

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
RİZE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**MİGREN TÜRÜ BAŞ AĞRISI OLAN HASTALARDA
ANKSİYETE DUYARLILIĞI, ALEKSİTİMİ, ÖFKE
VEBEDENSEL DUYUMLARI BÜYÜTME**

**ANXIETY SENSITIVITY, ALEXITHYMIA, ANGER AND
SOMATOSENSORY AMPLIFICATION IN PATIENTS WITH
MIGRAINE TYPE HEADACHE**

Dr. Selim POLAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

RİZE-2014

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
RİZE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**MİGREN TÜRÜ BAŞ AĞRISI OLAN HASTALARDA
ANKSİYETE DUYARLILIĞI, ALEKSİTİMİ, ÖFKE VE
BEDENSEL DUYUMLARI BÜYÜTME**

**ANXIETY SENSITIVITY, ALEXITHYMIA,
ANGERANDSOMATOSENSORY AMPLIFICATION IN
PATIENTS WITH MIGRAINE TYPE HEADACHE**

Dr. Selim POLAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

RİZE-2014

I. ÖNSÖZ

Asistan olarak göreve başladığım günden tez aşamasına kadar her anlamda desteğini, ilgisini, şefkatini, emeğini benden eksik etmeyen tez danışmanım, kıymetli hocam Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU'na, eğitim dönemim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Yrd. Doç. Dr. Bülent BAHÇECİ, Uzm. Dr. Gökhan KANDEMİR, Uzm. Dr. Hülya GÜVELİ, Uzm. Dr. Alaattin Cenk ERCAN'a, rotasyon eğitimlerini yanlarında tamamladığım, tez yazım aşamasında yardımlarını eksik etmeyen Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Serkan KIRBAŞ ve Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ahmet TÜFEKÇİ'ye, Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİR'e, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Seher AKBAŞ'a, beraber çalıştığım asistan arkadaşlarım, Dr. Çağdaş YELOĞLU, Dr. Ayşe KÖROĞLU, Dr. Murat ASLAN, Dr. Fatma Gül HELVACI ÇELİK, Dr. Meltem MEMİŞ, Dr. Tuğçe TAŞKIN UYAN ve Dr. Hasan Mervan AYTAÇ'a, psikiyatri klinik hemşireleri, psikologlar ve çalışanlarına, bugünlere gelmemde en büyük emeği olan anne ve babama, hayatımızın anlamı, neşe kaynağımız biricik kızım Miray'a ve benden hiçbir zaman desteğini esirgemediği gibi tez yazımı sürecinde de en büyük yardımcım, sevgili eşim Hilal POLAT'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Selim POLAT

II. İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ

II. İÇİNDEKİLER

III. ÖZET	III
III. ABSTRACT	4
IV. KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	6
V. TABLOLAR VE ŞEKİLLER DİZİNİ	7
1- GİRİŞ VE AMAÇ	8
2. GENEL BİLGİLER.....	10
2.1 AĞRININ TANIMI	10
2.2 BAŞ AĞRILARININ TANIMI VE TARİHÇESİ	11
2.3 BAŞ AĞRILARININ SINIFLANDIRILMASI	12
2.3.1 MİGREN BAŞ AĞRISININ TANIMI	14
2.3.1.1 MİGREN BAŞ AĞRISININ SINIFLANDIRILMASI VE TANI ÖLÇÜTLERİ.....	14
2.3.1.2 AURASIZ MİGREN (YAYGIN MİGREN, HEMİKRAİNİYA SİMPLKS).....	16
2.3.1.3 AURALI MİGREN (KLASİK MİGREN, OFTALMİK, HEMİPARESTEZİK, HEMİPLEJİK YA DA AFAZİK MİGREN)	17
2.3.1.4 SIKLIKLA MİGREN ÖNCÜLÜ OLAN ÇOCUKLUK ÇAĞI PERİYODİK SENDROMLARI	18
2.3.1.5. RETİNAL MİGREN:.....	20
2.3.1.6. MİGREN KOMPLİKASYONLARI	20
2.3.1.7 OLASI MİGREN:	21
2.3.2 MİGRENİN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	22
2.3.3 MİGREN BAŞ AĞRISININ KLİNİĞİ.....	23
2.3.4 MİGREN BAŞ AĞRISININ TETİKLEYİCİ FAKTÖRLERİ	25
2.3.5 MİGREN PATOGENEZİ	25
2.3.6 MİGREN TETİKLEYİCİLERİ	19
2.3.7 MİGREN TEDAVİSİ.....	27
2.3.8. MİGREN VE PSİKİYATRİ	28
2.4. ANKSİYETE DUYARLILIĞININ TANIMI VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDAKİ YERİ.....	29
2.4.1. ANKSİYETE DUYARLILIĞININ TANIMI	29
2.4.2 ANKSİYETE DUYARLILIĞININ PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDAKİ YERİ.....	30
2.5 ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE MİGREN.....	31

2.6 ALEKSİTİMİ TANIMI	32
2.7 ALEKSİTİMİ VE MİGREN.....	32
2.8 ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI.....	33
2.9 ÖFKE VE MİGREN.....	34
2.10 BEDENSEL DUYUMLARI BÜYÜTME.....	35
2.11 BEDENSEL DUYUMLARI BÜYÜTME VE MİGREN	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1 ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ.....	37
3.2 KONTROL GRUBU.....	37
3.3 GEREÇLER	38
3.3.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:.....	38
3.3.2 SCID-I:.....	38
3.3.3 ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ (ADİ):	38
3.3.4 BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ (BDAÖ):	39
3.3.5 TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ):	39
3.3.6 SPIELBERGER SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ (SÖÖİTÖ):	39
3.4 YÖNTEM	40
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	40
3.6 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	41
4. BULGULAR	42
4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	42
4.2 TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	50
5-TARTIŞMA.....	59
6-SONUÇ.....	55
KAYNAKLAR.....	57
EKLER	68

III. ÖZET

MİGREN TÜRÜ BAŞAĞRISIYAKINMASI OLAN HASTALARDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI, ALEKSİTİMİ, ÖFKE VE BEDENSEL DUYUMLARI BÜYÜTME

Selim POLAT

Amaç: Bu çalışmada migren tipi baş ağrısı olan hastalarda aleksitimi, anksiyete, bedensel duyuları abartma ve öfke ifade tarzı sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 1 Ocak 2013-1 Haziran 2013 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, 100 migren türü baş ağrısı olan hasta ile 100 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm olgulara Sosyodemografik Veri Formu, SCID-1, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ), Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS) ve Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİT) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda migrenli hastalarının 65'i (%65) kadın, 35'i erkek(%35) olarak, kontrol grubunun ise, 57'si kadın (%57), 43'ü erkek (%43), hasta grubunun yaş ortalaması $37.87 \pm 7,8$ (25-56) yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması $36.91 \pm 6,2$ (25-55) yıl olarak saptandı. Migren türü baş ağrısı olan hasta grubunda % 56 oranında psikiyatrik eş tanı olduğu belirlendi. ADİ, BDAÖ ve TAÖ ortalama puanlarına göre karşılaştırıldığında hasta grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Öfke ifade tarzı ölçeğinde hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek tespit edilmiş olup, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolü açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. TAÖ ile sürekli öfke, öfke içe atım ve öfke dışı vurum puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada, migren türü baş ağrısı olan hastalarda çok sayıda ruhsal belirtinin klinik tabloya eşlik ettiği saptanmıştır. Hastaların mevcut tedavilerini ve hastalığın seyrini etkileyen bu ruhsal belirtiler sıklıkla klinisyenlerin dikkatinden kaçabilmekte ya da yanlış tanı alabilmektedir. Çalışmamız klinikler arasında konsültasyonun ve liyezonun gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Migren Tipi Baş Ağrısı, Anksiyete, Aleksitimi, Bedensel Duyuları Abartma, Öfke.

III ABSTRACT

ANXIETY SENSITIVITY, ALEXITHYMIA, ANGER, AND SOMATOSENSORY AMPLIFICATION AMONG PATIENTS COMPLAINING OF MIGRAINE TYPE HEADACHE

SelimPOLAT

Aim: In this study, alexithymia, anxiety, somatosensory amplification, and the state-trait anger scale test scores were compared between patients with migraine type headache and individuals making up the healthy control group.

Method: 100 patients with migraine type headache who applied to RecepTayyipErdoğan University Training and Research Hospital Neurology Clinic successively between the 1st of January 2013 and the 1st of June 2013 and fulfilled the criteria for participating in the study and 100 healthy voluntary individuals participated in the study. The Socio-Demographic Data Form, SCID-1, the Anxiety Sensitivity Index (ASI), the Somatosensory Amplification Scale (SAS), the Toronto Alexithymia Scale (TAS), and the Spielberg State-Trait Anger Scale and Anger Expression Inventory were administered to all phenomena included in the study.

Findings: 65 (65%) of the patients with migraine were female, and 35(35%) of them were male. Of the control group, 57 (57%) were female, and 43(43%) were male. The average age of the patient group was 37.87 ± 7.8 (25-56) years, and that of the control group was 36.91 ± 6.2 (25-55) years. Psychiatric comorbidity was prevalent in the patient group with migraine type headache by 56%. Comparison based on average scores in AST, SAC, and TAS revealed that the scores of the patient group were significantly higher than those of the control group. The patient group had higher scores in comparison to the control group in the Anger Expression Inventory. In addition, a significant difference was detected between two groups in terms of anger expression and anger management. It was seen there was a significant relationship between TAS and trait anger, anger introjection, and anger expression scores.

Conclusion: It was found out that many psychological symptoms accompanied the clinical picture among patients with migraine type headache. These psychological symptoms which affect patients 'current treatments and the course of disease may frequently escape the notice of clinicians or be diagnosed wrongly. The present study reveals the necessity of consultation and liaison among clinics.

Key words: Migraine Type Headache, Anxiety, Alexithymia, Somatosensory Amplification, Anger.

IV. KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

ICHD-II : Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması [International Classification of Headache Disorders]

AD: Anksiyete Duyarlılığı

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

GTBA: Gerilim tipi baş ağrısı

BDAÖ: Bedensel duyumları abartma ölçeği

DSM-4:Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı

TAÖ : Toronto aleksitimi ölçeği

SÖÖİT: Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği

SCID-1: Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi

V. TABLOLAR VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1 Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması	13
Tablo 2 International Headache Society-IHS 2004 Sınıflamasında Migren (26).....	15
Tablo 3 Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı	16
Grafik 1 Hastalık Süresi.....	45
Grafik 2 Ağrı Şiddeti	45
Grafik 3 Ağrı Sıklığı.....	46
Grafik 4 Ağrı Başlangıç Yaşı	46
Grafik 5 Provake Eden Faktörler	47
Grafik 6 Atak Etkileyici Faktörler-1.....	47
Tablo 8 Hasta ve Kontrol Grubu Alkol –Sigara Kullanım Durumu.....	37
Grafik 7 Atak Etkileyici Faktörler-2.....	48
Grafik 8 Atak Etkileyici Faktörler-3.....	49
Grafik 9 Atak Etkileyici Faktörler-4.....	49
Tablo 4 SCID-1 Testi Tanı Dağılımı	50
Tablo 5 Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçeklerden Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete duyarlılığı zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak nitelendirilmiştir. İlk kez Reiss ve McNally tarafından 1985 yılında tanımlanmıştır. Korku beklentisi (expectancy of fear) modelinin temelini oluşturmaktadır. Bu modelde insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde anksiyete beklentisi ve anksiyete duyarlılığı olarak adlandırılan süreçler rol oynamaktadır. Anksiyete beklentisi kişinin belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir(1). Anksiyete duyarlılığı kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır(2). Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler, aniden ortaya çıkan görece daha şiddetli olan ve açıklanamayan fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış bir şekilde, tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirler; görece daha düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlar anksiyete belirtilerini hoş olmayan ancak zararsız belirtiler olarak değerlendirmektedirler. Yine önceleri sadece psikosomatik hastalıklara özgü bir kişilik özelliği olarak ele alınan aleksitiminin, depresyon gibi ruhsal bozukluklarda görülebilen uyumsuz bir gerileme tepkisi olabileceğini öne sürülmüştür. Aleksitimi, duyguları tanıma ve ayırt etme zorluğunun yanı sıra düşlem yaşantısındaki fakirlik olarak da tanımlanmaktadır.

Bireyler, sözelleştiremediği duyguları bedenselleştirerek anlatmaktadır. Öfke ve öfke ifade biçimi, anksiyete ve bedenselleştirme alanındaki araştırmalarda üstünde durulması gereken diğer önemli konulardan biridir. Öfke, hafif bir sinirlilikten (irritasyon) nefret ve şiddete kadar değişebilen duygusal, bilişsel belirtilerin ve deneyimlerin davranışsal tarzı olan, olumsuz bir duygulanım olarak değerlendirilmektedir. Diğer yandan ruhsal sıkıntının bir ifadesi sayılabilen bedensel belirtiler, klinisyenler tarafından yanlış yorumlandığında gereksiz arayışlara ve yanlış tedavilere neden olabilirler. Psikosomatik bozukluklar ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişki pek çok çalışmada incelenmiştir. Migren gibi, yineleyici ve kronik belirtileri olan ağrı

yakınmasının ön planda olduğu psikosomatik bozukluk baş etme becerilerini zorlayan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir özellik sergileyebilir. Ağrının öfke ve düşmanlık duygularına karşı bilinçdışı bir savunma biçimi olduğu, suçluluk ve pişmanlık duyguları ile yakından ilişkisi olduğu ileri sürülmektedir.

Araştırmacılar migren türü baş ağrısı yakınması olan hastaların daha anksiyöz, depresif, bedensel duyumlarını daha fazla abarttığı, sözel dil yerine daha çok bedensel dili kullandığını, hostile ve daha alıngan olduklarını belirtmektedir. Başka bir deyişle migrenli hastaların büyük kısmı ileride ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozukluklar için risk taşımaktadır. Ülkemizde somatoform bozukluklar, psikosomatik bozukluklar oldukça yaygın olarak izlenmekte olup, depresyonu olan bireylerin de bilişsel yakınmalardan daha çok somatik yakınmalarla hekimlere başvurduğu bilinmektedir(3,4,5). Yine somatoform ve psikosomatik bozuklukların kültürel izdüşümlerinin olabildiği ve kültürden kültüre farklılıklar sergilediği de açıktır. Ülkemizde psikosomatik bozukluklarının oluş mekanizmalarının, risk faktörlerinin, klinik seyri ve sağaltım seçeneklerinin araştırılarak konu ile ilgili diğer toplumlardaki çalışmalarla karşılaştırılmasına gereksinim vardır.

Biz de bütün bu mevcut literatür bulguları ışığında migren türü baş ağrısı yakınması olan hastalarda anksiyete duyarlılığı, aleksitimi, öfke ve ifade tarzı ile bedensel duyumları büyütme durumlarını araştırarak literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ağrının Tanımı

Ağrı(pain); Latince poena (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden gelmekte olup, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) ağrıyı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, hastanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, sensoryal veya emosyonel hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamaktadır(1,2). Aynı kişiye aynı uyaran aynı şekilde, ancak işinin başında çalışırken veya uzanmış kitap okurken verilirse canı acır; yani algı aynı, idrak farklıdır ve ağrının nahoşluk özelliğine tipik bir örnektir. Ağrı, çıplak sinir uçlarınca taşındığı için duyusal, muhtelif özellikleri beyinde işlendikten sonra en son değerlendirmeye tâbi tutulduğu ve işin içine pek çok psikolojik unsurlar karıştığı için duygusal bir yaşantıdır. Somatik ağrının organizmayı ikaz edici ve koruyucu yönü de sağlık için vazgeçilmez önemtaşır. Nadir görülen konjenital ağrı duyarsızlığı vak'alarının çoğu aldıkları yaraları, yanıkları veya muhtelif hastalıkları fark edememeleri yüzünden erken yaşta ölmektedirler(6-8). Kronik ağrı sendromları yüzünden pek çok insan acı çekmekte, analjezik ve antienflamatuar ilâçlar fabrikaların en fazla sattığı ürünler arasında yer almakta, akupunktur, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation gibi bilimsel yönü olan, bitkisel terapi, biyoenerji, mânevî şifa gibi etkililikleri hiçbir güvenilir bilimsel çalışmayla gösterilmemiş alternatif tedavi yöntemleri yaygın olarak uygulanmaktadır.

“Ağrı affekti” ağrı yaşantısı karşısında yaşanan duygusal duyusal uyarılma ve rahatsızlığı ifâde eder ve çoğu zaman “ağrı şiddetiyle” aynı değildir. Ağrı eşiği, bir kişinin ağrı hissini duyduğu en hafif uyaran düzeyini ifade eder. Ağrı toleransı ise, bir kişinin tahammül edebileceği âzamî ağrı derecesini tanımlar. İlgili merkezi sinir sistemi ve periferik sinir sistemi yapıları sağlamsa, ağrı eşiğinin hemen bütün insanlarda aynı olduğu, buna karşılık, toleransın kişiden kişiye, aynı kişide zaman içerisinde veya psikolojik durumuna göre ve etnik gruplar arasında farklılık gösterdiği anlaşılmıştır(6-8).

2.2 Baş Ağrılarının Tanımı ve Tarihçesi

Baş ağrısı toplumun her kesimi tarafından şikayet ile dile getirilen nörolojik olduğu gibi sistemik bir çok rahatsızlığın belirtileri içerisinde yer almaktadır. İnsanoğlunun en eski çağlarından bu yana var olduğu düşünülen baş ağrısı MÖ 7000 yılından kalan neolitik insan kafataslarında, bir cihaz ile kafatasının delindiği trepanasyon işleminin uygulandığı düşünülmektedir(3). Uzun yıllar boyunca, tıbbi ve güncel diğer yayınlarda baş ağrısı tetikleyicileri, rahatlatan etkenler, migren bileşenlerini oluşturan baş ağrısı, aura, bulantı veya kusma gibi belirtiler ve ailevi eğilim tanımlanmıştır. Baş ağrısına dair kaynaklar M.Ö. 3000 yılına kadar uzanmaktadır. Yayımlanmış en eski kaynak “Hasta Baş Ağrısını” tanımlayan bir Sümer epik şiiridir. M.Ö. 1200’ den kalma eski bir Mısır baş ağrısı reçetesi olan ve M.Ö. 2500’ den kalma belgelere dayandığı söylenen “Ebers Papirüsü” migren, nevralji ve saplanıcı baş ağrılarını tanımlamaktadır. M.Ö.400 yılında Hipokrat migren baş ağrısına öncülük edebilecek ve kusma ile rahatlayan görsel aura’yı tanımlamıştır. Hipokrat, bu ağrıyı genellikle sağ gözde ışık parlamasının ardından şakaklarda başlayan daha sonra tüm başa ve boyuna yayılan şiddetli ağrı olarak tanımlamıştır(3). Milattan sonra yaklaşık 500 yılında yazılmış olan tıbbi eser ‘Incipit epistula vulturus’ 500 yıl sonra hala kullanımda idi. Bu kitapta bahsedilen bir tedavi yöntemi Akbabanın kafatası kemikleri geyik derisine sarıldığında her türlü baş ağrısını iyi edecektir; en iyi yağla karıştırılmış beyni de burna konduğunda başın bütün rahatsızlıklarını dışarı atacaklarını öngörüüyordu(4). Migren terimi ilk kez Galen’in M.S.200 yılında kullandığı Yunanca “Hemicrania” kelimesinden türetilmiştir. Hatalı bir şekilde Galen bunların çok yoğun, çok sıcak ya da soğuk buharların yükselmesinden kaynaklandığını düşünmekteydi(5).

Migren ağrısı tedavisi için farklı yöntemler geliştirilmiştir. Cilde uygulanan afyon sirke çözeltileri 13.yüzyılda Avrupa’da baş ağrısı tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktaydı. Shakespeare yazılarının birinde baş ağrısı tedavisini tartışmıştır, “Desdemona kocasının başını daha sonra kendi felaketine yol açacak bir mendille bağlar.” diyerek günümüzde birçok hasta tarafından uygulanan bir yöntemden bahsetmektedir (9).

Kapadokya’ da yaşayan Aretaeus milattan sonra (M.S. 2.yy.), sıklıkla başın bir tarafında hissedilen, bulantı ile birlikte olan ve ağrısız dönemlerin takip ettiği bir baş ağrısı tanımlamıştır. Bu klasik tanımla Aretaeus migrenin kaşifi olarak kabul edilmektedir(3).

Migrenin diğer sık görülen baş ağrılarından ayrımı ilk olarak 1783 yılında Tisso tarafından yapılmıştır ve migreni supraorbital nevroz olarak isimlendirmiştir. Takip eden yüzyılda DuBois Reymond, Mollendorf ve de Eulenburg migren için farklı vasküler teoriler öne sürmüşlerdir. Liveing 1873’de migren hakkında “Megrim, Hasta Edici Baş Ağrısı ve İlişkili Bozukluklar Üzerine: Sinir Fırtınalarının Patolojisine Bir Katkı” başlıklı ilk monografi yazmış ve migrenin nöral teorisini ortaya koymuştur. Sorunu “Sinir Fırtınaları” olarak adlandırdığı otonom sinir sistemindeki bozukluklara bağlamıştır(3). William Gowers 1888’de etkili bir ders kitabı olan Sinir Sistemi Hastalıkları El Kitabı’nı yayınlamıştır(10).

1900 yılında Deyl, Spitzer(11), baş ağrısının etyolojisine yönelik bazı fikirler öne sürmüştür. Spitzer 1901’de baş ağrısının interventriküler foramende aralıklı olarak ortaya çıkan blokaja bağlı yan ventrikül genişlemesinden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür(11). 1938 yılında John Graham ve Harold Wolff, ergotamin ilacının Kan damarlarını daraltarak etki ettiğini göstermiş ve bunu migrenin vasküler teorisi için bir kanıt olarak kullanmışlardır(12).

2.3 Baş Ağrılarının Sınıflandırılması

Baş ağrıları ilk olarak 1962 yılında Ad-Hoc Committee(13) tarafından sınıflandırılmış olup, daha sonra bu sınıflamanın da yetersiz kalması üzerine 1988 yılında Olesen’in başkanlığında oluşturulan Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) tarafından tüm baş ağrılarını içeren sınıflama ve tanı ölçütleri yayınlanmıştır(14). 1988 yılında Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) baş ağrısı tanısında standart olacak ve özellikle klinik araştırmalarda kullanılacak bir sınıflama sistemi oluşturdu(12). Bu sistem başlıca iki geniş gruba ayrılabilir 12 ana kategoriye ortaya koyar: primer baş ağrısı bozuklukları ve sekonder baş ağrısı bozuklukları. IHS kriterleri yaygın uluslararası destek bulmuştur.

Tablo 1 Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması

Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması [International Classification of Headache Disorders-ICHD-II] (2004)	
A. PRİMER BAŞ AĞRILARI	B. SECONDER BAŞ AĞRILARI
1. Migren	5. Kafa Travması İle İlişkili Baş Ağrıları
1.1. Aurasız Migren	6. Damarsal Hastalıklarla İlişkili Baş Ağrısı
1.2. Auralı Migren	7. Damar-Dışı intrakranyal
1.3. Sıklıkla Migren Öncülü Olan Çocukluk Çağı Periyodik Sendromları	8. Madde kullanımı veya Yoksunluğu ile İlişkili Baş Ağrısı
1.4. Retinal Migren	9. Kafa Dışındaki İnfeksiyonlarla İlişkili Baş Ağrısı
1.5. Migren Komplikasyonları	10. Metabolik Bozuklukla İlişkili Baş Ağrısı
1.6. Olası Migren	
2. Gerilim Tipi Baş ağrısı	11. Kranyum, Boyun, Gözler, Kulaklar, Sinüsler, Dişler ve Yüz ve Kafa Yapıların İlişkin Diğer Bozukluklardan Kaynaklanan Baş Ağrıları
3. Küme Baş Ağrısı ve Kronik Paroksizmal Hemikranya	12. Kranyal, Nevraljiler, Sinir Gövdesi Ağrısı ve Deafferentasyon
4. Yapısal Bir Bozuklukla İlişkisi olmayan çeşitli Baş Ağrıları	

2.3.1 Migren Baş Ağrısının Tanımı

Migren, nörolojik, gastrointestinal ve otonom değişikliklerin çeşitli kombinasyonlarda eşlik ettiği primer epizodik bir baş ağrısı bozukluğudur(15). Baş ağrılarının %15-20'si migren ağrısıdır, tek taraflı yerleşim gösteren (%75), zonklayıcı özellikte, kişinin günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek derecede şiddetli ve başın hareketleri ile artan baş ağrısı atakları olarak kabul edilmektedir. Bu ağrılar sırasında kişinin bulantı ve kimi zaman kusması olabilmekte, ışık, ses ve koku gibi uyaranlardan rahatsız olduğundan çoğu zaman loş ve sessiz bir odada uzanmayı tercih etmektedir. Kadınlarda erkeklere göre 3 kat fazla görülmektedir, daha çok 2.ve 3. dekatta baslar ve orta yaştan sonra azalma gösterir. Entelektüel düzeyi yüksek ve'mükemmelliyetçi' olan kişilerde daha sık görülmektedir. Tipik olarak ağrı 4-72 saat arasında sürer ve fiziksel egzersiz ile artar(2). Migren baş ağrılarının yaklaşık %15'inde aura adını verdiğimiz dakikalar içinde gelişen ve 1saatten az süren nörolojik belirtiler öncülü keder. Aura migren baş ağrısının görme bozukluğuyla ve/veya duyu, kuvvet ve denge kaybıyla karakterize olan erken dönemidir. Migren için tipik kabul edilen bir diğer özellik ağrının zonklayıcı olmasıdır. Ancak gerçekte başı ağrıyan kişilerin çoğunda "kitabı" ağrılardan söz etmek güçtür. Nitekim yarım baş ağrısı migrenlilerin en çok 2/3'ünde görülürken, gerilim baş ağrılı kişilerin yaklaşık %20'sinde yarım baş ağrısı görülebildiği unutulmamalıdır(2).

2.3.1.1 Migren Baş Ağrısının Sınıflandırılması ve Tanı Ölçütleri

Hastalıkları sınıflamak ve tanımlamak her zaman güç bir iş olmasına rağmen, bu yöntem, klinisyenler arasındaki tanı farklılığını mümkün olduğu ölçüde azaltmanın tek yoludur(16). Tanının güvenilirliği, klinisyenler arasında iletişim kurmak(17), yeni tedavilerin etkinliğini anlamak, biyolojik marker'ların tespiti ve epidemiyolojik araştırmalar için esastır(18). "Baş ağrısı" alanı, sınıflama açısından bazı özel sorunları beraberinde getirir(16): Primer baş ağrıları semptomların özgün kombinasyonlarının kümelenmesinden oluşan hastalık gruplarıdır; laboratuvar tanıları ve diğer objektif

belirteçleri yoktur(19); baş ağrısı sendromlarının çoğu anatomik bir patolojiden ziyade fonksiyonel bir bozukluk sonucu oluşurlar(20).

IHS sınıflaması başağrısı tanısını daha objektif bir hale getirilmesi yolunda önemli bir adım olarak değerlendirildi(21). Bu sınıflamayı hazırlamanın en güç yanı o tarihe kadar biriken nosografik bilginin çok sınırlı olmasıydı. IHS tanı kriterlerinin primer ve sekonder başağrıları ile migren ve gerilim tipi başağrıları ayırt etmekteki zayıflığı, "Baş ağrıları Sınıflama Komitesi" başkanı Jes Olesen tarafından da kabul edilmiştir(22). IHS sınıflamasının yaygın olarak kullanılması ile bu tanısız sistemin bünyesinde bulunan zayıflıklar yavaş yavaş ortaya çıkmaya başladı(23). Bu karmaşıklıklar uygulamalar ile daha da artmıştı. Blau'ya göre ancak soruların doğru sorulması ile IHS kriterlerini geçerli kılabilirdi. Bu nedenle klinisyenin, hikaye alırken konuya açıklık getirecek bazı özel sorular düşünüp bulması, bu sorulara aldığı cevapları yorumlaması ve kriterlere uyarlaması gerekmektedir(23).

Tablo 2 International Headache Society-IHS 2004 Sınıflamasında Migren (25)

1. Migren

1.1. Aurasız migren

1.2. Auralı migren

1.2.1. Migren başağrılı özgün aura

1.2.2. Migren dışı başağrılı özgün aura

1.2.3. Başağrısız özgün aura

1.2.4. Ailesel hemiplejik migren

1.2.5. Sporadik hemiplejik migren

1.2.6. Baziler tip migren

1.3. Sıklıkla migren öncülü olan çocukluk çağı periyodik sendromları

1.3.1. Döngüsel kusma

1.3.2. Abdominal migren

1.3.3. Çocukluk çağının iyi huylu paroksizmal vertigosu

1.4. Retinal migren

1.5. Migren komplikasyonları

1.5.1. Kronik migren

1.5.2. Migren statusu

1.5.3. İnfarktsız ısrarlı aura

1.5.4. Migrenöz infarkt

1.5.5. Migrenin tetiklediği nöbet

1.6. Olası migren

1.6.1. Olası aurasız migren

1.6.2. Olası auralı migren

1.6.3. Olası kronik migren

2.3.1.2 Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)

Ataklar şeklinde ortaya çıkan, 4-72 saat süren, genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısı hastalığıdır(24).

Tanı Ölçütleri:

A. Aşağıdaki kriterlere (B-D) uygun en az 5 atak:

B. Tedavisiz / etkisiz tedavi altında 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (15 yaşın altında bu süre 2-48 saat olarak alınmaktadır).

C. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşıyan baş ağrısı:

a) Tek taraflı yerleşim

b) Zonklayıcı özellik

c)Orta veya ağır şiddette, günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek derecede ağrı

d) Fiziksel aktiviteyle (merdiven çıkma veya benzeri günlük rutin aktivite) artış gösteren ağrı

D.Ağrı sırasında en az aşağıdakilerden biri:

a) Bulantı ve/veya kusma

b) Fonofobi ve fotofobi

E.Aşağıdakilerden en az biri:

a) Öykü, fiziksel ve nörolojik muayene sekonder bir baş ağrısını düşündürmemeli

b) Öykü ve /veya fiziksel ve/veya nörolojik muayene sekonder bir baş ağrısı nedenini düşündürsebile uygun incelemelerle böyle bir olasılığın dışlanmış olması

c)Baş ağrısının sekonder olarak açıklanabileceği bir nedenin varlığına rağmen migren atağının bu nedenden önce ortaya çıkmış olması / ikisi arasında zamansal ilişki kurulamaması

2.3.1.3 Auralı Migren (Klasik Migren, Oftalmik, Hemiparestetik, emiplejik ya da Afazik Migren)

Geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerin, 5-20 dakikadan fazla ve 60 dakikadan az sürdüğü, tekrarlayıcı ataklarla karakterize baş ağrısı hastalığıdır. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler.

Tanı Ölçütleri:

A & B. Aşağıdakilerden en az 3 kritere uyan, 2 veya daha fazla "migren" atağı:

1. Kortikal ve/veya beyin sapı disfonksiyonu gösteren, bir veya daha fazla geri dönüşümlü aura semptomu
2. Aura semptomlarından bir tanesinin 4 dakikadan uzun sürede gelişmesi veya birbirini izleyen 2 veya daha fazla semptom olması
3. Hiçbir aura semptomunun 60 dk'dan uzun sürmemesi ve birden fazla semptom varsa bu sürenin oranlı olarak artması
4. Auradan sonra baş ağrısının başlamasına kadar geçen sürenin 60 dakikayı geçmemesi

C. Aurasız migren için kabul edilen "E" tanı kriterleri ile uyumlu ayırıcı tanı

2.3.1.4 Sıklıkla Migren Öncülü Olan Çocukluk Çağı Periyodik Sendromları

Döngüsel Kusmalar: Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları vardır. Bu ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve solukluk vardır. Çocuk ataklar arasında normaldir. Tespit edilebilen herhangi bir GIS hastalığı yoktur.

Tanı Ölçütleri:

A. B ve D' ye uyan en az 5 atak

B. Tekrarlayan ataklar, yoğun bulantı ve kusma 1 – 5 gün devam eder.

C. Ataklardaki kusma en az saatte 4 kez olur ve 1 saat sürer.

D. Ataksız dönemde normaldir.

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

Abdominal Migren: İdiyopatik tekrarlayan bir bozukluktur. 1-72 saat süren karın ağrısı vardır. Ağrı orta-ağır şiddettedir ve vazo motor belirtilerle, bulantı ve kusma ile ilişkilidir. GIS veya renal hastalık öyküsü yoktur.

Tanı Ölçütleri

A. B-D' yi karşılayan en az 5 atak olmalı,

B.1-72 saat süren karın ağrısı

C. Karın ağrısı aşağıdaki özelliklerden tümünü karşılamalı:

1. Orta hatta, göbek etrafında yerleşim,
2. Künt vasıflı,
3. Orta-ağır şiddetli.

D. Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az 2'sinin olması:

1. İştahsızlık,
2. Bulantı,
3. Kusma,
4. Solukluk.

E.Başka bir hastalığa bağlı olmamalı.

Çocukluk Döneminin İyi Huylu Paroksizmal Vertigosu: Kısa süreli baş dönmesi atakları olur. Uyarıcı belirtiler yoktur. Kendiliğinden geçer. Bazı ataklarda baş ağrısı ile birlikte ilişkili olarak nistagmus veya kusma görülebilir.

Tanı Ölçütleri

A. B-D' yi karşılayan en az 5 atak

B.Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları

C.Nörolojik muayene, odyometrik testler ve vestibüler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir

D. EEG normaldir.

2.3.1.5 Retinal Migren: Tekrarlayan ataklar şeklinde monooküler görsel bozukluk (skotom, körlük) ve eşlik eden migren baş ağrısı vardır.

Tanı Ölçütleri

A. Bve D' yi karşılayan en az iki atak,

B. Atak sırasında tamamen geri dönüşümlü olan monooküler görsel olayların (sintilasyonlar, skotomlar, körlük vb) olması (muayene veya hastanın atak sırasında mevcut durumu çizmesi ile doğrulanan),

C.1.1 Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60dk. içinde başlaması,

D. Normal oftalmolojik muayene,

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.3.2 Migrenin Komplikasyonları

2.3.2.1 Kronik Migren

Tanım: İlaç aşırı kullanımının bulunmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan fazla olan migren baş ağrısı

Tanı Ölçütleri:

Son 3 ay için ayda 15 gün veya daha fazla süre için 1.1 aurasız migren ölçütlerinden C ve D' nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması.

2.3.2.2 Migren Statusu

Tanım: 72 saatten uzun süren ve işten düşüren migren atağının olması.

Tanı Ölçütleri:

A.Hastadaki mevcut baş ağrısı atağı 1.1 aurasız migren ölçütlerini süre haricinde karşılar.

B.Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması:

1. 72 saatten uzun sürmesi.
2. Ağır şiddette olması.

C. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.3.2.3 İnfarktsız Israrlı Aura

Tanım: 1 haftadan uzun süren aura belirtileri vardır.

2.3.2.4 Migrenöz İnfarkt

Tanım: Bir ya da daha fazla migren görüntülemeye ilgili bölgede infarkt alanı tespit edilir. 60 dk'nın üzerinde seyreden auralı tek atak dışında tüm ağrıları auralı migrene uyar.

2.3.2.5 Migrenin Tetiklediği Nöbet

Tanım: Migren aurası tarafından tetiklenen nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonraki 1 saat içinde nöbet vardır.

2.3.2.6 Olası Migren: Baş ağrısı ve/veya atağı migren tanı ölçütlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir.

2.3.2.7 Olası Aurasız Migren

Tanı Ölçütleri:

A.1.1. Aurasız migren için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar

B. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

2.3.2.8 Olası Auralı Migren

Tanı Ölçütleri:

A.1.2 Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar

B. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı.

2.3.3. Migrenin Epidemiyolojisi

Migren ile ilgili pek çok epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Özellikle yenilenmiş tanı kriterlerine göre yapılmış çalışmalarda migren prevalansının Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerinin oluşturduğu batı toplumlarında %10.5 – 16.5 (kadınlarda %15 – 25, erkeklerde %6 - 13) olduğu görülmektedir. Doğu ve Arap yarımadası ve Afrika’da (Hong Kong %1.5, Suudi Arabistan %2.6, Etiyopya %3) daha seyrek görülmektedir. Japonya ve Malezya’da ise, Batı ülkelerine yakın olanlar (%6-9) bildirilmiştir(24).

Ülkemizde 1997 ve 2007’de yapılmış olan iki geniş baş ağrısı epidemiyolojik çalışmasında migren prevalansı %16.4 (kadınlarda %21.8 – 24.6; erkeklerde %8.5 – 10.9) olarak bulunmuştur. En son Türkiye İstatistik Kurumu 2009 yılı verilerine göre Migren ve benzeri şiddetli baş ağrısı oranlarını kadınlarda %15.1 erkeklerde %5.3 olarak bildirmiştir(24).

Yaşın migren prevalansı üzerinde çok önemli etkisi bulunmaktadır. Okul çağındaki çocuklarda migren prevalansı yaşla artmaktadır. 12 yaş altında erkeklerde yoğunluk artarken, 12 yaş üzerinde kadınlarda daha fazla görülmektedir. Puberte sonrası kadınlardaki bu hızlı artış hormonal faktörlerle açıklanmaktadır. Çünkü menstruasyonun migren atağının oluşumunda önemli bir tetikleyici faktör olduğu artık bilinmektedir. Migren herhangi bir yaşta görülebilse de daha çok 25-55 yaş arası görülmektedir(25).

Daha önceleri migrenin yüksek sosyo-ekonomik düzey ve yüksek zeka hastalığı olduğuna inanılırdı. Topluma dayalı yapılan geniş çalışmalar bu kanıyı desteklememektedir(26).

Cinsiyet açısından bakıldığında migren kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmektedir. Çocukluk çağında cinsiyet farkı yokken menarşla birlikte oran kadınlar lehine artmaktadır(26).

Migrenin en önemli özelliği tekrarlayıcı olmasıdır. Tekrarlamasıklığı kişiden kişiye değişmektedir. Hatta aynı kişide yaşamın değişik dönemlerinde artıp azalmaktadır. Ataklar genellikle 30-45 yaş arası artmakta ilerleyen yaşlarda kaybolabilmektedir(24).

2.3.4 Migren Baş Ağrısının Kliniği

Migren öyküye dayanarak konan bir tanımdır. Fizik muayene, nörolojik muayene, laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri normaldir. Muayene ve diğer incelemeler başka bir hastalığı dışlamak için yapılır(27). Migren tanısı konurken öyküde baş ağrısı atağının özellikleriyle birlikte bu atakların zamansal seyri bilgi vericidir. Migren ataklarının sıklığı migrenli kişi için zamanla değişiklik göstermekle birlikte genellikle birkaç aylık zaman dilimleri içinde belirgin değişimler göstermez. Migreni olan hastanın %60 kadarında baş ağrısı atakları ayda bir ya da daha seyrek olurken %10 hastada ise ayda 5 veya daha fazladır. En sık görülen migren formu aurasız migren olup migren vakalarının %90'ını oluşturur. Geri kalan %10 olguda ise “auralı migren” atakları tek başına ya da aurasız migren atakları ile birlikte dir.Özgün bir migren atağı yalnızca baş ağrısı ile sınırlı değildir.

Klasik bir migren atağı başlıca 4 evrede gerçekleşir:

a) Öncü Evre: Genellikle migrenli kişiler ağrılarının başlamasından saatler, bazende günler önce değişik yakınmalar belirtirler. Belirtilerinden hipotalamusun sorumlu

olduğu düşünülür. Bu evre migrenlilerin yarısından fazlasında görülür(1,3,29). Yaklaşık %50-60'ında çeşitli nöropsikolojik semptomlar ile değişik sistemik, otonom semptomlar görülür. Bunlar aşırı duyarlılık, tepkisellik, depresif duygu durumu, öfori, kontrasyon ve dikkatte azalma, kelime bulma güçlüğü, esneme ve uyuma isteği gibi nöropsikolojik semptomlar olabileceği gibi, halsizlik, açlık, tatlı yeme isteği, iştah artışı, aşırı su içme, sık idrar çıkma, ishal veya kabızlık gibi sistemik otonom bulgular olabilir(30).

b) Aura Evresi: Auralı migren atakları migrenlilerin %10 kadarında görülür. Aura evresi 4 dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer ve aura evresini takiben en çok 1 saat içinde ağrı başlar(14,15). Aura dönemi genellikle varsa prodrom döneminin ardından ve ağrı döneminin öncesinde ortaya çıkmaktadır. Aura döneminde kortikal veya beyin sapı disfonksiyonu ile uyumlu semptomlar ortaya çıkmaktadır. Tipik aura semptomları arasında homonim görsel bozukluklar, tek taraflı uyuşma veya karıncalanmalarla şekillenen sematosensoriyel semptomlar, tek taraflı paraziler ve kelime bulma güçlüğü veya afaziye andıran konuşma bozuklukları gelmektedir(31).

c) Baş Ağrısı Evresi: Ağrı genellikle enseden, baş arkasından, başın bir tarafından yavaş yavaş başlayan bir ağrı hissi olarak başlar. Ağrı eşiğinin düştüğü ve nörovasküler değişikliklerin geliştiği bu dönem kısa sürer. Atak tedavisi için en uygun zaman olan bu dönem şiddetli, çoğu zaman 1-2 gün süren ağrı izler(32). Migren ağrısı tipik olarak günlük bedensel hareketlerle (merdiven çıkmak v.b.) artış gösterir. Ağrı sırasında çoğunlukla ışığa duyarlılık (fotofobi) ve sese duyarlılık (fonofobi) vardır. Ağrılı kişi loş ve sessiz bir ortam arayışındadır. Sıklıkla kokuya artmış duyarlılık (osmofobi) bulunur. Genellikle ağrı başladıktan bir süre sonra bulantı hissi olur ve bazen kusma da gerçekleşir. Uyku çoğunlukla ağrıyı dindiricidir(28).

d) Ağrı Sonrası Evre: Ağrının geçmesinden sonraki evredir. Ağrı geçtikten sonra çoğu zaman atak bitmez. Bu evrede hasta yorgunluk, bitkinlik, tedirginlik hisseder. Bazende aşırı iyilik hissi olabilir. Ağrı sonrası evre saatler veya gün boyu sürebilir. Migren atağı sırasında baş ağrısının neden olduğu yetersizlikler hesaplanırken ağrıdan sonraki bu dönemde göz önünde bulundurulmalıdır(28). Bu dönemin ne kadar süreceği bilinmeyip kişiden kişiye değişmektedir.

2.3.5 Migren Baş Ağrısının Tetikleyici Faktörleri

Her migreni olan kişi tetikleyici bu etkenlere aynı duyarlılıkta olmayabilir. Bazılarında tek bir tetikleyici faktör ağrıyı başlatabilirken bazılarında da birkaç tanesinin birlikte olması ancak ağrıyı başlatabilir. Örneğin tek başına bilgisayar başında çok çalışmak ağrıyı başlatmazken, çalışma sonrasında alkol alımı, geç yatmak ve sabah da kahvaltıyı geciktirmek atağı başlatabilir. Migreni en sık olarak tetikleyenler stres, menstruasyon, az uyumak, fazla uyumak, öğün atlamak, yorgunluk, hava değişimleri (nem, basınç, rüzgar), alkol (özellikle şarap, bira), koku (parfüm ya da keskin kokulu kimyasallar), parlak ışık, sigara dumanı, yüksek rakım, öksürük, bazı gıdalardır. Bu tetikleyicilerin çoğu migren dışı baş ağrılarında da tetikleyici özelliğe sahiptirler. Koku, sigara dumanı, hava değişikliği ve parlak ışık diğerlerine göre daha çok migrene özgü tetikleyicilerdir. Gıdalar içinde de peynir, alkol (özellikle kırmızı şarap), nitratlı besinler sayılabilir. Az sayıda hastaya özgü başka gıdalarda bildirilmiştir. Migren ataklarının ortaya çıkışını kolaylaştıran etkenler arasında “çikolata” sıklıkla sayılmaktadır(33).

2.3.6 Migrenin Patogenezi

Değişik baş ağrılarının tanımlanmalarına ait yazılı belgelerin M.Ö. birkaç bin yıl öncesine dek uzanmasına karşın, başın bir yarımını etkileyen ve sıklıkla görsel ve gastrointestinal semptomlarla ilişkili yarım baş ağrılarını, yani "migreni" ilk tanımlayan kişinin M.S. ikinci yüzyılda yaşamış olan Kapadokyalı Aretaeus olduğu kabul edilmektedir. 1600'lü yıllarda Thomas Willis migren baş ağrılarının ortaya çıkışında vasküler etkenlerin varlığına değinmiş ve ondan sonra geliştirilen benzer ya da karşıt görüşler sonucu yakın zamana dek migrenin öncelikle vasküler veya nörojenik kökenli olabileceği tartışması süregelmiştir. Günümüzde migrenin nörojenik kökenli olduğu, atakların ortaya çıkışının beynin aşırı duyarlılığı (kortikal hipereksitabilite) veya bir başka deyişle uyarılma eşiğinde düşme ile ilişkili olabileceği ve olasılıkla beyin sapındaki bazı yapıların atak sürecini başlattığı öne sürülmektedir. Merkezi sinir sisteminde paroksizmal olarak ortaya çıkan bu duyarlılığın genetik kökenli olduğu ve bir kanalopati ile açıklanabileceği yönünde yoğunlaşan güncel görüşler vardır. Auralı migrende semptomların, karşı serebral hemisferin ilgili bölgelerinde arkadan öne doğru

yayılan, olasılıkla önce nöronal bir hipereksitabilite hali ve ardından nöronal metabolik gereksinimlerde bir azalma ile şekillenen reaktif bir depresyon (spreading depresyon) sonucu geliştiği düşünülmektedir. Olasılıkla bu duruma sekonder olarak gelişen ama eşik değerlere ulaşmayan bir iskemi (oligemi) nin varlığı beyin kan akımını gösteren çeşitli çalışmalarda kaydedilmiş olup, süresi aura dönemini aşarak ağrı döneminin ilk birkaç saatine dek uzayabilmektedir. Günümüzde aura semptomlarının klasik anlayış olan vazokonstriksiyona değil, ama birbirini izleyen nöronal eksitasyon ve depresyon ile ilişkili olduğu görüşü böylece daha kabul görür hale gelmiştir.

Positron emisyon tomografisi ile yapılan bir çalışmada spontan gelişen bir migren atağının ağrı döneminde cingulate korteks, görsel ve işitsel kortikal alanlar ile beyin sapının karşı dorso-lateral bölgesinde kan akımının arttığı gösterilmiştir. Atağın tedavisinden sonra da bir süre daha bu durumun sürmesi ile beyin sapındaki söz konusu aktivasyon alanının migren atağının başlamasından sorumlu yapı olabileceğine sürülerek bu bölge "migren beyin sapı jeneratörü" olarak değerlendirilmiştir. Cingulate kortekste aktivasyon doğrudan ağrı ve emosyonel değişim ile, görsel ve işitsel kortikal alanların aktivasyonu da fotofonofobi ile ilişkilendirilmiştir.

Locus coeruleus ve raphe çekirdekleri gibi aminerjik beyinsapı çekirdekleri serebral kan akımını düzenlemekte, kortikal nöronal uyarılabilirliği etkileyebilmekte ve endojen ağrı kontrol mekanizmalarını kontrol etmektedirler. Bu yapıların etkisi ile trigeminovasküler sistemin dolaylı veya doğrudan etkilenmesiyle de ağrının ortaya çıkabileceği bir olasılık olarak gözükmektedir. Nitekim ağrının bazı migrenlilerde bir baş yarımında hissedilmesi trigeminovasküler yapıların tek taraflı etkilenmesi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Trigeminal kontrol altında olduğu kabul edilen ekstrakraniyal ağırlıklı nörojenik inflamasyon ve vasküler bir dilatasyonun ortaya çıkışı ile birlikte merkezi ağrı iletim sistemlerinin baskılanmasında bir yetersizlik ve ağrı eşliğinde düşme ağrının periferik ve merkezi mekanizmaları arasında kabul gören ek görüşlerdir(34-38).

Geçici hafif hemiparezi atakları ve bunları izleyen migren tipi baş ağrıları ile şekillenen familyal (ailesel) hemiplejik migren (FHM) otozomal dominant bir hastalık olup, hastaların bazılarında serebellar bulguların hatta komanın da geçici nörolojik klinik tablo içinde yer alabildiği geniş bir yelpazeyi oluşturmaktadır. Bu hastalık

grubunda nöronların voltaja bağımlı P/Q tipi kalsiyum kanallarının a-la subünitesini kodlayan CACNA1A genine ait farklı mutasyonlar gösterilmiştir. İzole migrenin benzer şekilde bir kanalopati olabileceği düşünülmüş ve bu yönde halen süregiden genetik araştırmalar başlatılmıştır(34-38).

Özetle fizik, psikolojik ya da biyolojik stresin olasılıkla genetik yatkınlık sonucu beyin duyarlılığı artmış kişilerde bu eşiğin aşılmasına neden olarak migren dönemlerini başlattığı, bu arada beyin sapı mekanizmalarının aktive olmasıyla birlikte ağrının ortaya çıktığı ve bu sürecin sonunda da giderek eşiğin yükselmesiyle atağın sonlandığı söylenebilir(34-38).

2.3.7 Migrenin Tedavisi

Tedavide genel ilke, migren ile yaşamayı ve ataklardan korunmayı hastalara öğretmektir. Şiddetli bir ağrı çekmelerine karşın hastalara, aslında migrenin zararsız bir durum olduğu ve tehlikeli bir hastalık olmadığı belirtilmeli; beyin tümörü ve benzeri bir durumun olmadığı konusunda rahatlatılmalıdır. Hastaların değiştirebileceği şeyler olan tetikleyen faktörlerin bilinmesi ve bunlardan uzaklaşılması sağlanmalıdır. Menstrüasyon ve barometrik basınçta ani oynamaların neden olduğu hava değişikliğinden kaynaklanan ataklardan kaçınmak ise mümkün değildir. Migren hastaları rutinden uzaklaşmaya duyarlı oldukları için uyku ve yemek düzenleri sağlanmalıdır. Genelde mükemmeliyetçi, titiz oldukları bu konuda eğitim ve gerekirse ilaç tedavisi başlanmalıdır. Stresli bir dönemin bitiminden sonra da atak başlayabilir. Bir günlük tutulması tetikleyicilerin ortaya çıkarılması için faydalı olur(39).

Her migrenli için atak tedavisi düzenlenirken, profilaktik tedavi migrenlilerin bir grubu içingereklidir. Atak tedavisine karar verilirken ilk koşul “atakların” gerçekten migren olup olmadığına karar vermektir(40). Bu nedenle migrenli kişinin baş ağrısının doğru tanınması ve tedavi edilmesi çok önemlidir. Atak sırasında uygulanan atak tedavisi ve atakların gelmesini önlemeye sıklığını ve şiddetini azaltmaya yönelik ‘profilaktik tedavi’ olmak üzere migren tedavisinin iki ayağı vardır(41).

a) Atak dönemi tedavisi: Akut migren ataklarında terapötik ilaç seçimi, atakların şiddeti ve sıklığı, eşlik eden diğer bulguların varlığı, hastanın tercihi ve geçmişteki

tedavilere yanıtına göre yapılır. Genellikle bir ilaçla başlayıp gerektiğinde diğer ilaçları kullanmak daha uygundur(40). Bazı merkezlerde hastayı rahatlatacağı ve uyumasını sağlayarak ağrıyı geçireceği beklentisiyle anksiyolitik ilaçlarla tedaviye başlanmaktadır. Ancak genel yaklaşım iv-perfüzyonla metoclopramide ve beraberinde perosnaproxen sodium veya diclofenac, oral alamıyorsa immetamizol kullanılmasıdır. Ağrı hafiflemez ise ya da hasta başvuru öncesinde bu preparatları kullanmış ve ağrı devam ediyor ise sc sumatriptan uygulanabilir(42).

b) Profilaktik tedavi: Ayda ortalama 3 veya daha sık atak geçiren olgular ise genellikle profilaktik tedavi adayıdır. Migren profilaksisine geçildiği zaman tedavinin başarılı olup olmadığına 4-6 hafta geçmeden karar verilememelidir. Etkin tedavi için atakların sıklığının en az %50 azalma olmasıdır. Bu şekilde başarılı olduğu kabul edilen ilacın kullanımına en az 6 ay devam edilmelidir.

2.3.8 Migren ve Psikiyatri

Biyopsikososyal bir bütün olan ve bu bütünü meydana getiren parçaların tek tek toplamından fazla ve farklı bir varlık olan insanla ilgili her şey gibi, ağrı konusunu da tek boyuttan inceleyip anlamak mümkün değildir. Ne hastayı kocaman bir “ağrısızlık” olarak görüp analjezikler, antiflojistikler yüklemek veya bir yerlerini cerrahî olarak kesip almak, ne de her şeyi psikolojik diye ele alıp organik ve farmakolojik müdahaleleri inkâr etmek doğrudur. Nitekim, psikiyatrik yöne fazla ağırlık verilirse, bazı organik etkenlerde atlanabilmektedir.

Kronik ağrısı olan hastaların psikiyatrik değerlendirilmelerinde kendine özgü bazı zorluklar arzeder:

a. Psikolojik açıklamalardan kaçınmayla birlikte, ağrının mutlaka fiziksel bir nedeni olduğu biçimindeki yerleşmiş inançlar yüzünden, organik bir tanı ve tedaviye varabilmek için yapılan çoğu gereksiz araştırmalar.

b. Bir sürü tıbbî ve cerrahî müdahalelere rağmen başarıya ulaşamayıp, üzerine bir de ilaç bağımlılığının eklenmesi.

- c. Ağrıyla başa çıkabilmek için kişisel çabalar göstermektense, her şeyin hekimden beklenmesi şeklindeki bağımlılık.
- d. Hasta rolünü sürdüren ve çevresinde bıkınlık yaratıp, eninde sonunda yabancılaşmaya ve dışlanmayayol açan davranış biçimi.
- e. Beceri yetersizliği, aşırı beklentiler veya başarısızlıkkorkusu gibi nedenlerle sağlıklı rollerden kaçma.

Primer baş ağrıları içerisinde ilk sırada yer alan migren tipi baş ağrısı ve psikiyatrik bozukluklarla ilgilibir çok çalışma yapılmıştır. Aurasız migren, epizodik gerilim tipi baş ağrısı ile karışan en sık gözlenen migren türüdür. Migren ile psikiyatrik hastalıkların bir arada bulunma oranları oldukça yüksektir. Baş ağrısının başarılı tedavisi için eşlik eden psikiyatrik hastalıkların (depresyon, panik bozukluk, madde bağımlılığı, kişilik problemleri gibi) ortaya konması, tedavi edilmesi veya uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir(43). Daha önce yapılmış çalışmalarda depresyon ve migren türü baş ağrısı ile ağrı şiddetiyle doğru orantılı olarak iki yönlü bir ilişki ortaya konmuştur(44). Depresyonun migren için bir risk olduğu rapor edilmiştir. Migren veya benzeri diğer şiddetli baş ağrıları karşılaştırıldığında migrende ve diğer baş ağrılarında depresyonun ortaya çıkması sıklıkla gözlenmiştir. Bu farklılık migren hastaları için kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık göstermiş ve basit psikiyatrik yakınmaları olan olgularda migren sonrası depresyon oluşumunun altı kat arttığı rapor edilmiştir(45). Literatürde kronik gerilim türü baş ağrılarında eşlik eden anksiyete oranı epizodik gerilim türü baş ağrısı olgularına kıyasla daha düşük olmakla birlikte, depresyon varlığı epizotik gerilim baş ağrısı olgularında daha yüksek olarak izlenmektediri(46).

2.4. Anksiyete Duyarlılığının Tanımı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri

2.4.1. Anksiyete Duyarlılığının Tanımı

Anksiyete duyarlılığı, “korku beklentisi modeli”nin ana dayanağını oluşturmaktadır. Bu modele göre insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde “AD” ve “anksiyete beklentisi” süreçleri rol oynamaktadır. AD, anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilerin zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna dair aşırı bir korku olarak nitelendirilmiştir. Anksiyete beklentisi ise, kişinin “belirli bir durumda” anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir. AD kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korkudur. AD düzeyi yüksek olan kişiler anksiyete yaşadıklarında hemen korkularına yönelik alarm durumuna geçmekte ve bu onların anksiyetesini şiddetlendirmektedir(47). AD sürekli anksiyetenin bir akt boyutu olduğu ve çeşitli hastalıklarda saptanan anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyete etkisinde kalmış olabileceği iddia edilmektedir(48). AD kişinin anksiyete belirtilerine yönelik inançlarından kaynaklanan, “anksiyete belirtilerinin kendisine korkuyla tepki verme” eğilimidir(49).

2.4.2 Anksiyete Duyarlılığının Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri

a) Panik Bozukluğu: Beklenti kuramından önce AD’nin panikataklarının bir sonucu olduğu görüşü baskındı. Bu kuramla birlikte AD’nin bir sonuç olmaktan öte, anksiyete bozukluğu ve panik atağı gelişiminde önemli ve daha da ötesi özgül bir risk etkeni olabileceği görüşü egemen oldu(50). Yakın tarihli bir çalışmada AD’nin panik ataklarını yordamasında özellikle fiziksel alt boyutun önemli katkısı bulunduğu gösterilmiştir(54). Yüksek AD’ye sahip olan bireylerin düşük AD’si olanlara oranla, istemli hiperventilasyon ya da kese kağıdına solumayla yapılan zorlamalarının ertesinde panik belirtilerini daha yoğun olarak yaşadıkları belirlenmiştir (52).

b) Obsesif Kompulsif Bozukluk: Psikopatoloji gelişiminde bilişsel bir risk etkeni olabileceği düşünülen AD’nin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gelişiminde ve sürmesinde de rol oynayabileceği öne sürülmüştür(53). Anksiyete hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB hastalarında PB hastalarında görülen büyüklükte olmamakla birlikte AD İndeksi fiziksel alt ölçeğinde yükselme saptanmıştır. Oysa bilişsel alt ölçekte OKB hastalarının PB hastalarıyla aynı düzeyde, SAB ve özgül fobisi olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür(54). OKB hastaları belirti alt grupları açısından değerlendirildiğinde ise, bulaşma (bulaşma obsesyonları ve

yıkamakompulsiyonları) ile zarar verme (saldırganlık obsesyonları ve kontrol etme kompulsiyonları) alt grubunda AD İndeksi toplam puanlarının diğer alt gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur(55). Bu alanda kısıtlı çalışmaların olması kesin çıkarımlar yapılamadığını göstermektedir.

c) Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Yapılan araştırmalarda toplam AD İndeksi puanları ele alındığında PB hastaları daha yüksek puan alsalar da, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve sosyal anksiyete bozukluğu olanların AD'nin bilişsel ve sosyal alt ölçeklerinden yüksek puan aldıkları görülmüştür. ADİ alt ölçeklerinin farklı anksiyete bozukluğu gruplarını yordayıcı olduğunu belirtmiş ve fiziksel alt ölçeğin PB'ye, sosyal alt ölçeğin SAB'ye ve bilişsel alt ölçeğin ise YAB'ye işaret ettiğini vurgulamışlardır(56). AD İndeksi'nin bilişsel alt ölçeği altında yer alan maddelerin bazıları YAB'deki endişe tanımı ile uyumludur. Dolayısıyla, YAB'de görülen “denetlenemeyecek kötü birşeyler olacaktı hissi”ya da “endişe hakkında olumsuz meta inançlar”AD'nin bilişsel boyutuyla örtüşmektedir (57).

d) Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Diğer anksiyete bozukluklarıyla pek çok ortak özelliğe sahip olan travma sonrası stres bozukluğunda hastalığın belirleyicisi olarak travma öncesi, travma sonrası ve travma sonrası risk etkenleri söz konusudur. Yüksek düzeyde AD'nin de travma sonrası stres bozukluğu için bir risk yaratması beklenir. Araştırmalar travma sonrası stres bozukluğu şiddetinin AD, depresyon ve anksiyete puanlarıyla bağıntılı olduğunu göstermektedir (56).

2.5 Anksiyete Duyarlılığı ve Migren

Baş ağrısının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi konusunda birçok araştırma yapılmıştır. Erişkinlerde ve çocuklarda yapılan çalışmalarda baş ağrısının özellikle depresyon ve anksiyetebozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(58). Bazı erişkin çalışmalarında diğer kronik ağrılarda olduğu gibi baş ağrısının anksiyete duyarlılığı (AD) ile ilişkili olabileceği, AD yüksek olan baş ağrısı hastalarının ağrıdan daha fazla korktukları bildirilmektedir(58). Anksiyete duyarlılığının tanımı, zararlı sonuçlara neden olabilecekleri düşüncesi ile anksiyete belirtilerinden korkma olarak tanımlanmış ve

anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun AD ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(59). Erişkinlerde baş ağrısı ve AD arasındaki ilişki ile ilgili yeterli çalışma bulunmasına karşın ergenlerde bu konu ile ilgili yeterince çalışma bulunmamaktadır.

2.6 Aleksitimi Tanımı

İlk kez 1967'de Sifneos tarafından tanımlanan bu kavram, 1970'lerde yine Sifneos tarafından sözcük olarak kullanılmıştır(61). Sifneos, Yunanca duygular için sözcüklerin olmaması anlamına gelen (a(lack)+lexis(word)+hymos(emotion)) Alexthymia sözcüğünü belli belli bir davranış sendromu için genel bir terim olarak ileri sürmektedir(62). Başlangıçta psikosomatik hastalarda görülen belirtileri açıklamak için ortaya atılmışsa da, güncel çalışmalar aleksitiminin madde kötüye kullanım bozukluğu, somatoform bozukluk, depresyon, kaygı bozuklukları (özellikle travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk) gibi birçok farklı psikiyatrik bozuklukla sıklıkla birlikte görülebileceğini ortaya koymaktadır(26,63). Günümüzde normal dağılım gösteren bir kişilik özelliği olarak kabul gören aleksitimi, iki kutuplu değil süreklilik arz eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır(64,65). Aleksitimi kavramı, duyguları tanımlamak ve ifade etmekte yaşanan güçlüğü ve düşlemlerin yetersizliğine odaklanmaktadır(66). Kavramın ortaya çıktığı ilk zamanlarda, klinik tabloya bakıldığında aleksitimik bireylerin sayısız fiziksel belirti gösterdiği, fantezi üretmede ve duygularını ifade etmek için uygun sözcükleri bulmada zorluk çektiği, konuşmalarının tekrar eden ayrıntılarla karakterize olduğu, nadiren rüya gördükleri ve kişiler arası ilişkilerinde bağımlı ya da mesafeli olma eğilimi gösterdikleri öne sürülmüştür(26,63-66). Özellikle klinik gözlemlere dayalı olarak yapılan bu tanımlar birbirleriyle ortaklık, benzerlik, tamamlanma gösterdikleri kadar ayrışma ve farklılaşmalar da göstermektedirler.

2.7 Aleksitimi ve Migren

Baş ağrısı, insanın hayatı boyunca karşılaşılabileceği ağrılar içinde en sık görülenidir. Halentoplumun % 99'a yakın kısmını zaman zaman etkilemekte olan baş ağrısının, psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi araştırmacıların ilgisini çekmektedir(67). Baş ağrısı

hastaları kendine yönelmiş agresyon, bastırma, aleksitimi, kaçınanlık, sosyal desteğin yetersiz kullanımı ile nitelenmişlerdir(61,67). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı (GTB) gibi, benzeri yineleyici ve kronik belirtileri olan bozukluklar, baş etme becerilerini zorlayan ek bir yaşam zorluğu ortaya çıkartarak, psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlıyor olabilir(69). Aleksitimi duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etmegüçlüğü olarak tanımlanır(70). Lanius ve ark. aleksitimi ve ruhsal travma ilişkisini değerlendirdikleri makalelerinde bu ilişkiyi şu şekilde açıklamışlardır: Emosyonel farkındalık, kendisinde ve başkalarında, emosyonların farkında olma ve tanımlama kapasitesi ve içsel affektif deneyim üzerinde düşünme yeteneğidir. Yakın dönemdeki çalışmalar, migrende travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaygınlığına odaklanmıştır(71,72). TSSB'si olan hastaların aleksitimik olduğu düşünülmektedir. Aleksitiminin kronik ağrılı hastalarda yaygın olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte migren hastalarında aleksitimi ve TSSB varlığının yüksek olduğunu destekleyen birçok çalışma yapılmıştır(71-73).

2.8 Öfke ve Öfke İfade Tarzı

Öfke herkes tarafından zaman zaman hissedilen temel duygulardan biridir. Aynı zamanda en çok ilgi uyandıran ve en az anlaşılan duygulardan biri olduğu da söylenebilir(74). Genel olarak öfkenin tanımına bakıldığında, öfke kavramı, orta düzeyde sinirlenme ya da sıkıntıdan, hiddet ve şiddetli öfkeye kadar değişen dereceli bir duygusal yaşantıyı ifade etmektedir(75). Öfkenin ifade tarzı herkese göre farklı olabildiği gibi öfke için farklı tanımlamalarda yapılmıştır. Kassinove ve Sukhodolsky öfkeyi özgün bilişsel ve algısal çarpıtma ve yetersizlikler (örn; yanlış yorumlamalar, hatalar ve suçlayıcı, haksız ve niyetli atıflar), öznel etiketleme, fizyolojik değişimler ve hareket eğilimi ile ilişkili olumsuz ve fenomenolojik (ya da içsel) bir duygusal durum olarak tanımlamıştır(76). Kassinove ve Tafrate ise, öfkenin çoğunlukla öğrenilmiş bir duygu olduğu üzerinde durmuşlardır. Onlara göre öfke, kısmen doğuştan gelen fakat çoğunlukla aileden, okuldan, dini eğitim veren yerlerden ya da televizyondan model alınarak öğrenilen, örgütlenmiş bir senaryodur(77). Bu sosyal yapısalcı bakış açısına göre, insanlar ne zaman, neye öfkelenceklerini ve öfkelenedikleri zaman nasıl davranacaklarını, içinde yetişip bulundukları sosyal çevreden öğrenirler. Bu nedenle

öfke uyandıran durumlar ve öfke uyandıran duruma verilen tepkiler, cinsiyete, yaşa, sosyoekonomik düzeye, yaşanan ve yetiilen bölgeye, kültüre göre farklılık göstermektedir. Günümüzde öfkenin açıklanmasıyla ilgili en çok kabul gören görüş ise, bilişsel davranışçı bakış açısıdır. Buna göre öfke, bilişsel olarak “öfke” diye etiketlenen ve düşmanlık içerikli bilişlerin eşlik ettiğı aşırı fizyolojik uyarılma durumudur. Yani dışsal olaylarla öfke arasında doğrudan bir ilişki yoktur, öfkeyi ortaya çıkaran bilişsel süreçlerdir(78). Literatür incelendiğinde, yetişkinlerde kendi bildirimine dayalı ölçeklerle öfkenin değerlendirilmesinin 1970’lerde Öfke Öz Bildirim Ölçeğı(79) ile başladığı görölmektedir. Bunun ardından Novaco Öfke Envanterini geliştirmiştir. Öfkenin ölçümüne en büyük katkılardan biri, 1980’lerde durumluk ve sürekli öfke tanımlarını ölçek çalışmasına dökerek Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeğini geliştiren Spielberger, bir süre sonra ölçeğe öfkenin ifade biçimleriyle ilgili bir boyut ekleyerek Durumluk Sürekli Öfke Tarz Ölçeğini (State-Trait Anger Expression Inventory-STAXI) oluşturmuştur(80). Bunların ardından pek çok öfke ölçeğı daha geliştirilmiştir. Ancak çocuk ve ergenlerde öfkenin değerlendirilmesiyle ilgili çalışmalar çok daha azdır. Durumluk Sürekli Öfke Tarz Ölçeğı pek çok çalışmada yetişkinlere uygulanmasına rağmen, ölçeğin orijinal norm çalışması 13 yaş ve üstü grup için olduğundan orijinal dilinde ergenlere de uygulanabilir.

2.9 Öfke ve Migren

Migren hastalarında somatik yakınmalar sıktır ve bu yakınmalar anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkilidir(84). Stres, migren ataklarını tetikleyen önemli bir etkidir(82). Stresle bağlantılı birçok psikiyatrik rahatsızlık tanımlanmış ve bunlarla migren hastalığı arasındaki ilişkiyi içeren birçok çalışma yapılmıştır. Stres anında veya tetikleyicilerin varlığında öfkenin ortaya çıkabildiğı gözlenmiştir. Öfke, orta yoğunlukta ve kısa süreli olduğunda yararlı olan, ancak şiddetli ya da sürekli olduğunda yıkıcı olabilen bir duygudur(83). Perozzo ve ark. yaptıkları çalışmada migren hastalarının migrenle ilişkili kronik GTBA hastalarına göre daha düşük düzeyde sürekli öfke düzeyine sahip olduklarını göstermişlerdir(84). Migren hastalarında öfke ve duygu durumunu birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Literatür incelendiğinde migren hastalarında öfke düzeyini ve duygu durumunu değerlendiren pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Kısıtlı

sayıdaki çalışmalarda, öfke, kaygı, karşıtlık gibi negatif duygu durumların ağrının duygusal deneyimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(85). Başağrıların yanında esansiyel hipertansiyon gibi birçok başka kronik hastalıkta da öfke düzeyinde yükseklik bildirilmiştir. Hastalara öfkelerini tanıma ve başetme konusunda beceri kazandırılmasının tedaviye katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür(85,86). Perozzo ve ark. migren ve GTBA hastalarında öfke düzeylerini incelemişler ve migrenle ilişkili GTBA'sı olan hastaların kontrol gruplarına göre daha yüksek sürekli-öfke düzeyleri olduğunu ortaya koymuşlardır. Ancak GBTA ile ilişkili olmayan migren hastalarında böyle bir farklılık saptamamışlardır(84). Migren ile ilişkili olmayan GTBA'sı olan hastaların dışlandığı çalışmalarda migren hastaları daha yüksek öfke içe vurum puanları almışlardır ve bu durum artmış olan öfkenin bastırıldığını düşündürmektedir. Bazı çalışmalarda migren hastalarının daha yüksek içselleştirilmiş öfke düzeylerinin olduğu gösterilmiştir (87,88).

2.10 Bedensel Duyumları Büyütme

Lipowski bedenselleştirmenin (somatizasyon), çok uzun zamandan beri bilinen ve çok yaygın olarak görülen, ruhsal/bedensel tıp ayırımında kalmış çözülmemiş bir sorun olarak kaldığını belirtmiştir. Somatizasyon psikososyal stres karşısında bedensel bir yanıt ve buna bağlı tıbbi yardım arama davranışı olarak tanımlanmaktadır. Genetik, gelişimsel öğrenme, kişilik ve sosyokültürel faktörler hazırlayıcı faktör, stres faktörleri ise tetikleyici faktör olarak gösterilmektedir(89). Son zamanlarda Barsky ve ark. bedenselleştirmeyi açıklamak için merkezi yatkınlaştırıcı faktör olarak bedensel duyumları abartma (somatosensory amplification) görüşünü ortaya atmıştır. Bu kurama göre, bedenselleştiren bireyler normal bedensel duyumlarını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedir(90). Bu durumun bedenselleştirme süreciyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür(91).

Bedensel duyumları abartma üç şekilde oluşur:

1. Bedensel duyuma artmış bir dikkat ve uyarılmışlık hali,
2. Zayıf ve ender bazı duyumlara seçici olarak yoğunlaşma,

3. Bedensel duyumlara, onları daha rahatsız ve tehdit edici kılan duygulanım ve bilişlerle tepki verme (92).

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), kişilerin bedenselleştirirken kullandıkları büyütme/abartmayı ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Barsky ve ark. hipokondriyak hastalarda bedensel duyumların “gerekenden” fazla bozulduğunu öne sürmüş ve bu hastaların, hastalığa özgü olmayan fakat rahatsızlık veren hafif bedensel deneyimlerine olan duyarlılık yanıtlarını değerlendiren bir kendini değerlendirme ölçeğinin zorunlu olabileceğini düşünerek harekete geçmişlerdir (90). Aronson ve ark. BDAÖ’nün, bedensel belirti sayısı, depresyon, anksiyete ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğunu göstermişlerdir(93). Kosturek ve ark. kronik ağrı hastalarında BDAÖ’nün depresyon, anksiyete ve aleksitiminin en iyi yordayıcı olduğunu göstermiştir (94).

2.11 Bedensel Duyumları Büyütme ve Migren

Birincil baş ağrıları nörolojik bir patoloji olarak görülmekle birlikte, literatürde bu klinik tabloların anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar ve psikopatolojik süreçlerle olan ilişkileri üzerinde sıklıkla durulmaktadır. Bu araştırmaların sonuçları göz önüne alındığında, birincil tip baş ağrılarına eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların sıklığının, normal popülasyonla karşılaştırıldığında, yüksek olduğu görülmektedir (95). Yine bu klinik görünüme sahip bireylerde düşük başa çıkma yetenekleri olduğuna dair inançlar, katastrofizasyon ve ruminasyon gibi bilişsel tutumlar, sağlıklı popülasyona göre belirgin derecede daha fazla görülmüştür. Bu bireylerin fiziksel duyumlarının, düşünce ve duyguları “kabullenme” seviyelerinin düşük olduğu ve buna bağlı olarak, kaçınma, davranış değişikliği gibi ağrı ile ilişkili işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri geliştirdiklerisaptanmıştır (96).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Çalışma Örneklemi

Çalışmaya1 Ocak 2013-1Haziran 2013 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, ICHD-2004'e (Uluslararası Baş Ağısı Sınıflaması International Classification of Headache Disorders, 2004) göre migren tanı ölçütlerine uyan, çalışmaya katılmaya istekli 100 hasta dahil edilmiştir (13).

3.2 Kontrol Grubu

Kontrol grubu, çalışmanın amacı ve gerekçesi hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan, geçmişte ve halen psikiyatrik hastalık, tedavi görme öyküsü olmayan, hastanede çalışan personel veya hasta refakatçisi olan kişiler arasından ve hasta grubundaki kişilere yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından benzer özelliklere sahip toplam 100 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi.

Çalışma öncesi RTEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulundan çalışmayla ilgili gerekli izin alınmıştır(Protokol no=177). Bu çalışmada katılımcılara yazılı bir bilgi formu verilmiştir ve aşağıda sıralanan ölçütleri karşılayan hasta grubu ve kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir.

1. Açıklanan bilgi formunu okuyup çalışmayı kabul edenler,
- 2.18-65 yaş arasında olanlar,
- 3.Eğitim durumu uygun, okuduğunu anlayan en az ilkokul mezunu olanlar,
- 4.Son altı aydır psikotrop ilaç tedavisi almayanlar

Aşağıda sıralanan kriterleri gösteren kişiler bu çalışmaya alınmamıştır.

1. Eğitimsiz, okuma yazma bilmeyenler,
2. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olanlar,
3. Mevcut şikayetleri dışında belirgin rahatsızlığı olanlar (kanser, şeker hastalığı, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, hipertansiyon, endokrin hastalığı vs),
4. Mental retardasyon, ağır psikotik bozukluğu ve organik mental bozukluğu olanlar.

3.3. Gereçler

3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin sosyodemografik özellikleri, hastalığın klinik özellikleri (hastanın kullandığı ilaç, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, belirli bir hekim ya da kurum tarafından düzenli olarak izlenip izlenmeme vb.) gibi araştırmanın bağımsız değişkenleri konusunda bilgi edinmek amacıyla, literatür bilgilerinden yararlanılarak, çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bir anket formu kullanılmıştır

3.3.2 SCID-I: SCID-I First ve ark. tarafından 1997’de DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir(97). SCID I tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I’in Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve ark. tarafından 1999’da yapılmıştır(98).

3.3.3 Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ): ADİ’yi saptamak amacıyla Reiss ve ark. tarafından geliştirilmiş ilk ölçektir(47). On altı maddeden oluşup beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. On altı maddeden oluşan bu ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her bir madde kişinin hem anksiyete belirtileri hem de sonuçları hakkında inanışlarını belirlemektedir. Maddeler yok, 4 çok fazla olarak

değerlendirilmektedir. Fiziksel alt boyutta 8; bilişsel ve sosyal alt boyutlarda dörder madde bulunmaktadır. Çeşitli araştırmalarda ADİ'nin iç tutarlılık katsayısı 0.80 - 0.90 arasında ve test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0.71-0.75 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(99). Bu çalışmada ADİ-3 ile korelasyonunun saptanması amacıyla kullanılmıştır.

3.3.4 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği(BDAÖ): Kişilerin yakınmalarını bedenselleştirirken kullandıkları büyütme/abartmayı ölçmek üzere geliştirilen ve çoğunluğu bir hastalık göstermeyen bir dizi rahatsız edici fiziksel duyumu içeren 10 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir(90). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(100). Her bir madde için 1 ile 5 arasında puan verilir. Maddelerden alınan puanların toplanmasıyla bir toplam abartma/büyütmepuanı elde edilir. Örtüşme geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.3.5 Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ):Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanınamaması olarak tanımlanan aleksitimiye değerlendiren ölçektir. 20 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2), dışa-dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Bireyden, her madde için "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sayar ve ark. tarafından yapılmıştır(73). Bu ölçek, Bagby ve ark. tarafından geliştirilmiştir(101).

3.3.6 Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ):Öfke duygusu ve ifadesini ölçmektedir. 34 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir.Sürekli öfke (10 madde) ve öfke ifade tarzının; öfke içe (8 madde), öfke dışa (8 madde) ve öfke kontrollü (8 madde) alt ölçekleri vardır.Ölçeğin, durumluk öfkeyi (10 madde) değerlendiren alt testiyle ilgili çalışmalar henüz tamamlanmamıştır. Bireyin kendisinden, yanıt olarak "Hiç", "Biraz", "Oldukça" ve "Tümüyle" seçeneklerinden en

uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Spielberger (1983) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Özer (1994) tarafından yapılmıştır(102).

3.4 Yöntem

Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde Migren Tipi Baş ağrısının nedeni ile izlenen hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirildi. Çalışmanın ölçütlerini karşılayan ve aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik veri toplama formu, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADI), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİT) içeren test bataryası verildi. Tüm batarya kendini değerlendirme formu niteliğinde olup, hastaların bağımsız olarak doldurmalarına dikkat edildi. Kontrol grubundaki gönüllü kişilere de test bataryası aynı şekilde uygulandı.

3.5 İstatistiksel Analiz

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 21.0 veri tabanı programına aktararak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uyan değişkenlerin analizleri Student t testi ile; normal dağılıma uymayan değişkenlerin analizi ise Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Niteliksel verilerin analizleri Ki-Kare testi ile yapılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma, sayımla elde edilen veriler ise sayı (%) olarak gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Klinik değişkenler ve demografik verilerin analizi Pearsen Korelasyon analizi ile yapılmıştır. İlişki derecesi $-1 \leq p \leq +1$ arasında değerler almaktadır. -1 negatif mükemmelişlişli olduğuunu , +1 pozitif yönde mükemmel ilişki olduğuunu belirtmektedir. 0 ise değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olmadığını göstermektedir.

3.6 Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmanın kesitsel, hastaların tek bir merkezden seçilmiş olması konu ile ilgili bir genelleme yapılmasını olanaksız kılmaktadır.



4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya migren tanısı alan 100 hasta ve 100 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 200 kişi alındı. Migrenli hastalarının 65'i (%65)kadın,35'i erkek(%35) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise 57'si kadın (%57), 43'ü erkek (%13) olarak belirlendi. Hasta grubunun yaş ortalaması $37.87 \pm 7,8$ (25-56) yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması $36.91 \pm 6,2$ (25-55) yıl idi. Gruplar arasında cinsiyet, yaş, medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Meslek durumları göz önüne alındığında kontrol grubunun %22'sinin çalışmadığı, hasta grubunda ise bu oran %51 olarak bulunmuştur. Levene's test ölçeği sig. değerinin ,373 ($p>0,05$) çıkmasından olmasından dolayı homojen bir dağılım göstermemektedir. Hasta ve kontrol grubundaki bu durum hasta grubu cinsiyetinin çoğunluğunu kadınların oluşturması ve çoğunluğu oluşturan bu kesimin ev hanımı olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta ve kontrol gruplarının eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Homojen olmayan bu dağılımın değerleri, hasta grubunun %40'ı ilkokul, %15'i ortaokul, %26'sı lise ve %19'u yüksekokul mezunu idi. Kontrol grubunun ise %26'sı ilkokul, %11'i ortaokul, %28'i lise ve %34'ü yüksekokul mezunuydu. P değerinin ,000 bulunması ve homojen olmayan bu dağılım hasta grubu açısından anlamlı bir fark teşkil etmektedir. Hasta grubu ile kontrol grubu medeni durum açısından da birbirine yakındı. Her iki grupta da dul ve boşanmış oranı birbirine eşit, evli olanların oranları birbirine çok yakındı (Hasta grubu= %79, kontrol grubu= %81). Bekar olanların sayısı kontrol grubunda daha fazla idi. Bulunan p değeri ,483'tür ve bu değer anlamlı bir sonuç olamadığını göstermektedir. Araştırmaya katılan migrenli hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında, cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, yaşadığı yer, ekonomik durum gibi bazı sosyodemografik özelliklerin dağılımları Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3 Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı

	Hasta N=100		Kontrol N=100		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					0,655
Kadın	65	65.0	57	57.0	
Erkek	35	35.0	43	43.0	
Yaş					0,502
16-25	11	11.0	10	10.0	
26-35	27	27.0	38	38.0	
36-45	43	43.0	31	31.0	
46-55	17	17.0	17	17.0	
56-65	2	2.0	4	4.0	
Medeni Durum					0,483
Bekar	19	19.0	25	25.0	
Evli	79	79.0	71	71.0	
Dul	1	1.0	4	4.0	
Boşanmış	1	1.0	1	1.0	
Öğrenim Durumu					0,000
İlkokul	40	40.0	26	26.0	
Ortaokul	15	15.0	11	11.0	
Lise	26	26.0	28	28.0	
Yüksekokul	19	19.0	34	34.0	
Meslek Durum					0,000
Çalışıyor	49	49.0	78	78.0	
Çalışmıyor	51	51.0	22	22.0	

Çalışma gruplarında özgeçmiş ve soygeçmişlerindeki migren ve psikiyatrik rahatsızlık öyküsü sorgulandığında; öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan migren hastası %25, kontrol grubunda bu oran %12 p değeri ,000 olarak tespit edilmiş olup, oldukça anlamlı bir sonuç olduğunu göstermektedir. Ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan migren hastası oranı %35, kontrol grubu oranı ise %25'dir. Bu kriter için p değeri ,062 olarak tespit edilmiş olup anlamlı değildir. İntihar girişiminde bulunan migren hastaların oranı %7, kontrol grubunun oranı %2 ve p değeri ,089 olarak bulunmuştur. Ailesinde migren türü baş ağrısı olan migren hastalarının oranı %10, kontrol grubunun oranı ise %2 p değeri ,000 olarak tespit edilmiş ve çalışmanın oldukça anlamlı olduğunu göstermektedir. Hasta ve kontrol grubunun alkol ve sigara kullanma oranları incelendiğinde kontrol grubunun %84'ünün alkol kullanmadığı, hasta grubunun ise

%97'sinin alkol kullanmadığı saptandı. Bu oran homejen bir dağılım göstermekte olup p değeri ,005 olarak saptanmıştır. Bize bu değer anlamlı bir sonuç vermektedir. Kontrol grubunun %64'i, hasta grubunun ise %65'i sigara kullanmıyordu. Oldukça homojen bir dağılım göstermekte olup anlamlı bir sonuç vermemektedir. P değeri bu değişken için ,883 olarak bulunmuştur. Bu oranlar Tablo 4 'de belirtilmiştir.

Tablo-4 Grupların Psikiyatrik Hastalık ve Alkol-Sigara Kullanım Özelliklerinin Dağılımı

		Migrenli Hasta		Kontrol		P
		N	%	N	%	
Öncesinde Psikiyatrik rahatsızlık Öyküsü						
	Var	25	25.0	0	0	0,000
	Yok	75	75.0	100	100.0	
Ailede Psikiyatri Rahatsızlık Öyküsü						
	Var	35	35.0	23	23.0	0,062
	Yok	65	65.0	77	77.0	
Ailede Migren Türü Baş Ağrısı						
	Var	47	47.0	10	10.0	0,000
	Yok	53	53.0	90	90.0	
Öncesinde İntihar Girişim						
	Var	7	7.0	2	2.0	0,089
	Yok	93	93.0	98	98.0	
Sigara Kullanımı						
	Var	35	35.0	36	36.0	0,883
	Yok	65	65.0	64	64.0	
Alkol Kullanımı						
	Var	3	3.0	16	16.0	0,005
	Yok	97	97.0	84	84.0	

Hastalık süresini 0-5 yılolarak belirtenlerin oranı %51, 6-10 yıl olarak belirtenlerin oranı %18, 11-15 yıl %13, 16-20 yıl %11, 21 yıl ve üzeri olarak belirtenler %7 olarak belirlendi. Bu hasta grubunun hastalık sürelerinin dağılımı Grafik-1'de gösterilmiştir.

Grafik 1 Hastalık Süresinin Dağılımı

Hastalara sorulan ağrının şiddeti ile ilgili soruda %49 çok şiddetli, %40 şiddetli ve %11 oranında dayanılabilir olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Hastalardaki baş ağrısının şiddetinin dağılımı Grafik 2’de gösterilmiştir.

Grafik 2 Ağrı Şiddeti

Hastaların ağrı sıklığını, haftada 2-3 kez olarak belirtenler %20, haftada bir olarak belirtenler %24, on beş günde bir diyenler %15, ayda 1-2 olarak belirtenler %32, 2-3 ayda 1-2 diyenler %6 ve daha seyrek olarak belirtenlerin oranı ise %3 olarak saptanmıştır. Hasta grubunda baş ağrısının sıklığının dağılımı Grafik 3’de gösterilmiştir.

Grafik 3 Ağrı Sıklığının Dağılımı

Hastalardaki baş ağrısının başlangıç yaşı incelendiğinde; %27'sinin 15-20 yaş arası,%21'in 21-25 yaş arası, %17'sinin 26-30 yaş arası, %13'ünün 31-35 yaş arası, %8'inin 36-40 yaş arası, %10'unun 41-45 yaş arası, %4'ün ise 46-50 yaş arası olduğu saptanmıştır. Çocukluk yaşı baş ağrısı olanların oranı %24 olarak tespit edilmiştir. Hastaların başarılarınınbaşlangıç yaşı dağılımı Grafik 4'de verilmiştir.

Grafik 4 Ağrı Başlangıç Yaşı

Baş ağrısını tekikleyen faktörler sorgulandığında; hastaların %57'si başlatan bir faktörün olmadığını, %18'inin sinirlenme, %10'unun üzülmeye, %6'sının uyku düzeni değişikliğinden etkilendiği, %1 yorgunluk, %6 menstruasyon dönemi, %1 beslenme değişikliği ve %1 diğer faktörler olarak belirtmişlerdir. Hastaların migren atağını başlatan faktörlerin dağılımı Grafik 5’de gösterilmiştir.

Grafik 5 Ağrılı Başlatan Faktörler

Migren baş ağrısını etkileyen faktörler incelendiğinde gürültülü sesten her zaman rahatsız olduğunu belirten %63, bazen rahatsız olduğunu söyleyen %22, rahatsız olmadığını belirtenlerin oranı ise %15 olarak saptanmıştır. Migren türü baş ağrısının etkileyen gürültülü sesi bildirenlerin dağılımı Grafik 6’da gösterilmiştir.

Grafik 6 Atak Etkileyici Faktörler-1 (Gürültülü ses)

Atak sırasında her zaman bulantı şikayeti yaşayan %34, bazen bulantı şikayeti yaşadığını söyleyen %53, hiç bulantı şikayeti olmadığını söyleyen hasta sayısı ise %13 oranında tespit edilmiştir. Migren türü baş ağrısının etkileyen bulantı yakınmasını bildirenlerin dağılımı Grafik7’de gösterilmiştir.

Grafik 7 Atak Etkileyici Faktörler-2 (Bulantı)



Ataklar sırasında her zaman ışıktan rahatsız olduğunu söyleyen %62, bazen rahatsızlık yaşayan %18, hiçbir zaman ışıktan rahatsız olmayan kişi oranı ise %20 olarak tespit edilmiştir. Migren türü baş ağrısının etkileyen ışıktan rahatsızlık bildirenlerin dağılımı Grafik 8’de gösterilmiştir.

Grafik 8 Atak Etkileyici Faktörler-3 (Işık)

Atak sırasında %52 oranında hasta kusma yaşamadığını belirtmiş, %39 oranında hasta bazen yaşadığını belirtmiş, her zaman kusma şikayeti yaşayan hasta oranı ise %9'dur. Migren türü baş ağrısının etkileyen bulantı yakınması bildirenlerin dağılımı Grafik'9 da gösterilmiştir.

Grafik 9 Atak Etkileyici Faktörler-4 (Kusma)

Migren hasta grubunda DSM-IV tanı sistemine göre tanı alanlar çoğunlukta olup %56 olarak bulunmuştur. Hastalıkların sınıflamasına göre en fazla olarak Depresif Bozukluk tanısı konmuş (%38), bunu sırasıyla Obsesif Kompulsif Bozukluk (%26), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (%16), Panik Bozukluk (%5), Özgül Fobi (%3), Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Distimik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Bipolar Affektif Bozuklukları (%1)'nin takip ettiği görülmüştür. Migrenli hasta grubunda DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme SCID-1 puanlama cetveline göre alınan tanılarının görülme sıklığına göre dağılımları Tablo-5'de sunulmuştur.

Tablo 5 Migren Türü Baş Ağrısı olan Hastalarda Psikiyatrik Eşşanlıları Dağılımı

	N %	
Depresif Bozukluk	37	%37
Obsesif Kompulsif Bozukluk	26	%26
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	16	%16
Özgül Fobi	3	%3
Panik Bozukluk	5	%5
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	%1
BAB	1	%1
Distimik Bozukluk	1	%1
Tanısı Olmayan	44	%44

4.2 Tanımlayıcı İstatistikler

Hasta ve kontrol gruplarının ölçeklerden aldıkları puanların anlamlılıkları Independent-Samples T test tekniği kullanılarak hesaplanmıştır. Anksiyete duyarlılığı indeksi hasta grubu puan ortalaması 25.69 ± 13.46 , kontrol grubu puan ortalaması ise 18.14 ± 13.68 olarak saptanmıştır. P değeri ,000 olarak bulunmuştur. Bu değer aradaki farkın oldukça

anlamli olduğunu göstermektedir. TAO  l eği için hasta grubunun ortalama puanı 50.07 ± 5.32 , kontrol grubunun ortalaması 47.85 ± 6.08 olarak saptanmıştır. P değeri ,007 olarak bulunumuş olup, $p < 0.05$ olduğu için bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Öfke dışa vurum puan ortalaması hasta grubunda 27.09 ± 3.21 , kontrol grubunda ise, 25.53 ± 4.63 olarak hesaplanmıştır. P değeri ,006 olarak bulunumuş olup, $p < 0.05$ olduğundan öfke dışa vurum değerleri için anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde sürekli öfke testinde hasta grubunun puan ortalaması $38.92 \pm 4.$, kontrol grubunun ortalaması ise 36.80 ± 3.9 bulunmuştur. p değeri ,001 olarak tespit edilmiş olup, anlamlı bulunmuştur. Öfke ifade tarzı testinde hasta grubunun ortalaması 39.31 ± 3.40 , kontrol grubunun ise 31.50 ± 7.10 olarak hesaplanmıştır. P değeri ,000 olarak bulunmuştur. Bu değer aradaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Hasta grubunun BDA  puan ortalaması 25.78 ± 4.43 , kontrol grubu puan ortalaması ise 23.11 ± 5.58 olarak tespit edilmiştir. Testlerde elde edilen p değerleri $p < 0.05$ olduğu için tüm testlerin anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları Tablo-6’da verilmiştir.

Tablo 6  alışma Gruplarının  l eklerden Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	P
Anksiyete Duyarlılığı	Hasta Grubu	100	25,69	13,464	0
	Kontrol Grubu	100	18,14	13,686	0
Aleksitimi �l�eği	Hasta Grubu	100	50,07	5,328	0,007
	Kontrol Grubu	100	47,85	6,084	0,007
Öfke-Dışa Vurum	Hasta Grubu	100	27,09	3,21	0,006
	Kontrol Grubu	100	25,53	4,631	0,006
Sürekli �fke	Hasta Grubu	100	38,92	4,536	0,001
	Kontrol Grubu	100	36,8	3,985	0,001
Öfke İfade Tarzı	Hasta Grubu	100	39,31	3,401	0
	Kontrol Grubu	100	31,5	7,1	0
Bedensel Duyumları Abartma	Hasta Grubu	100	25,78	4,435	0
	Kontrol Grubu	100	23,11	5,587	0

Kontrol ve hasta grubu klinik değişkenler ve sosyodemografik verilerin birbirleri ile olan ilişkileri Tablo-7’de ortak olan 13 değişken için pears H olanlar Hasta grubu Pearson’s katsayılarını, Kontrol ise kontrol grubunun aynı değişkenler için pearson katsayılarını göstermektedir.

Tablo 7 Kontrol Grubu Klinik Değişkenler ve Demografik Verilerin Birbirleriyle Olan İlişkileri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Pears H Sig Kontrol N	1 1 100	-,153 ,129 ,465** 100	-,225* ,024 ,058 100	-,144 ,154 ,138 100	-,063 ,535 ,008 100	-,090 ,373 ,008 100	-,126 ,213 ,186 100	,020 ,840 -,028 100	-,003 ,975 ,203* 100	-,017 ,870 ,032 100	,064 ,528 -,077 100	-,060 ,553 ,072 100	-,021 ,838 -,064 100
2 Pears H Sig Kontrol N	-,153 ,129 ,465** 100	1 1 100	,156 ,121 ,027 100	,184 ,067 ,017 100	,140 ,165 ,140 100	-,048 ,638 -,113 100	-,069 ,495 ,232* 100	-,100 ,321 -,078 100	,081 ,421 ,079 100	-,061 ,548 ,026 100	,098 ,331 -,146 100	,042 ,679 ,020 100	,152 ,130 -,147 100
3 Pears H Sig. Kontrol N	-,225* ,024 ,058 100	,156 ,121 ,027 100	1 1 100	-,030 ,769 -,101 100	,316** ,001 ,065 100	,243* ,015 ,069 100	-,080 ,429 ,026 100	-,056 ,583 -,002 100	-,006 ,952 -,046 100	-,117 ,248 -,043 100	,015 ,886 ,092 100	,105 ,300 ,051 100	,153 ,128 ,092 100
4 Pears H Sig. Kontrol N	-,144 ,154 ,138 100	,184 ,067 ,017 100	-,030 ,769 -,101 100	1 1 100	,193 ,054 ,379** 100	,125 ,215 ,104 100	,036 ,720 ,030 100	-,064 ,525 -,036 100	-,019 ,850 -,076 100	,055 ,586 ,050 100	,023 ,824 ,098 100	,094 ,352 ,086 100	,120 ,235 ,033 100
5 Pears H Sig Kontrol N	-,063 ,535 ,008 100	,140 ,165 ,140 100	,316** ,001 ,065 100	,193 ,054 ,379** 100	1 1 100	,045 ,658 ,005 100	-,018 ,862 ,137 100	,078 ,440 -,013 100	-,069 ,492 -,053 100	-,165 ,100 -,015 100	,013 ,902 ,128 100	,019 ,855 ,188 100	,304** ,002 ,000 100
6 Pears H Kontrol Sig N	-,090 ,008 ,373 100	-,048 -,113 ,638 100	,243* ,069 ,015 100	,125 ,104 ,215 100	,045 ,005 ,658 100	1 1 100	-,054 -,068 ,596 100	-,096 -,170 ,343 100	-,003 ,089 ,974 100	-,080 -,032 ,431 100	-,105 ,136 ,297 100	-,098 -,226* ,334 100	-,058 -,086 ,564 100
7 Pears H Sig Kontrol N	-,126 ,213 ,186 100	-,069 ,495 ,232* 100	-,080 ,429 ,026 100	,036 ,720 ,030 100	-,018 ,862 ,137 100	-,054 ,596 -,068 100	1 1 100	,083 ,410 ,062 100	,352** ,000 ,038 100	,471** ,000 ,180 100	-,109 ,282 ,103 100	,117 ,247 -,098 100	,165 ,101 ,192 100
8 Pears H Sig Kontrol N	,020 ,840 -,028 100	-,100 ,321 -,078 100	-,056 ,583 -,002 100	-,064 ,525 -,036 100	,078 ,440 -,013 100	-,096 ,343 -,170 100	,083 ,410 ,062 100	1 1 100	,351** ,000 -,204* 100	-,026 ,795 -,224* 100	,537** ,000 ,149 100	,055 ,588 ,270** 100	-,089 ,379 ,205* 100
9 Pears H Sig Kontrol N	-,003 ,975 ,203* 100	,081 ,421 ,079 100	-,006 ,952 -,046 100	-,019 ,850 -,076 100	-,069 ,492 -,053 100	-,003 ,974 ,089 100	,352** ,000 ,038 100	,351** ,000 -,204* 100	1 1 100	,427** ,000 ,288** 100	,355** ,000 -,002 100	-,036 ,721 -,087 100	-,043 ,670 -,212* 100

10	Pears H Sig Kontrol N	-,017 ,870 ,032 100	-,061 ,548 ,026 100	-,117 ,248 ,043 100	,055 ,586 ,050 100	-,165 ,100 ,015 100	-,080 ,431 ,032 100	,471** ,000 ,180 100	-,026 ,795 ,224* 100	,427** ,000 ,288** 100	1 ,486 ,126 100	-,071 ,343 ,053 100	,096 ,1,000 ,135 100	,000
11	Pears H Sig Kontrol N	,064 ,528 ,077 100	,098 ,331 ,146 100	,015 ,886 ,092 100	,023 ,824 ,098 100	,013 ,902 ,128 100	-,105 ,297 ,136 100	-,109 ,282 ,103 100	,537** ,000 ,149 100	,355** ,000 ,002 100	-,071 ,486 ,126 100	1 ,515 ,051 100	-,066 ,474 ,139 100	,072
12	Pears H Sig Kontrol N	-,060 ,553 ,072 100	,042 ,679 ,020 100	,105 ,300 ,051 100	,094 ,352 ,086 100	,019 ,855 ,188 100	-,098 ,334 ,226* 100	,117 ,247 ,098 100	,055 ,588 ,270** 100	-,036 ,721 ,087 100	,096 ,343 ,053 100	-,066 ,515 ,051 100	1 ,238* 100	-,006
13	Pears H Sig Kontrol N	-,021 ,838 ,064 100	,152 ,130 ,147 100	,153 ,128 ,092 100	,120 ,235 ,033 100	,304** ,002 ,000 100	-,058 ,564 ,086 100	,165 ,101 ,192 100	-,089 ,379 ,205* 100	-,043 ,670 ,212* 100	,000 1,000 ,135 100	,072 ,474 ,139 100	-,006 ,952 ,238* 100	1
14	Pears Sig N	-,023 ,823 100	,112 ,267 100	-,020 ,846 100	,077 ,447 100	,101 ,320 100	,168 ,094 100	-,140 ,164 100	,307** ,002 100	-,205* ,041 100	-,109 ,279 100	,278** ,005 100	-,096 ,340 100	-,012
15	Pears Sig N	,002 ,985 100	,033 ,748 100	,023 ,817 100	-,003 ,973 100	,043 ,672 100	-,240* ,016 100	,103 ,310 100	-,035 ,726 100	,192 ,056 100	,127 ,208 100	-,003 ,980 100	,012 ,904 100	-,146
16	Pears Sig N	,069 ,496 100	-,249* ,012 100	-,204* ,041 100	-,040 ,690 100	-,242* ,015 100	,016 ,875 100	-,033 ,744 100	,004 ,968 100	,123 ,221 100	,081 ,424 100	,035 ,726 100	-,072 ,478 100	-,202*
17	Pears Sig N	,137 ,175 100	-,233* ,019 100	-,211* ,035 100	-,121 ,230 100	-,054 ,595 100	-,133 ,188 100	,058 ,567 100	,500** ,000 100	-,227* ,023 100	,023 ,824 100	,167 ,097 100	,000 1,000 100	-,081
18	Pears Sig N	,050 ,620 100	,138 ,170 100	-,001 ,992 100	,067 ,508 100	,156 ,121 100	,001 ,988 100	-,118 ,243 100	-,127 ,207 100	,045 ,657 100	-,076 ,450 100	,042 ,675 100	-,099 ,328 100	,177
19	Pears Sig N	,050 ,622 100	-,037 ,714 100	-,031 ,763 100	-,040 ,691 100	,115 ,254 100	-,029 ,772 100	-,001 ,992 100	,049 ,625 100	-,047 ,640 100	-,188 ,061 100	,047 ,641 100	-,070 ,490 100	,114
20	Pears Sig N	,081 ,426 100	-,033 ,747 100	-,037 ,713 100	-,143 ,157 100	-,108 ,283 100	-,071 ,484 100	-,028 ,782 100	,264** ,008 100	-,082 ,418 100	-,080 ,426 100	,137 ,173 100	-,034 ,738 100	,075
21	Pears Sig N	,011 ,911 100	,091 ,370 100	,092 ,365 100	-,027 ,787 100	,000 ,996 100	,213* ,034 100	-,107 ,287 100	,025 ,808 100	-,064 ,528 100	-,116 ,252 100	,136 ,176 100	-,193 ,054 100	,119
22	Pears Sig N	,063 ,534 100	-,027 ,787 100	,071 ,480 100	-,174 ,083 100	-,025 ,805 100	,047 ,640 100	-,204* ,042 100	-,022 ,827 100	-,171 ,089 100	-,169 ,093 100	,078 ,440 100	-,057 ,576 100	,053
23	Pears Sig N	,137 ,173 100	-,056 ,578 100	,192 ,056 100	-,151 ,134 100	,074 ,467 100	,111 ,272 100	-,097 ,339 100	-,182 ,070 100	,042 ,679 100	-,046 ,651 100	-,008 ,941 100	-,165 ,101 100	,112
24	Pears	,057	,168	-,026	-,018	-,053	-,144	,034	,046	-,035	-,088	,136	,026	-,063

	Sig	,573	,095	,801	,855	,601	,153	,739	,651	,728	,386	,176	,797	,535
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
25	Pears	-,096	,101	,094	,020	,152	-,044	-,036	-,113	,059	,047	-,050	,169	,303**
	Sig	,343	,316	,350	,840	,132	,660	,720	,265	,557	,641	,622	,092	,002
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
26	Pears	-,253*	,166	,167	,265**	,253*	,094	-,037	-,050	,078	-,064	-,159	-,048	,045
	Sig	,011	,098	,096	,008	,011	,354	,715	,619	,441	,527	,114	,634	,655
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Ölçümle elde edilen veriler Spearman's, sayısal veriler için Pearson's analizi uygulandı.

* anlamlılık seviyesi $p<0.05$, ** anlamlılık seviyesi $p<0.01$, 1: Öfke-dışa vurum, 2: TAÖ (Toronto Aleksitimi ölçeği), 3: Anksiyete, 4: SOOTOfk (Öfke İfade Tarzı), 5: SOOTSür (Sürekli Öfke), 6: BDAO (Bedensel Duyumları Abartma), 7: Cinsiyet, 8: Yaş, 9: Eğitim Durumu, 10: Meslek, 11: Medeni Durum 12:Alkol, 13:Sigara, 14:Hastalık Süresi, 15:Ağrı Şiddeti, 16:Ağrı Işık, 17:Ağrı Başlangıç Yaşı, 18:Çocukluk Baş Ağrısı, 19:Provoke, 20:Eşlik Eden Faktör, 21:Atak Ses, 22:Atak Bulantı, 23:Atak Işık, 24:Atak Kusma, 25:Psikiyatrik tedavi, 26:İntihar olarak kodlanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda kontrol grubunun Öfke-dışa vurum ile TAÖ arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişkisi varken hasta grubunun negatif yönde bir ilişkisi tespit edilmiştir. Öfke dışa vurum değerinin kontrol grubunun yaş değişkeni ile negatif yönde hasta grubun yaş değişkeni ile pozitif yönde zayıf bir ilişkisi vardır. Sigara kullanımı ile her iki grubun öfke dışa vurum değerleri ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi vardır. Anksiyete, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı arasında hasta grubunun negatif yönde kontrol grubunun ise pozitif yönde zayıf bir ilişkisi bulunmuştur.

TAÖ ile öfke-dışa vurum arasında kontrol grubu için orta derecede pozitif yönde, hasta grubu için negatif yönde zayıf, her iki grup için anksiyete, sürekli öfke, öfke ifade tarzı arasında pozitif yönde zayıf, kontrol grubunda cinsiyet, medeni durum ve sigara kullanımı ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır.

Kontrol grubunun Anksiyete duyarlılığı ile öfke-dışa vurum, TAÖ, öfke ifade tarzı, BDAO, alkol ve sigara arasında pozitif yönde zayıf, hasta grubunun öfke-dışa vurum, öfke ifade tarzı, cinsiyet, yaş eğitim meslek değişkenleri ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi bulunmuştur. Kontrol grubunda ise sürekli öfke, eğitim düzeyi ve meslek arasında negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Kontrol grubu BDAÖ ile öfke dışı vurum, anksiyete, sürekli öfke, öfke ifade tarzı arasında pozitif yönde zayıf, TAÖ, alkol, sigara ve meslek arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hasta grubunda ise yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durum gibi tüm özellikleri ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi bulunmuştur.

Cinsiyet ile öfke-dışa vurum, TAÖ, anksiyete, öfke ifade tarzı arasında pozitif yönde zayıf, BDAÖ ve alkol arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Kontrol grubundaki tüm bu pozitif yönde tespit edilen ilişkilerde hasta grubu negatif yönde bir ilişki göstermiştir.

Yaş ile tüm ölçekler arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile medeni durum, alkol, sigara, anksiyete, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Meslek ile anksiyete, Öfke ifade tarzı, BDAÖ, yaş, medeni durum, alkol ve sigara kullanımı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Öfke-dışa vurum ve TAÖ arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. Alkol kullanımı ile tüm ölçekler arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Hasta grubunun kontrol grubundan farklı olan diğer 13 değişkeni için korelasyon analizi sonuçları Tablo-8’de belirtilmiştir.

Tablo 8 Hasta Grubu Klinik Değişkenler ve Demografik Verilerin Birbirleriyle Olan İlişkilerini

	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1 Pears													
H	-,023	,002	,069	,137	,050	,050	,081	,011	,063	,137	,057	-,096	-,253*
Sig	,823	,985	,496	,175	,620	,622	,426	,911	,534	,173	,573	,343	,011
Kontrol													
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2 Pears													
H	,112	,033	-,249*	-,233*	,138	-,037	-,033	,091	-,027	-,056	,168	,101	,166
Sig	,267	,748	,012	,019	,170	,714	,747	,370	,787	,578	,095	,316	,098
Kontrol													
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3 Pears													
H	-,020	,023	-,204*	-,211*	-,001	-,031	-,037	,092	,071	,192	-,026	,094	,167
Sig.	,846	,817	,041	,035	,992	,763	,713	,365	,480	,056	,801	,350	,096
Kontrol													
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4 Pears													
H	,077	-,003	-,040	-,121	,067	-,040	-,143	-,027	-,174	-,151	-,018	,020	,265**
Sig.	,447	,973	,690	,230	,508	,691	,157	,787	,083	,134	,855	,840	,008
Kontrol													
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

5	Pears H Sig Kontrol N	,101 ,320 100	,043 ,672 100	-,242* ,015 100	-,054 ,595 100	,156 ,121 100	,115 ,254 100	-,108 ,283 100	,000 ,996 100	-,025 ,805 100	,074 ,467 100	-,053 ,601 100	,152 ,132 100	,253* ,011 100
6	Pears H Kontrol Sig N	,168 ,094 100	-,240* ,016 100	,016 ,875 100	-,133 ,188 100	,001 ,988 100	-,029 ,772 100	-,071 ,484 100	,213* ,034 100	,047 ,640 100	,111 ,272 100	-,144 ,153 100	-,044 ,660 100	,094 ,354 100
7	Pears H Sig Kontrol N	-,140 ,164 100	,103 ,310 100	-,033 ,744 100	,058 ,567 100	-,118 ,243 100	-,001 ,992 100	-,028 ,782 100	-,107 ,287 100	-,204* ,042 100	-,097 ,339 100	,034 ,739 100	-,036 ,720 100	-,037 ,715 100
8	Pears H Sig Kontrol N	,307** ,002 100	-,035 ,726 100	,004 ,968 100	,500** ,000 100	-,127 ,207 100	,049 ,625 100	,264** ,008 100	,025 ,808 100	-,022 ,827 100	-,182 ,070 100	,046 ,651 100	-,113 ,265 100	-,050 ,619 100
9	Pears H Sig Kontrol N	-,205* ,041 100	,192 ,056 100	,123 ,221 100	-,227* ,023 100	,045 ,657 100	-,047 ,640 100	-,082 ,418 100	-,064 ,528 100	-,171 ,089 100	,042 ,679 100	-,035 ,728 100	,059 ,557 100	,078 ,441 100
10	Pears H Sig Kontrol N	-,109 ,279 100	,127 ,208 100	,081 ,424 100	,023 ,824 100	-,076 ,450 100	-,188 ,061 100	-,080 ,426 100	-,116 ,252 100	-,169 ,093 100	-,046 ,651 100	-,088 ,386 100	,047 ,641 100	-,064 ,527 100
11	Pears H Sig Kontrol N	,278** ,005 100	-,003 ,980 100	,035 ,726 100	,167 ,097 100	,042 ,675 100	,047 ,641 100	,137 ,173 100	,136 ,176 100	,078 ,440 100	-,008 ,941 100	,136 ,176 100	-,050 ,622 100	-,159 ,114 100
12	Pears H Sig Kontrol N	-,096 ,340 100	,012 ,904 100	-,072 ,478 100	,000 1,000 100	-,099 ,328 100	-,070 ,490 100	-,034 ,738 100	-,193 ,054 100	-,057 ,576 100	-,165 ,101 100	,026 ,797 100	,169 ,092 100	-,048 ,634 100
13	Pears H Sig Kontrol N	-,012 ,905 100	-,146 ,147 100	-,202* ,044 100	-,081 ,423 100	,177 ,079 100	,114 ,257 100	,075 ,457 100	,119 ,239 100	,053 ,600 100	,112 ,266 100	-,063 ,535 100	,303** ,002 100	,045 ,655 100
14	Pears Sig N	1 ,001 100	-,330** ,001 100	-,031 ,762 100	-,418** ,000 100	,301** ,002 100	,118 ,244 100	-,085 ,403 100	,275** ,006 100	,257** ,010 100	,094 ,350 100	,131 ,194 100	-,040 ,694 100	,019 ,847 100
15	Pears Sig N	-,330** ,001 100	1 ,291 100	,107 ,936 100	,008 ,017 100	-,239* ,017 100	,011 ,914 100	-,128 ,204 100	-,255* ,010 100	-,273** ,006 100	-,185 ,065 100	-,121 ,229 100	-,120 ,235 100	,038 ,705 100
16	Pears Sig N	-,031 ,762 100	,107 ,291 100	1 ,261 100	,113 ,110 100	-,161 ,110 100	-,095 ,346 100	,033 ,746 100	,131 ,192 100	,127 ,207 100	,088 ,384 100	-,064 ,524 100	-,157 ,119 100	-,064 ,526 100

17	Pears	,418**	,008	,113	1	,284**	-,041	,354**	-,097	-,152	-,193	-,093	-,051	-,087
	Sig	,000	,936	,261		,004	,682	,000	,338	,130	,055	,357	,614	,392
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
18	Pears	,301**	-,239*	-,161	,284**	1	,140	-,059	,110	,178	,202*	,047	,108	,121
	Sig	,002	,017	,110	,004		,164	,562	,276	,076	,044	,640	,284	,230
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
19	Pears	,118	,011	-,095	-,041	,140	1	,003	-,136	-,089	,004	-,063	-,029	-,201*
	Sig	,244	,914	,346	,682	,164		,979	,178	,376	,967	,533	,775	,045
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20	Pears	-,085	-,128	,033	,354**	-,059	,003	1	,065	,165	,022	,167	,089	-,016
	Sig	,403	,204	,746	,000	,562	,979		,518	,102	,827	,098	,376	,874
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
21	Pears	,275**	-,255*	,131	-,097	,110	-,136	,065	1	,184	,418**	-,007	,062	,140
	Sig	,006	,010	,192	,338	,276	,178	,518		,066	,000	,941	,538	,166
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
22	Pears	,257**	,273**	,127	-,152	,178	-,089	,165	,184	1	,214*	,330**	,097	-,028
	Sig	,010	,006	,207	,130	,076	,376	,102	,066		,033	,001	,335	,780
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
23	Pears	,094	-,185	,088	-,193	,202*	,004	,022	,418**	,214*	1	-,037	,101	,052
	Sig	,350	,065	,384	,055	,044	,967	,827	,000	,033		,714	,319	,609
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
24	Pears	,131	-,121	-,064	-,093	,047	-,063	,167	-,007	,330**	-,037	1	-,044	-,060
	Sig	,194	,229	,524	,357	,640	,533	,098	,941	,001	,714		,662	,556
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
25	Pears	-,040	-,120	-,157	-,051	,108	-,029	,089	,062	,097	,101	-,044	1	,294**
	Sig	,694	,235	,119	,614	,284	,775	,376	,538	,335	,319	,662		,003
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
26	Pears	,019	,038	-,064	-,087	,121	-,201*	-,016	,140	-,028	,052	-,060	,294**	1
	Sig	,847	,705	,526	,392	,230	,045	,874	,166	,780	,609	,556	,003	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Hasta grubunun korelasyon analizi sonucu tablodaki verileri incelendiğinde öfke dışa vurum ile TAÖ ile negatif yönde zayıf, ağrı ışık, atak bulantı, ağrıyı tetikleyici faktörler ve atak ses arasında pozitif yönde zayıf, ağrı ışık rahatsızlığı, ağrı başlangıç yaşı ile negatif önde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Aleksitimi ile öfke dışa vurum, sürekli öfke, psikiyatrik tedavi görme öyküsü, intihar girişimi, eğitim düzeyi, medeni durum, alkol ve sigara kullanımı arasında pozitif yönde zayıf, BDAÖ, cinsiyet, yaş arasında negatif yönde zayıf anksiyete, öfke ifade tarzı ve yaş arasında negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Anksiyete duyarlılığıyla Öfke-dışa vurum, sürekli öfke, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek, arasında negatif yönde zayıf, TAÖ, öfke ifade tarzı, BDAÖ, alkol ve sigara kullanımı, psikiyatrik tedavi, intihar girişimi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Sürekli öfke ölçeği ile TAÖ, öfke ifade tarzı, BDAÖ, cinsiyet arasında pozitif yönde zayıf, Eğitim düzeyi, yaş, atak ses, atak ışık, ağrı ışık rahatsızlığı ve ağrı başlangıç yaşı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Cinsiyet ile meslek arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki, sürekli öfke, eğitim düzeyi, alkol, sigara, ağrı şiddeti, arasında pozitif yönde zayıf, öfke dışa vurum, TAÖ, anksiyete, öfke ifade tarzı, BDAÖ, medeni durum ve hastalık süresi ile negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

BDAÖ ile Sürekli öfke, anksiyete, öfke ifade tarzı, atak ışık ve ağrı ışık rahatsızlığı ile pozitif yönde zayıf, öfke –dışa vurum, aleksitimi, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, alkol ve sigara kullanımı ile negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ile Meslek arasında pozitif yönde orta derecede, Öfke dışa vurum, anksiyete, sürekli öfke, öfke ifade tarzı, BDAÖ arasında negatif yönde zayıf, psikiyatrik tedavi görme öyküsü, intihar girişimi, TAÖ, cinsiyet arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Medeni durum ile BDAÖ, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, alkol, psikiyatrik tedavi ve intihar girişimi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, yaş ile orta derece pozitif bir ilişki bulunmuştur. Sigara kullanımı ile cinsiyet, TAÖ, anksiyete, sürekli öfke, öfke ifade tarzı, psikiyatrik tedavi görme ve intihar girişimi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Hastalık süresi ile öfke-dışa vurum, anksiyete, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, psikiyatrik tedavi görme arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. İntihar girişimi ile Öfke-dışa vurum, cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum ve alkol arasında negatif yönde zayıf, aleksitimi, anksiyete, Sürekli öfke, Öfke ifade tarzı, BDAÖ arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Migren baş ağrısının erişkin popülasyonda kadınlarda sık görüldüğü eskiden beri bilinen ve bütün yayınlarda doğrulanan bir gerçektir ve bizim çalışmamızda da bu durum aynıydı; hastalarımızın % 65'i kadındı. Migren görülme sıklığı ile ilgili Amerika'da, Avrupa'da ve Asya'da yapılan birçok çalışma vardır. Amerikalı ve Avrupalı kadınların yaklaşık %18'inin migrenden etkilendiği bulunmuştur(103). Bir çalışmada ise; Amerika'da yaşayan Kafkas kökenli kadınlarda migrenin Afrikalı ve Asyalı kadınlara göre daha sık görüldüğü tespit edilmiştir(104). Ülkemizde migrenle ilgili yapılan tüm çalışmalarda örneklem grubunun çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır(105-107).

Genel olarak kadınlarda sık görülmesi, birçok kadında menstrüasyonla ilişkili migrenin olması, hamilelik ile migrenin göreceli olarak hafiflemesi ve doğum kontrol ilacı kullanan bazı kadınlarda migren sıklığının değişmesi, kadın seks hormonlarının migren patofizyolojisinde rolü olduğuna açıkça işaret etmektedir. Yaş gruplarındaki migren sıklık oranlarını değerlendirdiğimizde; Rasmussen, çalışmasında migrenin erişkinlerde en sık 3. ve 4. dekatta görüldüğünü ve 40 yaşından sonra sıklığının giderek azaldığını ifade etmektedir(104). Bizim çalışmamızda bu yönde sonuç vermiş olup, hastaların yaş ortalaması 37.87 ± 7.8 olarak bulunmuştur. Ülkemizdeki çalışmalarda da 34.98 ± 8.44 , 36.4 gibi yaş ortalamaları çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir(105-107).

Migrenin görülme sıklığı ve ekonomik düzey ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bille ve ark. migrenin yüksek eğitim düzeyi ve ekonomik durum ile ilişkili olduğunu savunmuştur(108). Daha sonra yapılan çalışmalarda ise, eğitim durumu ve sosyal sınıfı düşük olan grupta migrenin daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir(3,109, 110). Bizim çalışmamızda da olguların eğitim durumu ve ekonomik düzeyi incelendiğinde, hasta grubumuzun çoğunluğunu ilkökul mezunu, ev kadınları oluşturmaktadır. Bu durum ülkemizin Kuzeydoğusunda bulunan ilimizin zorlu coğrafi koşulları ve kısıtlı ekonomik olanakları ile diğer bölgelerimize göre daha düşük eğitim ve ekonomik gelire sahip olması ile açıklanabilir.

Baş ağrısının sıklığı ile ilgili çalışmalardan Henry ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada hastaların %14.1'inde haftada birden fazla, % 16.9'unda haftada bir ve %42.3'ünde ayda birden az baş ağrısı nöbeti tespit edilmiştir(109). Bizim çalışmamızda ise; hastaların ağrı sıklığını, haftada 2-3 kez olarak belirtenler %20, haftada bir olarak belirtenler %24, on beş günde bir diyenler %15, ayda 1-2 olarak belirtenler %32, 2-3 ayda 1-2 diyenler %6 ve daha seyrek olarak belirtenlerin oranı ise %3 olarak saptanmıştır. Ülkemizde Öz ve ark.nın yaptıkları çalışmada migren atak sıklığı ayda ortalama 4.21 ± 3.0 , Çelik ve ark.nın çalışmasında ise, atak sıklığı (ayda) 8.8 ± 8.7 olarak bildirilmiştir (105,106). Bu durum seçilen hasta örnekleminin özellikleri ve örneklemin büyüklüğü ile ilgili olabilir. Ancak yine de çalışmamızda olgularımızdaki atak sıklığını dikkat çekicidir. Çünkü sık atak geçiriyor olmak hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gibi beraberinde ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasında da etkili olabilir. Nitekim Yaşar ve ark. migrenli hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmalarında hastalık süresi ile depresif belirti düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptamazken, migren atakları sık olanlarda (ayda 5 ve üzeri) depresif belirti düzeyleri daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir(107).

Migren tanısı için hekimlerin sorduğu önemli sorulardan biri migren tipi baş ağrısının ailede olup olmadığıdır. Bu yönde yapılan çalışmalar ve migrenle bağlantılı genlerin tespiti migrenin genetik özellikte olduğunu doğrulamıştır(38). Rasmussen'in bir çalışmasında, migrenli hastaların %56'sının 1.derece akrabalarında migren tespit edilmiştir(104). Dahlöf ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada bu oran %64 olarak, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; %51.5 olarak bildirilmiştir(110, 107). Bizim çalışmamızda ise; migren hastalarının ailesinde migren varlığı oranı %47 olarak saptanmıştır. Mevcut bulguların birbirini destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Auralı migren öykülü genç yetişkinlerde intihar düşünce ve girişimi ilk defa Breslau ve ark. tarafından bildirilmiştir(111). Wang ve ark. günlük süreğen başağrılı adölesanlarda yüksek oranda intihar düşüncesi saptamıştır(112). Çalışmamızda migren hastalarının öyküleri incelendiğinde %7 oranında intihar girişiminde bulunan hasta saptanmıştır.

Çalışmamızda ağrı başlangıç yaşı 15-20 arasında olan %27, 21-25 olan %21, 26-30 olan %17, 31-35 olan %13, 36-40 olan %8, 41-45 olan %10 ve 46-50 olan %4 olarak tespit edilmiştir. Zarifoğlu ve ark. Türkiye araştırmasında en yüksek sıklığın 30'lu yaşlarda olduğu saptanmıştır(113). Konu ile ilgili çalışmalarının sonuçlarına göre migren baş ağrısı görülme yaş aralığı daha düşüktü(114-116). Diğer taraftan, yaş gruplarımızdaki migren yaş aralığı sıklık oranlarımız Henry'nin çalışmasının sonuçlarına göre daha yüksektir(109).

Çalışmamızda, migrenli hastaların %49'u ağrının şiddetini çok şiddetli %40'ı şiddetli ve %11'i dayanılabilir olarak değerlendirdiler. Lipton'un yaptığı çalışmalara göre bu oranlar Amerika'lı toplumlara göre daha düşük, Avrupa'lı toplumlara göre daha yüksektir(103,116). Çelik ve ark. ise, ağrı şiddetine 10 üzerinden verilen değer ortalaması 8.1, standart sapması 1.5 olarak saptamışlardır(106).

Amerika'da 1999 yılında yapılan bir çalışmada, migren hastalarından % 82'sinde fotofobi,%77'sinde fonofobi, % 75'inde bulantı ve % 30'unda kusma tespit edilmiştir(18). Amerika'da yapılan diğer bir çalışmada, fotofobi % 65, bulantı % 45 oranında tespit edilmiştir(117). Bizim çalışmamızda hastaların %63'ü her zaman sesten rahatsız olurken, %62'si her zaman ışıktan rahatsız olduğunu belirtmiştir. Hastaların %53 bazen bulantı şikayeti yaşadığı, %39 ise bazen atak sırasında kusma probleminden yakınmıştır. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar yapılan bu çalışmalara benzer değerler içermektedir.

Baş ağrısını tetikleyen faktörler sorulduğunda %57'si tetikleyen faktörün olmadığını, %18'inin stres, %10'unun üzülmeye, %6'sının uyku düzen değişikliğinden etkilendiği, %1 yorgunluk, %6 mens dönemi, %1 beslenme değişikliği ve %1 diğer faktörler olarak belirtilmiştir. Macaristan'da 2000 yılında yapılan bir çalışmada migren baş ağrısını tetikleyen etkenler değerlendirilmiştir ve stres en sık görülen tetikleyici etken olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da stres etkeni en etkili tetikleyici olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, tetikleyici etken olarak yorgunluk, adet görme, parlak ışığa maruz kalma ve alkol kullanımı tespit edilmiştir(118). Bizim çalışmamızda bu yönde sonuçlar vermiş etkenler olarak ışık ve mens dönemi belirtilmiştir.

Primer baş ağrıları içerisinde ilk sırada yer alan migren tipi baş ağrısı ve psikiyatrik bozukluklarla ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Migren ile psikiyatrik hastalıkların bir arada bulunma oranları oldukça yüksektir. Zurich epidemiyolojik topluluk çalışmasında migrenli genç yetişkinlerde psikiyatrik hastalık birlikteliği araştırılmış ve dikkate değer bir birliktelik gözlenmiştir. Daha sonra çift yönlü ilişki yani depresyonda migren ve migrende depresyon perspektifinde toplum tabanlı çalışmaların sonuçlarına göre depresyonu olan kişilerde yeni başlayan migren riski 2.8-3.5, migrenli olan kişilerde yeni başlayan depresyon riski 2.4-5.8 olarak saptanmıştır(45).

Kronik depresyon ve anksiyete durumlarında baş ağrısına yol açar. Selby ve Lance emosyonel faktörlerle orantılı olarak migren ataklarının sıklığına tesbit etmişlerdir (119). Passchier ve ark. epizodik baş ağrısından kronik günlük baş ağrısına gelişen 51 hastanın 28'inde (% 55) aile veya iş yaşamındaki stres doğurucu durumların etkili olduğunu bildirmişlerdir (120). Yetişkin ABD verileri kullanılarak yapılan bir başka toplum temelli çalışmaya göre uç ağrılı durum (migren, artrit ve bel ağrısı) varlığında depresyon oranları değerlendirildiğinde migren olmayan deneklerin sadece % 12.3'ünde, migrenli deneklerin ise %28,5'inde (OR:2.8), klinik olarak depresyon varlığı kabul edilmiştir(121).

Depresyon varlığında çevresel ve genetik faktörler çok önemli yere sahiptir. Doğu Karadeniz bölgesinin çevresel koşulları göz önüne alındığında dağlık bir bölge ve güneş ışığını yılın sayılı günlerinde alıyor olması halkın daha depresif özellik göstermesine neden olmaktadır. Bu çalışmada migren hasta grubunun DSM-IV tanı sistemine göre depresyon tanısı konan hasta oranı literatür çalışmalarını destekler nitelikte bir sonuç elde edilerek %37 olarak bulunmuştur. Toplum ve klinik temelli çalışmalarda anksiyete ve migren birlikteliği araştırılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre migrende yaygın anksiyete bozukluğu (OR: 3.9-5.3) yüksek oranda belirlenmiştir. Ortak çevresel ve genetik faktörlerin varlığı üzerinde durulmaktadır(121-125).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik migren tanısı konan hastalarda depresyon ve anksiyete risk etkeni olarak gösterilmiştir(48). Bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu olan migren hastaları oranı %16 olarak tespit edilmiş olup depresyon ve anksiyete aynı anda bulunan migren hasta oranı %7 olarak tespit edilmiş ve daha önceki

çalışmaları desteklemiştir. Bazı çalışmalarda hastalarda obsesif-kompulsif bozukluğun sık olduğu gösterilirken(45), diğer çalışmalarda böyle bir sıklık bulunmamıştır(126). Bizim çalışmamızda OKB tanısı alan hasta oranı %26 olarak tespit edilmiştir. OKB hastalık tedavi sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. OKB dönemsel migrende süregelen migrene dönüşümde risk etkenidir ve hastayı aşırı ilaç kullanımına sürükleyebilir şeklinde bir sonuç elde edilmiştir(126).

Psikiyatrik hastalık bipolar bozukluk ile migren arasında değerlendirme yapılan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır(136). Toplum temelli çalışmada genç yetişkinlerde migren ve bipolar bozukluk arasında anlamlı birliktelik saptanmıştır (OR: 2.9-7.3). Norveç reçete veri tabanı kullanılarak yapılan farmakoepidemiolojik çalışma sonucunda özellikle erkek olgularda OR:3.16, kadın olgularda OR:2.21 olarak bulunmuştur(45). Bizim çalışmamız için bu sonucun oldukça anlamlı olduğunu söyleyemeyiz. Bu çalışmada sadece bir hastaya bipolar bozukluk teşhisi konmuştur.

Bu çalışmamızda uygulamış olduğumuz anksiyete duyarlılığı indeksi ölçeğinde migren hastalarının puan ortalaması istatistiksel kontrol grubuna göre oldukça yüksek bulunmuştur. P değeri ,000 olarak tespit edilmiş olup sonucumuzu oldukça anlamlı kılmıştır. Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında, birincil tip baş ağrılarına eşlik eden anksiyete ve depresyongibi psikiyatrik bozuklukların sıklığının, normal popülasyonla karşılaştırıldığında yüksek olduğu görülmektedir(95). Bazı erişkin çalışmalarında diğer kronik ağrılarda olduğu gibi baş ağrısının anksiyete duyarlılığı (AD) ile ilişkili olabileceği, AD yüksek olan baş ağrısı hastalarının ağrıdan daha fazla korktukları bildirilmektedir(59).

Literatürde migren hastalarında bedensel duyuları abartma ölçeği uygulanarak yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır. AD yüksek olan hastaların ağrıdan korktukları tespit edilmiş bu durum ağrı yaşayacakları hissi ile anksiyete düzeylerini arttırmış olup, aynı zamanda bedensel duyularını da arttırmaktadır. Bu çalışmada bedensel duyuları abartma ölçeği puanları hasta grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuş p değeri ,000 ile oldukça anlamlı bir sonuç göstermiştir.

Starner ve Peters yaptığı çalışmada, öğrencilerin sürekli öfke ile öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolü arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Sürekli öfke arttıkça öğrencilerin öfke içe vurum, öfke dışı vurum ve öfke kontrol düzeylerinde

artma saptanmıştır(127). Bizim çalışmamızda bu yönde sonuç vermiş kontrol grubunda pozitif yönde orta derecede, hasta grubunda pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Stres, migren ataklarını tetikleyen önemli bir etkidir. Stresle bağlantılı birçok psikiyatrik rahatsızlık tanımlanmış ve bunlarla migren hastalığı arasındaki ilişkiyi içeren bir çok çalışma yapılmış ve bu çalışmalarda stres, migren nöbetlerini tetikleyen önemli bir risk etkeni olarak belirtilmiştir(82). Yeterli çalışma olmamasına karşın bazı çalışmalarda da migrenlilerde bastınmış düşmanlık ve öfke duyguları olduğu ve bunun psikosomatik mekanizmalarla başağrısına yol açtığı bildirilmiştir(105,106). Bizim çalışmamızda migren hastaları ile kontrol gruplarına uygulanan Durumluluk Sürekli Öfke Ölçeği'nde hasta grubunun sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamaları kontrol grubuna oranla yüksek bulunmuştur. Sürekli öfke ölçeği p değeri ,001 ve öfke ifade tarzı ölçeği p değeri ,000 olarak oldukça anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda migren gibi, yineleyici ve kronik belirtileri olan, ağrı yakınmasının ön planda olduğu psikosomatik bozukluk kavramının; baş etme becerilerini zorlayan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir özellik sergileyebileceğinden bahsetmiştik. Wolff, psikosomatik kavramını ülser, migren gibi hastalıklarla sınırlandırmadan ele almaktadır(128). Sifneos'a göre birçok aleksitimik insan herhangi bir psikosomatik belirti göstermeyebilir(129). Birçok araştırmacı da araştırmalarında psikosomatik hastaların hepsinin aynı aleksitimik çizgileri göstermediği kanısına varmışlardır(130,131). Kronik ağrı ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi gösteren çok sayıda araştırma olmasına rağmen migrende aleksitimi yaygınlığını araştıran az sayıda çalışma vardır(132). Okasha ve ark. 100 kronik, organik kökenli olmayan başağrısı hastasını, 50 sağlıklı kontrol ve 50 organik kökenli başağrısı hastasıyla karşılaştırdığı araştırmalarında kronik başağrısı hastalarını diğer iki gruba oranla daha fazla aleksitimik bulmuşlardır(133). Bizim çalışmamızda bu yönde bir sonuç vermiştir. Hasta gruplarının kontrol grubuna oranla daha yüksek aleksitimi puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda aleksitiminin anksiyeteye kuvvetle ilişkili olduğu daha önce gösterilmiştir(134,135). Bizim çalışmamızda bu bilgileri desteklemiş hasta grubunda pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Müftüoğlu ve ark. 50 migren tanılı hastayı kontrol grubu ile karşılaştırdığı araştırmalarında migren grubunun kontrol grubuna göre daha depresif, anksiyöz ve aleksitimik olduğunu ve

aleksitiminin depresyonla olmasa da anksiyete ile anlamlı korelasyonunun olduğunu bildirmiştir(134). Yaluğ ve ark. migren hastalarında aleksitimi, depresyon ve anksiyete oranını araştırmış ve depresyonun kronik migrende epizodik migrene göre daha sık görüldüğünü, her iki migren grubunda da aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile anlamlı düzeyde korelasyonunun olduğunu bildirmiştir(132). Bizim çalışmamızda bu yönde sonuç vermiş olup aleksitimi ve anksiyete arasındapozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Gürkan, aleksitiminin psikiyatrik, psiko-somatik ve normal kişilerde görülme sıklığı ve bunun bazı sosyodemografik özelliklerle ve depresyonla ilişkisini araştırmıştır. Toplam 234 deneğin katıldığı araştırma sonucunda, aleksitiminin en sık psikiyatrik grupta (% 67.9) rastlandığı ve bunu psikosomatik (% 57.7) ve kontrol grubunun (% 38.5) izlediği, depresyon ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Ancak sosyodemografik özelliklerle her üç grupta da aleksitimiyle cinsiyet arasında ilişki olmadığı, sosyoekonomik düzey ile ise ilişkili olduğu saptanmıştır(135). Bizim çalışmamızda aleksitimi ve sosyodemografik özellikler arasında korelasyon analizi ile yapılan istatistiksel çalışma sonucu yaş, cinsiyet, meslek gibi sosyodemografik özellikler arasında ilişki olmadığı, eğitim ve medeni durum ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlardan aleksitimin sağlıklı bireylerde % 38'e varan bir oranda görülmesi aleksitiminin sağaltımına yönelik daha ciddi ve kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji Polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, ölçeklerin uygulanması için yapılacak görüşmeyi sürdürebilecek seviyede konuşma ve kendilerini ifade etme becerilerine sahip 100 migren türü baş ağrısı olan hasta ve 100 sağlıklı gönüllünün dahil edildiği çalışmadan çıkan sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır:

1. Sosyodemografik veriler incelendiğinde örneklem uzayı için anlamlı bazı farklar tespit edilmiştir. Hasta grubun eğitim düzeyi ve ekonomik durumu kontrol grubuna oranla daha düşük bulunmuş, hasta grubunun cinsiyet dağılımı kadınların çoğunlukta olduğu bir kesimin Yaş ortalamaları, oldukça dengeli bulunmuştur.
2. Hasta grubunun ekonomik düzeyinin daha düşük olduğu bu oranı literatür bilgilerinde desteklediği çoğunluğu kadınların oluşturduğu bu kesimin ev hanımı olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.
3. Migren hastaları ve kontrol grubunun özgeçmiş ve soygeçmişleri incelendiğinde öncesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olanların %25, ailede psikiyatrik rahatsızlık olanların oranı %35, ailede migren baş ağrısı olanların oranı %47, öncesinde intihar girişimi bulunanların oranı %7 olarak tespit edilmiştir. Alkol ve sigara kullanımı sorgulanmış ve hasta grubunda %35, kontrol grubunda ise %36 oranında sigara kullanan tespit edilmiştir. Migren hastalarında alkol kullananların oranı %3, kontrol grubunda alkol kullananların oranı ise %16 olarak bulunmuştur.
4. Migren tetikleyicilerinden en önemlilerinden olarak gösterilen stres, stres ile bağlantılı psikiyatrik bir çok bozukluğun olması bizim çalışmamızı bu yönde geliştirmiştir.
5. DSM tanı kriterlerine göre migren hastalarına uygulanan SCID-1 ölçeği sonucunda psikiyatrik bozukluk teşhisi konanların %37'sine depresif bozukluk, %26'sına OKB, %16'sına yaygın anksiyete bozukluğu, %3'üne özgül fobi ve %5'ine de panik bozukluk teşhisi konmuştur.

6. Migren hastalarının anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna oranla oldukça yüksek olarak bulunmuştur.
7. Öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları hasta gruplarının kontrol gruplarına oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
8. Migren hastalarında aleksitimi teşhisi için sonuçların anlamlı olmadığı bazı literatür çalışmalarının bulunmasına rağmen hasta grubumuzun aleksitimi ölçeği puanları kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur.
9. Bedensel duyumları abartma ölçeği puan dağılımında hasta grubu ortalamaları daha yüksek bulunmuştur test ölçeğimizin değeri oldukça anlamlı bir sonuç vermiştir.

Bu çalışmada, migren türü baş ağrısı olan hastalarda çok sayıda ruhsal belirtinin klinik tabloya eşlik ettiği saptanmıştır. Hastaların mevcut tedavilerini ve hastalığın seyrini etkileyen bu ruhsal belirtiler sıklıkla klinisyenlerin dikkatinden kaçabilmekte ya da yanlış tanı alabilmektedir. Çalışmamız klinikler arasında konsültasyonun ve liyezonun gerekliliğini ortaya koymaktadırPsikiyatri ve migren alanında literatüre katkı sağlayacak daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır. Bu yönde yapılacak çalışmalarda örneklem uzayları daha geniş tutulursa uygulanan ölçeklerden daha verimli sonuç alınacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. RajPP. Ağrı taksonomisi. In:ErdineS.(ed). Ağrı.1.Baskı. İstanbul, Nobel kitabevi; 2002:12-9.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classificationand diagnosticcriteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1998; 8 (suppl 7):1-96.
3. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice. Isis Medical Media 1998; 3:1–7
4. Giammarco R,Edmeads J, Dodick D, Critical decisions in headache management. London B.C. Decker Inc., 1998,178-190.
5. Patterson SM, Silberstein SD. Sometimes Jello helps:perceptions of headache etiology, triggers and treatment in literature.Hedache 1993;33:76-81.
6. Doksat MK. Baş Ağrıları ve Psikiyatri, Baş Ağrıları veBaş Dönmeleri, Sempozyumu Kitabı, A Siva, A Kaytaz(Ed), İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp EğitimiKomisyonu Yayını, İstanbul, 1998, s.79-108.
7. Bonica JJ The Management of Pain, 2. baskı,Philadelphia, PA, Lea & Febiger.1990
8. Fishbain DA Pain and Psychopathology.Neuropsychiatry, BS Fogel, RB Schiffer (Ed), Williams &Wilkins, 1990; 443-484.
9. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Epidemiology ofheadache and childhood migrainein an urban general practiceusing AdHoc,VahlquistandIHScriteria. Dev MedChildNeurol1992;34:1095-101.
10. Bille B.Migrainein schoolchildren. Acta Paed. Scand. 1962; 51 (suppl136): 3-151.

11. Shakespeare W. Othello, the Moor of Venice, Act III, Scene iii. In: The complete Works of William Shakespeare. Stamford: Longmeadow Press, 1990,1132.
12. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. Cephalalgia 1988;8:1-96.
13. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Cephalalgia 2004;24 (Suppl 1) : 16-151.
14. Stewart WF, Diamond S et al. Migraine Diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. Headache 2001;41: 638-45
15. Lipton RB, Zivadinov R, Willheim K, Jurjevic A, Sepic-Grahovac D, Bucuk M, Zorzon M. Prevalence of Migraine in Croatia : A Population-Based Survey. Headache 2001 ; 41 : 805-8
16. Çelebi A, Özcan H. Baş ağrıları, kranial nevraljiler ve yüz arılarının sınıflandırılması ve tanı kriterleri. Uluslararası Başı Dernei, Başı Sınıflama Komitesi Orhanlar matbaası, 1990.
17. Penzien DB, Andrew ME, Knowlton GE et al. Computer-aided system for headache diagnosis with the IHS headache diagnostic criteria: Development and validation. Cephalalgia 1991; 11 (suppl 11): 325-326.
18. Lipton RB, Stewart WF. Evaluating the IHS criteria. Cephalalgia 1994; 14: 23-27.
19. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache are separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 218-220.
20. Merikangas KR, Frances A. Development of diagnostic criteria for headache syndromes: lessons from psychiatry. Cephalalgia 1993; 13 (suppl 12): 34-38.

21. Messinger HB, Spierings ELH, Vincent AJP. Overlap of migraine and tension-type headache in the International Headache Society classification. *Cephalalgia* 1991; 11: 233-237
22. Olesen J. IHS Classification: present and future. *Cephalalgia* 1993; 13 (suppl 12):13.
23. Sjaastad O, Stovner JL. The IHS classification for common migraine. Is it ideal ?*Headache* 1993; 33: 372-5.
24. Kelman L. Migrain Pain location :a tertiary care study of 1283 migraineurs. *Headache*.2005; 45: 1038-1047.
25. Overview of headache prevalence, burden and management. Richard B.Lipton, Ann I. Scher and Walter F. Stewart CRO l.fm 2002.
26. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry* 1996; 153:137-142.
27. Winner P. Overview of pediatric headache, Current Treatment Options *InNeurology* 2004, 6: 471-487.
28. Jensen K, Tfelt-Hansen p, Lauritzen M, Olesen J. Classic migraine, a prospective recording of symptoms. *Acta Neurol Scand* 1986;73:359-62.
29. Silberstein S.D., Lipton R.B. and Goadsby PJ. Klinik uygulamada baş ağrısı. Migren: Tanı ve tedavi 69-112. Çev. Edi.: Ertaş M., Akman-Demir G. Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2004.
30. Silberstain SD. Lipton Uygulama RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice.Klinik uygulamada baş ağrısı korkutucu nedenleri.Yalkovan yayıncılık, İstanbul , 2004;35-46.
31. Black DF. Sporadic and familial hemiplegic migraine: diagnosis and treatment. *Semin Neurol* 2006; 26:208-216.
32. Kelman L. Pan characteristics of the acute migraine attack. *Headache* 2006;46:942-953.

33. Wöber C, Holzhammer J, Zeitlhofer J, Wessely P, Wöber-Bingöl C. Trigger factors of migraine and tension-type headache : experience and knowledge of the patients. J Headache Pain 2006;7:188-195.
34. Ertaş M. Migren Tedavisi. Siva A, Hancı M.(ed).Baş,Boyun,Bel Ağrıları.İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları,İstanbul, No:30.2002;51-54
35. Göksan B.Gerilim Baş Ağrısı. Erdine S.(ed). Ağrı. Alemdar ofset, İstanbul, 2000;215-218.
36. Saip S. Küme Baş Ağrısı ve diğer seyrek görülen Primer Baş ağrıları. Siva A, Hancı M.(ed).Baş,Boyun,Bel Ağrıları.İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları,İstanbul, No:30.2002;55-67
37. Saip S.Trigemino-otonomik Sefaljilerde Tedavi. 40. Ulusal Nöroloji Kongresi Konuşma Metinleri ve Özet Kitabı: Antalya 2004;82-87
38. Saper RJ,Rozen TD.Headache Disorders.In Weiner WJ,Goetz CG (eds),Neurology for the Nonneurologist. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins,2004;88-101
39. Pringsheim T, Edmeads J. Effective treatment of migraine. Postgraduate Med 2004; 115: 28-30.
40. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari M. Migraine: current understanding and management. N Engl J Med 2002; 346:257-70,2002
41. Gallegher R. What do patients want from acute migraine treatment? Cephalalgia 2004;24 :8-15.
42. Kalra AA, Elliott D. Acute migraine: current treatment and emerging therapies. Ther Clin Risk Manag 2007;3:449-459.
43. Jacobson SA, Folstein MF.Psychiatric perspectives on headache and facial pain. Otolaryngol Clin North Am 2003;36:1187-1200.

44. Dworkin SF, Von Korff M, Leresche L. Multiple pains and psychiatric disturbance: an epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:239-244.
45. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression: investigation potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003;60:1308-1312.
46. Matta AP, Moreira Filho PF. Depressive symptoms and anxiety in patients with chronic and episodic tension-type headache. *Arq neuropsiquiatr* 2003; 61:991-994.
47. Reiss S, Mc Nally RJ. Expectancy model of fear. Theoretical issues in behavior therapy. S Reiss, RR Bootzin (Eds). San Diego, CA: Academic Press, 1985, s. 107-121
48. Lilienfeld SO, Turner SM, Jakob RG. Further comments on the nature and measurement of anxiety sensitivity: A reply to Taylor. *J Anxiety Disord*, 1996; 10:411-424.
49. Taylor S, Koch WJ, Woody S. Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *J Abnorm Psychol* 1996; 105: 474-479.
50. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *J Anxiety Disord* 1991; 5: 21-34.
51. Benítez CI, Shea MT, Raffa S. Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1-year follow-up study. *Depress Anxiety* 2009; 26: 335-342
52. Asmundson GJ, Norton GR, Wilson KG. Subjective symptoms and cardiac reactivity to brief hyperventilation in individuals with high anxiety sensitivity. *Behav Res Ther* 1994; 32: 237-241.
53. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996; 34: 433-446.

54. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychol Assess* 1997; 9: 277-284
55. Wells A. The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res* 2005; 29: 107-121.
56. Karakurum B, Soylu O, Karatas M, Giray S, Tan M, Arlier Z, et al. Personality, depression, and anxiety as risk factors for chronic migraine. *Int J Neuroscience* 2004; 114:1391-1399.
57. Jette N, Patten S, Williams J, Becker W, Wiebe S. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders--a national population-based study. *Headache*, 2008;48:501-516.
58. Powers SW, Gilman DK, Hershey AD. Headache and psychological functioning in children and adolescents *Headache* 2006; 46:1404-1415.
59. Norton PJ, Asmundson GJG. Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain* 2004;111:218-23
60. Rachman SJ. *Anxiety*. Hove, Psychology Press, 1998, 168-171.
61. Martin PR, Soen K: The relationship between perceived stress, social support and chronic headaches. *Headache* 1993, 33:307-314.
62. Nemiah J, Freyberger H, Sifneos P. Alexithymia: A view of the psychosomatic process; *Modern trends in psychosomatic medicine* London, Butterworths, 1976, 430-439.
63. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder and depression. *Psychosomatics* 2001; 42:235-240.
64. Zackheim L. Alexithymia: the expanding realm of research. *J Psychosom Res* 2007; 63:345-347.

65. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Res* 2011; 190:43-48.
66. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Groger R, Franke GH et al. Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychother Psychosom* 2008; 77:189-194.
67. Jones JM: Great pains: famous people with headaches. *Cephalalgia* 1999, 19:627-630.
68. Appelbaum KA, Radnitz CL, Blanchard EB. The painBehaviour Questionnaire (PBQ): A global report of pain behaviour in chronic headache. *Headache* 1988; 26:343-350.
69. Hatch JP. Anger and hostility in tension-type headache. *Headache* 1991; 31:302-304.
70. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2001; 45:13-142.
71. Leeuw R, Schmidt JE, Carlson CR. Traumatic stressors and posttraumatic stress disorder symptoms in headache patients. *Headache* 2005; 45:1365-1374.
72. Peterlin BL, Tietgen G, Meng S, Lidicker J, Bigal M. Posttraumatic stress disorder in episodic and chronic migraine. *Headache* 2008; 48:517-522.
73. Sayar K, Gulec H, Topbas M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 2004; 23:441-448.
74. Lopez FG, Thurman, CWA. cognitive-behavioral investigation of anger among college students. *Cognitive Therapy and Research* 1986; 10: 245-256.
75. Martin R, Watson, D., & Wan, C. K. A three-factor model of trait anger: Dimensions of affect, behavior and cognition. *Journal of Personality*, 2000;68, 870-897.

76. Kassinove H, Sukhodolsky DG. Anger disorders: Basic science and practice issues. In H. Kassinove (Ed) Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment. Washington: Taylor & Francis. 1995,1-26.
77. Kassinove, H. ve Tafrate, R.C. Anger Management: The Complete Treatment Guidebook for Practitioners. California: Impact Publishers, Inc. 2002,30-45.
78. Robins S, Novaco RW. Systems conceptualization and treatment of anger.J Clin Psychology 1999; 55: 325-337.
79. Zelin ML, Adler G, Myerson PG. Anger self-report: An objective questionnaire for the measurement of aggression. J Consulting and Clin Psychology 1972;39, 340-352.
80. Spielberger CD. State Trait Anger Expression Inventory. Odessa FL: Psychological Assessment Resources. Inc.1988,52-63.
81. Maizels M, Burchette R. Somatic symptoms in headache patients: The influence of headache diagnosis, frequency, and comorbidity. Headache 2004; 44: 983-993.
82. Wacogne C, Lacoste JP, Guilibert E, Hugues FC, Le Jeunne C. Stress, anxiety, depression and migraine. Cephalalgia 2003; 23: 451-455.
83. Balkaya F, Sahin NH. Çok boyutlu öfke ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14: 192-202.
84. Perozzo P, Savi L, Castelli L. Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache. J Headache Pain 2005; 6: 392-399.
85. Çelik C, Özdemir B, ÇaycıT. Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Gülhane Tıp Derg 2009; 51: 158-161.
86. Erdem M, Celik C, Yetkin S, Ozgen F. Anger level and anger expression in generalized anxiety disorder. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9: 203-207.

87. Arena JG, Bruno GM, Rozantine GS, Meador KJ. A comparison of tension headache sufferers and nonpain controls on the State-Trait Anger Expression Inventory: an exploratory study with implications for applied psychophysiolgists. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1997; 22: 209-214.
88. Nicholson RA, Gramling SE, Ong JC, Buenaver L. Differences in anger expression between individuals with and without headache after controlling for depression and anxiety. *Headache* 2003; 43: 651-663.
89. Lipowski ZJ: Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-1368.
90. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatry Res* 1990; 24:323-334.
91. Barsky AJ: Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33:28-34.
92. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988; 50:510-519.
93. 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.
94. Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ, Trief P. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics* 1998; 39:399-404.
95. Nimnuan C, Asawavichienjinda T, Srikiatkachorn A. Potential risk factors for psychiatric disorders in patients with headache. *Headache* 2012; 52:90-98.
96. Chiros C, O'Brien WH. Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *J Behav Med* 2011; 34:307-320.
97. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington American Psychiatric Press 1997.

98. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM IV Eksen 1 bozuklukları (SCID-1) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. Hekimler Yayın Birliği,Ankara,1999.
99. Ayvaşık HB.Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması.Türk Psikoloji Dergisi 2000; 15: 43-57.
100. Güleç H, Köse S, Topbaş M.“Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği’nin Türkçe formunun faktöryapısı, geçerlik ve güvenirliği,” Türkiye’de Psikiyatri Dergisi,2005;8:31-36.
101. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ.The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I Item selection and crossvalidationof the factor structure. J Psychosom Res 1994; 38:23-32.
102. Özer AK. Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 31, 26-35.
103. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalance and Burden of Migraine in the United States:Data From the American Migraine Study II. Headache 2001;41:646-657
104. Rasmussen BK. Epidemiology Of headache. Cephalalgia 1995; 15 :45-68.
105. Öz O,Erdem M,Yücel M , Akgün H, Yozgatlı G. Migren hastalarında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı, Gülhane Tıp Derg 2011; 53: 85-88
106. Çelik DB , Arkar H, Idiman F. Migren Baş Ağrısı Hastalarının Öfke Tarzlarıile Mizaç ve Karakter Özellikleri Klinik Psikiyatri 2010;13:23-35)
107. Yaşar H, Balıbey H, Alay S, Tekeli H, Türker T, Bayar N. Migren Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Obsesif-Kompulsif Belirti Düzeyleri Journal of Mood Disorders 2013;3:156-61.
108. Bille B. Migraine in children: prevalance, clinical features, and a 30 year folow-up.In: Ferrari MD, Lataste X es. Migraine and other headaaches. New Jersey:Parthenon, 1989.

109. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Minet ML et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002; 59: 232-237.
110. Dahlöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia* 2001; 21, 664-671.
111. Breslau N. Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology* 1992; 42:392-395.
112. Wang SJ, Juang KD, Fuh JL, Lu SR. Psychiatric comorbidity and suicide risk in adolescents with chronic daily headache. *Neurology* 2007; 68:1468-1473.
113. Zarifoglu M, Siva A, Hayran O, et al. Turkish Headache Epidemiology Study Group. An epidemiologic study of headache in Turkey: A nationwide survey. *Neurology* 1998; 50: P04082.
114. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An Epidemiologic Study of Headache Among Adolescents and Young Adults. *JAMA* 1989; 261:2211-216.
115. Zivadinov R, Willheim K, Jurjevic A, Sepic-Grahovac D, Bucuk M, Zorzon M. Prevalence of Migraine in Croatia: A Population-Based Survey. *Headache* 2001; 41 : 805-812.
116. Lipton RB, Stewart WF. Evaluating the IHS criteria. Editorial commentary. *Cephalalgia* 1994, 14.
117. Celentano DD, Stewart WF, Linet MS. The relationship of headache symptoms with severity and duration of attacks. *J Clin Epidemiology* 1990; 43: 983-994.
118. Bank J, Marton S. Hungarian migraine epidemiology. *Headache* 2000; 40: 1649.
119. Selby G, Lance JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:23-32.

120. Passchier J, Schouten J, Vander Donk J, Van Romund LK. The association of frequent headaches with personality and life events. *Headache* 1991; 3:116-21.
121. Swartz KL, Pratt LA, Armenian HK, Lee LC, Eaton WW. Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:945-50.
122. Mercante JP, Peres MF, Bernik MA. Primary headaches in patients with generalized anxiety disorder. *J Headache Pain* 2011; 12:331-338.
123. Beghi E, Bussone G, D'Amico D, Cortelli P, Cevoli S, Manzoni GC, et al. Headache, anxiety and depressive disorder: The HADAS study. *J Headache Pain* 2010; 11:141-150.
124. Smoller JW, Pollack MH, Wassertheil-Smoller S, Barton B, Hendrix SL, Jackson RD, et al. Women's Health Initiative Investigators. Prevalence and correlates of panic attacks in postmenopausal women: results from an ancillary study to the Women's Health Initiative. *Arch Intern Med* 2003; 163:2041-2050.
125. Curone M, D'Amico D, Bussone G. Obsessive-compulsive aspects as predictors of poor response to treatments in patients with chronic migraine and medication overuse. *Neurol Sci* 2012;33:211-213.
126. Curone M, D'Amico D, Bussone G. Obsessive-compulsive aspects as predictors of poor response to treatments in patients with chronic migraine and medication overuse. *Neurol Sci* 2012;33:211-213.
127. Starner TM, Peters RM. Anger expression and blood pressure in adolescents. *The Journal of School Nursing*, 2004; 6: 335-342.
128. Wolff HH. The concept of alexithymia and the future of psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1977; 28; 376-388.
129. Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH. The phenomenon of "Alexithymia". *Psychother Psychosom* 1977; 28; 47-57.
130. Fromm-Reichmann F. Contribution to the psychogenesis of migraine. *Psychoanal Rev* 1937; 24:26-33.

131. Alexander F. La Medicine Psychosomatique. Payot, Paris, 1962,168
132. Yalug I, Selekler M, Erdogan A, Kutlu A, Dunder G, Ankarali H. Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2010; 64:231-238.
133. Okasha A, Ismail MK, Khalil AH, el Fiki R, Soliman A, Okasha T. A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients. Psychosomatics 1999; 40:233-238.
134. Muftuoglu MN, Herken H, Demirci H, Neyal A. Alexithymic features in migraine patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254:182-186.
135. Gürkan SB. Aleksitimi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1996; 2: 99-103.
136. Ibiloğlu AO, Caykoylu A. The comorbidity of migraine in bipolar disorder. JMOOD. 2011;1:25-33.

EKLER

Ek-1Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

Adı Soyadı:

Tarih: //

Adres:

Cinsiyeti: ☐Kadın ☐Erkek

Yaşı:

Doğum yeri:

Eğitim düzeyi: ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Yüksekokul

Meslek: İş: ☐ çalışıyor ☐ çalışmıyor

Medeni durumu: ☐Bekar ☐Evl i ☐Dul ☐Boşanmış

Birlikte yaşadığı kişiler:

Alkol kullanımı: ☐var ☐yok

Sigara kullanımı: ☐var ☐yok

Hastalık süresi:

Migren tipi baş ağrısı için ilaç kullanıyor mu? Şu anda kesmiş olsa bile son altı ay

içinde kullanmış olduğu bütün ilaçlar

1- hayır

2- naproksen grubu 8- Ca kanal blokörü

3- amitriptilin 9- profen grubu

4- maklobemid 10- siproheptadin

5- sitalopram 11- triptan preperatları

6- beta blokör 12- ergo preperatları

7- valproat 13- diğer

Baş ağrısı:

1- genellikle çok şiddetli

2-genellikle şiddetli

3- genellikle dayanılabilir

4-genellikle hafif 5-belli olmaz

Baş ağrısı sıklığı (son 6 ayı sorun)

1-haftada 2-3

2-haftada 1

3-onbeş günde 1

4-ayda 1-2

5-2-3 ayda 1-2

6-daha seyrek

Başağrısının başlama yaşı:

1-15-20

2-21-25

3-26-30

4-31-35

5-36-40

6-41-45

7-46-50

8- diğer(belirtin)

Çocukluk döneminde başağrısı var mı? Var () YOK()

Provake eden faktör

1- yok

2- var

1- yok

2- sinirlenme

3- üzölme

4- uyku düzen değışikliğı

5- yorgunluk

6- menstrüasyon

7- beslenme

8- diğer

Başağrısı ataklarına eşlik eden bulgu

1- yok

2- sıcak basması

3- terleme, üşüme

7- diğer

4- diyare

5- karın ağrısı

6- çarpıntı

8- diğer

Ataklar sırasında ses rahatsızlığı

1- yok 2-bazen var 3- her zaman var

Ataklar sırasında bulantı

1- yok 2-bazen var 3- her zaman var

Ataklar sırasında ışık rahatsızlığı

1- yok 2-bazen var 3- her zaman var

Ataklar sırasında kusma

1- yok 2-bazen var 3- her zaman var **ÖZGEÇMİŞİ:**

Psikiyatarik tedavi görme ()var ()yok
Suicid girişimi: ()var ()yok

SOYGEÇMİŞİ:

Psikiyatrik hastalıklar: var () Yok ()

Migren : Var () Yok ()

EK-2



EK-II**ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3**

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK-3

EK-V**BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ**

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- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Duman, sis yada 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 ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-4

Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duygular oluyor.	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7. Bedenimdeki duygular çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİT)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Hiç Tümüyle

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 1. Çabuk parlarım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. Kızgın mizaçlıyım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. Öfkesi burnunda bir insanım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim. | (1) | (2) | (3) | (4) |

II. BÖLÜM:

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç		Tümüyle	
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç		Tümüyle	
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç		Tümüyle	
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim. (1) (2) (3) (4)

24. Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım. (1) (2) (3) (4)

25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Hiç Tümüyle

26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. (1) (2) (3) (4)

27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)

28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2) (3) (4)

29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)

30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Hiç Tümüyle

31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim. (1) (2) (3) (4)

32. Sinirlerime hakim olamam. (1) (2) (3) (4)

33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. (1) (2) (3) (4)

34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)