

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**PRİMER BAŞ AĞRISI TANISI KONULAN OLGULARDA UYKU KALİTESİ,
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. AHMET BURAK ELBEYLİ

UZMANLIK TEZİ



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**PRİMER BAŞ AĞRISI TANISI KONULAN OLGULARDA UYKU KALİTESİ,
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. AHMET BURAK ELBEYLİ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF.DR.EMİNE GENÇ

KONYA, 2018

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak çalışmamı ve uzmanlık eğitimim süresince her aşamada yardımını, desteğini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Prof.Dr.Emine GENÇ'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, hoşgörü, sabır ve emeğini benden hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof.Dr.Orhan DEMİR'e, Prof.Dr Zehra AKPINAR'a, Prof.Dr Bülent Oğuz GENÇ'e, Prof.Dr.Figen GÜNEY'e ve Prof.Dr. Betigül ÇORBACIOĞLU'na,

Rotasyon eğitimim sırasında katkılarından dolayı Çocuk Nörolojisi Anabilim Dalı ve Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi değerli hocalarıma,

Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini yanında hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma, sağlık personellerine ve tüm nöroloji kliniği ekibine,

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarım ve sağlık gönüllülerine,

Hayatım boyunca özverili bir şekilde beni destekleyen aileme, çok sevdiğim değerli eşim Derya ELBEYLİ'ye, en yakın arkadaşım Dr.Necati Uzun'a son olarakda biricik oğlum Emir'e teşekkürlerimi sunarım.

Mart 2018

Dr.Ahmet Burak Elbeyli

ÖZET
PRİMER BAŞ AĞRISI TANISI KONULAN OLGULARDA UYKU KALİTESİ,
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
AHMET BURAK ELBEYLİ, UZMANLIK TEZİ, KONYA 2018

Amaç: Bu çalışmada gerilim tipi baş ağrısı, migren, küme tipi baş ağrısı gibi primer baş ağrısı tiplerinden herhangi birisinin tanısını alan bireylerde baş ağrısının uyku kalitesi, mizaç özelliği, anksiyete ve depresyon belirtileriyle olan ilişkisinin değerlendirilmesi ve kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniği'ne baş ağrısı yakınması ile başvuran ve primer baş ağrısı (migren, gerilim tipi baş ağrısı ve küme tipi baş ağrısı) tanısı konulan 80 hasta araştırmaya dahil edildi. Hasta grubuna son üç ay içinde herhangi bir nörolojik ve psikiyatrik tedavi almamış 18- 65 yaş aralığındaki hastalar dahil edildi. Kontrol grubunu 18 – 65 yaş arasında herhangi bir nörolojik, psikiyatrik ve bedensel hastalık tanısı olmayan 45 birey oluşturdu. Hasta ve kontrol grubundaki bireyler Temps-A Mizaç Ölçeği, Beck Anksiyete- Depresyon Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksini doldurdu.

Bulgular: Primer baş ağrısı tanısı konulan hasta grubunda gerilim tipi baş ağrısı tanısı konulan 44 (%55), migren tipi baş ağrısı tanısı konulan 33(%41,2), küme tipi baş ağrısı tanısı konulan 3(%3,8) kişi mevcuttu. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Beck Anksiyete Envanteri toplam puanı primer baş ağrısı olanlarda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. TEMPS-A mizaç özellikleri her iki grup arasında karşılaştırıldığında uyumsuz mizaç, depresif mizaç, hipertimik mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç primer baş ağrısı grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak farklı idi.

Sonuç: Çalışmamızda primer baş ağrısı olan hastalar sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında kişilik özellikleri, Beck depresyon ve Beck anksiyete değerleri ve PUKİ değerleri açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, gerilim tipi baş ağrısı, küme tipi baş ağrısı, migren, mizaç

ABSTRACT

EVALUATION OF SLEEP QUALITY, TEMPERAMENTS CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS IN PRIMARY HEADACHE PATIENTS

AHMET BURAK ELBEYLİ, THESIS, KONYA 2018

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the association of headache with sleep quality, temperaments, anxiety and depression symptoms and to compare with the control group in subjects who were diagnosed with any type of primary headache such as tension type headache, migraine, cluster type headache.

Materials and Methods: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Medical Faculty Neurology Department Polyclinic was admitted to the study with the complaint of headache and 75 patients with primary headache (migraine, tension type headache and cluster type headache) were diagnosed. The patient group included patients aged 18-65 years who had not received any neurological or psychiatric treatment in the last three months. The control group consisted of 45 individuals with no neurological, psychiatric and physical illnesses between 18 and 65 years of age. Patients and control subjects completed the Temps-A Temperament Scale, Beck Anxiety-Depression Scale, and Pittsburgh Sleep Quality Index.

Results: There were 44 (55%) diagnosed as tension type headache, 33 (41,2%) diagnosed migraine type headache, and 3 (3,8%) diagnosed as cluster type headache in the group of patients with primary headache diagnosis. The Pittsburgh Sleep Quality Index and Beck Anxiety Inventory total score were significantly higher in patients with primary headache than healthy controls. When TEMPS-A temperament characteristics were compared between the two groups, incompatible temperament, depressive temperament, hyperthymic temperament, irritable temperament and anxious temperament primer were significantly different in the headache group compared to the control group.

Conclusion: In our study, there was a statistically significant difference between the two groups in terms of personality traits, Beck depression and Beck anxiety values and PUKI values when the patients with primary headache were compared with healthy subjects.

Keywords: anxiety, tension type headache, cluster type headache, migraine, temperament



İÇİNDEKİLER

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. AĞRI | 3 |
| 2.2. BAŞ AĞRISI | 3 |
| 2.3. MİGREN | 8 |
| 2.3.1. Migren Epidemiyolojisi | 8 |
| 2.3.2. Migrenin Patofizyolojisi | 8 |
| 2.3.3. Migren Tanı Kriterleri ve Sınıflama | 12 |
| 2.3.4. Migrenin Evreleri | 14 |
| 2.3.5. Migrenin Tedavisi | 16 |
| 2.4. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI..... | 19 |
| 2.4.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Epidemiyolojisi | 19 |
| 2.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Fizyopatolojisi..... | 20 |
| 2.4.3. Gerilim Tipi Baş Ağrısında Klinik ve Evreleme | 21 |
| 2.4.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Tedavisi | 22 |
| 2.5. KÜME TİPİ BAŞAĞRISI | 24 |
| 2.5.1. Küme Baş Ağrısı Epidemiyolojisi | 24 |
| 2.5.2. Küme Baş Ağrısının Fizyopatolojisi | 24 |
| 2.5.3. Küme Baş Ağrısında Klinik ve Evreleme | 25 |
| 2.5.4. Küme Baş Ağrısı Tedavisi | 25 |
| 2.6. KİŞİLİĞİN TANIMI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN SINIFLANDIRILMASI..... | 27 |
| 2.6.1. Genel Bilgiler ve Tanım..... | 27 |
| 2.6.2. Kişilik Özelliklerinin Sınıflandırılmasıyla İlişkili Kuramlar | 28 |
| 2.6.3. Kişilik ve Mizaçla İlişkili Ölçekler..... | 30 |
| 2.7. BAŞ AĞRISININ KİŞİLİK VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ | 32 |
| 2.7.1. Baş ağrısının Kişilikle İlişkisi | 32 |
| 2.7.2. Baş ağrısının Uyku Kalitesiyle ilişkisi..... | 34 |
| 3. YÖNTEM VE ARAÇLAR..... | 38 |
| 3.1 Örneklem | 38 |
| 3.2 Yöntem | 39 |
| 3.3 Veri Toplama Araçları..... | 40 |

| | |
|---------------------------------------------------|----|
| 3.4 Uygulama..... | 41 |
| 3.5 Etik | 41 |
| 3.6 Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi | 42 |
| 4. BULGULAR | 43 |
| 5. TARTIşMA..... | 50 |
| 6. SONUÇ | 53 |
| 7. KAYNAKLAR | 54 |
| 8.EKLER..... | 65 |
| 1- PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ..... | 65 |
| 2- TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ | 68 |
| 3- BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ | 74 |
| 4- BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ | 78 |

TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1a: Uluslararası BaŐ Ağrısı Topluluğu (IHS) 2004 sınıflama sisteminde primer baŐ ağrısı bozuklukları

Tablo 1b: Uluslararası BaŐ Ağrısı Topluluğu (IHS) 2004 sınıflama sisteminde sekonder baŐ ağrısı bozuklukları

Tablo 2: Aurasız Migren Tanı Kriterleri

Tablo 3: Migren Sınıflaması

Tablo 4: GTB Tanı Kriterleri

Tablo 5: Küme Tipi BaŐ Ağrısı Tanı Kriterleri

Tablo 6: Eysenk Kişilik Modeli.

Tablo 7: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlaması

Tablo 8: Hasta Grubunda BaŐ Ağrısı Tiplerinin Dağılımı

Tablo 9: Hasta ve Kontrol Gruplarında Yaş ve Çocuk Sayısı Dağılımı

Tablo 10: Hasta ve Kontrol Gruplarında Cinsiyet Dağılımı

Tablo 11: Hasta ve Kontrol Gruplarında Medeni Durum Açısından Dağılım

Tablo 12: Hasta ve Kontrol Gruplarında Eğitim Düzeyi Açısından Dağılım

Tablo 13: Hasta ve Kontrol Gruplarında PUKİ Toplam Anlamlılık Oranları

Tablo 14: Hasta ve Kontrol Gruplarında Beck Anksiyete ve Depresyon Toplam Puanları

Tablo 15: Hasta ve Kontrol Gruplarında Beck depresyon düzeyinin karşılaştırılması

Tablo 16: TEMPS Toplam Puanlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı

Tablo 17: Hasta ve Kontrol Gruplarında Mizaç Özellikleri Açısından Dağılım

Tablo 18: PUKİ anlamlılık düzeyi ile mizaç özelliklerinin karşılaştırılması

KISALTMA VE SİMGELER DİZİNİ

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck depresyon ölçeği

BKİ: Beden kitle indeksi

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

IHS: International Headache Society

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

PBA: Primer baş ağrısı

FHM: Familiyal hemiplejik migren

ADE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

MTHFR: Metilen tetrahidrofolat redüktaz

KYP: Kortikal yayılan depresyon

TNK: Trigeminal Nukleus Kudatus

KGİP: Kalsitonin Gen İlişkili Peptid

SP: Substans-p

NKA: Nörokinin-a

VIP: Vazoaktif İntestinal Pepit

NSAİ: Non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar

5-HT1B/1D: Serotonin-1B ve 1D

DHE: Dihidroergotamin

GABA: Gama-aminobutirik asit reseptör agonistleri

HT: Hipertansiyon

SNRI: Selektif norepinefrin geri alım inhibitörleri

SSRI: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri

GTB: Gerilim tipi baş ağrısı

EMG: Elektromiyografi

KBA: Küme Tipi Baş ağrısı

MMPI: Minnesota ok Yönlü Kişilik Envanteri

EPQ: Eysenck Kişilik leği (Eysenck Personality Questionnaire)



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Baş ağrısı bir çok insanın hayatının belirli dönemlerinde deneyimlediği ve bir kısmının yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyen, tarihi milattan önceki dönemlere kadar dayanan önemli bir belirtidir. Primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer tip baş ağrısı altta yatan herhangi bir sistemik, metabolik hastalığa yada herhangi bir travma veya enfeksiyona bağlı olmayan baş ağrılarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Migren, gerilim tipi baş ağrısı, küme tip baş ağrısı ve diğer tip baş ağrıları olarak Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğunun 2004 yılında yayımlandığı sınıflama sisteminde tipleri belirtilmiştir. Eğer baş ağrısına neden olan ikincil bir olay söz konusu ise (tümör, enfeksiyon, beyin-damar hastalığı, glokom, akut sinüzit gibi) bu 'sekonder baş ağrısı' olarak değerlendirilir.Fakat tüm baş ağrılarının yaklaşık %90'nını primer baş ağrıları oluşturmaktadır.Toplumda görülme sıklığı toplumlara ve yapılan farklı çalışmalara göre değişiklik göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda sadece migren sıklığı %12–18 bulunmuştur. Ek olarak gerilim tipi baş ağrısının migrenden daha sık olduğu düşünölmekle birlikte bazı çalışmalarda farklılıklar gözlenmektedir (Emre 2013: 95).

Baş ağrısının birçok psikiyatrik belirtiden etkilenebilmesinin yanında uyku üzerine de olumsuz etkileri olduğu kesitsel çalışmalarla gösterilmiştir. Dosi ve ark. (2015) uyku ve baş ağrısı ilişkisini değerlendirdikleri çalışmada çeşitli uyku bozuklukları ve baş ağrısı arasında ilişki saptamıştır(Dosi 2015). Yapılan başka bir çalışmada uyku bozuklukları ve baş ağrısı arasındaki ilişki değerlendirilmiş, migren ve gerilim tipi baş ağrısı ile parasomni, narkolepsi, huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozuklukları ve birtakım ruhsal hastalıklar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Miyamoto 2013).

TEMPS-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire) Akiskal (1989) tarafından geliştirilmiş olup depresif, siklotimik, hipertimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizacı belirlemektedir (Akiskal 2005). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ise Buysse ve ark.(1989) tarafından geliştirilmiştir. Bireyin uyku kalitesini, miktarını, uyku bozukluğunun varlığını ve şiddetini değerlendirmemizi sağlamaktadır (Buysse1989, Agargün 1996). Beck Depresyon Envanteri (BDE) Beck ve ark.(1978)tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. Beck

Anksiyete Envanteri (BAE), Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir ve bu çalışmada, anksiyete ve depresyon gruplarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır (Tüzün 1997).

Bu çalışmada gerilim tipi baş ağrısı, migren, küme tipi baş ağrısı gibi primer baş ağrısı tiplerinden herhangi birisinin tanısını alan bireylerde baş ağrısının uyku kalitesi, mizaç özelliği, anksiyete ve depresyon belirtileriyle olan ilişkisinin TEMPS-A, PUKİ, BDE ve BAE ile değerlendirilerek bu özelliklerin kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AĞRI

Ağrı organizmayı ve dokuları zedelemeye yönelik tehlike taşıyan, gerçek veya olası çeşitli uyarılara karşı ortaya çıkan duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir. Ağrı bir algılama, duyum ve davranış şeklidir (Yılmaz 2016). Ağrı erken uyarıcı bir alarm sistemidir ve hasardan korunmak için kişiyi uygun yanıt vermeye zorlar. Bundan dolayı ağrının koruyucu bir mekanizma olduğu söylenebilir. Ağrıyı tanımlamak için şu terimler sıklıkla kullanılmaktadır:

- Allodini: Ağrılı olmaması gereken dokunmayı, ağrı olarak algılama
- Analjezi: Ağrı duyusunun olmaması
- Anestezi: Ağrı da dahil bütün duyuların kaybı
- Anestezi dolorosa: Duyu kaybı olan bölgede ağrı
- Disestezi: Uyarı ile veya uyarısız olarak nahoş ve anormal duyu
- Hipoaljezi: Ağrılı uyarılara azalmış reaksiyon
- Hiperestezi: Ağrılı uyarılara artmış reaksiyon, sensoryal liflerin aşırı duyarlılığı
- Hiperpati: Hiperestezi, allodini, hiperaljezi, artmış reaksiyon, uyarı kesildikten sonra da duyunun devamı
- Hipoestezi: Azalmış cilt duyarlılığı (hafif dokunma, bası ve ısıya karşı)
- Kozalji: Periferik sinirlerdeki tahribat sonucu gelişen, yanıcı karakterdeki ağrıdır. İlgili bölgeye çok hafif dokunma bile ağrı oluşturabilir.
- Nevralji: Bir spinal veya kranial sinirin dağılım alanında görülen, tekrarlayıcı, şiddetli ve genellikle ilgili cildin uyarılması ile başlayan bir ağrıdır.
- Parestezi: Belirli bir bölgede herhangi bir uyarı olmadan, spontan olarak iğnelenme, karıncalanma veya uyuşma hissedilmesidir. Dorsal kök, periferik sinir veya santral sinir sistemi irritasyonuna bağılı olabilir.
- Radikülopati: Bir veya birden fazla sinir kökünün anormal fonksiyonudur
- Hiperaljezi: Ağrılı uyarana verilen yanıtın artmış olmasıdır.

2.2. BAŞ AĞRISI

İnsanları etkileyen ağrılı durumlardan en yaygın olanı baş ağrısıdır. Baş ağrısı nörolojik hastalıkların yanı sıra sistemik hastalıklara da eşlik edebilen bir semptomdur. Baş ağrısıyla hayatı boyunca tanışmamış insan yok gibidir ve toplumda en sık görülen

belirtilerden bir tanesidir.(Hauser and Joseph 2017).Ülkemiz istatistiklerine göre 15-55 yaş arasında kadınların %53,9'unda, erkeklerin %42,2'sinde ara ara gelen baş ağrısı yakınması olduğu bilinmektedir (Uluduz 1998).

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (International Headache Society-IHS)1988 ve son olarak 2004'te yayınladığı baş ağrılarını sınıflama rehberlerinde baş ağrılarını öncelikle iki ana gruba ayırdıktan sonra bu grupların alt gruplarıyla 13 ayrı grupta sınıflamıştır. Öncelikle primer ve sekonder baş ağrıları olarak iki ana grup söz konusudur. Eğer baş ağrısına neden olan ikincil bir olay söz konusu ise bu 'sekonder başağrısı'olarak değerlendirilir. Öykü, fizik ve nörolojik muayene veya gerektiğinde ileri tetkikler ile ağrının nedeni olarak yapısal bir değişiklik veya sistemik bir hastalık veya geçirilmiş kafa travması saptanmamışsa 'primer baş ağrısı'olarak kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada hastaların %40'ında ara ara baş ağrısı gelişmekte olduğu ve bu hastaların sadece %10'unun doktora başvurduğu belirtilmiştir. Acil servise başvuran ve baş ağrısı olan hastaların çoğunluğu primer baş ağrısı (PBA) sendromu olup, hızlı ve efektif tedaviden fayda görmektedirler (Headeache Classification Subcomitte 2004).

PBA'ları içinde en sık görülen klinik durumlar migren, gerilim tipi ve küme baş ağrısıdır. PBA'ların fizyopatolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte migren, gerilim tipi baş ağrıları (GBA) ve küme tipi baş ağrılarında (KBA) vasküler ve stresör nedenler dikkat çekmektedir (Saip 2005).

Tablo 1A. Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) 2004 sınıflama sisteminde primer baş ağrısı bozuklukları (Headeache Classification Subcommittee 2004).

| | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <u>Migren</u> |
| 1.1. | Aurasız migren |
| 1.2. | Auralı migren (nonmigren baş ağrılı ve baş ağrısız aura, ailesel ve sporadik hemiplejik migren ve baziler tip migren gibi alt grupları vardır) |
| 1.3. | Sıklıkla migren öncülü olan çocukluk çağı periyodik sendromları (siklik kusmalar, abdominal migren, çocukluk çağının iyi huylu paroksizmal vertigosu gibi alt grupları vardır) |
| 1.4. | Retinal migren |
| 1.5. | Migren komplikasyonları (kronik migren, status migrenozus, ısrarlı aura, migrenöz infarkt, migrenin tetiklediği nöbet gibi alt grupları vardır) |
| 1.6. | Olası migren |
| 2. | Gerilim tipi baş ağrısı_(perikraniyal duyarlılığın eşlik ettiği ve etmediği tipler) |
| 2.1. | Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı |
| 2.2. | Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı |
| 2.3. | Kronik gerilim tipi baş ağrısı |
| 2.4. | Olası gerilim tipi baş ağrısı |
| 3. | Küme baş ağrısı ve kronik paroksizmal hemikraniya |
| 3.1. | Küme baş ağrısı |
| 3.2. | Paroksizmal hemikraniya |
| 3.3. | Konjunktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek yanlı nevralfiform baş ağrısı (SUNCT) |
| 3.4. | Olası trigeminal otonomik baş ağrısı |
| 4. | Diğer primer baş ağrıları |
| 4.1. | Primer saplanıcı baş ağrısı |
| 4.2. | Primer öksürük baş ağrısı |
| 4.3. | Primer egzersiz baş ağrısı |
| 4.4. | Cinsel etkinliğe eşlik eden primer baş ağrısı (preorgazmik, orgazmik) |
| 4.5. | Hipnik baş ağrısı |
| 4.6. | Primer gökgürültüsü baş ağrısı |
| 4.7. | Süreğen yarım baş ağrısı (Hemikraniya kontinua) |
| 4.8. | Yeni günlük ısrarlı baş ağrısı |

Tablo 1B. Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) 2004 sınıflama sisteminde sekonder baş ağrısı bozuklukları (Headache Classification Subcommittee 2004)

| | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | <u>Kafa travması ile ilişkili baş ağrısı</u> |
| 5.1 | Travma sonrası akut baş ağrısı |
| 5.2 | Travma sonrası kronik baş ağrısı |
| 5.3 | Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan akut baş ağrısı (whiplash: ani ivmelenme/ yavaşlama travması) |
| 5.4 | Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan kronik baş ağrısı |
| 5.5 | Travmatik intrakraniyal hematoma bağlı baş ağrısı |
| 5.6. | Diğer baş ve/veya boyun travmasına bağlanan baş ağrısı |
| 5.7. | Kraniyotomi sonrası baş ağrısı |
| 6. | <u>Kraniyal ya da servikal damarsal hastalıklara bağlanan baş ağrısı</u> |
| 6.1. | İskemik inme ya da geçici iskemik atağa bağlanan baş ağrısı |
| 6.2. | Travmatik olmayan kafa içi kanamaya bağlanan baş ağrısı |
| 6.3. | Yırtılmamış damarsal malformasyona bağlanan baş ağrısı |
| 6.4. | Arterite bağlanan baş ağrısı |
| 6.5. | Karotis ya da vertebral arter ağrısı (diseksiyon ve girişim sonrası) |
| 6.6. | Beyin ven trombozuna bağlanan baş ağrısı |
| 6.7. | Diğer kafa içi damarsal bozukluğa bağlanan baş ağrısı (CADASIL, MELAS vb) |
| 7. | <u>Damar-dışı intrakraniyal hastalıklarla ilişkili baş ağrısı</u> |
| 7.1. | Beyin omurilik sıvısı (BOS) basınç yüksekliğine bağlanan baş ağrısı |
| 7.2. | Düşük beyin omurilik sıvısı basıncına bağlanan baş ağrısı |
| 7.3. | İnfeksiyon olmayan inflamatuvar hastalığa bağlanan baş ağrısı |
| 7.4. | İntrakraniyal neoplazmalara bağlanan baş ağrısı |
| 7.5. | İntratekal injeksiyonlara bağlı baş ağrısı |
| 7.6. | Epileptik nöbetlere bağlanan baş ağrısı |
| 7.7. | Chiari malformasyon Tip-1e bağlanan baş ağrısı |
| 7.8. | Geçici baş ağrısı ve BOS lenfositozlu nörolojik defisit sendromu (HaNDL) |
| 8. | <u>Madde kullanımı veya yoksunluğu ile ilişkili baş ağrısı</u> |
| 8.1. | Akut madde kullanımı ile ilişkili baş ağrısı |
| 8.2. | İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı (İAB) |
| 8.3. | Kronik ilaç kullanımına bağlanan bir advers olay olarak baş ağrısı |
| 8.4. | Madde kesilmesine bağlanan baş ağrısı |
| 9. | <u>İnfeksiyona bağlanan baş ağrısı</u> |
| 9.1. | Kafa içi infeksiyona bağlanan baş ağrısı |
| 9.2. | Sistemik infeksiyona bağlanan baş ağrısı |
| 9.3. | HIV/AIDS'e bağlanan baş ağrısı |
| 9.4. | İnfeksiyon sonrası kronik baş ağrısı |
| 10. | <u>Homeostaz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı</u> |
| 10.1. | Hipoksi ve /veya hiperkapniye bağlanan baş ağrısı |
| 10.2. | Diyaliz baş ağrısı |
| 10.3. | Arteriyel hipertansiyona bağlanan baş ağrısı |
| 10.4. | Hipotiroidizme bağlanan baş ağrısı |
| 10.5. | Açlığa bağlanan baş ağrısı |

| | |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.6. | Kardiyak başağrısı |
| 11. | <u>Kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve kafa yapılarına bağlanan baş ağrısı veya yüz ağrısı</u> |
| 11.1. | Kafa kemiği bozukluğuna bağlanan baş ağrısı |
| 11.2. | Boyun hastalıklarına bağlanan baş ağrısı |
| 11.3. | Göz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı |
| 11.4. | Kulak bozukluğuna bağlanan baş ağrısı |
| 11.5. | Rinosinüzite bağlanan baş ağrısı |
| 11.6. | Dişler, çene veya ilişkili yapıların bozukluğuna bağlanan baş ağrısı |
| 11.7. | Temporomandibüler eklem hastalığına bağlanan baş ağrısı veya yüz ağrısı ve diğer |
| 12. | <u>Psikiyatrik hastalıklara bağlanan baş ağrısı (12.1 Somatizasyon bozukluğu ve 12.2 Psikotik bozukluğa bağlı)</u> |
| 13. | <u>BÖLÜM C: Kranial nevrалjiler ve yüz ağrısının santral nedenleri</u> |
| 13.1. | Trigeminal nevrалji |
| 13.2. | Glossofaringeal nevrалji |
| 13.3. | Nervus intermedius nevrалjisi |
| 13.4. | Superior laringeal nevrалji |
| 13.5. | Nazosilier nevrалji |
| 13.6. | Supraorbital nevrалji |
| 13.7. | Diğer terminal dal nevrалjileri |
| 13.8. | Oksipital nevrалji |
| 13.9. | Boyun-dil sendromu |
| 13.10. | Dıştan bası baş ağrısı |
| 13.11. | Soğuk uyarısı baş ağrısı |
| 13.12. | Kraniyal sinirlerin veya üst servikal köklerin yapısal lezyonlar tarafından kompresyonu, irritasyonu veya distorsiyonu |
| 13.13. | Optik nörit |
| 13.14. | Oküler diyabetik nöropati |
| 13.15. | Herpes zostere bağlanan baş veya yüz ağrısı |
| 13.16. | Tolosa-Hunt sendromu |
| 13.17. | Oftalmoplejik migren |
| 13.18. | Yüz ağrısının santral nedenleri |

2.3. MİGREN

Migren terimi eski Yunanca ‘yarım baş’ demek olan ve birçok hastada baş ağrısının tek taraflı dağılımına gönderme yapan hemikraniosteriminden gelmektedir. Halen migren için güvenilir biyolojik belirteçler bulunmadığından, tanı sınıflaması akut epizodun klinik özelliklerine göre yapılır.

Migren, Tablo-1’de gösterildiği şekilde Uluslararası Baş Ağrısı Derneği’nin İkinci Baş Ağrısı Sınıflama Komitesinin yaptığı düzenlemeye göre sınıflandırılmaktadır (Headache Classification Subcommittee 2004) Migren, hem genetik faktörlerin hemde çevresel faktörlerin etkili olduğu bir PBA türüdür (Yüksel, 2015).

Migrende, baş ağrısı ile birlikte nörolojik, gastrointestinal ve otonomik bulguların birlikteliği sık görülür. Migrende en sık görülen ek yakınma baş dönmesi, takibinde bulantı hissidir (Lempert 2009).

2.3.1. Migren Epidemiyolojisi

Yapılan çalışmalarda migrenin toplumun % 11’ini etkilediği; etkilenen hastaların %75’inin kadınlar olduğu belirlenmiştir (Yüksel2015, Le 2009, Zarifoğlu1998). Ülkemizde de migren prevalansı %16,4 olarak saptanmış olup, hastaların %66,7’sinin kadın olduğu bildirilmiştir (Yaltkaya 1994:254).Yapılan çalışmalarda migrenin en sık 8-40 yaş arası artış gösterdiği, 40 yaşından sonra her iki cinsiyette de azaldığı bulunmuştur (Yüksel 2015).

Gebelik sürecinde migren atak sıklığı ve ağrı şiddetinin azalması, doğum kontrol hapı kullananlarda auralı migren sıklığının artması, kadınlık hormonlarının migren patofizyolojisinde rolü olduğunu açıkça göstermektedir (Hayran 2000).

Migrenin atak sıklığının ve yaygınlığının cinsiyet ve yaş dışında ırk, sosyokültürel yapı ve çevresel etkenlerden de etkilendiği bildirilmiştir (Silberstein 2005).

2.3.2. Migrenin Patofizyolojisi

Yapılan çalışmalarda aurasız migrenli hastaların birinci derece yakınlarında migren sıklığının 1,9 kat, auralı migrenli hastaların 4 kat artmış olduğu gösterilmiştir. Bu durum migrenin genetik ile ilişkisi olduğuna işaret etmektedir (Ophoff 1996). Familiyal hemiplejik migrende (FHM) genetik ilişkisi gösterilmiş iki alt grup tanımlanmış; FHM1’in 19q kromozomunun CACNA1A geninde, FHM2’nin ise 1q21-23 kromozomunun ATP1A2 geninde mutasyon saptanmıştır. CACNA1A geninde meydana gelen bu mutasyonun P/Q tipi kalsiyum kanallarında bozukluğa yol açarak migren gelişiminde rol aldığı düşünülmektedir

(Silberstein 2005, Russell 1995, Andersson 1997). Ayrıca genetik patolojiler sonucu oluşan tromboza yatkınlık, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE), metilen tetrahidrofolat redüktaz (MTHFR), östrojen reseptör 1 G594A polimorfizmi mutasyonlarının migrene olan yatkınlığı arttırdığı tespit edilmiştir (De Fusco 2003).

Auralı migren ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda kortikal yayılım gösteren depresyon ile uyumlu, ana arter spazmı ile uyumsuz yavaş yayımlı kortikal hipoperfüzyon gösterilmiştir (Gardner-Medwin 1994, Hadjikhani 2001). Kortikal yayılan depresyon (KYD) adı verilen bu fizyopatolojik sürecin gri maddede yer alan nöronal glial membranlarda meydana gelen iyon değişiklikleri ve masif depolarizasyon sonucu artan ekzitabilite nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Zhang 2010). Beyin parankiminde meydana gelen depolarizasyon sonucu; nitrik oksit, potasyum, hidrojen, glutamat ve araşidonik asid metabolitleri gibi vazoaaktif ve noziseptif iyonlar ortama salınır (Hadjikhani 2001). KYD'yi takiben 20 dakika içinde nöronal ateşlemenin meydana geldiği belirlenmiştir. Ayrıca KYD'nin serebral kortekste ve pia-glial bariyerlerde yer alan matriks metalloproteinaz- 9 aktivasyonunda azalma, kan beyin bariyerinde de laminin ve diğer belirteçlerde azalmaya yol açtığı belirlenmiştir (Zhang 2010). Bu sürecin vasküler yapılarda dilatasyon ile devam ettiği ve dilatasyonun intrinsik vasküler mekanizmalara bağlı olarak damar boyunca yayılabildiği gösterilmiştir (Obrenovitch 2002). Bu sürecin devamında ise vazodilatasyona uğrayan damarsal yapılar, normal çaplarına dönerken astrositlerden salınan kalsiyum dalgalarına bağlı olarak vazokonstriksiyona maruz kalmaktadırlar (Obrenovitch 2002, Chuquet 2007). İnsanlarda yapılan çalışmalarda hem auralı hem de aurasız migren olgularında gelişen vazokonstriksiyon ve hipoperfüzyon fMRI çalışmaları ile gösterilmiştir (Cao 1999, McCleskey 1999). Azalmış parankimal kan akımı, metabolitlerin salınımını ve ekstrasellüler pH'ın düşmesi sonucu noziseptif cevabı tetiklemektedir (Bolay 2002).

Migren ve diğer primer baş ağrılarını ortaya çıkaran mekanizmaları anlamak için, ağrıyı ileten trigeminal sinir ile beynin vasküler yapısı arasındaki ilişkiyi gözden geçirmek gereklidir. Trigeminal sinir, oftalmik dalı aracılığı ile pia, araknoid ve dura materdeki küçük damarları ve büyük intrakranial damarların proksimalini innerve eder. Bu perivasküler innervasyon sebebiyle meninksler ve büyük damarlar ağrıya duyarlı iken, trigeminal duyu liflerinin olmadığı beyin parankiminde ağrı duyusu algılanmaz (Mayberg 1981). Küçük çaplı bir kısım trigeminal sinir dalları, hem orta serebral arteri hem de dural damarları innerve etmektedir (Jensen 1999). Ağrı duyusu trigeminal nükleus kaudat (TNC) 'den çıkarak beyin sapında orta hattı çaprazlar, trigeminal lemniskus içinde talamusa, buradan da primer duyu

merkezine (3,1,2 Broadmann alanı) ve singulat kortekse ulaşır. Ağrıya eşlik eden affektif ve emosyonel durumdan ise, parabrakial nükleus, talamusun intralaminar nükleusu, amigdala ve insüler korteksi içine alan farklı bir yolağın aktivasyonu sorumludur (Johnson 2000). Yine trigeminal sinirin aktivasyonu ile ortodromik olarak ağrı duyusu, beyin sapındaki 2. sıra nöronları bulandıran TNK aracılığı trigeminal gangliondan beyine iletilir, antidromik olarak kalsitonin gen ilişkili peptid(KGİP) ile substans-p(SP) ve nörokinin-a(NA) gibi nöropeptidlerin perivasküler alana salınması gerçekleşir. Bu durum, kan damarlarında vazodilatasyon, kan akımı artışı ve protein ekstrasvazasyonu ile sonuçlanan “nörojenik enflamasyona” neden olmaktadır (Bolat 2005). Salınan nöropeptidler, endotelial hücreler, makrofajlar, mast hücreleri ve trombositleri aktive ederek, araziidonik asit metabolitleri, potasyum, nitrik oksit, histamin ve 5-hidroksitriptan(HT) gibi noziseptif ve vazoaaktif moleküllerin salınmasına yol açar. Nörojenik ödem ve sözü edilen moleküller, trigeminal sinir uçlarında bulunan noziseptörlerin daha da fazla uyarılmasına neden olan kısır döngüyü başlatır. 5-HT1 B/D reseptörleri, baş ağrısında önemli rol oynamaktadır. Dihidroergotamin, ergotamin tartarat, triptanlar gibi antimigren ilaçlar, 5-HT1 B/D reseptörlerini uyararak nörojenik enflamasyonu baskılar ve beyin sapındaki trigeminal nükleusun aktivitesini inhibe eder. Ağrının Trigeminal nükleus kaudatus(TNK)'dan ön beyin bölgelerine iletilmesi sırasında, beyin sapındaki multisinaptik bağlantılar nedeniyle , superior salivator nükleus uyarılmakta, pterigopalatin ve otik ganglion aracılığı ile parasempatik aktivasyon sonucu nitrik oksit(NO) ve vazoaaktif intestinal peptid(VIP) salınmakta ve bu yolla da vazodilatasyon oluşmaktadır (Mayberg 1981). Üst servikal köklerden gelen duyu lifleri, TNK'deki duyu lifleri ile etkileşmektedir. Böylece noziseptif uyarılar, boyuna veya yüz ve kafadaki trigeminal reseptif alana yansımaktadır. Trigeminal vasküler nozisepsiyonun düzenlenmesinde, locus seruleus ve dorsal raphe gibi beyin sapı çekirdekleri, hipotalamus ve korteksi de içeren çeşitli beyin yapıları rol oynamaktadır. Günümüzde, migrende görülen vasküler değişikliklerin nöronal olaylara ikincil geliştiği kabul edilmektedir. Migren atakları sırasında fonksiyonel görüntüleme metodları ile gösterilen dorsal pons aktivasyonu, beyin sapının atağı başlatan bölge olabileceği hipotezini doğurmuştur. Migren baş ağrısı atağı, klinik görünümüne göre, dört fazdan oluşmaktadır. Baş ağrısından saatler veya günler önce ortaya çıkan prodrom fazı; baş ağrısının hemen öncesinde ortaya çıkan aura fazı; baş ağrısı fazı ve baş ağrısı sonrası olan postdrom fazı. Aura fazı, migren atağının genellikle 20-40 dakika öncesinde görülen, 5 ile 60 dakika süren, görsel, duysal, motor veya konuşma bozukluğu şeklinde ortaya çıkacağı nörolojik bozukluklardır. Migren hastalarının yaklaşık %15-20'sinde

gözlenmektedir. Baş ağrısı, auranın bitiminden sonraki 60 dakika içinde ortaya çıkar veya hiç ortaya çıkmayabilir. Aura döneminde oluşan görsel semptomların sebebi ,okspital lobdan kaynaklanan ve yayılan nöronal ve glial inhibisyonudur (Leao 1944). Fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile belirlenen görsel aura semptomlarının patofizyolojik mekanizması, Leao'nun kortikal yayılan depresyon(KYD) dalgalarıdır (Hadjikhani 2001). KYD, yayılan kortikal doğru akım potansiyelinde ani azalma, eksitatör nörotransmitterlerde geçici artış, buna eşlik eden hiperemiye takip eden uzun süreli nöronal hipereksitabilite ve kan akımında azalma ile karakterizedir. Aura sırasında görsel semptomlar ile korele olarak ,okspital korteksten başlayan ve öne doğru yayılan hiperemi ve ardından oligeminin ortaya çıktığı gösterilmiştir (Lauritzen 1984, Yalçınkaya 2008). Aura sırasında kortekste gözlenen oligemi, migren ağrısı süresince devam etmekte ve bazı aurasız migren ataklarında da gözlenebilmektedir. Auranın baş ağrısına neden olabileceği altmış yıla yakın bir süredir bilinmesine karşın, aura ve migren arasındaki sebep sonuç ilişkisi , “Laser speckle”adı verilen yeni bir görüntüleme yöntemi ile kanıtlanmıştır. Bu yöntem ile serebral korteks ve duramaterdeki kan akımı aynı anda görüntülenebilmiş ve yayılan kortikal depresyonun, meningeal trigeminal sinir uçlarını aktive edebildiği gösterilmiştir(Agargün 1996).Yayılan kortikal depresyon sonrası korteks oligemi fazında iken, ağrıya hassas dura materde, 45 dk süren kan akımı artışı ve vasodilatasyon gözlenmiş; bu cevabın trigeminal sinir inervasyonuna bağlı geliştiği ve beyin sapındaki ağrıya duyarlı trigeminal çekirdekleri aktive ettiği gösterilmiştir. Ayrıca KYD, trigeminal sinir aktivasyonu ile durada nörojenik enflamasyona neden olmaktadır. Matriks-metalloprotein(MMP)’ı aktif hale getirerek, kan beyin bariyerinde geçici bozulmaya yol açmakta ve damar çevresindeki trigeminal sinir uçlarını uyarabilmektedir. Genetik ve nörofizyolojik incelemeler ile migrenin otozomal dominant bir alt grubunda, nörotransmitter salınımında kritik rol alan, iyon kanalı mutasyonları saptanmıştır. Migren fizyopatolojisi teorileri arasında, aşırı uyarılabilir bir serebral korteks varlığı ve birçok gen üzerindeki etkilerin yanı sıra, özellikle kalsiyum iyon kanalları olmak üzere, nöronal iyon kanallarında bozukluklar yer alır. Serebral korteksin aşırı uyarılabilirliği ile birlikte iç veya dış etkenlerle tetiklenen nöronal depolarizasyon ve sonuçta oluşan KYD dalgası, migrendeki aura ve trigeminovasküler sistemin aktivasyonuna neden olur. Migren oluşumunda öne sürülen diğer bir teori de, nörojenik enflamasyon teorisidir. Nörojenik enflamasyon teorisine göre; kan damarlarını innerve eden trigeminal duysal liflerden salınan nöropeptidler (KGİP, SP, NKA, VIP) dura mater ve kan damarlarında vazodilatasyon, ödem ve protein ekstrevasyonu sonucu enflamasyon ve ağrı

oluşturmaktadır (Peres 2005). Migren genetik olarak, multifaktoriyel bir hastalıktır. Migrenli kişilerin beyinlerinin, birçok yönden migrenli olmayanlarından farklı olduğu düşünülmektedir. Migrenli hastalarda transkraniyal manyetik stimülasyonla yapılan çalışmalarda, beyin uyarılma eşiğinin daha düşük olduğu ve valproat ile bunun normale çevrildiği gösterilmiştir. Diğer anti-epileptik ilaçların da klinikte etkin kullanımı, aurasız migren hastalarında da eksitabilite artışı yönünde benzer mekanizmaların varlığını düşündürmektedir. Sonuç olarak genetik yatkınlığı olan kişilerde, iç ve dış uyaranların tetiklemesi ve duysal girdileri düzenleyen beyin sapı mekanizmalarının bozulması ile birlikte ağrının ortaya çıktığı ve migren ataklarının başladığı düşünülmektedir (Yalçınkaya 2008, Peres 2005)

Yapılan çalışmalarda, obez hastalarda migren sıklığının fazla olduğu, ancak mekanizmasının netlik kazanmadığı belirtilmiştir (Peterlin 2009, Evans 1999). Yine obez hastalarda, fotofobi ve fonofobi sıklığının yüksek, aura oranının düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Peterlin 2009). Adipositlerin hormon, sitokinler ve adipositokinler gibi birçok maddeyi salgılaması adipoz dokudan salınan maddelerle migren arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir (Fettes 1999).

Puberte öncesi dönemde migren, her iki cinsiyette eşit sıklıkla görülmektedir. Ergenlik döneminde kızlarda migren sıklığı giderek artmakta ve yetişkin dönemde bu oran 3:1 düzeyine çıkmaktadır (Üre 2010). Migren ağrısının östrojenin düşme eğilimine girdiği dönemlerde arttığı bildirilmiştir (Siva 2002). Gebelik sürecinin 2. ve 3. trimesterinde östrojen düzeyindeki dalgalanmaların olmaması sebebiyle baş ağrıları azalmaktadır. Östrojen düzeyinin ani olarak düştüğü postpartum dönemde ise ağrı sıklığı artar (Fettes 1999). Migren sıklığının menapoz ile birlikte azalma eğilimine girdiği gösterilse de, cerrahi menopoz olguların üçte ikisinde kötüleşme meydana gelir (Üre 2010).

2.3.3. Migren Tanı Kriterleri ve Sınıflama

Paroksizmal olarak meydana gelen, ataklarla seyreden, her atağın tedavi verilmeksizin (veya tedaviye yanıtızlık sonucu) en az dört saat, en çok 3 gün sürdüğü, genellikle tek taraflı yerleşim gösteren, zonklayıcı tarzda, fiziksel aktivite ile artış gösteren ve bireyin yaşam kalitesini değiştirebilecek tarzdaki baş ağrıları migren olarak kabul edilir. Bu atak dönemlerinde bulantı/kusma meydana gelebileceği, ışık ve ses gibi uyaranların ağrıyı arttırabileceği bilinmektedir (Silberstein 1998). Migren tanısı koymak için Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) tarafından 1988'de oluşturulan sınıflama sisteminin 2003 yılında

revize edilmiş hali kullanılmaktadır (Tablo 1) (Headeache Classification Subcommittee 2004, Boran 2013).

Tablo 2. Aurasız Migren Tanı Kriterleri

| Aurasız Migren Tanı Kriterleri(en az 5 atak) | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Tedavisiz / etkisiz tedavi altında 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (15 yaşaltında bu süre 2-48 saat olarak alınmaktadır). | |
| B. 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 rutinaktivite) artış gösteren ağrı |
| C. Ağrı sırasında en az aşağıdakilerden biri: | |
| | a) Bulantı ve/veya kusma b) Fonofobi ve fotofobi |
| D. 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 düşündürse bile 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 |
| Auralı Migren Tanı Kriterleri (ilk 4 maddeden 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 | |
| Aurasız migren için kabul edilen "D" tanı kriterleri ile uyumlu ayırıcı tanı | |

Tablo 3. Migren Sınıflaması

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aurasız Migren | |
| Auralı Migren | <ul style="list-style-type: none">• Özgün Auralı Migren• Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı• Baş Ağrısız Özgün Aura• Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)• Sporadik Hemiplejik Migren• Baziler Migren |
| Çocukluk Çağının Migren Öncülü Olabilecek Periyodik Sendromları | <ul style="list-style-type: none">• Tekrarlayıcı Kusma• Abdominal Migren• Çocukluk Çağının İyi Huylu Vertigo Atakları |
| Retinal Migren | |
| Migren Komplikasyonları | <ul style="list-style-type: none">• Süreğen Migren• Migren Statüsü• İnfarkt Olmaksızın Dirençli Aura• Migrene Bağlı İnfarktlar• Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler |
| Olası Migren | <ul style="list-style-type: none">• Olası Aurasız Migren• Olası Auralı Migren• Olası Süreğen Migren |

2.3.4. Migrenin Evreleri

Migren prodrom, aura, baş ağrısı ve iyileşme dönemi olmak üzere 4 evreden meydana gelir. Hastaların birçoğunda bu evrelerin birkaçı görülse de, mutlak olarak görülmesi gereken evre yoktur (Siva 2002).

Prodromal evre: Bu evre %20-60 oranında gözlenir. Baş ağrısından saatler, günler önce ortaya çıkan bu evrede en sık saptanan belirtiler duygudurum değişiklikleri (depresif ruh hali, öfori, durgunluk/donukluk), konsantrasyon bozukluğu, artmış duyarlılık ve tepkisellik,

dikkat dağınıklıkları, düşüncede küntlük, kelime bulmada zorlanma gibi değişikliklerdir. Ayrıca foto-fonofobi, hiperozmi, iştah değişiklikleri, halsizlik, poliaküri ve diğer sistemik belirtiler de görülebilir. Prodromal dönemde meydana gelen belirtilerin frontal lob, hipotalamus, serebral hemisferler ve lokus seruleustan kaynaklandığı gösterilmiştir (Siva 2002).

Aura evresi: Genellikle migren atağın öncesi veya beraberinde, nadiren de atak sonrası dönemde görülen fokal nörolojik belirtilerdir, %20 oranında görülür (Silberstein 1994). Genellikle 5-20 dakika içinde başlar ve 60 dakikadan kısa sürede sonlanır. Nadiren 60 dakikadan uzun süren durum uzamış aura şeklinde adlandırılır. Çok nadir bir durum olan aura evresinin bir hafta sürdüğü veya iskemik özellikte olduğu duruma ise "migrenöz infarkt" veya "komplike migren" adı verilir (Siva 2002). Olguların %80'inde görülen görsel, duyuşal ve motor aura biçimleridir(Silberstein 1994). Baş ağrısı genel olarak auradan sonraki ilk bir saatlik süre zarfında başlasa da, bazen ağrı olmayabilir (Siva 2002). En sık görülen aura tipi görsel auradır. Sağ ve sol taraflara yayılım gösteren, değişik derecelerde göreceli bir skotom bırakan ve odak noktasına yakın kırık çizgiler şeklinde olduğunda "sintilasyonlu skotom" olarak adlandırılır. Çocuklardaki görsel semptomlar metamorfopsi, mikropsi, makropsi şeklinde görsel algılama kusurları ve karmaşık şekiller görme biçiminde olabilir (Boran 2013). Vücutta veya yüzün bir tarafında yavaş yayılım gösteren iğnelenme şeklinde duyuşal bozukluklar görülebilir. Nadiren de olsa konuşma bozuklukları görülebilir. Motor güçsüzlük gösteren durumlar ailesel hemiplejik migren ya da sporadik hemiplejik migren olarak adlandırılır (Siva 2002).

Ağrı dönemi: Tipik olarak 4-72 saat süren tek taraflı, zonklayıcı, orta-ağır şiddetli ve fiziksel aktivite ile şiddetlenir özelliktedir (Headeache Classification Subcommittee 2004), Silberstein 1994). Genellikle ağrı sabah saatlerinde ensede, baş arkasında, başın bir tarafında yavaş gelişen bir ağrı/ağrılık/rahatsızlık hissidir. Başlangıç döneminde ağrının karakteri zonklayıcı değildir, ağrı belirsizdir ve lokalize edilemez. Başlangıç dönemi yarım ile iki saat arasındaki dönem olup, atak tedavisi için en uygun dönemdir (Silberstein 1994). Ağrı 2-12 saat içerisinde en üst seviyeye ulaşır ve zonklayıcı vasıf alır (Bolay 2005, Üre 2010). Hastalarda %90 oranında bulantı, %30 oranında kusma görülür. Anoreksi sık karşılaşılan bir durumdur (Silberstein 1998, Boran 2013). Ayrıca hastalarda bulanık görme, burun tıkanıklığı, iştahsızlık, açlık, tenezm, diyare, karın ağrıları, poliüri, solukluk, terleme, kafa derisinde duyarlılık, ensede sertlik, duyarlılık, konsantrasyon bozukluğu, baş dönmesi ve bayılacakmış

gibi bir his olabilir (Üre 2010). Ağrı giderek hafifleyerek, şekil değiştirerek sonlanır (Silberstein 1994).

İyileşme evresi: Düzelme evresi baş ağrısının sonlanıp, hastanın kendini yorgun, bitkin, huzursuz hissettiği ve konsantrasyonunun bozulduğu dönemdir. Bu dönemde kafatasında duyarlılık ve ruhsal durum (öfori, depresyon) değişiklikleri olabilir(Boran 2013).

2.3.5. Migrenin Tedavisi

Migren tedavisinde henüz tanımlanmış altın standart bir tedavi yoktur. Uygulanan tedavilerin hiçbirinin birbirine üstünlüğü kanıtlanmamıştır (Siva 2002). Migren tedavisi ilaç dışı ve ilaçla tedavi olarak ikiye ayrılır. İlaç tedavisi profilaktik ve atak tedavisi olarak ikiye ayrılır.

Migren ataklarının hızlı, tutarlı ve 24 saat içinde tekrarı olmaksızın kalıcı bir şekilde tedavi edilmesi; ağrının şiddeti ve eşlik eden bulguların azaltılması veya ortadan kaldırılması, atağın süresinin kısaltılması, atakların oluşturduğu özürülülüğün ortadan kaldırılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, günlük yaşam aktivitesinin normalleştirilmesi ve tedavi sonucu gelişebilecek yan etkilerin minimuma indirilmesi amaçlanır (Headeache Classification Subcommittee 2004).

Basit ve kombine analjeziklerle non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİ) hafif-orta-şiddetli migren ataklarında etkindirler. Genellikle kafein, anti-emetik ilaçlar ve spesifik migren ilaçları ile kombine şekilde verilirler. Parasetamolün tek başına etkisiz olduğu belirlenmiştir. Etkisinin yetersiz olduğu durumlarda spesifik migren ilaçları kullanılmalıdır. Etki kısıtlılığı ve sık kullanımı sebebiyle yüksek doz kullanımlarına dikkat edilmelidir (Siva 2002).

Serotonin-1B ve 1D (5-HT1B/1D) reseptör agonisti olan dihidroergotamin (DHE), migrene bağlı baş ağrısının tedavisinde yüksek oranda başarı şansına sahiptir. Triptanlar spesifik selektif 5HT1B/1D agonisti olup, orta ve ağır şiddetteki migren ataklarında tercih edilir. Atakların ve hastanın diğer özellikleri dikkate alınarak uygulama yolu seçilmelidir. Birden fazla alt grubu olan triptanların bir formundan yanıt alınmaması durumunda diğerleri denenebilir. Yüksek koroner arter hastalığı riski olanlarda kullanılması önerilmez. Subkutan olarak kullanılan sumatriptanlar, sıklıkla kısa süreli sıcaklık hissi, karıncalanma, göğüste rahatsızlık hissi, enjeksiyon bölgesinde reaksiyona yol açar ve daha pahalıdır. Kusma sıklıkları düşük ve DHE'ye göre 24 saatteki nüks sıklığı yüksektir(Headeache Classification Subcommittee 2004).

Diğer bir migrene özgü ilaç olan ergotamin ve türevlerinin selektif olmayan 5-HT_{1A}, alfa adrenerjik ve dopaminerjik aktiviteleri vardır. Orta ve ağır migren ataklarında tercih edilir. Yan etki profilleri yüksek olan bu ilaçların, yan etkileri non-spesifik olarak bağlandıkları reseptörlere bağlıdır. DHE serotonin ve dopamin reseptörlerine olan afinitesi sebebiyle yüksek oranda kusmaya yol açar (Karadaş 2013).

Antiemetikler (metoklopramid veya domperidon) migren atağı sırasında bulantı veya kusmanın eşlik etmesi durumunda kullanılır. Bulantının atak esnasında verilen ilaçların etkinliğini azalttığı bildirilmiştir. Klorpromazin ve proklorperazin gibi nöroleptik ilaçlar, akut migren tedavisinde bulantı ve ağrı üzerine etkili olması sebebiyle tek başlarına veya kombine olarak kullanılabilirler (Yüksel 2015, Karadaş 2013).

Opioidlerin rutin migren tedavisinde yeri olmayıp, tedavideki etkinliği minimaldir ve bu alandaki çalışmalar yetersizdir. İskemik kalp hastalığı gibi spesifik migren ilaçlarının kullanılmadığı ve spesifik ilaçlara cevap vermeyen orta ve şiddetli ataklarda kullanılabilir. Bağımlılık oluşturma potansiyeli yüksektir (Headeache Classification Subcommittee 2004, Karadaş 2013).

Olanzapin, gama-aminobutirik asit reseptör agonistleri (GABA_Aerjik ilaçlar) ve lidokainin etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Tedavi sonrası yapılan deksametazon uygulamasının, migren tekrarını azalttığını bildiren çalışmalar vardır (Headeache Classification Subcommittee 2004).

Acil servislerde fonofobik ve fotofobik semptomların azaltılması amacıyla hastalar karanlık ve sessiz bir ortama alınmalıdır. Uzun süreli kusma ve oral alım bozukluklarında intravenöz hidrasyondan fayda görürler (Karadaş 2013).

Baş ağrısından kaçınmak amacı ile akut atak tedavisi için kullanılacak olan basit analjezikler ayda 15 tableten fazla, NSAİİ ve ergotamin türevleri ayda 10 tableten fazla, triptanlar ise ayda 9-10 tableten fazla alınmamalıdır (Yüksel 2015).

Profilaktik tedavi seçeneği ayda 2'den fazla nöbet geçiren hastalarda değerlendirmeye alınır. Hastaların kliniklerine göre farklı tedavi seçenekleri uygulanabilir. Migren sıklığı ayda 2-4 kez olanlarda, günlük yaşam aktiviteleri ciddi oranda bozulanlarda, 2-3 gün süren ve tedaviye yanıtız ataklarda, atak ilaçlarına kontrendikasyon durumlarında, atak sıklığının giderek artması durumunda, hastanın isteğiyle, baziler veya komplike migren gibi özel durumlarda profilaktik tedavi seçeneği değerlendirilebilir. Ayda 4'ten fazla atak geçiren

hastalara profilaktik tedavi önerilir. Profilaktik tedavi ile atakların önlenmesi, atak sıklığının, şiddetinin ve süresinin azaltılması, akut atak tedavisinin en aza indirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastanın en az ilaç yan etkisine maruz kalması planlanır (Headeache Classification Subcomitte 2004, Karadaş 2013).

Profilaktik tedavide amaçlanan 6-8 hafta boyunca uygulanan günlük tedavi sonrasında sıklık ve/veya şiddet üzerinde en az %50 azalma sağlamaktır. Amaca ulaşılamaması durumunda, ilaç kontrollü olarak kesilebilir. Dozun azaltılması esnasında ağrı atak sıklığının arttığı saptanırsa, etkin dozda tedaviyi bir süre daha sürdürmek gerekebilir. Yazar sağlanamaması durumunda dozun tekrar ayarlanması ve ilaç değişikliği düşünülmelidir. Profilaksi için kullanılan ilaçların çoğu migren için spesifik ilaçlar olmayıp, çoğunluğu diğer grup ilaçlardandır (Karadaş 2013).

Beta-blokerler migrenin önleyici tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. Propranolol, atenolol, timolol, nadolol ve metoprolol bu gruptaki ilaçlardan olup en etkilisi propranololdür. Özellikle angina ve hipertansiyon'un (HT) eşlik ettiği migren hastalarında kullanımı önerilir. Hastalarda bilinen diyabet, hipertiroidizm, tirotoksikoz ve periferik vasküler hastalıklardan biri varsa dikkatli kullanılmalıdır (Headeache Classification Subcomitte 2004, Karadaş 2013).

Antidepressanlar migren profilaksisinde kullanılan diğer bir grup olup, en sık kullanılanı ve en etkilisi amitriptilindir. Depresyon, uyku bozuklukları, anksiyete ve diğer ağrı bozukluklarının eşlik ettiği migren hastalarında kullanımı önerilir (Headeache Classification Subcomitte 2004, Karadaş 2013).

Anti-epileptik ilaçlar özellikle epilepsisi, anksiyete, bipolar hastalığı ve nöropatik ağrısı olan hastalarda ilk seçenektir. Bu amaçla günümüzde en sık kullanılan anti-epileptik ilaçlar valproik asit ve topiramattır. Uzamış auralı migrende en sık kullanılan anti-epileptik ise lamotrijindir. Beta-blokerlerin kullanılmadığı durumlarda tercih edilebilir (Headeache Classification Subcomitte 2004).

Kalsiyum kanal blokerleri, baziler tip migren, hipertansiyon, Raynaud fenomeni, ailesel hemiplejik migren, anjina ve astımda kullanılabilirler. En sık tercih edilen ajan verapamil ve flunarizindir. Özellikle beta blokerlere dirençli hastalarda akla gelmelidir. Kullanılmasındaki amaç, intrakraniyal vazokonstriksiyon üzerindeki etkilerine dayanmaktadır En iyi ve en çok kanıt flunarizin kullanımı ile ilgilidir. Çalışmalarda plasebodan anlamlı derecede üstün olduğu gösterilmiş, propranolol ile karşılaştırılmasında da anlamlı fark bulunmamıştır(Headeache Classification Subcomitte 2004, Karadaş 2013)

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) olan sertralin, paroksetin, sitalopram gibi ilaçlar ve selektif norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) olan venlafaksin antidepressanlara kıyasla migrende daha zayıf etkinliğe sahiptir. Bununla birlikte, yan etki profilleri daha düşüktür. Metiserjit en etkili serotonin antagonistidir. Yan etkileri ve birçok ülke de ruhsatlandırılmamış olmaları nedeniyle kullanımları kısıtlıdır. Serotonin antagonistlerinden olan siproheptadin, çocuk hastalarda migren profilaksisinde kullanılabilir. İştah artışı ve hafif sarhoşluk hissi şeklinde yan etkileri bildirilmiştir (Yüksel 2015).

Botulinum Toksini tip A: Özellikle muayenede servikal kas spazmı var ise migren ve gerilim tipi baş ağrılarında kullanımı giderek artmaktadır. Etkinliği rastlantısal bulunmuştur. Daha önce çok sayıda ilaç tedavisi görmüş ancak fayda görmemiş hastaların çoğunda üç veya dört uygulamadan sonra anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu nedenle umut vadeden bir seçenektir. Koenzim-Q, isomepten mkuat, magnezyum, riboflavin, anjiotensin konverting enzim inhibitorleri ve Cox-2 inhibitörleri deneme aşamasındaki ilaçlardır (Yüksel 2015).

2.4. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI

Gerilim tipi baş ağrısı (GTB) 30 dakika ile 7 gün arasında süren, ağrının devamlı olması sonucu kronik bir hal alan baş ağrısıdır. GTB migrenden sonra en sık görülen primer baş ağrısı bozukluklarından biridir. GTB'nin gelişiminde sosyo-ekonomik etkinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Karadaş 2013).

2.4.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Epidemiyolojisi

GTB en sık 20 ile 50 yaş arası görülmekle birlikte, 30-40 arası yaşlarda pik yapmaktadır (Jeong 2008). GTB günlük yaşam aktivitelerini %44 oranında azalttığı halde, hastaların büyük çoğunluğunun doktora başvurmadığı bilinmektedir (Jeong 2008).

GTB'nin prevalansı %34,8-%78 arasında olup; kadınlardaki prevalansı %37,1-%88 erkeklerdeki prevalansı ise %32,3-%69 olarak belirlenmiştir (Scher 1999). GTB'nin batı ülkelerindeki prevalansı kadınlarda %34-86, arasında iken erkeklerde %28-63'tür. Sık tekrarlayan atağın prevalansı %24-43 iken, kronik hal almış GTB'nin prevalansı %1-%5, 6 olarak tespit edilmiş olsa da daha çok bireyi etkilediği düşünülmektedir (Coskun 2008, Siva 2003). Türkiye'de epizodik GTB prevalansı %20-%30, kronik GTB prevalansı ise %3,1 olarak bildirilmiştir (Siva 2003).

2.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Fizyopatolojisi

GTB fizyopatolojisi günümüzde tam olarak aydınlatılamamıştır. Miyofasiyal mekanizmaların fizyopatolojide önemli yer tuttuğu, özellikle perikraniyal miyofasiyal hassasiyetin GTB'nın en karakteristik bulgusu olduğu bildirilmiştir (Scher 1999). GTB ağrı modülasyonu bozulmuş olan bireylerde perikraniyal kaslarda meydana gelen hassasiyet fiziksel veya psikolojik stresle meydana gelir.

Miyofasiyal alanda bulunan tetik noktalar ağrı mediatörlerinin (bradikinin, CGRP, substans P, TNF- α , İnterlökin-1b, serotonin ve norepinefrin) salınımına yol açarak, periferel duysal afferentlerde eksitasyona ve santral sensitizasyona neden olurlar (Yüksel 2015). Perikraniyal miyofasiyal uzamış noziseptif uyarıların MSS'yi duyarlı hale getirdiği, böylece artan duyarlılığın epizodik GTB'yı kronikleştirdiği savunulur (Jeong 2008, Merikangas 1992). Kronik GTB'de supraspinal fasilitasyon sonucu trigeminal kaudal nükleus aşırı duyarlı hale gelebilir, böylece antinoziseptif sistemlerin fonksiyonunda azalma gelişebilir. Migrende damarsal noziseptörlerde aşırı duyarlılık halinin gelişmesine benzer şekilde, kronik GTB'de de perikraniyal kaslarda ve miyofasiyal noziseptörlerde aşırı duyarlılık ile giden bir durum söz konusu olabilir. Perikraniyal kas hassasiyeti ile birlikte olmayan kronik GTB'de ise, genel bir nozisepsiyon artışı, baş ağrısından sorumlu olabilir. Akut epizodik GTB, fiziksel veya psikolojik stres ile veya fizyolojik olmayan çalışma koşulları ile oluşabilir. Zorlanan kaslardan gelen nozisepsiyon artışı, ağrı modülasyonu bozulmuş kişide atağı tetikleyebileceği gibi, emosyonel mekanizmalar da endojen antinoziseptif sistemi baskılayabilir ve ağrıyı ortaya çıkarabilir. Noziseptif nöronların uzun süre uyarılması ve antinoziseptif sistemin aktivitesinin azalması, kronik GTB'ye yol açabilir. Trigeminal kaudal çekirdeğin duyarlılaşması ve normalde ağrıya neden olmayacak uyarıların ağrılı olmaya başlaması, tetik noktaların ortaya çıkmasına ve böylece migren ile GTB belirtilerinin çakışmasına yol açabilir. Kas kasılmasından ziyade perikraniyal hassasiyetin, baş ağrısı gelişmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Perikraniyal hassasiyetin de, santral veya miyofasiyal mekanoreseptörlerin, onların afferent liflerinin veya her ikisinin birden aktivasyonu ve kimyasal olarak duyarlılaşmasına yol açarak, kas kasılmasının bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Merikangas 1992).

GTB'nin psikiyatrik hastalıklar ile olan bağlantısı çelişkilidir (Matta 2003, Afridi 2005). Merikangas ve ark. GTB'nin anksiyete ve depresyon ile ilişkisiz olduğunu belirtmiştir (Afridi 2005). Çok merkezli yapılan bir çalışmada ise, GTB ile psikiyatrik bozuklukların arasında kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada GTB'li hastaların %68,3'ünde

depresyon, %19,3'ünde anksiyete, %5,5'inde panik bozukluk ve %1,1'inde ise obsesif kompulsif bozukluk olduğunu saptamışlardır (Siva 2003). Yapılan başka bir çalışmada ise, depresif bozukluğun epizodik GTB olgularında daha sık olduğu ifade edilmiştir (Afridi 2005). GTB'li hastalarda, psikolojik ve davranışsal terapilerin tedavide etkili olduğu gösterilmiştir (Matta 2003, Afridi 2005). YAB etyolojisine yönelik yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte şimdiye kadar birçok etyolojik model öne sürülmüş ancak hiçbir model bu ruhsal bozukluğu tam anlamıyla açıklayamamıştır. Güncel olarak en önemli vurgulanan görüş ise bozukluğun biyolojik ve çevresel faktörlerin birbiri ile etkileşmesi ile ortaya çıktığını desteklemektedir.

2.4.3. Gerilim Tipi Baş Ağrısında Klinik ve Evreleme

PBA'lardan biri olan GTB'de; ağrı genellikle iki taraflı, sıkıştırıcı ve baskılayıcı niteliktedir (Coskun 2008). Baş ağrısı fiziksel aktiviteden etkilenmeyen, fotofobi, fonofobi ve iştahsızlığın eşlik ettiği bir tarzdadır.

Ağrı künt, acır veya zonklar tarzda olmayan, gerginlik, sıkışma veya basınç hissi (mengene ile sıkar gibi veya şapka lastiği gibi) şeklinde ifade edilir. Ağrının şiddeti, baş ağrısının sıklığının artması ile artar. Hastaların çoğunda baş ağrısı, iki yanlıdır (Scher 1999), ancak yerleşimi her hastada ve her atakta değişebilir. Frontal, temporal, oksipital veya parietal bölgelerden birinde veya birkaçında yerleşebilir. Oksipital yerleşim, frontal ve temporal yerleşime oranla daha seyrek görülür. Tek taraflı baş ağrısı, hastaların %10- 20'sinde görülebilir (Iversen 1990).

Bazı hastalarda boyun ve çene ağrısı bulunabilir veya temporomandibuler eklemlerle ilgili ciddi sorunlar tanımlanabilirken bazılarında da perikraniyal ve servikal kaslarda, baş ve boyun kaslarının palpasyonunda saptanabilen hassas noktalar ve keskin sınırlı bezeler bulunabilir. Baş ağrısına bulantı ve kusma eşlik etmez. GTB , 30 dakika ile 7 gün arasında süren, ağrıların devamlı olması sonucu kronik bir hal alan baş ağrısı tipidir (Coskun 2008).

Sık atakları olan hastalar, kronik GTB açısından yüksek riskli olup, bu dönüşüme transformasyon adı verilir. Aşırı analjezik kullanımı, kronikleşme için en yüksek risk faktörü olup, kötü prognoz göstergesidir (Yüksel 2015). Kronik GTB perikraniyal hassasiyet varlığına göre iki alt gruba ayrılır ve bu iki grup arasında geçiş olabilir (Siva 2003).

GTB'de ağrı genellikle çift taraflı ağrı olsa da, lokalizasyon hastalar arasında farklılık gösterebilmektedir. Ağrı tek lokalizasyondan veya birden çok lokalizasyondan başlayabilir. Ayrıca atak esnasında ağrının lokalizasyonu değişkenlik gösterebilir (Russell 1998).

Yapılan çalışmalarda kronik GTB'nin genetik geçişi olduğu ve birinci derece akrabalarda yıllık rölatif riskin arttığı bildirilmiştir (Ashkenazi 2004). Ayrıca benzer çevresel risk faktörlerine maruziyet sebebiyle, eşler arasındaki riskin de arttığı belirtilmiştir (Ashkenazi 2004). Hastaların GTB tanı kriterlerine uyması kesin tanı koydurucu olmayıp, hastadan diğer PBA nedenleri ve organik patolojilerin dışlanması gerekmektedir (Hammill 1996). GTB'nin tanı kriterleri Tablo 3'te gösterilmiştir (Siva 2003).

Tablo 4. GTB Tanı Kriterleri

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. En az 3 aydır ayda ortalama 15 gün veya daha sık ortaya çıkan baş ağrısı | |
| B. Baş ağrısı saatler sürer veya devamlıdır | |
| C. Baş ağrısı aşağıda belirtilen özelliklerden en az ikisine sahiptir | |
| | 1. Bilateral yerleşim, 2. Basıcı / sıkıştırıcı (zonklayıcı olmayan) nitelikte, 3. Hafif veya orta şiddette, 4. Yürüme ya da merdiven çıkma gibi rutin fiziksel aktivite ile şiddetlenmez. |
| D. Aşağıdakilerden her ikisi | |
| | 1. Fotofobi, fonofobiden veya hafif bulantıdan sadece biri, 2. Orta ya da şiddetli bulantı veya kusmanın hiçbiri olmayacak |
| E. Başka bir hastalıktan bağımsız | |

2.4.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Tedavisi

GTB'nin çoğu zaman basit analjeziklere yanıt vermesi nedeniyle, hastaların çoğu kendini tedavi ederler. Atak sıklığının artması veya şiddetlenmesi durumunda ise hastalar yardım amacıyla hastaneye başvurmaktadır (Bogaards 1994). GTB tedavisi farmakolojik ve psikofizyolojik olarak ikiye ayrılır. Farmakolojik tedavide akut ve kronik GTB şeklinde değerlendirilerek tedavi edilirler (Coskun 2008).

Psikofizyolojik tedaviler arasında gevşeme egzersizleri, akupunktur, "biofeedback", hipnoz ve fizik tedavi yöntemleri yer almaktadır (Coskun 2008). Gevşeme egzersizleri, psikofizyolojik tedavi yöntemlerinin başında gelmektedir. Bu eğitim ile günlük yaşamdaki gerilimi azaltmak amaçlanır (Bogaards 1994). Yapılan bir metaanaliz sonucunda, elektromiyografi (EMG) ile yapılan "biofeedback" eğitimi ile gevşeme ve kognitif davranışsal düzenleme sağlanarak GTB'de etkin tedavi sağlandığı gösterilmiştir (Silberstein 1994). Fizik

tedavi yöntemleri arasında germe, egzersiz, sıcak uygulama, soğuk kompres, oksipital sinir bloğu, tetik noktalara enjeksiyon, masaj ve manipülasyon tedavileri yer almaktadır (Mathew 2000).

Akut tedavide atağı durdurmak veya şiddetini azaltmak hedeflenir. Genellikle basit analjezikler ve NSAİİ ajanlar tek başlarına veya kombine (kafein, kodein ve anksiyolitikler ile) olarak kullanılırlar. Akut ağrının tedavi şekli, baş ağrılarının sıklığı, şiddeti, semptomları ve eşlik eden patolojilere göre düzenlenir (Bogaards 1994).

Akut ağrıda kullanılan oral tedaviler, bulantı olmayan hafi-orta-şiddetli ağrılarda kullanılır. En sık kullanılan aspirin, parasetamol, ibuprofen ve naproksen sodyumdur. NSAİİ'ler antienflamatuvar, analjezik ve antipiretik özellikleri olması sebebiyle parasetamol ve aspirinden daha üstündür. Sıklıkla tedavide aspirin kullanılır ve etkisi parasetamol ile benzerdir (Yılmaz 2016, Bogaards 1994). Miyorelaksanların analjeziklerle birlikte kullanımının etkinliği arttırdığı bildirilmiştir (Ashina 2004). GTB'de bu tedavilerin kullanımı iki günle sınırlandırılmalıdır. Aksi takdirde ilaçların yan etkileri gözlenebilir (Bogaards 1994).

GTB haftada iki günden fazla oluyorsa, atak süresi 4 saatten fazlaysa, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlıyorsa, yüksek doz ilaç kullanımına yol açıyorsa veya ilaçlara duyarlılık veya kontrendikasyon varsa profilaktik tedavi planlanabilir (Silberstein 1994, Ashina 2004).

Profilaktik tedavide atak sıklığının ve şiddetinin azaltılması hedeflenir. Yapılan çalışmalarda, antidepresanlardan trisiklik grubunun, kronik GTB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Martin-Araguz 2003). Bu antidepresanların, serotonin ve noradrenalin geri alım inhibisyonu mekanizması ile etkinliği göstermek suretiyle, nöral sinapta bu transmitterlerin konsantrasyonunu arttırarak ağrıyı azalttığı düşünülmektedir (Sindrup 1999). Antidepresanlar GTB tedavisinde, düşük dozda başlanmalı ve tedavi edici özellikler ortaya çıkana kadar artırılmalıdır. Tedavi süresi genel olarak 3-6 ay arasında sürdürülmelidir (Yüksel 2015). GTB tedavisinde, trisiklik antidepresanlar arasında en sık kullanılan amitriptilindir (Coskun 2008). Mirtazapinin trisiklik antidepresanlara göre daha iyi tolere edilebilmesi sebebiyle daha yaygın kullanımı önerilmektedir. Etkisini α -2 otoresptörleri bloke etmek suretiyle gösterir. Mirtazapinin ve amitriptilinin etki düzeyi benzemektedir(Rampello 2004).

Yapılan çalışmalarda, SSRI grubu antidepresanların analjezik etkinliğinin olmadığı gösterilse de, GTB proflaksisinde kullanılabileceğini gösteren çalışmalar vardır (Coskun 2008,Rampello 2004). SSRI'ların, amitriptilin ile kombine kullanılması durumunda GTB tedavisinde etkinliğin arttığı gösterilmiştir (Adelman 2000). Venlafaksin serotonin,

noradrenalin ve dopamin geri alımını inhibe etmek suretiyle etki eder. Trisiklik antidepressanlar ile benzer etki gösterirler ve reseptör spesifitesi daha yüksektir (Schreiber 1999). Venlafaksinin yapısal olarak tramadole benzemesi suretiyle K ve δ opioid reseptörleri üzerinden etki gösterdiği düşünülmektedir (Thase 1997). Ayrıca depresyonun eşlik ettiği durumlarda depresyon ve stresi azaltarak, tedaviye olan uyumu, tedavinin etki hızını ve etkinliğini arttırdığı belirtilmiştir (Saip 2002).

2.5. KÜME TİPİ BAŞAĞRISI

KBA genel olarak dönemsel olarak görülen, günde birkaç kez olan, tek taraflı, çok şiddetli ve otonom kafa çifti bulgularıyla seyreden, trigeminal otonom baş ağrıları arasında en sık görülenidir. Tipik olarak 4-8 hafta boyunca, günde 1-2 kez atak şeklinde gelir. Genel olarak ağrı, göz çevresinde veya arkasında ağrı şeklinde tanımlanır (Melek 2006).

2.5.1. Küme Baş Ağrısı Epidemiyolojisi

KBA'nın sıklığı toplumdan topluma değişiklik göstermekle birlikte, dünyadaki ortalama sıklığı 100000'de 3-150 arasında olup erkeklerde daha sıktır. Kadın hastalarda daha nadir görülmesi ve atipik seyretmesi sebebiyle tanısı zordur. KBA yaş ortalaması erkekler için 27 yıl, kadınlar için ise 31 yıl olarak bildirilmiştir (Melek 2006).

2.5.2. Küme Baş Ağrısının Fیزیopatolojisi

Ağrının şiddetinin çok fazla olması sebebiyle, ağrının fیزیopatolojisinde vasküler patolojiler düşünülmektedir. Ayrıca ağrının lokalizasyonu, ortaya çıkış yeri ve yayılımı kavernoöz sinüste meydana gelen bir patolojiyi işaret etmektedir. Bu teoriden yola çıkılarak yapılan bir çalışmada ağrının geliştiği tarafta saptanan kavernoöz sinüsün proksimalinde vazokonstriksiyon, distalinde ise vazodilatasyon saptanmıştır. Ancak söz edilen bu dilatasyonun, ağrıdan sonra başlamış olduğunun gösterilmesi, dilatasyonun sadece bir sonuç olduğu tezinin doğmasına yol açmış, zaman içinde bu gösterilmiştir (Melek 2006). Ayrıca görüntüleme çalışmalarında, kavernoöz sinüste patoloji gösterilememiştir (Smits 2002).

Ağrının sirkadyen ritm göstermesi nedeniyle hipotalamik gri cevherde suprakiazmatik nukleusta bir biyolojik saat ya da "pacemaker" bozukluğu olduğuna inanılır (Melek 2006). Bu konuda en kabul gören teori suprakiazmatik nukleuslarda lokalize olduğu düşünülen 'biyolojik saat' veya "circadian pacemaker"da bir bozukluk olması sonucu ağrı ve eşlik eden bulgulara neden olan fیزیopatolojik süreçlerin başlamasıdır. KBA'da saptanan CGRP ve

VİP'in kandaki düzeylerinin artması, trigeminal sistem ve kraniyal parasempatik sistemin uyarıldığını göstermektedir (Peres 2005b).

2.5.3. Küme Baş Ağrısında Klinik ve Evreleme

KBA en şiddetli primer baş ağrısı olup, dönemseldir. KBA atakları en sık ilkbahar ve sonbahar aylarında belirginleşir. KBA'da aurasız, 10-15 dakikada pik düzeye çıkan, tek taraflı, trigeminal sinirin oftalmik dalına uyan kısa süreli, şiddetli ağrı atakları ve aynı tarafta eşlik eden otonom bulgular mevcuttur (Melek 2006). KBA ağrısının çok şiddetli olması, tek taraflı göz çevresi, şakak, alın ya da yanağa yayılması esastır.

Ağrıya sempatik uyarı (yüz terlemesi, kızarıklık), sempatik disfonksiyon (Horner sendromu), parasempatik uyarı (gözyaşı ve burun dolgunluğu) gibi belirtiler eşlik edebilir. Kusma gibi sindirim belirtileri KBA'da beklenmez veya nadirdir. Hastalarda ışığa ve sese duyarlılık mevcuttur. Burun - dudak arası kıvrımların derinleştiği, cildin portakal kabuğu görünümünü aldığı ve telenjiektaziler geliştiğini ifade etmiştir. Buna "aslansı yüz" adını verilir (Melek 2006).

KBA'lı hastaların %80-90'ı epizodik olup, 2 haftadan uzun süren remisyon dönemleri sonrası, bir haftadan uzun süren ataklar şeklinde gelir. Hastaların çoğunda yılda 1-2 kez atak gelişir ve her atak 14 günden kısa sürer. Ağrı genellikle sirkadyen bir ritim gösterir. (Smits 2002).

KBA'nın %10-20'lik kısmında ise, kronik küme baş ağrısı olup, bir yıl hiç düzelme göstermeyen ya da remisyon dönemleri 14 günden kısa süren baş ağrılarıdır. 2004 Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu'nun Küme Baş Ağrısı Tanı Kriterleri Tablo 4'te gösterilmiştir (Houser and Josephson, 2017).

2.5.4. Küme Baş Ağrısı Tedavisi

KBA ilaç dışı tedavi, farmakolojik tedavi ve girişimsel tedavi şeklinde üç aşamada yapılır (Smits 2002).

Tablo 5. Küme Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• B-D'ye tam olarak uyan en az 5 atak | |
| <ul style="list-style-type: none">• Şiddetli, tek taraflı, orbital, supraorbital ve/veya temporal yerleşimli, 15-180 dakika süren baş ağrısı | |
| C. Baş ağrısı ile birlikte aşağıdaki belirtilerin en az birinin olması | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Göz yaşarması• Göz kanlanması• Burun tıkanıklığı• Burun akması• Alın ve yüz terlemesi• Göz bebeği küçülmesi• Göz kapağı düşmesi• Göz kapağı ödemi |
| <ul style="list-style-type: none">• Atakların sıklığı gün aşım 1'den, bir günde 8'e kadar olabilir. | |

İlaç dışı tedavilerde; hastalara kendi belirlediği risk faktörlerinden, alkolden, gündüz uykusudan, NO içeren ilaçlardan ve atak döneminde uçucu maddelerden uzak durması önerilir (Houser and Josephson 2017)

Atak döneminde hastaya yüz maskesi ile 15-20 dakika süreyle, 10-15 L/dk akım hızında%100 O₂ solutulur. Genellikle 5-10 dakikalarda etkinlik sağlansa da, 15-20 dakika solutulmaya devam edilmesi önerilir. Hastalara uygulanabilecek ilaçların başında triptanlar gelir. Hastaların 2/3'sinden 15-20 dakikada, kalan 1/3 'üçünden de 2 gün içerisinde tedaviye yanıt alınır. İntranasal kullanım 30 dakikada etkili olsa da, subkutan uygulama kadar etkin değildir. Profilaktik başlanan oral triptanların atakları önleyemediği bildirilmiştir. Ergot alkaloidlerinin atağın erken dönemlerinde 3 gün süreyle kullanımının etkin olduğu bulunmuştur (Peres 2005b). Lidokain, octreoid ve kapsaisin atak sırasında etkinliği bildirilmiştir (Kernich 2005).

Profilaktik tedavi atak süresi ve sıklığını azaltmak amacıyla uygulanır. Kısa ve uzun süreli profilaktik tedavi olmak üzere iki başlık altında incelenir. Kısa süreli profilaktik tedavinin başında steroid tedavileri gelir. Başlangıç için çok etkili bir seçenek olan steroidlere KBA'ların %70-80'ni cevap verir. Kısa etkili profilaktik tedavide diğer etkili ilaçlar uzun etkili triptanlar (Naratriptan ve frovatriptan) ve ergo preparatlarıdır (Melek 2006).

Uzun dönem profilaktik tedavi verapamil, lityum, antiepileptikler (Topiramet, sodyum valproat, gabapentin) metiserjid, pizotifen melatonin, baklofen veya bu ilaçların kombinasyonları kullanılabilir. Ancak bu ilaçların etkin düzeylerinin sınırlı olması ve aşırı yan etki içermesi sebebiyle kullanımında dikkatli olunmalıdır (Kernich 2005).

Medikal yanıt alınamayan KBA olgularında, sinir blokajları ve cerrahi tedavi uygulanabilir. Oksipital sinir blokajı veya suboksipital uzun etkili steroid enjeksiyonunun KBA tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (Kernich 2005).

Dirençli KBA olgularında nadiren de olsa cerrahi tedavi bir seçenektir. Cerrahi uygulamada amaç trigeminal sinirin, özellikle oftalmik dalında yada gasser ganglionunda değişik ajanlar (lokal anestezikler, alkol, gliserol) ve yöntemlerle (radyofrekans termokoagülasyon, gamma knife radyocerrahi, mikrovasküler dekompresyon) blokaj yada anatomik kesi yaratarak ağrı ataklarını önlemektir (Yüksel 2015, Kernich 2005).

2.6. KİŞİLİĞİN TANIMI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

2.6.1. Genel Bilgiler ve Tanım

'Kişilik' sözcüğü kaynağını ilk kez eski Yunan tarihinde drama oyuncularının kullandığı maskelere verilen isim 'persona'dan almıştır. 'Persona'maske içindeki kişiliği değil, oynanan rolün kişiliğini temsil etmektedir. Böylelikle 'persona' sözcüğü ve kişiler arasındaki fark anlatılmak istenmiştir (Durna 2004). Kişilik kavramı, bireye özgü özellikleri içermektedir. Bütün olarak düşünüldüğünde, değerlendirmede, zeka, algılama biçimi, duygusal tepkiler, düşünce süreçleri, eğilimler ve çatışmalar karşısında başedebilme yetisi, toplumsallık gibi farklı boyutlarla ele alınır. Nasıl davranacağımızı ve hissedeceğimizi etkileyen, aynı zamanda bireye özgü gelişen bütün duygusal, güdüsel ve bilişsel süreçleri kapsamaktadır (Yanbastı 1990).

Kişiliğe dair kavramlar günlük kullanımda birbiriyle karışabilmektedir. Bu kavramlar anlaşılır bir biçimde tanımlanacak olursa mizaç ya da huy (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç emosyonel uyarılara doğuştan

yapısal olarak belli bir şekilde otomatik tepki gösterme eğilimi; karakter ise bireyin göreceli olarak değişmeyen, nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen iç deneyimleri olarak tanımlanmaktadır. Karakter, bireyin yaşam tarzı veya davranış şekli olarak çevresi ile karşılıklı ilişkilerini devam ettirmek için bilinçli veya bilinç dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da içerir. Kişilik ise; yapısal kurama göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin zekâ ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (Akiskal 1983).

2.6.2. Kişilik Özelliklerinin Sınıflandırılmasıyla İlişkili Kuramlar

Kişilik özelliklerini bir kuram halinde bizlere sunan araştırmalar bu konuya yaklaşım açısından bizlere fikir sağlamaktadır. Kişiliğin mizaç ve karakter modeli, kişiliğe ve psikopatolojiye biyopsikososyal bir yaklaşım temelinde moleküler biyolog ve psikiyatrist C. Robert Cloninger tarafından 1980'lerde oluşturulmuştur (Cloninger 1993). Modelin temel ilkesi, kişiliğin nedensel yapısının altta yatan biyogenetik mekanizmalara ve çevresel etkilere dayalı olduğu varsayımı üzerinden hareket etmektedir. Bu nedenle mizaç; orta derecede kalıtsal (genetik, biyolojik olarak), yaşam boyunca nispeten kararlı ve sosyokültürel öğrenimden kopuk bir kavram olarak kişiliğin duygusal çekirdeği şeklinde, karakter ise kişiliğin bilişsel çekirdeği şeklinde tanımlanmıştır. Karakter bu anlamda kişisel kavramlar, hedefler ve değerlerdeki bireysel farklılıklara karşılık gelmektedir. Mizaca zıt olarak, karakter sosyokültürel öğrenimden etkilenmektedir ve geç erişkinliğe kadar olgunlaşması devam etmektedir. Mizaç ve karakter iki bağımsız fakat fonksiyonel olarak etkileşimde olan kişilik bileşenleri olarak görülmektedir.

Bu model başlangıçta üç adet genetik olarak bağımsız kişiliğin mizaç boyutları olarak tanımlanmıştır ki bunlar Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği (TPQ) olarak adlandırılan bir öz bildirim ölçüm yöntemiyle ölçülmüştür. Daha sonra Cloninger Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)'ni (TCI) geliştirmiş ve önceki modeli 4 ayrı karakter boyutuna genişletmiştir (Cloninger 1993). Bu kuramın ilk mizaç tipi olan Yenilik Arama, yenilik karşısında keşifsel tarzda aktivite gösterme ve hayal kırıklığından aktif bir şekilde kaçınma gibi davranışın başlangıcında kalıtsal bir eğilim olarak görülmüştür. İkinci mizaç tipi olan zarardan kaçınma, belirsizlik korkusu gibi pasif kaçınma davranışları ve gelecekteki sorunların öngörülmesinde karamsar endişe gibi davranış inhibisyonunda kalıtsal bir eğilimdir. Zarardan kaçınma mizacı olan bireyler, hoşlanılmayan uyarılara güçlü cevaplar vermektedir ve bu durum yeniliklerden, hayal kırıklıklarından veya cezalardan kaçınmak için davranışların inhibisyonuna neden olmaktadır. Üçüncü mizaç faktörü Ödül Bağımlılığıdır ve başkalarının onamına bağımlılık

gibi devam eden davranışların sürdürülmesinde kalıtsal geçişli bir eğilim olarak tanımlanmıştır. Dördüncü mizaç faktörü olan Sebat Etme ise hayal kırıklığı ve yorgunluğa rağmen azimli olmayı tanımlamaktadır. Bu üç genetik-nörobiyolojik özellik düzeninden her biri belirli bir nörotransmitter sistemiyle ilişkilidir: Yenilik Arama dopaminerjik sistemdeki düşük bazal aktiviteyle, zarardan kaçınma serotonerjik sistemdeki yüksek aktiviteyle ve ödül bağımlılığı ise düşük bazal nöradrenerjik aktiviteyle ilişkili bulunmuştur(Cloninger 1987).

Ölçülmüş olan üç karakter boyutu ise kendini yönlendirme (kendi kaderini tayin etme, amaçlı olma, irade gücü), işbirliği içinde olma (diğer insanlarla empati kurma ve insanları kabul etme) ve kendini aşma (maneviyat ve absorbsiyon) şeklindedir. Karakterdeki farklılıklar sosyokültürel öğretimden etkilenmektedir ve hayat boyu değişim göstermektedir. Böylelikle kişilik gelişimi temelde karakter boyutlarındaki değişimleri yansıtmaktadır.

Bir kişinin emosyonel ve davranışsal özelliklerinin toplamı o kişinin kendi kişiliğini tanımlamaktadır. Güncel tanımlamaya göre içsel deneyimlerden veya davranışlardan sapmalar bahsedebileceğimiz alanlardan en az ikisinde kendini gösterirse bir kişilik bozukluğu tanısı konulabilir. Bu alanlar: kognisyon, duygusallık, kişiler arası işlevsellik ve dürtü kontrolü olarak sıralanabilir. Bu alanlara ek olarak işlevsellik bireyin içinde bulunduğu kültürde veya sosyete de atipik olmalıdır(Frances 1994).

DSM-5'te kişilik bozuklukları "bireyin kültürel normları ve beklentileri bağlamında kimlik duygusu ve kişiler arası adaptif işlevsellik kapasitesine uyum geliştirmesinde başarısızlık" olarak tanımlanmıştır(American Psychiatric Association DSM-5 2013).PB'nin ergenlerde diğer anksiyete bozukluklarına göre daha az görüldüğü düşünülmektedir. Toplum örneklerinde çalışmalarda farklı veriler bulunmasına karşın %0,5 ile %5 arasında bir yaygınlık oranının bulunduğu belirtilmektedir (İnal Emiroğlu & Baykara, 2008). Çocuklarda yapılan klinik örneklem temelli araştırmalarda ise yaygınlığının %0.2 ile %10 arasında olduğu saptanmıştır (Alessi & Magen, 1988; King ve ark., 1993).

Eysenck ise kişiliği, dışadönüklük, nörotisizm ve psikotisizm olarak incelemiştir (Francis 2004). Son zamanlarda Eysenck Kişilik Ölçeği (EPQ) ile yapılan çok sayıda epidemiyolojik çalışmada, migren ve nörotisizm arasında ilişki bulunmuştur. Nörotisizm; çoğunlukla artan duygusal aktivite ya da stres altında nörotik hastalıkların gelişimine sebep olan kişilik yapısı olarak açıklanmıştır. Migren hastalarına IHS ölçütleri ile kişilik özellikleri için yapılandırılan tanısız bir görüşme için yapılan bir çalışmada, depresyon ve anksiyete bozuklukları incelenirken migren hastalarında yüksek nörotisizm puanları bulunmuştur.

Aşağıdaki tabloda Eysenk'in kişilik modelinde bahsedilen 3 boyutun tanımlayıcı özellikleri verilmiştir(Tablo 5)(Eysenck 1968).

Tablo 6. Eysenk Kişilik Modeli

| Psikotisizm | Dışadönüklük | Nörotisizm |
|--------------------|---------------------|-------------------|
| Agresif | Sosyal | Anksiyöz |
| İddialı | Sorumsuz | Deprese |
| Ben Merkezci | Baskın | Suçlu Hisseden |
| Anlayışsız | Refleksiyonu eksik | Kendine Güvensiz |
| Manipülatif | Duygu düşkünü | Gergin |
| Başarı Odaklı | İtici | Huysuz |
| Dogmatik | Risk Alan | Hipokondriak |
| Maskülen (Erkeksi) | Dışavurumcu | Özerkliği Eksik |
| Dar Görüşlü | Aktif | Obsesif |

2.6.3. Kişilik ve Mizaçla İlişkili Ölçekler

Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi, anksiyete-depresyon gibi bozuklukların derecelendirilmesi için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (Akiskal 2005). Mizaç değerlendirmesi açısından TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa and San Diego Autoquestionnaire) vakanın hayat boyunca şekillenmiş afektif mizaç özelliklerini ölçen 110 madde içermektedir. Bu maddeler depresif, siklotimik, hipertimik, asabi (irritabl) ve anksiyöz olmak üzere 5 ayrı boyutta temsil edilmektedir: Çeşitli tiplerle ilgili sorular birlikte gruplanmıştır. Depresif mizaç alanı; deneyimlenmiş bir suçluluk duygusunu, enerji seviyesini, eleştiriye duyarlılığı veya bir duruma adaptasyon yeteneğini içerir. Ayrıca, görev ve arzulara

yönelik bir tutum da dikkate alınmıştır. Siklotiminin düzeyiyle ilgili sorular diğerleriyle birlikte çeşitli işlevsellik alanlarındaki sık değişikliklerle ilişkilidir, bu değişiklikler şu alanlarda görülebilir: ruh hali ve enerji, özgüven ve duygusal olarak olaylara katılma (duygusal katılım). Hipertimik alan, duyguların ve ekstremal davranışların etkisi (itiş kuvvetini) vurgulanarak değerlendirilmiştir. Sinirlilik (irritabilite) ile ilişkili sorular en çok kontrol ve refleksiyon mekanizmalarındaki eksiklerle ilişkili bulunmuştur. Anksiyöz mizaç, psikosomatik semptomların bir formu şeklinde, sürekli endişe duyma ve psikolojik gerginliği ifade etme eğiliminde olma şeklinde tanımlanmıştır. İndeksteki soru numaraları kategoriler halinde şu şekildedir(Akiskal 2005) :

- Depresif mizaç: 1' den 21'ye kadar olan sorular (21 puan)
- Siklotimik mizaç: 22'den 42'ye kadar olan sorular (21 puan)
- Hipertimik mizaç: 43'ten 63'e kadar olan sorular (21 puan)
- İrrtabl mizaç: 64'ten 84'e kadar olan sorular (21 puan)(indeksin erkek versiyonunda 20 puan)
- Anksiyöz mizaç: 85'ten 110' a kadar olan sorular (26 puan)

Her mizaç için ayrı ayrı puanların hesaplanması verilen alt ölçekte elde edilen puanların toplamını orada bulunan soruların sayısına bölerek yapılmaktadır. TEMPS-A, mizaç özelliklerinin şiddetini "0"dan "1"e kadar olan bir değer skalasında ölçmektedir ve bizlere grupları kıyaslama fırsatı sunmaktadır. Ancak, "normal" mizaç için bir standart olmadığından kişinin mizaç tipiyle ilişkili sorulara bir cevap sunamamaktadır. TEMPS-A'nın niçin kullanışlı bir klinik araç olduğuna dair çeşitli sebepler sıralanabilir. Teknik bir bakış açısıyla yaklaşırsak, bu çok basit şekilde formüle edilmiş bir ankettir. Bu özelliği sayesinde bu anketi doğru bir şekilde doldurmak çok yüksek düzeyde reflektivite (yansıtma) ve mentalizasyon gerektirmemektedir ki; bilinçsizce olsa bile kişilerin savunma mekanizmaları nedeniyle anketi çarpıtma riski göz önüne alındığında bu özellik çok önemli hale gelmektedir. Sorular özsaygıya (kişilerin onuruna) müdahale etmemektedir ve temelde günlük hayat davranışlarını kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Teorik olarak, sahte cevaplar riski oluşturabilecek herhangi bir etik değerlendirme unsuru sunmazlar. Tüm bu sebepler göz önüne alındığında mizaç değerlendirmesi ve bu değerlendirmenin farklı alanlarda kullanılabilmesi yönünden TEMPS-A yeterince faydalı bir ankettir. (İlgili anket örneği Ekler başlığında verilmiştir)

Anksiyete ve depresyon gibi konulara gelindiğinde ise Aron T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDI) karakteristik tutum ve depresyon

belirtilerini ölçen 21 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeği halen geçerliliğini sürdürmektedir. Uygulamanın tamamlanması yaklaşık 10 dakika sürer. On üç yaş ve üzeri kişiler için tasarlanmıştır. İlk olarak 1961 yılında geliştirilen test 1978 ve 1996 yılında revize edilmiştir(Beck 1996). Bilgisayar formları ve kağıt formu olmak üzere farklı biçimleri vardır. Beck depresyon ölçeği puanlama ve değerlendirmesi kolay bir testtir. Bu ölçekte kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) hastanın kendi ruh durumunu göz önünde bulundurarak, en uygun olan ifadeyi işaretlemesi istenir ve neticede bir puan elde edilir (İlgili anket örneği Ekler başlığında verilmiştir). Elde edilen puana göre:

- 0-9: Normal düzeyi gösterir
- 10-18: Hafif düzeyde depresyon belirtisini gösterir
- 19-29: Orta düzeyde depresyonu gösterir
- 30-63: Şiddetli depresyon belirtisini gösterir.

2.7. BAŞ AĞRISININ KİŞİLİK VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

2.7.1. Baş ağrısının Kişilikle İlişkisi

Son dekatlarda kronik ağrı hastalarında kişilik konusuna dair çok sayıda teori ortaya atılmıştır (Dersh 2002). Başlangıçta bu konu psikodinamik bir perspektiften ele alınmaktaydı. Bu perspektife göre altta yatan duygusal çatışmalar kişilik özelliklerini şekillendirmektedir ve böylelikle duygusal acının uygunsuz bir şekilde dışa vurulmasına engel olmaktadır. Sonuçta, altta yatan nörotik çatışmaları sembolize eder şekilde bu bireylerde duygusal ağrı semptomlarının somatik ağrı semptomlarına konversiyonu gerçekleşebilir. Örnek verilecek olursa; kronik pelvik ağrı, kabul edilemez seksüel isteklere bağlı bir çatışmayı sembolize ediyor olabilir (Engel 1959).

Kişilik sorunları tespit edilmiş kişiler üzerine yapılan bir çalışmada, genel popülasyona göre şiddetli baş ağrısı ve migren yakınmasının çok sık görüldüğü belirtilmektedir (Saper 2002). Baş ağrısı yaşayan hastalar üzerine yapılan araştırmada, yüksek anksiyete, depresyon ve nevrotik özellikler gösterdikleri belirtilmiştir (Ziegler 1978). Baş ağrısı ve kişilik örüntüsü üzerine yapılan bir diğer çalışmada, migrenlilerde görülen paranoid ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tamgaç 2007).

Migren hastalarına özgü kişilik özellikleri fikri kliniklere başvuran hastaların oldukça belirgin ortak özelliklerinin gözlemlenmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Bu konuyla ilgili ilk geniş kapsamlı açıklamaları yapan Wolff (Wolff 1937), migren hastalarının mükemmeliyetçi, katı, düzenli, hırslı, rekabetçi özelliklerini tanımlamıştır. Kişilik ve migren arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan sistematik çalışmalarda genelde Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) ve daha önce de bahsettiğimiz Eysenck Kişilik Ölçeği (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) kullanılmıştır (Juang 2000, İnan 1994).

Mizaç ve karakter özelliklerinin değişimi bazı kronik ağrı alt tiplerinde de gösterilmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olarak SanchezRoman (2007) sağlıklı kişilere göre migren hastalarının daha yüksek düzeylerde zarardan kaçınma (bireyin pesimistik kaygılar veya cezalandırmadan kaçınmak amacıyla davranışlarını bastırma eğilimi davranışı sergilediğini ortaya koymuştur (Di Piero 2001, Cloninger 1994, Sánchez-Román 2007). Dahası, migren hastaları migreni olmayan kronik ağrı hastalarına kıyasla zarardan kaçınma boyutunda daha yüksek puanlar elde etmiştir ki bu da yazarlara migren ağrısının tipinin önceden tahmin edilemeyen doğası ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Kronik gerilim tipi baş ağrısı hastalarının da benzer şekilde daha fazla zarardan kaçınma sergilediği gösterilmiştir. Ek olarak bu hastalarda sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında daha az düzeyde öz-yönlendirme (self-directedness) tespit edilmiştir (Boz 2007).

Tüm bunlara bakıldığında yapılan araştırmalar bazı spesifik kişilik özelliklerinin çeşitli ağrı biçimleriyle ve özellikle baş ağrısıyla ilişkili olduğuna dair güçlü veriler ortaya koymuşlardır.

Anksiyete ve mood (ruh hali) bozuklukları hem genel popülasyonda hem de baş ağrısı hastalarında fazlaca görülmektedir (Stam 2010). Anksiyetenin temel belirteci aşırı derecede kaygılanma iken, depresyonda enerji ve motivasyon eksikliği, üzüntü mevcuttur. Her iki hastalık da önemli fiziksel semptomlarla karşımıza çıkar. Anksiyetede; sinirlilik, konsantrasyon problemleri ve ajitasyon siktir, buna karşılık depresyonda; yorgunluk, konsantrasyon, uyku ve iştahta diyagnostik tanımlama kavramı içerisinde değerlendirilmektedir (American Psychiatric Association DSM-5 2013). Anksiyete ve mood bozukluklarının, hastalığın prevalansını, prognozunu, tedavisini ve klinik sonuçlarını etkileyecek düzeyde, migrenle en alakalı psikiyatrik komorbiditeler olduğu gösterilmiştir (De Angeli 2014).

Mood ve anksiyete bozukluklarının genel popülasyona göre migren hastalarında 2-10 kat daha sık olduğu çalışmalarda rapor edilmiştir (Minen 2016). Ek olarak, psikiyatrik komorbiditelerin epizodik migrenden kronik migrene progresyon için risk faktörleri olduğu da gösterilmiştir (Buse 2013). Gerilim tipi baş ağrısı olan ve komorbid psikiyatrik bozukluklara sahip hastalar sıklıkla afektif mizaç disregülasyonu ve suicidal davranışlar sergilemektedirler (Serafini 2012). Anksiyete ve mood bozuklukları migrenle ilişkili iki ana psikolojik meseleye birleştirilmiş olsa da, hangi semptomların veya görünümünün bu konuyla daha alakalı olduğuna dair bilgiler kısıtlıdır. Bu değişkenlere daha detaylı bakacak çalışmalara bu manada ihtiyaç vardır.

2.7.2. Baş ağrısının Uyku Kalitesiyle ilişkisi

Uykunun bozulması klinisyenlerin en çok karşılaştığı şikayetlerden biridir (Mollayeva 2016). Genel popülasyondaki sıklığına bakıldığında batı dünyasındaki erişkinlerin yarısından fazlasının aralıklı uyku bozulmaları yaşadığı ve erişkinlerin %15-20'sinin kronik uyku problemleriyle başvurduğu rapor edilmiştir (Mollayeva 2016). Uyku disfonksiyonu günlük performansta ciddi düşümlere (Fortier-Brochu 2012), motorlu taşıt kazalarına ve mesleki kazalara neden olabilir (Lager 2014), tıbbi, nörolojik ve / veya psikiyatrik rahatsızlıkları arttırarak (Barthlen 2002), hayat kalitesini düşürebilir (Guallar-Castillón 2014). Geçmişte, uyku şikayetleri daha ileri tanısal değerlendirme yapılmadan hipnotik ilaçlarla tedavi edilmekteydi (Morgenthaler 2006). Bu konudaki araştırmaların son 3 dekadı, uyku bozukluğu anlayışını kompleks bir yapıya dönüştürdü (Basetti 2012), öyle ki nörofizyolojik, psikolojik ve davranışsal faktörlerle iç içe geçmiş bir dizi birincil uyku bozukluğu semptomu, hedeflenmiş tanı ve tedavi müdahaleleri gerektirmektedir.

Uyku kalitesiyle ilişkili olarak yaygın biçimde kullanılmakta olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi bu konuya yaklaşımda faydalı bulunmuştur (Buysse 1989). Bu indeks Buysse ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiş, uyku kalitesinin tanımlanması amacıyla niceliksel ölçümünü veren bir ölçektir. Toplam 24 soru içerir ve bu soruların 19'u kişinin kendini değerlendirmesine dairdir, 5'i bireyin eşi veya birlikte yaşadığı bir kişi tarafından yanıtlanır. Puan hesaplanırken bireyin kendisi dışındaki kişilerin yanıtladığı sorular hesaplamaya dahil edilmez. Kendini değerlendirme soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik meddeleri içerir. Bunlar uyku süresini, uyku latansını ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Bu 18 adet puanlanan maddeler yedi bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması yoluyla oluşturulmuştur. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu

bileşenler sırayla öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu adı altında 7 adettir. Bu yedi bileşen puanının toplamı, toplam indeks puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. İndeks, uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak PUKİ toplam puanının beş ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir. Bu indeksin Türkiye’de güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark (1996) tarafından yapılmıştır (Ağargün 1996).

Uyku ve baş ağrısı arasındaki ilişki özellikle son yüzyılda araştırılan bir konudur. Baş ağrısı ve uyku problemlerinin her ikisi de klinik pratikte en sık karşımıza çıkan problemlerdendir ve sosyoekonomik etkisine ve giderlerine ek olarak dikkate alınır düzeyde sosyal problemlere ve aile problemlerine yol açar. Uykuyla ilişkili baş ağrısı; Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi (American Academy of Sleep Medicine) tarafından “uyku esnasında veya uyanırken baş ağrısı şikayeti olma” şeklinde tanımlanmıştır(American Academy Of Sleep Medicine 2005). Uykuyla ilişkili baş ağrısı altta yatan bir uyku hastalığının varlığını da bizlere düşündürülebilir(Engstro 2013).

Baş ağrısı, uyku ve uyku bozuklukları bakımından toplanmış pek çok veride bir ilişki ortaya koymaya çalışılmıştır fakat bu ilişkinin nedenselliği ve etkileri netleştirilmemiştir. Migrenle ilişkili olarak, dinlenme ve uyku genellikle beraberinde bir rahatlama getirmektedir ve bu nedenle tedavi stratejilerinde de bu yaklaşıma değinilmiştir ancak diğer yandan, migren episotları uyku paterni değişikliklerini de içerecek şekilde emosyonel stres, hipoglisemi, duyuşal uyarımlar (aşırı gürültü, parlak ışık, sıcak veya soğuk gibi) ve ayrıca uyku eksikliği veya aşırı uyuma (haftasonu migreni) gibi faktörler tarafından tetiklenebilir (Gori 2005).Alert olma, gerginlik, depresif olma veya yorgunluk gibi ruh halleri ve uyku kalitesindeki değişiklikler gibi öncül semptomların migren atağında 2 gün önce ortaya çıktığı gösterilmiş ve bunlara dayanarak migrenin prodromik fazındaki hipotalamik tutulumla ilişkili olduğu hipotezi ortaya atılmıştır (Spierings 1996). Ancak migren ataklarının rapor edilmiş uyku bozulmalarının majör sebebi olup olmadığı veya zaten var olan uyku bozukluklarının migren ataklarını tetikleyip tetiklemediği veya migrenle uyku problemlerini bağlayan paralel (ama nedensel olmayan) intrinsik patofizyolojik mekanizmaların olup olmadığına dair yeterli bilgi mevcut değildir (Dodick 2003, Sahota 1990). Önemli bir derleme makalesinde bir migren tetikleyicisi olarak uykunun öneminin henüz kesin olarak belirlenmemiş olduğu söylenmiştir (Holzhammer 2006).

Semptomatik migren ilaçlarının aşırı kullanımının migren hastalarında uyku paternini ktleŐtirebildiĐi ve yanlış kullanılan ilaçların geri çekilmesiyle birlikte, ilişkili uyku bozukluğunun hafifletilebildiği belgelenmiŐtir (Hering-Hanit 2000).



Tablo 7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlaması (Buysse 1989)

Bileşen 1: Öznel Uyku Kalitesi, soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.

Bileşen 2: Uyku Latansı, soru 2 ve 5a'nın puanlaması ile elde edilir.

| Soru 2 ve 5a'nın toplamı | Bileşen Puanı |
|--------------------------|---------------|
| 0 | 0 |
| 1-2 | 1 |
| 3-4 | 2 |
| 5-6 | 3 |

Bileşen 3: Uyku Süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir.

Bileşen 4: Alışılmış Uyku Etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır. Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

Alışılmış Uyku Etkinliği (%)
= $\frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi} \times 100}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}}$

| Alışılmış Uyku Etkinliği | Bileşen 4 puanı |
|-----------------------------------|-----------------|
| Uyku etkinliği \geq %85 | 0 |
| %75 \leq Uyku etkinliği $<$ %84 | 1 |
| %65 \leq Uyku etkinliği $<$ %74 | 2 |
| Uyku etkinliği $<$ %65 | 3 |

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 4 elde edilir.

Bileşen 5: Uyku Bozukluğu soru 5b-j'nin hesaplanması ile elde edilir. Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j sorulara ait skor toplamı aşağıdaki gibi hesaplanır.

| Soru 5b-5j toplamı | Bileşen 5 puanı |
|--------------------|-----------------|
| 0 | 0 |
| 1-9 | 1 |
| 10-18 | 2 |
| 19-21 | 3 |

Bu değerlendirme sonucu bileşen 5 puanı elde edilir.

Bileşen 6: Uyku İlacı Kullanımı soru 7'nin puanlaması ile elde edilir.

Bileşen 7: Gündüz İşlev Bozukluğu soru 8 ve 9'un puanlaması ile elde edilir.

| Soru 8 ve 9 toplamı | Bileşen 7 puanı |
|---------------------|-----------------|
| 0 | 0 |
| 1-2 | 1 |
| 3-4 | 2 |
| 5-6 | 3 |

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 7 puanı elde edilir.

Tüm bu bileşenlerin puanları toplanarak PUKİ puanı elde edilir.

Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) PsychiatryRes. 1989 May;28(2):193-213

3. YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1 Örneklem

Çalışma NEÜ Meram Tıp Fakültesi Nöroloji A.D. Polikliniğinde Mayıs – Ekim 2017 tarihleri arasında yapıldı. Hasta grubunu 80 primer başağrısı (migren, gerilim tipi başağrısı, küme tipi başağrısı) olan bireylerin oluşturdu. Uluslararası Başağrısı Derneği 2004 (IHS 2004) sınıflamasına göre tanıları konulan, son üç ay içinde herhangi bir nörolojik ve psikiyatrik tedavi almamış olan 18- 65 yaş aralığındaki hastaların değerlendirmesini takiben klinisyen tarafından hasta ile ilgili sosyodemografik veri formu dolduruldu. Kontrol grubu olarak 45 birey araştırmaya alındı. Kontrol grubunu 18 – 65 yaş arasında herhangi bir nörolojik, psikiyatrik ve bedensel hastalık tanısı olmayan bireyler oluşturdu. Çalışmaya katılan bireylere mizaç değerlendirmesi açısından TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa and San Diego Autoquestionnaire), anksiyete ve depresyon değerlendirmesi için Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDI) ve uyku kalitesiyle ilişkili olarak yaygın olarak kullanılmakta olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi testleri kullanıldı.

Katılımcılar için çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri aşağıda yer almaktadır:

Hasta Grubu için Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 18 - 65 yaş arasında olması
2. Okuma ve yazma becerisini kazanmış olması,
3. IHS 2004 tanı kriterlerine göre migren, gerilim tipi başağrısı, küme tipi başağrısı tanılarında birisini karşılıyor olması,
4. Çalışmaya katılım için sözlü ve yazılı onam alınmış olması.

Hasta Grubu için Araştırma Dışlama Kriterleri:

1. Kronik bir bedensel, psikiyatrik veya nörolojik hastalığının olması, (Ör: Diabetes Mellitus, Kronik Böbrek Yetmezliği, Hipertansiyon, Tiroid fonksiyon bozukluğu, Epilepsi, Serebral Palsi vb.)
2. Çalışmaya alınma tarihinden önceki en az 3 aylık sürede herhangi bir nörolojik veya psikotrop ilaç kullanmış olması,
3. Mental kapasitenin klinik olarak normal sınırlarda olmaması.
4. Dahil etme kriteri olarak bulunan tanının alkol ya da herhangi bir madde kullanımına ya da yoksunluğuna bağlı olarak gelişmiş olması
5. Gece mesaisi olması

6. Dahil etme kriteri olarak bulunan tanının alkol ya da herhangi bir madde kullanımına ya da yoksunluğuna bağlı olarak gelişmiş olması

Kontrol Grubu için Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. Okuma ve yazma becerisini kazanmış olması,
3. IHS 2004'e göre herhangi bir primer başağrısı tanısı almaması,
4. Çalışmaya katılım için sözlü ve yazılı onam alınması.
5. Gece mesaisi olmaması

Kontrol Grubu için Araştırma Dışlama Kriterleri:

1. Kronik bir bedensel, psikiyatrik veya nörolojik hastalığının olması, (r: Diabetes Mellitus, Kronik Böbrek Yetmezliği, Hipertansiyon, Epilepsi, Serebral Palsi vb.)
2. Mental kapasitenin klinik olarak normal sınırlarda olmaması.

3.2 Yöntem

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniklerine başvuran ve çalışma için gerekli dahil olma ve dışlama kriterlerini karşılayan bireylere ilgili sözlü ve yazılı olarak bilgi verildi ve gönüllü olan bireylerden imzalı onam formu alınarak bu çalışmanın bir tıpta uzmanlık tez çalışması olduğu ve kimlik bilgilerinin paylaşılmayacağı bildirildi. Katılımcılara kendilerinin dolduracağı temps-a mizaç leği, pittsburgh uyku kalitesi indeksi, beck anksiyete leği ve beck depresyon leği uygulandı. Ayrıca tüm katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan bir sosyodemografik veri formuna klinisyen tarafından kaydedildi.

3.3 Veri Toplama Araçları

3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu:

Araştırmacılar tarafından geliştirilen form aracılığı ile katılımcının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, aile yapısı, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler ve ailede nörolojik ve psikiyatrik hastalık gibi klinik özellikler belirlenmiştir.

3.3.2 TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği:

Akiskal tarafından geliştirilmiş (1989), depresif, siklotimik, hipertimik, sınırlı (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizacı belirlemek üzere 100 maddeden oluşturulmuştur. Kişi maddeleri tüm yaşamını göz önünde tutarak evet ya da hayır olarak cevaplandırır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

3.3.3 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):

Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 da geliştirilmiştir. Bireyin uyku kalitesini, miktarını, uyku bozukluğunun varlığını ve şiddetini değerlendirmemizi sağlamaktadır. İndeksin geçerlilik ve güvenirliği Ağargün ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır ve Türk toplumuna uygunluğu saptanmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır. PUKİ, son bir ay süresindeki uyku kalitesini değerlendirmektedir. İndeks toplam 19 sorudan ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Puanlamaya 18 madde ve 7 bileşen katılır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 7 bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir, toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKİ puanının ≤ 5 olması “iyi uyku”yu, >5 olması ise “kötü uyku”yu göstermektedir.

3.3.4 Beck Depresyon Ölçeği:

Beck Depresyon Ölçeği (BDI), Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1978 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. Türkçe'ye uyarlaması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir.

3.3.5 Beck Anksiyete Ölçeği:

Beck Anksiyete Ölçeği; (BAI) Bu çalışmada, BAE de anksiyete ve depresyon gruplarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. BAE, Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir.

3.4 Uygulama

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniklerine çalışma Ocak 2017 ile Eylül 2017 tarihleri arasında başvuran ve araştırma için dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan bireylere sözlü ve yazılı bilgi verilmiştir. Belirtilen anketlerdeki soruları güncel ruh hallerine ve klinik durumlarına göre değerlendirerek cevap vermeleri gerektiği bildirildi.

3.5 Etik

Araştırma uygulanmasına başlanmadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihazı Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay alındı. Araştırmanın örnekleme alınan bireylere, değerlendirme ölçekleri uygulanmadan önce araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak anlatılmış ardından yazılı onamları alındı. Çalışma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'nden herhangi bir maddi destek alınmadı.

3.6 Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Mac version 24(SPSS Inc. Chicago, IL, USA) yazılım programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler için ortalama (ort) ve standart sapma (SS) değerleri sunuldu. Homojenite değerlendirilmesi Levene testine göre yapıldı ve $p > 0,05$ homojen olarak değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov normalite testi ile değerlendirildi ve $p > 0,05$ normal dağılım olarak kabul edildi. Gruplar arasında ortalama değerler yönünden farkın önemliliği Independent-t testi ile değerlendirildi. Nominal değişkenler Pearson'un Ki-Kare veya Fisher'in Ki-kare testi ile incelendi. Korelasyon analizi parametrik değerler için Pearson, nonparametrik değerler için ise Spearman testine göre değerlendirildi. İstatiksel açıdan p değerinin 0,05'den küçük olması anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 80 hasta (%64), 45 sağlıklı kontrol (%36) dahil edildi. Primer baş ağrısı tanısı konulan hasta grubunda gerilim tipi baş ağrısı tanısı konulan 44 (%55), migren tipi baş ağrısı tanısı konulan 33 (%41.2), küme tipi baş ağrısı tanısı konulan 3(%3.8) kişi mevcuttu (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta Grubunda Baş Ağrısı Tiplerinin Dağılımı

| | | n | % |
|---------------------------|---------|----|------|
| Baş ağrısı tipleri | Gerilim | 44 | 55,0 |
| | Migren | 33 | 41,2 |
| | Küme | 3 | 3,8 |

n: Olgu Sayısı

#: Olgu Yüzdesi

Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 34.57 ± 7.18 , primer baş ağrısı tanısı konulan bireylerin yaş ortalaması 38.29 ± 12.77 idi. İki grup arasında yaş ortalaması değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmedi. Hasta ve kontrol grubunun sahip oldukları çocuk sayısı karşılaştırıldığında sağlıklı grup çocuk sayısı ortalama 1.4 ± 1.07 , primer baş ağrısı tanısı konulan grupta ise 1.71 ± 1.45 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta ve Kontrol Gruplarında Yaş ve Çocuk Sayısı Dağılımı

| Gruplar | Değişkenler | Mean \pm SD | p |
|--------------------------|--------------|-------------------|-------|
| Primer Baş Ağrısı | Yaş | $34,57 \pm 7,81$ | 0,081 |
| Kontrol | | $38,29 \pm 12,77$ | |
| Primer Baş Ağrısı | Çocuk sayısı | $1,40 \pm 1,074$ | 0,987 |
| Kontrol | | $1,71 \pm 1,425$ | |

Mean/SD: Ortalama ve Standart Sapma

$p < 0,05$

Sağlıklı kontrol grubunun cinsiyet dağılımı 18 erkek (%40), 27 kadın (%60) şeklindeydi. Primer baş ağrısı olan hasta grubunda cinsiyet dağılımı 33 erkek (%41.25) 47 kadın (%58.8) şeklindeydi. Primer baş ağrısı tanısı olan hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında yaş ve çocuk sayısı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta ve Kontrol Gruplarında Cinsiyet Dağılımı

| Gruplar | Cinsiyet | n / % | p |
|--------------------------------|----------|------------|-------|
| Primer Baş Ağrısı Grubu | Erkek | 33(%41.25) | 0,453 |
| | Kadın | 47(%58.8) | |
| Kontrol Grubu | Erkek | 18(%40) | |
| | Kadın | 27(%60) | |

n: Olgu Sayısı %: Olgü Yüzdesi

p<0,05

Medeni durum açısından primer baş ağrısı olan hastalar ve olmayan kontrol grubu karşılaştırıldığında; primer baş ağrısı grubunda 10 (%22,2) bekar, 26 (%57.8) evli, 9 boşanmış birey yer aldı. Kontrol grubunda 23 (%28.8) bekar, 49 (%61,2) evli, 8 (%10) boşanmış birey yer aldı. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo 11).

Tablo 11. Hasta ve Kontrol Gruplarında Medeni Durum Açısından Dağılım

| Gruplar | Medeni Durum | N | % | p |
|--------------------------|--------------|----|-------|-------|
| Primer Baş Ağrısı | Bekar | 10 | 22,2% | 0.765 |
| | Evli | 26 | 57,8% | |
| | Boşanmış | 9 | 20,0% | |
| Kontrol | Bekar | 23 | 28,8% | |
| | Evli | 49 | 61,2% | |
| | Boşanmış | 8 | 10,0% | |

n: Olgu Sayısı %: Olgü Yüzdesi

p<0,05

Sağlıklı kontrol grubununun eğitim düzeyi incelendiğinde; okuryazar sayısı 0, ilkokul mezunu sayısı 0, ortaokul mezunu 11 (% 24.4), lise mezunu 12 (% 26.7), üniversite mezunu 22 (%48,9) birey yer aldı. Primer Baş ağrısı olan grupta ise okuryazar sayısı 8 (%10), ilkokul mezunu 4 (%5), ortaokul mezunu 9 (%11,2), lise mezunu 28 (%35), üniversite mezunu sayısı 32 (%38.8) idi. Her iki grup arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulundu. Özellikle primer baş ağrısı grubunda yüksek öğrenim düzeyinin daha az olduğu gözlemlendi.(Tablo 12).

Tablo 12. Hasta ve Kontrol Gruplarında Eğitim Düzeyi Açısından Dağılım

| Gruplar | Eğitim Düzeyi | n | % | p |
|--------------------------|---------------|----|-------|-------|
| Kontrol | Okuryazar | 0 | 0,0% | 0,027 |
| | İlkokul | 0 | 0,0% | |
| | Ortaokul | 11 | 24,4% | |
| | Lise | 12 | 26,7% | |
| | Üniversite | 22 | 48,9% | |
| Primer Baş ağrısı | Okuryazar | 8 | 10,0% | |
| | İlkokul | 4 | 5,0% | |
| | Ortaokul | 9 | 11,2% | |
| | Lise | 28 | 35,0% | |
| | Üniversite | 31 | 38,8% | |

n: Olgu Sayısı %: Olgu Yüzdesi

p<0,05

PUKİ toplam puanı kontrol grubunda ortalama $4,84 \pm 4,66$ iken primer baş ağrısı olan grupta $6,09 \pm 3,71$ bulundu. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanı ortalama değeri primer baş ağrısı grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,07$)

PUKİ toplam puanı primer baş ağrısı olan grupta $41(51,7\%)$ hastada anlamsız olarak saptanırken $39(48,8\%)$ hastada, kontrol grubunda $30(66,7\%)$ kişide anlamsız $15(33,3\%)$ kişide ise anlamlı olarak saptandı. PUKİ toplam puanı anlamlı (>5) ve anlamlı olmayan (≤ 5) bireylerin oranı primer baş ağrısı ve kontrol grubu için karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark saptandı (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta ve Kontrol Gruplarında PUKİ Toplam Anlamlılık Oranları

| Gruplar | PUKİ Toplam Anlamlılık | | p |
|-------------------|------------------------|--------------|-------|
| | Anlamlı Olmayan | Anlamlı Olan | |
| Kontrol | 30 (%66,7) | 15(%33,3) | 0.039 |
| Primer Baş Ağrısı | 41(%51.2) | 39 (%48.8) | |

p<0,05

Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı sağlıklı ve primer baş ağrısı olan gruplar arasında karşılaştırıldığında sağlıklı grupta ortalama 7.22±6.85 iken primer baş ağrısı olan hasta grubunda ortalama 12.79±11.54 idi. Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanlarının ortalaması primer baş ağrısı olan hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 13).

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı sağlıklı grupta ortalama 5,44 ±4,36 iken primer baş ağrısı grubunda ortalama 9.41±6.30 idi. Primer baş ağrısı olan grubun Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarının ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. Hasta ve Kontrol Gruplarında Beck Anksiyete ve Depresyon Toplam Puanları

| | Grup | Mean | P |
|----------------------------|---------|-------------|-------|
| Beck Anksiyete Toplam Puan | Kontrol | 7,22±6,85 | 0.000 |
| | Hasta | 12,79±11,54 | |
| Beck Depresyon Toplam Puan | Kontrol | 5,44±4.36 | 0,000 |
| | Hasta | 9,41±6.30 | |

M: Ortalama

p<0,05

Tablo 15. Hasta ve Kontrol Gruplarında Beck depresyon düzeyinin karşılaştırılması

| | Beck Depresyon Düzeyi | | | p |
|-------------------|-----------------------|-----------|---------|-------|
| | Normal | Hafif | Orta | |
| Kontrol | 40(%88) | 5(%11,1) | 0(%0) | 0,001 |
| Primer Baş Ağrısı | 53(66,2) | 15(%18,8) | 12(%15) | |

p<0,05

Beck depresyon düzeyi incelendiğinde kontrol grubunda normal değerlerde 40(%88) Hafif düzeyde depresyon 5(%11,1) orta düzeyde depresyon 0(%0) iken Primer baş ağrısı

grubunda normal değerlerde 53(66,2)Hafif düzeyde depresyon 15(%18,8)orta düzeyde depresyon 12(%15) idi depresyon düzeyinin primer baş ağrısı grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlemlendi. $P<0.05$ (tablo 15).

TEMPS-A toplam puanları mizaç özelliklerine göre incelendiğinde ;

Primer baş ağrısı grubunda TEMPS-A toplam “depresif” puan ortalaması ($5,30\pm 4,28$) sağlıklı kontrol grubununkinden ($4,00\pm 3,65$) istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.018$, Tablo 16)

Primer baş ağrısı grubunda TEMPS-A toplam “irritable” puan ortalaması ($4,19\pm 4,03$) sağlıklı kontrol grubununkinden ($2,53\pm 2,71$) istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.023$, Tablo 16)

Primer baş ağrısı grubunda TEMPS-A toplam “siklotimik” puan ortalaması ($5,18\pm 3,55$) sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ($3,16\pm 3,16$) istatistiksel anlamlı düzeyde fark gözlenmedi ($p=0.023$, Tablo 16)

TEMPS-A toplam “hipertimik puan” ortalaması sağlıklı kontrol gurubunda $5,91\pm 2,99$ iken iken primer baş ağrısı grubunda $4,46\pm 3,44$ idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0.102$, Tablo 16).

Primer baş ağrısı grubunda TEMPS-A toplam “anksiyöz” puan ortalaması ($7,14\pm 4,55$) sağlıklı kontrol grubununkinden ($4,36\pm 4,69$) istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.002$, Tablo 16).

16 Tablo. TEMPS Toplam Puanlarının Hasta ve Kontrol Gruplarında Dağılımı

| TEMPS-A Toplam Puan | Grup | Mean±SD | p |
|---------------------|---------|----------------|-------|
| TEMPS-A Depresif | Kontrol | $4,00\pm 3,65$ | 0.018 |
| | Hasta | $5,30\pm 4,28$ | |
| TEMPS-A İrritable | Kontrol | $2,53\pm 2,71$ | 0.023 |
| | Hasta | $4,19\pm 4,03$ | |
| TEMPS-A Siklotimik | Kontrol | $3,16\pm 3,16$ | 0.151 |
| | Hasta | $5,18\pm 3,55$ | |
| TEMPS-A Hipertimik | Kontrol | $5,91\pm 2,99$ | 0.102 |
| | Hasta | $4,46\pm 3,44$ | |
| TEMPS-A Anksiyöz | Kontrol | $4,36\pm 4,69$ | 0.002 |
| | Hasta | $7,14\pm 4,55$ | |

Mean/SD: Ortalama / Standart Sapma, $p<0,05$

Her iki grup TEMPS-A mizaç özellikleri bakımından gruplandırıldığında sağlıklı kontrol grubunda uyumsuz mizaç 32 (%71.1) depresif mizaç 4(%8.9) siklotimik mizaç 1(%2.2) hipertimik mizaç 1(%2.2) irritable mizaç 2(%4.4) anksiyöz mizaç 5(%11.1) olarak dağılım gösterdi.

Primer baş ağrısı grubunda uyumsuz mizaç 41(%51.2) depresif mizaç 12 (%15) siklotimik mizaç 4 (%5) hipertimik mizaç 3 (%3.8) irritable mizaç 8 (%10) anksiyöz mizaç 11(%13.8) irritable ve anksiyöz mizaç 1 (%1.2) olarak dağılım gösterdi. Her iki grup arasında mizaç özellikleri bakımından istatistiksel anlamlı fark mevcuttu (Tablo 17).

Tablo 17. Hasta ve Kontrol Gruplarında Mizaç Özellikleri Açısından Dağılım

| | Uyumsuz | Depresif Mizaç | Siklotimik Mizaç | Hipertimik Mizaç | İrritable Mizaç | Anksiyöz Mizaç | İrritable +Anksiyöz Mizaç | P |
|--------------------------|------------|----------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|---------------------------|-------|
| Sağlıklı Kontrol | 32 (%71.1) | 4(%8.9) | 1(%2.2) | 1(%2.2) | 2(%4.4) | 5(%11.1) | 0(%0) | 0.002 |
| Primer Baş Ağrısı | 41(%51.2) | 12 (%15) | 4 (%5) | 3(%3.8) | 8 (%10) | 11(%13.8) | 1 (%1.2) | |

p<0,05

PUKİ anlamsız ve anlamlı çıkan kişiler arası mizaç grupları karşılaştırıldığında PUKİ anlamsız grupta uyumsuz olan 50(%70,4) depresif mizaç 7(%9.9) siklotimik mizaç 3(%4.2) hipertimik mizaç 1(%1,4) anksiyöz mizaç irritable mizaç 4(%5,6) anksiyöz mizaç 6(%8.5) irritable ve anksiyöz özellikleri taşıyan 0(%0) PUKİ anlamlı olan kişilerde uyumsuz mizaç özellikleri taşıyan 23(%42.6) depresif mizaç 9 (%16.7) siklotimik mizaç 2(%3.7) hipertimik mizaç 3(%5.6) anksiyöz mizaç 10(%18.5) irritable mizaç 6 (%11.1) anksiyöz mizaç 10(%18.5) irritable ve anksiyöz özellikleri taşıyan 1 (%1.9) kişi idi her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi (tablo 18).

Tablo 18.PUKİ anlamlılık düzeyi ile mizaç özelliklerinin karşılaştırılması

| | Uyumsuz | Depresif Mizaç | Siklotimik Mizaç | Hipertimik Mizaç | İrritable Mizaç | Anksiyöz Mizaç | İrritable +Anksiyöz Mizaç | p |
|----------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------|
| Puki Anlamsız | 50(%70,4) | 7(%9.9) | 3(%4.2) | 1(%1,4) | 4(%5,6) | 6(%8.5) | 0(%0) | 0.001 |
| Puki Anlamlı | 23(%42.6) | 9(%16.7) | 2(%3.7) | 3(%5.6) | 6(%11.1) | 10(%18.5) | 1(%1.9) | |

p<0,05

5. TARTIŞMA

İki grubu sosyodemografik açıdan değerlendirdiğimizde yaş, sahip oldukları sağlıklı çocuk sayısı, cinsiyet ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. İki grubun sosyodemografik özelliklerinin benzer olması aralarında sağlıklı karşılaştırma yapılmasına olanak sağlamıştır.

Primer baş ağrısı olan hastalar normal popülasyona göre depresyon ve anksiyete semptomlarını daha yoğun biçimde yaşamaktadır. Primer baş ağrıları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki yüz yıldan uzun bir süredir bilinen bir durumdur (Gentili 2005). Muhtemelen ilk kez Living(1895) kronik baş ağrısı olan hastalarda depresif duygudurum, irritabilite, anksiyete, bellek ve dikkat değişikliklerini tanımlamış, 1937'de ise Wolff kronik migrenli hastalarda anksiyöz ve depresif kişilik özelliklerinin daha sık rastlandığını bildirmiştir.

Birçok çalışmada migren ve gerilim tipi baş ağrısı başta olmak üzere primer baş ağrılarının anksiyete ve/veya depresyonla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir(Minen 2016, Sun 2017, Bellini 2013, Cahill 2005, Wang 2007). Minen ve ark.'nın (2016) yaptıkları bir çalışmada, mood ve anksiyete bozukluklarına genel popülasyona göre migren hastalarında 2-10 kat daha sık rastlanmıştır (Minen 2016). Gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili yapılmış bir çalışmada konulan psikiyatrik tanı sıklığı şöyle sıralanmıştır: Ağrı Bozukluğu %30.4, majör depresif bozukluk %28.9, somatizasyon bozukluğu %13.5, yaygın anksiyete bozukluğu %9.5 ve distimik bozukluk %4.7 (Aslan 2002). Stam ve ark.'nın (2010) yaptıkları bir çalışmaya göre anksiyete ve mood (duygudurum) bozuklukları hem genel popülasyonda hem de baş ağrısı hastalarında fazlaca görülmektedir (Stam 2010).Anksiyetenin temel belirteci aşırı derecede kaygılanma iken, depresyonda enerji ve motivasyon eksikliği, üzüntü mevcuttur. Her iki hastalık da önemli fiziksel semptomlarla karşımıza çıkar. Anksiyetede; sinirlilik, konsantrasyon problemleri ve ajitasyon siktir, buna karşılık depresyonda; yorgunluk, konsantrasyon, uyku ve iştah değişikliği de diyagnostik tanımlama kavramı içerisinde değerlendirilmektedir (American Psychiatric Association DSM-5 2013).

Benzer şekilde kendi kesitsel çalışmamızda da primer baş ağrısı tanısı almış hastalarda Beck anksiyete ve depresyon ölçeği puanlarının kontrol grubuna göre belirgin anlamlı düzeyde artmış olduğu gözlenmiştir.

Migren hastalarına özgü kişilik özellikleri fikri kliniklere başvuran hastaların oldukça belirgin ortak kişilik özelliklerinin gözlemlenmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan

araştırmalar bazı spesifik kişilik özelliklerinin çeşitli ağrı biçimleri ve özellikle baş ağrısıyla ilişkili olduğuna dair güçlü veriler ortaya koymuşlardır (Wolff 1937). Wolff bu konuyla ilgili ilk geniş kapsamlı açıklamaları yaparak migren hastalarının mkemmelliyei, katı, düzenli, hırslı, rekabetçi özelliklerini tanımlamıştır(Wolff 1937). Migrenlilerde paranoid ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur .Sağlıklı kişilere göre migren hastalarının daha yüksek düzeylerde zarardan kaçınma (bireyin pesimistik kaygılar veya cezalandırmadan kaçınmak amacıyla davranışlarını bastırma eğilimi) davranışı sergilediği ortaya konmuştur(Snchez-Romn 2007). Dahası, migren hastaları migreni olmayan kronik ağrı hastalarına kıyasla zarardan kaçınma boyutunda daha yüksek puanlar elde etmiştir ki bu da yazarlara migren ağrısının tipinin önceden tahmin edilemeyen doğası ile ilişkili olduğunu dşndrtmştr. Mizaç ve karakter özelliklerinin değişimi bazı kronik ağrı alt tiplerinde de gösterilmiştir. Kronik gerilim tipi baş ağrısı hastaları da benzer Şekilde daha fazla zarardan kaçınma eğilimi sergilemektedir ve ek olarak bu hastalarda sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında daha az düzeyde öz yönlendirme tespit edilmiştir (Boz 2007). Gerilim tipi baş ağrısı olan ve komorbid psikiyatrik bozukluklara sahip hastalar sıklıkla afektif mizaç disregülasyonu ve suicidal davranışlar sergilemektedirler (Serafini 2012).Hastalarımız mizaç özelliklerine göre incelendiğinde toplam depresif, iritabl ve anksiyöz puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlendi. Siklotimik ve hipertimik mizaç açısından gruplar arasında fark gözlenmedi.

Anksiyete ve mood bozuklukları migrenin prognozu ve tedavisini etkileyebilmektedir(De Angeli 2014). Psikiyatrik komorbiditelerin epizodik migrenden kronik migrene progresyon için risk faktörleri olduğu da gösterilmiştir (Minen 2016).Migrenli hastalarda depresyon diğer psikiyatrik komorbiditeler arasında kronik migrene dönüşüm açısından en önemli risk faktörü olarak görülmektedir (Martins 2015). Depresyon semptomlarının yoğunluğu arttıkça baş ağrısının kronikleşme riski de artmaktadır. Depresyonun düzelmesiyle baş ağrısı ataklarının seyrekleşmesi arasında ilişki görülmemiş ancak baş ağrısı sıklığının azaltılmasıyla depresyon-anksiyete semptomlarının gerilediği gösterilmiştir(Martins 2015).özelleşmiş polikliniklerde komorbid hastalıklarla ilgili semptomlar çoğu kez göz ardı edilmektedir. Oysa tedavi ve prognoz açısından bu hastalıkların belirlenmesi büyük önem taşır.

Primer baş ağrılılarıyla ilişkili önemli bir diğer komorbidite de uyku bozukluklarıdır. Migren, gerilim tipi baş ağrısı ve küme baş ağrısı olan hastalar sıklıkla uyku bozukluğundan yakınırlar. Ek olarak uyku bozukluklarının da baş ağrısı sıklığını etkilediği

düşünülmektedir(Lund 2014).Primer baş ağrısı grubunda uyku sorunları görülme oranının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır(Lund 2014, Isik 2007, Jiyoung 2017, Isabel 2015, Gori 2005).

Uyku ve uyku bozuklukları bakımından toplanmış pek çok veride bir ilişki ortaya koymaya çalışılmıştır fakat bu ilişkinin nedenselliği ve etkileri netleştirilmemiştir. Migrenle ilişkili olarak, dinlenme ve uyku genellikle beraberinde bir rahatlama getirmektedir ve bu nedenle tedavi stratejilerinde de bu yaklaşıma değinilmiştir ancak diğer yandan, migren episotları uyku paterni değişikliklerini de içerecek şekilde emosyonel stres, hipoglisemi, duyuusal uyarımlar (aşırı gürültü, parlak ışık, sıcak veya soğuk gibi) ve ayrıca uyku eksikliği veya aşırı uyuma (haftasonu migreni) gibi faktörler tarafından tetiklenebilir (Gori 2005).

Spierings ve ark.(1996)nın yaptığı bir çalışmada, alert olma, gerginlik, depresif olma veya yorgunluk gibi ruh halleri ve uyku kalitesindeki değişiklikler gibi öncül semptomların migren atağından iki gün önce ortaya çıktığı gösterilmiş ve bunlara dayanarak migrenin prodromik fazındaki hipotalamik tutulumla ilişkili olduğu hipotezi ortaya atılmıştır (Spierings 1996). Ancak migren ataklarının rapor edilmiş uyku bozulmalarının majör sebebi olup olmadığı veya zaten var olan uyku bozukluklarının migren ataklarını tetikleyip tetiklemediği veya migrenle uyku problemlerini bağlayan paralel (ama nedensel olmayan) intrinsik patofizyolojik mekanizmaların olup olmadığına dair yeterli bilgi mevcut değildir (Dodick 2003, Sahota 1990). Çalışmamızda da primer baş ağrısı grubunda uyku bozukluğu olan hasta oranı sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Primer baş ağrısı hastalarında,primer baş ağrıyla anksiyete depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar ilişkili olduğundan dolayı bu noktada nöroloji ve psikiyatrinin ekip çalışması yapmasının önemi bir kez daha hatırlanmalıdır. Örneklem sayısının düşük olması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapıyor olması çalışmamızın kısıtlılı noktalarıdır. Daha büyük örneklerle sonuçların desteklenmesi elde edilecek verilerin geçerlik ve çeşitliliğini arttıracaktır.

6. SONUÇ

Bu çalışmada primer başağrısı tanısı olan bireylerin ve kontrol grubuna dahil edilen benzer sosyokültürel düzeydeki yerel halkın, anksiyete bozuklukları, depresyon ve mizaç profilleri açısından hasta grupları ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılarak ve genel geçerliliği ulusal olarak kabul edilmiş ölçekler kullanılarak farklılık taşıyıp taşımadığını ortaya koymak için yapılmıştır. Ayrıca yürüttüğümüz çalışma özellikle uyku kalitesi ve mizaç profillerinin primer başağrısı olan ve sağlıklı olan gruplar arasında değerlendirilmesini, amaçlayarak tasarlanmıştır.

Çalışma sonucunda primer başağrısı tanısı olan hasta grubu ile kontrol mizaç grubu karşılaştırıldığında gruplar arasında anksiyete ve depresyon ölçeklerinde primer başağrısı olan hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik bulunmuştur. Mizaç profilleri açısından karşılaştırıldığında depresif, anksiyöz, irrtibal mizaç özellikleri primer başağrısı tanısı konan olan hasta grubunda daha yüksektir. Ayrıca pıttsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilen hasta ve sağlıklı bireyler arasında primer baş ağrısı olan olan olgularda anlamlı düzeyde uyku kalitesinin bozuk olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak mizaç profillerinin, anksiyete ve depresyonun uyku kalitesi ile ilişkisi ve primer başağrısı alt gruplarında kendi içinde karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca primer baş ağrılarının hem uyku kalitesini bozduğu hem de uyku bozukluklarının primer baş ağrılarının hekime başvurularını arttırdığı yönünde iki yönlü önermeyi doğrulayarak, bu konudaki bilgilere katkı sağlaması açısından literatüre önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın içinde literatür açısından birçok ilki barındıran bir araştırma olduğu düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abbate-Daga, Giovanni, et al. Anger depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2007;76(2): 122-128.
- Adelman LC, Adelman JU, Von Seggern R, Mannix LK. Venlafaxine extended re-lease (XR) for the prophylaxis of migraine and tension-type headache: A retrospective study in a clinical setting. *Headache*. 2000;40(7):572-80.
- Afridi SK, Matharu MS, Lee L, Kaube H, Friston KJ, Frackowiak RS, Goadsby PJ. A PET study exploring the laterality of brainstem activation in migraine using glyceryl trinitrate. *Brain* 2005; 128:932-9.
- Agargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7: 107-15.
- Akiskal, Hagop S.; Hirschfeld, Robert Ma; Yerevanian, Boghos I. The relationship of personality to affective disorders: a critical review. *Archives of general psychiatry*, 1983, 40.7: 801-810.
- Akiskal HS., Akiskal KK., Haykal RF. Progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord* 2005;85:3–16
- American Academy Of Sleep Medicine, International classification of sleep disorders. *Diagnostic and coding manual* 2005;148-152.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub 2013.
- Andersson JL, Muhr C, Lilja A, Valind S, Lundberg PO, Långström B. Regional cerebral blood flow and oxygen metabolism during migraine with and without aura. *Cephalalgia* 1997;17(5): 570-9.
- Ashina S, Bendtsen L, Jensen R. Analgesic effect of amitriptyline in chronic tension-type headache is not directly related to serotonin reuptake inhibition. *Pain*. 2004;108(1-2):108-14.
- Ashkenazi A, Silberstein SD. Headache management for the pain specialist. *Reg Anesth Pain Med*. 2004;29(5):462-75.

- Aslan S, Nazlıel B. Gerilim tipi baş ağrısında anksiyete, depresyon düzeyleri ve tanısal değerlendirme. *Yeni Symposium* 2002;40(1):10-4
- Barthlen, Gabriele M. Sleep disorders. *Geriatrics* 2002;57:11.
- Bassetti, Claudio, et al. The future of sleep research and sleep medicine in Europe: a need for academic multidisciplinary sleep centres. *European Sleep Research Society 40th Anniversary of the ESRS*, 2012;7-8.
- Beck, Aaron T., Steer, Robert A., Brown, Gregory K. Beck depression inventory-II. San Antonio 1996;78(2): 490-8.
- Bendtsen L, Jensen R. Tension-type headache: the most common, but also the most neglected, headache disorder. *Curr Opin Neurol*. 2006;19(3):305-9
- Bellini, B., Arruda, M., Cescut, A., Saulle, C., Persico, A., Carotenuto, M., ... & Tozzi, E. (2013). Headache and comorbidity in children and adolescents. *The journal of headache and pain*, 14(1), 79.
- Boardman, Helen F., et al. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache. *The Journal of Head and Face Pain* 2005;45(6): 657-669.
- Bogaards MC, ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *Clin J Pain*. 1994;10(3):174-90.
- Bolay H, Moskowitz MA. The emerging importance of cortical spreading depression in migraine headache. *Rev Neurol (Paris)* 2005; 161(6-7): 655
- Bolay H, Reuter U, Dunn A, Huang Z, Boas D, Moskowitz. Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. *Nature Medicine* 2002; 8: 136-14
- Boran E, Bolay H. Pathophysiology of Migraine. *Archives of Neuropsychiatry* 2013; 50(1): 1-7.
- Boz, Cavit, et al. Effect of serotonergic antidepressant therapy on temperament and character scales in patients with chronic tension-type headache. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2007;61(5): 534-542.
- Buse, Dawn C., et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *Journal of neurology*, 2013; 260(8): 1960-1969.

- Buyse DJ., Reynolds CF., Monk TH. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193-213.
- Cahill CM, Cannon M. The longitudinal relationship between comorbid migraine and psychiatric disorder. *Cephalalgia* 2005; 25:1099–1100
- Cao Y, Welch KM, Aurora S, Vikingstad EM. Functional MRI-BOLD of visually triggered headache and visual change in migraine sufferers. *Arch Neurol* 1999; 56:548-54.
- Cephalalgia 2004, Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24: 9-160.
- Chuquet J, Hollender L, Nimchinsky EA Highresolution in vivo imaging of the neurovascular unit during spreading depression. *J Neurosci* 2007;27:4036-44.
- Cloninger C., Svrakic R., Dragan M., Thomas R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 1993;50(12): 975-990
- Cloninger, C. Robert. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry*, 1987;44(6): 573-588.
- Cloninger, C. Robert. Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology* 1994;4(2): 266-273.
- Coskun O. Gerilim tipi baş ağrısı ve tedavisi. *Turkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2008, 1(1):22-6.
- De Angeli, F., et al. Negative emotions in migraineurs dreams: the increased prevalence of oneiric fear and anguish, unrelated to mood disorders. *Behavioural neurology* 2014.
- De Fusco M, Marconi R, Silvestri L, Atorino L, Rampoldi L, Morgante L, et al. Haploinsufficiency of ATP1A2 encoding the Na⁺/K⁺ pump alpha2 subunit associated with familial hemiplegic migraine type 2. *Nat Genet* 2003;33(2): 192-6.
- Dersh, Jeffrey, Polatin, Peter B., Gatchel, Robert J. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine* 2002;64(5): 773-786

- Di Piero, V., et al. Aminergic Tone Correlates of Migraine and Tension-type Headache: A Study Using the Tridimensional Personality Questionnaire. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2001;41(1): 63-71.
- Diamond, Seymour. A Fresh Look at Migraine Therapy: New treatments promise improved management. *Postgraduate medicine*(2001;109(1): 49-60.
- Dodick, David W., Eross, Eric J., Parish, James M. Clinical, anatomical, and physiologic relationship between sleep and headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2003;43(3): 282-292.
- Dosi, Claudia, et al. Sleep and headache. In: *Seminars in pediatric neurology* 2015; 105-112.
- Durna, Ufuk. Stres, A ve B tipi kişilik yapısı ve bunlar arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2004;11(1): 191-206.
- Emre, Murat . *Temel Nöroloji Kitabı (2.Baskı)*, İstanbul : Güneş Tıp Kitabevi 2013.
- Engel, George L. Psychogenic pain and the pain-prone patient. *The American journal of medicine*, 1959; 26(6): 899-918.
- Engstrom, Morten, et al. Sleep-related and non-sleep-related migraine: interictal sleep quality, arousals and pain thresholds. *The journal of headache and pain* 2013;14(1): 68.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. The measurement of psychoticism: a study of factor stability and reliability. *British Journal of Clinical Psychology* 1968;7(4): 286-294.
- Fettes I. Migraine in the menopause. *Neurology* 1999;53: 29-33.
- Fortier-Brochu, Émilie, et al. Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews* 2012;16.1: 83-94.
- Frances, Allen, et al. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Association 1994.
- Francis, Leslie J., Jackson, Chris J. Which version of the Eysenck Personality Profiler is best? 6-, 12- or 20-items per scale. *Personality and Individual Differences*, 2004;37(8): 1659-1666
- Gardner-Medwin AR, van Bruggen N, Williams SR, Ahier RG. Magnetic resonance imaging of propagating waves of spreading depression in the anaesthetised rat. *J Cereb Blood Flow Metab* 1994; 14:7-11.

- Gentili C, Panicucci P, Guazelli M. Psychiatric comorbidity and chronicization in primary headache. *J Headache Pain* 2005; 6:338-340
- Goadsby PJ, Charbit AR, Andreou AP, Akerman S, Holland PR. Neurobiology of migraine. *Neuroscience*. 2009;161(2): 327-41.
- Goksel, B. Karakurum, et al. Use of complementary and alternative medicine by a sample of Turkish primary headache patients. *Agri*, 2014, 26.1: 1-7.
- Gori, Sara, et al. Sleep quality, chronotypes and preferential timing of attacks in migraine without aura. *The journal of headache and pain* 2005;6(4): 258-260.
- Guallar-Castillón, Pilar, et al. The association of major patterns of physical activity, sedentary behavior and sleep with health-related quality of life: a cohort study. *Preventive medicine* 2014;67: 248-254.
- Hadjikhani N et al. Mechanisms of migraine aura revealed by functional MRI in human visual cortex. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98: 4687-92.
- Hammill JM, Cook TM, Rosecrance JC. Effectiveness of a physical therapy re-gimen in the treatment of tension-type headache. *Headache*. 1996;36(3):149-53.
- Hauser S, Joseph , *Harrison's Neurology in Clinical Medicine*, 4th Edition 2017, McGraw- Hill Education / Medical
- Baumol, William J., Panzar, John C. and Willig, Robert D. (1982). *Contestable Markets and the Theory of Industry Structure* (2th Edition). New York: Harcourt Press.
- Hayran O, Zarifoğlu M, Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. Erdine S (ed). *Acı* 2000; 181 – 183.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24: 9-160.
- Henry GL. Headache. In: Rosen P, Barkin MR. *Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice* (4th Ed) St.Louis, Mosby-Year Book, 1998;2119-31.
- Hering-Hanit, Rachel, Yavetz A., Dagan Y. Effect of withdrawal of misused medication on sleep disturbances in migraine sufferers with chronic daily headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2000;40(10): 809-812.

- Holzhammer J., Wöber C. Non-alimentary trigger factors of migraine and tension-type headache. *Schmerz* 2006;20(3): 226-237.
- Inan, L., Soykan, C. Tulunay, F. Cankat. Mmp1 profiles of Turkish headache sufferers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1994;34(3): 152-154.
- Isabel Morgan, Francisco Eguia, Bizu Gelaye, B Lee Peterlin, Mahlet G Tadesse, Seblewengel Lemma, Yemane Berhane and Michelle A Williams. Sleep disturbances and quality of life in Sub-Saharan African migraineurs. Morgan et al. *The Journal of Headache and Pain* 2015;16:18
- Isik U, Ersu RH, Ay P, Save D, Arman AR, Karakoc F, Dagli E. Prevalence of headache and its association with sleep disorders in children. *Pediatr Neurol* 2007;36:146-151.
- Iversen HK, Langemark M, Andersson PG, Hansen PE, Olesen J. Clinical characteristics of migraine and episodic tension-type headache in relation to old and new diagnostic criteria. *Headache*. 1990;30(8):514-9.
- Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension type headache: a review of epidemiological and experimental study. *Cephalalgia* 1999; 19(6): 602-21.
- Jeong HJ, Chenu D, Johnson EE, Connor M, Vaughan CW. Sumatriptan inhibits synaptic transmission in the rat midbrain periaqueductal grey. *Mol Pain*. 2008; 4:54.
- Jiyoung Kim¹, Soo-Jin Cho², Won-Joo Kim³, Kwang Ik Yang⁴, Chang-Ho Yun⁵ and Min Kyung Chu. Insomnia in tension-type headache: a population-based study. Kim et al. *The Journal of Headache and Pain* 2017;18:95
- Johnson K, Bolay H. Neurogenic inflammatory mechanisms in migraine. In *The Headaches*, 3rd Edition Edited By: Olesen J, Goadsby P, Ramadan N, Tfelt-Hansen P, and Welch KA. Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 309-19.
- Juang, Kai-Dih, et al. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache: The journal of head and face pain*, 2000;40(10): 818-823.
- Karadaş Ö. Tension Type Headache: Evaluation of Chronic Type. *J Clin Anal Med* 2013;4(6): 522-6
- Kernich CA. Cluster headaches. *Neurologist* 2005;11:255-6.

- Lauritzen M, Olesen J. Regional cerebral blood flow during migraine attacks by Xenon-133 inhalation and emission tomography. *Brain* 1984; 107: 447-61 4.
- Le H, Tfelt-Hansen P, Russel BM, Skytthe A, Kyvik KM, Olesen J, Co-morbidity of migraine with somatic disease in a large population-based study. *Cephalalgia* 2011; 31(1) 43–64.
- Leao, A. Spreading depression of activity in the cerebral cortex. *Journal of Neurophysiology*, 1944; 7: 32.
- Leger, Damien, et al. Insomnia and accidents: cross-sectional study on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. *Journal of sleep research*, 2014;23(2): 143-152.
- Lempert T, Neuhauser H. Epidemiology of vertigo, migraine and vestibular migraine. *J Neurol* 2009; 256:333-8.
- Lund Nunu, et al. Epidemiology of concurrent headache and sleep problems in Denmark. *Cephalalgia* 2014;34(10):833-845
- Martin-Araguz A, Bustamante-Martinez C, de Petro- Pijoan JM. Treatment of chronic tension type headache with mirtazapin and amitriptyline. *Rev Neurol* 2003; 37(2): 101-5.
- Martins V, Temotio J, Murta I. Psychiatric comorbidities associated with headaches: The experience of the liaison consultation. *Acta Med Port* 2015;28(1):44-50
- Mathew NT, Schoenen J. Acute pharmacotherapy of tension type headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. Eds. *The headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000;661
- Matta AP, Moreira Filho PF. Depressive symptoms and anxiety in patients with chronic and episodic tension-type headache. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(4):991- 4.
- Mayberg, M., Langer, R.S., Iervas, N.T. & Moskowitz, MA Perivascular meningeal projections from cat trigeminal ganglia: possible pathway for vascular headaches in man. *Science* 1981; 213: 228-230
- McCleskey EW, Gold MS. Ion channels of nociception. *Annu Rev Physiol* 1999; 61:835-56.
- Melek İM, Okuyucu E, Duman T. Cluster Headache. *Türk Aile Hek Dergisi* 2006; 10(3): 117-22.

- Merikangas KR, Angst J. Migraine and psychopathology: epidemiologic and genetic aspects. *Clin Neuropharmacol.* 1992;15 (1):275-276.
- Minen Mt., Mia Tova, et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2016;0:1-9
- Miyamoto, M., et al. Headache and sleep disorders *Rinsho shinkeigaku.Clinical neurology* 2013;54(12): 991-993.
- Mollayeva, Tatyana, et al. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews* 2016;25: 52-73.
- Morgenthaler, Timothy, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep* 2006;29(11): 1415-1419.
- Obrenovitch TP, Urenjak J, Wang M. Nitric oxide formation during cortical spreading depression is critical for rapid subsequent recovery of ionic homeostasis. *J Cereb Blood Flow Metab* 2002; 22:680-8.
- Ophoff RA, Terwindt GM, Vergouwe MN, van Eijk R, Oefner PJ, Hoffman SM, et al. Familial hemiplegic migraine and episodic ataxia type-2 are caused by mutations in the Ca²⁺ channel gene CACNL1A4. *Cell* 1996;87(3): 543-52.
- Peres MF., Lerário DD., Garrido AB, Zukerman E. Primary headaches in obese patients. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63(4):931-3. (a)
- Peres MF. Melatonin, the pineal gland and their implications for headache disorders. *Cephalalgia* 2005; 25(6): 403 (b)
- Peterlin BL., Rosso AL., Rapoport AM., Scher AI. Obesity and Migraine: The Effect of Age, Gender and Adipose Tissue Distribution. *Headache* 2009; 50(1):52-62.
- Rampello L, Alvano A, Chiechio S, Malaguarnera M, Raffaele R, Vecchio I, Nicoletti F. Evaluation of the prophylactic efficacy of amitriptyline and citalopram, alone or in combination, in patients with comorbidity of depression, migraine, and tension-type headache. *Neuropsychobiology.* 2004;50(4):322-8 .
- Russell MB, Iselius L, Ostergaard S, Olesen J. Inheritance of chronic tension-type headache investigated by complex segregation analysis. *Hum Genet.* 1998;102(2):138-40.

- Russell MB, Olesen. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *Br Med J* 1995;311: 544.
- Sahota, R. K.,Dexter, J. D. Sleep and headache syndromes: a clinical review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1990;30(2): 80-84.
- Saip S. Kume Baş ağrısı ve diğer benzer seyrek görülen primer baş ağrıları. İ.Ü. Cerrahpafla Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2002;30:55-67.
- Saip S. Primer Başağrıları. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi, 2005, 42: 35-62.
- Sánchez-Román, Sofia, et al. Personality in patients with migraine evaluated with the Temperament and Character Inventory. *The journal of headache and pain* 2007;8(2): 94-104.
- Saper, Joel R.,Lake, Alvin E. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2002;42(7): 663-674.
- Scher AI, Steward WF, Lipton RB. Migraine and headache: a meta-analytic approach. In: Crombie IK, ed. *Epidemiology of Pain* 1999;159-70.
- Schreiber S, Backer MM, Pick CG. The antinociceptive effect of venlafaxine in mice is mediated through opioid and adrenergic mechanisms. *Neurosci Lett.* 1999 Oct 1;273(2):85-8.
- Serafini, G., et al. Gene variants with suicidal risk in a sample of subjects with chronic migraine and affective temperamental dysregulation. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012;16(10):1389-1398.
- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in Clinical Practice*. Second edition. ISIS Medical Media. Oxford: 1998;11-91
- Silberstein SD, Lipton RB. Overview of diagnosis and treatment of migraine. *Neurology.* 1994;44(10):6-16.
- Silberstein SD, Stiles MA, Young WB, Peres M. *Epidemiology of migraine*. Atlas of Migraine and Other Headaches. Second Edition. Taylor and Francis 2005;3:41-51.
- Sindrup SH, Jensen TS. Efficacy of pharmacological treatments of neuro-pathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. *Pain.* 1999;83(3):389-400.

- Siva A. Başağrısı Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri 2003;(1):94-7.
- Siva A. Migren İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2002;39-50
- Smits MG, Nagtegaal JE. Melatonin for cluster headache. Cephalalgia 2002; 22(8): 695.
- Spierings, Egilius LH, et al. Changes in daily hassles, mood, and sleep in the 2 days before a migraine headache. The Clinical journal of pain 1996;12(1): 38-42.
- Stam, A. H., et al. Shared genetic factors in migraine and depression Evidence from a genetic isolate. Neurology 2010;74(4): 288-294.
- Sun Hwa Lee¹, Yeonwook Kang² and Soo-Jin Cho¹: Subjective cognitive decline in patients with migraine and its relationship with depression, anxiety, and sleep quality. Lee et al. The Journal of Headache and Pain 2017;18:77
- Tamgaç, A., et al. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında kişilik örüntüsü. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2007;20: 5-15.
- Thase ME. Efficacy and tolerability of once-daily venlafaxine extended release (XR) in outpatients with major depression. The Venlafaxine XR 209 Study Group. J Clin Psychiatry. 1997;58(9):393-8.
- Tüzün, Fikret, Merih Eryavuz, and Ülkü Akarırnak, eds. Hareket sistemi hastalıkları.Nobel Tıp Kitabevleri 1997.
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anksiyete İndeksi. Psychometric properties. Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly 1996; 46:125-132.
- Üre RS. Migren Hastalarında Serum Adiponektin Düzeyleri (Uzmanlık Tezi). Ankara 2010.
- Wang SJ., Juang KD., Fuh JL., Lu SR. Psychiatric comorbidity and suicide risk in adolescents with chronic daily headache. Neurol 2007;68(18):1468–1473
- Winter AC, Berger K, Buring JE, Kurth T. Body mass index, migraine, migraine frequency and migraine features in women. Cephalalgia 2009;29(2): 269-78.
- Wolff, Harold G. Personality features and reactions of subjects with migraine. Archives of Neurology & Psychiatry 1937;37(4): 895-921.
- Yalçınkaya D., Bolay H. Primer başağrısı mekanizmaları. Clinic Medicine. Başağrısı özel sayısı. 2008: 9-13.

Yanbastı, Gülgün. Kişilik kuramları. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi1990.

Yılmaz, Dilek; Dikmen, Yurdanur; Karaman, Dilek. The Pain Management in Intensive Care Units. Recent Advances in Health Sciences2016; 43.

Yüksel ÖK. Vestibüler migren ve migren hastalarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığının ve şiddetinin incelenmesi .Yüksek Lisans Tezi.İzmir-2015.

Zarifoglu M, Siva A, Hayran O. the Turkish headache epidemiology study group. An epidemiological study of headache in Turkey: a nationwide survey. Neurology 1998; 50(4):80-5.

Zhang X, Levy D, Nosedá R, Kainz V, Jakubowski M, Burstein R. Activation of Meningeal Nociceptors by Cortical Spreading Depression: Implications for Migraine with Aura. J. Neurosci 2010; 30:8807-14.

Ziegler, D. K.,Rhodes, R. J., Hassanein, R. S. Association of psychological measurements of anxiety and depression with headache history in a non-clinic population. In: Headache Today-An Update by 21 Experts. Karger Publishers, 1978; 123-135

8.EKLER

1- PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

Katılımcı No :

Tarih:

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
.....

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

f. Aşara derecede üşüdünüz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

h. Kötü rüyalar gördünüz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

i. Ağrı duydunuz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

j. Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

6. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- | | | | |
|------------|----------------|-----------------|-------------|
| 1. Çok iyi | 2. Oldukça iyi | 3. Oldukça kötü | 4. Çok kötü |
|------------|----------------|-----------------|-------------|

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı
2. Yalnızca çok az problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
2. Diğer odada bur yatak partneri veya oda arkadaşı var
3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil
4. Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

a. Gürültülü horlama.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

b. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

c. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

e. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

2- TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin.

“Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını” düşünerek:

- Eğer cümle size “kesinlikle uyuyorsa” (D) Doğru’yu daire içine alınız.
- Eğer cümle size “tam olarak uymuyorsa”

ya da “yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” (Y) Yanlış’ı daire içine alınız.

- Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız
- Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “kesinlikle uyuyorsa” (D) Doğru

“tam olarak uymuyor” ya da “yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” (Y) Yanlış

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.

12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissedirim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissedirim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin

yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.

30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.

31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.

32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.

33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.

34. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.

35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.

36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.

37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.

38. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.

39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.

40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.

41. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.

42. D Y Kendime müthiş güvenirim.

43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.

44. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.

45. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.

46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.

47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.

48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.

49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
55. D Y İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınırim.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.

71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozular.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.

91. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92. D Y Uykum dinlendirici değil.
93. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
99. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şikkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

3- BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.

- a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
- b) Kendimi üzgün hissediyorum.
- c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
- d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2.

- a) Gelecekte umutsuz deyim.
- b) Gelecek konusunda umutsuzum.
- c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.

3.

- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
- b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
- d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.

4.

- a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
- b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
- c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.

5.

- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6.

- a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.

b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirim gibi duygular içindeyim.

c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.

d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7.

a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.

b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.

c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.

d) Kendimden nefret ediyorum.

8.

a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.

b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.

c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.

d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9.

a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.

c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.

d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

10.

a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.

b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.

c) Şimdilerde her an ağlıyorum.

d) Eskiden ağlayabilirdim. şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11.

a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.

b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.

c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.

d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12.

a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.

- b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13.

- a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
- c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- d) Artık hiç karar veremiyorum.

14.

- a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
- b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
- c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15.

- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
- c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- d) Hiç çalışmıyorum.

16.

- a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
- c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17.

- a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- c) Şimdilerde neredeyse her fleyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18.

a) İştahım eskisinden pek farklı değil.

b) İştahım eskisi kadar iyi değil.

c) Şimdilerde ifltahım epey kötü.

d) Artık hiç istahım yok.

19.

a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.

c) Son zamanlarda befl kilodan fazla kaybettim.

d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20.

a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.

c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka Őeyleri düşünmek zor geliyor.

d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka Őeyleri düşünemiyorum.

21.

a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir Şey yok.

b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

d) Hiç cinsel istek duymuyorum.

4- BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

| | Hiç | Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi | Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim | Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım |
|---------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma | | | | |
| 2. Sıcak/ ateş basmaları | | | | |
| 3. Bacaklarda halsizlik, titreme | | | | |
| 4. Gevşeyememe | | | | |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu | | | | |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik | | | | |
| 7. Kalp çarpıntısı | | | | |
| 8. Dengeyi kaybetme duygusu | | | | |
| 9. Dehşete kapılma | | | | |
| 10. Sinirlilik | | | | |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu | | | | |
| 12. Ellerde titreme | | | | |
| 13. Titreklik | | | | |
| 14. Kontrolü kaybetme korkusu | | | | |
| 15. Nefes almada güçlük | | | | |
| 16. Ölüm korkusu | | | | |
| 17. Korkuya kapılma | | | | |
| 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 19. Baygınlık | | | | |
| 20. Yüzün kızarması | | | | |
| 21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan) | | | | |

