktöryel bir hastalık olduğu yönündeki görüşleri destekler ⁽³⁵⁾.

Migrenin genetik kökenine ilişkin en çarpıcı kanıt nadir görülen, auralı migrenin otozomal dominant alt tipi olan ailevi hemiplejik migren (AHM) çalışmasında bulunmuştur. AHM ile bağlantısı bulunan ilk genetik bölge 19p13 kromozomunda bulunmuş; ancak sonrasında yapılan çalışmalarda bağlantılı iki gen daha tespit edilmiştir. Bu genlerle yapılan çalışmalarda mutasyonların tipik ailesel migrenli bazı pedigrilerle (aile veya aileler ağacı) ilişkili olduğu ve AHM'nin genetik olarak heterojen olduğu sonucuna varılmıştır ⁽²³⁾.

Mitokondriyal DNA'da mutasyon saptanan ve MELAS Sendromu olarak adlandırılan mitokondriyal ensefalomiyopati, laktik asidozis ve inme atakları ile seyreden hastalıkta da migren nöbetleri görülmektedir ⁽²⁹⁾.

Migrende aday genlere bağlantılandırma çalışmaları pek fazla sonuç vermemiş ve endotel nitrik oksit sentetaz ve 5-HT2a reseptörü gen polimorfizmlerinin migrende arttığı gösterilmemiştir ⁽³⁶⁾.

Dopamin D2 reseptörünü (DRD2) kodlayan gendeki Ncol polimorfizmi esas alınarak yapılan bir çalışmada migrenin auralı ve aurasız şekillerinin ayrı kalıtsal özelliklere sahip olduğu yönündeki görüşleri desteklemektedir ⁽³⁵⁾.

Migren kalıtımı ile ilgili araştırmalarda, kalıtımının genetik heterojenite gösterdiği anlaşılmıştır.

Otonom sinir sistemi işlev bozukluğu:

Migren hastalarında baş ağrısına bulantı, kusma, diyare gibi otonomik belirtiler eşlik edebilmektedir. Migrende atak öncesinde esneme, yorgunluk, uykuya eğilim, açlık, öfori, depresif duygudurum gibi belirtilerin hipotalamik-limbik merkezlerden kaynaklandığı düşünülmektedir ⁽³⁷⁾. Migren atakları sırasında saptanan serum adrenalin artışının sempatik sistem aktivasyonunu gösterdiği ve vazokonstriksiyonun oluşmasında önemli rol oynadığı öne sürülmektedir ⁽³⁸⁾.

Özellikle auralı migren tanısı konmuş kişilerde bradikardi/taşikardi, postürle kan basıncı değişikliği ve anginal ağrının normal popülasyona göre daha sık bildirilmesi otonom sinir sistemi işlevlerinde bozukluk olduğunu düşündürmektedir ^(34, 38).

İmmünolojik etmenler:

Migren patogenezinde nörojenik inflamasyonun oluşumunda immün sistem hücreleri ve bu hücrelerden salgılanan sitokin, kemokin ve adezyon moleküllerinin önemli rolü bulunmaktadır ⁽³⁹⁾.

Trigeminal ganglionun uyarıldığı deneysel çalışmalarda, trombosit agregasyonu, mast hücrelerinde degranülasyon ve bunu takiben histamin salgılandığı gösterilmiştir. Histaminin salgılanması ile lokal kan akımı ve vasküler geçirgenlik artışı gözlenmekte; bu durum antikorları da içeren proteinlerin hızlı birikimine neden olmaktadır. Mast hücrelerinden kimaz, triptaz ve serin esteraz gibi enzimlerin salgılanmasıyla matriks metalloproteinazlar aktive edilmektedirler. Mast hücreleri aktive olduğunda prostoglandin D2 (PGD2), lökotrien C4 (LTC4), interlökin (IL) 4, 13 ve tümör nekroz faktör alfa (TNF α) salgılanmaktadır ⁽³⁹⁾.

Santral sinir sistemi işlev bozukluğu:

Migrenin paroksizmal niteliği ve epileptiklerde normal popülasyona göre migren sıklığının yüksek bulunması, olayın epizodik bir santral sinir sistemi işlev bozukluğu olabileceğini düşündürmektedir ⁽³⁴⁾.

Serebral /Ekstraserebral kan akımı:

Migren baş ağrılarının pulsatif özelliği, ağrının vazodilatatörlerle başlatılıp vazokonstriktörlerle sonlanabilmesi nedeniyle serebral/ekstraserebral kan akımının etyolojide yer aldığı düşünülmektedir. Ancak vasküler akım değişikliklerinin neden ya da sonuç olması konusunda farklı yaklaşımlar vardır ⁽³⁴⁾.

Hormonal etmenler:

Migrenin kadınlarda daha sık görülmesi, gebelikte atak sıklığının azalabilmesi ve menstrüel periyotla ilişkili olması hormonal faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. Migren tanısı konmuş kadınlarda östrojen düzeylerinin yüksek bulunması, migrenle hormonal düzen arasında kesin olmayan bir ilişkinin varlığını desteklemektedir ⁽³⁴⁾.

Migren patofizyolojisi ile ilgili birçok kuram geliştirilmiş ve araştırma yapılmış olmasına rağmen tamamen açıklanamamıştır. Günümüzde migren patofizyolojisini yeni nörobiyolojik ve klinik veriler göz önüne alınarak öne sürülen nörovasküler kuramın açıkladığı düşünülmektedir.

Vasküler kuram kranial damarlardaki vazospazm ve vazodilatasyon ile migren bulgularının oluştuğunu öne sürerken, nörovasküler kurama göre migren baş ağrısında nöronal aktivasyon sonrasında vasküler değişiklikler görülmektedir. Nöronal olaylar sonucunda ağrıya duyarlı yapılardaki kan damarları dilate olmakta bu ise daha fazla trigeminal sinir aktivasyonu ve ağrıya yol açmaktadır ^(34, 40, 41).

Baş ağrısı oluşumunda ağrıya duyarlı kranial damarlar trigeminal sinirin oftalmik parçasının dalları tarafından innerve edilmektedir. Trigeminal sinirin periferik aksonlarının aktivasyonu ağrı duyusunu trigeminal ganglion santral aksonları aracılığı ile 2. nöronlarını oluşturan trigeminal nukleus caudalise (TNC) iletir. Bu uyarı kranial damarları innerve eden trigeminal duyuşal nöronlardan substans P, kalsitonin gen-ilişkili peptid (CGRP) ve nörokinin A (NKA) nöropeptidlerinin salınmasına yol açarak vazodilatasyon, vasküler permeabilite artışı, platelet hasarı ve protein ekstrasvazasyonuna yani nörojenik inflamasyona neden olmaktadır. Bu vazodilatasyon ve ödem perivasküler trigeminal aksonların daha fazla uyarılmasına ve daha fazla ağrıya yol açmaktadır. Günümüzde migren modellerinde nörojenik inflamasyonun varlığı gösterilmiştir. Ağrının TNC'den rostral beyin

bölgelerine iletilmesi sırasında beyin sapındaki multisinaptik bağlantılarla parasempatik sistem aktivasyonu (NO ve VIP (vazoaktif intestinal peptit) salınımı) ve bu yolla da vasodilatasyon olmaktadır. Nörojenik inflamasyonun da yer aldığı “Trigeminal vasküler model” e göre migren oluşumunda önce beyinsapı aktivasyonu ve trigeminal aktivasyon olmakta bunlar nörojenik inflamasyona yol açmakta böylece serebral kan akımı değişiklikleri ve migren ağrıları başlamaktadır ^(34, 40, 41).

Nitrik oksit donörü olan nitrogliserin akut dönemde herkeste kısa süreli bir baş ağrısına neden olmakta ancak sadece migren hastalarında 4-6 saat sonra tipik migren atağını başlatmaktadır. Migren patofizyolojisinde etkili olduğu düşünülen nitrik oksit, etkisini sentezlendiği hücre dışındaki diğer komşu hücrelerde cGMP aracılığı ile göstermektedir. Nitrogliserin deney hayvanlarında geç dönemde (4-6 saat sonra) indüklenen NOS’u (inNOS) ve inflamatuvar sitokinleri (IL-1 β ve IL-6) uyarması sonrasında trigeminal sinirden yoğun innervasyon alan duramaterde bulunan perivasküler makrofajlarda aktivasyon ortaya çıkartarak ağrıya neden olmaktadır ^(40, 41).

Vazokonstriktör özellikleri nedeniyle kullanılan ergot alkaloidlerinin 5HT-1BD reseptör agonisti olduğunun anlaşılmasıyla migrenin patofizyolojisine serotoninin (5-HT) önemli bir rol oynadığı düşünülmüştür. 5-HT’nin santral ağrı kontrol yollarında etkili olup olmadığı, serebral kortekse direkt etkisi veya serotonerjik projeksiyona, kraniyal kan damarları üzerine etkisi belirsizdir. 5-HT metabolizmasının sistemik düzensizliği migren patofizyolojisinin periferik vasküler komponenti ile ilgilidir. Migren atağı esnasında 5-HT plazma seviyesi azalır, buna bağlı olarak idrarda 5-HT ve onun ana metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) artabilir ^(40, 41, 42).

Gerilim tipi baş ağrısı

Gerilim baş ağrısı en sık karşılaşılan birincil baş ağrısıdır ve patogenezi henüz anlaşılamamıştır. Ağrının periferden mi yoksa santralden mi kaynaklandığı tartışma konusudur. Ağrının klinik olarak myofasiyal dokulardan kaynaklandığı izlenimi alınmakta ancak modern ağrı fizyolojisine göre hem periferik hem de santral mekanizmaların katkısı olmaktadır ⁽⁴³⁾.

Epizodik GTBA'nın periferik ağrı mekanizmalarına bağlı olabileceği, buna karşın kronik GTBA'da merkezi nosiseptif mekanizmaların önemli bir rol oynadığı ve nosiseptif sistemin merkezi olarak duyarlı hale gelmesi kronik gerilim tipi baş ağrısı nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir ⁽⁴⁴⁾.

Gerilim tipi baş ağrısı hastalarında en belirgin bulgu periferik nosiseptörlerin aktivasyonunu gösteren artmış perikraniyal myofasiyal yapılarda hassasiyettir ⁽⁴⁴⁾.

Myofasiyal ağrının mekanizması bilinmemektedir. Lokal iskeminin, metabolizma veya mikrosirkülasyonda bozukluk gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabileceği varsayılmaktadır. Ancak uzun süreli statik veya repetitif aktivite sonrası perikranial kaslarda hassas noktaların ve gerilim tipi baş ağrısının gelişebildiği bilinmektedir ⁽⁴⁰⁾. Gerilim tipi baş ağrısı olan kişilerde statik egzersiz sırasında hassas noktalarda laktat düzeyinde belirgin değişiklik eşlik etmeksizin kan akımı azalması saptanmış, bu bulgu artmış santral sensitizasyon ve sekonder artmış sempatik inputa bağlanmıştır ⁽⁴⁰⁾. GTB yatkın kişilerde periferik uyarıların zamansal ve alansal birikimine ya da her ikisine bağlı olabilmektedir ⁽⁴³⁾.

Merkezi mekanizmalar içinde ise özellikle psikososyal stres faktörü başta olmak üzere çeşitli uyarıların etkisiyle beyin sapındaki ağrı algılanmasını sağlayan nöronlarda aktivite artışı ağrının algılanmasını kontrol eden antinoseptif sistemlerin fonksiyonunda azalma olmaktadır ⁽⁴⁵⁾.

Nitrik oksit (NO) kronik gerilim tipi baş ağrısı (KGTBA) da dahil olmak üzere primer baş ağrıların patofizyolojisinde rol oynamaktadır. Nitrik oksit sentetaz inhibitörü (NOSİ) baş ağrısı ve kas sertliğini azaltmış, NO sağlayıcı gliseril trinitrat KGTBA'lı hastalarda sağlıklı gönüllülerden daha fazla baş ağrısına neden olduğu gösterilmiştir. NO ilişkili santral duyarlılığın patofizyolojide önemli faktör olduğu söylenmektedir ⁽⁴³⁾.

2.1.5. Baş Ağrısı Sınıflaması

Baş ağrısı pek çok nedeni olabilecek bir belirtidir. Bazen belirtiler topluluğunun bir parçası olabildiğinden sınıflama ve tanısına sistematik olarak yaklaşmak doğru tanı ve tedavi için önemli bir basamaktır ⁽²²⁾.

İlk baş ağrısı sınıflaması 1962’de Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Ad Hoc Komitesi tarafından yapılmış olmasına rağmen 1988’den önceki sınıflama sistemlerinde belli çalışma kuralları ve isimlendirme bütünlüğü olmaması nedeniyle hem klinisyenler hem de araştırmacılar arasında baş ağrısına yönelik ortak konuşma dili oluşturma ihtiyacıyla 1988 yılında Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) tarafından baş ağrısı tanısında standart olabilecek ve özellikle klinik araştırmalarda kullanılabilecek bir sınıflama sistemi oluşturmuştur (Tablo 2.1). Bu ilk sınıflama sistemi tüm dünyada yaygın bir bilimsel kabul görmüş ve 2004 yılında, önceki sınıflamanın ana hatları korunarak ikinci sınıflama yayınlanmıştır. IHS sınıflama sisteminde baş ağrıları başlıca iki geniş grupta ele alınmakla birlikte 14 ana baş ağrısı tipi gösterilmiştir: A. Primer baş ağrısı bozuklukları (1.-4. Kategoriler), B. Sekonder baş ağrısı bozuklukları (5.-12. Kategoriler) ve C. Kranial nevraljiler, santral ve fasiyal ağrılar ve diğer baş ağrıları (13.-14. kategoriler) ⁽⁴⁶⁾.

IHS, baş ağrılarını baş ağrısının etiyolojisine değil belirti özelliklerine göre sınıflayan tanımlayıcı bir sistem ortaya koymuştur. ICHD kriterleri WHO tarafından kabul görmüş ve bu sistemin ana hatları ICD-10’a da alınmıştır.

Primer baş ağrılarında altta açıklanabilir belli bir neden bulunmamaktadır. Sekonder baş ağrıları ise altta yatan hastalığa göre sınıflanmaktadır ve bu grup baş ağrılarının enfeksiyon, beyin tümörü veya hemoraji gibi altta yatan açıklanabilir bir nedeni vardır ⁽⁴⁶⁾. Primer baş ağrılarında asıl nedenler ve mekanizmalar hala belirsiz olduğundan, gerçek bir etiyolojik sınıflama halen mümkün değildir ⁽⁴⁷⁾.

Tablo 2.1- Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (ICHD) (2004) ⁽⁴⁸⁾

A. Primer Baş Ağrıları
1. Migren
1.1. Aurasız Migren
1.2. Auralı Migren
1.3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları
1.4. Retinal Migren
1.5. Migren Komplikasyonları
1.5.1. Kronik migren
1.5.2. Migren statusu
1.5.3. İnfarktsız tekrarlayıcı aura
1.5.4. Migrene bağlı enfarkt
1.5.5. Migrenin tetiklediği nöbet
1.6. Olası Migren
2. Gerilim Baş Ağrıları (GTBA)
2.1. Sık olmayan epizodik gerilim tipi baş ağrısı
2.2. Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı
2.3. Kronik gerilim tipi baş ağrısı
2.4. Olası gerilim tipi baş ağrısı
3. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları
4. Diğer Birincil Baş Ağrıları
B. Sekonder Baş Ağrıları
5. Baş ve/veya Boyun Travmasına Bağlı Gelişen Baş Ağrısı
6. Kraniyal ve/veya Servikal Vasküler Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı
7. Vasküler Olmayan İntrakraniyal Hastalıklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı
8. Madde Kullanımı veya Geri Çekilmesine Bağlı Gelişen Baş Ağrısı
9. Enfeksiyona Bağlı Gelişen Baş Ağrısı
10. Hemostaz Bozukluklarına Bağlı Baş Ağrısı
11. Kraniyuma, Boyun, Göz, Burun, Sinüs, Diş, Ağız veya Diğer Fasiyal veya Kraniyal Yapılardaki Hastalıklara Bağlı Baş veya Yüz Ağrısı
12. Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı
C. Kraniyal Nevraljiler, Santral ve Fasiyal Ağrılar ve Diğer Baş Ağrıları
13. Kraniyal Nevraljiler ve Fasiyal Ağrının Santral Nedenleri
14. Diğer Baş Ağrıları, Kraniyal Nevraljiler, Santral veya Birincil Fasiyal Ağrı

2.1.6. Primer Baş Ağrıları Tanı

2.1.6.1. Migren

Migren, kronik, paroksizmal ve nörovasküler bir hastalık olup, herhangi bir yaş döneminde başlamakta, ilerleyen yaşlarda sıklığı azalmaktadır ⁽⁴⁹⁾. Nörolojik, mide-barsak ve otonom değişiklikler çeşitli kombinasyonlarla da migren baş ağrısına eşlik etmektedir ⁽³⁶⁾.

Tanısı öyküye dayanarak konulmaktadır. Fizik ve nörolojik muayene, laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri normaldir ve genellikle diğer baş ağrısı nedenlerini dışlamak için gereklidir. ICHD kriterlerine göre migren; homojen bir tablo değil bir sendromlar grubudur ⁽⁴⁶⁾.

Migren genellikle baş ağrısı atakları ile seyreder, başlangıcından itibaren her gün ağrılı olgular nadir görülmektedir. Hastaların $\frac{1}{4}$ 'ünde ataklar şeklinde gelen baş ağrısı, aşırı ilaç kullanımı, diğer arttırıcı nedenler veya eşlik eden diğer durumlar nedeniyle zaman içinde her gün veya gün aşırı ortaya çıkabilmektedir. Hastaların ataklarının sıklığı zaman içinde değişiklik göstermekle birlikte aylar içinde genellikle belirgin değişim göstermemektedir. Migrenlilerin % 60 kadarında baş ağrısı atakları ayda bir ya da daha seyrek olurken % 10 olguda ise ataklar ayda 5 veya daha fazla olmaktadır. En sık rastlanan migren formu “aurasız migren” olup migrenlilerin % 90 kadarında yalnızca bu tür migren bulunmaktadır. Geri kalan olgularda ise “auralı migren” atakları tek başına veya aurasız migren atakları ile birlikte görülmektedir⁽⁵⁰⁾.

Migren Tanı Kriterleri

Aurasız Migren

- A. B-D kriterlerini karşılayan en az 5 atak
- B. Baş ağrısı 4-72 saat sürer (tedavi edilmemiş veya başarısız tedavi edilmiş durumlarda)
- C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az 2'sine sahiptir
 1. Unilateral (tek taraflı yerleşim)
 2. Zonklayıcı (nabız atışı gibi) nitelik
 3. Orta şiddette veya çok şiddetli ağrı

4. Ağrı günlük fiziksel aktivitelerle şiddetlenir ya da onlardan kaçınmaya neden olur

D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az bir tanesinin bulunması:

1. Bulantı ve/veya kusma

2. Fotofobi ve fonofobi

E. Baş ağrısı başka bir hastalığa bağlanamaz

Auralı Migren

A. B-D kriterini karşılayan en az 2 atak

B. Aşağıdakilerden en az birisini içeren fakat motor kuvvetsizliğin olmadığı aura:

1. Tam düzelen görsel belirtiler; pozitif belirtiler (titreşen ışıklar, spotlar, çizgiler) ve/veya negatif belirtiler içeren (örn, görme kaybı)

2. Tam düzelen duysal belirtiler; pozitif belirtiler (örn, karıncalanma) ve/veya negatif belirtiler içeren (örn, uyuşma)

3. Tam düzelen disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az ikisi

1. Homonim görsel belirtiler ve/veya unilateral duysal belirtiler

2. En az bir aura semptomu 5 dakika veya daha uzun sürede yavaş yavaş gelişir ve/veya farklı aura belirtileri 5 dakika veya daha uzun sürede ardı ardına görülür

3. Her bir belirti 5 dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer

D. Aura sırasında veya takip eden 60 dakika içerisinde *Aurasız migren* kriterlerinden B-D'ye uyan baş ağrısı başlar

E. Baş ağrısı başka bir hastalığa bağlanamaz

2.1.6.2. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA)

Toplumda en sık görülen baş ağrısı sebebi olmasına rağmen, hastaların çoğu doktora başvurmamaktadır ⁽²⁶⁾. Kas kontraksiyon baş ağrısı, gerilim baş ağrısı, stres baş ağrısı, psikojenik baş ağrısı, psikomyojenik baş ağrısı, esansiyel baş ağrısı, idiyopatik baş ağrısı ve nonmigrenöz baş ağrısı gibi isimlerle anılmıştır ⁽⁵¹⁾.

Tanısına özgül fizik muayene veya laboratuvar bulgusu yoktur. Sekonder baş ağrılarıyla benzer karakterde ağrı olması nedeniyle ayırıcı tanı geniş tutulmalıdır.

Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı tanı kriterleri

A. Ayda 1 günden seyrek (yılda 12 günden az) ortaya çıkan ve aşağıdaki B-D kriterlerine uyan en az 10 baş ağrısı atağının olması

Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı tanı kriterleri

A. En az 3 aydır ayda bir gün veya daha sık ancak 15 günden az ortaya çıkan (yılda 12 gün veya daha fazla ve yılda 180 günden az) ortaya çıkan ve aşağıdaki B-D kriterlerini karşılayan en az 10 baş ağrısı atağının olması

B. 3 dakikadan 7 güne kadar süren baş ağrısı

C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az ikisini karşılar

1. Bilateral (iki taraflı) yerleşim
2. Sıkıştırıcı/basıcı (zonklayıcı olmayan) karakter
3. Hafif veya orta şiddette
4. Günlük fiziksel aktivitelerden etkilenmeme

D. Aşağıdakilerden her ikisi:

1. Bulanı ya da kusma yok (iştahsızlık olabilir)
2. fotofobi ya da fonofobiden sadece biri

E. Baş ağrısı başka bir hastalığa bağlanamaz

Kronik gerilim tipi baş ağrısı tanı kriterleri

A. En az 3 aydır ayda ortalama 15 gün veya daha sık ortaya çıkan (yılda 180 gün veya daha fazla) ve B-D kriterlerini karşılayan baş ağrısı

B. Baş ağrısı saatler sürer veya sürekli

C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az ikisini karşılar

1. Bilateral (iki taraflı) yerleşim
2. Sıkıştırıcı/basıcı (zonklayıcı olmayan) karakter
3. Hafif veya orta şiddette
4. Günlük fiziksel aktivitelerden etkilenmeme

D. Aşağıdakilerden her ikisi:

1. Bulanı ya da kusma yok (iştahsızlık olabilir)
2. fotofobi ya da fonofobiden sadece biri

E. Baş ağrısı başka bir hastalığa bağlanamaz

2.2. Somatizasyon

2.2.1. Somatizasyon Tanımı

Toplumda sık görülmesine karşın, tanısal yaklaşım ve yönlendirilmede güçlükler yaratan, eşlik ettiği durumlarda yeti yitimini arttıran, bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik görünüm olan “bedenselleştirme (somatization)” kavramı genel olarak ruhsal gerilimlerin vücudun herhangi bir bölgesinde hissedilen belirti veya belirtiler haline dönüşmesi; psişik huzursuzluğun bedensel yakınmalar yaratması şeklinde tanımlanmıştır ⁽³⁾.

Bedenselleştirme, psikiyatri ve genel tıp sınırında hala çözülememiş bir sorun olarak görülmekte olup; çeşitli şekillerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu tanımlamaların ortak noktası organik bulgularla yeterli olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin varlığıdır ⁽⁴⁾.

2.2.2. Somatizasyon Tarihçesi ve Kavramı

Açıklanamayan bedensel belirtiler üzerine en eski görüşlerin beden ve organ sistemlerindeki bozukluklara odaklandığı ve 4000 yıl öncesine kadar dayandığı tahmin edilmektedir. 18. yüzyılın sonlarına kadar bu olguları tanımlamak için eski yunanca histerion sözcüğünden köken alan “*histeri*” kelimesiyle adlandırılmıştır ⁽⁵²⁾. Mısır tıbbında uterusun bedensel olarak yer değiştirmesinin belirtilerin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanılıyordu. Eski Yunan’da, çeşitli bedensel yakınmalarla seyreden bu hastalığın uterusun cinsel yönden doyurulmamış kadın bedeninde dolaşmasından kaynaklandığı ve yalnızca kadınlarda görüldüğü düşünülmüyordu. Hipokrat da çırpınmalarla ortaya çıkan hastalıkların bir bölümünün histeri olguları olduğundan söz etmiştir ⁽⁵³⁾.

1600’lü yıllarda merkez sinir sistemi hakkında bilgilerin artmasıyla açıklanamayan belirtilerin beyinden kaynaklandığı düşünülmeye başlanmıştır. Thomas Willis, histeriyi beynin sinirsel bozukluğu olarak görmüştür. Thomas Sydenham, histerinin bedenden ziyade zihnin psikolojik bozukluğu olduğu fikrinin yerleşmesinde önemli etkide bulunmuştur. 18. yüzyılda Jean Martin Charcot, histerinin, sinir sisteminin kalıtsal yozlaştırıcı bir hastalığı olduğunu, belirtilerin kişinin istemi dışında geliştiğini öne sürmüş, erkeklerde ve çocuklarda da görüldüğüne işaret etmiştir. 20. yüzyılın başlarında paradoksik bir değişim

oluşmasıyla, açıklanamayan bedensel belirtilerin birincil olarak psikolojik olduğu düşünülmeye başlanmıştır ⁽⁵⁴⁾.

Histerinin çoklu bedensel belirtilerle karakterize sendrom olduğu üzerinde çalışan ilk kişi olan Briquet, histeriyi “gözlenen fenomenleri, duygulanımsal duyumların ve tutkuların dışavurumu olarak görev yapan yaşamsal etkinliklerin hafif bir düzensizliğinden oluşan bir beyin nevrozu” olarak tanımlamıştır. 1869’da, Beard sinir sisteminde tükenmişliğe neden olan duygulardan ileri geldiğini belirttiği, yorgunluk ve çoklu bedensel yakınmalar içeren *nevrasteni* kavramından bahsetmiştir⁽⁵⁵⁾. Bu tanımlamalara karşıt olarak Freud bedensel belirtilerin varlığı ile karakterize konversiyon histerisi ve nevrasteni arasında ayrım yapmış ve bu iki kavramın teorik açıdan farklı olduğunu savunmuştur. Konversiyon histerisi (anksiyete nevrozu, psikonevroz) ruhsal temelli olarak tanımlanırken (örn. gösterilen belirtiler çocukluktaki cinsel çatışmaların simgesel dışavurumudur); nevrasteni (güncel nevroz) bedensel temelli olarak tanımlanmış (örn. belirtiler o anki çözülmemiş cinsel gerginliğin doğrudan sonucudur) ve bedensel-ruhsal belirtileri birlikte taşıyan hastalar için kullanılmıştır ⁽⁴⁾. Briquet’in histeri kavramı daha sonra Purtell ve arkadaşları tarafından eşlik eden başka belirtiler belirlenerek duruma nicel bir boyut katılmış; Perley ve Guze tarafından işlemsel (operational) tanımı yapılmıştır. Histeri bu yazarlarca yalnızca çoğul bedensel yakınmalar değil aynı zamanda anksiyete ve depresyonun da varlığıyla belirlenen bir hastalık olarak tanımlanmış ve bu kavram DSM-III’de tanımlanan somatizasyon bozukluğunun öncülü olmuştur. Somatizasyon bozukluğu (SB) ile önceki histeri kavramı arasındaki temel fark, anksiyete ve depresyon belirtilerinin tanı kriterinin parçası olarak yer almamasıdır. Somatizasyon, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki, somatizasyonun iki farklı yolla kavramsallaştırılmasının temelini oluşturur, bunlardan biri psikolojik distresin bedensel dışı vurumu, diğeri bedensel distres ya da tıbben açıklanamayan belirti yaşantılarıdır ^(4, 56).

Bedensel belirtilerle ilgili öne sürülen açıklamalarda çeşitli adlandırmalar yapılmış olmasına rağmen “bedenselleştirme (somatization)” terimi ilk kez 1925 yılında kullanıldığında “emosyonel durumların bedensel belirtilere dönüştürülmesi” şeklinde tanımlanırken; 1935 yılında Stekel bedenselleştirmeyi “ruhsal çatışmaları ifade eden bedensel belirtiler” olarak tanımlamıştır ^(57, 58). Bu tanımlamalarda

psikolojik distres ile bedensel belirtilerin gösterimi arasında nedensel ilişkinin olduğu ileri sürülmüştür.

Psikolojik distres ile bedensel belirtilerin ortaya çıkışı arasında nedensel ilişkinin var olduğunu ileri süren araştırmacılardan Lipowski 1968 yılında somatizasyonu “Ruhsal durum ya da içeriklerin, bedensel duyular, işlevsel değişiklikler ya da bedensel metaforlar olarak yaşantılanması, kavramlaştırılması ya da ifade edilmesine yatkınlık” olarak tanımasına rağmen 19 yıl sonra, bu tanıma “ruhsal sıkıntının bedensel belirti biçiminde yaşantılanması ve ifadesine yatkınlık ve bunun için tıbbi yardım arama” olarak değiştirmiştir ^(4, 52). Bridges ve Goldberg tarafından geliştirilen işlemsel ölçütler, somatizasyonu I. eksen bir psikiyatrik bozukluğun bedensel dışavurumu olarak kavramlaştırır ⁽⁵²⁾. Katon ve arkadaşları, somatizasyonu, psikososyal sorunların bedensel belirtiler üzerinden ifade edildiği bir stres görünümü olarak tanımlarken; Ford, bedensel belirtilerin psikolojik amaçlar ya da bireysel kazançlar için bilinçdışı düzeyde kullanıldığı durumlar olarak tanımlamaktadır ^(59, 60). Kleinman, somatizasyonda kişisel ve sosyal huzursuzluğun bedensel yakınmalarla ifade edildiğini ve bu yakınmalar için tıbbi yardım arayışına gidildiğine dikkat çekmiştir ⁽⁵⁹⁾. Bu yazarların da kullandığı tanımlamaların ortak özelliği somatizasyonun psikolojik distresin ya da I. eksen bir psikiyatrik bozukluğun bedensel dışavurumu olduğudur.

Somatizasyonun bütün tanımlarında ayırıcı özellik olarak bedensel belirtilerin görülmesi karakteristiktir Lipowski 1988’de somatizasyonu “bedensel sıkıntıyı ve patolojik sayılmayan bedensel belirtilerin yaşantılanması ve ifadesi, bunların bedensel hastalıklar olarak yorumlanması ve bunlar için tedavi arama davranışı” olarak tanımlamıştır. Erken dönem tanımlarının tersine, Lipowski dikkatlice ilerlemiş ve şu sonuca varmıştır: “Genellikle, bu (bedenselleştirme) eğilimi(nin) psikososyal zorlanmaya bir yanıt olarak ortaya çıktığı varsayılır” ⁽⁴⁾.

Deskriptif yaklaşımla somatizasyon üç farklı şekilde tanımlanmaya çalışılmıştır. İlk olarak somatizasyon belirti sayısına eşit tutularak tanımlanmaya çalışılmış ancak bu kavramda klinik spesifikliğin olmamasından dolayı, Mayou somatizasyon yerine organik olmayan fiziksel belirtiler ya da tıbben açıklanamayan belirtiler gibi daha genel terimlerin kullanılmasını önermiştir. İkinci yaklaşımda psikiyatrik tanımlama sistemlerinde yapılan somatizasyon bozukluğu tanımlamaları

tarafından gösterildiği üzere, belirtilerin şiddeti, sayısı (örn., belirtilerin kronik ya da yineleyen özelliği, belirti gruplarının içerdiği belirti sayısı, ilişkili bozukluğun derecesi, ilaç tüketimi) kriter olarak ileri sürülmüştür. Lipowski⁽⁵²⁾, Barsky, ve Rief ve Hiller'in⁽⁶¹⁾ tanımlamaları somatizasyonu üçüncü bir yönelimle teorik boyutları da tanımlamaya katarak bilişsel ve/veya davranışsal özellikleri somatizasyonun gerekli parçaları olarak görmüştür ⁽⁴⁾.

Kirmayer ve Robbins birinci basamak tedavi içinde, somatizasyon kavramını “temsilci (presenting) somatization” ve “fonksiyonel somatizasyon” olarak iki farklı klinik fenomen olarak açıklamaya çalışmıştır ⁽⁶²⁾. Temsilci somatizasyon “ağırlıklı olarak ya da yalnızca psikiyatrik bozuklukların, en yaygın olarak depresyon ve anksiyetenin, bedensel gösterimi” olarak tanımlanırken, fonksiyonel somatizasyon “birçok fizyolojik sistemde yüksek düzeyde tıbben açıklanamayan belirtiler rapor edilmesi” şeklinde tanımlanmıştır ⁽⁶²⁾. Garcia-Campayo ve arkadaşları, temsilci ve fonksiyonel somatizasyonun, belli bir oranda örtüşmekle birlikte, iki farklı hasta grubunu tanımlama eğiliminde olduğunu göstermişlerdir. Kirmayer ve Robbins tarafından oluşturulan bu ayrım başka yazarlar tarafından da, biraz farklı isimlerle, tanımlanmıştır ⁽⁴⁾.

Araştırmacılar ve klinisyenler klinik tablonun farklı yönlerine vurgu yaparak bedensel belirtiler için alternatif kavramsallaştırmalar da sunmuşlardır. Bazıları somatoform bozuklukların eşik altı varyantlarının prototipik somatizasyon bozukluğu ile benzer morbiditeye sahip olduğu gerçeği temelinde; dönüştürülmüş belirti eşikleri ileri sürmüşlerdir. Bu tür yaklaşımlara örnekler Escobar'ın Kısaltılmış Somatoform Bozukluğu'nu (Bedensel Belirti Endeksinde yer alan belirtilerin erkekler için 4, kadınlar için ise 6 somatik belirtinin olması) ve Kroenke'nin Çoklu Somatoform Bozukluğu'nu içermektedir. Somatizasyonun içeriğinden ziyade biçimine odaklanılmasını gerektiğini vurgulayan araştırmacılar; somatizasyonun belirti algısı ve yüklemesi, bedensel uğraşlar, hekim-hasta etkileşimi, kişilik özellikleri, hastalık ile ilgili tutum ve davranışlar gibi boyutlar üzerinde psikopatolojisi ile ilgili çalışma yapılması gerektiğini ileri sürmektedirler ⁽⁷⁾.

Somatizasyon için önerilen sınıflandırmalar

1. Lipowski'nin gözden geçirme makalesinde (1986) somatizasyonu iki farklı şekilde sınıflandırmıştır.

a) Sürekli somatizasyon ve geçici somatizasyonun ayırt edilmesi gerektiğini düşünmüştür. Geçici somatizasyonu stresli bir yaşam olayına veya duruma akut tepki olarak ortaya çıkan hafif şiddette bedensel belirtilerin olduğu bir reaksiyon olarak tanımlarken; sürekli somatizasyonu kronik, belki hayat boyu süren, tekrarlarla giden, sağlık hizmetlerine önemli yük oluşturan, yeti yitimine yol açan bir problem olarak tanımlamıştır.

b) Psikiyatrik bozukluklarla ilgili somatizasyon sınıflamasında; somatoform (somatizasyon, konversiyon, psikojenik ağrı, hipokondriyazis, atipik somatoform bozukluklar) ve diğer (depresyon, anksiyete, şizofreni, paranoid psikoz) psikiyatrik bozukluklar arasında ayırım yapmıştır ^(59, 63).

2. Escobar (1987) DSM tanı kriterleriyle ilişkili 4 somatizasyon sınıfı tanımlamıştır;

a) Birincil somatizasyon: DSM-III somatizasyon bozukluğu, DSM-III diğer somatoform bozukluklar, kronik somatizasyon

b) Eşlik eden somatizasyon: şizoaffektif bozukluğa, anksiyete bozukluklarına

c) Gizli somatizasyon: maskeli depresyon, depresyon eşdeğerleri

d) Kişilik özelliği olarak somatizasyon ⁽⁵⁹⁾

3. Kirmayer ve Robbins (1991), Garcia-Campayo ve ark. (1998) yaptıkları araştırma sonrasında somatizasyon için üç farklı hasta grubu belirlemişlerdir;

a) İşlevsel (fonksiyonel) somatizasyon; tıbben açıklanamayan birçok belirtisi olanlar

b) Hipokondriyak somatizasyon; hekimlerin desteğine ve güvencesine rağmen bedensel yakınmaların altında ciddi bir hastalığın olduğu yolunda hipokondriyak kaygılar yaşayanlar,

c) İkincil (temsilci) somatizasyon; depresyon ve anksiyetenin temel belirtisi olarak bedensel yakınmaları olanlar ^(59, 62, 64).

4. Cloninger ve arkadaşları belirti sayısı ve yeti yitimi düzeyi temel alarak iki farklı somatizasyon grubu belirlemişlerdir;

a) Çoğul şekilli (diversiform) somatizasyon; farklı sistemlere ait çok sayıda yakınmayı içermekte ve sıklıkla psikiyatrik bir bozukluğa eşlik etmektedir.

b) Yüksek frekanslı somatizasyon; en çok karın ve sırt bölgesini tutan az sayıda fiziksel belirti ve daha fazla yeti yitimi ile karakterizedir, hipokondriyazis ile benzer klinik özellikler taşımaktadır ⁽⁵⁹⁾.

Somatizasyonun klinik önemine ve bu konudaki gözden geçirme çalışmalarına rağmen, teorik kavramlar konusunda hala karmaşık ve güç bir konu olmaya devam etmektedir

2.2.3. Somatizasyon Epidemiyoloji

Somatizasyon teorik açıdan hala karmaşık bir konu olması, çeşitli klinik tablolar şeklinde tanımlanması sonucunda tanı ve ölçüm güçlükleri yarattığı için epidemiyolojik çalışmaları zorlaştırmaktadır. Bedenselleştirme belirtilerini değerlendirmeyi etkileyen etkenler arasında bu hastaların çoğunlukla genel hekimlere başvurmaları, bedensel hastalık saptanmayanların psikiyatrya yönlendirilmemesi ya da kişinin bu konudaki önerisinin dikkate alınmaması gibi nedenler sayılmakta ve bu güçlükler bedensel belirtilerin gerçek yaygınlığının saptanmasını güçleştirmektedir ⁽⁶⁵⁾.

Epidemiyolojik çalışmalar, organik bulgularla (yeterli olarak) açıklanamayan bedensel belirtilerin genel popülasyonda ve tüm tıbbi ortamlarda yaygınlığının yüksek olduğunu göstermiştir ⁽⁶⁶⁾. Somatizasyonun kronik ya da yineleyen şekilleri sağlık kaynakları kullanımının artışına, artan engel durumuna ve çalışılmayan günlerdeki artışa yol açmaktadır. Bunların ışığında somatizasyonun önemli bir klinik fenomen ve sosyoekonomik bir problem olduğu söylenebilir, çünkü hem doğrudan hem dolaylı olarak dikkate değer maliyeti olmaktadır ^(4, 6, 67).

Bedensel belirtiler, özellikle de ağrı ve solunum yakınmaları, Amerika'da her yıl yapılan klinik başvuruların yarısından fazlasından sorumludur ⁽⁶⁸⁾. Bu belirtilerin yaklaşık olarak dörtte biri kronik veya tekrarlayıcıdır ve üçte biri tıbbi olarak açıklanamamaktadır. Bu bedensel belirtiler ağrı, baş ağrısı, yorgunluk ve baş dönmesi ve diğer fiziksel yakınmaları kapsamaktadır ⁽⁶⁾.

Swartz ve arkadaşları (1989) genel pratisyenlere başvuran hastaların %20-84'ünde tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel yakınmalar olduğunu bildirmişlerdir ^(69, 70).

Genel popülasyondaki bedensel belirtiler yaygındır ve herhangi bir ayda bireylerin tahmini olarak %80'i bir ya da daha fazla belirti yaşamaktadır. Bu belirtilerin sıklıkla kısıtlı süresi olmaktadır, çünkü yalnızca her dört hastadan biri belirtileri için sağlık hizmeti başvurusunda bulunmaktadır ^(6, 71).

Fiziksel belirtiler birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarındaki konsültasyonların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ancak, bir tanıya işaret etmede değişken spesifisite (özgünlüğe) ve sensitiviteye (duyarlılığa) sahiptirler. Bazı belirtilerin (tek tek ya da diğerleri ile birlikte) görünen bir tıbbi açıklamasının olduğu bulunsa da, diğer birçoğu yalnızca kısmi olarak açıklanabilmekte ya da hiç açıklanamamaktadır. Birinci basamakta belirtilerin en azından üçte biri tıbbi olarak açıklanamamaktadır ⁽⁶⁾. Bu oran eğer iyi anlaşılmamış belirti sendromları (iritabl bağırsak sendromu ve fibromiyalji gibi) katılırsa daha da artmaktadır ⁽⁷⁾.

Ursin (1997), *Sübjektif sağlık yakınmalarının* hastalığa bağlı nedenlerle işe gidilmeyen günlerin yarısından fazlasını oluşturduğunu, uzun süreli hastalık tazminatlarının %40'ı ve kalıcı engel durumlarının %40'ına yakınının bilinen bir tıbbi koşulun olmadığı ya da sübjektif sağlık yakınmalarının nesnel bulgular ile örtüşmediği koşullarda ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu DSM-IV'ün Somatoform Bozuklukları için temel kriterdir, ancak birçok vaka genel uygulamada görüldüğü gibi bu sınıflandırmalar için bir tanı eşiğine ulaşmamaktadırlar. Ayrıştırılmamış Somatoform Durum sınıflandırmasından ağrının çıkarılması genel tıbbi uygulamada ortaya çıktığı gibi sübjektif sağlık yakınmaları tanımlanmaya çalışıldığında anlamlı olmamaktadır ⁽⁵⁵⁾.

Bir belirtinin (ya da belirtilerin) şiddeti ya da süresi yanında, belirli endişeler ve beklentiler ve ayrıca psikolojik etkenler hastaların bedensel belirtileri için neden sağlık hizmeti aradıkları ile ilgili önemli nedenlerdir ⁽⁶⁾. Sağlık hizmeti aramayan kişilerle kıyaslandığında, migren baş ağrıları, yorgunluk ve yaygın mide-barsak yakınmaları nedeniyle sağlık hizmeti arayan kişiler daha fazla zorlayıcı yaşam olayı bildirmektedirler. Bu kişilerin psikolojik sıkıntısı daha fazladır ve DSM-IV anksiyete ve depresif bozukluk tanısını anlamlı ölçüde daha fazla karşılamaktadırlar ⁽⁵⁾.

Hamilton ve arkadaşları (1996) İngiltere’de gastroenteroloji, nöroloji ve kardiyoloji kliniklerinde değerlendirme sonrası belirtileri tıbbi açıdan açıklanamayan hastaların oranını sırasıyla % 53, % 42 ve % 32 olarak vermektedir ⁽⁷²⁾. Carson ve arkadaşları İskoçya’da nöroloji kliniklerinde yeni başvuran 300 hastada yaptıkları bir çalışmada tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların oranını % 30 olarak bildirmişlerdir ^(72, 73). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yapılan araştırmalarda bedensel yakınması olan hastaların oranı % 10-30 arasında bulunmuş ve sonraki 1 yıl içerisinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan bu hastaların % 30’unda tanı konabilecek psikiyatrik bir tablonun ortaya çıktığı görülmüştür. Tanıların çoğunluğunu, depresyon ve anksiyete bozukluğunun oluşturduğu gözlenmiştir ⁽⁹⁾.

Kirmayer ve arkadaşlarının (1991) yaptıkları araştırmalarında erkeklerde dört, kadınlarda altı ve üzerinde, organik bir nedene bağlanmayan kronik bedensel yakınması olanları “İşlevsel (fonksiyonel) somatize edici” olarak nitelendirmişler ve bu grubun tüm hastaların % 16.6’sını oluşturduğunu saptamışlardır ⁽⁶²⁾.

Escobar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmalarda “kısaltılmış somatizasyon” genel popülasyondaki insidansı %4,4 bulunurken birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda %22 bulunmuştur ^(66, 74).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 15 farklı ülkenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürüttüğü uluslararası bir çalışmada psikolojik belirtilerin inkarı veya tıbbi olarak açıklanamayan bedensel yakınmalar bildirme oranlarına bakıldığında, çalışma merkezleri arasında bedenselleştirmede anlamlı bir farklılık bulunamamış ve bu bulgular depresyonun belirtisel görünümünün tüm dünyada benzer olduğuna dair önceki çalışmalarla uyumaktadır ⁽⁷⁵⁾.

Barsky (1983) gözden geçirme çalışmasında daha düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeyde olanların, etnik grup üyelerinin emosyonel distressi daha fazla bedensel terimlerle ifade etme eğilimi taşıdıklarını bildirmektedir ⁽⁷⁶⁾.

Escobar ve arkadaşları (1987) somatizasyon bozukluğu belirtilerini araştırdıkları alan çalışmasında cinsiyet, yaş ve etnik özelliğin bedensel belirtilerin görülme sayısını etkilediği, kadınlarda ve 40 yaşından büyük olanlarda daha fazla sayıda bedensel belirti görüldüğü ileri sürülmektedir ⁽⁷⁷⁾. Lipowski (1986) de

somatizasyonun her yaşıta ortaya çıkabileceğini, fakat en sık 20-60 yaş arasında görüldüğünü bildirmektedir^(63, 76).

Birçok çalışma kadınlar arasında yüksek derecede bedensel belirti rapor edildiğini bulmuştur^(78, 79). Kroenke ve Spitzer (1997) kadınlarda belirti rapor etmedeki artışın belirli türdeki semptomlarla kısıtlı olmadığını göstermişlerdir; tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler kadınlarda daha yaygındır ve cinsiyetin belirti rapor etme üzerindeki etkisinin psikiyatrik morbiditeden bağımsız olduğu bildirilmiştir^(79, 80).

Türkiye’de yapılan (2003) bir çalışmada, kadın cinsiyeti diğer sosyodemografik özellikler kontrol edildiğinde bedensel belirtileri yordamamıştır, bu durum eğitim düzeyinin etkili olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Düşük eğitim düzeyi hem iki hem de çok değişkenli düzeyde daha fazla sayıda bedensel semptomla ilişkili bulunmuştur. Depresif semptomatoloji ve diğer psikolojik etkenler kontrol edildiklerinde, eğitim anlamlı bulunmamış ve cinsiyet yordayıcı bulunmuştur. Bu bulgularla, cinsiyetin ve eğitimin bedensel belirti rapor etme üzerindeki etkisinde araya giren değişkenlerin farklı oldukları biyolojik farklılıkları ve diğer sosyal ve psikolojik etkenleri içerebileceği öne sürülmüştür⁽⁷⁹⁾.

Bedensel belirtiler ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı uluslararası bir çalışmada somatizasyondaki toplumlararası ve kültürlerarası fark iddiaları için karışık destek sunmaktadır. Psikolojik belirtilerin inkarı veya tıbbi olarak açıklanamayan bedensel yakınmalar bildirme oranları, çalışma merkezleri arasında anlamlı bir farklılık ve batılı olmayan veya daha az gelişmiş ülkelerde daha fazla somatizasyona dair kanıt bulunmamıştır. Bu bulgular depresyonun semptomatik gösteriminin tüm dünyada benzer olduğuna dair bilgilerle uyumaktadır⁽⁷⁵⁾.

Somatizasyon, geliş belirtileri anlamında tanımlandığında merkezler arasında daha fazla çeşitlilik bulunmuş; birinci basmakta daha kişisel bir yardım sunan merkezlere kıyasla, gelip muayene olunabilen merkezlerde bedenselleştirmeye yatkınlık daha fazla bulunmuştur. Depresyonun ve diğer bir psikolojik hastalığın bedensel tablosu sadece hastaların somatize etmesine atfedilmesinden ziyade yardım aramanın meşru nedenlerinin tanımı, hastalar ve doktorlar arasındaki etkileşimi ve aynı zamanda birinci basamak sisteminin yapısını yansıtmakta olduğu bildirilmiştir⁽⁷⁵⁾.

2.2.4. Somatizasyon Etiyoloji

Somatizasyonun etiyojisi ile ilgili birçok görüş vardır ve neden olan etkenler şöyle sınıflanabilir;

2.2.4.1. Sosyokültürel etkenler

Somatizasyonun beden diliyle iletişim sağlama davranışı olduğu; bu davranışın toplumsal ve kültürel bir yönü olduğu düşünülmektedir. Kişinin yaşadığı duyumları nasıl adlandıracağı ve yorumlayacağı, yaşadığı kültürün zorlukları ifade etmek ve iletişimde bulunmak için kullandığı kendine özgü sembolleri, değişik anlatım biçimleri ve sosyal ritüelleri vardır ⁽⁶⁴⁾. İlkel olarak nitelenen toplumlarda rahatsızlık kavramı hem sembolik hem de somut bir rol oynamaktadır. İnsanı beden ve zihin ikilisinden oluşan otonom ajanlar olarak değerlendiren batı kültürünün aksine, “ilkel” toplumlarda varoluşsal ve sosyal problemlerin ve sıkıntının bedensel belirtiler üzerinden ifadesi doğal bir süreç olarak kabul edilmiştir. Kişinin farklılaşmış beden algısı ve işlevleri, ancak kültürel zeminde rahatsızlık olarak değerlendirilecek davranış değişikliklerine yol açtığında hastalık oluşmuş denilmektedir. Bu toplumlarda beden ve bozuklukları sembolik bir anlam ifade eder ve bedensel atıflar “idioms of distress (sıkıntı deyimleri)”in önemli öğeleridir ^(81,82,83). Bedensel ifadeler, sadece bir rahatsızlık sürecinin değil, aynı zamanda sosyal ve varoluşsal problemlere bağlı kaygıların, huzursuzluğun iletimi olması nedeniyle; birey “kültürel ve sosyolojik” olarak somatize etmektedir. Baskıcı, tutucu ve dindar kültürlerde cinsel dürtülerin bastırılması ya da düşünce ve duyguların rahat olarak ifade edilememesi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların olmasının olumsuz karşılandığı toplumlarda, kişi ruhsal bozukluğunun duygusal bileşenini azımsar, bastırır, yadsır ya da hiç yaşamaz. Tümüyle ya da psikolojik yakınmalar yerine fiziksel yakınmalar ile psikiyatrik yardım arayışı içinde olabilmektedirler ^(83, 84). Ayrıca, bu kişiler ana dilinde içinde bulunduğu duygulanım durumunu tanımlayan sözcük olmadığı için mecazi bir biçimde ya da doğrudan beden dili kullanarak duygularını ifade edebilmektedirler. Somatizasyonun toplumun düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip kırsal kesimlerinde ve köyden kente göç eden geri toplumu özelliklerine sahip olan kesimlerinde yaygın olduğu vurgulanmıştır ^(85, 86).

Göçmenlerle ilgili yapılan çalışmalarda göçmenlerin yerli halka göre daha fazla stresli yaşam olayı ve psikolojik sıkıntı yaşadığını ve bu nedenle daha yüksek bedenselleştirme riski taşıdığını göstermektedir⁽⁸⁴⁾.

Çocukluk ve erişkinlik döneminde fiziksel saldırıya, ev içi şiddete ve travmaya ya da doğal afetlere maruz kalmak, depresyon, kaygı ve somatizasyon belirtilerini artırmaktadır⁽⁸⁴⁾.

Çocukluktaki sorunlar ile sonraki somatizasyon, depresyon ya da anksiyete arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırma yaygın psikiyatrik problemlerin gençlik sorunlarıyla ilişkili olduğunu ve bu durumun somatizasyon ve depresyon için geçerli, anksiyete için daha az geçerli olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hastalığın (ve ebeveynlerin ya da kardeşlerin hastalık ya da hastalık davranışıyla yüzleşme), hem gençlikte ciddi somatizasyona yol açması ve bunun somatizasyon bozukluğuna ilerlemesi açısından hem de uzun dönemde çok fazla etkisi bulunamamış olması bu durumun hastalık faktörünün ya hep ya hiç şeklinde etkisi olan bir risk faktörü olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bu açıklama somatizasyon bozukluğu ile bu çalışmada konu olan çok daha kapsamlı somatizasyon tanımı arasındaki niteliksel farkı gösterdiği ifade edilmiştir⁽⁸⁷⁾. Şiddete uğrayan kadınların sağlık kuruluşlarına başvurularında şiddeti dile getirmediikleri, başvuru yakınmalarının yorgunluk, baş ağrıları, göğüs ağrıları, sindirim sistemi bozuklukları, nefes darlığı ve pelvik ağrılar gibi somatizasyon belirtileri olduğu gözlenmiştir⁽⁸⁴⁾.

2.2.4.2. Gelişim ve öğrenmenin etkisi

İnsan davranışlarının çevreden öğrenme yoluyla şekillenmesi öğrenme kuramının temelini oluşturmaktadır. Çocuklar hastalık ve sağlıkla ilgili bilgilerini, bedensel duyumlarını nasıl yorumlayacaklarını içinde yaşadıkları aileden ve toplumdan öğrenmektedirler⁽⁸⁸⁾. Çocukluktaki ciddi hastalıklar ya da uzun süren ağrıların, yetişkinlikteki somatizasyonla ilişkili olduğu söylenmektedir^(52, 87). Ebeveynlerin bir hastalıktan dolayı ciddi yetersizlikler yaşaması da risk faktörü olarak rapor edilmiş ve Huygen tarafından nesilleri kapsayan prospektif çalışmalarda gösterilmiştir. Katon öznel yakınmaların önemi üzerinde durmuş ve eğer çocuk “ilgi ve bakımın duygusal hastalıklarla değil ama bedensel hastalıklarla sağlandığı” bir

ailenin içinde büyümüşse, daha sonra depresyonla başa çıkmak ve ilgi sağlamak için somatizasyonu bir strateji olarak kullanabileceği ileri sürülmüştür ⁽⁵²⁾.

Kaplan somatizasyon bozukluğu olan bireylerin büyüdüğü aile ortamını düzensiz ve fiziksel olarak istismara açık şeklinde tanımlamıştır ⁽⁵⁴⁾.

2.2.4.3. Psikodinamik görüşler

Klasik psikanalitik kurama göre, somatizasyon derinde yer alan bir ruhsal patolojinin değişik bir biçimde ortaya çıkmasıdır. Bu hastaların gelişim dönemlerinde saplanma, patolojik savunma düzenekleri, çatışmalar ve örseleyici yaşantılar nedeniyle duygusal yaşantılarını sözcikleştirme yeteneğinden yoksun oldukları söylenmektedir ⁽⁸⁹⁾.

Somatizasyon, psikanalistlerce immatür savunmalar arasında yer almaktadır. İntrapsişik çatışmaların beden diliyle ifade edilmesi, bedensel şikayetlere çevrilmesi olarak tanımlanmaktadır. Stres ve emosyonel çatışmalar otonom sinir sisteminin herhangi bir parçasının (sempatik veya parasempatik) fazla çalışmasına yol açarak fizyolojik işlevlerde bozulma görülebilmektedir. Gelişimsel süreçler içinde infantil bedensel tepkilerin yerini düşünce ve duygular alırken (desomatizasyon), daha sonraki dönemlerde çözilemeyen çatışmaların erken dönemde görülen bedensel tepkilere gerilemeye (resomatizasyon) yol açabileceği söylenmektedir ^(89, 90).

Bedensel belirtiler, anne-babanın bakım ve ilgisi yerine geçebilir. Gerçek ya da hayali yanlışlar, hatalar için yeni bir cezalandırma, böylece günaha kefarete ve bedelini ödeme yolu olarak işlev görebilir. Bazı psikodinamik gözlemciler daha çok oral ve bağımlılık gereksinimleri üzerinde durmuşlar, bedensel belirtilerin pregenital bakım, beslenme, ilgi, sempati, arzularının bedensel bir ifadesi olduğunu ileri sürmüşlerdir ⁽⁸⁴⁾.

Sosyodemografik değişkenler, depresyon, anksiyete, hipokondriyal endişe ve somatosensorial büyütme (amplification) kontrol edildiğinde, aleksitimi somatik semptom rapor etmenin bağımsız bir yordayıcısı olarak bulunmuştur. Duyguları deneyimleme ve ifade etmeyle ilgili zorluklarına bağlı olarak, aleksitimi hastalarının duygusal uyarımın somatik dışa vurumlarına odaklandığı ve bunun da bedendeki duyularını artırma ve somatik duyuların fiziksel hastalık işaretleri olarak yanlış yorumlanmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Wise ve Mann tarafından yapılan

bir çalışmada, daha fazla aleksitimik özellikleri olan ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarının daha az aleksitimik hastalarla karşılaştırıldıklarında daha fazla somatik semptomları oldukları ve bu semptomları fiziksel nedenlere daha sıkça bağladıkları görülmüştür ⁽⁷⁹⁾.

2.2.4.4. Biyolojik ve genetik görüşler

Somatizasyonun biyolojik temelleri konusunda yeterince bilgi bulunmamakla beraber yapılan araştırmalar da etiyoloji ile ilgili tutarlı bilgi vermemektedir.

Herhangi bir somatoform bozukluk ya da bedensel belirtilerinin genetik etiyolojisine yönelik doğrudan kanıt yoktur. Genel toplum ikiz çalışmasında bedensel anksiyetede ailesel bileşen olduğunu destekleyen sonuçlar bulunmuştur. Evlat edinme çalışmaları somatizasyon fenomeni için zayıf fakat mevcut ailesel ilişki olduğu gösterilmiştir ⁽⁵⁴⁾. Belirli bazı somatoform sendromların biyolojik ebeveyndeki psikopatoloji ile ilişkili olduğu; diğer sendromların, evlat edinen ebeveyndeki psikopatoloji ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Örneğin, “çok sık somatize eden” kadınların (başlıca yakınmaları baş ağrısı, sırt ağrısı ve karın rahatsızlığıdır) biyolojik babaları sıkça şiddet suçu işlemişken, “(çoğul şekilli) karmaşık somatize eden (diversiform somatizer)” (yakınma çeşitleri çok olan, ancak daha az özürlü olan) kadınları evlat edinmiş olan babaları daha sıklıkla alkol kötüye kullanımı olan kişiler olabilmektedir. Bundan dolayı, şu ana kadar olan kanıtlar genetik faktörlerin somatizasyonun bazı sendromlarında önemli bir rol oynadığını gösterirken, diğer sendromlar çoğunlukla çevresel stresi de kapsayan diğer etmenler tarafından belirlenmektedir ⁽⁹¹⁾.

Katon (1993) genetik ve aile bağıntıları ile ilgili değişik çalışmalarda somatizasyon bozukluğu olan hastaların ailelerinde kontrol gruplarına göre daha yüksek sıklıkta alkol bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu görüldüğünü bildirilmiştir. Bulgular başka çalışmalarda da doğrulanmıştır ⁽⁹²⁾.

İmmün sistemin aktivasyonu depresyon ve somatizasyonda görülen hasta davranışlarına benzer davranışlara neden olmaktadır. Depresyondaki insanların proinflatuar sistemlerindeki parametrelerin yüksek konsantrasyonda olduğu gösterilmiştir. Rief (2001), depresyonda CD-8 T lenfosit konsantrasyonunun

arttığını, somatizasyon sendromunda ise azaldığını ve somatoform bozuklukta IL-6'nın da azalması ile proinflatuar kapasitenin zayıfladığını doğrulamıştır ⁽⁹³⁾. Somatizasyon ve depresyon birçok kez aynı anda görülse de farklı biyolojik özellikleri olduğu düşünülmektedir ⁽⁹⁴⁾.

Serotonin, migren gibi farklı ağrı durumlarında önemli rol üstlenmektedir. Serotonin merkezi sinir sistemi ve kaslardaki enerji metabolizmasında değişiklik gibi periferik etkileri olmakta bunlara bağlı olarak somatik semptom olan ağrı algısının eşik seviyesinde değişiklik, fiziksel halsizlik, bitkinlik gibi sonuçlar doğurmaktadır⁽⁹⁴⁾.

Uyarılmış potansiyel çalışmalarında somatizasyon bozukluğu olan bireylerin ilişkisiz periferik uyarıları yeterince filtre edemedikleri gözlenmiştir ⁽⁹⁵⁾. Ursin (1997) somatoform bozukluklarda aynı düzeyde sinyallerin (düşük amplitüde olsa bile) daha da güçlü algılar olarak açıklanan sensitizasyonun belirgin bir rol oynadığını göstermiştir ⁽⁹⁴⁾.

2.2.4.5. Bilişsel etkenler

Somatizasyonu olan hastalarda farklı nedenlerle ortaya çıkan bedensel duyuları seçici olarak algılama, abartılı ve yanlış olarak yorumlama gibi bilişsel çarpıtmalara sık rastlanmaktadır ⁽⁹⁵⁾. Bedensel duyuları büyütme (somatosensori amplifikasyon) olarak adlandırılan bu durum bir bedensel duyumu yoğun, tehlikeli ve rahatsız edici olarak deneyimleme eğilimidir ⁽⁹⁶⁾. Somatosensori amplifikasyonun bedensel duyumlara karşı artmış duyarlılık ile ilişkili olmadığı ve duygusal reaktivitenin somatizasyon üzerindeki etkisinin negatif yanlılığı olan bir bildirim tarzı yoluyla ortaya çıktığı bildirilmiştir ⁽⁵⁵⁾.

Somatosensori amplifikasyonun üç bileşeni tanımlanmıştır: (1) kendini sürekli incelemenin ve hoş olmayan bedensel duyumlara dikkatin artmasını içeren bedensel aşırı tetikte olma hali (hipervijilans); (2) belirli görece zayıf ya da sık olmayan duyuları seçme ve bunlara odaklanma eğilimi ve (3) iç organlar ile ilgili ve bedensel belirtileri normal olarak düşünmekten ziyade anormal, patolojik ya da hastalık semptomu olarak değerlendirme eğilimi. Bu bilişsel değerlendirme, belirtilerin algılanması ile ilgili korkuya ve anksiyeteye neden olmaktadır ve bir

yandan bedensel duyumların algılanması ve diğer bir yandan hipokondriyal inançların ve davranışların arasında bir aracı olarak hareket ettiği öne sürülmüştür ⁽⁷⁾.

Birçok çalışma somatosensori amplifikasyonun somatizasyonda patojenik bir mekanizma olarak spesifik rolünü netleştirmeyi amaçlamıştır ^(97, 98). Bu konuda yapılan bir çalışmada bireyin bildirdiği somatosensori amplifikasyonun nesnel olarak ölçülen bedensel duyumlara duyarlılık ile ilişkili olmadığını gösteren şekilde, somatosensory amplifikasyon ve kalp atımı belirleme becerisi ve interoseptif (bedensel uyarılara) duyarlılık arasında anlamlı bir ilişki bulmamış⁽⁹⁹⁾ iken; başka bir çalışmada duygusal reaktivitenin somatizasyon üzerindeki etkisini bedensel duyarlılık yoluyla değil, negatif yanlılığı olan bir bildirim tarzı yoluyla ortaya koyduğu görülmüştür ⁽¹⁰⁰⁾.

Bedensel şikayetleri olan hastalarda amplifikasyon çalışmaları yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda 1990'da Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (Somatosensory Amplification Scale (SSAS), BDAÖ) listesinin standardizasyonu yapılmıştır. Orjinal BDAÖ ABD'de klinik ortamda geliştirilmiştir ve BDAÖ'nün Japonca ve Türkçe formlarının güvenilirliği ve geçerliği doğrulanmıştır ^(101,102). BDAÖ'nün, bedensel belirti sayısı, depresyon, anksiyete ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğunu gösterilmiştir ⁽⁹⁶⁾. Wise ve Mann, nörotizmin erkeklerde BDAÖ'yü en güçlü yordayıcı olarak bulurken, kadınlarda bu bulguyu bulmamıştır ^(101,102). Kosturek ve arkadaşları, kronik ağrı hastalarında BDAÖ'nün depresyon, anksiyete ve aleksitiminin en iyi yordayıcı olduğunu göstermiştir ⁽¹⁰³⁾.

Bildirilen somatik semptomların toplam sayısının fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellikteki fonksiyonel bozulmanın güçlü bir yordayıcısı olduğu düşünülmektedir ⁽¹⁰⁴⁾.

Sayar ve arkadaşları, Fibromiyalji Sendromu (FMS) ve Majör Depresyonu (MD) olan hastalarda antidepresan tedavi sonunda BDAÖ'nün değişimini değerlendirdikleri uzunlamasına çalışmada, BDAÖ puan ortalamaları, MD hastalarında gerileme görülürken, FMS hastalarında değişmeden kaldığını bulmuş ve abartmanın FMS'de bağımsız bir rolü olabileceğini öne sürmüşlerdir ⁽⁹⁸⁾.

Somatosensori amplifikasyon bedensel ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilere aracılık eden belirgin etkenleri belirlemede yararlı olabilmektedir. Bunun bedensel belirtilerin gösteriminde bir rolü olsa da, anksiyete, depresyon ve aleksitimi

gibi diğer faktörlerde aynı şekilde etkisini göstermektedir. Hem nörolojik hem psikolojik işlev ile ilgili olarak somatosensori amplifikasyonun spesifik rolü henüz netleştirilmemiştir ⁽⁹⁶⁾.

Kişinin kendisinde bir şekilde ortaya çıkan somatik duyumlardan hangisinin üzerinde duracağı olasılıkla geçmiş yaşam deneyimlerinden etkilenmektedir. Seçici algılamayı çoğu kez, somatik duyumun önemini abartma ve çarpıtma eklenmekte ve çare arama davranışı ortaya çıkmaktadır. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomu olan hastaların semptomlarını açıklamak için tıbbi açıklamalar kullanma eğiliminde oldukları varsayılmaktadır. Nedensel hastalık atıfları hakkındaki çalışmaların çoğu üç etkeni incelemiştir; organik açıklamalar, psikolojik açıklamalar ve nötr ya da nötrleştirici açıklamalar. Nedensel atıf tarzı tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastalarda incelendiğinde, sonuçlar yeterince açıklayıcı bulunmamıştır. Robbins ve Kirmayer üç tür nedensel atfı değerlendiren Symptom Yorumlama Anketi'ni (Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ), BYÖ) geliştirmişlerdir ^(62, 105).

Kirmayer & Robbins (1996) çalışmalarında birinde somatik yükleme yapanların psikolojik yükleme yapanlara kıyasla daha düşük psikolojik rahatsızlık düzeyi, daha az içgörü ve bir duygusal sorunu olma konusunda daha az endişe bildirdiklerini bulmuşlardır. Somatik yükleme yapanlar yaygın somatik semptomları psikolojik nedenlere daha az atfetme eğiliminde ve daha çok normalleştirici nedenler bildirme eğiliminde olmuşlardır. İlk başvuruyu izleyen 12 ayda, somatize edenler daha az uzman ruh sağlığı hizmeti almışlardır ve genel pratisyenlerine duygusal sorunlarından daha az söz etmişlerdir. Somatize edenlerin genel pratisyenlerine kişisel sorunları hakkında konuşma eğilimleri belirgin şekilde daha az olmuştur ve anksiyete ya da üzüntü için daha az yardım arama eğiliminde olmuşlardır ⁽⁷⁾.

Tıbben açıklanamayan belirtisi olan 233 birinci basamak hastasının incelendiği bir araştırmada; birçok hastanın basit açıklamalar yerine çoklu hastalık atıflarının olduğu bulunmuştur. Nedensel atıfların sayısı somatik semptomların sayısı ile doğru oranlı olarak bulunmuştur. Somatoform semptomları olan hastaların organik hastalık inançları hakkında daha yüksek puan almış olsa da, depresyon ve anksiyete ile komorbidite daha çok psikolojik atıflar ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete somatoform bozukluklar ile sıklıkla birlikte

görüldüklerinden, psikolojik hastalık atıfları yukarıdaki sonuçları doğrulayan şekilde bu hasta grubunda yaygın bulunmuştur ^(7, 105, 106).

Sağlıklı kontroller ile yapılan bir çalışma atıf tarzlarının tek-boyutlu olmadığını, insanların çok farklı olan iki ya da üç atıf tarzına sahip olabileceklerini doğrulamıştır. Bu çalışmada, psikolojik atıfların yüksek derecedeki somatik yakınmalar ve olumsuz duygulanım ile ilişkili oldukları bulunmuştur. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, psikolojik atıflar ve somatik yakınmalar arasındaki pozitif ilişkinin yalnızca olumsuz duygulanımı ya da depresif semptomları olan insanlar için geçerli olduğu görülmektedir. Eğer hastanın somatik yakınmaları mevcutsa ve ruhsal yakınmaları yoksa semptomlar ve organik atıflar arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır ⁽¹⁰⁵⁾.

Nedensel hastalık atıfları ve tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtiler arasındaki ilişki birçok modelde belirtilene göre çok daha fazla karmaşıktır. Organik hastalık atıfları sağlık hizmeti kullanımının artmasına katkı sağlamaktadır. Hem organik hem psikolojik hastalık açıklamalarından yüksek puan almak tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtileri olan hastalar için geçerli olabilmektedir ve bu hastaların, özellikle komorbid anksiyete ya da depresyon semptomu olanların, psikolojik hastalık atıflarından yüksek puan aldıkları bulunmuştur ⁽¹⁰⁵⁾.

2.3. Baş Ağrısı, Somatizasyon ve Psikiyatri

2.3.1. Somatizasyon ve Psikiyatrik Bozukluklar

Açıklanamayan bedensel belirtiler birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranlarda sık görülmekte ve önemli işlevsel bozukluğa neden olmaktadır. Ayrıca tıbbi yardım istekleri ve psikiyatrik tanı oranları yüksek bulunmuştur. Somatoform bozukluklar, anksiyete, duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar gibi hemen hemen bütün psikiyatrik bozukluklarda bedensel belirtilere rastlanmaktadır ⁽⁸⁴⁾.

Bedensel belirtilerin geniş kapsamlı klinik bir görünümü olan “somatizasyon”, pek çok psikiyatrik hastalığın gelip geçici yakınması veya temel belirtisi olabileceği gibi, kültürel ve sosyal boyutlardan etkilenen bedensel bir stres ifadesi, öğrenilmiş bir davranış biçimi, organik bir bozukluk belirtisinin abartılı söylemi, bazı kişilik özelliklerinin temsili de olabileceği söylenmektedir ^(64, 67, 107).

Akut gelişen bedenselleştirme belirtileri genellikle yakın zamanlarda yaşanan psikososyal stresörlere bağlı olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir. Kronik bedenselleştirme belirtilerinin ise depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi bir ruhsal bozuklukta görülmesi daha sıktır ⁽¹⁰⁸⁾.

Bedenselleştirme ve psikiyatrik bozuklukların incelendiği bir araştırmada beş ya da daha fazla bedensel belirtisi olan kişilerin %63'ünde psikiyatrik belirtiler tespit edilmiş, %50 sinde psikiyatrik tanı kriterleri karşılanmıştır. Bedensel semptomu olmayanlarda bu oran %7 bulunmuştur. Somatizasyon belirtilerine eşlik eden anksiyete bozukları, major depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki bulunmuştur ⁽¹⁰⁹⁾. Bedenselleştirme en sık anksiyete bozuklukları ve depresyona eşlik etmekte veya bu durumlara ikincil olarak ortaya çıkmaktadır ⁽¹⁰⁷⁾. Somatizasyon hastalıkların gidişatını kötüleştirmekte ve yeti yitimini arttırmaktadır. Diğer yandan somatizasyon, depresyon ve anksiyete belirtilerini maskeleyerek tanı koymayı güçleştirebilmektedir ^(52, 110).

Psikiyatrik bozukluklar işlevsel bedensel sendromları iki farklı açıdan etkilemektedir. İlk olarak güçlü bir duyguya eşlik eden otonomik uyarılmanın daha fazla bedensel belirtiyeye yol açabileceği; ikinci olarak depresyon, anksiyete veya diğer psikiyatrik bozuklukların; belirti algılama, belirtiye dikkat etme ve belirtiyeyi yorumlama süreçleri vasıtasıyla bedensel sıkıntıyı arttırabileceği, büyütebileceği söylenmektedir ⁽⁷²⁾.

Toplumsal çalışmalarda pek çok bedensel belirtinin basit ilaçlar alarak, ya da onları yok sayarak, normal kabul edilerek geçiştirilmekte olduğu gözlenmiştir. Bedensel belirtilerle zorlayıcı bir yaşam olayı veya psikiyatrik bozukluk varlığında yardım arama davranışı birlikte görülmektedir. Klinik örneklemelere bakıldığında, tıbben açıklanamayan ya da işlevsel bedensel sendrom gruplarında görülen yüksek psikiyatrik morbidite oranı, yardım arama davranışının bir bileşeni olabileceğine inanılmaktadır ^(67, 72). Erken dönem aile ortamı, daha önceki hastalık yaşantısı ve bazı kişilik özellikleri, kişide açıklanamayan bedensel belirtiler geliştirmesine yol açabilmektedir. Ruhsal sıkıntı ya da psikiyatrik bozukluk varlığı, bedensel bir hastalık olsun ya da olmasın sağlık hizmeti kullanımını arttırdığı görülmekte ve hekim hasta ilişkisinin kalitesine de önemli oranda etkilemektedir ⁽⁷²⁾.

2.3.2. Ağrı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen sübjektif bir deneyim olan ağrının temel öğeleri noisepsiyon (doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan karmaşık elektrokimyasal olaylar serisinin bütünü); ağrının oluşumu, ağrının algılanması ve ağrının oluşumu, acı çekme ve ağrıya bağlı davranışlar olarak sıralanabilir ⁽¹¹¹⁾.

Akut ağrı organizmayı alarme eden önemli bir uyarı fonksiyonudur. Hasta açıkça rahatsızdır ve ağrıya bağlı davranışları olabilmektedir (bağırma, kıvrınma, bulantı, soluk ve terli görünüm). Kronik ağrıda noisepsitif uyarıcı ya ortadan kalkmıştır ya da ağrının sürmesini açıklayamamaktadır. Ağrı anlaşılamayan mekanizmalar ile merkezileşmektedir. Kronik ağrısı olan hastaların ağrıya nörofizyolojik ve psikofizyolojik uyum göstermesiyle akut ağrı davranışları ortadan kalkmaktadır. Ancak özgül ağrı yollarının kesilmesi bile kişinin acısını ortadan kaldırmayabilir ⁽¹³⁾.

Genel tıbbi bir duruma bağlı oluşan ağrı da kişinin ruhsal durumunu etkilemektedir. Akut ağrılar sıklık durumuna göre beklenti anksiyetesi ve depresyon oluşturabilmektedir. Kronik ağrıya neden olan durumlarda ise irritabilite, psikomotor retardasyon, hastalık uğraşlarında artma, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları ve libido azalması gibi psikolojik etkiler ortaya çıkmaktadır. Kronik ağrı ortaya çıkardığı kısıtlılıklarla birlikte psikiyatrik belirtilere neden olmaktadır ⁽¹¹²⁾.

DSM-IV ve ICD-10 tanımlanan somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve somatik tip sanrılı bozukluk tanı kriterleri arasında “ağrı” terimi geçmektedir ^(113, 114). Ayrıca duygudurum bozukluklarında da ağrının sık görüldüğü bildirilmektedir ⁽⁸⁴⁾. DSM-IV'e göre, ağrıyı ortaya çıkaran fizik neden/nedenler olsa bile, ağrı yakınması bu durumda oluşması beklenenden çok daha fazlaysa veya ağrıyı açıklayabilecek genel tıbbi bir durum bulunamıyorsa, ağrı bozukluğu tanısı koyulabilmektedir. Ağrı bozukluğu olan bir kişide zamanla tabloya depresyon eklenmesi durumunda, her iki tanı birlikte koyulabilir ⁽¹¹⁵⁾.

DSM-IV- TR'ye göre Ağrı Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. Bir ya da daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı klinik görünümün önde gelen özelliğidir ve klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirecek denli şiddetlidir.

B. Ağrı, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin önemli bir rolünün olduğu yargısına varılır.

D. Bu belirtiler belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkarılmamakta ya da bu tür belirtileri varmış gibi davranılmamaktadır.

E. Ağrı, bir duygudurum, anksiyete bozukluğu ya da psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve disparoni için tanı kriterlerini karşılamamaktadır.

Psikolojik etkenlerin eşlik ettiği ağrı bozukluğu: Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin başlıca rolü oynadığı yargısına varılır.

Hem psikolojik etmenlerin hem de genel tıbbi bir durumun eşlik ettiği ağrı bozukluğu: Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde hem psikolojik etkenlerin hem de genel tıbbi durumun önemli rolünün olduğu yargısına varılır.

a. Akut: 6 aydan daha kısa sürer

b. Kronik: 6 ay ya da daha uzun sürer

2.3.3. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Genel olarak baş ağrısının psikiyatrik nedenini destekleyen çok sınırlı kanıt olmakla birlikte baş ağrısı ile psikiyatrik bozukluklar çeşitli psikolojik etmenlerle ilişkilendirilmiştir. Psikolojik ve psikiyatrik faktörlerin baş ağrısıyla ilişkisi 3 şekilde sınıflandırılabilir: psikolojik etmenler baş ağrısına yatkınlık yaratıyor olabilir, psikolojik etmenler bir baş ağrısı atağını tetikleyebilir, bir atağın süresini ve şiddetini artırıyor olabilir ve baş ağrısının kendisi bir psikiyatrik bozukluğun görünümü olabilmektedir⁽¹¹⁶⁾.

Major depresif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve uyum bozukluklarını kapsayan birçok psikiyatrik bozukluk ile birlikte baş ağrısı görüldüğü bildirilmektedir⁽⁵¹⁾.

1988’de yapılan Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflaması’nda gerilim tipi baş ağrısının ruhsal hastalık ya da faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabileceği belirtilmiş, psikiyatrik bozukluklardaki baş ağrısı sınıflamada yer almamıştır. Ancak

2004 yılında yayımlanan ikinci Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflaması'nda psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı, sekonder baş ağrıları başlığı altında sınıflamaya eklenmiştir. Bu alanda çok az araştırma olması nedeniyle bu bölümün kısa kaldığı belirtilmektedir. Bu sınıflamada semptomatik olarak baş ağrısı ile kendisini gösterebilen somatizasyon bozukluğu ve psikotik bozukluğa bağlı baş ağrısı kriterleri sınıflamaya eklenmiştir. Ancak baş ağrısıyla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmaları arttırmak ve geçerliliğinin sınanması için Major depresif bozukluğa, panik bozukluğa, yaygın anksiyete bozukluğuna, farklılaşmamış somatoform bozukluğa, sosyal fobiye, ayrılık anksiyetesi bozukluğuna ve travma sonrası stres bozukluğuna bağlanan baş ağrısı kriterleri ek kısmında tanımlanmıştır (Tablo 2.2) ⁽⁵¹⁾.

Madde bağımlılığı, kötü kullanım veya kesilme sonrası oluşan baş ağrısı, akut intoksikasyona bağlanan baş ağrısı ve ilaç aşırı kullanımına bağlı baş ağrıları bu grupta sınıflanmamaktadır.

Tablo 2.2- Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (ICHD) Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı (2004) ⁽¹¹⁷⁾

B. Sekonder Baş Ağrıları
12. Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı
12.1. Somatizasyon bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
12.2. Psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı
Ek bölümde yer alan tanımlamalar
12.3. Major depresif bozukluğa bağlanan baş ağrısı
12.4. Panik bozukluğa bağlanan baş ağrısı
12.5. Genelleşmiş anksiyete bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
12.6. Farklılaşmamış somatoform bozukluğa bağlanan baş ağrısı
12.7. Sosyal fobiye bağlanan baş ağrısı
12.8. Ayrılık anksiyetesi bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
12.9. Travma sonrası stres bozukluğuna bağlanan baş ağrısı

Yeni bir baş ağrısı ilk olarak ortaya çıkışında psikiyatrik bir bozukluk ile yakın zamansal ilişki içerisinde ortaya çıktığında bu baş ağrısı mevcut bozukluğa bağlanan ikincil baş ağrısı olarak adlandırılmaktadır. Baş ağrısı primer baş ağrılarından birinin özelliğini taşıyor olsa bile bu adlandırma geçerli olmaktadır ⁽⁵¹⁾.

Psikiyatrik hastalıklara bağlanan baş ağrısı tanısı yalnızca psikiyatrik bozukluğun kendiliğinden düzelmesi ya da tedaviden sonra iyileşmesinin ardından ağrının azalması veya kaybolması ile kesinleşmektedir. Bu durum gerçekleşmemişse *olası psikiyatrik hastalığa bağlanan baş ağrısı* tanısı konmaktadır ⁽⁵¹⁾.

Somatizasyon bozukluğuna bağlanan baş ağrısı

Tanı ölçüleri:

A. Bilinen tipik özellikleri olmayan, C ölçütünü karşılayan baş ağrısı

B. DSM-IV ölçütlerini karşılayan somatizasyon bozukluğunun varlığı:

1. 30 yaşından önce başlayan, uzun seneler boyunca devam eden ve tedavi arayışı ve\veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsel alanlarda bozulmayla sonuçlanan birçok fiziki yakınma öyküsü

2. En az dört ağrı belirtisi, ağrı dışında iki mide-barsak belirti, bir cinsel veya üremeye ilgili belirli ve bir psödonörolojik belirti

3. Uygun araştırmalardan sonra, bu fiziksel belirtilerin hiçbiri bilinen genel tıbbi bir durumla veya bir maddenin veya ilacın direkt etkileri ile tam olarak açıklanamaz veya eğer ilişki bir tıbbi bir durum varsa, yakınmalar veya bozulma, öykü, muayene veya laboratuvar bulgularına göre, beklenenden çok fazlasıdır.

C. Baş ağrısı başka bir nedene bağlanamaz.

Psikotik bozukluğa bağlanan baş ağrısı

Önceden kullanılan terimler

Sanrısız baş ağrısı

Tanı ölçüleri:

A. Bilinen tipik özellikleri olmayan, C-E ölçütlerini karşılayan baş ağrısı

B. DSM-IV ölçütlerini karşılayan sanrısız bozukluk, şizofreni, psikotik özellikleri olan majör depresif epizod, psikotik özellikleri olan manik epizod, veya diğer psikotik bozukluk bağlamında ortaya çıkan, baş ağrısının varlığı ve\veya etyolojisi ile ilgili sanrısız inanç

C. Baş ağrısı, sadece sanrısız olduğu sırada ortaya çıkar.

D. Sanrılar kaybolunca baş ağrısı geçer

E. Baş ağrısı, başka bir nedene bağlanamaz.

Psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı

Tanı ölçüleri:

- A. Bilinen tipik özellikleri olmayan, C-E ölçütlerini karşılayan baş ağrısı
- B. DSM-IV tanı ölçütlerini karşılayan psikiyatrik bozukluk varlığı
- C. Baş ağrısı, sadece psikiyatrik bozukluk varlığı sırada ortaya çıkar.
- D. Sanrılar kaybolunca baş ağrısı geçer
- E. Baş ağrısı, başka bir nedene bağlanamaz.

Birinci eksen psikiyatrik hastalıklar genellikle ağrı ile ilişkili olarak sınıflandırmalarda yer almaktadır; ikinci ekseninde yer alan psikiyatrik hastalıkların baş ağrısı ile ilişkisi daha az incelenmiştir ancak baş ağrısı tedavisini belirgin şekilde zorlaştırdığı düşünülmektedir ⁽¹¹⁸⁾. Acil servise müracaat eden borderline kişilik bozukluğu vakalarında yapılan araştırmada, genel popülasyondan belirgin olarak farklı bir şekilde vakaların %60'ın da ciddi baş ağrısı yakınması bulunmuştur ⁽¹¹⁹⁾.

Çok sayıda epidemiyolojik çalışma ve toplum çalışmasında reküran baş ağrısı hastalarında genel popülasyona kıyasla psikiyatrik bozuklukların (depresyon ve anksiyete gibi) daha sık görüldüğü ve psikopatoloji görülme oranının arttığı ve klinik popülasyonlarda, olduğundan fazla temsil edildiği gösterilmiştir ⁽¹¹⁸⁾.

Psikolojik semptomlarında artma olan hastaların tıbbi yardım arama eğiliminin daha yüksek olduğunu gösteren yayınlar da bulunmaktadır. Psikiyatrik komorbidite sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmaktadır ve baş ağrısı tedavisi için daha kötü bir prognoza işaret etmektedir ⁽¹¹⁹⁾.

Baş ağrılarının önemli bir bölümü migren ve gerilim tipi baş ağrısı özelliğinde olan süreğen (kronik) ağrılardır ⁽³⁰⁾. Kronik ağrı hastanın ruhsal sağlığı ve sosyal yaşamına zarar verebilir. Ağrı uzun sürdükçe hastanın gerginliği ve çökkünlüğü artar, sosyal yaşamdan uzaklaşarak bedensel uğraşları artmaktadır ⁽¹²⁰⁾. Süreğen (kronik) baş ağrıları kişiyi, yaşamının önemli bir bölümünde hem ağrı özelliği ile hem de ağrının dolaylı ve dolaysız sonuçları ile etkileyebilmektedir ⁽³⁰⁾.

2.3.4. Baş Ağrısı ve Somatizasyon

Epidemiyolojik çalışmalar toplum içinde sıklıkla görülen bedensel belirtileri baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmektedirler ⁽⁵⁾. Baş ağrısı insanların en sık yaşadığı bedensel belirtilerden ve ağrı türlerinden biri olması yanında en

süreğen belirtilerden birisidir. Khan (2000), Gruje ve Simon'un (1999) yaptıkları araştırmalarda bedensel yakınma türlerinin birçoğunun süreğen olma oranı %20 ile %25 arasındayken, sırt ağrısı, baş ağrısı ve müskuloskeletal yakınmalar gibi belirtilerin %35 ve %45 arasında değişen daha uzun süre devam etme oranları bulunmaktadır ⁽⁶⁾.

Kadın baş ağrısı kliniğinde yapılan bir çalışmada, kronik baş ağrısı olan hastalarda bedensel belirtiler ve depresyon yaygın bulunmuş ve hastaların üçte birlik kısmında bedensel belirti şiddeti yüksek bulunmuştur. Bu hastalarda depresyon belirtileri (yorgun hissetme/düşük enerji ve uykuya dalmakta güçlük) ile binişen bedensel belirtilerin ağrı semptomlarından yaklaşık olarak iki kat fazla olduğu gözlenmiştir ⁽¹²⁾.

Baş ağrısı hem belirti hem de bozukluk düzeyinde sık karşılaşılan durumdur. Her iki durumda da ruhsal sıkıntı veya bozuklukların oluşturucu ya da eşlikçi olarak bildirilmesi, baş ağrısı ile somatik belirtiler arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma olmasından yola çıkarak baş ağrısı olanlarda ruhsal sorunlar ve bunların özellikleri; baş ağrısı hastalarında bedensel belirtilerin sıklığı, ruhsal sorunlarla ilişkisi, bedensel belirtilere yönelik atıf tarzlarının etkilerinin araştırılması planlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

“Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri, Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar” adlı araştırma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Kurul Komisyonu Başkanlığı’ndan 22.09.2011 tarih ve 2010/29 sayılı yazısı ile onay alınmıştır.

3.1. Hasta Seçimi

3.1.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi (AİBÜ-TF) Psikiyatri ve Nöroloji polikliniğinde yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri 07.09.2010- 25.03.2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni

Denek grubu (Baş ağrısı grubu)

AİBÜ-TF Nöroloji polikliniğine baş ağrısı yakınmasıyla başvuran tüm hastalar içinde araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayanlar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri:

- a. 18 – 65 yaş aralığında olmak
- b. Kendi bildirimli çizelge ve ölçekleri anlayıp yanıtlayabilecek ölçüde okuryazar olmak
- c. Anlama ve anlaşmayı zorlaştıracak ölçüde işitme ya da görme kusuru olmaması
- d. Bunama, psikoz, zeka geriliği vb. nedenlerle bilişsel yetersizliği olmamak
- e. Veri alınmasını güçleştirecek ya da engelleyecek ölçüde bedensel hastalığı olmamak

Araştırma süresince AİBÜ-TF Nöroloji polikliniğine başvuran 2321 hastanın 631’inin temel başvuru nedeni baş ağrısı idi. Baş ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların tanıları ICHD sistemi temelinde klinik olarak yapılmıştır. Hastalardan kriterlere uyanlara çalışma ayrıntılarıyla anlatılmış ve araştırmayı kabul eden 82 hastanın “Bilgilendirimli Olur”ları alınmıştır.

Çalışma sırasında değerlendirilen hastaların 11'inde sekonder baş ağrısı olması nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. Toplam 71 baş ağrısı hastası denek grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu (Psikiyatrik başvuru grubu)

AİBÜ-TF Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla ilk kez başvuran veya en az altı aylık bir süre psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan kişilerden araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ve klinik görüşme sırasında psikotik özellikli olmayan, I. eksen psikiyatrik hastalığı olduğu ön kararına varılan hastalara çalışmaya katılmaları teklif edilmiş ve kabul edenlerin “Bilgilendirimli Olur”ları alınmıştır. Temel yakınmaları arasında baş ağrısı olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik ve Baş Ağrısı Bilgi Çizelgesi;

Hastaların telefon iletişim bilgileri, yaş, cinsiyet, doğum yeri, yaşanılan yer, kardeş ve çocuk sayısı, medeni durum, öğrenimi, çalışma durumu, kişi başı ve toplam aylık gelir, sosyal güvence, kimlerle yaşanıldığı, bedensel hastalık varlığı, baş ağrısı varlığı, baş ağrısı süresi, stresör varlığı, sigara ve madde kullanımı, ailede bedensel ve ruhsal hastalık varlığı, baş ağrısı varlığını sorgulayan, araştırmacılarca hazırlanan, yarı yapılandırılmış bir çizelge kullanılmıştır. Aile ile ilgili bilgiler çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

3.2.2. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Kılavuzu 5.0.0 [The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)] Türkçe uyarlaması;

Sheehan ve Lecrubier (1998) tarafından geliştirilen DSM-IV ve ICD-10'daki Eksen-1 psikiyatrik rahatsızlıklar için düzenlenmiş yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları MINI'nin DSM-III-R için hazırlanmış SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders) ve CIDI (The Composite International Diagnostic Interview; Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICD-10'u kullanan uzman olmayan görüşmeciler için geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşme aracı) ile karşılaştırılmasıyla yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları MINI'nin kabul edilebilir seviyede yüksek güvenilirlik ve geçerlilik

skorları olduğu, ancak yukarıda adı geçen araçlardan daha kısa sürede uygulanabileceği gösterilmiştir. MINI Plus, MINI'nin daha ayrıntılı bir baskısıdır. Diagnostik sınıflandırmayla uyumlu, birbirinden ayrılmış modüllere bölünmüş ve her modülün başlangıcında (psikotik bozukluklar modülü hariç) bozukluğun ana ölçütleriyle uyumlu tarama soruları vardır. Tarama sorularına evet cevabı verilmesi halinde ayrıntılı değerlendirmeye geçilmektedir. MINI'nin Türkçeye çevirisi Engeler (2004) tarafından yapılmıştır⁽¹²¹⁾.

3.2.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) (Somatosensory Amplification Scale, SSAS);

Barsky ve arkadaşları, hipokondriyak hastalarda bedensel duyumların "gerekenden" fazla bozulduğu hipotezinden⁽¹²²⁾ yola çıkarak bu hastaların, hastalığa özgü olmayan rahatsızlık veren hafif bedensel deneyimlerine olan duyarlılık yanıtlarını değerlendiren bir ölçektir. 1-5 arası puanlanan, 10 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan, büyütme/abartma puanı olarak değerlendirilir. Türkçe güvenilirlik çalışması Sayar ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır⁽¹⁰²⁾. Kesme puanı olmadığı için yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşımaktadır.

3.2.4. Semptom /Belirti Yorumlama Ölçeği–Türkçe uyarlama (BYÖ-TU)

Belirti atıflarının ölçüldüğü 39 soruluk, kişilerin kendi kendine uyguladıkları bir ölçektir. Bedensel, ruhsal ve normal atfın değerlendirildiği üç alt ölçeği vardır. Ölçeğin özgün hali, 13 yaygın somatik semptomun her biri için üç olası nedensel (bedensel, ruhsal ve normal) atfın likert tipi derecelendirmesine dayanmaktadır. Derecelendirmede 1 “hiç”, 2 “biraz”, 3 “çok”, 4 “pek çok” seçeneklerini içermektedir. Araştırmamızda kullandığımız ölçek, 42 soruluk (14 x 3) ve beşli likert tipi dercelendirmeye dayanmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik öncesi uyarlama sırasında derecelendirilmesi beşli likert tipine dönüştürülmüştür. Derecelendirme 1 “hiç”, 2 “biraz”, 3 “orta”, 4 “çok”, 5 “pek çok” şeklindedir. Türkçe uyarlamasında ikinci değişiklik ise 14. Soru ile “göğüste sıkışıklık hissi” olarak dile gelen bedensel belirtinin de ölçeğe eklenmesidir^(123, 124).

BYÖ-TU yaygın bedensel belirtilerin yorumlanmasında kişilerin kullandığı atfı değerlendirmektedir. On dört bedensel belirtinin, fiziksel bir hastalık nedeniyle

olduğu (somatizasyon), ruhsal nedenlerden kaynaklandığı (psikolojizasyon), veya normal çevresel uyaranlara bağlı durumsal bir duyum olduğu (normalizasyon) şeklinde yorumlanması, şiddet derecelendirilmesi ile birlikte sorgulanmaktadır. Robbins ve Kirmayer (1991) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve Sayar (2004), Duman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ^(123, 124). BYÖ’de saptanan bedensel belirti sayıları ile bedensel atıf ve ruhsal atıf alt ölçekleri arasında bağıntı bulunurken normalleştiren atıf alt ölçeği arasında anlamlı bir bağıntısı olmadığı görülmüştür. Ruhsal atıf alt ölçeği puanlarının psikiyatrik hastalığı olanlarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Geçmişte bedensel hastalık öyküsü olanların bedensel atıf alt ölçeğinden anlamlı oranda yüksek puan aldıkları bildirilmiştir ⁽¹²⁴⁾.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik araştırması sonucunda atıf puanlarının araştırma desenlerinde kullanılmak üzere ölçülmesi hedeflendiğinde ölçeğin, katılımcıları çoktan seçme durumunda bırakmadan, her bir atıf için ayrı ayrı derecelendirme istenecek şekilde kullanılmasını önermektedir. Ancak yapılacak araştırmalarda kişileri atıf biçimlerine göre gruplandırmak amaçlandığında, yanıtların çoktan seçmeli olarak istenmesinin daha uygun sonuçlar verebileceği; bu yanıtlama tarzının seçilmesi durumunda ise BYÖ alt ölçek güvenilirliklerinin ayrıca hesaplanması gerektiği bildirilmektedir ⁽¹²⁴⁾.

3.2.5. Belirti Tarama listesi (SCL-90-R)

Özgün adı Symptom Check List-90 (SCL-90-R) olan çizelge, Derogatis (1974) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerdeki ruhsal belirtilerin ne düzeyde bulunduğunu ve bu belirtilerin hangi alanlarla ilgili olduğunu ölçen bir gereçtir. Ölçek dokuz ana belirti kümesi ve ek belirtiler kümesi olmak üzere 10 küme içermektedir. Bu belirti kümeleri somatizasyon, obsesif-kompulsif davranış, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke, düşmanlık, fobik reaksiyon, paranoid düşünce, psikotizm ve ek belirtileri (uyku ve yeme bozuklukları) içermektedir. 90 maddeden oluşur. Her maddenin “son bir ay içinde kişiyi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini” değerlendirmelerini isteyen bir yönergeyle uygulanan 5’li likert tipi bir ölçektir. Her soru için; (0)Hiç, (1)Çok az, (2)Orta derece, (3)Oldukça fazla, (4)İleri derecede şeklinde işaretlemelerde bulunarak beş dereceli bir ölçme ifadesi

vermektedir. Ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanmaktadır. “Genel Belirti Düzeyi (Global Symptom Index/GSI)” boş bırakılanlar dışındaki tüm maddelere verilen puanların ortalamasını; “Pozitif Belirti Toplamı (Positive Symptom Total/ PST)” hiç seçeneğiyle işaretlenenler dışındaki öbür maddelerin ham sayı toplamı; “Pozitif Belirti Düzeyi(Positive Symptom Distress Index/PSDI)” hiç olarak işaretlenenler dışındaki maddelerin dereceleme puanları toplamının PST’ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değeri verir. Ölçek genel ortalama puanı olan GSI’deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. PST artıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını göstermekte; PSDI’deki artış bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını göstermektedir ^(126, 127).

Ölçek dilimize çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışmaları iki farklı araştırmacı (Dağ 1991; Kılıç 1991) tarafından yapılmıştır ⁽¹²⁸⁾.

Yapılan çalışmalarda, ülkemiz üniversite öğrencileri için ortalama 1.00 GSI puanı baz olarak alınabileceği önerilmiştir ⁽¹²⁷⁾. Ölçekten alınan GSI puan sınırları 0.00 ile 1.50 arası “araz düzeyi düşük” olarak kabul edilmektedir ⁽¹²⁹⁾. Daha önceki çeşitli araştırmalarda SCL-90-R’den farklı gruplar için farklı ortalamalar elde edilmiştir ⁽¹²⁸⁾. Tarama amacıyla kullanıldığında genel belirti düzeyinin kesme puanı sıklıkla 1 puan olarak alınmaktadır. Alt ölçekler için de o alt ölçeği oluşturan tüm soruların toplamından elde edilen puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilen değer kullanılır.

Araştırmamızda, bedenselleştirme alt ölçeği ve diğer bölümlerdeki (anksiyete, depresyon ve ek belirti alt ölçeği içindeki) bedensel belirtileri içeren maddeler alınmış ve toplam 24 belirti sorgulanmıştır.

3.2.6. Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale- VAS)

Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 10 santimetrelik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Yatay ya da dikey; "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bu çizgi sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da ağrı

tanımlamada, hat üzerine konan tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. Genel olarak vertikal hattın daha kolay anlaşıldığı kabul edilmektedir. İşaret konulan nokta ile hattın en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir. VAS, uluslararası standart, görsel bir skala olarak diğer ülkeler ve Türkiye’de kullanılmaktadır. Prices (1983) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır^(130, 131, 132).

3.3. Yöntem

3.3.1 Uygulayıcılar

AİBÜ-TF Nöroloji polikliniğine baş ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların değerlendirmeleri ve baş ağrısı tanıları Prof. Dr. Nebil Yıldız danışmanlığında çalışan araştırma görevlisi Dr. Ayşe Çevik tarafından yapılmıştır. Nöroloji polikliniğinden baş ağrısı değerlendirilmesi yapılarak yönlendirilen hastaların ve psikiyatri polikliniğinde I. eksen psikiyatrik hastalığı olduğu ön kararına varılan hastaların psikiyatrik değerlendirmeleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.3.2. Uygulama

Araştırma süresince AİBÜ-TF Nöroloji polikliniğine baş ağrısı ana şikayetiyle başvuran hastalardan çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma ayrıntılarıyla anlatılmış ve “Bilgilendirimli Olur”ları alınmıştır.

AİBÜ-TF Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla ilk kez başvuran veya en az altı aylık bir süre psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan kişilerden çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma ayrıntılarıyla anlatılmış ve “Bilgilendirimli Olur”ları alınmıştır.

Araştırmaya alınan tüm hastalara kendi bildirimli SCL–90 somatik belirtileri içeren ölçeği, Vizüel Analog Skala (VAS), Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği (BDBÖ), Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ) ve kendi bildirimli MINI- Tarama formu uygulanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından dolduruldu, standart psikiyatrik değerlendirme yapıldı, sonra MINI–tarama formunda “evet”

işaretleyenlere MINI-Plus 5.0.0 nöropsikiyatrik görüşme ile psikiyatrik tanı değerlendirmesi yapıldı.

Değerlendirme sonrasında I. eksen psikiyatrik hastalık tanısı konan hastalar olağan hizmet akışında tedaviye alınmıştır.

3.3.3. Analizler

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 17.0 programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Bonferroni çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Analizler Prof. Dr. Mustafa Sercan ve Yrd. Doç. Dr. Aysu Kıyan tarafından yapılmıştır.

4. BULGULAR

4. 1. Örneklemin Demografik Özellikleri

Araştırma verileri 07.09.2010- 25.03.2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırma süresi içinde değerlendirilen 71 baş ağrısı hastası Nöroloji polikliniğine başvuran ve araştırma ölçütlerini karşılayan bütün hastalar olması nedeniyle cinsiyet dağılımı arasındaki sayısal fark dikkate alınmamıştır. Psikiyatrik hasta grubunda da yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 71 kişi bulunmaktaydı. Araştırmaya toplam 142 kişi katılmıştır. Örneklemin % 12,7' ü erkek (n=18), % 87,3'ü kadın (n=124) idi. Her iki hasta grubunda hastaların 62'si kadın, 9'u erkekti.

4.1.1. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Örneklemin sosyodemografik ve klinik özelliklerinde kategorik değişkenlerde gruplar arası fark olup olmadığı ki-kare analizi ile incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Psikiyatrik hasta grubunda kırsal doğumlu olanlar anlamlı olarak fazlaydı. Son 10 yıldır yaşadığı yer açısından gruplar arasında fark yoktu.

Gruplardaki hastaların medeni durumları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık yoktu. Her iki grupta da evli olanlar çoğunlukta idi. Çocuk sahibi olmak açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Bir-iki çocuğu olanlar çoğunlukta idi.

Baş ağrısı grubunun 47 (% 66.2)'si anne, baba ve kardeşten oluşan çekirdek aile içinde yaşadığı, 13 (% 18.3)'ü geniş ailede, 11 (% 15.5)'inin ise öğrenci yurdu, arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşadığı görülmüştür. Psikiyatrik başvuru grubunun 40 (% 56.3)'i anne, baba ve kardeşten oluşan çekirdek aile içinde yaşadığı, 11 (% 15.5)'i geniş ailede, 20 (% 28.2)'sinin ise öğrenci yurdu, arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşadığı görülmüştür.

Çalışmaya alınan hastaların yaş dağılımı 18- 65 arasındaydı. Genel yaş ortalaması baş ağrısı hastaları için 34,96 yıl, psikiyatrik hasta grubu için 33,14 yıl olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre yaş ortalaması kadınlar için 34,64 yıl, erkekler

için 30 yıl şeklindeydi. Gruplar arasında yaş açısından fark anlamlı değildi (Tablo 4.2).

Hastaların öğrenim durumlarına bakıldığında baş ağrısı hastalarında 30 (% 42.3) kişi ilkokul, 9 (% 12.7) kişi ortaokul, 25 (% 35.2) kişi lise, 7 (% 9.9) kişi yüksek okul – üniversite bitirmişti. Psikiyatrik hasta grubunda 1 (% 1.4) kişinin 3 yıllık öğrenimi vardı, 25 (% 35.2) kişi ilkokul, 6 (% 8.5) kişi ortaokul, 28 (% 39.4) kişi lise, 11 (% 15.5) kişi yüksek okul – üniversite bitirmişti. Toplam öğrenim yılı açısından, baş ağrısı hastalarında öğrenim yılı ortalaması baş ağrısı grubunda 8,99 yıl olarak bulunurken, psikiyatrik hasta grubunda 9,56 yıl olarak saptanmıştır. Genel hasta grubu içerisinde en az öğrenim süresinin 3 en fazla öğrenim süresinin ise 17 yıl olduğu gözlenmiştir. Gruplar arasında öğrenim açısından fark anlamlı değildi.

Hastaların çalışma yaşamları araştırıldığında, baş ağrısı hastalarında 18 (% 25.4) kişinin gelir getirici bir işte çalıştığı, 53 (% 74.6) kişinin çalışmadığı saptandı. Çalışmayan kişilerin 19'u öğrenci ve emekli kişilerdi. Psikiyatrik hastaların 21 (% 29.6)'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, 50 (% 70.4)'sinin çalışmadığı saptandı. Gelir getirici bir işte çalışmayan kişilerin 19'u öğrenci ve emekli kişilerdi. 2 grup arasındaki fark anlamlı değildi.

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, destek sistemi, sosyal ve çalışma ortamı gibi sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 4.1.)

Çalıştıkları ortamın ve sosyal ortamların sınıflandırılmasının istendiği sorulara verilen cevaplar açısından anlamlı fark yoktu. Her iki grupta da çalışma ortamlarının taşıyabileceği ölçüde gergin olduğu değerlendirildi.

Her iki grubun bir problem yaşadığında aldığı desteği değerlendirmesi istenince baş ağrısı grubunun 48 (% 67.6)'i destek sistemlerinin yeterli olduğunu belirtirken 23 (% 32.4)'ü bu desteği yetersiz buldu. Psikiyatrik başvuru grubunda bu oranlar sırasıyla 41 (% 57.7) ve 30 (% 42.3) idi. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 4.1.).

Gruplar arasında kişilerin bildirdiği subjektif stresör varlığı baş ağrısı grubunun 44 (% 62.0)'ünde, psikiyatrik başvurusu olan grubunun 63 (% 88.7)'ünde vardı ve psikiyatrik başvuru grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 4.2.).

Gruplar arasında kişi başına düşen aylık gelir ortalamaları açısından da anlamlı fark yoktu (Tablo 4.2.).

Tablo 4.1. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Baş Ağrısı	Psikiyatrik Başvuru	n	X ²	sd	p
Doğum yeri	Kırsal	5 (% 7.0)	14 (% 19.7)	19	4.922	1	0.027
	Kentsel	66 (% 93.0)	57 (% 80.3)	123			
Yaşadığı yer	Kırsal	3 (% 4.2)	2 (% 2.8)	5	0.207	1	AD
	Kentsel	68 (% 95.8)	69 (% 97.2)	137			
Medeni Durum	Bekar	22 (% 31.0)	24 (% 33.8)	46	3.154	2	AD
	Dul/Boşanmış	1 (% 1.4)	5 (% 7.0)	6			
	Evli	48 (% 67.6)	42 (% 59.2)	90			
Kimlerle Yaşıyor	Çekirdek aile	47 (% 66.2)	40 (% 56.3)	46	3.154	2	AD
	Geniş aile	13 (% 18.3)	11 (% 15.5)	6			
	Diğer	11 (% 15.5)	20 (% 28.2)	90			
Çocuk Sayısı	Yok	22 (% 31.0)	28 (% 39.4)	50	1.249	2	AD
	Bir-İki	37 (% 52.1)	31 (% 43.7)	68			
	Üç Ve Üzeri	12 (% 16.9)	12 (% 16.9)	24			
Öğrenim	Okuryazar	0 (% 0.0)	1 (% 1.4)	1	3.113	4	AD
	İlkokul	30 (% 42.3)	25 (% 35.2)	55			
	Ortaokul	9 (% 12.7)	6 (% 8.5)	15			
	Lise	25 (% 35.2)	28 (% 39.4)	53			
	Üniversite	7 (% 9.9)	11 (% 15.5)	18			
Öğrenimi bitirememesi nedeni	En Az Lise Mezunu-Devam Ediyor	33 (% 46.5)	39 (% 54.9)	72	3.726	3	AD
	Aile Göndermemiş	29 (% 40.8)	19 (% 26.8)	48			
	Ekonomik Nedenler	4 (% 5.6)	4 (% 5.6)	8			
	Diğer	5 (% 7.0)	9 (% 12.7)	14			
Çalışma durumu	Çalışmıyor	53 (% 74.6)	50 (% 70.4)	103	0.318	1	AD
	Çalışıyor	18 (% 25.4)	21 (% 29.6)	39			
Çalışma ortamı	Kişinin Taşıyabileceğinden Gergin	1 (% 5.6)	2 (% 9.5)	3	0.506	2	AD
	Kişinin Taşıyabileceği Ölçüde Gergin	13 (% 72.2)	13 (% 61.9)	26			
	Rahat	4 (% 22.2)	6 (% 28.6)	10			

AD: Anlamlı değil

Tablo 4.1. (Devam) Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Baş Ağrısı	Psikiyatrik Başvuru	n	X ²	sd	p
Sosyal ortamı	Kişinin Taşıyabileceğinden Gergin	5 (% 7.0)	10 (% 14.1)	15	2.45	2	AD
	Kişinin Taşıyabileceği Ölçüde Gergin	38 (% 53.5)	31 (% 43.7)	69			
	Rahat	28 (% 39.4)	30 (% 42.3)	58			
Sosyal güvencesi	Yok	0 (% 0.0)	1 (% 1.4)	1	1.007	1	AD
	Var	71 (% 100)	70 (% 98.6)	141			
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	17 (% 23.9)	20 (% 28.6)	37	0.614	3	AD
	SSK	46 (% 64.8)	44 (% 62.9)	90			
	Bağ-Kur	7 (% 9.9)	5 (% 7.1)	12			
	Diğer	1 (% 1.4)	1 (% 1.4)	2			
Stresör varlığı	Yok	27 (% 38.0)	8 (% 11.3)	35	13.69	1	0.000
	Var	44 (% 62.0)	63 (% 88.7)	107			
Destek sistemi	Yok	10 (% 14.1)	19 (% 26.8)	29	3.51	1	AD
	Var	61 (% 85.9)	52 (% 73.2)	113			
Destek sistemi yeterli mi?	Hayır	23 (% 32.4)	30 (% 42.3)	53	1.48	1	AD
	Evet	48 (% 67.6)	41 (% 57.7)	89			

Tablo 4.2. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının yaş ve kişi başına düşen aylık gelir açısından t testi ile karşılaştırılması

Grup	n	Ortalama	St. sapma	t	sd	p
Yaş	Baş Ağrısı	71	34.96	12.13	0.884	140
	Psikiyatrik Başvuru	71	33.14	12.34		
Kişi başına düşen aylık gelir (TL)	Baş Ağrısı	71	432.50	228.60	-1.131	140
	Psikiyatrik Başvuru	71	496.39	417.47		

Kişilerin yaşadığı stresör faktörleri arasında kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar her iki grup için en sık bildirilen stresördü (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının bildirdiği stresör faktörler ve sıklıkları

Stres faktörleri	Grup	
	Baş ağrısı	Psikiyatrik başvuru
Eş ilişkisinde sorun	8 (% 18.6)	11 (% 17.5)
Çatışmalı ilişkiler	6 (% 14.0)	12 (% 19.0)
Sağlık sorunu	7 (% 16.3)	10 (% 15.9)
Yaşam ortamının değişmesi	5 (% 11.6)	7 (% 11.1)
Akademik ve iş sorunu	5 (% 11.6)	6 (% 9.5)
Ekonomik sorun	4 (% 9.3)	6 (% 9.5)
Yakın kaybı, ayrılık	5 (% 11.6)	5 (% 7.9)
Diğer	3 (% 7.0)	6 (% 9.5)

4.1.2. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Grupları Alt Gruplarının Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırması

Örneklemdaki hastalarda baş ağrısı türleri arasında ve baş ağrısı olmayanlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için baş ağrısı grubu migren ve gerilim tipi baş ağrısı olanlar; psikiyatrik hasta grubu ise baş ağrısı olanlar ve olmayanlar şeklinde 2 gruba ayrılmıştır. Baş ağrısı hasta grubundaki küme baş ağrısı olan 1 hasta analize alınmamıştır. Bu dört grup sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır.

Yaş dağılımı açısından gruplar arasındaki fark anlamlı değildi (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının yaş, açısından karşılaştırılması.

	Varyansın Kaynağı	n	Ortalama	Standart sapma	F	p	Anlamlı fark
Yaş	Psibayok	27	34.67	12.884	0.529	AD	-
	Psibavar	44	32.20	12.059			
	Migren	43	35.37	11.902			
	Gerilim	27	34.52	12.870			

AD: Anlamlı değil. Karşılaştırma ANOVA (Post Hoc test : Bonferroni) ile yapılmıştır.

Gruplar: **Psibayok** - Psikiyatrik başvuru grubu baş ağrısı yok; **Psibavar** - Psikiyatrik başvuru baş ağrısı var; **Migren** - Baş ağrısı grubu migreni tipi baş ağrısı var; **Gerilim** - Baş ağrısı grubu gerilim tipi baş ağrısı var.

Medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer ve kişiler, çalışma ortamı ve sosyal ortamın özellikleri, maddi manevi destek olması, destek sisteminin yeterliliğinin değerlendirilmesi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Kişilerin bildirdiği subjektif stresör varlığı bakımından dört grup arasında anlamlı fark olmasına rağmen, baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları kendi içinde farklılık göstermemiştir (psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olmayan hastalarda % 88.9, baş ağrısı olanlarda % 88.6 olarak saptanırken baş ağrısı grubunda migren baş ağrısı olanlarda % 62.8, gerilim tipi baş ağrısı olanlarda % 63). Dört grup arasındaki farkın ana gruplardan kaynaklandığı görülmektedir. (Tablo 4.5 ve 4.1).

Tablo 4.5. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının sosyodemografik veriler açısından karşılaştırması

		Baş Ağrısı Türü				X ²	Sd	p
		Psibayok	Psibavar	Migren	Gerilim			
Kimlerle Yaşıyor?	Çekirdek Aile	15 (% 55.6)	25 (% 56.8)	28 (% 65.1)	18 (% 66.7)	3.78	6	AD
	Geniş Aile	4 (% 14.8)	7 (% 15.9)	9 (% 20.9)	4 (% 14.8)			
	Diğer	8 (% 29.6)	12 (% 27.3)	6 (% 14)	5 (% 18.5)			
Medeni Durum	Bekar	10 (% 37)	14 (% 31.8)	12 (% 27.9)	10 (% 37)	4.03	6	AD
	Dul/Boşanmış	2 (% 7.4)	3 (% 6.8)	1 (% 2.3)	0 (% 0)			
	Evli	15 (% 55.6)	27 (% 61.4)	30 (% 69.8)	17 (% 63)			
Öğrenim	Okuryazar	0 (% 0.0)	1 (% 2.3)	0 (% 0)	0 (% 0)	8.18	12	AD
	İlkokul	12 (% 44.4)	13 (% 29.5)	20 (% 46.5)	10 (% 37)			
	Ortaokul	2 (% 7.4)	4 (% 9.1)	5 (% 11.6)	4 (% 14.8)			
	Lise	8 (% 29.6)	20 (% 45.5)	13 (% 30.2)	11 (% 40.7)			
	Üniversite	5 (% 18.5)	6 (% 13.6)	5 (% 11.6)	2 (% 7.4)			
Çalışma durumu	Çalışmıyor	17 (% 63)	33 (% 75)	34 (% 79.1)	19 (% 70.4)	2.37	3	AD
	Çalışıyor	10 (% 37)	11 (% 25)	9 (% 20.9)	8 (% 29.6)			
Çalışma ortamı	Kişinin taşıyabileceğinden daha gergin	1 (% 10)	1 (% 9.1)	0 (% 0)	1 (% 12.5)	3.32	6	AD
	Kişinin taşıyabileceği ölçüde gergin	6 (% 60)	7 (% 63.6)	8 (% 88.9)	4 (% 50)			
	Rahat	3 (% 30)	3 (% 27.3)	1 (% 11.1)	3 (% 37.5)			

Tablo 4.5.(Devam) Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması

		Baş Ağrısı Türü				X ²	Sd	p
		Psibayok	Psibavar	Migren	Gerilim			
Sosyal ortamı	Kişinin taşıyabileceğinden daha gergin	6 (% 22.2)	4 (% 9.1)	2 (% 4.7)	3 (% 11.1)	9.76	6	AD
	Kişinin taşıyabileceği ölçüde gergin	7 (% 25.9)	24 (% 54.5)	24 (% 55.8)	14 (% 51.9)			
	Rahat	14 (% 51.9)	16 (% 36.4)	17 (% 39.5)	10 (% 37)			
Stresör	Yok	3 (% 11.1)	5 (% 11.4)	16 (% 37.2)	10 (% 37)	12.90	3	0.005
	Var	24 (% 88.9)	39 (% 88.6)	27 (% 62.8)	17 (% 63)			
Destek sistemi	Yok	7 (% 25.9)	12 (% 27.3)	4 (% 9.3)	6 (% 22.2)	5.07	3	AD
	Var	20 (% 74.1)	32 (% 72.7)	39 (% 90.7)	21 (% 77.8)			
Destek sistemi yeterli	Hayır	12 (% 44.4)	18 (% 40.9)	12 (% 27.9)	11 (% 40.7)	2.58	3	AD
	Evet	15 (% 55.6)	26 (% 59.1)	31 (% 72.1)	16 (% 59.3)			

4.2. Örneklemenin Soy Geçmiş Özellikleri

4.2.1. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Soy Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırması

Baş ağrısı grubunda 43 (% 60.6) kişi ailesinde baş ağrısı olduğunu ve birinci derece akrabalarda daha sık olduğunu bildirmiştir. Psikiyatrik başvuru grubunda hastaların 25 (% 35.2)'inin ailesinde baş ağrısı olduğu gözlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 4.6).

Ailede psikiyatrik hastalık varlığı psikiyatrik başvurusu olan grupta 26 (% 36.6) kişide, baş ağrısı grubunda 13 (% 18.3) kişide bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının soy geçmiş özelliklerinin karşılaştırılması

		Baş Ağrısı	Psikiyatrik Başvuru	N	X ²	Sd	P
Ailede bedensel hastalık	Yok	29 (% 40.8)	25 (% 35.2)	54	0.478	1	AD
	Var	42 (% 59.2)	46 (% 64.8)	88			
Ailede baş ağrısı	Yok	28 (% 39.4)	46 (% 64.8)	74	9.14	1	0.002
	Var	43 (% 60.6)	25 (% 35.2)	68			
Ailede baş ağrısı kimde?	Birinci Derece Akraba	39 (% 90.7)	22 (% 88)	61	1.046	2	AD
	İkinci Derece Akraba	3 (% 7)	3 (% 12)	6			
	Üçüncü Derece Yakın	1 (% 2.3)	0 (% 0)	1			
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	58 (% 81.7)	45 (% 63.4)	103	5.97	1	0.015
	Var	13 (% 18.3)	26 (% 36.6)	39			
Ailede psikiyatrik hastalık kimde?	Birinci Derece Akraba	9 (% 69.2)	23 (% 88.5)	32	3.89	2	AD
	İkinci Derece Akraba	4 (% 30.8)	2 (% 7.7)	6			
	Üçüncü Derece Yakın	0 (% 0.0)	1 (% 3.8)	1			

4.2.2. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Grupları Alt Gruplarının Soy Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırması

Ailede baş ağrısı görülmesi psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olmayanlarda % 14.8, baş ağrısı olanlarda % 47.7 oranında görülürken; baş ağrısı grubunda migreni olanlarda % 67.4, gerilim tipi baş ağrısı olanlarda % 51.9 oranında saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının soy geçmiş özelliklerinin karşılaştırılması

		Baş Ağrısı Türü				X ²	sd	P
		Psibayok	Psibavar	Migren	Gerilim			
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	17 (% 63)	28 (% 63.6)	37 (% 86)	21 (% 77.8)	7,37	3	AD
	Var	10 (% 37)	16 (% 36.4)	6 (% 14)	6 (% 22.2)			
Ailede bedensel hastalık	Yok	8 (% 29.6)	17 (% 38.6)	16 (% 37.2)	13 (% 48.1)	1,99	3	AD
	Var	19 (% 70.4)	27 (% 61.4)	27 (% 62.8)	14 (% 51.9)			
Ailede baş ağrısı	Yok	23 (% 85.2)	23 (% 52.3)	14 (% 32.6)	13 (% 48.1)	18,58	3	0,000
	Var	4 (% 14.8)	21 (% 47.7)	29 (% 67.4)	14 (% 51.9)			

4. 3. Örneklemin Klinik Özellikleri

4.3.1. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Grupları Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması

Baş ağrısı hastalarının 14 (% 19.7)'ünde eş tanıli psikiyatrik hastalık saptanmamış, 57 (% 80.3)'sinde saptanmıştır. Psikiyatrik başvurusu olan hastaların 27 (% 38.0)'sinde baş ağrısı şikayeti yok iken 44 (% 62.0)'ünde baş ağrısı şikayeti saptanmıştır. Ağrı bozukluğu dışlandığında baş ağrısı grubunda psikiyatrik eş tanı 45 (% 63.4) kişide vardı ve bu hastaların 38 (% 84.4)'inde bir psikiyatrik hastalık, 7 (% 15.6)'sinde iki psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık grubunda ise 66 (% 93.0) kişide bir psikiyatrik hastalık, 5 (% 7.0) kişide iki psikiyatrik hastalık saptanmıştır (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının klinik özellikleri -I

		Baş Ağrısı	Psikiyatrik Başvuru	n
Baş ağrısı	Yok	0 (% 0.0)	27 (% 38.0)	27
	Var	71 (% 100.0)	44 (% 62.0)	115
Psikiyatrik hastalık (MINI)	Yok	14 (% 19.7)	0 (% 0.0)	14
	Var	57 (% 80.3)	71 (% 100)	128
Psikiyatrik hastalık sayısı	0	14 (% 19.7)	0 (% 0.0)	14
	1	35 (% 49.3)	64 (% 90.1)	99
	2	17 (% 24.0)	7 (% 9.9)	24
	3	5 (% 7.0)	0 (% 0.0)	5
Ağrı bozukluğu dışında psikiyatrik hastalık sayısı	1	38 (% 84.4)	66 (% 93.0)	104
	2	7 (% 15.6)	5 (% 7.0)	12
Ağrı bozukluğu	Yok	37 (% 52.1)	69 (% 97.2)	106
	Var	34 (% 47.9)	2 (% 2.8)	36

Depresif bozukluklar psikiyatrik başvuru yapan hastaların 46 (% 64.8)'sında, baş ağrısı olan gruptakilerin 29 (% 40.8)'unda saptanmış olup psikiyatrik hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla saptanmıştır. Anksiyete bozuklukları baş ağrısı grubunda 20 (% 28.2) kişide psikiyatrik başvuru grubunda 27

(% 38.0) kişide saptanmış ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ağrı bozukluğu, baş ağrısı grubunda 34 (% 47.9), psikiyatrik başvuru grubunda 2 (% 2.8) kişide saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlıydı. Eş tanıli bedensel hastalık varlığı, geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı, sigara ve madde kullanımı gibi klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında gruplar arası fark anlamlı değildi (Tablo 4.9.).

Gruplar arasında baş ağrısı hastalık süreleri karşılaştırıldığında baş ağrısı grubunda süreler daha uzun bulunmuştur. Baş ağrısı grubunda şikayetlerin süresi hastaların şikayetleri 1 ay-12 ay arasında devam edenler 19 (% 26.8), 13ay- 60 ay sürenler 25 (% 35.2), 60 ay ve üzerinde sürenler 27 (% 38.0) kişiydi. Psikiyatrik başvuru grubunda bu değerler sırasıyla 13 (% 29.5), 25 (% 56.8) ve 6 (% 13.6) şeklindeydi. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının klinik özellikleri -II

		Baş Ağrısı	Psikiyatrik Başvuru	n	X ²	sd	p
Depresif bozukluk	Yok	42 (% 59.2)	25 (% 35.2)	67	8.17	1	0.004
	Var	29 (% 40.8)	46 (% 64.8)	75			
Anksiyete bozukluğu	Yok	51 (% 71.8)	44 (% 62.0)	95	1.56	1	AD
	Var	20 (% 28.2)	27 (% 38.0)	47			
Geçmişte psikiyatrik hastalık	Yok	45 (% 63.4)	50 (% 70.4)	95	0.80	1	AD
	Var	26 (% 36.6)	21 (% 29.6)	47			
Baş ağrısı süresi	1 ay-12 ay	19 (% 26.8)	13 (% 29.5)	32	8.625	2	0.013
	13ay- 60 ay	25 (% 35.2)	25 (% 56.8)	50			
	60 ay üstü	27 (% 38.0)	6 (% 13.6)	33			
Bedensel hastalık	Yok	50 (% 70.4)	45 (% 63.4)	95	0.795	1	AD
	Var	21 (% 29.6)	26 (% 36.6)	47			
Sigara kullanımı	Yok	55 (% 77.5)	52 (% 73.2)	107	0.341	1	AD
	Var	16 (% 22.5)	19 (% 26.8)	35			
Madde kullanımı	Yok	69 (% 97.2)	69 (% 97.2)	138	0.000	1	AD
	Var	2 (% 2.8)	2 (% 2.8)	4			

4.3.2. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Grupları Alt Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması

Baş ağrısı hastalık süresine göre baş ağrısı olan grupların karşılaştırılmasında anlamlı fark saptanmış olup farkı oluşturan migrenlilerin baş ağrısı süresinin psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olan hastalardan anlamlı derecede fazla olmasıydı (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının baş ağrısı süresi açısından karşılaştırılması.

	Varyansın Kaynağı	n	Ortalama	Standart sapma	F	p	Anlamlı fark
Baş ağrısı süresi (Ay)	Psibavar	44	35.57	30.226	5.257	0.007	Psibavar – Migren arasında
	Migren	43	85.58	99.233			
	Gerilim	27	55.28	69.871			

AD: Anlamlı değil. Karşılaştırma ANOVA (Post Hoc test : Bonferroni) ile yapılmıştır.

Gruplar: **Psibayok** - Psikiyatrik başvuru grubu baş ağrısı yok; **Psibavar** - Psikiyatrik başvuru baş ağrısı var; **Migren** - Baş ağrısı grubu migreni tipi baş ağrısı var; **Gerilim** - Baş ağrısı grubu gerilim tipi baş ağrısı var.

Gruplar klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında anksiyete bozukluğu, geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı, bedensel hastalık varlığı açısından anlamlı fark yoktu. Ağrı bozukluğu psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olmayanlarda % 3.7, baş ağrısı olanlarda % 2.3 oranında görülürken; baş ağrısı grubunda migreni olanlarda % 16.3, gerilim tipi baş ağrısı olanlarda % 100 oranında görülmekteydi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu farkın baş ağrısı grubundan, özellikle gerilim tipi baş ağrısı alt grubundan kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 4.11).

Depresif bozukluklar psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olmayanlarda % 55.6, baş ağrısı olanlarda % 70.5 oranında görülürken; baş ağrısı grubunda migreni olanlarda % 41.9, gerilim tipi baş ağrısı olanlarda % 40.7 oranında görülmekteydi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu farkın ana gruplardan kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması

		Psikiyatrik başvuru		Baş ağrısı		X ²	sd	p
		Psibayok	Psibavar	Migren	Gerilim			
Ağrı Bozukluğu	Yok	26 (% 96.3)	43 (% 97.7)	36 (% 83.7)	0 (% 0.0)	99.97	3	0.000
	Var	1 (% 3.7)	1 (% 2.3)	7 (% 16.3)	27 (% 100)			
Anksiyete Bozukluğu	Yok	13 (% 48.1)	31 (% 70.5)	33 (% 76.7)	17 (% 63)	6.58	3	AD
	Var	14 (% 51.9)	13 (% 29.5)	10 (% 23.3)	10 (% 37)			
Depresif Bozukluk	Yok	12 (% 44.4)	13 (% 29.5)	25 (% 58.1)	16 (% 59.3)	9.23	3	0.026
	Var	15 (% 55.6)	31 (% 70.5)	18 (% 41.9)	11 (% 40.7)			
Güncel psikiyatrik hastalık sayısı	0	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)	13 (% 30.2)	0 (% 0.0)	73.05	9	0.000
	1	22 (% 81.5)	42 (% 95.5)	24 (% 55.8)	11 (% 40.7)			
	2	5 (% 18.5)	2 (% 4.5)	6 (% 14)	11 (% 40.7)			
	3	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)	0 (% 0.0)	5 (% 3.5)			
Geçmiş psikiyatrik hastalık	Yok	20 (% 74.1)	30 (% 68.2)	29 (% 67.4)	15 (% 55.6)	2.22	3	AD
	Var	7 (% 25.9)	14 (% 31.8)	14 (% 32.6)	12 (% 44.4)			
Bedensel hastalık varlığı	Yok	16 (% 59.3)	29 (% 65.9)	26 (% 60.5)	23 (% 85.2)	5.59	3	AD
	Var	11 (% 40.7)	15 (% 34.1)	17 (% 39.5)	4 (% 14.8)			

4.3.3. Örnekleme Oluşturan Hastaların Psikiyatrik Tanı Dağılımları

Örneklemdaki hastaların psikiyatrik tanı dağılımı tablo 4.12’de gösterilmiştir

Tablo 4.12. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının psikiyatrik hastalık tanı dağılımı

Tanı sayısı		Baş ağrısı		Psikiyatrik başvuru	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
-	Yok	14	19.7	-	-
1	Agorafobi	0	0	1	1.4
	Major Depresyon	8	11.3	33	46.5
	Ağrı Bozukluğu	9	12.7	0	0
	GTB Ağrı Bozukluğu	3	4.2	0	0
	OKB	2	2.8	2	2.8
	YAB	4	5.6	3	4.2
	Sosyal Fobi	1	1.4	3	4.2
	Panik Bozukluğu	0	0	7	9.9
	Anksiyeteli Uyum Bozukluğu	1	1.4	8	11.3
	Distimi	1	1.4	1	1.4
	Depresif Uyum Bozukluğu	6	8.5	6	8.5
2	Anksiyeteli Uyum Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu	2	2.8	0	0
	Depresif Uyum Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	1	1.4
	Distimi, Major Depresyon	0	0	1	1.4
	Distimi, PMS	0	0	1	1.4
	Major Depresyon, Agorafobi	1	1.4	0	0
	Major Depresyon, Ağrı Bozukluğu	5	7	1	1.4
	Major Depresyon, GTB Ağrı Bozukluğu	2	2.8	0	0
	Major Depresyon, PMS	1	1.4	0	0
	OKB, Ağrı Bozukluğu	2	2.8	0	0
	Sosyal Fobi, GTB Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0
	Sosyal Fobi, Major Depresyon	0	0	1	1.4
	YAB, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0
	YAB, GTB Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0
	YAB, Major Depresyon	0	0	1	1.4
	YAB, Sosyal Fobi	0	0	1	1.4
3	Major Depresyon, PMS, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0
	Major Depresyon, Sosyal Fobi, Ağrı Bozukluğu	3	4.2	0	0
	OKB, Anksiyeteli Uyum Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0
	Total	71	100	71	100

4.3.4. Baş Ağrısı Grubunun Tanı Dağılımı

Baş ağrısı hastalarının 35 (% 49.3)'ine aurasız migren, 8 (% 11.3)'ine auralı migren, 16 (% 22.5)'sına epizodik gerilim tipi baş ağrısı ve 11 (15.5)'ine kronik gerilim tipi baş ağrısı tanısı koyulmuştu (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Baş ağrısı hastalarının tanı dağılımı

Baş ağrısı türü	Baş ağrısı alt tipi	n	Toplam
Migren	Aurasız Migren	35 (% 49,3)	43 (% 60,6)
	Auralı Migren	8 (% 11,3)	
Gerilim Tipi	Epizodik Gerilim Tipi	16 (% 22,5)	27 (% 38,0)
	Kronik Gerilim Tipi	11 (% 15,5)	
Diğer	Küme Tipi	1 (% 1,4)	1 (% 1,4)

Baş ağrısı hastalarının 57 (% 80.3)'sinde psikiyatrik hastalık saptanırken 14 (% 19.7)'ünde hiçbir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Nöroloji polikliniğinde gerilim tipi baş ağrısı tanısı konulan tüm hastalara MINI psikiyatrik görüşme ile muayene edildiğinde psikojen ağrı bozukluğu tanısı konulmaktaydı. Bu nedenle gerilim tipi baş ağrılarının tümünün psikiyatrik eş tanıları vardı (27 gerilim tipi baş ağrısı hastasında 50 psikiyatrik eş tanı). Ek olarak gerilim tipi baş ağrısı olanların 18 (% 66.6)'inde ağrı bozukluğu dışında da psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Bu 18 kişide ağrı bozukluğu dışında anksiyeteli uyum bozukluğu, depresif mizaçlı uyum bozukluğu, major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), premenstrüel sendrom (PMS) eş tanı olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.14).

Migren baş ağrısı olan hastaların 13 (% 30.23)'ünde psikiyatrik hastalık yoktu; 30 (% 69.8)'unda psikiyatrik hastalık saptanmıştır (psikiyatrik hastalığı olan 30 migrenli hastada 36 psikiyatrik eş tanı). Psikiyatrik hastalık saptanan migren hastalarının 3'ünde yalnızca genel tıbbi duruma bağlı (GTB) ağrı bozukluğu, 4'ünde başka bir psikiyatrik hastalıkla komorbid GTB ağrı bozukluğu saptanmıştır. Migren baş ağrısı olan hastalarda GTB ağrı bozukluğu, anksiyeteli uyum bozukluğu, depresif

uyum bozukluğu, Distimi, majör depresyon, OKB, sosyal fobi, YAB, PMS tanıları saptanmıştır. Küme tipi baş ağrısı olan bir hastada psikiyatrik hastalık saptanmamıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Baş ağrısı hastalarında görülen eş psikiyatrik hastalıklar

	Baş Ağrısı Tipi						Toplam Tanı Sayısı
Psikiyatrik Tanı	Migren		Gerilim tipi BA		Diğer		
	n	%	n	%	n	%	
Yok	13		-	-	1		14
Agorafobi	1	% 2.8	-	-	-	-	1
Ağrı Bozukluğu	-	-	27	% 54.0	-	-	27
Anksiyeteli Uyum Bozukluğu	1	% 2.8	3	% 6.0	-	-	4
Depresif Uyum Bozukluğu	5	% 13.8	2	% 4.0	-	-	7
Distimi	1	% 2.8	-	-	-	-	1
GTB Ağrı Bozukluğu	7	% 19.4	-	-	-	-	7
Major Depresyon	12	% 33.3	9	% 18.0	-	-	21
Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	2	% 5.6	3	% 6.0	-	-	5
Sosyal Fobi	2	% 5.6	3	% 6.0	-	-	5
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	% 11.1	2	% 4.0	-	-	6
Premenstrüel Sendrom (PMS)	1	% 2.8	1	% 2.0	-	-	2
Toplam Tanı	36	% 100	50	% 100	-	-	86

4.3.5. Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Tanı Dağılımları

Psikiyatrik hasta grubunda 64 (% 90.14) kişide yalnızca bir psikiyatrik hastalık tanısı konulurken 7 kişide 2 psikiyatrik hastalık eş tanı konuldu. Tek psikiyatrik hastalığı olanlarda majör depresyon, anksiyeteli uyum bozukluğu, panik bozukluğu, depresif uyum bozukluğu, sosyal fobi, YAB, OKB, agorafobi ve distimi tanıları konulmuştu. Eş tanılı psikiyatrik hastalığı olanlarda distimi, majör depresyon, PMS, sosyal fobi, YAB, depresif uyum bozukluğu, ağrı bozukluğu (baş dışında bir bölgede ağrı) tanıları konulmuştur. Psikiyatrik başvuru grubunda komorbid psikiyatrik hastalıkları olanların sayısı daha fazla olmakla birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 4.12., Tablo 4.15.).

Tablo 4.15. Psikiyatrik başvuru grubunda psikiyatrik bozukluk sayısı

	Psikiyatrik hastalık sayısı	Psikiyatrik başvuru		sd	p
		Baş ağrısı var	Baş ağrısı yok		
Güncel psikiyatrik hastalık sayısı	1	22 (% 34.4)	42 (% 65.6)	1	AD
	2	5 (% 71.4)	2 (% 28.6)		
Toplam		27	44		

4.4. Örneklemen Klinik Ölçekler Açısından İncelenmesi

4.4.1. Baş Ağrısı Şiddeti Açısından Karşılaştırma

Baş ağrısı olan grupta görsel analog ölçekle (Visual Analogue Scale; VAS) saptanan ağrı şiddeti puan ortalaması 7,33 iken psikiyatrik hasta grubunda 3,42 idi ve gruplar arasındaki fark anlamlıydı (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının ağrı şiddeti açısından karşılaştırılması

	Grup	N	Ortalama	St. Sapma	t	Sd	p
Baş ağrısı şiddeti (VAS)	Baş Ağrısı	71	7,23	2,28	7,72	140	0,000
	Psikiyatrik Başvuru	71	3,42	3,47			

Baş ağrısı olan hastalar arasında yapılan karşılaştırmada migrenlilerin baş ağrısı şiddeti, psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olan hastalardan anlamlı derecede yüksekti (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının ağrı şiddeti açısından karşılaştırılması.

	Varyansın Kaynağı	n	Ortalama	Standart sapma	F	p	Anlamlı fark
Baş ağrısı şiddeti (VAS)	Psibavar	44	5.522	2.7864	8.217	0.000	Psibavar – Migren arasında
	Migren	43	7.665	2.1418			
	Gerilim	27	6.496	2.3912			

AD: Anlamlı değil. Karşılaştırma ANOVA (Post Hoc test : Bonferroni) ile yapılmıştır.

Gruplar: **Psibayok** - Psikiyatrik başvuru grubu baş ağrısı yok; **Psibavar** - Psikiyatrik başvuru baş ağrısı var; **Migren** - Baş ağrısı grubu migreni tipi baş ağrısı var; **Gerilim** - Baş ağrısı grubu gerilim tipi baş ağrısı var

4.4.2. SCL 90 R Somatizasyon Belirtileri Açısından Karşılaştırması

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının karşılaştırılması (student-t testi ile)

Baş ağrısı hastaları ve psikiyatrik hastalar SCL 90 R Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında, baş ağrısı grubunda, baş ağrısı ortalama puanı anlamlı oranda yüksekti. Diğer belirtilerden göğüs kalp ağrısı ve boğazda yumru hissi psikiyatrik hasta grubunda anlamlı olarak yüksekti. Somatizasyon alt ölçeğindeki diğer belirtiler açısından fark anlamlı değildi. (Tablo 4.18)

Tablo 4.18. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL 90 R Somatizasyon Belirtileri açısından karşılaştırılması

	Grup	n	Ortalama	St. sapma	t	Sd	p
Baş Ağrısı	Baş Ağrısı	71	2,92	0,71	7,12	140	0.000
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,82	1,08			
Baygınlık	Baş Ağrısı	71	1,38	1,27	1,71	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,03	1,18			
Göğüs Kalp Ağrısı	Baş Ağrısı	71	0,90	0,99	-3,00	140	0.003
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,49	1,33			
Bel Ağrısı	Baş Ağrısı	71	1,00	1,08	-1,34	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,27	1,29			
Bulantı	Baş Ağrısı	71	1,83	1,29	1,03	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,59	1,47			
Kas Ağrısı	Baş Ağrısı	71	1,56	1,25	-0,38	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,65	1,37			
Nefes Almada Güçlük	Baş Ağrısı	71	0,99	1,19	-1,88	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,39	1,41			
Soğuk Sıcak Basması	Baş Ağrısı	71	1,62	1,09	0,68	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,48	1,37			
Uyuşma Karıncalanma	Baş Ağrısı	71	1,23	1,19	-1,34	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,52	1,42			
Boğazda Yumru	Baş Ağrısı	71	0,92	1,12	-2,58	140	0.011
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,49	1,52			
Bedende Güçsüzlük	Baş Ağrısı	71	0,92	1,30	-1,16	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,17	1,309			
Kol ve Bacakta Ağırılık	Baş Ağrısı	71	1,54	1,33	-1,32	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,83	1,34			

SCL- 90 R Anksiyete alt ölçeğindeki bedensel belirtilere bakıldığında korku hissi ile gerginlik veya coşku hissi puanları psikiyatrik grupta anlamlı olarak yüksekti. (Tablo 4.19)

Tablo 4.19. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL- 90 R Anksiyete Bedensel Belirtileri açısından karşılaştırılması

	Grup	n	Ortalama	St.sapma	t	Sd	p
Sinirlilik/içinin titremesi	Baş Ağrısı	71	2,17	1,01	-0,69	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,30	1,16			
Titreme	Baş Ağrısı	71	0,90	1,16	-1,60	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,24	1,35			
Korku Hissi	Baş Ağrısı	71	1,15	1,28	-3,18	140	0.002
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,87	1,40			
Çarpıntı	Baş Ağrısı	71	1,30	1,20	-1,88	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,70	1,39			
Gerginlik veya Coşku	Baş Ağrısı	71	1,51	1,31	-2,43	140	0.016
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,01	1,18			
Panik Nöbetleri	Baş Ağrısı	71	0,69	1,21	-1,24	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	0,94	1,22			
Yerinde Duramayacak Ölçüde Rahatsızlık	Baş Ağrısı	71	1,27	1,31	-0,31	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,34	1,42			

SCL- 90 R ek belirtiler alt ölçeğindeki bedensel belirtiler karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farklar anlamlı değildi. (Tablo 4.20)

Tablo 4.20. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL 90 R Ek Bedensel Belirtiler açısından karşılaştırılması

	Grup	n	Ortalama	St. sapma	t	Sd	p
İştah Azalması	Baş Ağrısı	71	1,23	1,37	-0,12	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,25	1,36			
Uykuya Dalmada Güçlük	Baş Ağrısı	71	1,51	1,21	-0,77	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,68	1,39			
Aşırı Yemek Yeme	Baş Ağrısı	71	0,82	1,14	-1,37	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,10	1,31			
Erken Uyanma	Baş Ağrısı	71	1,17	1,21	-1,75	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,55	1,38			
Rahat Uyuyamama	Baş Ağrısı	71	1,66	1,39	-0,29	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,73	1,48			

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL 90 R Genel İndeksler açısından karşılaştırıldığında SCL-90 R alt ölçeğiyle yapılan hesaplamalarda SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi, SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti düzeyi, SCL Ek Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti düzeyi psikiyatrik hasta grubunda baş ağrısı grubundan yüksekti ve aradaki fark anlamlıydı (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının SCL 90 R Genel İndeksler açısından karşılaştırılması

Grup		n	Ortalama	St. sapma	t	sd	p
SCL Genel Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	32,15	14,86	-1,50	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	36,45	19,16			
SCL Pozitif Belirti Toplamı	Baş Ağrısı	71	14,96	5,33	-0,88	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	15,77	5,73			
SCL Pozitif Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	2,10	0,436	-1,31	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,22	0,587			
SCL Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	16,79	7,99	-0,58	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	17,73	11,13			
SCL Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	2,14	0,45	0,25	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,11	0,73			
SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	5,52	3,46	-2,59	140	0.011
	Psikiyatrik Başvuru	71	7,11	3,86			
SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	1,97	0,78	-2,32	140	0.022
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,28	0,83			
SCL Ek Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	4,72	2,814	-1,74	140	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	5,58	3,069			
SCL Ek Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti Düzeyi	Baş Ağrısı	71	1,88	0,92	-2,13	139	0.011
	Psikiyatrik Başvuru	70	2,19	0,82			

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının karşılaştırılması [ANOVA (Post Hoc test : Bonferroni) ile]

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının bedensel belirtileri SCL 90 R somatizasyon alt ölçeği ile karşılaştırılmasında baygınlık, göğüs-kalp ağrısı, bulantı, nefes almada güçlük, boğazda yumru hissi belirtilerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Baygınlık belirtisi migren grubunda psikiyatrik başvuru baş ağrısı olmayan gruptan anlamlı oranda yüksek; göğüs-kalp ağrısı psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren grubundan yüksek; bulantı migren grubunda gerilim tipi baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olmayan gruptan yüksek; nefes almada güçlük psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta gerilim tipi baş ağrısı grubundan yüksek; boğazda yumru psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren grubundan yüksek bulunmuştur (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Somatizasyon Belirtileri açısından karşılaştırılması

	Varyansın kaynağı	n	Ortalama	Standart sapma	F	p	Anlamlı fark
Baş ağrısı	Psibayok	27	0.93	0.73	44.22	0.000	Psibayok-(Psbavar, Migren, Gerilim)
	Psibavar	44	2.36	0.89			
	Migren	43	3.05	0.72			
	Gerilim	27	2.70	0.67			
Baygınlık	Psibayok	27	0.67	0.83	3.82	0.012	Psibayok-Migren
	Psibavar	44	1.25	1.31			
	Migren	43	1.60	1.37			
	Gerilim	27	0.96	0.98			
Göğüs Kalp Ağrısı	Psibayok	27	1.26	1.29	3.78	0.012	Psibavar-Gerilim
	Psibavar	44	1.64	1.35			
	Migren	43	1.02	1.10			
	Gerilim	27	0.74	0.76			
Bulantı	Psibayok	27	1.19	1.42	4.85	0.003	Migren-Psibayok, Migren-Gerilim
	Psibavar	44	1.84	1.46			
	Migren	43	2.19	1.26			
	Gerilim	27	1.19	1.04			
Nefes Almada Güçlük	Psibayok	27	0.93	1.24	3.77	0.012	Psibavar-Gerilim
	Psibavar	44	1.68	1.44			
	Migren	43	1.09	1.31			
	Gerilim	27	0.74	0.90			
Boğazda Yumru	Psibayok	27	0.96	1.29	4.59	0.004	Psibavar-Migren
	Psibavar	44	1.82	1.57			
	Migren	43	0.88	1.14			
	Gerilim	27	1.00	1.11			

Korku hissi açısından psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren ve gerilim tipi baş ağrısından yüksekti ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Gerginlik ve coşku hissi psikiyatrik başvuru baş ağrısı olmayan grupta migren ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan gruptakilerden daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Anksiyete alt ölçeği somatik belirtiler açısından karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	n	Ortalama	Standart sapma	F	p	Anlamlı fark
Korku hissi	Psibayok	27	1.56	1.19	4.28	0.006	Psibavar-Migren
	Psibavar	44	2.07	1.50			Psibavar-Gerilim
	Migren	43	1.16	1.29			
	Gerilim	27	1.11	1.31			
Gerginlik veya Coşku	Psibayok	27	1.48	1.22	5.70	0.001	Psibavar-Psibayok,
	Psibavar	44	2.34	1.03			Psibavar-Migren
	Migren	43	1.33	1.30			
	Gerilim	27	1.78	1.31			

Erken uyanma belirtisi açısından psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grup migrenden daha yüksek puan almıştır, fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Ek belirtiler alt ölçeği somatik belirtiler açısından karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	n	Ortalama	St. sapma	F	p	Anlamlı fark
Erken Uyanma	Psibayok	27	1.15	1.20	2.95	0.035	Psibavar - Migren
	Psibavar	44	1.80	1.44			
	Migren	43	1.02	1.17			
	Gerilim	27	1.33	1.24			

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL Genel İndeksleri ANOVA ile karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. SCL Genel Belirti Düzeyi psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta baş ağrısı olmayan grup ile gerilim tipi baş ağrısı grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 4.25).

SCL Pozitif Belirti Toplamı, SCL Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi, SCL Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti düzeyi, SCL Ek Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta baş ağrısı olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.25).

SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren ve gerilim tipi baş ağrısı grubundan anlamlı oranda yüksekti (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL 90 R Genel İndeksler açısından karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	n	Ort.	St.sapma	F	p	Anlamlı fark
SCL Genel Belirti Düzeyi	Psibayok	27	26,93	15.52	5.92	0.001	Psibavar-Psibayok, Psibavar-Gerilim
	Psibavar	44	42.30	18.97			
	Migren	43	33.00	13.60			
	Gerilim	27	30.30	16.85			
SCL Pozitif Belirti Toplamı	Psibayok	27	12.89	6.30	4.60	0.004	Psibavar-Psibayok,
	Psibavar	44	17.55	4.58			
	Migren	43	15.16	4.66			
	Gerilim	27	14.56	6.41			
SCL Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi	Psibayok	27	12.33	9.06	5.37	0.002	Psibavar-Psibayok
	Psibavar	44	21.05	11.06			
	Migren	43	17.65	7.39			
	Gerilim	27	15.41	8.98			
SCL Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti düzeyi	Psibayok	27	1.83	0.68	3.95	0.010	Psibavar-Psibayok
	Psibavar	44	2.28	0.72			
	Migren	43	2.22	0.44			
	Gerilim	27	2.00	0.44			
SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi	Psibayok	27	5.78	3.58	4.57	0.004	Psibavar-Migren, Psibavar-Gerilim
	Psibavar	44	7.93	3.84			
	Migren	43	5.56	3.13			
	Gerilim	27	5.26	3.89			
SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti Düzeyi	Psibayok	27	2.01	0.78	3.90	0.010	Psibavar-Gerilim
	Psibavar	44	2.45	0.83			
	Migren	43	2.02	0.75			
	Gerilim	27	1.86	0.83			
SCL Ek Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi	Psibayok	27	4.41	2.58	3.67	0.014	Psibavar-Psibayok
	Psibavar	44	6.30	3.15			
	Migren	43	4.67	2.86			
	Gerilim	27	4.59	2.65			

4.4.3. Örneklemin Belirti Yorumlama Ölçeği ile Karşılaştırılması

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının karşılaştırılması (student-t testi ile)

Her iki grubun bedensel belirti yorumlama ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldığında baş ağrısı hastalarının baş ağrısı normal atıf puanı psikiyatrik hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Çarpıntı, yorgunluk, mide ağrısı belirtisi için psikiyatrik hasta grubu ruhsal atıf puanı anlamlı olarak daha yüksekti. Göğüste sıkışma hissi açısından psikiyatrik hasta grubunda bedensel atıf puanı anlamlı olarak yüksekti. Ancak iki grup arasında bedensel atıf, ruhsal atıf, normal atıf toplam puanları açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 4.27).

Tablo 4.26. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının BYÖ puanları açısından karşılaştırılması

Belirti	Atıf tarzı	Grup	n	Ortalama	ss	t	Sd	p
Baş Ağrısı	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,97	1,28	-0,52	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	2,08	1,30			
	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,54	1,30	1,53	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,20	1,33			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,93	1,34	3,41	140	0.001
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,15	1,36			
Terleme	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	,87	1,08	0,68	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	,75	1,14			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,73	1,30	0,30	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,66	1,45			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,66	1,34	1,53	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,32	1,30			
Baş Dönmesi	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	0,80	1,15	-1,01	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,01	1,32			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,61	1,40	1,43	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,28	1,30			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,56	1,38	-0,24	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,62	1,36			
Ağız Kuruluğu	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	0,45	0,84	0,29	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,41	0,87			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	0,89	1,14	-0,96	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,08	1,31			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,89	1,46	-0,18	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,93	1,41			

Tablo 4.26. (Devam) Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının BYÖ puanları açısından karşılaştırılması

Belirti	Atıf tarzı	Grup	n	Ortalama	SS	t	sd	p
Çarpıntı	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	0,93	1,18	0,07	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,92	1,17			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,58	1,38	-2,02	140	0.045
		Psikiyatrik Başvuru	71	2,04	1,36			
	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	0,76	1,15	-0,55	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,87	1,27			
Yorgunluk	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,27	1,33	-2,92	140	0.004
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,94	1,42			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,73	1,32	0,77	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,56	1,28			
	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,24	1,39	0,64	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,10	1,24			
El Titremesi	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,25	1,38	-0,54	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,38	1,46			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,90	1,37	0,29	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,83	1,54			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	0,85	1,24	-1,30	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,13	1,34			
Uyuma Güçlüğü	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,13	1,26	-0,57	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,25	1,40			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	0,90	1,20	-0,07	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,92	1,32			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,85	1,36	-0,77	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	2,03	1,47			
Mide Ağrısı	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	0,82	1,17	-2,07	140	0.040
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,25	1,33			
	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,24	1,25	0,19	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,20	1,35			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,30	1,29	-0,44	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,39	1,38			
İştahsızlık	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	0,69	1,08	1,68	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,42	0,81			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,00	1,34	-1,28	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,30	1,42			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,18	1,34	1,05	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,96	1,20			
Nefessiz Kalma	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	0,76	1,20	-0,95	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,96	1,27			
	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,20	1,29	0,53	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,08	1,24			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,54	1,34	-0,24	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,59	1,40			

Tablo 4.26.(Devam) Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının BYÖ puanları açısından karşılaştırılması

Belirti	Atıf tarzı	Grup	n	Ortalama	ss	t	Sd	p
Elde Ayakta Uyuşma, Karıncalanma	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,17	1,32	-1,15	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,42	1,29			
	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,38	1,30	1,34	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,10	1,20			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,13	1,27		140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,21	1,37			
Kabızlık, Bağırsak Düzensizliği	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,21	1,44	-0,66	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,37	1,33			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	0,87	1,15	-0,14	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,90	1,20			
	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	1,11	1,22	0,89	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,93	1,23			
Göğüste Sıkışma	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	0,30	0,80	-2,70	140	0.008
		Psikiyatrik Başvuru	71	0,75	1,15			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	1,38	1,38	-1,35	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,69	1,35			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	1,61	1,37	-0,69	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	1,76	1,35			
BYÖ TOPLAM PUAN	Bedensel Atıf	Baş Ağrısı	71	13,76	9,96	-0,12	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	13,97	10,22			
	Normal atıf	Baş Ağrısı	71	18,87	11,41	0,88	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	17,34	9,60			
	Ruhsal Atıf	Baş Ağrısı	71	19,52	12,88	-1,38	140	AD
		Psikiyatrik Başvuru	71	22,45	12,48			

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının karşılaştırılması [ANOVA (Post Hoc test : Bonferroni) ile]

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının alt kümeleri BYÖ açısından karşılaştırıldığında baş ağrısı ruhsal atıf, baş ağrısı normal atıf, baş dönmesi normal atıf, mide ağrısı ruhsal atıf ve göğüste sıkışma belirtisi varlığı maddelerinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Baş ağrısı ruhsal atıf ortalaması psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta olmayan gruba göre daha yüksekti. Baş ağrısı normal atıf ortalaması migren grubunda psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan ve olmayan gruptan yüksekti. Baş dönmesi normal atıf ortalaması gerilim tipi baş ağrısı olanlarda migren ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olanlardan yüksekti. Mide ağrısı ruhsal atıf ortalamaları psikiyatrik başvuru baş ağrısı olanlarda migrenlilerden yüksekti (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının BYÖ puanları açısından karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	n	Ort.	St.sapma	F	P	Anlamlı fark
Baş ağrısı ruhsal atıf	Psibayok	27	1,52	1,42	3,260	0,024	Psibayok- Psibavar
	Psibavar	44	2,43	1,09			
	Migren	43	2,09	1,38			
	Gerilim	27	1,85	1,06			
Baş ağrısı normal atıf	Psibayok	27	1,04	1,26	6,630	0,000	Migren- Psibayok, Migren-Psibavar
	Psibavar	44	1,23	1,43			
	Migren	43	2,28	1,33			
	Gerilim	27	1,44	1,19			
Baş dönmesi normal atıf	Psibayok	27	1,26	1,23	3,698	0,013	Gerilim- Psibavar, Gerilim- Migren
	Psibavar	44	1,30	1,34			
	Migren	43	1,21	1,26			
	Gerilim	27	2,19	1,42			
Mide ağrısı ruhsal atıf	Psibayok	27	0,85	1,13	2,976	0,034	Migren-Psibavar
	Psibavar	44	1,50	1,39			
	Migren	43	0,77	1,13			
	Gerilim	27	0,93	1,27			

Baş ağrısı olan hastalarda bedensel duyumları yorumlarını karşılaştırmak için baş ağrısı olmayan hastalar çıkartıldıktan sonra psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan hastalar, migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastalar arasında karşılaştırma yapıldı. Gruplar arasında baş ağrısı normal atıf, baş dönmesi normal atıf, yorgunluk ruhsal atıf, mide ağrısı ruhsal atıf ve göğüste sıkışma bedensel atıf ortalamalarında anlamlı fark saptandı. Psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta yorgunluk ruhsal atıf, mide ağrısı ruhsal atıf ve göğüste sıkışma bedensel atıf ortalamaları migrenlilerden yüksekti. Migrenlilerin baş ağrısı normal atıf ortalamaları gerilim tipi baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olanlardan yüksekti. Gerilim tipi baş ağrısı olanlarda baş dönmesi normal atıf ortalamaları migren ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olanlardan yüksekti (Tablo 4.28.).

Tablo 4.28. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının baş ağrısı olmayan hastalar dışlandığında BYÖ açısından karşılaştırması

	Varyansın Kaynağı	n	Ort.	St.sapma	F	P	Anlamlı fark
Baş ağrısı normal atıf	Psibavar	44	1,23	1,43	7,24	0,001	Migren- Psibavar, Migren- Gerilim
	Migren	43	2,28	1,33			
	Gerilim	27	1,44	1,19			
Baş dönmesi normal atıf	Psibavar	44	1,30	1,34	5,11	0,008	Gerilim- Psibavar, Gerilim- Migren
	Migren	43	1,21	1,26			
	Gerilim	27	2,19	1,42			
Çarpıntı ruhsal atıf	Psibavar	44	2,20	1,32	3,87	0,024	Migren- Psibavar
	Migren	43	1,40	1,38			
	Gerilim	27	1,85	1,38			
Yorgunluk ruhsal atıf	Psibavar	27	2,07	1,39	4,48	0,013	Migren- Psibavar
	Migren	43	1,28	1,221			
	Gerilim	27	1,30	1,51			
Mide ağrısı ruhsal atıf	Psibavar	44	1,50	1,39	3,92	0,023	Migren- Psibavar
	Migren	43	0,77	1,13			
	Gerilim	27	0,93	1,27			
Göğüste sıkışma bedensel atıf	Psibavar	27	0,84	1,20	4,16	0,018	Migren - Psibavar
	Migren	43	0,33	0,89			
	Gerilim	27	0,26	0,66			

4.4.4. Örneklemin Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği İle Karşılaştırılması

Bedensel duyumları abartma ölçeği (BDAÖ) maddeleri ve toplam puanları ile yapılan karşılaştırmada psikiyatrik başvuru ve baş ağrısı grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.30).

BDAÖ ile baş ağrısı alt grupları karşılaştırıldığında da anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.29. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının BDAÖ ölçeği açısından karşılaştırılması

		n	Ort.	St. Sapma	Sd	t	p
Biri öksürdüğünde benim de öksüresim gelir	Baş Ağrısı	71	1,27	0,79	140	0,61	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,20	0,58			
Duman sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem	Baş Ağrısı	71	3,07	1,60	140	0,55	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,93	1,46			
Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	Baş Ağrısı	71	1,69	1,08	140	-0,83	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	1,86	1,33			
Bir yerim morardığında uzun süre öylece kalır	Baş Ağrısı	71	2,21	1,47	140	0,62	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,06	1,48			
Ani, yüksek sesler beni rahatsız eder	Baş Ağrısı	71	3,77	1,40	140	1,85	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	3,31	1,59			
Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım	Baş Ağrısı	71	2,63	1,64	140	-0,99	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,92	1,76			
Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem	Baş Ağrısı	71	3,73	1,57	140	-0,95	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	3,97	1,42			
Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	Baş Ağrısı	71	3,30	1,62	140	-1,30	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	3,63	1,49			
Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder	Baş Ağrısı	71	2,25	1,51	140	-0,22	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,31	1,60			
Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	Baş Ağrısı	71	3,08	1,628	140	1,22	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	2,76	1,53			
SSAS toplam puan	Baş Ağrısı	71	27,01	6,82	140	0,05	AD
	Psikiyatrik Başvuru	71	26,94	8,40			

4.4.5. Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Başvuru Gruplarının Mini Tarama Sorularına Verdikleri Cevaplara Göre Karşılaştırılması

Gruplar MINI tarama sorularına verdikleri cevaplar açısından karşılaştırıldığında psikiyatrik hasta grubu majör depresyon, distimi, özkıyım düşüncesi, mani, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu, uyum bozukluğu tarama sorularına baş ağrısı grubundan daha fazla evet cevabı vermiş olup gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Baş ağrısı grubundaki hastalar ağrı bozukluğu tarama sorusuna psikiyatrik başvuru grubundan daha fazla evet cevabı vermiş olup gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.31).

Tablo 4.30. Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının MINI tarama sorularının karşılaştırılması

Tarama soruları	Grup	Hayır	Evet	n	X ²	sd	p
Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen her gün, devamlı olarak çökkün veya üzgün müsünüz?	Baş Ağrısı	39	32	71	14.27	1	0.000
	Psikiyatrik Başvuru	17	54	71			
Son iki hafta içinde, pek çok şeyle çok daha az ilgilenmekte ve çoğu zaman daha önce zevk aldığınız şeylerden çok daha az mı zevk almaktasınız?	Baş Ağrısı	35	36	71	15.23	1	0.000
	Psikiyatrik Başvuru	13	58	71			
Geçen yılın çoğu zamanında üzgün, neşesiz veya çökkün hissettiniz mi?	Baş Ağrısı	43	28	71	11,32	1	0.001
	Psikiyatrik Başvuru	23	48	71			
Geçen ay ölmüş olsaydınız daha iyi olacağını düşündünüz mü veya ölmeyi arzuladınız mı?	Baş Ağrısı	63	8	71	5,53	1	0.019
	Psikiyatrik Başvuru	52	19	71			
Kendinizi hiç ‘yukarıda’ veya ‘yüksekte’ veya enerji ile dolu hissettiğiniz veya başkalarının sizin her zamankinden farklı olduğunuzu söylediği zamanlar oldu mu?	Baş Ağrısı	61	10	71	4,23	1	0.040
	Psikiyatrik Başvuru	51	20	71			
Hiç birkaç gün için sürekli olarak ailenizin dışındaki insanlarla tartışmanıza, sözel veya fiziksel kavgalara girişmenize veya bağırmanıza neden olan sinirlilik haliniz oldu mu?	Baş Ağrısı	41	30	71	0,03	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	42	29	71			

Tablo 4.30.(Devam) Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının MINI tarama sorularının karşılaştırılması

Tarama soruları	Grup	Hayır	Evet	N	X ²	sd	p
Bir defadan fazla olmak üzere, çoğu kimsenin o şekilde hissetmediği durumlarda dahi, aniden endişeli, korkmuş, rahatsız veya sıkıntılı kriz ya da nöbetleriniz oldu mu?	Baş Ağrısı	59	12	71	7,95	1	0.005
	Psikiyatrik Başvuru	44	27	71			
Panik atak veya panik benzeri belirtileri yaşayabileceğiniz yerlerde veya durumlarda veya kaçmanın zor olduğu yerlerde veya durumlarda endişeli veya sıkıntılı hissettiniz mi?	Baş Ağrısı	48	23	71	5.66	1	0.017
	Psikiyatrik Başvuru	34	37	71			
Geçen ay size bakılmasından veya dikkatlerin sizin üzerinizde toplanmasından korktunuz veya utandınız mı veya küçük düşürülmekten korktunuz mu?	Baş Ağrısı	54	17	71	3.29	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	44	27	71			
Geçen ay istenmeyen, tatsız, uygun olmayan, kafanızdan atamadığınız veya rahatsız edici olan tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler veya zihinsel imajlar nedeniyle sıkıntı yaşadınız mı?	Baş Ağrısı	45	26	71	0.12	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	43	28	71			
Geçen ay karşı koyamadığınız, tekrar tekrar yaptığınız bazı şeyler oldu mu?	Baş Ağrısı	58	13	71	0.05	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	57	14	71			
Son derece travmatik olan bir olayı yaşadınız mı, tanık oldunuz mu veya böyle bir durumla uğraşmak zorunda kaldınız	Baş Ağrısı	45	26	71	0.47	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	41	30	71			
Travmaya yoğun bir korku, çaresizlik veya dehşet ile mi tepkide bulundunuz?	Baş Ağrısı	58	13	71	1.03	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	53	18	71			
Geçen ay içinde, travmayı rahatsız edici bir şekilde tekrar yaşadınız mı?	Baş Ağrısı	63	8	71	3.93	1	0.047
	Psikiyatrik Başvuru	54	17	71			
Son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu?	Baş Ağrısı	69	2	71	0.00	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	69	2	71			
Geçen 12 ay içinde, bu maddelerden herhangi birini kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi (mood) değiştirmek için kullandınız mı?	Baş Ağrısı	69	2	71	0.34	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	70	1	71			
Hastanın kilosu boyu ile ilişkili olarak eşik değerinden düşük mü?	Baş Ağrısı	70	1	71	0.00	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	70	1	71			

Tablo 4.30.(Devam) Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının MINI tarama sorularının karşılaştırılması

Tarama soruları	grup	Hayır	Evet	N	X ²	sd	p
Son 3 ay içinde, aşırı yemek yeme halleri veya 2 saatlik bir süre içinde çok fazla miktarda yemek yediğiniz oldu mu?	Baş Ağrısı	52	19	71	0.54	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	48	23	71			
Son 3 ay içinde, haftada bir kere olmak üzere aşırı yeme haliniz oldu mu?	Baş Ağrısı	52	19	71	3.15	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	42	29	71			
Geçen 6 ay boyunca, yoğun bir sıkıntı duyduunuz mu veya birkaç şey hakkında endişelendiniz mi?	Baş Ağrısı	27	44	71	6.82	1	0.009
	Psikiyatrik Başvuru	13	58	71			
30 yaşından önce başlamış, belirli bir hastalıkla açık bir şekilde ilişkili olmayan bir çok fiziksel şikayetiniz oldu mu?	Baş Ağrısı	62	9	71	0.50	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	59	12	71			
Geçen 6 ay içinde, ciddi bir fiziksel hastalığınız olduğu konusunda çok endişe duyduunuz mu?	Baş Ağrısı	57	14	71	2.96	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	48	23	71			
Zihninizi görünümünüzde bir kusur olduğu fikriyle meşgul mü?	Baş Ağrısı	65	6	71	6.28	1	0.012
	Psikiyatrik Başvuru	54	17	71			
Şimdi, ağrı sizin başlıca sorunuz mu?	Baş Ağrısı	17	54	71	25.60	1	0.000
	Psikiyatrik Başvuru	47	24	71			
Bir hayat stresinin sonucu olarak duygusal ve davranışsal belirtileriniz oluyor mu?	Baş Ağrısı	45	26	71	5.55	1	0.018
	Psikiyatrik Başvuru	31	40	71			
Geçen yıl, adet hallerinizin çoğunun öncesinde ruh haliniz ciddi biçimde değiştiği bir hafta kadar süren dönemler oldu mu?	Baş Ağrısı	49	22	71	1.50	1	AD
	Psikiyatrik Başvuru	42	29	71			

4.5. Korelasyon Analizleri

Baş ağrısı şiddeti ile baş ağrısı süresi arasında yapılan korelasyon analizinde baş ağrısı hastalık süresi artışıyla, baş ağrısı şiddeti arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.32).

Tablo 4.31. Baş ağrısı şiddeti ile baş ağrısı süresi arasında korelasyon analizi

Baş ağrısı hastalık süre		
VAS	r	0,229
	p	0,014
	n	115

Baş ağrısı şiddeti ile SCL 90 R genel indeksler arasında korelasyon analizi yapıldığında baş ağrısı şiddeti ile genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı, pozitif belirti düzeyi, bedenselleştirme alt ölçeği genel belirti düzeyi, bedenselleştirme alt ölçeği pozitif belirti toplamı, bedenselleştirme alt ölçeği pozitif belirti düzeyi arasında zayıf pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.32. Baş ağrısı şiddeti ile SCL 90 R Genel İndeksler arasında korelasyon analizi

	Baş ağrısı şiddeti		
	r	p	n
SCL Genel Belirti Düzeyi	0.320**	0.000	142
SCL Pozitif Belirti Toplamı	0.240**	0.004	142
SCL Pozitif Belirti Düzeyi	0.307**	0.000	142
SCL Bedenselleştirme Alt Ölçeği Genel Belirti Düzeyi	0.389**	0.000	142
SCL Bedenselleştirme Alt Ölçeği Pozitif Belirti Toplamı	0.288**	0.001	142
SCL Bedenselleştirme Alt Ölçeği Pozitif Belirti Düzeyi	0.421**	0.00/	142

Baş ağrısı varlığı ile SCL 90 R genel indeksler arasında korelasyon analizi yapıldığında baş ağrısı ile SCL genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı, bedenselleştirme alt ölçeği genel belirti düzeyi, bedenselleştirme alt ölçeği genel belirti toplamı, bedenselleştirme alt ölçeği pozitif belirti düzeyi arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.34).

Tablo 4.33. Baş ağrısı varlığı SCL 90 R Genel İndeksler arasında korelasyon analizi

	Baş ağrısı		
	r	p	n
SCL Genel Belirti Düzeyi	0.208	0.013	142
SCL Pozitif Belirti Toplamı	0.218	0.009	142
SCL Pozitif Belirti Düzeyi	0.129	AD	142
SCL Bedenselleştirme Alt Ölçeği Genel Belirti Düzeyi	0.248	0.003	142
SCL Bedenselleştirme Alt Ölçeği Pozitif Belirti Toplamı	0.252	0.002	142
SCL Bedenselleştirme Alt Ölçeği Pozitif Belirti Düzeyi	0.232	0.005	142

5. TARTIŞMA

Önemli bir bölümünde oluşturuca ya da eşlikçi olan ruhsal sorunlar bulunan baş ağrısı hastalarında tıbbi tanı ve neden dağılımı, psikojenik etmenleri ve psikiyatrik eş tanı sıklığı ruhsal sorunların bedenselleştirilmesinin hangi özelliklere bağı olduğınu araştırmak için temel şikayet olarak baş ağrısı olan hastalarla I. eksen psikiyatrik hastalığı olan hastaların bedensel belirtilerin sayı ve şiddeti ile nedensel atıf tarzları, bedensel duyumları abartma düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Toplumda baş ağrısı prevalansının yaşa göre değişmekle birlikte kadınlarda daha fazla olduğı bildirilmektedir. Değişik prevalans çalışmalarında toplumda baş ağrısı erkek kadın oranı baş ağrısı için $1/1.06 - 1/2.6$, migren için $1/2.1 - 1/4.2$ ve gerilim tipi baş ağrısı için $1/1.1 - 1/1.8$ olduğı gözlenmektedir ^(24, 30, 41, 133). Türkiye baş ağrısı epidemiyolojik prevalans çalışmasında erkek kadın oranları baş ağrısı için % 62/ %68, migren için % 21.8/ % 10.9 bulunmuştur ^(30, 42).

Ülkemizde baş ağrısıyla yapılan klinik çalışmalarda da erkek kadın oranları $1/3.7 - 1/5.8$ 'e kadar yükselmektedir ^(134, 135, 136). Baş ağrısı olanların ancak bir kısmı tedavi başvurusunda bulunmakta olup, tedaviye başvuru oranları cinsiyete göre değişmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada tüm baş ağrısı olanlar içinde doktora başvuru oranlarının % 38.9 olduğı, bu oranın kadınlarda % 46.1, erkeklerde % 30.1 olduğı bulunmuştur ⁽³⁰⁾.

Bizim örneklemimiz tedaviye başvuran hastalardan oluşmaktadır, bunların %12.7'si erkek % 87.3'ü kadındı (E/K: $1/6.9$). Baş ağrısının kadınlarda daha sık görülmesi örneklemimizde de yinelenmektedir. Ancak örneklemimizdeki cinsiyetler arası farkın yalnızca toplum araştırmalarından değil başka klinik çalışmalardan da yüksek olduğı görülmektedir. Toplum çalışmalarıyla klinik çalışmalar arasında saptanan cinsiyet oranları farkının, genel olarak kadınların tedavi başvuru oranı yüksekliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Başka klinik araştırmalara göre olan farkın Bolu'ya özgü bir özellik mi olduğı sorusu, kıyaslanacak bir çalışma bulunmadığından yanıtız kalmaktadır.

Örnekleminizde baş ağrısı hastalarının % 60.6'sı migren (Aurasız migren %49.3, Auralı migren % 11.3), % 38'i Gerilim tipi baş ağrısı (Epizodik gerilim tipi baş ağrısı % 22.5, kronik gerilim tipi baş ağrısı % 15.5), % 1.4'ü küme tipi baş ağrısı idi. Toplum çalışmalarında gerilim tipi baş ağrısının yaşam boyu prevalansının % 78, migrenin % 16 olduğu bildirilmektedir ⁽¹⁾.

Türkiye baş ağrısı prevalans çalışmasında baş ağrısı olan kişilerin bu şikayet nedeni ile doktora başvuru oranı % 38.9 (kadınlarda% 46.1, erkeklerde % 30.1) olarak bulunmuştur. Migren'lilerin doktora başvuru oranının % 47.1'e yükseldiği, epizodik gerilim tipi baş ağrısı olanlarda ise % 26.8'i geçmediği, kronik gerilim tipi baş ağrılarında ise % 54 olduğu saptanmıştır ⁽³⁰⁾. Avrupa'da toplum tabanlı prevalans çalışmalarında epizodik gerilim tipi baş ağrısının (E: % 34 - 36; K: % 36 - 42), kronik gerilim tipi baş ağrısından fazla (E: % 1.4 - 3; K: % 2.8 - 3) olduğu bildirilmiştir ^(25, 32, 137). Migrenlilerin %25- 30'unun auralı olduğu saptanmıştır ^(23, 138). Ülkemizde yapılan klinik çalışmalarda da baş ağrısı alt tiplerinin görülme oranları arasında farklılıklar gözlenmekte olup bu farklılıkların bir kısmının ICHD kriterlerinin birçok hastada tanıyı netleştirmekte yetersiz kalması ve sorgulanan diğer özelliklere göre hekim inisiyatifinin etkili olmasından kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür ^(135, 139).

Bizim çalışmamızda baş ağrılarını yetişkin popülasyonunda değerlendirmek için hastaların 18-65 yaş arasında olmaları şartı aranmıştır. Hastaların yaş ortalaması baş ağrısı grubu için 34.96 yıl psikiyatrik başvuru grubu için 33.14 bulunmuştur. Bu hastaların yaş eşleşmesi sırasında ± 1 yaş fark olması nedeniyle ortalamalar birebir eşleşmemiştir. Toplum çalışmalarında migren baş ağrısı prevalansının 40 yaşına kadar arttığı, sonrasında azalma eğiliminde olduğu, gerilim tipi baş ağrısının ise 20-50 yaş arasında en sık görüldüğü, sonrasında azaldığı bildirilmiştir.²⁹ Hastalarımızın yaş ortalamaları da her iki tip baş ağrısının sıklıkla görüldüğü yaş aralığındaydı.

Örnekleminizi oluşturan hastaların ortalama öğrenim süreleri baş ağrısı grubunda 8.99 ± 3.68 yıl olarak saptanmıştır. Öğrenimin bitirilen okul yönünden dağılım baş ağrısı grubunda, ilkokul 30 (% 42.3), ortaokul 9 (% 12.7), lise 25 (% 35.2), üniversite 7 (% 9.9), psikiyatrik başvuru grubunda 9.56 ± 3.98 yıl, okur yazar 1 (% 1.4), ilkokul 25 (% 35.2), ortaokul 6 (% 8.5), lise 28 (% 39.4), üniversite 11 (% 35.2)

15.5) olarak saptanmıştır. Gerilim tipi baş ağrısı hastalarının öğrenim düzeyleri bakımından Almanya’da yapılan bir çalışmada çoğunluğun (%33) orta veya mesleki öğrenimli olduğu, İngiltere’den bir çalışmada ise çoğunluğun (% 48.89) yüksek öğrenimli olduğu bildirilmiştir ^(25, 137). Ülkemizdeki bir klinik çalışmada bu ortalama 7.84 ± 4.16 yıl olarak bulunmuştur ⁽¹³⁵⁾.

Primer baş ağrısı olan hastalarla yapılan çalışmalarda ailede baş ağrısı öyküsü migren için daha belirgin olmak üzere yüksek oranlarda (% 60) görülmektedir. Migrenli hastalarda yaklaşık % 45-70 arasında değişen oranlarda baş ağrısı aile öyküsü bulunmaktadır ⁽⁴⁴⁾ Migren baş ağrısı olanlarda da aile öyküsü auralı migren için % 64, aurasız migren için % 40, nonmigrenöz baş ağrılarında % 18 olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Hastaların birinci derece yakınlarında baş ağrısı görülme oranları daha yüksek bulunmuştur ⁽²⁷⁾. Çalışmamızda ailede baş ağrısı öyküsü baş ağrısı grubunda % 60.6 (migrende % 67.4, gerilim tipi baş ağrısında % 51.9), psikiyatrik hasta grubunda % 35.2 (baş ağrısı olmayanlarda % 14.8, baş ağrısı olanlarda % 47.7) saptanmıştır. Baş ağrısı olan hastalarda migrende daha yüksek olmak üzere ailede baş ağrısı öyküsünün baş ağrısı olmayan hastalara göre daha yüksek bulunması baş ağrılarının ailesel özelliğini öne çıkartmaktadır.

Baş ağrısı grubunda (% 90.7) ve psikiyatrik hasta grubunda (% 88) ailede baş ağrısı büyük çoğunlukla birinci derece akrabalarda gözlenmiştir. Baş ağrısı grubunda aile öyküsü literatür bilgileriyle uyuşmaktaydı. Psikiyatrik hasta grubunda baş ağrısı ayırıcı tanısı yapılmamıştır ancak ailede baş ağrısı sıklığı daha düşük bulunmuş olsa da literatür bilgisiyle uyuşmaktadır.

Baş ağrısı hastalarının % 18.3’ünde psikiyatrik başvuru grubunun % 36.6’sında ailede psikiyatrik hastalık tespit edilmiş ve her iki grupta da (% 69.2, % 88.5) birinci derece akrabaların çoğunluğu oluşturduğu gözlenmiştir.

Epidemiyolojik genetik aile çalışmaları nesiller arasında anksiyete, migren ve depresyon arasında, bu üç bozukluğun bir bireydeki varlığının bir nesilden diğerine aktarıldığı yönünde bir ilişki bulunmaktadır. Buna karşın, bir ebeveyndeki migren ile diğerindeki depresyonun çocuklarında her ikisinin kombinasyonuna neden olduğuna yönelik bir kanıt elde edilememiştir ⁽¹⁴⁰⁾. Bu çalışmalarda gözlemlenen doğal seyrin tipik özelliği migrenin oluşmasında önce anksiyete bozukluğunun başlangıcı ile

sonrasında erişkin yaşam boyu sürebilecek depresyondur. Ancak, depresyon vakaların yaklaşık olarak üçte birinde migrenin başlangıcından önce ortaya çıkabilmektedir ^(118, 141). Araştırmamızda hasta ailelerinde baş ağrısı ve psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanmış ancak baş ağrısı ve psikiyatrik tanılarının varlığının saptanması ötesinde tanı, süre, kronisite vb. konularda bilgi alınamamıştır. Bu kısıtlılık dikkat çekici ailevi geçiş konusunda bilgi üretimine izin vermemektedir.

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında psikik stresörlerin provokatif etkileri olduğu bildirilmektedir ⁽²⁷⁾. Stres ve ruhsal gerginlik gerilim tipi baş ağrısı tetikleyici olarak en sık olarak bildirilen etmenlerdir ancak bunlar için gerilim tipi baş ağrısı ve migrende oranlar benzerdir ⁽¹³³⁾. Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikososyal stres auralı migrende % 79.2, aurasız migrende % 81.5, kronik gerilim tipi baş ağrısında % 93, epizodik gerilim tipi baş ağrısında % 76.7 oranında predispozan faktör olarak bildirilmiştir ⁽¹⁴²⁾. Epizodik gerilim tipi baş ağrısı (EGTBA) ve aurasız migrenli (AM) hastalarla yapılan diğer bir çalışmada hastaların % 60'ı ağrı başlangıcından önceki 3 ay içinde psikososyal stresör bildirirken EGTBA'da (% 66.7) AM'ye (% 40) göre daha sık saptanmıştır ⁽¹⁴³⁾. Fransa'da migrenli hastalarla sağlıklı gönüllülerin karşılaştırıldığı bir çalışmada migrenlilerde stres ve anksiyete klinik olarak daha yüksek görülmüştür. Stresin migren ataklarının tetiklenmesinde ve sürmesinde esas (primordial) faktör olduğu bildirilmiştir ⁽¹⁴⁴⁾.

Çalışmamızda baş ağrısı grubu % 62 (migrenlilerin % 62.8'inde, gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların % 63'ünde), psikiyatrik başvuru grubu % 88.7 (baş ağrısı olmayanlarda % 88.9, baş ağrısı olanlarda % 88.6) sıklığında sübjektif stresör bildirmiştir. Baş ağrısı grubunda stresör bildirenlerin % 90.9'unda bildirmeyenlerin % 63'ünde psikiyatrik eş tanı saptanmıştır.

Hastalarımızda stresörün ortaya çıkış zamanıyla ilgili bir ayırım yapılmamıştır. Stresörü olan ve olmayan gruplar arasında psikiyatrik eş tanı açısından anlamlı fark görülmesi baş ağrısı olan hastalarda psikososyal stresörle psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olduğunu düşündürmüştür.

Farklı baş ağrısı popülasyonlarında yapılan çalışmalarda meslekle (%21) ilgili stresörler daha sık bildirilmiştir ⁽¹⁴⁵⁾. Çalışmamızda baş ağrısı grubu için en sık bildirilen stresörler eş ilişkisinde sorun (%18.6), sağlık sorunları (%16.3) ve

çatışmalı ilişkiler (%14.0); psikiyatrik başvuru grubu için en sık bildirilen stresörler çatışmalı ilişkiler (%19.0), eş ilişkisinde sorun (%17.5) ve sağlık sorunları (%15.9) olduğu gözlenmiştir. Hasta gruplarımızın % 74.6- % 70.4'ünün gelir getiren bir işte çalışmaması meslekle ilgili sorunları daha az bildirmelerinin nedeni olarak görülmektedir.

Psikiyatrik hasta grubunda aktif baş ağrısı şikayeti olan hastaların oranı % 62 idi. Hastaların baş ağrısına yönelik ayırıcı tanı yapılmamıştır. Türkiye'de erişkinlerdeki ağrı prevalansının % 63.7, çalışmaya katılanların % 34.4'ünün ilk bildirdiği ağrı bölgesinin baş olduğu saptanmıştır ⁽¹⁴⁶⁾. Ülkemizde bir nöroloji polikliniğine başvuran hastaların % 65.9'u baş ağrısı yakınmasıyla başvurduğu (%26.2'si erkek, %73.8'i kadın) bildirilmiştir ⁽¹⁴⁷⁾. Somatik yakınmaları nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran ya da gönderilen hastalarda yapılan bir araştırmada baş ağrısı (% 39) en sık görülen ikinci yakınmayı oluşturduğu bildirilmiştir ⁽⁷⁶⁾. Psikiyatri kliniğinde baş ağrısı prevalansını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada hastaların yalnızca % 32.3'ünün baş ağrısı yakınması olduğu; bu hastaların %13.7'sinde migren, % 12.6'sinde gerilim tipi baş ağrısı tanısı konulduğu bildirilmiştir ⁽¹⁴⁸⁾. Farklı psikiyatrik tanılarla takip edilen bu hastalarda anksiyete bozukluğunda % 8.3, major depresyonda % 3.8, panik bozukluğunda % 0.03, distimide % 0.3 ve travma sonrası stres bozukluğunda % 0.3 eş tanılı migren saptanırken; gerilim tipi baş ağrısı YAB'de % 5.4, Major depresyonda % 5.4, panik bozukluğunda % 0.03, OKB'de % 0.03, travma sonrası stres bozukluğunda % 0.03 sıklıkla saptanmıştır ⁽¹⁴⁸⁾. Bizim hastalarımızda baş ağrısı dışındaki ağrı şikayeti sorgulanmamış ancak bildirdikleri baş ağrısı toplum oranlarına göre daha yüksek, nöroloji polikliniğine baş ağrısıyla başvuran hastaların oranına yakın bulunmuştur. Psikiyatrik bozukluklar ile baş ağrısı bozuklukları arasında bir koşutluk görülmektedir. Her iki durumun da diğerinin başlangıç riskini benzer oranlarda arttırdığı ve her bir hastalığın bir diğerine farklı bir mekanizmayla neden olduğu düşünülebilir.

Psikiyatrik komorbidite, tedavi için başvuran (özellikle uzman hekime başvuran) baş ağrısı hastalarında gerçekte görece olarak yaygındır ve baş ağrısı tedavisinin planlanmasında önemli bir konudur ^(118, 149). Sıklıkla baş ağrısı tedavisinin olumsuz bir prognostik göstergesi olarak gösterilmektedir ^(149, 150). Baş ağrısı

hastalarının çoğunda eşlik eden psikiyatrik hastalık bulunmamasına rağmen bu hastalarda depresyon veya anksiyete bozukluğu görülme olasılığının özellikle migren ve kronik gerilim tipi baş ağrısı olanlarda baş ağrısı olmayan kişilere göre yaklaşık 2-5 kat arttığı bildirilmektedir ^(118, 151). Migreni olan hastalarda major depresyon ve özkıyım riskinin nonmigrenöz baş ağrısına göre 2.2 - 4 kat artığı ^(152, 153) ve depresyon varlığı dikkate alınmaksızın suicid riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir ^(153, 154). Afektif bozuklukların migrenlilerde genel nüfusa oranla 3 kat fazla olduğu ve hastaneye başvuran migrenlilerde bu oranın arttığı görülmektedir ⁽¹¹⁸⁾. Migren hastalarında görülen Major depresyon (%34), distimi (%9), bipolar mizaç bozukluğu tip II (%4), manik epizod (%5), panik bozukluğu (%11), yaygın anksiyete bozukluğu (%10), obsesif kompulsif bozukluk (%9), fobiler (%40) ve nikotin bağımlılığı (%33) gibi psikiyatrik eş tanılarının yaşam boyu yaygınlık oranının kontrol gruplarına göre daha sık olduğu belirtilmektedir ^(118, 155). Migreni ve gerilim-tipi baş ağrısı olan hastalar rekürren baş ağrısı öyküsü olmayan bireylere kıyasla psikiyatrik hastalıkları orantısız olarak daha yüksek oranlarda göstermektedir. Bu komorbid ilişkiler epidemiyolojik araştırmalarda ve ayrıca tedavi için başvuran hastalar ile yapılan klinik çalışmalarda belirtilmektedir ^(116, 118).

Anksiyete ve depresyon baş ağrısı olmayan bireylere kıyasla kronik gerilim tipi baş ağrısı ^(145, 155) ve kronik günlük baş ağrısı ^(118, 156) olan bireylerde daha yaygın görülmektedir. Kronik günlük baş ağrısı ile ilgili olarak, 88 klinik hastadan oluşan bir örneklemin % 90'ında standart Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) kriterlerine göre değerlendirilmesiyle komorbid bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Gerilim-tipi baş ağrısı olan hastalar (epizodik ve kronik biçimler arasında eşit şekilde bölünmüş olan) ile yapılan çok merkezli bir çalışmada, psikiyatrik komorbidite çok yüksek düzeylere ulaşmıştır. Kronik gerilim tipi baş ağrısı olan 109 hastanın % 84'ü ve epizodik türde 108 hastanın % 70'i ⁽¹⁵⁶⁾. Ülkemizde aurasız migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrısı hastalarında psikiyatrik morbiditenin araştırıldığı 45 hasta ile yapılan çalışmada MINI psikiyatrik görüşme ile yapılan değerlendirmede epizodik gerilim tipi baş ağrısı hastalarının tümüne psikojenik faktörlerle ilgili ağrı bozukluğu tanısı konulduğu; bu hastaların % 72'sinde başka bir psikiyatrik eşlik ettiği ve en yaygın görülen psikiyatrik hastalığın distimi (% 56) olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada aurasız migren hastalarında % 41.4'ünde psikiyatrik hastalık tanısı

konulmuş olup; % 26.7'sinde distimik bozukluk, % 6.7'sinde OKB tanısı konulmuştur ⁽¹⁴³⁾.

Bizim çalışmamızda baş ağrısı olan hastaların % 80.3'ünde psikiyatrik eş tanı konulmuştur. Migren hastalarının % 69.8'i, gerilim tipi baş ağrısı olanların % 100'üne psikiyatrik tanı konulmuştur. Gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların tümüne MINI ile yapılan psikiyatrik görüşmede ağrı bozukluğu tanısı konmuş olup gerilim tipi baş ağrısı olanlarda psikiyatrik eş tanı yüksekliği bu durumdan kaynaklanmaktaydı. Migreni olan hastaların 7'sine ağrı bozukluğu tanısı konulmuştur. Ağrı bozukluğu gerilim tipi baş ağrısı olanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Somatoform bozuklukların sıklığı üzerine Avrupa'da yapılan epidemiyolojik bir araştırmada ağrı bozukluğunun 1 yıllık yaygınlığı % 0,6 bulunmuştur ⁽¹⁵⁷⁾. Almanya'da yetişkin popülasyonunda ağrı bozukluğu prevalansının araştırıldığı bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık DSM-III-R'ye göre % 33.7; DSM- IV'e göre %12.3 bulunmuştur. 6 aylık ağrı bozukluğu yaygınlığında ağrı bölgelerinin yaygınlığına bakılınca baş ağrısı DSM-III-R'ye göre E/K: % 20.7/ % 28.5; DSM- IV'e göre yaygınlığı E/K: %29.1/ %37.7 bulunmuştur ⁽¹⁵⁸⁾. Ülkemizde sağlık bakanlığının yaptığı araştırmada % 8.4 gibi yüksek bir yaygınlık bulunmuş olup birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranlarda da yayınlığı % 32 olarak saptanmıştır. Batıda yapılan çalışmalarda sıklığının daha düşük olması sağlık kayıtlarının gözden geçirilerek yanlış tanı konma olasılığının azaltılmasına bağlanmıştır.⁶⁹ Bizim çalışmamızda ağrı bozukluğu yaygınlığı baş ağrısı grubunda %47. 9, psikiyatrik başvuru grubunda %2.8 bulunmuştur.

Ağrı bozukluğu dışlandığında baş ağrısı grubunda psikiyatrik eş tanı 45 (% 63.4) kişide saptandı (27 migren, 18 gerilim tipi baş ağrısı) ve bu hastaların 38 (% 84.4)'inde bir psikiyatrik hastalık, 7 (% 15.6)'sinde iki psikiyatrik hastalık saptandı. Psikiyatrik hastalık grubunda ise 64 (% 90.1)kişide bir psikiyatrik hastalık, 7 (% 9.9)kişide iki psikiyatrik hastalık saptandı.

Baş ağrısı hastalarında duygudurum bozuklukları saptanma sıklığı migrenlilerde % 41.9, gerilim tipi baş ağrısında % 40.7 olup bu oranlar psikiyatrik başvuru grubundaki baş ağrısı olanlarda % 70.5, baş ağrısı olmayanlarda % 55.6

bulunmuştur. Duygudurum görülme sıklığı açısından psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta diğer gruplara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.005$). Baş ağrısı olan kişilerde duygudurum bozukluklarının sık görüldüğü bilgisiyle uyushmaktadır.

Baş ağrısı hastalarında anksiyete bozuklukları saptanma sıklığı migrenlilerde % 23.3, gerilim tipi baş ağrısında % 37 olup bu oranlar psikiyatrik başvuru grubundaki baş ağrısı olanlarda % 29.5, baş ağrısı olmayanlarda % 51.9 bulunmuştur. Baş ağrısı olmayan psikiyatrik hasta grubunda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmasına karşın, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi.

Çalışmamızda migren hastalarının % 55.8'inde tek, % 14'ünde 2 psikiyatrik eş tanı saptanmış; gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların % 40.7 tek, % 40.7'sinde iki, % 3.5' inde üç psikiyatrik eş tanı konulmuştur. Baş ağrısı hastaları üzerinde yapılan 8 yıllık bir izlem çalışmasında ise migrenlilerin % 43.7'sinde tek, % 21.9'unda çoğul psikiyatrik tanı konulmuş olup bu oranlar gerilim tipi baş ağrısı için sırasıyla % 50, % 30.6 bulunmuştur ⁽¹⁵⁹⁾. Çoğul psikiyatrik tanı açısından bizim örneklemimizde oranlar daha yüksek bulunmuştur.

Psikiyatrik eş tanı sıklığında anlamlı cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Kadınlara 30 yaşına geldiklerinde erkeklere kıyasla yaşam boyu migren (% 24'e karşın % 9) ve yaşam boyu majör depresyon (% 24'e karşın % 13) tanısı konma oranları anlamlı olarak daha yüksektir. Genç ergenlikte migren için ve yaklaşık 20 yaşından sonra majör depresyon için kadınlardaki riskin göreceli olarak arttığı gözlenmektedir. Boylamasına veriler erkeklere kıyasla, kadınların migren geliştirme eğiliminin 4 kat ve majör depresyon geliştirme riskinin 2 kat fazla olduğu bulunmuştur. ^{118,160} Örneklemimizde erkek/kadın oranı 1/7 olarak saptanmış olup, kadınlardaki baş ağrısı eğilimini yansıtmakla birlikte topluma genellenen bir sonuç çıkarmak olanaksızdır.

Baş ağrısı ve II. Eksen psikiyatrik hastalıklar arasında epidemiyolojik çalışma yapılmamıştır. Ancak, hastane acil servislerine akut tedavi için başvuran kişilik bozukluğu hastalarının yaklaşık olarak % 60'ında baş ağrıları önemli bir yakınma olarak bildirilmektedir ⁽¹¹⁶⁾.

Örneklemimizdeki hastaların baş ağrısı şiddeti VAS ile değerlendirildiğinde ortalama baş ağrısı şiddeti baş ağrısı olan psikiyatrik başvuru hastalarında 5.52 ± 2.79 , migrenlilerde 7.66 ± 2.14 , gerilim tipi baş ağrısı olanlarda 6.49 ± 2.39 'du. Gruplar ağrı şiddeti açısından karşılaştırıldığında migrenlilerin bildirdiği ağrı şiddeti psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan gruptan anlamlı oranda yüksekti. ICHD'de migren tanısı konması için ağrı şiddetinin orta veya ağır olma şartı arandığından bu beklenen bir sonuçtu. Ancak gerilim tipi baş ağrısı grubuyla psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grup arasında ağrı şiddeti açısından anlamlı fark saptanmadı. Depresyonun somatik şikayetlerinden biri olarak ortaya çıkan baş ağrısı özellikle gerilim tipi baş ağrısı tanısı için karıştırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerilim tipi baş ağrısında en sık görülen fizyolojik anormallik, depresyonda da görülebilecek perikranial kaslardaki gerilim artışı olduğundan, gerilim tipi baş ağrısı ile depresyonun somatik belirtisi olarak ortaya çıkan baş ağrısının ayırt edilmesi gerekmektedir ⁽¹⁶¹⁾.

Depresyon ve migren türü baş ağrısı ile ağrı şiddeti arasında iki yönlü bir ilişki ortaya konmuş ve depresyonun migren için bir risk olduğu rapor edilmiştir ^(141, 152). Migren veya benzeri şiddetli baş ağrıları karşılaştırıldığında depresyon görülme sıklığının arttığı gözlenmiştir. Migren ve kontrol grupları arasında basit psikiyatrik yakınmaları olan olgularda migren sonrası depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı rapor edilmiştir ⁽¹⁵²⁾.

Psikiyatrik hastalıkların seyri sırasında ortaya çıkan baş ağrıları ICHD'de sekonder baş ağrıları olarak sınıflandırılmaktadır. Günümüzde baş ağrısının psikiyatrik nedenleri üzerine var olan medikal literatür çok yetersizdir ve bu tip bozuklukların görülme sıklığını gösterebilecek gerçek anlamda güvenilir çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak bir takım çalışmalar psikiyatrik hastalıklarla baş ağrısı arasındaki en yaygın ilişkinin nedensellikten ziyade iki yönlü ilişki modeli olduğu gösterilmiştir. Bu ilişki özellikle migren ve affektif bozukluklarda daha net görülmektedir. Migren gibi temel baş ağrısı bozuklukları ile çeşitli psikiyatrik bozukluklar altında yatan nörokimyasal özellikler birçok yönden benzerlik göstermektedir. Ancak her ne kadar bu tip ilişkiler daha sık görülse de, bu durum nedensel ilişkinin görülebileme ihtimalini ortadan kaldırmamaktadır. Ancak sınıflama sistemi oluşturucularının da vurguladığı gibi, baş ağrısı ile psikiyatrik bozukluklar

arasında nedensel ilişki kurulabilmesi için, baş ağrısı yalnızca psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında görülüyor olmalı ve baş ağrısı ile birlikte psikiyatrik bir bozukluğun diğer semptomları da devam etmelidir ^(51, 162). Psikiyatrik bozukluklara bağlanan ikincil baş ağrıları (HSPD) üzerine yapılan retrospektif bir araştırmada; HSPD tanısı pratikte nadiren kullanılmakta, kullanıldığı zaman da ICHD'nin ikinci basım kriteri tam olarak uygulanmayarak "Baş ağrısı yalnızca psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında görülmektedir" kriterinin dikkate alınmadığı görülmektedir. Genel tanımlamalar dışında tarif edilen baş ağrılarına değil, çoğu zaman gerilim ve migren tanımına uyan tariflere de HSPD tanısı konulduğu bildirilmiştir. HSPD tanısına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında yer aldığı halde, uygulamada somatizasyon bozukluğuna bağlı baş ağrısı tanısının depresyon ve genellenmiş anksiyeteye bağlı olanlar kadar konulmadığı saptanmıştır ⁽¹⁶³⁾.

Araştırmamızda baş ağrısı hastaları ve psikiyatrik hastalar SCL 90 R somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında baş ağrısı grubunda baş ağrısı ortalama puanı anlamlı oranda yüksekti. Göğüs kalp ağrısı ve boğazda yumru hissi ortalama puanları psikiyatrik hasta grubunda anlamlı olarak yüksekti. Somatizasyon alt ölçeğindeki diğer belirtiler açısından fark anlamlı değildi.

SCL- 90 R Anksiyete alt ölçeğindeki bedensel belirtilere bakıldığında korku hissi ile gerginlik veya coşku hissi ortalama puanları psikiyatrik grupta baş ağrısı grubundan anlamlı olarak yüksekti.

SCL 90 R Ek Bedensel Belirtiler iştah azalması, uykuya dalma güçlüğü, aşırı yemek yeme, erken uyanma, rahat uyuyamama gibi belirtilerin şiddeti psikiyatrik hasta grubunda daha fazla olmakla birlikte fark anlamlı değildi.

SCL-90 R alt ölçeklerle yapılan hesaplamalarda SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi, SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti Düzeyi, SCL Ek Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti Düzeyi psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı grubundan anlamlı olarak daha yüksekti. Anksiyetede görülen bedensel belirtilerin şiddeti psikiyatrik hasta grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının bedensel belirtileri açısından SCL 90 R somatizasyon alt ölçeği ile karşılaştırılmasında baygınlık, göğüs-

kalp ağrısı, bulantı, nefes almada güçlük, boğazda yumru hissi belirtilerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır:

1- Baygınlık belirtisi migren grubunda psikiyatrik başvuru baş ağrısı olmayan gruptan

2- Göğüs-kalp ağrısı psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta gerilim tipi baş ağrısı olan gruptan

3- Bulantı migren grubunda gerilim tipi baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olmayan gruptan

4- Nefes almada güçlük psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta gerilim tipi baş ağrısı grubundan

5- Boğazda yumru psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

SCL 90R-Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtilerden korku hissi ortalama puanı psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren ve gerilim tipi baş ağrısı olanlardan yüksekti ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Gerginlik ve coşku hissi psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olmayan grubdakilerden daha yüksekti ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Erken uyanma belirtisi açısından psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grubunun puanları migrenden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

SCL 90 R somatizasyon, anksiyete-bedensel ve ek-bedensel belirtiler değişkenleri bakımından baş ağrısı olan hastalar karşılaştırıldığında, gerilim tipi baş ağrısı grubu psikiyatrik başvuru grubu arasında üç değişken (göğüs kalp ağrısı, nefes almada güçlük, korku), migren alt grubu ile iki değişken (bulantı ve korku) açısından anlamlı fark vardı. Korku değişkeni iki karşılaştırma içinde ortak ve psikiyatrik başvuru grubunda daha fazlaydı.

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının SCL-90 R alt ölçeklerle yapılan hesaplamalarda:

1- SCL Genel Belirti Düzeyi Psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta gerilim tipi baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olmayan grupta anlamlı olarak daha yüksekti. (bu yükseklik psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grubun belirtilerden daha fazla sıkıntı duyduğunu göstermektedir.)

2- SCL Pozitif Belirti Toplamı, SCL Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi, SCL Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti düzeyi, SCL Ek Bedensel Belirtiler Genel Belirti Düzeyi psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta baş ağrısı olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur

3- SCL Anksiyete Alt Ölçeği Bedensel Belirtiler Pozitif Belirti Düzeyi psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta migren ve gerilim tipi baş ağrısı grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grup bedensel belirtiler açısından baş ağrısı olmayan gruba göre daha fazla sayıda bedensel belirti bildirmiştir. Psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grupta anksiyetenin bedensel belirtilerinin şiddet ortalaması gerilim tipi baş ağrısı grubundan daha fazla bulunmuştur.

Anksiyete ve depresyonun migren ve gerilim tipi baş ağrısı ile komorbid oldukları bilinmesine rağmen baş ağrısı ve diğer somatik yakınmaların ilişkisi hakkındaki literatür bilgisi sınırlıdır. Baş ağrısı hastalarında, Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada, psikolojik maddeler yerine somatik maddelerin (iştah, yorgunluk, kilo kaybı, uykusuzluk gibi) baş ağrısı etkinliği ile tutarlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur ⁽¹⁶⁴⁾. Baş ağrısı hastalarında SCL 90-R kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada somatizasyon tablolarının cinsiyete ve baş ağrısının başlangıç yaşına göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Somatizasyon puanlarının karşılaştırıldığı bu araştırmada karışık baş ağrısı olan kadınların daha düşük puanlar alırken; migreni ve kronik gerilim tipi baş ağrısı olanların birbirinden farklı olmadıkları bulunmuştur. Erkeklerdeki somatizasyon baş ağrısı tanılarında farklılık gösterilememiştir. Ayrıca, somatizasyon baş ağrısı, 15 yaşından önce başlayan kadınlarda daha yüksek bulunmuş, ancak erkeklerde daha geç başlangıç durumunda daha yüksek görülmüştür ⁽¹⁶⁵⁾. Pediyatrik bir çalışmada, migreni ve gerilim-tipi baş ağrısı olan çocukların baş ağrısı olmayanlara kıyasla daha yüksek somatik yakınma puanlarına sahip oldukları ve migreni olan çocukların GTBA olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek puanlarının olduğu bulunmuştur⁽¹⁶⁶⁾.

Somatik semptomların baş ağrısı ile komorbiditesi, somatik semptomların yaygınlığı, baş ağrısı tanısı, şiddetli baş ağrısının sıklığı ve psikiyatrik tanıya göre

karşılaştırıldığı bir izlem çalışmasında bağlantılı somatik semptomlar; 1) kronik migreni ve kronik günlük baş ağrısı olan hastalarda epizodik migreni olanlara kıyasla, 2) şiddetli baş ağrısı haftada 2 gün ya da daha kısa süren hastalara göre, 2 günden çok süren hastalarda 3) anksiyete, depresyon ya da her iki bozukluk tanısı olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmada en yaygın bildirilen semptomların yorgunluk (%73), uyku güçlüğü (%60) ve bulantı/hazımsızlık (%55) olduğu gözlenmiştir. Anksiyete ve/veya depresyonu olan hastalar için yorgunluk, uykusuzluk, baş dönmesi, palpasyonlar, dispne, sırt ağrısı ve ekstremitte ağrısı anlamlı şekilde artmış bulunmuştur. Kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla somatik belirti bildirmişlerdir. Belirli semptomlar içinde (menstrüel yakınmalar hariç), yalnızca ekstremitte ağrısı kadınlarda daha yaygın bulunmuştur ⁽¹⁶⁶⁾. Klinik olmayan bir popülasyonda yapılmış bir çalışmada da somatik semptomların sonraki yıllarda majör depresyonu yordadığı bildirilmiştir ⁽¹⁶⁷⁾

Kronik baş ağrısı epizodik baş ağrısına kıyasla daha yüksek somatik semptom şiddeti ve daha yüksek majör depresif bozukluk sıklığı ile ilişkili bulunmuştur ⁽¹²⁾. Psikolojik komorbiditenin güçlü göstergelerinden biri olduğu somatik semptomların sayısı ve eşlik eden depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir ⁽⁶⁾.

Literatürde baş ağrısı sıklığının depresyon ile ilişkisi hakkında bazı çelişkiler bulunmaktadır; artan depresyon puanları ile baş ağrısı sıklığının arttığını gösterilmiştir ⁽¹⁶⁸⁾. Başka bir çalışmada depresyonun baş ağrısı atağı sıklığı arasında bir etkisi olmadığı bildirilmiştir ⁽¹⁵²⁾ Gelir ve eğitim düzeyleri azaldıkça baş ağrısı sıklığı, baş ağrısının etkisi, somatik semptomların arttığı gözlenmiştir ⁽¹²⁾.

Bedensel belirtilerin grup ve alt gruplar arasındaki dağılımı, konuyla ilgili yazında görüldüğü gibi araştırmamızda da belli bir grup belirtide odaklanmamıştır. Bu anlamda tek dikkat çekici olan bedensel belirtiler bakımından diğer baş ağrısı gruplarına göre psikiyatrik başvuru grubu anksiyeteye doğrudan bağlantılı bedensel belirtileri daha şiddetli yaşamaktaydı.

Bedensel belirtilerin nedensel atfına yönelik yapılan araştırmalar somatik semptomların sayısı ile ilgili çoğul nedensel atıfların varlığını desteklemektedir. Somatize eden hastalar organik atıflarda bulunurken, depresyondaki hastalar daha

çok psikolojik atıflar yapmaktadır. Genel bir somatik atıf tarzının örtülü somatik semptomların sayısı ile ilişkili olduğu, psikolojik bir yükleme tarzının ise depresyon ve anksiyetenin her iki semptomu (psikolojik ve somatik) ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Normalleştirici yüklemelerin hekimin anksiyete ve depresyonu tanımasını azaltmasındaki rolü ile ilgili çelişkili bulgular bulunmaktadır ⁽⁷⁾.

Her iki grubun bedensel belirti yorumlama ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldığında baş ağrısı hastalarının baş ağrısını normalize etme eğiliminde olduğu gözlemlendi. Psikiyatrik hasta grubu ise çarpıntı, yorgunluk, mide ağrısı belirtilerini psikolojize etme, göğüste sıkışma belirtisini somatize etme eğiliminde olduğu saptandı. Ancak iki grup arasında bedensel atıf, ruhsal atıf, normal atıf toplam puanları açısından anlamlı fark yoktu.

Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları BYÖ maddeleri açısından karşılaştırıldığında baş ağrısı, baş dönmesi, mide ağrısı ve göğüste sıkışma belirtilerinin atıf tarzlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grup baş ağrısı olmayanlara göre bu belirtiyi daha çok psikolojize etme; migrenliler ise psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan ve olmayan gruba göre daha çok normalize etme eğilimindeydi. Gerilim tipi baş ağrısı olan grup baş dönmesini migren ve psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan gruba göre daha çok normalize etme eğilimindeydi. Psikiyatrik başvuru baş ağrısı olanlar mide ağrısını migrenlilerden daha çok psikolojize etme eğilimindeydi. BYÖ’de toplam atıf tarzlarına yönelik bir fark olmamakla birlikte bazı bedensel belirtiler için psikiyatrik başvuru grubu daha çok ruhsal atıf kullandığı görüldü.

Baş ağrısı olan hastalarda bedensel duyumları yorumlarını karşılaştırmak için baş ağrısı olmayan hastalar çıkarıldıktan sonra baş ağrısı olan psikiyatrik başvuru grubu, migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastalar arasında yapılan karşılaştırmada baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, mide ağrısı ve göğüste sıkışma belirtilerinin atıf tarzlarında anlamlı farklılıklar saptandı. Psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grup, migrenlilere göre yorgunluk ve mide ağrısını daha çok psikolojize, göğüste sıkışmayı daha çok somatize etme eğilimindeydi. Migrenliler, baş ağrısını diğer baş ağrısı hastalarına göre daha çok normalize etme eğilimindeydi. Gerilim tipi baş ağrısı

olanlar ise, baş dönmesini baş ağrısı hastalarına göre daha çok normalize etme eğilimindeydi.

Somatosensorial amplifikasyonun üç bileşeni tanımlanmıştır: (1) kendini sürekli incelemenin ve hoş olmayan bedensel duyumlara dikkatin artmasını içeren bedensel aşırı tetikte olma hali (hipervijilans), (2) belirli görece zayıf ya da sık olmayan duyumları seçme ve bunlara odaklanma eğilimi ve (3) iç organlar ile ilgili ve somatik semptomları normal olarak düşünmekten ziyade anormal, patolojik ya da hastalık semptomu olarak değerlendirme eğilimi. Bu bilişsel değerlendirme semptomların algılanması ile ilgili korkuya ve anksiyeteye neden olmaktadır ve bir yandan bedensel duyumların algılanması ve diğer bir yandan hipokondriyal inançların ve davranışların arasında bir aracı olarak hareket ettiği öne sürülmüştür ⁽⁷⁾. Amplifikasyonu değerlendirmek için kullanılan BDAÖ puanlarının ve hipokondriyak tutumların güçlü şekilde ilişkili olduğu bildirmiştir ⁽¹⁶⁹⁾.

Somatosensorial amplifikasyonun somatik semptomların gösteriminde bir rolü olmakla birlikte anksiyete, depresyon ve aleksitimi gibi etkenlerin de bu durumu etkileyebileceği ve birbirleriyle yakın ilişkileri olduğu söylenmektedir. Hem nörolojik hem de psikolojik işlev ile ilgili olarak somatosensori amplifikasyonun spesifik rolü henüz bilinmemektedir. Gelecek çalışmalarla netleştirilmesi gerekmektedir ⁽⁹⁶⁾. Bizim çalışmamızda hastalarda somatosensori amplifikasyonu ölçmek için kullanılan BDAÖ açısından psikiyatrik başvuru grubu ile baş ağrısı grubu ve baş ağrısı alt grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Baş ağrısı ve SCL 90 R genel indeksler arasında korelasyon analizi yapıldığında baş ağrısı ile SCL genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı, bedenselleştirme alt ölçeği genel belirti düzeyi, bedenselleştirme alt ölçeği genel belirti toplamı, bedenselleştirme alt ölçeği pozitif belirti düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Baş ağrısı şiddeti ile baş ağrısı süresi ve güncel psikiyatrik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

5.1. Kısıtlılıklar

- Araştırmamız süre sınırlı, kesitsel bir tez çalışması olduğundan ve poliklinik başvurusunda bulunan nöroloji ve psikiyatri hastalarına bağlı olduğundan, planlanırken sağlıklı gönüllülerden oluşan bir kontrol grubu tasarlanmamıştı. Bu kısıtlılık baş ağrısı ve psikiyatrik hastalıkların tek başlarına ve birlikte etkilerini inceleme olanağını engellemiştir.

- Bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olması zaman içinde değişkenlik gösteren baş ağrısında ağrının karşılaştırmalı olarak sorgulanamaması, ağrının hangi şartlarda, ne sıklıkla şiddetlendiği, ağrısız geçen dönemler, stresörlerle zamansal ilişki, komorbid durumların başlangıcının zamansal özelliği konusunda hastanın geçmişe dönük tahmini dışında cevap alınamaması nedensellik ve prognostik faktörlerin belirlenmesine olanak vermemiştir. Kesitsel olması nedeniyle hastaların belirti sıklığı saptanamamış olup yerine ilişkili belirtilerin önemli bir belirleyicisi olan hastalık süresi ay olarak sorgulanmıştır.

- Baş ağrısı tanıları standart bir görüşme çizelgesi kullanılması yerine klinik değerlendirmeye yapılmıştır. Ancak tanı sıklıkları yapılan klinik araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

- Ana gruplarda hasta sayıları yüksek olmadığından, baş ağrısı ana tanıları alt gruplara ayırlamamış bu da ayrıntılı karşılaştırma olanağını kısıtlamıştır.

- Koşullarımız psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların psikiyatrik başvuru bilgisinden habersiz olarak bu hastalara nörolojik yönden tanı koyma ve ayırıcı tanısını yapmasına elvermedi. Bu da, eş tanı durumlarının belirlenmesi açısından kısıtlılık yaratmıştır.

- Hasta ailelerinde baş ağrısı ve psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığının saptanması dışında, tanı, süre, kronisite vb. konularda bilgi alınamamış olması ailevi geçiş konusunda bilgi üretimine izin vermemektedir.

- Kullandığımız ölçekler somatik semptom şiddetini, nedensel atıf tarzını ölçmesi, psikiyatrik hastalıklar için şiddet derecelendirmesi yapılmaması nedeniyle baş ağrısında komorbid durumlarda somatik belirtilerin varlığı dışında hastalık şiddetiyle ilişkisi değerlendirilememiştir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Baş ağrısı hastaları ile psikiyatrik başvuru hastalarının sosyodemografik özellikleri arasında bir fark saptanmamış olması, her iki hastalık grubunun bu özellikler yönünden benzerliklerinin yüksek olduğu ve bu değişkenlerden bağımsız değiştiğini düşündürmektedir.

2. Baş ağrısı olanların ailelerinde baş ağrısı olanların sayısının belirgin olarak daha çok olması, kişide psikiyatrik bir sorun varlığından bağımsız bir baş ağrısı eğilimini işaret etmektedir. Bu eğilimin biyolojik, sosyal ve ruhsal kökenleri üzerinde yoğunlaşılmasının belirsizlikleri aydınlatması beklenmektedir.

3. Baş ağrısı olanlarda psikiyatrik eş tanı çok yüksek bulunmuştur. Bunun birinci nedeni gerilim tipi baş ağrısı olanların tümünün, DSM-IV ağrı bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamış olmasıdır. Ancak bu durum bir yana bırakıldığında da yüksek eş tanı oranları olması, psikososyal stresör, psikiyatrik eş tanı ve baş ağrısı arasında bir süreklilik olduğunu göstermektedir. Ancak bundan bağımsız olarak baş ağrısı olanlarda psikiyatrik eş tanı yüksekliğinin, ne kadarının ortak bir etyolojinin iki ayrı sonucu olarak, ne kadarının neden-sonuç ilişkisi içinde, ne kadarının bağımsız süreçlerin rastlantısal birlikteliği olarak değerlendirilebileceği konusunun daha ileri araştırmalarla ortaya konulabileceği kuşkusuzdur.

4. Baş ağrısı olanlardaki psikiyatrik eş tanı bakımından duygudurum bozuklukları başı çekmektedir. Duygudurum bozuklukları ile baş ağrısı arasında dikkat çekici bir kesişme olduğu gözlenmektedir. Ancak aradaki ilişkide hangi bozukluğun öncelik aldığı kişiden kişiye değişmekte olsa da, bir yandan duygudurum bozukluklarının belirtileri arasında baş ağrısının bulunması, öte yandan özellikle şiddetli ve süregelen bir baş ağrısının depresyon için tetikleyici olabilme durumu ilişkiyi karmaşıklştırmaktadır. Araştırma grupları arasında anksiyete bozukluğu bakımından anlamlı bir fark saptanmamış olmakla birlikte, benzer bağlantıları baş ağrısı ile anksiyete bozuklukları için de kurmak olası görünüyör.

5. Gerilim tipi baş ağrısı tanısının nöroloji açısından sorunlu bir tanı grubu olduğu görülmektedir. Başka baş ağrılarına göre ölçütleri daha az belirgin ve değerlendirici görüşüne daha çok dayalı bir tanıdır. Öte yandan DSM-IV tanı ölçütlerinin de “tıbbi bir neden saptanmamış olması” şeklindeki tanı ölçütü nedeniyle özgülüğü düşük bir tanı grubu sağladığı ileri sürülebilir. Gerilim tipi baş

ağrısı olanların tümünün ağrı bozukluğu tanısı da alması, gerilim tipi baş ağrısı alt grubu ile ağrısı olan psikiyatrik grubun bir çok klinik özellik bakımından arada fark olmaması, buna karşılık migren grubundan farklılıkların ortaya çıkması, bu iki grup arasında ön görülenden daha çok kesişme olduğunu akla getirmektedir. Bu iki grup arasındaki kesişme ve ayrışma noktalarını belirginleştiren tanı sistemlerine gereksinim olduğu açıktır.

6. Bedenselleştirme, bedensel belirtileri yorumlama ve bedensel belirtileri abartma bakımından baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının belirgin olarak ayrıştığı bir sonuç elde edilmemiştir. Bu durumun ayrıştırılması için sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

7. Öyle görünüyor ki baş ağrısı, nöroloji ve psikiyatri bakış açılarının ikisinin de katkısına gereksinim göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M. Epidemiology Of Headache İn A General Population-A Prevalence Study. J Clin Epidemiol, 1991, 44(11): 1147-1157.
2. Doksat MK, Aydın Yazar S. Baş ağrıları ve psikiyatri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri, Baş, boyun, bel ağrıları sempozyum dizisi No: 30, Mayıs 2002, s:77-84.
3. Kocatürk U. Açıklamalı tıp terimleri sözlüğü. 7. Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. 1997, 701-702.
4. De Gucht V, Fischler B. Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. Psychosomatics, 2002, 43: 1-9.
5. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. Ann Intern Med, 2001, 134: 917-925.
6. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2003, 12(1): 34-43.
7. Dudu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. Int Rev Psychiatry, 2006,18(1): 25-33.
8. Bower P, West R, Tylee A, Hann M. Symptom attribution and the recognition of psychiatric morbidity. J Psychosom Res, 2000, 48: 157-60.
9. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. Canadian Journal of Psychiatry, 2004, 49(10): 663-669.
10. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implication for diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry, 2001, 62(13): 22-8.
11. Kessler D, Lloyd K, Lewis G ve ark. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. British Medical Journal, 1999, 318: 436-40.
12. Tietjen G.E, Brandes JL. Ve ark. High prevalence of somatic symptoms and depression in women with disabling chronic headache. Neurology, 2007, 68: 134-140.
13. Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. Ağrı, 2006, 18(4): 5-9.
14. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. 1. Bölüm tarihsel giriş. Ertaş M, Demir GA. Klinik uygulamada baş ağrısı. Birinci baskı, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2004: 1-8.
15. Zayas V. On headache tablets: headache incontations from. Medicine & Healty Rhode Island, 2007, 90(2): 46-47.

16. Paulino J, Griffith CJ. The Headache Sourcebook. First edition United States of America. 2001, s:vii. Erişim (http://www.google.com/books?hl=tr&lr=&id=bkn2-za9FUAC&oi=fnd&pg=PR15&dq=The+Headache+Sourcebook+Paulino+J,+Griffith+CJ.+&ots=gB_vs1OI_K&sig=70YM_rsBpVDEu5zXlX2ad8u06Sc#v=onepage&q&f=false) 2011. Erişim tarih: 12.04.2011
17. Sacks O. Migren. Toksöz D, Yücesoy E. (Çevirenler). 1. baskı, İstanbul 2010, Yapı Kredi Yayınları.
18. Plant G.T. The fortification spectra of migraine. British Medical Journal, 1986, Volume 293: 20-27.
19. Ware J. On the muscae volitantes of nervous persons. Med Chir Trans, 1814, 255-277.
20. Critchley M, Ferguson F.R. Migreine. Section of Neurology, 1962, Volume 55 :5-7.
21. Bigal ME. & Lipton RB, s: 1-14 Wall and Melzack's Textbook of Pain, 5th Edition Edited by McMahon S. & Koltzenburg M. Erişim (<http://www.textbookofpain.com> chapter 54 Headache: classification) 2011. Erişim tarih: 02.05.2011
22. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. 2. Bölüm baş ağrısı sınıflama ve tanısı. Ertaş M, Demir GA. Klinik uygulamada baş ağrısı. Birinci baskı, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2004: 11-20.
23. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM. ve ark. Neurology in clinical practice Türkçe. 5. Baskı. Tan E, Özdamar SE. (çeviri editörleri). Veri Medikal Yayıncılık, 2008. Baş ve yüz ağrıları, Çevik İÜ. s: 263- 269.
24. Stovner L, Hagen K, Jensen R. ve ark. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia, 2007, 27: 193–210.
25. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, et al. Epidemiology of tension-type headache. JAMA, 1998, 279: 381–383.
26. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services. A Danish population study. J. Epidemiol Community Health, 1992, 46: 443-446.
27. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. Cephalalgia, 1995, 15: 45–68.
28. Tepper SJ, Dahlof CG, Dowson A. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. Headache, 2004, 44(9): 856–864.
29. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. 3. Bölüm baş ağrısı bozukluklarının epidemiyolojisi ve etkileri. Ertaş M, Demir GA. Klinik uygulamada baş ağrısı. Birinci baskı, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2004: 21-34.
30. Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Nöroloji, 2003, 1: 94-97.
31. Lipton RB et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache, 2001, 41(7):646-57.
32. Karlı N. Gerilim tipi baş ağrısı. Clinic medicine bilimsel ve güncel tıp dergisi, 2008 Baş ağrısı özel sayısı: 28-34.

33. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol*, 2005, 20:243-249.
34. Özbenli T. Migren patogenezi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 1994, 11(1):59-66.
35. Keçeci H. Migrenin genetiği. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2000, 22 (2): 123-126.
36. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. 5. Bölüm primer baş ağrılarının patofizyolojisi. Ertaş M, Demir GA. *Klinik uygulamada baş ağrısı. Birinci baskı, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık*, 2004: 47-66.
37. Yılmaz H, Müftüoğlu Neyal AM, Özcan C ve ark. Migren baş ağrısında sempatik deri yanıtı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 1997, 4(3): 285-290.
38. Martínez F, Castillo J, Pardo J, Lema M, and Noya M. Catecholamine levels in plasma and CSF in migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1993, 56(10): 1119–1121.
- 39.İRkeç C. Migren ve immun sistem. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 2003, 1(2): 124-126.
40. Bolay H, Dalkara T. Birincil baş ağrılarının fizyopatolojisi. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 2003, 1(2): 98-102.
41. Özmenoğlu M, Gazioğlu S. Birincil baş ağrılarının mekanizmaları ve profilaktik tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 2010, 3(1): 92-100.
42. Özışık Karaman HI. Primer baş ağrıları ve migren. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 2010, 3(3): 45-51.
43. İnan LE. Baş ağrısı tanıdan tedaviye güncel yaklaşımlar. Birinci baskı, İstanbul: Veri Medikal Yayıncılık, 2009.
44. Evans RW, Mathew NT. Baş ağrısı elkitabı. (2. baskı Lippincott williams and Wilkins Philadelphia 2005. 60-87) Ertaş M, Ertaş NK. (çeviri editörleri) İkinci baskı, İstanbul, Sigma Yayınları, 2005.
45. Saip Ş. Primer baş ağrıları. Nörolog olmayanlar için nöroloji, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları, İstanbul, 2005, No:42. 35-62.
46. İdrisoğlu HA. Baş ağrısı. Öge E.A. *Nöroloji*, Birinci baskı, İstanbul: Nobel Kitapevi, 2004:309-321.
47. Bıçakçı Ş. Baş ağrılarında yeni sınıflama. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi*, 2003, 1(2): 85-93.
48. Baykan B, İdrisoğlu HA. Baş ağrısı. Erişim (<http://www.itfnoroloji.org/basagrisi/basagrisi.htm>) 2011. Erişim tarih: 12.03.2011
49. Yücel Y. Migren baş ağrısında tanı ve tedavi yaklaşımları, *Dicle Tıp Dergisi*, 2008, 35(4):281-286.
50. Ertaş M. Migren. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 2003, 1(2): 116-123

51. The International Classification Of Headache Disorder 2. Ed. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society Cephalalgia An International Journal of Headache Volume 24 Supplement 1 2004. Oğuzhanoglu A, Başağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması 2. Basım (Türkçe). Türk Nöroloji Derneği Yayınları, Denizli-2005
52. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry, 1988, 145:1358–1368.
53. Ford CV, Folks DG, Conversion disorder: an overview. Psicosomatics, 1985, 26: 371-383.
54. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry 8. baskı, Türkçe çeviri editörü Aydın H. & Bozkurt A. 2007, Güneş kitabevi, Ankara.
55. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. International Journal of Behavioral Medicine, 1997, 4: 2, 105 – 116.
56. Sevinçok L. Somatizasyon bozukluğu. Psikiyatri Dünyası, 1999, 1: 5-10.
57. Mai F. Somatization disorder: A practical review. Canadian Journal of Psychiatry, 2004, 49: 652-662.
58. Marin C, Carron R. The origin of the concept of somatization. Psychosomatics, 2002, 43: 249-50.
59. Sağduyu A. Somatizasyon nedir? Türk Psikiyatri Dergisi, 1994; 5(4): 257-264.
60. Ford CV. The somatizing disorders. Psychosomatics 1986; 27: 327-337.
61. Rief W, Hiller W. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. J Psychosom Res 1999; 46: 507-518.
62. Kirmayer LJ, Robbins JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis 1991; 179:647–655.
63. Z.J. Lipowski. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. Canadian Medical Association Journal, 1986; 135(15): 609-614.
64. Kesebir S. Depresyon ve Somatizasyon. Klinik Psikiyatri, 2004; Ek 1: 14-19.
65. Sercan M. Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi (basılmamış uzmanlık tezi) İ.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, 1987.
66. Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC. Ve ark. Abridged somatization: a study in primary care. Psychosom Med 1998; 60: 466–472.
67. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosomatic Medicine, 1998; 60: 420-430.
68. Schappert SM. National Ambulatory Medical Care Survey: 1989 summary. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 1992; 13(110): 1–80.
69. Kaya B. Somatoform bozuklukların epidemiyolojisi. Doğan O, Psikiyatrik epidemiyoloji, birinci baskı, İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları, 2002: 59-74

70. Swartz M, Landerman R, Blazer D, et al. Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics* 1989; 30(1): 44-53.
71. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-5.
72. Sayar K, Tıbben açıklanamayan belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(3): 222-231.
73. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J ve ark. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000; 68: 207-210.
74. Allen L.A, Gara M.A, Escobar J.I. Somatization A Debilitating Syndrome in Primary Care *Psychosomatics* 2001; 42: 63-67
75. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329-36.
76. Özmen E, Demet MM, Gülseren L, Kültür S: Somatik yakınmaları ile psikiyatri polikliniğine başvuranlarda DSM-III-R tanıları. *Düşünen Adam*, 1993, 6(1-2):16-21.
77. Escobar JI, Golding M.J, Hough R.L, et al. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health*, 1987; 77: 837-840.
78. Wool CA, Barsky AJ. Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics* 1994; 35(5): 445-52.
79. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder *General Hospital Psychiatry* 2003; 25: 108-114.
80. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998; 60:150-5.
81. Fabrega H, The concept of somatization as a cultural and historical product of Western Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1990; 52: 653-672.
82. Doksat MK, Savrun M. Evrimsel psikiyatriye giriş. *Yeni Symposium*. 2001; 39: 131-150.
83. EMÖ Şahin, AS Türkan, A Belene, D Yeşilbursa, E Yurt. somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. *Yeni Symposium Journal*, 2009, 47(4): 187-193.
84. Sevinçok L, Sır A. Somatizasyon ve depresyon, 1. Baskı, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2005.
85. Kirmayer LJ. Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1984; 21:159-188.
86. Altındağ A, Özkan M, ve ark. İç Hastalıkları Polikliniğine Açıklanamayan Bedensel Yakınmalarla Başvuran Hastalarda Eksen-I Psikiyatrik Tanı Dağılımları. *Dicle Tıp Dergisi*. 2000; 28(3-4): 11-19.
87. Portegijs PJM, Jeuken FMH, ve ark. A troubled youth: Relations with somatization, depression and anxiety in adulthood. *Family Practicean international journal*, 1996; 13: 1-11.

88. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Yayın yönetmenleri: Çuhadaroglu F., Coşkun A., İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk, B, Türkbay T, Uslu R. ve Ünal F. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:3. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008
89. Stoudemire A. Somatothymia. Part 1 and 2. Psychosomatics 1991; 32(4):365-381.
90. Tunçer Ö. Depresyon ve somatizasyon İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 1999, İstanbul, 47-52.
91. Cloninger et al A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. Am J Psychiatry 1986 143 (7): 873.
92. Kaya B. Sivas il merkezinde somatizasyon bozukluğunun epidemiyolojisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sivas, 1996 (Danışman: Prof. Dr. Orhan Doğan).
93. Rief W, Pilger F, Ihle D, Bosmans E, Egyed B, Maes M. Immunological differences between patients with major depression and somatization syndrome. Psychiatry Res 2001; 105: 165-74.
94. Peker Salt D. Bedensel belirtilerin klinik değerlendirilmesinde önemli bir ayrıntı: Psikobiyolojik ve psikososyal faktörler. Türk Aile Hek Derg, 2008; 12(1): 31-38.
95. Güncel Klinik Psikiyatri, Prof. Dr. Erdal Işık, Organon yayınevi, Ankara, 2008.
96. Nakao M, Barsky A. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic BioPsychoSocial Medicine 2007, 1: 17.
97. 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.
98. Sayar K, Barsky AJ, Gulec H. Does somatosensory amplification decrease with antidepressant treatment? Psychosomatics 2005, 46: 340-344.
99. Mailloux J, Brener J. Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability. Psychosom Med, 2002, 64: 353-357.
100. Aronson KR, Barrett LF, Quigley K. Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: somatic sensitivity or negative reporting style? J Psychosom Res, 2006, 60: 521-530.
101. Gulec H, Sayar K: Reliability and validity of the Turkish form of the Somatosensory Amplification Scale. Psychiatry Clin Neurosci, 2007, 61: 25-30.
102. Güleç H, Sayar K, Güleç MY. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Düşünen Adam, 2007; 20(1):16-24.
103. Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ, Trief P: Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. Psychosomatics 39: 399-404, 1998.
104. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, de Gruy FV, Brody D: Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med 1994, 3: 774-779.

105. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms Clinical Psychology Review 2007; 27: 821-841.
106. Rief W, Nanke A, Emmerich J, Bender A, Zech, T. Causal illness attributions in somatoform disorders associations with comorbidity and illness behavior. Journal of Psychosomatic Research 2004; 57: 367-371.
107. Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010; 23: 60-65.
108. Özmen M. Bedenselleştiren hastaya yaklaşım. Klinik Gelişim 2009; 22(4): 34-38.
109. Simon GE, Von Korff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. Am J Psychiatry 1991; 148(11): 1494- 500.
110. Lipowski ZJ. Somatization: Medicine's unsolved problem. Psychosomatics 1987; 28: 294-297.
111. Erdine S. Ağrı mekanizmaları. Klinik Gelişim, 2007; 1-68.
112. İren Akbıyık D. ve ark. Ağrı ve psikiyatrik hastalıklar. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi 2011; 2(2): 44-47.
113. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden geçirilmiş Dördüncü Baskı(DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001
114. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. World Health Organization. Geneva. Öztürk MO, Uluğ B. (türkçe çeviri editörleri). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Medikomat. Ankara, 1993
115. Doksat MK. Ağrı ve Psikiyatri. Psikiyatri. Psikiyatri ve sanat yayın evi, birinci baskı, Bursa 2003
116. Karlıdere T. Baş ağrısına psikiyatrik yaklaşım, Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 2010; 3(3): 58-65.
117. Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu Baş Ağrısı Sınıflandırması; Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı. Erişim (http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/05_anhang/12.00.00_anhang.html) Erişim tarih: 24.05.2011
118. Lake A.E, Rains J.C, Penzien D.B, Lipchik G.L. Headache and psychiatric comorbidity historical context, clinical implications, and research relevance. Headache, 2005; 45: 493-506
119. Saper JR, Lake AE. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. Headache 2002; 42(7): 663-74.
120. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):89-99).

121. Sheehan D, Janavs J, Baker Harnett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan M, Lecrubier Y, Weiller Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. (2004). Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe Versiyon 5.0.0. [Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Turkish Version, 5.0.0.] (Engeler A. Çevirisi)
122. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatization disorder. *Psychosomatics*, 1992; 50: 510-19.
123. Yenier Duman Ö, Usubütün S, Göka E. Belirti Yorumlama Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1): 26-40.
124. Aronson KA. The reliability and validity of the Symptom Interpretation Questionnaire. *Journal Of Psychosomatic Research*. 2006; 61: 807-811.
125. Güleç H, Sayar K. Semptom yorumlama anketinin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2005; 8: 31-36.
126. Dağ, İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R). Ö. Aydemir ve E. Köroğlu (Eds.). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2000; ss. 33-40.
127. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991; 2: 5-11.
128. Yeşilyaprak B. Üniversiteye devam eden ve etmeyen bir grup gencin psikolojik belirtiler açısından karşılaştırılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2002; 2, 18.
129. Kılıç M. Değişik psikolojik arazlara sahip olan ve olmayan öğrencilerin sorunları (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara: Hacettepe Üniversitesi. 1987
130. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6 (1): 9-16.
131. Hindistan S. Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin ağrı düzeylerine, psikolojik belirtilerine ve yardım arama tutumlarına etkisi. *Doktora tezi, Atatürk Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum*, 2006
132. Güzeldemir M.E. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom* 1995; 7(6):11-21.
133. Bendtsen L, Jensen R. Tension-type headache: the most common, but also the most neglected, headache disorder. *Current Opinion in Neurology*, 2006; 19(3): 305-309.
134. Uysal Tan F, Erberk Özen N, Kazezoğlu Ş, Kökoğlu F, Boratay F. Depression and anxiety in patients with migraine and tension-type headache. *Gazi Medical Journal*; 2005, Cilt 16: Sayı 2: 74-79.
135. Mavioğlu H, Karaca S, Yılmaz H, Korkmaz H, Artuğ R, Selçuki D: Baş ağrısı poliklinik hastalarının demografik ve klinik profili. *Düşünen Adam* 2000; 2: 110-115
136. Aygül R, Deniz O, Güzelcik M, Aslan Ş. migrenli hastaların sosyodemografik profilleri. *AÜTD* 2001; 33: 91-96.
137. Göbel H, Petersen- Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society Cephalalgia 1994 14: 97
138. Yalçinkaya D, Bolay H. Primer Baş Ağrısı Mekanizmaları. *Clinic Medicine Bilimsel ve Güncel Tıp Dergisi*, 2008 Baş Ağrısı Özel Sayısı: 28-34

139. Çelik DB, Arkar H, İdiman F. Migren baş ağrısı hastalarının öfke tarzları ile mizaç ve karakter özellikleri. Klinik Psikiyatri, 2010;13: 23-35
140. Merikangas KR, Stevens DE. comorbidity of migraine and psychiatric disorders. Neurologic Clinics, 1997, Volume 15, Issue 1, Pages 115-123
141. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB. Ve ark. Headache and major depression: Is the association specific to migraine? Neurology 2000, 54(2): 308
142. Öztürk M, Öngel B. ve ark. Migren ve gerilim tipi baş ağrılarında ağrı ve sosyoekonomik özellikler. Düşünen Adam, 2001; 14(1): 48-52
143. Saygın MZ, Öztürk E, Koçer A. ve ark. Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi baş ağrısı: psikiyatrik morbidite ve ayırt edici diğer özelliklerin araştırılması. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2005; 3(1): 22-26
144. Wacogne C, Lacoste JP ve ark. Stress, anxiety, depression and migraine. Cephalalgia, 2003; 23: 451.
145. Puca F, Genco S. Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. Cephalalgia; 1999, 19: 159- 164.
146. Erdine S, Hamzaoglu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansı. Ağrı. 2001; 13(2): 22-30.
147. Çetinkaya Y, Tireli H. Bingöl ilinde nöroloji polikliniğine başvuran hastalarda baş ağrısı sıklığı. Nöropsikiyatri Arşivi, 2005; 42(1-2-3-4): 9-11.
148. Koçer E, Değirmenci Y, Koçer A, Ataoğlu A. The frequency of headache in Turkish patients with psychiatric disorders. Yeni Sempozyum 2010; 48(2): 132-8.
149. Lake AE III. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. Medical Clinics of North America, 2001, 85(4): 1055-75.
150. Lipchik GL, Benzien DB. Psychiatric comorbidities in patients with headaches Seminars in Pain Medicine 2004 2(2): 93- 105
151. Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: A review. Cephalalgia 2005;25(3): 165-78.
152. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression. Neurology 2003, 60: 1308–1312.
153. Baskin SM, Smitherman TA. Migraine and psychiatric disorders: comorbidities, mechanisms, and clinical applications, Neurol Sci, 2009, 30(1): S61–S65.
154. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. Psychiatry Res, 1991, 137: 11–23
155. Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL. ve ark. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2000, 40(1): 3–16.
156. Verri AP, Proietti Cecchini A, Galli C, Granella F, Sandrini G, Nappi G. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. Cephalalgia, 1998; 18(121): 45-9.

157. C. Faravelli, S. Salvatori, F. Galassi, L. Aiazzi, C. Drei and P. Cabras Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1997, 32(1): 24-29.
158. Grabe HJ, Meyer C. ve ark. Somatoform pain disorder in the general population. Psychother Psychosom, 2003;72: 88-94.
159. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, et al. Headache and psychiatric comorbidity: Clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. Cephalalgia, 1998;18: 455-462.
160. Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, Wang PN, Lu SR. Comorbidity of headaches and depression in the elderly. Pain, 1999; 82: 239-43.
161. G. Bussone. Chronic migraine and chronic tension-type headache: different aspects of the chronic daily headache spectrum. Clinical and pathogenetic considerations. Neurol Sci (2003) 24:S90–S93.
162. Loder E, Biondi D. Headache attributed to psychiatric disorder: a case series. Psychosomatics, 2005; 46: 326–333.
163. Radat F, Milowska D, Valade D. Headaches secondary to psychiatric disorders (hspd): a retrospective study of 87 patients. Headache, 2011, ISSN 0017-8748
164. Holm JE, Penzien DB, Holroyd K, Brown T. Headache and depression: confounding effects of transdiagnostic symptoms. Headache, 1994;34: 418- 423.
165. Puca FM, Antonaci F. Ve ark. Psychologic factors in chronic headache: assessment by means of the SCL-90-R inventory. Cephalalgia. 1989;9: 33-51.
166. Maizels M, Burchette R. Somatic symptoms in headache patients: the influence of headache diagnosis, frequency, and comorbidity. Headache, 2004;44: 983-993.
167. Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR. Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. Arch Int Med. 1999;159:215-222.
168. Zwart J.A, Dyb G, Hagen K ve ark. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. European Journal of Neurology 2003; 10: 147–152.
169. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. The British Journal of Psychiatry, 1990; 157: 404-409.

EKLER

EK-1: Katılımcılara Yönelik Bilgilendirimli Olur Formu

İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri, Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar Adlı Araştırma İçin Bilgilendirimli Olur Formu

Katılmanızı önerdiğimiz bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri, Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar”dır.

Baş ağrısı en yaygın görülen ağrılı durumlardandır. Nörolojik hastalıkların yanı sıra sistemik hastalıklara da eşlik edebilen bir belirtidir ve psikiyatrik eş tanı oranı yüksektir. Psikiyatrik eş tanı klinik uygulamalarda ortaya çıkan belirgin bir sorundur, tanısız, hastalık seyri ve tedaviye yönelik karışıklıklar psikiyatrik eş tanı durumunun sistematik değerlendirmesini gerektirmektedir. Bu araştırmanın amacı, baş ağrısı yakınmasıyla başvuran hastaların tıbbi tanı ve neden dağılımının saptanması, baş ağrısı hastalarında bedensel belirtilerin sayısı ve şiddeti ile nedensel atıf tarzları, bedensel duyuları abartma arasındaki ilişkilerin saptanması ve baş ağrısı hastalarında psikojenik etmenleri ve psikiyatrik eş tanı sıklığını saptamaktır. Bu çalışmada size baş ağrınız, bedensel hastalıklarınız, ruhsal sıkıntılarınız hakkında sorular sorulacak ve yine sorulardan oluşan bazı araştırma, tarama ölçekleri verilecek ve yanıtlarınız istenecektir.

Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre en çok 2 (iki saat) olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 120-160 arasındadır.

Bu çalışma ile ilgili olarak sizden sorulara uygun ve durumunuzu tam yansıtan yanıtlar vermeniz beklenmektedir. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk yoktur.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0(374)2534656-3265 no.lu telefondan Dr. Keriman AKYILDIZ’a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda olağan sağlık hizmeti verilmeye devam edilecek, sizin yararlarınıza engel herhangi bir duruma yol açılmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tarih ve İmza:

EK 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

“BAŞ AĞRISI - PSİKİYATRİ” ARAŞTIRMASI SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ ÇİZELGESİ

Hasta no:		Dosya no:			
Telefon 2:		Telefon 1:			
Ad-soyadı:		Yaş:			
Grubu:	1. Denek	2. Kontrol			
Cinsiyet:	1. Kadın	2. Erkek			
Doğum yeri:	 (Yazınız)				
Doğum yeri:	1. Kırsal	2. Kent			
Son 10 yıldır yaşadığı yer	 (Yazınız)				
Son 10 yıldır yaşadığı yer	1. Kırsal	2. Kent			
Kimlerle yaşıyor					
Kardeş sayısı					
Kaçıncı çocuk					
Medeni durum	1. Bekâr	2. Dul /Boşanmış	3. Evli	4. Diğer.....	
Çocuk sayısı					
Öğrenim (Bitirdiği okul)	1. Okuryazar değil	2. Okuryazar	3. İlkokul çıkışlı		
	4. Ortaokul çıkışlı	5. Lise çıkışlı	6. Üniversite çıkışlı		
Öğrenim (okul bitirememe nedeni)					
Öğrenim süresi					
Çalışma durumu	1. Çalışmıyor. Nedeni:		2. Çalışıyor. İşi:		
Çalışma ortamı	1. Kişinin taşıyabileceğinden daha gergin		2. Kişinin taşıyabileceği ölçüde gergin	3. Rahat	
Sosyal ortamı	1. Kişinin taşıyabileceğinden daha gergin		2. Kişinin taşıyabileceği ölçüde gergin	3. Rahat	
Aylık gelir	 yazınız				
Aynı bütçeden geçinen kişi sayısı					
Sosyal güvence	1. Yok		2. Var		
Sosyal güvence	1. ES	2. SSK	3. Bağ-Kur	4. Yeşil. K	5. Diğer ...
Baş ağrısı	1. Yok		2. Var		
Baş ağrısının süresi (ay)					
Bedensel hastalık	1. Yok		2. Var		
Bilinen bedensel hastalıkları	1.	2.	3.		
	4.	5.	6.		
Bilinen bedensel hastalık süresi	1.	2.	3.		
	4.	5.	6.		
Kullandığı ilaçlar					
Sigara kullanımı	1. Yok		2. Var		
İçilen sigara miktarı					
Madde kullanımı	1. Yok		2. Var		
Kullanılan maddenin adı					
Kullanılan maddenin miktarı					
Ailede bedensel hastalık	1. Yok		2. Var (belirtiniz.....)		
Ailede baş ağrısı	1. Yok		2. Var (belirtiniz.....)		
Ailede psikiyatrik hastalık	1. Yok		2. Var (belirtiniz.....)		
Stresörler	1. Yok		2. Var (belirtiniz		
Maddi manevi destek	1. Yok		2. Var. (belirtiniz		
Kendine göre destek sistemi yeterli mi?	1. Hayır		2. Evet		
Güncel psikiyatrik hastalık	1. Yok		2. Var (belirtiniz.....)		
Geçmişte psikiyatrik hastalık	1. Yok		2. Var (belirtiniz.....)		

EK-3: MINI Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Tarama Formu

HASTA YAKINMALARI TARAMA ÇİZELGESİ

HASTANIN ADI SOYADI: DOĞUM TARİHİ:	GÖRÜŞME TARİHİ:		
(yanıt evetse ilgili modüle gidiniz)			
➤ Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen hemen her gün, devamlı olarak çökkün veya üzgün müsünüz?	HAYIR	EVET	→A
➤ Son iki hafta içinde, pek çok şeyle çok daha az ilgilenmekte ve çoğu zaman daha önce zevk aldığınız şeylerden çok daha az mı zevk almaktasınız?	HAYIR	EVET	→A
➤ Geçen yılın çoğu zamanında üzgün, neşesiz veya çökkün hissettiniz mi?	HAYIR	EVET	→B
➤ Geçen ay ölmüş olsaydınız daha iyi olacağını düşündünüz mü veya ölmeyi arzuladınız mı?	HAYIR	EVET	→C
➤ Kendinizi hiç 'yukarıda' veya 'yüksekte' veya enerji ile veya başınızı derde sokacak kadar kendinizle dolu hissettiğiniz veya başkalarının sizin her zamankinden farklı olduğunuzu söylediği zamanlar oldu mu? (Alkol veya madde etkisi altında olduğunuz zamanları dikkate almayınız.)	HAYIR	EVET	→D
➤ Hiç birkaç gün için sürekli olarak ailenizin dışındaki insanlarla tartışmanıza, sözel veya fiziksel kavgalara girişmenize veya bağırmanıza neden olan sinirlilik haliniz oldu mu? Siz veya başkaları, haklı olduğunuzu düşündüğünüz durumlarda dahi diğer insanlarla karşılaştırıldığınızda daha sinirli veya aşırı tepkide bulunduğunuzu fark etti mi?	HAYIR	EVET	→D
➤ Bir defadan fazla olmak üzere, çoğu kimsenin o şekilde hissetmediği durumlarda dahi, aniden endişeli, korkmuş, rahatsız veya sıkıntılı kriz ya da nöbetleriniz oldu mu? Bu nöbetlerdeki kötüleşme 10 dakikada mı en üst düzeye geldi? SADECE NÖBETLERDEKİ KÖTÜLEŞME 10 DAKİKA İÇİNDE EN ÜST DÜZEYE GELMİŞSE EVET OLARAK KODLAYINIZ.	HAYIR	EVET	→E
➤ Az önce konuştuğumuz panik atak veya panik benzeri belirtileri yaşayabileceğiniz yerlerde veya durumlarda veya yardımın mümkün olmayabileceği ya da kaçmanın zor olduğu yerlerde veya durumlarda endişeli veya sıkıntılı hissediyor musunuz: Kalabalık içinde iken, kuyrukta (sırada) beklerken, evden uzakta iken veya evde tek başına iken, bir köprüyü geçerken, otobüs, tren veya arabada seyahat ederken?	HAYIR	EVET	→F
➤ Geçen ay içinde, size bakılmasından veya dikkatlerin sizin üzerinizde toplanmasından korktunuz veya utandınız mı veya küçük düşürülmekten korktunuz mu? Bu topluluk içinde konuşma, başkalarıyla birlikte veya topluluk içinde yemek yeme, birisi bakarken yazı yazma veya sosyal ortamlarda bulunma gibi durumları içermektedir.	HAYIR	EVET	→G

➤ Geçen ay içinde, istenmeyen, tatsız, uygun olmayan, kafanızdan atamadığınız veya rahatsız edici olan tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler veya zihinsel imajlar nedeniyle sıkıntı yaşadınız mı? (Örneğin, kirli olduğunuz, mikroplu olduğunuz veya mikrop bulaştığı fikri veya başkalarına mikrop bulaştırdığınıza dair korku veya istemediğiniz halde birisine zarar vermek korkusu veya ani dürtülerle harekete geçeceğinize dair korku veya sorumlu olduğunuz şeylerin kötü gideceğine dair saçma düşünce veya korku veya cinsel düşünceler, imajlar, ya da dürtülerle ilgili saplantılar veya biriktirme veya toplama veya dini saplantılar gibi.	HAYIR	EVET	→I
➤ Geçen ay içinde, aşırı şekilde yıkanmak veya temizlenmek, tekrar tekrar bazı şeyleri saymak veya kontrol etmek veya tekrarlamak veya bazı şeyleri düzenlemek, toplamak veya diğer batıl adetler gibi karşı koyamadığınız, tekrar tekrar yaptığınız bazı şeyler oldu mu?	HAYIR	EVET	→I
➤ Hiç ölüm tehlikesi ya da size yakın birinin ciddi yaralanması veya ölümü dahil olmak üzere son derece travmatik olan bir olayı yaşadınız mı, tanık oldunuz mu veya böyle bir durumla uğraşmak zorunda kaldınız mı? TRAVMATİK OLAYLARA ÖRNEKLER ŞUNLARI İÇERİR: CİDDİ KAZALAR, CİNSEL VEYA FİZİKSEL SALDIRILAR, TERÖRİST BİR SALDIRI, REHİN ALINMAK, KAÇIRILMAK, YANGIN, CESET BULMAK, SIZE YAKIN BİRİNİN ANİ ÖLÜMÜ, SAVAŞ VEYA DOĞAL AFET.	HAYIR	EVET	→J
➤ Travmaya yoğun bir korku, çaresizlik veya dehşet ile mi tepkide bulundunuz?	HAYIR	EVET	→J
➤ Geçen ay içinde, bu olayı rahatsız edici bir şekilde tekrar yaşadınız mı (mesela, rüyalar, yoğun hatırlamalar, olayın ani bir şekilde tekrar yaşanıyor gibi olması veya fiziksel tepkiler gibi)?	HAYIR	EVET	→J
➤ Geçen son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu?	HAYIR	EVET	→K
➤ Şimdi size sokakta satılan ilaçları veya maddeleri belirten AŞAĞIDAKİ LİSTEYİ OKUYACAĞIM / göstereceğim. Geçen 12 ay içinde, bu maddelerden herhangi birini kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi (mood) değiştirmek için kullandınız mı?	HAYIR	EVET	→L

Amfetaminler	Speed	Crystal Meth	Dexedrine	Ritalin, Diet hapları
Kokain	Krek	Freebase		
Eroin	Morfin, Metadon	Afyon	Demerol	
LSD	Meskalin	PCP	MDMA	Ekstazi
Uçucular	Yapıştırıcı (Bali), Eter	Eter	GHB	Steroidler
THC, Marihuana	Esrar, Haşış	Ot		Barbituratlar, Valium, Xanax, Ativan

Boyunuz ne kadar?

			cm.
--	--	--	-----

Geçen 3 ay içinde en düşük ağırlığınız ne kadardı?

			Kg
--	--	--	----

HASTANIN KİLOSU BOYU İLE İLİŞKİLİ OLARAK EŞİK DEĞERİNDEN DÜŞÜK MÜ? AŞAĞIDAKİ TABLOYA BAKINIZ

HAYIR	EVET	→N
-------	------	----

♀	Boy (cm)	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170
	Kilo (kg)	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47
♂	Boy (cm)	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180
	Kilo (kg)	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56

➤ Geçen son 3 ay içinde, aşırı yemek yeme halleri veya 2 saatlik bir süre içinde çok fazla miktarda yemek yediğiniz oldu mu?	HAYIR	EVET	→O
➤ Geçen son 3 ay içinde, haftada bir kere olmak üzere aşırı yeme haliniz oldu mu?	HAYIR	EVET	→O
➤ Geçen 6 ay boyunca, yoğun bir sıkıntı duydunuz mu veya birkaç şey hakkında endişelendiniz mi?	HAYIR	EVET	→P
➤ 30 yaşından önce başlamış, belirli bir hastalıkla açık bir şekilde ilişkili olmayan bir çok fiziksel şikayetiniz oldu mu?	HAYIR	EVET	→R
➤ Geçen 6 ay içinde, ciddi bir fiziksel hastalığınız olduğu konusunda çok endişe duydunuz mu?	HAYIR	EVET	→S
➤ Zihniniz görünümünüzde bir kusur olduğu fikriyle meşgul mü?	HAYIR	EVET	→T
➤ Şimdi, ağrı sizin başlıca sorunuz mu?	HAYIR	EVET	→U
➤ Bir hayat stresinin sonucu olarak duygusal ve davranışsal belirtileriniz oluyor mu? (Örnekler endişe/çökkünlük/bozuk davranış/fiziksel şikayetleri içermektedir, (bozuk davranışın örnekleri arasında kavga çıkarma, tehlikeli şekilde araba kullanma, okula devamsızlık, başkalarının haklarının ihlali, kasıtlı olarak mala mülke zarar verme ve yasa dışı şeyler yapmak sayılabilir))	HAYIR	EVET	→X
➤ Geçen yıl, adet hallerinizin çoğunun öncesinde ruh haliniz ciddi biçimde değiştiği bir hafta kadar süren dönemler oldu mu?	HAYIR	EVET	→Y

EK-4: Belirti Tarama listesi (SCL-90-R) Bedensel Belirtiler

Adı – Soyadı:

Tarih

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son on beş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Çok fazla
1	Baş ağrısı	0	1	2	3	4
2	Sinirlilik ya da içinin titremesi	0	1	2	3	4
3	Baygınlık hissi veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
4	Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
5	Titreme	0	1	2	3	4
6	İştah azalması	0	1	2	3	4
7	Belin alt kısmında ağrılar	0	1	2	3	4
8	Korku hissi	0	1	2	3	4
9	Kalbin çok hızlı çarpması	0	1	2	3	4
10	Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
11	Adale (kas) ağrıları	0	1	2	3	4
12	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
13	Nefes almada güçlük	0	1	2	3	4
14	Soğuk ve sıcak basması	0	1	2	3	4
15	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	0	1	2	3	4
16	Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi	0	1	2	3	4
17	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	0	1	2	3	4
18	Gerginlik veya coşku hissi	0	1	2	3	4
19	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
20	Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
21	Sabahın erken saatlerinde uyanma	0	1	2	3	4
22	Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	0	1	2	3	4
23	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
24	Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4

EK-5: Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale- VAS)

VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Lütfen baş ağrınızın şiddetini aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı



EK-6: Belirti /Belirti Yorumlama Ölçeği

Adı – Soyadı:

Tarih

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşılığında yer alan rakamları, bu nedenin sizin durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşıyor ya da yaşamadığınız da **A (evet) ya da B (hayır)** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız. **1 (Hiç) 2 (Biraz) 3 (Orta) 4 (Çok) 5 (Pek çok)**

		Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
1	Uzun süren baş ağrım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
1a	Duygusal olarak sıkıntılıyım	0	1	2	3	4
1b	Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorun var.	0	1	2	3	4
1c	Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer şeyler beni huzursuz etmiş olmalı	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde uzun süren baş ağrınız oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	
2	Çok terlesem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
2a	Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	0	1	2	3	4
2b	Endişeli ya da sinirliyim	0	1	2	3	4
2c	Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım	0	1	2	3	4
	Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	
3	Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
3a	Kalbim ya da tansiyonum var	0	1	2	3	4
3b	Yeteri kadar yemedim ya da hızlı ayağa kalktım	0	1	2	3	4
3c	Çok stres altındayım	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde aniden başınız döndü mü?	1- Evet			2- Hayır	
4	Ağız kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
4a	Tükürük bezlerimle ilgili bir sorun olmalı	0	1	2	3	4
4b	bir şeyden fazla kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım	0	1	2	3	4
4c	Daha çok su almaya ihtiyacım var	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	

		Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
5	Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
5a	Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim	0	1	2	3	4
5b	Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş olmalıyım	0	1	2	3	4
5c	Kalbimde bir sorun olmalı	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde çarpıntınız oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	
6	Kendimi yorgun hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
6a	Duygusal olarak tükenmişim ya da cesaretim kırılmış	0	1	2	3	4
6b	Kendimi yordum ya da yeterince hareket yapmıyorum	0	1	2	3	4
6c	Kansızım ya da kanım yetersiz	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1- Evet			2- Hayır	
7	Elimin titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
7a	Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir	0	1	2	3	4
7b	Çok sinirliyim	0	1	2	3	4
7c	El kaslarımı yordum	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde elinizin titrediğini fark ettiniz mi?	1- Evet			2- Hayır	
8	Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
8a	Ağrı ya da fiziksel rahatsızlık beni uyutmuyor	0	1	2	3	4
8b	Yorgun değilim ya da çok kahve içtim	0	1	2	3	4
8c	Çok endişeliyim ya da bir şeylere sinirlenmiş olmalıyım	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde uyuma güçlüğünüz oldu mu ?	1- Evet			2- Hayır	
9	Midem ağırırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
9a	Kendimi endişeden hasta ettim	0	1	2	3	4
9b	Grip ya da mide rahatsızlığım var	0	1	2	3	4
9c	Bana dokunacak bir şeyler yedim	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde mide ağrınız oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	
10	İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
10a	Çok yiyordum ya da şu an vücudumun eskisi kadar besine ihtiyacı yok	0	1	2	3	4
10b	Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi yemeklerin tadını alamıyorum	0	1	2	3	4
10c	Midemde ya da bağırsaklarımda bir sorun var	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde iştahsızlığınız oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	

		Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
11	Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
11a	Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun var	0	1	2	3	4
11b	Oda havasız ya da hava kirliliği var	0	1	2	3	4
11c	Çok heyecanlı ya da kaygılıyım	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	
12	Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
12a	Duygusal stres altındayım	0	1	2	3	4
12b	Üşüyorum ya da elim ayağım dondu	0	1	2	3	4
12c	Sinir sistemimde ya da kan dolaşımda bir sorun var	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi?	1- Evet			2- Hayır	
13	Kabızlığım ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
13a	Yediklerim arasında yeterince meyve ve lifli besinler yok	0	1	2	3	4
13b	Sinirsel gerilimim düzenli tuvalete çıkmama engel oluyor	0	1	2	3	4
13c	Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	
14	Göğsümde bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
14a	Kalp krizi geçiriyorum	0	1	2	3	4
14b	Çok korktum ya da heyecanlandım	0	1	2	3	4
14c	Kendimi çok yordum	0	1	2	3	4
	Son 3 ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu?	1- Evet			2- Hayır	

EK-7: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

Adı – Soyadı:

Tarih

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1).....Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

		Doğru değil				Tamamen doğru
1	Biri öksürdüğünde benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2	Duman sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3	Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4	Bir yerim morardığında uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
5	Ani, yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6	Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım	1	2	3	4	5
7	Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem	1	2	3	4	5
8	Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9	Ufak bir böcek ya da sinek ısırtığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10	Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5