

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

MİGREN VE İLAÇ AŞIRI KULLANIM BAŞ AĞRISI
HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ZİHİN
KURAMI VE ALEKSİTİMİ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. TAYLAN BEKTAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ESRA ACIMAN DEMİREL

ZONGULDAK

2024

ÖNSÖZ

Nöroloji uzmanlık eğitimimde, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım kıymetli hocalarım Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H.Tuğrul ATASOY'a ve tez danışmanım Doç.Dr. Esra ACIMAN DEMİREL'e,

Yine eğitimim süresince nöroloji alanında bilgi ve tecrübelerini paylaşan kıymetli hocalarım Doç.Dr. Mustafa AÇIKGÖZ, Doç.Dr. Bilge PİRİ ÇINAR, Dr.Öğr. Üyesi Ulufer ÇELEBİ'ye ve tezimin tıbbi istatistik aşamasındaki değerli katkıları için Dr.Öğr. Üyesi Bilgehan AÇIKGÖZ'e,

Asistanlık süresince kliniğimizde birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

ZONGULDAK, 2024

Dr.Taylan BEKTAŞ

ÖZET

Taylan BEKTAŞ, Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında çocukluk çağı travmaları, zihin kuramı ve aleksitimi değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2024

Amaç: Bu çalışmada; migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında çocukluk çağı travmaları, zihin kuramı ve aleksitimi değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çocukluk çağı travmaları, zihin kuramı ve aleksitiminin migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında değerlendirildiği, ilişkilerinin incelendiği bir çalışma ülkemizde yapılmamıştır. Migren hastaları ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında bu durumların sıklığını karşılaştırılarak; ilaç aşırı kullanım baş ağrısının gelişiminde aleksitimi, zihin kuramı ve çocukluk çağı travmalarının risk faktörü olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu prospektif çalışmada 16 Ocak 2023 - 16 Ocak 2024 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran migren hastaları ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı kriterlerine uyan hastalar incelenmiştir. Çocukluk çağı travmaları, zihin kuramı ve aleksitimi durumlarının, migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında değerlendirilmesi ve karşılaştırılması yapılmıştır. Çalışmamızda nesnel veri toplamak amaçlı klinik ölçeklerden yararlanılmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği olarak Kısa Form 36(SF-36), Ruhsal durum değerlendirme açısından Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçekleri, Zihin Kuramı Ölçeği olarak Gözlerden Zihin Okuma Testi , Aleksitimi Ölçeği olarak Toronto Aleksitimi Skalası Ölçeği (TAS-20) ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçekleri kullanılmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları, Zihin Kuramı ve Aleksitimi durumlarının değerlendirilmesi ile yukarıdaki ölçek testlerinden toplanan veriler üzerinden, epizodik ve kronik migren hastaları ile ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında bu durumların sıklığını karşılaştırılarak; baş ağrısı hastalarında ilaç aşırı kullanım baş ağrısının gelişiminde Aleksitimi Zihin Kuramı ve çocukluk çağı travmalarının risk faktörü olup olmadığı araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 54 migren, 50 ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanılı hasta dâhil edilmiştir. Migren tanılı hastaların 14'ü erkek, 40'ı kadın iken; ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanılı hastaların 12'si erkek, 38'i kadın cinsiyetliydi. Migren tanılı hastaların

ortalama yaşı $44,55 \pm 15,32$ iken; İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı alan hastaların ise $46,48 \pm 15,16$ idi. Vizuel analog skorlaması (VAS skoru) değerlendirildiğinde ise, migren grubunun ortalaması ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubundan anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Her iki grubun baş ağrısı sıklığında anlamlı fark saptanırken baş ağrısı sürelerinde ve proflaksi alıp almama durumlarında anlamlı fark saptanmadı. Migren grubunda Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ortalaması ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubundan anlamlı olarak düşük saptanmıştır. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda yaşam kalitesi ile ilgili bulguların, migren grubuna göre daha düşük olduğu saptandı. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) toplam skoru ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda, migren grubuna göre belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğindeki (ÇÇTÖ) toplam skorunun ortalaması migren grubunda ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Bunlarla birlikte aleksitimi ve çocukluk çağı ruhsal travması ile ilgili alt ölçeklerde, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulgular elde edilmiştir. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) skorlarında, migren grubu ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar elde etmiştir. Bu nedenle ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun GZOT testinde anlamlı olarak daha başarısız olduğu belirlenmiştir.

Sonuçlar: Çalışmamızda hastalardaki aleksitimi durumu, depresyon ve ankisyete bulguları, çocukluk çağı travmasına maruziyet açısından bulgulara birlikte bakıldığında; migren grubuna göre ilaç aşırı kullanımı baş ağrısı grubunda anlamlı olarak daha yüksek skorlar alındığı, tüm bunlara paralel olarak zihin kuramıyla ilişkili gözlerden zihin okuma testinde de ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun daha başarısız olduğu görülmektedir. Bu durum analjezik aşırı kullanımının gelişiminde aleksitimi, çocukluk çağı travması, zihin kuramı gibi psikolojik faktörlerin rol oynadığını işaret etmektedir. Bu nedenle, özellikle ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde; aleksitimi ve çocukluk çağı ruhsal travma maruziyetine yönelik psikiyatrik tedavi ve terapi yaklaşımlarının da baş ağrısına yönelik nörolojik tedaviye destek olmada önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: *Migren, İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı, Aleksitimi, Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, Zihin Kuramı, Gözlerden Zihin Okuma*

ABSTRACT

TAYLAN BEKTAŞ, The Evaluation of Childhood Trauma, Theory of Mind, and Alexithymia in Patients with Migraine and Medication Overuse Headache, Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Neurology, Thesis for Specialization in Medicine, 2024

Purpose: The aim of this study was to evaluate childhood trauma, theory of mind, and alexithymia in patients with migraine and medication overuse headache. No study has been conducted in our country that evaluates the relationship between childhood trauma, theory of mind, and alexithymia in patients with migraine and medication overuse headache. The frequency of these conditions was compared between migraine patients and medication overuse headache patients to investigate whether alexithymia, theory of mind, and childhood trauma are risk factors for the development of medication overuse headache.

Materials and methods: In this prospective study, migraine patients and patients who met the criteria for medication overuse headache who applied to the Neurology Clinic of Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine between January 16, 2023 and January 16, 2024 were examined. The evaluation and comparison of childhood trauma, theory of mind, and alexithymia conditions in migraine and medication overuse headache patients were performed. In our research study, clinical scales were used to collect objective data. The Short Form 36 (SF-36) as a Quality of Life Scale, Beck Depression and Beck Anxiety Scales for the assessment of mental status, the Reading the Mind in the Eyes test (RMET) as a theory of mind scale, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Childhood Mental Trauma Scales were used. By evaluating the childhood trauma, theory of mind, and alexithymia conditions and comparing the frequency of these conditions in episodic and chronic migraine patients and medication overuse headache patients based on the data collected from the above scale tests, it was investigated whether alexithymia, theory of mind, and childhood trauma are risk factors for the development of medication overuse headache in headache patients.

Results: The study included 54 patients with migraine and 50 patients with medication overuse headache (MOH). Among the migraine patients, 14 were male and 40 were female. In the MOH group, 12 were male and 38 were female. The mean age of the migraine patients was 44.55 ± 15.32 years, while the mean age of the MOH patients was

46.48 ± 15.16 years. Visual analog scale (VAS) scores were significantly lower in the migraine group compared to the MOH group. There was a significant difference in headache frequency between the two groups, but no significant difference in headache duration or prophylactic medication use. The Beck Depression Inventory (BDI) score was significantly lower in the migraine group compared to the MOH group. Quality of life measures were lower in the MOH group compared to the migraine group. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) total score was significantly higher in the MOH group compared to the migraine group. The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) total score was significantly lower in the migraine group compared to the MOH group. However, there were significantly higher scores on the alexithymia and childhood trauma subscales in the MOH group. Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) scores were significantly higher in the migraine group compared to the MOH group, indicating that the MOH group was significantly less successful in the RMET test.

Conclusions: In our study, when findings on alexithymia status, depression and anxiety symptoms, and childhood trauma exposure were examined together, the medication overuse headache (MOH) group scored statistically significantly higher than the migraine group. In parallel with these findings, the MOH group also performed worse on the Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), which is associated with the theory of mind. This suggests that psychopathological factors are risk factors for the development of analgesic overuse headache. Based on these findings, it is thought that psychiatric treatment and therapy approaches targeting alexithymia and a history of psychological trauma may also play an important role in supporting neurological treatment for MOH.

Keywords: Migraine, Medication Overuse Headache, Alexithymia, Childhood Emotional Trauma, Theory of Mind, Reading the Mind in the Eyes Test

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Migren.....	2
2.1.1.Klinik Bulgular.....	2
2.1.2. Patofizyoloji.....	2
2.1.3. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri.....	3
2.1.4. Tanı kriterleri.....	4
2.1.4.1. Aurasız migren.....	4
2.1.4.2. Auralı migren.....	4
2.1.4.3. Kronik migren.....	5
2.1.5. Migren Tedavisi.....	6
2.1.5.1.Atak tedavisi.....	6
2.1.5.2.Profilaktik tedavi.....	8
2.2. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı.....	10
2.2.1.Klinik Bulgular	11
2.2.2. Patofizyoloji.....	11
2.2.3. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri.....	12
2.2.4. Tanı kriterleri.....	12
2.2.5. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisi.....	13
2.3. Aleksitimi ve Zihin Kuramı kavramları ve bu kavramların migren ile ilaç aşırı kullanım baş ağrılarıyla ilişkileri.....	14
2.4.Çocukluk çağı ruhsal travmalarının migren ile ilaç aşırı kullanım baş ağrılarıyla ilişkileri.....	16

3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Çalışma Popülasyonu	18
3.1.1. Hasta ve/veya gönüllülerin çalışmaya dahil olma kriterleri:	18
3.1.2. Hasta ve/veya gönüllülerin çalışmaya dahil olmama kriterleri:.....	18
3.2. Çalışma Tasarımı	19
3.3. Görsel Analog Ölçeği (VAS).....	19
3.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	20
3.5. Beck Depresyon Ölçeği.....	20
3.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	20
3.7. Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği (ÇÇTÖ)	21
3.8.Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	21
3.9.Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT)	22
3.10.İstatistiksel Analiz.....	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	36
6. KAYNAKLAR	44
7. EKLER	51
Ek 1:Etik Kurul Karar Belgesi.....	51
Ek 2: Demografik ve Klinik Veri Formu.....	52
Ek 3:Beck Anksiyete Ölçeği.....	53
Ek 4:Beck Depresyon Ölçeği	54
Ek 5:Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği (ÇÇTÖ).....	55
Ek 6:Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	56
Ek 7:SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	57
Ek 8:Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT)	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simge/ Kısaltmalar	Açıklamalar
VAS	Vizuel Analog Skorlaması
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
TAÖ-20	Toronto Aleksitimi Ölçeği
GZOT	Gözlerden Zihin Okuma Testi
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
TAÖ-1 - DTG	Duygularını Tanımada Güçlük
TAÖ-2 - DSG	Duygularını Söze Dökmede Güçlük
TAÖ-3 - DDG	Dışa-Dönük Düşünme
ICHD-3	Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması
İAKB	İlaç Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET	Pozitron Emisyon Tomografi

TABLÖLAR DİZİNİ

Numara	Tablonun Başlığı	Sayfa
1	Çalışma Grupları (Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grupları)	23
2	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında cinsiyet dağılımının karşılaştırılması	23
3	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında eğitim düzeylerinin karşılaştırılması	24
4	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında yaş ve VAS ağrı skoru ortalamalarının karşılaştırılması	25
5	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında Proflaktik tedavi alma durumlarının karşılaştırılması	25
6	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında baş ağrısı sıklığının karşılaştırılması	26
7	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında baş ağrısı süresinin karşılaştırılması	26
8	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında Beck depresyon ve Beck ankisyete ölçek skorlarının karşılaştırılması	27
9	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında SF-36 Ölçeğinin alt grup skorlarının ortalamasının karşılaştırılması	28
10	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki (TAÖ-20) alt grup skorlarının karşılaştırılması	29
11	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğindeki (ÇÇTÖ) alt grup skorlarının ortalamasının karşılaştırılması	31
12	Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) skorlarının karşılaştırılması	32
13	Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki(TAÖ-20) total skorun diğer klinik ölçeklerle ilişkisinin karşılaştırılması	33
14	Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skorun, diğer klinik ölçeklerle ilişkisinin karşılaştırılması	34
15	Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT) total skorun, diğer klinik ölçeklerle ilişkisinin karşılaştırılması	35

1. GİRİŞ

Baş ağrısı, yaşam kalitesini bozan ve nörolojik polikliniklere başvuru nedenleri arasında önemli bir yere sahip olan bir hastalıktır (1).

Migren, güçlü bir genetik temeli olan yaygın görülen ve kronik seyirli bir nörolojik hastalıktır (2,3). Hastanın günlük aktivitelerini sürdürebilmesine engel olabilmektedir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda en yaygın hastalıklarda üçüncü sırada olup, engellilik nedenleri arasında ise altıncı sırada yer almaktadır (4).

Migren baş ağrısı sık görülen, nöroloji polikliniğine başvurunun önde gelen nedenlerinden biri olan primer başağrılarından biridir (1,5). Migren görülme sıklığına göre epizodik ve kronik migren olarak sınıflanmıştır. Epizodik migren ayda 0 ila 14 gün baş ağrısı olan migren hastaları için tanımlanan form iken, kronik migren ise ayda 15 veya daha fazla baş ağrısı ile tanımlanmıştır (5).

Ek olarak primer baş ağrılarında ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanımlanmıştır (5). Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması(ICHD-3) 'nın 8.2. maddesinde ilaç aşırı kullanım baş ağrısı, ayda 15 günden fazla baş ağrısı olması, akut ve / veya semptomatik baş ağrısının tedavisi için alınabilecek bir veya daha fazla ilacın 3 aydan fazla düzenli kullanımı olarak tanımlanmaktadır (6).

Baş ağrısı olan genel populasyonun 11 yıllık baş ağrısı takibini tarayan geniş kapsamlı bir çalışmada, kronik günlük baş ağrısı yetişkinlerin % 2-5'inde görülürken, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı % 1-2'sinde görüldüğü saptanmıştır (7). Ek olarak bu çalışmanın içeriğinde migren hastalarının İlaç aşırı kullanım baş ağrısı için yüksek risk oluşturduğu ve ankisyete, depresyon ölçeklerinde yüksek skorlu hastalarda ilaç aşırı kullanım baş ağrısının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuçta; çocukluk çağı ruhsal travmaların, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişiminde risk faktörü olduğu gösterilmiştir (7).

Bu nedenle biz bu klinik araştırmamızda; ilaç aşırı kullanım baş ağrısının oluşumunda risk faktörü olabilecek, dürtüsellik ve duygulanım kontrolündeki sorunların ve çocukluk çağı travması öyküsü gibi bazı spesifik kişilik özelliklerinin rolü olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Migren

2.1.1. Klinik Bulgular

Migren, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle gelişen, baş ağrısı ve diğer nörolojik belirtilerle olan ataklarla seyreden bir hastalıktır (8,9).

Migren atakları, prodromal dönem, aura, ağrı ve postdromal dönem olmak üzere dört klinik dönemden oluşur. Migren atağı sırasında görülen klinik dönemler ve belirtiler, her hastada ve her atak döneminde farklılık gösterebilir (10).Prodromal dönem, ağrının başlamasından önce başlayan ve iki gün veya daha kısa süren bir dönemdir. Bu dönemde, yorgunluk, iştah değişiklikleri, ışığa veya sese hassasiyet gibi belirtiler görülebilir (10).

Migren atağının aura dönemi, hastaların yaklaşık %15'i kadarında görülür (11). Aura, ağrıdan önce ortaya çıkan ve yaklaşık bir saat içinde kaybolan geçici nörolojik belirtilerden oluşur. Bu belirtiler görsel, beyin sapı, lisan, duysal veya motor bulgular ile ilgili olabilir (11,12). Migren aurası, migren atağında her zaman görülmeyebilir ve baş ağrısı olmadan da ortaya çıkabilen bir belirtidir (12).

Migren baş ağrısı, genellikle başın tek tarafında, zonklayıcı vasıf içeren, orta ile şiddetli hissedilebilen bir ağrıdır (10,12). Migren baş ağrısı sırasında hareket etmek ağrıyı şiddetlendirebilir (12). Ağrıya bulantı, kusma, ışığa ve sese karşı hassasiyet, hareketle ağrının şiddetlenmesi gibi belirtiler eşlik edebilir (13). Migren baş ağrısına bulantı, kusma, ışığa ve sese karşı hassasiyet gibi belirtilerin yanı sıra, yüze ve saça dokunmakla oluşan yanma, acıma hissi gibi otonom bulgular da eşlik edebilir (9,10). Migren baş ağrıları genellikle ve 4-72 saat süren ataklarla görülür (12).Migren tanısı koymak için Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması (ICHD-3)'na göre bu ağrı ataklarının 5 kez veya daha fazla tekrarlanması gerekir (11).

2.1.2. Patofizyoloji

Migren ağrısının patofizyolojisinde, trigeminal sinirin aktivasyonu ve buna bağlı olarak salgılanan nöropeptidlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Kalsitonin gen ilişkili

peptid, ve nitrik oksit gibi nöropeptidler; dural inflamasyona, damar genişlemesine ve ekstrasvazasyona neden olur. Bu değişiklikler, sinirlerin hassasiyetini arttırarak ağrı oluşumuna neden olur (10).

Migrenin prodromal döneminde görülen belirtiler; hipotalamus, dopaminerjik çekirdekler ve serotonerjik çekirdekler gibi beyinin farklı bölgelerindeki bozukluklarla ilişkilidir. Bu da, prodromal dönemin beyinin birçok farklı bölgesini etkileyen karmaşık bir süreç olduğunu göstermektedir (10). Migren sırasında oksipital kortekste ve beyin sapında görülen artmış aktivitenin, ışık hassasiyeti ve bulantı gibi belirtilerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (14).

Yani, migren ağrısının patofizyolojisinde kortikal subkortikal ve trigeminovaskular mekanizmaların bir kombinasyonunun rol oynadığı düşünülmektedir. Ek olarak bazı genomik faktörlerin de rol oynadığı gösterilmiştir (14,15). Migrenin aura dönemi, beyin korteksinde ilerleyen nöron ve glia hücrelerini etkileyen ve nöronal aktiviteyi geçici olarak baskılayan bir depolarizasyon dalgasıdır. Bu depolarizasyon dalgası, tutulan kortikal bölgeye göre duysal, motor, görsel vb. auralara neden olur (16).

2.1.3. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Migrenin etiyolojisinde, genetik faktörlerin yanı sıra coğrafi özellikler ve ırk gibi çevresel faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir. Bu faktörler, migrenin görülme sıklığını ve şiddetini etkileyebilir (10). Migren atakları, genetik ve çevresel faktörlerin yanı sıra, estrogen hormonunun kan seviyesindeki değişimleri, irrite edici koku uyarısı, uyku bozuklukları, stres, yeme düzenindeki değişiklikler ve hava ve basınç değişiklikleri gibi tetikleyici faktörlerle de ilişkilendirilebilir. Migren ataklarını tetikleyen faktörler, beyin kimyasının, hormonların, çevresel koşulların ve yaşam tarzının bir kombinasyonundan kaynaklanabilir (10). Migren, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen bir hastalıktır (10). Bu fark, kadınlarda östrojen hormonunun rol oynadığı düşünülmektedir. Östrojen hormonu, migren ataklarını tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir. Ayrıca, kadınlarda migren ataklarının tekrarlama riski, atak sıklığı ve atak ile ilişkili gündelik faaliyetlerde bozulma oranları daha yüksektir (10,17).

2.1.4. Tanı kriterleri

2.1.4.1. Aurasız migren:

- A. Geçmişte, B ve D kriterlerini dolduran en az 5 atak geçirmiş olmak
- B. Baş ağrısı ataklarının 4-72 saat sürmesi (tedavisiz veya başarısız tedavi girişimi)
- C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en azından 2 ve fazlasını içermesi
 - 1. Tek taraflı yerleşim
 - 2. Zonklayıcı karakter
 - 3. Orta ve şiddetli ağrı
 - 4. Rutin fizik aktivitelerle ağrının şiddetlenmesi ve aktivitelerden kaçınma
- D. Ağrıya aşağıdaki semptomlardan 1 veya fazlasının eşlik etmesi
 - 1. Bulantı ve / veya kusma
 - 2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Altta yatan başka bir durum hastalığının olmaması (6)

2.1.4.2. Auralı migren:

- A. B ve C kriterlerini içeren en az iki atak
- B. Tam düzelen aşağıdaki aura semptomlarından bir veya daha fazlası
 - 1. Görsel
 - 2. Duysal
 - 3. Konuşma ve / veya lisan
 - 4. Motor
 - 5. Beyin sapı

6. Retinal

C. Aşağıdaki altı özellikten en az üçü

1. En az bir aura semptomunun 5 dakika veya daha uzun sürede ortaya çıkması
2. İki veya daha fazla aura semptomu birbiri ardı sıra görülebilir
3. Her bir aura semptomu 5-60 dakikada biter
4. En az bir aura semptomu unilateraldir
5. En az bir aura semptomu pozitif bulgu içerir
6. Aura 60 dakika içinde başlayan baş ağrısı ile birlikte olabilir

D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaz (6)

2.1.4.3. Kronik migren:

A. Migren veya gerilim tipi baş ağrısı benzeri, 3 aydan uzun süre boyunca ayda 15 veya daha çok gün olan, B ve C kriterlerine uyan baş ağrısı

B. Aurasız migren için B-D kriterlerini ve / veya auralı migren için B-C kriterlerini karşılayan en az 5 atak

C. 3 aydan uzun süreyle, ayda en az 8 gün aşağıdaki özelliklerden herhangi birine uyması

1. Aurasız migren kriterleri

2. Auralı migren kriterleri

3. Hasta tarafından başlangıçta migren olduğunun düşünülmesi ve triptan veya ergot türevleri ile iyileşmesi

D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaz (6)

2.1.5. Migren Tedavisi

Migren tedavisi, hastayı hastalık hakkında bilgilendirme ve tetikleyicilerden kaçınma gibi temel adımlarla başlar (12). Hastayı bilgilendirme, migrenin tanısı, semptomları, tedavi seçenekleri ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi konularda hastaya bilgi vermeyi içerir (12,14). Bu, hastanın migren hastalığı konusunda farkındalığını artıracak gibi tedavi planını daha iyi anlamasına yardımcı olabilir. Hastaya migrenin kronik bir hastalık olduğu, ancak tedaviyle kontrol altına alınabileceği söylenmelidir. Ayrıca, migrenin bir baş ağrısı türü olduğu, ancak diğer baş ağrılarından farklı olarak zonklayıcı, şiddetli ve bulantı, kusma gibi semptomlarla birlikte olabileceği belirtilmelidir (14).

Tetikleyicilerden kaçınma, migren ataklarını önlemeye yardımcı olabilecek önemli bir adımdır. Migren tetikleyicileri kişiden kişiye değişebileceğinden, hastanın tetikleyicilerini belirlemek için bir migren günlüğü tutması veya bir doktor veya hemşire ile çalışması önerilir (11,12).

Migren tedavisinin diğer aşamaları, hastanın migren ataklarının sıklığını ve şiddetini azaltmaya yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Bu aşamalar, ataklar sırasında kullanılan ağrı kesiciler ve tetikleyicileri önlemeye yardımcı olan yaşam tarzı değişikliklerini içerebilir (12). Bunlara rağmen migren atağı gelişirse ilaç tedavisi planlanmalıdır (16).

2.1.5.1. Atak tedavisi

Migren akut atak tedavisi, ağrıyı mümkün olan en kısa sürede ve en etkili şekilde kontrol altına almak için tasarlanmıştır (16). Uluslararası baş ağrısı birliği'nin akut migren atağı tedavisi için belirlediği hedef, ağrının birkaç saat içinde sonlanması ve birkaç gün içinde ağrının ve eşlik eden semptomların tekrarlamaması şeklindedir. Farmakolojik tedavinin, santral sensitizasyon/ allodini gelişmeden önce ağrının başlangıcında verildiği zaman başarı şansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Migren ağrısının başlangıcında verilen farmakolojik tedavi, ağrının şiddetini ve süresini azaltmada daha etkilidir ayrıca allodini ve merkezi duyarlanma gelişimini önlemeye yardımcı olabilir (16).

Migren atak tedavisinde kullanılan ilaçlar, migrene özgül olup olmadığına göre iki gruba ayrılabilir. Migrene özgül olmayan ilaçlar, migren ağrısının yanı sıra diğer baş ağrısı türlerinde de etkili olabilen ilaçlardır. Bu ilaçlar arasında basit veya kombine analjezikler, non-steroid antiinflatuvar ilaçlar ve narkotik analjezikler yer alır. Migrene özgül ilaçlar ise migren ağrısının tedavisinde daha etkili olan ilaçlardır. Bu ilaçlar arasında triptan ailesi ve ergot türevleri bulunur (18). Basamaklı migren tedavisinde, ağrının şiddetine göre farklı ilaçlar tercih edilir. Hafif ağrılarda basit analjezikler, orta ağrılarda kombine analjezikler veya NSAİİ'ler, daha şiddetli ağrı saptanıyorsa triptan ailesi ilk seçenek olarak kullanılabilir (16,19).

Migren atak tedavisinde kullanılan basit analjezikler, ağrının şiddeti ve eşlik eden semptomlara göre tek başlarına veya kombine olarak kullanılabilir. Kombine preparatlar, etkinliklerinin az oluşu, tolerans gelişmesi, kolay kullanımları nedeniyle ilaç aşırı kullanımına yol açabileceğinden dikkatli kullanılmalıdır (12,16).

Migren ataklarında bulantı ve kusma eşlik ettiğinde, antiemetik ve prokinetik ilaçlar, bulantıyı ve kusmayı azaltmak ve diğer analjeziklerin emilimini hızlandırmak için kullanılabilir (16,19).

Migrene özgül ilaçların kontrendike olduğu hastalarda veya migren statusunda, narkotik analjezikler kullanılabilir. Ancak, bağımlılık olasılığı fazla olduğu için rutin migren tedavisinde tercih edilmezler (16,19).

20.yy'ın ilk çeyreğinden beri migren tedavisinde kullanılan ergot türevleri, tüm serotonin reseptörleri, α -adrenerjik ve dopaminerjik reseptörler üzerinde etkili olan karmaşık bir etki mekanizmasına sahiptir. Bu durum, etkili olmalarına rağmen, yan etkileri ve bağımlılık potansiyellerinin yüksek olmasına neden olur (12,16). Ergot alkaloidleri, migren tedavisinde kullanılan etkili ilaçlar olsa da, yan etkileri ve bağımlılık potansiyelleri nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. Bu ilaçlar, vazospazm etkileri nedeniyle koroner arter hastalığı, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, böbrek ve karaciğer hastalığı olanlarda kullanılmamalıdır. Ayrıca, uykusuzluk, kas krampları, bulantı ve kusma gibi yan etkilere neden olabilirler (16,19). Triptanlar, orta ve şiddetli migren tedavisinde kullanılan etkili ilaçlar olup, ergot alkaloidlerine göre daha az yan etkiye sahiptirler. Triptanlar, seçici serotoninreseptoragonistidir. 5-Hidroksitriptamin 1B ve 1D reseptörlerini uyararak, migren ağrısını ve diğer semptomları azaltırlar (16). Triptanların farmakokinetik özellikleri,

vücuttaki dağılım ve metabolizma şeklidir. Bu özellikler, triptanların etkinliğini ve yan etkilerini etkileyebilir. Triptanların farklı farmokokinetik özelliklerine sahip olmaları, farklı hastalarda farklı sonuçlara yol açabilir (16).

Birçok nedenle, bir hasta bir çeşit triptan farmakoterapisinden fayda görmüyorsa, farklı bir triptan veya uygulama yolu denenmelidir (18). Örneğin, bazı triptanlar hızlı emilir ve kısa sürede etkili olurken, diğerleri daha yavaş emilir ve daha uzun süre etkili olur. Bu nedenle, hızlı etkili bir triptandan fayda görmeyen bir hasta, daha yavaş etkili bir triptan deneyebilir (18). Ayrıca, bazı triptanlar ağızdan alınırken, diğerleri burun spreyi, dil altı tablet veya enjeksiyon şeklinde kullanılabilir. Bu nedenle, bir hasta ağızdan alınan bir triptandan fayda görmüyorsa, farklı bir uygulama yolunu deneyebilir (16,18).

Kardiyak vasküler hastalık riski fazla olan veya hipertansif vakalarda triptanlar kontrendikedir (16,19). Auralı migrende triptanlar, ağrı başlamadan önce veya ağrının ilk belirtileri ortaya çıktığında alındığında daha etkilidir. Özetle, triptanlar, migren tedavisinde etkili ve güvenli ilaçlar olup, doğru hastalarda ve doğru şekilde kullanılmalıdır (19).

2.1.5.2. Profilaktik tedavi

Migren profilaksisi, migren atak sıklığını, şiddetini ve süresini azaltmak için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Profilaksiye başlamak için aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurulur (12) :

- Ayda ikiden fazla şiddetli migren atağı olan hastalarda,
- Tek bir migren atağının üç günden fazla sürmesi ve şiddetli eşlik eden belirtilerin olduğu hastalarda,
- Migrene özgül ilaçların haftada ikiden fazla kullanılması gereken hastalarda,
- Atak tedavisine yeterli yanıt alınamayan veya atak tedavisinde kullanılan ilaçların kontrendike olduğu hastalarda,

Yukarıdaki kriterleri karşılayan hastalarda profilaksiye başlamak, migrenin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olabilir (12).

Örneğin, ayda ikiden fazla şiddetli migren atağı geçiren bir hastada, profilaksiye başlamak, migren ataklarının sıklığını ve şiddetini azaltarak, hastanın günlük yaşamını daha iyi sürdürmesine yardımcı olabilir.

Profilaksi tedavisinde kullanılan ilaçlar, hastanın bireysel özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre seçilmelidir (12).

Tedavide başarı olarak, migren baş ağrısı atak sıklığını ve şiddetini en az yarı yarıya azaltmak hedeflenir (16). Migren profilaksisinde farmakolojik tedavi, hastanın migreninin özelliklerini ve yaşam tarzını göz önünde bulundurarak, migren ataklarının sıklığını, şiddetini ve süresini azaltacak şekilde seçilmelidir (12,16).

Farmakolojik tedavi, düşük dozda başlanıp etkin doza çıkılmalıdır ve etkinlik için en az 6 ay süreyle düzenli olarak kullanılmalıdır (20).

Migren tedavisinde beta blokörler yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunların hepsi migren ataklarının sıklığını ve şiddetini azaltmada etkilidir, ancak propranolol en sık tercih edilen preparattır (18,21).

Migren profilaksisi için kullanılan kalsiyum kanal blokörleri, hem familiyal hemiplejik migren ve basilar migren gibi özel migren türlerinde hem de astım, angina gibi eşlik eden kardiyovasküler risk faktörü taşıyan vakalarda da etkinliği ve güvenilirliği ile öne çıkmaktadır (11).

Migren profilaksisi için kullanılan antiepileptik ajanlar, eşlik eden epilepsi, bipolar bozukluk, nöropatik ağrı ve anksiyete gibi hastalıkların tedavisinde de etkilidir (11). Bu ajanlar arasında sodyum valproat ve topiramat, migren ataklarını önlemede ve azaltmada etkili olanlardır (16,18,20).

Migren profilaksi tedavisinde antidepresanlar da yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu grupta en sık kullanılan ve en etkili ajan trisiklik antidepresanlar arasında yer alan amitriptilin olarak öne çıkmaktadır (12,21). Serotonin-Norepinefrin geri alım inhibitörü grubu (SNRI) ilaçlar ise migren tedavisinde daha az etkilidir. Bu grupta en etkili ilaç Venlafaksin'dir. Fakat kardiyak yan etkileri ve bazı norepinefrinerjik yan etkileri nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır (10,21).

Büyük oksipital sinir üzerine (GON) yapılan botox işlemi veya bupivakain-lidokain uygulaması da, migren ataklarının sıklığını ve şiddetini azaltmada etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu tedavinin, migren ataklarını önlemek için 2-3 ay gibi kısa bir sürede bile etkili olabileceği gösterilmiştir (11,16).

2.2. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı

2.2.1. Klinik Bulgular

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, ağrı kesici ilaçların aşırı kullanımının neden olduğu, birincil baş ağrılarının bir türüdür. Bu durum, ağrıların daha sık, daha şiddetli ve daha uzun süreli hale gelmesine neden olur (23). ICHD-3'e göre, öncesinde bir primer baş ağrısı hastalığı olan hastalarda ayda 15 gün veya daha fazla baş ağrısı ve baş ağrısının akut semptomatik tedavisi için kullanılabilen bir veya birden çok ilacın 3 aydan daha uzun süre düzenli kullanımı ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanımına girmektedir (6).

İlaç aşırı kullanım baş ağrıları, belirtilen ilaçların tek başına veya birden fazlasının, ağrı kesici olarak kullanılması amacıyla belirlenen sınırı aşması durumunda ortaya çıkabilen, birincil baş ağrılarının daha sık, daha şiddetli ve daha uzun süreli hale gelmesine neden olan bir durumdur (22). İlaç aşırı kullanım baş ağrıları, uluslararası baş ağrısı derneği tarafından, kullanılan ilaçların türüne ve aşırı kullanım durumuna göre altı farklı kategoriye ayrılmıştır. Bu sınıflamaya göre ilaç aşırı kullanım baş ağrıları, her biri aşırı olmayan fakat farklı sınıflardan birden çok ilacın aşırı kullanımıyla ortaya çıkan, opioid dışı analjezik, opioid, kombine analjezik, ergotamin, triptan ve başka ilaç aşırı kullanım baş ağrıları olmak üzere altı farklı kategoriye ayrılır (10,22,24).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısının klinik özellikleri, birincil baş ağrısının tipi ve sık kullanılan ilacın çeşidine göre farklılık gösterebilir (24).İlaç aşırı kullanım baş ağrısı riski, kullanılan ilacın türüne göre değişkenlik gösterir. Kombinasyon analjezikleri, triptan ve opioid kullananlarda, basit analjezik tedavi alanlarla kıyaslandığında ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişme riski daha yüksektir (25).İlaç aşırı kullanımı, birincil baş ağrısı ataklarının

sıklaşmasına ve tedaviye yanıtın azalmasına neden olabilir. Bu durum, birincil baş ağrısının özelliklerinin de değişmesine yol açabilir. Mesela, tek taraflı baş ağrısı tüm başa yayılabilir, zonklayıcı ağrı sıkıştırıcı vasıfa dönüşebilir. Ağrı eşiğinin düşmesi ve ağrıya duyarlanma, önceleri atak sırasında görülse de zamanla sürekli hale gelebilir. Bu tipte baş ağrısı kronikleştiğinden dolayı yorgunluk, bilişsel işlevlerde konsantrasyonu toplayamama, unutkanlık gibi semptomlar da ortaya çıkabilir (22).

Depresyon ve kaygı bozukluğu ilaç aşırı kullanım baş ağrısının en sık birlikte görüldüğü hastalıklardır. Ayrıca bu hastalarda ilaç kullanımına tolerans ya da kontrol kaybı gibi bağımlılık benzeri özellikler görülmektedir (26). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, depresyon ve kaygı bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülme riski yüksek bir durumdur (10,24). Bu hastalarda, basit veya kombine analjezik kullanımına tolerans, bağımlılık gibi çıktılar da olabilir (26).

2.2.2. Patofizyoloji

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, trigeminal sinir ve beyinde ağrı ile ilişkili diğer apayrı nöronların eksitabilitesinin yükselmesiyle tetiklenen kortikal yayımlı depresyonla bağlantılı olarak görülmektedir ek olarak hem santral hem periferik duyarlılaşmaya yol açan, henüz tam olarak anlaşılamamış karmaşık bir fizyopatolojide gelişmektedir (22).

İlaç aşırı kullanım baş ağrılarının fizyopatolojisinde genetik faktörlerin, dopaminerjik, serotonin ve kanabinoid sistemlerdeki değişikliklerin rol oynayabileceği öne sürülmüştür (27). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, sinir sisteminin ve ağrı modülasyonunu analjezik bağımlılığı yönünde kaydırabilecek çok çeşitli gen polimorfizmleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (24).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı olan hastalarda yapılan fonksiyonel beyin Manyetik Rezonans görüntülemesinde substansiya nigra ve talamusun ventral tegmentalis çekirdeğinde aktivitede azalma ve prefrontal kortekste de aktivite artışı görülmektedir (28).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı olan hastalarda yapılan pozitron emisyon tomografi incelemesinde, ağrı yolları içerisinde yer alan talamus çekirdekleri, cingulat girusun

ön kısmında, orbitofrontal alanda, inferior parietal bölge ve frontal lobla bağlantılı insüler korteksin; hipometabolizma gösterdiği tespit edilmiştir (29).

2.2.3. Epidemiyoloji ve Risk faktörleri

Tüm baş ağrısı popülasyonunda yapılmış çalışmalarda, Avrupa ülkelerinde baş ağrısı popülasyonunun yaklaşık yüzde otuzunun ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı kriterlerine uyduğu tespit edilmiştir(30).İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, diğer baş ağrılarına göre daha fazla fonksiyonel kayıp ve poliklinik başvurularına neden olmaktadır. Kadın cinsiyette, migren tipte baş ağrısı olan hastalarda ve ergenlik ortayaşta daha sık görülmektedir (31).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısının önlenmesinde, birincil baş ağrılarının atak tedavisinin etkin şekilde yapılması önemlidir. Atak ilacının geç alınması ya da etkinliği iyi olmayan ilaç kullanımı, atak tedavisinin etkinliğini azaltarak ilaç aşırı kullanım baş ağrısı riskini artırabilir (31,32). Migren, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı için en önemli risk faktörüdür(26). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı riski, baş ağrısının sıklığı, yaş, stres, hareketlilik, obezite, aşırı kahve ve sigara kullanımı ve sosyoekonomik düzey, madde kötüye kullanımı gibi faktörlerle artar (22,26,33).

2.2.4. Tanı kriterleri

- A. Öncesinde bir birincil baş ağrısı hastalığı olan hastalarda ayda 15 gün veya daha fazla baş ağrısı
- B. Baş ağrısının akut ve / veya semptomatik tedavisi için kullanılabilen bir veya birden çok ilacın 3 aydan daha uzun süre düzenli kullanımı
- C. Başka bir ICHD-3 tanısını daha iyi karşılamaması (6).

ICHHD-3'e göre ilaç aşırı kullanım baş ağrısı (İAKB) tanısı için, kullanılan ilaç türüne göre farklı kriterlere göre ilaç kullanım sayısının ayda belirli bir sınırın üzerinde

olması gerekir. Opioid dışı analjezik İAKB için ilaç kullanım sayısının ayda 15 gün veya daha çok olması gerekir. Diğer İAKB tipleri için ilaç kullanım sayısının ayda 10 gün veya daha çok olması gerekir. Bu kriterlere göre, bir hastanın İAKB tanısı alması için, baş ağrısı tedavisi için kullanılan ilaçların ayda belirli bir sınırın üzerinde kullanılması gerekir (6).

2.2.5. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı Tedavisi

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisi, kullanılan ilaç türüne, hastanın özelliklerine ve hastalığın şiddetine göre değişebilir (31). Hastanın, ilaç aşırı kullanım baş ağrısının tanısı, nedenleri ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi gerekir (22). İlaç aşırı kullanım baş ağrısının tedavisinin temeli, ağrı kesicilerin kullanımını azaltmak veya tamamen kesmektir (22). Bu süreçte, hastanın ağrısını kontrol altına almak için alternatif tedavi yöntemleri kullanılabilir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişme riskini azaltmak için, baş ağrısı ataklarının önlenmesine yönelik proflaktik tedavi yöntemleri uygulanabilir (34).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde, ağrı kesici ilaçların kullanımının azaltılması veya tamamen kesilmesi gerekir. Bu süreç, hastalar için zorlayıcı olabilir ve tedavinin başlangıcında ağrıların kötüleşmesine neden olabilir. Bu nedenle, hastalara tedavinin başlangıcında ağrıların kötüleşebileceği ve bunun tedavinin normal bir parçası olduğu açıklanmalıdır. Tedavinin amacının ağrıların tamamen geçmesi değil, öncelikle ağrıların sıklığı ve şiddetinde azalma ile birlikte tedavi yanıtında artma olduğu belirtilmelidir (22). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde, ağrı kesici ilaçların kullanımının ani kesilmesi, ağrıların kötüleşme riskini azaltarak daha etkin bir tedavi sağlamaktadır (22,31). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (İAKB) tedavisinde, kullanılan ilaç türüne göre tedavi yanıtı değişebilir.

Triptan kullanımıyla ilişkili İAKB, ilaç kesilmesine en iyi yanıtı veren İAKB türüdür. Opioid kullanımıyla ilişkili İAKB ise ilaç kesilmesine en düşük yanıtı veren İAKB türüdür. Bu durum, triptan kullanımıyla ilişkili İAKB'nin opioid kullanımıyla ilişkili İAKB'ye göre daha az bağımlılık yapıcı olmasından kaynaklanmaktadır. Triptan kullanımıyla ilişkili İAKB'de triptanın kesilmesi sonrası, ağrıların kötüleşmesi ve ilaç kesilme sendromu gelişme riski daha düşüktür. Opioid kullanımıyla ilişkili İAKB'de

opioidin kesilmesiyle birlikte ise, ağrıların kötüleşmesi ve ilaç kesilme intoleransı gelişme riski daha yüksektir (22).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde hızlı ilaç kesimi yönteminde, kullanılan ilaç birden kesilir. Bu süreçte, ağrıların kötüleşmesini önlemek için köprü tedavisi ve profilaksi tedavisi uygulanır (22). Köprü tedavisinde, ağrı kesici ilaçlar, antiinflatuar ilaçlar, triptan ve metoklopramid gibi ilaçlar kullanılabilir (31). Bu ilaçlar, ağrıların kötüleşmesini önlemeye ve hastanın rahatlamasına yardımcı olur. Profilaksi tedavisinde ise, baş ağrısı ataklarının önlenmesine yönelik tedaviler uygulanır. Bu tedaviler, genellikle antiepileptik ilaçlar, beta blokerler ve antidepresanlar gibi ilaçları içerir (22). Bu süreçte atak olursa en fazla haftada iki gün olacak şekilde triptan ilk tercih olmakla beraber atak ilacı kullanılabilir (22,31). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (İAKB) tedavisinde baş ağrısı ataklarının önlenmesine yönelik tedavilere profilaksi tedavisi denir. Bu tedaviler, genellikle valproik asit topiramat gibi antiepileptik ilaçlar, beta blokerler ve amitriptilin fluoksetin gibi bazı antidepresanları içerir (22). Büyük oksipital sinir üzerine botox uygulamasının (GON blokajının) ilaç aşırı kullanım baş ağrısında etkinliği gösterilmiştir, bir çalışmada vakalarda 3-6 aylık takipte baş ağrısı sıklığını %50'ye yakın oranda düşürdüğü gösterilmiştir (31).

2.3. Aleksitimi ve Zihin Kuramı kavramları ve bu kavramların migren ile ilaç aşırı kullanım başağrılarıyla ilişkileri

Aleksitimi, duyguları tanımlayamama ve ifade edememe ile karakterize edilen bir kişilik özelliğidir (35). Aleksitimi, bireyin öznel duygularını tanımlama, ifade etme ve anlamlandırmada güçlük çektiği bir bilişsel ve duygusal bozukluktur. Bu bozukluk, psikosomatik hastalıklar, posttravmatik stres bozuklukları, madde kullanım bozuklukları çocukluk çağı travmaları gibi birçok farklı ruhsal bozuklukla bağlantılıdır (36). Daha geniş tanımla Aleksitimi, duyguları anlama ve ifade etmede güçlük çeken bir kişilik bozukluğudur (37). Bu bozukluk, kişinin kendi duygularını ve başkalarının duygularını anlamasını zorlaştırır. Aleksitimi, soyut düşünce kuramama ve sosyal düşünce kısıtlılıkları ile de bağlantı gösterir. Aleksitimi, kişinin kendi duygularını ve başkalarının duygularını anlamasını zorlaştırarak, kişinin ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz etkileyebilir (37).

Aleksitiminin değerlendirilmesinde duygulanımla ilgili bazı sorular içeren bir anket testi olan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılmaktadır (35). Bir çalışmada, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) skorlarında erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, eğitim düzeyi arttıkça aleksitimi düzeyinin azaldığı görülmüştür. Yani, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde aleksitimi daha az görülmesi beklendiği vurgulanmıştır (38). Başka bir çalışmada kadın cinsiyette TAÖ-20 puanlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (39). İleri yaş vakalarda gençlere göre daha yüksek aleksitimi skorları görülmüştür (40).

Aleksitimi değerlendirilmesinde, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) en pratik kullanılan ölçeklerden biridir (35). TAÖ-20 üç aleksitimi çıktısı olarak; Duygularını Tanımada Güçlük, Duygularını Söze Dökmede Güçlük, Dışa-Dönük Düşünme komponentlerini ölçer(41). Duyguları tanıma güçlüğü; duyguların yüz ve bedensel ifadelerinin işlenmesi, somatosensoryel işleme ve ödül işleme bozuklukları ile ilişkilidir(42).

Aleksitimi ile ilgili yapılan fonksiyonel beyin MR çalışmalarında ve yapısal görüntülemelerde, Duygularını Tanımada Güçlük ve Duygularını Söze Dökmede Güçlük komponentlerinin singulat kortekste hipometabolizma ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir(42,43).Aleksitimik vakalarda Duyguları Tanıma Güçlüğü ile ilgili skorlarınsol inferior temporal bölge ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(44). Sonuçta, aleksitiminin sadece duyguları işlemeyele ilgili beyin bölgelerindeki işlevsel bozukluklarla değil, aynı zamanda bu bölgelerin yapısal farklılıklarıyla da ilişkili olduğu düşünülmektedir (42,43,44).

Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısının aleksitimi ile ilişkisi üzerine yaptığımız literatür taraması sonuçlarında, birçok çalışma saptadık. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişmiş hastalarla, sadece migren kriterlerine uyan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada; sadece migreni olan hastalara göre ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olan hastalarda aleksitimi ile ilişkili özelliklerin daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (45).

Bu çalışmalara ek olarak Duygu algılamayla ilgili bozuklukları tanımlamada kullanılan bir kavram olan Zihin Kuramı ile İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişimi arasında bir bağ olup olmadığı hakkında literatür taraması yaptık.

Zihin kuramı kavramı, başkalarının zihinsel durumlarını ve duygularını fark edebilme becerisi olarak tanımlanmıştır. Bunu test edebilmek adına geliştirilen Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) kullanılmaktadır (45).

Baş ağrısı hasta popülasyonunda yapılan bir yurtdışı çalışmada, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarıyla epizodik migren hastaları arasında duygu algılama-tanıma yönetme ile ilişkili kavramlardan zihin kuramı ve aleksitimi ile ilgili veriler birlikte değerlendirilmiştir. Zihin kuramı ölçeği olarak Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), Aleksitimi ölçeği olarak Toronto Aleksitimi Skalası Ölçeği(TAÖ-20) kullanılmıştır. Gözlerden Zihin Okuma Testinde İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastaları, epizodik migren hastalarına göre anlamlı olarak daha düşük başarı elde etmiştir. Yine ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastaları, epizodik migren hastalarına göre daha yüksek aleksitimi seviyesine sahip olarak saptanmıştır (46).

2.4.Çocukluk çağı ruhsal travmalarının migren ile ilaç aşırı kullanım baş ağrılarıyla ilişkileri

Çocukluk, kişinin kişiliğinin temellerinin atıldığı önemli bir dönemdir. Bu dönemde yaşanan deneyimler, kişinin yetişkinlikteki ruh sağlığı ve sosyal uyumunu şekillendirir (47). Olumsuz çocukluk deneyimleri, kişinin fiziksel ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyebilir. Bu deneyimler arasında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, ihmal ve aile içi şiddet yer alır (47,48). Bu deneyimlere maruz kalan çocuklar, yetişkinliklerinde daha fazla ruhsal sorun yaşama, madde bağımlılığı geliştirme, suç işleme ve şiddete maruz kalma riski altındadır (48).

Çocukluk çağı ruhsal travmatik olayları, ihmal ve istismar olmak üzere iki ana başlık altında ele alınır. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği, Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (49). Türkiye'de yapılan araştırmalara göre, yetişkin nüfusun yaklaşık %70'i çocukluk döneminde travmatik bir olay yaşamıştır. Bu olayların en yaygını fiziksel istismar (%58), ardından ihmal (%42) ve cinsel istismar (%22) gelmektedir (50) Çocukluk çağı ruhsal travması yaşayan bireylerde, diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurmada zorluk yaşayabilirler. Bu kişiler, diğer insanlarla çatışmalı, duygusal olarak

yoksun ve duygular olarak mesafeli ve öfkeli ilişkiler kurabilirler. Ayrıca, ilaç ve madde bağımlılığı geliştirme riskleri de daha yüksektir (51).

Baş ağrısı hasta popülasyonunda yapılan bir yurtdışı çalışmada; ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanımına uyan kronik migrenli hastalar ile epizodik migrenli hastaların, duygusal açıdan travmatik anılarla ilişkili önemli bulgulardan olan çocukluk çağı travmaları ve aleksitimi durumları birlikte değerlendirilerek bu iki hasta popülasyonu arasında fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Toronto Aleksitimi Skalası Ölçeği(TAÖ-20) ve Çocukluk çağı ruhsal travma ölçekleri kullanılmıştır. Epizodik migren grubuyla karşılaştırıldığında, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında çocukluk çağıyla ilişkili duygusal ve fiziksel travma ilgili ölçek verileriyle birlikte aleksitimi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (52).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Populasyonu

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği'ne 16.01.2023-16.01.2024 tarihleri arasında, baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalardan, migren baş ağrısı ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanılarını alan iki vaka grubu karşılaştırıldı. Toplam 104 kişi çalışmaya dahil edildi. Hastalara çalışmanın içeriği ayrıntılı olarak anlatıldı ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden imzalı onam formu alındı. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.01.2023 tarihinde çalışmanın etik onayı alınmıştır. Aşağıda çalışmada vakaların dâhil edilme ve dışlanma ölçütleri açıklanmaktadır:

3.1.1. Hasta ve/veya gönüllülerin çalışmaya dahil olma kriterleri

- İlaç aşırı kullanım baş ağrısı veya Migren baş ağrısı tanılarından birine sahip olmak
- 18 yaşında veya daha büyük olma
- Bilgilerini verebilecek bilişsel düzeye sahip olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

3.1.2. Hasta ve/veya gönüllülerin çalışmadan dışlanma kriterleri

- İlaç aşırı kullanım baş ağrısı veya Migren baş ağrısı tanılarından birine sahip olmamak
- 18 yaşından küçük olma

- Hastanın kendi isteği ile çalışmadan ayrılması
- Çalışmadaki ölçek testlere gerekli bilgileri verebilecek bilişsel düzeye sahip olmaması veya ölçeklerle ilgili testlere katılmayı hastanın reddetmesi

3.2. Çalışma Tasarımı

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan migren veya ilaç aşırı kullanımı baş ağrısı tanısı olan hastaların anamnezinde özgeçmişleri ve ağrı ile ilgili verileri detaylandırılarak demografik veri formu dolduruldu(Ek 2).Hastaların ağrı şiddetini değerlendiren ölçek olarak görsel analog ölçeği (VAS) kullanıldı. Eşlik eden depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkları tespit edebilmek için Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği, doktor eşliğinde dolduruldu. Hastaların, hastalıklarıyla ilişkili hayat kalitesini ölçmek amacıyla Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (SF-36) ölçeği kullanıldı. Hastalık Algısı Ölçeği de hekim eşliğinde dolduruldu. Çalışmada ilaç aşırı kullanım ve migren baş ağrısı olan iki grup arasında skorları karşılaştırılacak olan; Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) , zihin kuramıyla ilişkili Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT) ve Aleksitimi yönünü ölçmeye yarayan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) doktor eşliğinde uygulandı.

3.3. Görsel Analog Ölçeği (VAS)

Görsel analog ölçeği, sosyal, davranış bilimleri ve klinik olaylarda sayısal olarak ölçülemeyen çeşitli öznel verileri ölçer. Baş ağrısı için de kullanılmaktadır, 0 (ağrı yok) ile 10 (hissedilebilecek en güçlü ağrı) arasında bir ölçek kullanarak ölçer(53).

3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck anksiyete ölçeği, kişinin anksiyete bulgularını yirmi bir alt başlıkta inceler. Testi yapan kişiler, her bir altbaşlık kategoriyi (hiç) ile 3 (çok sık) arasında bir skor vererek kişisel anksiyete belirtilerinin şiddetini belirtir. Toplam puanın 0-9 arasında olması normal, 10-18 olması hafif- orta düzeyde anksiyete, 19-29 olması orta-şiddetli düzeyde anksiyete, 30-63 olması ise şiddetli düzeyde anksiyete olmak üzere gruplandırılmıştır. Total skortlama 0- 63 arasındadır(54). Ulusoy ve arkadaşları tarafından Beck Anksiyete ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik uyarlaması yapılmıştır (55). Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında anksiyete bozuklukları sık eşlik ettiğinden dolayı çalışmamızda bu primer baş ağrısı durumlarıyla birlikte olabilecek psikiyatrik durumları değerlendirmede fikir verebilmesi için Beck anksiyete ve depresyon Ölçekleri hastalar üzerinde uygulanmıştır(Ek 3).

3.5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeğinin amacı, hastanın -eğer varsa- depresif yakınmalarının şiddetini ölçmektir (56). Bu ölçekte her biri 0-3 arası seçenekten oluşan, hastanın depresif yakınmaları olup olmadığını ölçen yirmi bir soru yer almaktadır. Hastalar son iki haftayı dikkate alarak kendilerine en yakın cevabı işaretler ve bu cevaplar 0 (depresif yakınmaların yokluğu ile ilgili ifadeler) ile 3 (depresif yakınmaların en fazla oluşuyla ilgili ifadeler) arasında skorlanır. Toplam puan 0-63 arasında bir skor değeridir (57).Beck depresyon Ölçeği (BDÖ) 1989 yılında Hisli tarafından dilimize çevrilerek geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Kesme noktası Türkiye uyarlanması için 17 olarak belirtilmiştir (57).(Ek 4)

3.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kişinin sağlıklı boyutunu sekiz alt kategoride skorlayabilen bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması ile kullanımı Koçyiğit ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır (58,59). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ndeki kategoriler; fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, fiziksel ve duygusal nedenlerle oluşan kısıtlanma, vücut ağrısı, yorgunluk/enerji, duygusal iyilik hali, sosyal

fonksiyonu skorlamaya yarayan birtakım sorulardan oluşmaktadır (59). Ölçekte her bir alt kategori skoru 0-100 arasında değişmektedir. Her alt kategorideki soruda verilen 100 tam skor yanıtı kişiye ait en iyi sağlığı gösterirken, 0 skoru ise en kötü kötü sağlığı ortaya koymaktadır (59). (Ek 7)

3.7.Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), 18 yaş öncesi çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmaları taramak için kullanılan skorlama ölçeğidir (60). Ölçek, fiziksel ve duygusal ihmal, fiziksel ve duygusal istismar, cinsel istismar ve travmayı küçümsemeyi ölçmek için 28 alt maddeden oluşmaktadır. Her bir alt madde skoru 5-25 aralığında olup, total skor 25-125 arasındadır (60,61). Şar ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yaparak dilimize uyarlanmıştır. Total skorun yüksekliği, çocukluk çağı travmaları seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir (61). (Ek 5)

3.8. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Toronto Aleksitimi ölçeği, 1-5 arası skorlanan yirmi alt maddeden oluşan; kişinin duygularını tanıması ve dışavurmasını değerlendirme ölçeğidir (62). Duygularını Tanımada Güçlük, Duyguları Söze Dökmede Güçlük, Dışa-dönük Düşünme alt kategorileri vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği, Güleç ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Total skor, 3 alt testin ayrı ayrı total skoru da toplanarak, toplam Aleksitimi skoru edilerek değerlendirilir. TAÖ-20 değerlendirmesinde kategorize edilen alt başlıkların içeriğinde ters skorlanacak maddeler mevcuttur. Skorlamada Aleksitimik olmayan 51 ve daha altı, olası Aleksitimi 52-60, bariz Aleksitimik 60 ve üzeri olarak belirtilmiştir (63). (Ek 6)

3.9. Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT)

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), kişinin yüzüne bakarak duygularını tanımlama ve empati yetisi, görsel ve linguistik becerilerini içeren zihinsel süreçleri

skorlamaya çalışan bir resim duygu eşleştirme testidir (64). Türkçe'ye uyarlanması Yıldırım ve arkadaşlarının geçerlik güvenirlik çalışmasıyla yapılmıştır (65). Türkçe uyarlamasında otuz iki sayfadan oluşmaktadır. Her bir ayrı sayfada farklı bir duygulanımda olan insan gözünü ve alnı gösteren bir fotoğraf karesi mevcuttur. Test yapılan kişiden her bir fotoğraf karesindeki kişinin duygularını en iyi tanımlayan dört seçenekten, en uygun olan birini seçecek şekilde yanıtlamaları istenir (65). (Ek 8)

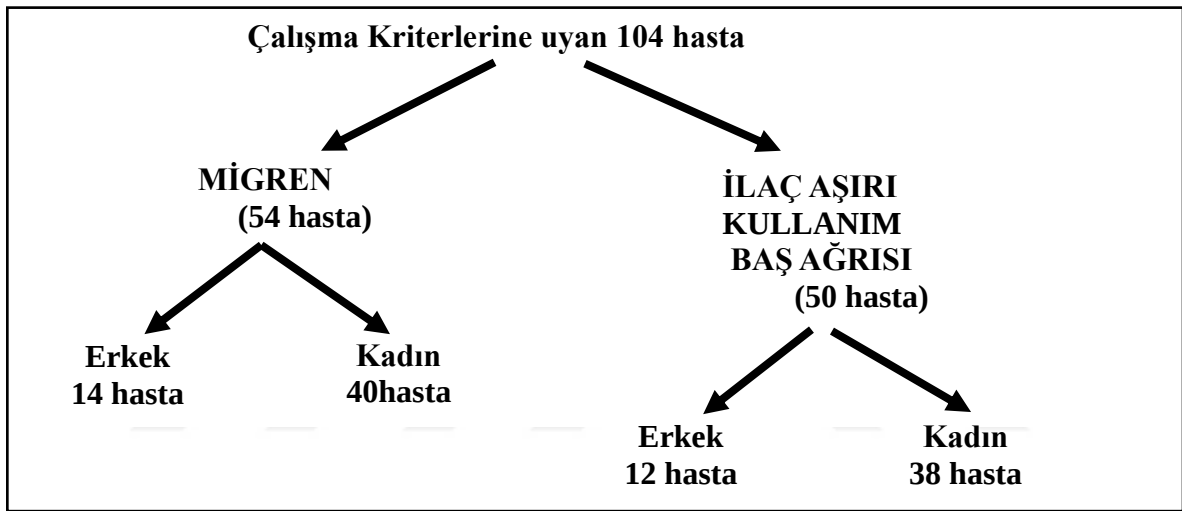
3.10. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 19.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Gruplarda sayısal değişkenler arasındaki ilişki normal dağılımı ise Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılımı değil ise Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. Düzeltilmiş ilişkiler Lineer ve Lojistik Regresyon Analizleri ile incelendi. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde 0,05'in altındaki p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısında, çocukluk çağı travmaları aleksitimi ve zihin kuramını karşılaştıran bu çalışmaya, nöroloji polikliniğimize başvuran 54'ü migren baş ağrısı ve 50'si İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı olan toplam 104 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların tamamı çalışmaya dahil edilme kriterlerine uymaktaydı. Çalışmaya dahil edilen hastaların gruplandırılması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çalışma Grupları: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) grubu



Migren baş ağrısı tanısı alanların % 74,1'i (n=40) kadın, %25,9'u (n=14) erkek cinsiyete sahipti. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı alan hastaların ise %48,7'si kadın (n=24), %46,2'si erkek (n=26) cinsiyete sahipti. Kadın ve erkeklerin baş ağrısı sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,821). Bu karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Cinsiyet dağılımının karşılaştırılması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	pDeğeri (p<0,05 olması anlamlı)
Erkek	14	12	0,821
Kadın	40	38	

Gruplar arasında eğitim düzeyleri arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Migren tanılı hastaların %70,4'ü (n=39) lise ve üzeri düzeyde eğitim görmüşken, bu oran İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı olanlarda %68,0 (n=34) bulunmuştur. Tüm vakaların eğitim düzeylerini karşılaştıran istatistik verilerinde ise anlamlı fark bulunmamış olup her iki gruptaki hastaların eğitim düzeyleri ortalamasında belirgin farklılık saptanmamıştır(p=0,264). Bu karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)
İlkokul	9	14
Ortaokul	7	2
Lise	17	16
Üniversite	21	18
Ortalama p değeri(p<0,05 olması anlamlı)	0,264	

Her iki baş ağrısı grubunda Yaş ortalaması ve Vizuel Analog skorlaması (VAS skoru) da karşılaştırılmıştır. Migren tanılı hastaların ortalama yaşı standart sapmaları ile birlikte $44,55 \pm 15,32$ iken; İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanısı alan hastaların ise $46,48 \pm 15,16$ olarak bulunmuştur(P=0,052).

Sonuçta, her iki grubun yaş ortalamasında anlamlı fark saptanmamıştır. Baş ağrısı skorlaması olan vizuel analog skorlaması (VAS skoru) değerlendirildiğinde ise, migren grubunun ortalaması $5,40 \pm 1,63$ iken İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda $7,04 \pm 1,29$ ortalama skor elde edilmiştir.

Bu bulgularla İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun ortalama Vizuel Analog skorlaması (VAS skoru), migren grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(P<0,001).Bu karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Yaş ortalaması ve VAS ağrı skoru ortalamalarının karşılaştırması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	pDeğeri (p<0,05 olması anlamlı)
Yaş	44,55	46,48	0,052
VAS	5,40	7,04	<0,001

Çalışmaya alınan hastaların kullanmakta olduğu baş ağrısı profilaktik tedavisinde, migren grubu ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grupları arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Migren grubunda profilaktik tedavi alanların oranı ortalama %48,1 (n=38) iken, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda bu oran %64,0 (n=12) olarak saptanmıştır. Migren grubunda profilaktik tedavi almayanların oranı ortalama %51,9 (n=41) iken, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda bu oran %36,0 (n=9) olarak saptanmıştır. Bu bulgularla migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grupları arasında, baş ağrısı için profilaktik tedavi alıp almaması durumunda anlamlı fark saptanmadığı görülmüştür (p=0,178). Bu karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Profilaktik tedavi alma durumlarının karşılaştırması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	pDeğeri (p<0,05 olması anlamlı)
Profilaktik Tedavi Alanlar	38	12	0,178
Profilaktik Tedavi Almayanlar	41	9	

Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarının baş ağrısı sıklığı karşılaştırıldığında, migren grubunda %64,8 (n= 35) oranında hastada haftada en az 2 kez baş ağrısı atağı saptanmışken, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubundaki tüm hastalarda haftada en az 2 kez baş ağrısı atağı olduğu saptanmıştır. Migren grubundaki 54 vakanın sadece 3'ünde hergün baş ağrısı olduğu saptanmışken, ilaç aşırı kullanım baş ağrısında 50 vakanın sadece 11'inde hergün baş ağrısı olduğu belirlenmiştir. Her iki grup arasındaki baş ağrısı sıklığının süreye göre alt gruplandırılması ayrı ayrı yapıldığında, her iki grubun baş

ağrısı sıklığında anlamlı fark saptanmıştır. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda baş ağrısı sıklığı, migren grubundan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($P<0,001$).Bu karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Baş Ağrısı Sıklığının karşılaştırılması

Ağrı Sıklığı	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)
Ayda 1’den az	3	0
Ayda 1-3 kez	16	0
Haftada 2 kez	16	16
Haftada 3’den fazla	16	23
Hergün	3	11
Ortalama p değeri ($p<0,05$ olması anlamlı)	<0,001	

Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB)gruplarının baş ağrısı süreleri karşılaştırıldığında, migren grubunda %46,4 (n= 13) oranında hastada 24 saatten uzun süren baş ağrısı atağı saptanmışken, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubundaki %53,6 (n= 13) 24 saatten uzun süren baş ağrısı atağı olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasındaki ağrı süresinin alt gruplandırılması ayrı ayrı yapıldığında, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubu ile migren grubu arasında baş ağrısı süresi arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($P=0,331$).Bu karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Baş Ağrısı Süresinin karşılaştırılması

Ağrı Süresi	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)
30 dk-3 saat	2	0
3-24 saat	39	35
24 saatten çok	13	15
Ortalama p değeri- $p<0,05$ anlamlı	0,331	

Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarının depresyon ve anksiyete bulguları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, hem Beck anksiyete hem de Beck depresyon ölçeğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($P<0,001$).

Migren grubunda Beck depresyon ölçeği ortalaması standart sapma ile birlikte $13,56 \pm 6,14$ olarak saptanırken, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda standart sapma ile birlikte bu ortalama $13,14 \pm 8,52$ olarak bulunmuştur.

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun Beck anksiyete ve depresyon ölçekleri skorlarının migren grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmekte olup, migren grubunun depresyon ve anksiyete skorları daha düşük kalmaktadır.

Sonuç olarak İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda depresyon ve anksiyete bulgularının belirgin olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Veriler Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek skorları ortalamalarının karşılaştırılması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	pDeğeri (p<0,05 olması anlamlı)
Beck Anksiyete Ölçeği	6,66	13,14	<0,001
Beck Depresyon Ölçeği	6,46	13,56	<0,001

Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında, hastaların yaşam kalitesinde anlamlı fark olup olmadığı da incelenmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)’nin 8 alt ölçeği, her iki grup arasında karşılaştırılmıştır.

Yaşam kalitesi ile ilgili tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (8 ölçeğin p değeri incelendiğinde: $p<0,05$).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda yaşam kalitesi ile ilgili bulguların, migren grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu İlaç aşırı kullanım baş ağrısı vakalarında yaşam kalitesi ile ilgili verilerin daha kötücül olduğunu göstermektedir.

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ve migren grubundaki yaşam kalitesi verileri ile ilgili karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında SF-36 Ölçeğinin alt grup skorlarının ortalamasının karşılaştırılması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	p Değeri (p<0,05 olması anlamlı)
Fiziksel fonksiyon	96,29	86,50	0,008
Fiziksel rol güçlüğü	71,75	47,00	0,001
Emosyonel rol güçlüğü	77,36	39,99	<0,001
Enerji/ canlılık	73,55	57,20	<0,001
Ruhsal Sağlık	75,85	56,80	<0,001
Sosyal işlevsellik	74,07	55,50	<0,001
Ağrı	69,90	51,80	<0,001
Genel sağlık algısı	77,77	63,60	<0,001

Migren ve İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı (IAKB) gruplarında Aleksitimi düzeyleri arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) toplam skoru migren grubunda ortalama olarak $33,07 \pm 14,28$ iken; İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda ortalama olarak $53,0 \pm 18,65$ olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında aleksitimi skoru toplam değerinin anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur ($P<0,001$).

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)'nin Türkçe uyarlanmış formunda, toplam skoru 51'den büyük 60'a kadar skoru olanlar olası aleksitimi, 60 ve üzeri skor alanlar ise aleksitimik olarak değerlendirilmektedir (63). Çalışmamızda gruplar arasında total skor olarak aleksitimi açısından anlamlı bulgu saptanıp saptanmadığı incelenmiştir. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) total skoru üzerinden gruplar değerlendirildiğinde, migren grubunda 33,07 total skoruyla ortalama aleksitimi olmadığı görülmekte iken; İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda 53,0 total skoruyla ortalama olası aleksitimi yönünde değerlendirilebilecek ortalama skor elde edilmiştir. Bu bulgular ışığında, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun (IAKB) toplam aleksitimi düzeyinin, migren grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu yönünde somut veri elde edilmiştir. Grupların her birinin içinde toplam ortalama aleksitimi skorları birarada değerlendirildiğinde, migren grubunun anlamlı aleksitimi bulguları göstermediği ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda olası aleksitimi bulguları saptandığı görülmektedir. Toplam aleksitimi skorundaki anlamlı fark ile uyumlu

olarak, alt ölçeklerde anlamlı fark olup olmadığı da incelenmiştir. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) alt grupları karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde anlamlı fark saptanmıştır ($P<0,001$). Yani, Aleksitimiye ait alt gruplar olan Duygularını Tanımada Güçlük ve Söze Dökmede Güçlük, Dışa-dönük Düşünme ayrı ayrı değerlendirildiğinde, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda migren grubuna göre anlamlı olarak yüksek skorlar elde edilmiştir. Sonuç olarak, migren grubu ile karşılaştırıldığında İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda belirgin olarak aleksitimi yönünde düşünsel ve davranışsal bulgular saptandığı görülmektedir. Hasta gruplarındaki aleksitimi skorlarının karşılaştırmasına ait sayısal veriler Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki(TAÖ-20) alt grup skorlarının ortalamasının karşılaştırılması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	p Değeri ($p<0,05$ olması anlamlı)
TAÖ-1 Duygularını Tanımada Güçlük	10,46	18,22	<0,001
TAÖ-2 Duyguları Söze Dökmede Güçlük	8,18	13,62	<0,001
TAÖ-3 Dışa-dönük Düşünme	14,38	20,92	<0,001
TAÖ Total Skor	33,07	53,0	<0,001

Migren ve İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı (IAKB) gruplarında, baş ağrısı tiplerinin birbirinden farklılaşmasında etkili olabilecek faktörlerden olan Çocukluk çağı ruhsal travma durumu da karşılaştırılmıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğindeki (ÇÇTÖ) toplam skor migren grubunda ortalama olarak $32,03 \pm 10,20$ iken; İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda ortalama olarak $41,12 \pm 19,25$ olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında total skor değerinin anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur ($P=0,003$).

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) Türkçe uyarlanmış formunda, total puanda ruhsal travma açısından anlamlı sınırın 35 puan dolayında olabileceği belirtilmiştir (61). Alt ölçeklerinde ise Cinsel İstismar ve Fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, Fiziksel İhmal ve Duygusal İstismar için 7 puanın aşılması, Duygusal İhmal için ise 12 puanın aşılması anlamlı olduğu belirtilmiştir (61).

Çalışmamızda, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru üzerinden gruplar değerlendirildiğinde, migren grubunda ortalama 32,03 total skoruyla Çocukluk çağı ruhsal travması olarak değerlendirilebilecek değerlerin altında kalan bulgular görülmekte iken; İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda ise 41,12 total skoruyla Çocukluk çağı ruhsal travmasına maruziyet açısından üst sınırı aşmış bir ortalama skor elde edilmiştir. Bu bulgular ışığında, İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı grubunun (IAKB) Çocukluk çağı ruhsal travmaya maruziyet düzeyinin, migren grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu yönünde somut veriler elde edilmiştir.

Alt ölçeklerin her biri ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise, Fiziksel istismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İstismar için ortalama skorun her iki grupta anlamlı değeri aştığı fakat Duygusal İhmal için her iki grupta da sınır değerinin altında kaldığı görülmektedir.

Cinsel İstismar alt ölçeğinde ise istismara maruz kalmamak 5,0 puan almaktadır; hastalardan alınan verilerde, Migren grubunda hiçbir vaka bu alt gruptaki sorulara cinsel istismara uğradığı yönde yanıt vermemiştir bu nedenle taban 5,0 puan ortalama verisi ortaya çıkmıştır; fakat İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda ise sadece birkaç vakada cinsel istismara uğradığını belirten sonuçlar alınmıştır. Bu nedenle istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemektedir ($p=0,56$)

Fiziksel istismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal için her iki çalışma grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($P<0,001$) ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda bu ruhsal travma alt ölçek skorları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, migren grubu ile karşılaştırıldığında İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda; Çocukluk çağı ruhsal travmalarına maruziyetini gösteren bulguların klinik olarak anlamlı ölçüde belirgin ve yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Hasta gruplarındaki Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği ile ilgili verilerin karşılaştırmasına ait sayısal veriler Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğindeki (ÇÇTÖ) alt grup skorlarının ortalamasının karşılaştırılması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	p Değeri (p<0,05 olması anlamlı)
Fiziksel İhmal	7,25	9,62	0,005
Duygusal İstismar	7,11	8,80	0,033
Fiziksel İstismar	5,74	7,26	0,029
Duygusal İhmal	7,22	10,78	<0,001
Cinsel İstismar	5,00	5,86	0,56
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) Total Skor	32,03	41,12	0,003

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), kişinin yüzüne bakarak duygularını tanımlama ve empati yetisi, görsel ve linguistik becerilerini içeren zihinsel süreçleri skorlamaya çalışan bir resim duygu eşleştirme testidir. Davranış nörolojisinde zihin kuramını değerlendirmede kullanılmaktadır (64). Çalışmamızda, migren grubu ve İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı (IAKB) gruplarında Zihin Kuramını değerlendirmek açısından yapılan, Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT) skorlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Migren grubunda standart sapmaları ile birlikte ortalama 21,22±5,29 iken;İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda ortalama 16,36±5,06 olarak saptanmıştır. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) total skorları karşılaştırıldığında Migren grubunda, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (P<0,001). Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) için daha düşük skorlar almak testte başarısızlık açısından anlamlıdır, bu nedenle ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun bu testte anlamlı olarak daha başarısız olduğu görülmektedir. Hasta gruplarındaki çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği ile ilgili verilerin karşılaştırmasına ait sayısal veriler Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Zihin Kuramını değerlendirmek açısından yapılan, gözlerden zihin okuma testi(GZOT) Skorlarının Karşılaştırılması

	Migren (n=54)	İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (n=50)	p Değeri (p<0,05 olması anlamlı)
Gözlerden Zihin Okuma Testi Total Skoru	21,22	16,36	<0,001

Ek olarak hastaların aleksitimi, çocukluk çağı travmasına maruziyet, depresyon ve anksiyete bulgularının, baş ağrısının klinik özellikleri ile ilgili incelenen diğer verilerin birbiriyle bağlantısı olup olmadığını göstermek amacıyla regresyonel analiz yapılmıştır. Regresyonel analizlerde, çalışmamızın ana konusu olan aleksitimi, çocukluk çağı ruhsal travmasına maruziyet ve zihin kuramı (gözlerden zihin okuma testi) üzerinde değerlendirme yapılmıştır.

Bunu sağlamak amacıyla, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) total skoru, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru, gözlerden zihin okuma testi (GZOT) total skoru bulgularının, diğer ölçekler ve ilgili klinik verilerle ayrı ayrı karşılaştırılmış anlamlı ilişki olup olmadığı bakılmıştır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) total skoru ile beck depresyon ve anksiyete skorları, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru, Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) total skoru arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=3,103$; $p=0,004$, $R^2=0,215$).

Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki (TAÖ-20) total skoru artışı, Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) total skoru düzeyi ile ters orantılıdır ($\beta=-0,445$). Beck Depresyon ve Anksiyete skorlarındaki artış, Toronto Aleksitimi Ölçeğindeki (TAÖ-20) total skoru düzeyi ile doğru orantılıdır ($\beta=1,064$ ve $0,228$). Ek olarak, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) total skorundaki artış da, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru düzeyi ile doğru orantılıdır ($\beta=0,233$). Regresyonel analiz sonuçlarıyla ilgili veriler Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Toronto Aleksitimi Ölçeği total skoru(TAÖ-20) ile hastaların Depresyon-Anksiyete Çocukluk çağı ruhsal travması skoru, Gözlerden Zihin okuma testi skorları ile karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model (p)(p<0,05 anlamlı)	R ²
Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Total Skoru	Sabit	29,921	4,738	<0,001	25,017	<0,001	0,503
	Beck Depresyon Ölçeği	1,064	3,541	0,001			
	Beck Anksiyete Ölçeği	0,228	0,798	0,427			
	Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği Total Skoru	0,233	2,185	0,031			
	Gözlerden Zihin Okuma Toplam skoru (GZOT)	-0,445	-1,757	0,082			

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru ile Beck depresyon ve anksiyete skorları, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) total skoru, Gözlerden zihin okuma testi(GZOT) total skoru arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=14,976; **p<0,001**, R²=0,377).

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru artışı, Gözlerden Zihin Okuma Testi(GZOT) total skoru düzeyi ile ters orantılıdır (β = -0,184).

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skorundaki artış, Beck depresyon ve anksiyete skorları düzeyi ile doğru orantılıdır (sırasıyla β =0,208 ve 0,941). Ek olarak, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) skorundaki artış, çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru düzeyi ile doğru orantılıdır (β =0,197).

Tüm hastalardaki aleksitimi durumu, depresyon ve anksiyete bulguları, çocukluk çağı travmasına maruziyet skorlarının yüksekliği birbirleriyle doğru orantılı olarak bulunmuşken gözlerden zihin okuma testi ile ters orantılı olarak bulunmuştur.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)'nin diğer ilgili ölçeklerle ilişkisini inceleyen regresyonel analiz sonuçları Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeğindeki (ÇÇTÖ) Total Skorun; hastaların Depresyon-Anksiyete skorları, Aleksitimi skoru, Gözlerden Zihin okuma testi skorları ile karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model (p) (p<0,05 anlamlı)	R ²
Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği (ÇÇTÖ) Total Skoru	Sabit	17,224	2,780	0,007	14,976	<0,001	0,377
	Beck Depresyon Ölçeği	0,208	0,712	0,478			
	BeckAnksiyete Ölçeği	0,941	3,813	<0,001			
	Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Total Skoru	0,197	2,185	0,031			
	Gözlerden Zihin Okuma Toplam skoru (GZOT)	-0,184	-0,781	0,437			

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) total skoru ile Beck depresyon ve anksiyete skorları,Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) total skoru, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=3,930; **p=0,005**, R²=0,137).

Gözlerden zihin okuma testi total skorundaki artış ile, Beck depresyon ve Anksiyete skorları, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skoru, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ile GZOT total skoru ters orantılıdır (sırasıyla β =-0,025, -0,125, -0,068, -0,033).

Gözlerden zihin okuma testinde düşük skorların başarısızlık açısından anlamlı olduğu da göz önüne alındığında, bu regresyon analizlerindeki bulgularla, hastalarda aleksitimi ve çocukluk çağı ruhsal travması ve de depresyon-anksiyete bulgularının birbirleriyle bağlantılı olarak yükseldiği saptanmıştır. Regresyonel analiz sonuçlarıile ilgili veriler Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) Total Skorun hastaların Depresyon-Ankisyete skorları, Aleksitimi skoru, Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği (ÇÇTÖ) total skorları ile karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model (p) (p<0,05 anlamlı)	R ²
Gözlerden Zihin Okuma Toplam skoru (GZOT)	Sabit	22,050	13,788	<0,001	3,930	0,005	0,137
	Beck Depresyon Ölçeği	-0,025	-0,201	0,841			
	Beck Ankisyete Ölçeği	-0,125	-1,119	0,266			
	Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Total Skoru	-0,068	-1,757	0,082			
	Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği (ÇÇTÖ) Total Skoru	-0,033	-0,781	0,437			

Çalışmamızda elde edilen bulguların, migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı üzerinde bütüncül olarak değerlendirilmesi; tartışma kısmında daha detaylı olarak ele alınacaktır.

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hasta grupları, duyguları tanımlama ve ifade etme yeteneği olan aleksitimi durumu, geçmişteki ruhsal travmalar açısından çocukluk çağı travmaları ve zihin kuramı açısından karşılaştırılmıştır. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarının, migren hastalarına göre daha yüksek düzeyde duyguları tanımlama ve ifade etme zorluğu yaşadığı görülmüştür. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun daha fazla çocukluk çağı travması maruziyeti yaşadığı ve bunlarla bağlantılı olarak kendisininve başkalarının duygularını anlama yeteneğinin daha zayıf olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı oluşumunda aleksitimi ile ilişkili psikopatolojik faktörlerin ve çocukluk çağı travmalarının önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Hasta gruplarından elde edilen verilerin birbiriyle bağlantısının karşılaştırıldığı regresyon analizinde tüm gruplardaki hastalarda, gözlerden zihin okuma testinde(zihin kuramı) başarısızlık durumunun, aleksitimi ve çocukluk çağı ruhsal travması skorlarıyla paralel olarak yükseldiği ve tüm bunlarla birlikte yüksek depresyon-anksiyete skorlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, aleksitimi ve çocukluk çağı travmasının, depresyon ve anksiyete semptomlarını artırarak İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişimine neden olabileceğini düşündürmektedir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde aleksitimi, çocukluk çağı travması, depresyon ve anksiyeteyi hedef alan tedavilerin de önemli rol oynayabileceğini işaret etmektedir.

Demografik özelliklerin incelendiği istatistiksel verilerin analizinde ise, her iki grupta da kadın ve erkeklerin baş ağrısı sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki gruptaki hastaların eğitim düzeyleri ve yaş ortalamasında da anlamlı fark saptanmamıştır. Migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grupları arasında, baş ağrısı için profilaktik tedavi alıp almaması durumunda anlamlı fark saptanmadığı görülmüştür. Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarının demografik ve klinik özellikleri (cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş, profilaktik tedavi kullanımı) bakımından benzerlik göstermesi, her iki baş ağrısı tipinin de patofizyolojisinde ortak mekanizmaların rol oynayabileceğini düşündürmektedir, Daha önceki çalışmaların sonuçlarında da çalışmamızla uyumlu sonuçlar saptanmıştır (24,26).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun ortalama Vizuel Analog Skorlaması (VAS skoru), migren grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastaları analjezik kötüye kullanımına iten psikopatolojik mekanizma düşünüldüğünde bu sonuç uyumludur. Bu durumdan hareketle baş ağrısı sıklığı ve süresi hakkındaki veriler de bir arada incelenmiştir. Migren grubu ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grupları arasındaki baş ağrısı sıklığının süreye göre alt gruplandırılması ayrı ayrı yapıldığında, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda baş ağrısı sıklığı, migren grubundan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır; fakat İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubu ile migren grubu arasında baş ağrısı süresi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı arasındaki baş ağrısı sıklığı farkı, psikolojik faktörlerin rol oynadığı bir kısır döngüden veya iki gruptaki ağrı modülasyon sistemlerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısında psikolojik faktörler ve ağrı modülasyon sistemindeki farklılıkları da içeren çalışmaların sonuçlarında da çalışmamızla uyumlu sonuçlar saptanmış olup bunu desteklemektedir (28,29,30). Ağrı eşiğini düşüren opioid sistem işlev bozukluğunun, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubundada daha yüksek olması nedeniyle, daha sık baş ağrısı ataklarına neden olduğu da düşünülebilir. Bu konuda yapılmış daha önceki bir çalışmada ilaç aşırı kullanım baş ağrısında opioid sistem bozukluğunun baş ağrısı gelişimi ve sıklığıyla ilgili benzer sonuçlar saptanmış olup bunu desteklemektedir (66).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun Beck anksiyete ve depresyon ölçekleri skorlarının migren grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu, sonuç olarak ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda depresyon ve anksiyete bulgularının belirgin olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Daha önceki çalışmaların sonuçlarında da çalışmamızla uyumlu sonuçlar saptanmış olup bunu desteklemektedir (24,25). Depresyon ve anksiyete ile ilgili gruplar arasındaki bu farklılıklar, çalışmamızın ana konusu olan aleksitimi, zihin kuramı, çocukluk çağı travmaları ile bağlantılıdır. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında Aleksitimi durumu yani duygularını tanımlama ve ifade etme zorluğu daha yaygındır. Bu durum, ağrının duygusal boyutunu yönetmeyi zorlaştırabilir ve artan ağrı sıklığı ve şiddetine yol açabilir, sonuçta hastanın anksiyetik ve depresif bulgularını artırabilir. Depresyon anksiyete ile çocukluk çağı travması aleksitimi bağlantısını inceleyen önceki çalışmaların sonuçları da bunu desteklemektedir (45,46,67). Yine ilaç aşırı kullanım baş ağrısı vakalarında çocukluk çağı travması ölçeklerinde skorların yüksek oluşu, vakaların stres tepkilerini ve ağrı algısını etkileyebilecek ve sonuçta yüksek depresyon ve anksiyete

skorlarına neden olabilecek uzun süreli etkiler yarattığını düşündürmektedir. Bu bulgular İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ve migren baş ağrısının depresyon ve anksiyete durumlarını inceleyen önceki çalışmalarla da uyumludur (24,25).

Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında, hastaların yaşam kalitesinde anlamlı fark olup olmadığı da incelenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36)'nın tüm alt ölçeklerinde, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda yaşam kalitesi ile ilgili bulguların, migren grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısının yaşam kalitesiyle ilgili parametreleri içeren Chen ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik çalışma ve sonrasında Cevoli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlarla gösterilmiştir (26,33). Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği (SF-36)'nın alt gruplarından özellikle duygusal rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik gibi yaşam kalitesinin psikolojik yönleriyle direkt bağlantılı alt gruplar ele alındığında; bu ölçeklerin tümünün İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gruplarında yüksek olduğu görülmüştür. Alt grup ölçeklerini inceleyen önceki bir çalışmada da, çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmuştur (68). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda yaşam kalitesinin psikolojik yönleriyle ilişkili alt grup ölçeklerinin yüksek oluşu nedeniyle, yaşam kalitesini iyileştirmede belli psikiyatrik tedavilerin ve psikoterapilerin özellikle İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarının yaşam kalitesini iyileştirmede önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu konuyla ilgili daha önce yapılan çalışmaların sonuçları da bunu desteklemektedir (69,70).

Aleksitimi, duyguları tanımlayamama ve ifade edememe ile karakterize edilen bir kişilik özelliğidir, psikopatolojik ve nöropatolojik bir durumdur. Nesnel ölçeklemesi için Toronto aleksitimi ölçeği skorlaması kullanılmaktadır(35). Çalışmamızda ele alınan migren ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (IAKB) gruplarında Aleksitimi düzeyleri arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, migren grubunda aleksitimi olmadığı yönünde skorlar görülmekte iken; İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ortalama olarak olası aleksitimi yönünde değerlendirilebilecek skorlar elde edilmiştir. Migren grubunun anlamlı aleksitimi bulguları göstermediği ve İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda olası aleksitimi bulguları saptandığı görülmektedir. Daha önceki yapılan çalışmaların sonuçları da bunu desteklemektedir (39,40,52). Aleksitimi ölçeğine ait alt gruplar olan Duygularını Tanımada Güçlük ve Söze Dökmede Güçlük, Dışa-dönük Düşünme ayrı ayrı değerlendirildiğinde de, migren grubu ile karşılaştırıldığında İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda belirgin olarak aleksitimi

yönünde düşünsel ve davranışsal bulgular saptandığı görülmektedir. Bu bulgularla İlaç Aşırı Kullanım Baş ağrısı gelişiminde, aleksitiminin ön planda rol oynayabileceği öne sürülebilir. Önceki bir çalışmada da bu durumla uyumlu sonuçlar saptanmıştır (52). Aleksitiminin baş ağrı sıklığı ve şiddetiyle ilişkisi, baş ağrısıyla ilgili duygusal stresle başa çıkma ve baş ağrısına yönelik tedaviye uyumlulukla bağlantısını göz önünde bulundurabiliriz. Aleksitimi, duyguları tanımlama ve ifade etme zorluğu ile ilişkili olduğundan baş ağrısının duygusal boyutunu yönetmeyi zorlaştırabilir ve artan ağrı sıklığı ve şiddetine yol açabilir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında daha yüksek aleksitimi düzeyi, bu hastalarda artan ağrı sıklığı ve şiddetine katkıda bulunmaktadır, çalışmamızda İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda anlamlı olarak daha sık baş ağrısı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgular aleksitimi durumunun, psikopatolojik olarak duygusal stresle başa çıkmayı zorlaştırabileğinden, aleksitimi düzeyi anlamlı olarak yüksek saptanan İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarının ruhsal travmalara karşı daha az dirençli olduğunu düşündürmektedir. Daha önceki yapılan çalışmalarda da uyumlu sonuçlar saptanmıştır (24,25). İlaç aşırı kullanım baş ağrısında, aleksitimi hedef alabilecek psikiyatrik terapilerin de baş ağrısı sıklığı ve şiddetini azaltmada önemli rol oynayabileceğini göstermektedir. Daha önceki yapılan çalışmalarda da hipotezimize uyumlu sonuçlar saptanmıştır (67,68). Çalışmamızda İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda yüksek aleksitimi düzeyiyle paralel şekilde Çocukluk çağı ruhsal travmasına maruziyet düzeyinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişiminde, çocukluk çağı travmasına maruziyetin yüksek oluşunun aleksitimi durumuyla bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. Yapılan daha önceki bir çalışmada bunu destekler ölçüde uyumlu sonuçlar gösterilmiştir (52). Çalışmamızda aleksitimi ile zihin kuramı arasındaki bağlantı da incelenmiştir. Zihin kuramını inceleyen gözlerden zihin okuma testinde, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastaları epizodik migren hastalarına göre anlamlı olarak daha düşük başarı elde etmiştir. Gözlerden zihin okuma testinde başarısız olan İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda, aleksitimi ile ilişkili ölçeklerde daha yüksek skorlar saptanmıştır. Bu durum, aleksitimi ile gözlerden zihin okuma testindeki başarısızlığın birbiriyle ilişkili olduğunu düşündürmekte ve zihin kuramı ile aleksitimi bağlantısını işaret etmektedir. Daha önceki yapılan bir çalışmada da uyumlu sonuçlar elde edilmekte olup bunu desteklemektedir (46).

Çocukluk çağı ruhsal travması yaşayan bireylerde, diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurmada zorluk yaşayabilirler. Bu kişiler, diğer insanlarla çatışmalı, duygusal olarak yoksun ve duygular olarak mesafeli ve öfkeli ilişkiler kurabilirler. Ayrıca, ilaç ve madde bağımlılığı geliştirme riskleri de daha yüksektir (51). Hem çocukluk çağı travmaları hem de ruhsal stresle ilişkili olaylar, kronik ağrı sendromlarının gelişmesine katkıda bulunur gibi görünmektedir. Bunun nedeni, sinir, bağışıklık ve endokrin sistemlerini etkilemeleri ve ilerleyen yaşlarda ağrının başlaması ve devamlılığı ile ilişkili olmalarıdır (71). Kaplan ve arkadaşlarının yaptığı Çocukluk çağı ruhsal travmalarının baş ağrısıyla ilişkisini inceleyen retrospektif bir çalışmada, migren grubuyla karşılaştırıldığında, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında çocukluk çağıyla ilişkili duygusal ve fiziksel travma ilgili ölçek verilerinin anlamlı olarak yüksek olmasıyla birlikte aleksitimi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (52). Çalışmamızda, çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği (ÇÇTÖ) ortalama total skoru üzerinden gruplar değerlendirildiğinde, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun (IAKB) çocukluk çağı ruhsal travmaya maruziyet düzeyinin, migren grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu yönünde somut veriler elde edilmiştir. Ölçeğin alt gruplarının istatistiğinde Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal için İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda migren grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek skorlar elde edilmiştir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda; Çocukluk çağı ruhsal travmalarına maruziyetini gösteren bulguların klinik olarak anlamlı ölçüde belirgin ve yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Tietjen ve arkadaşlarının yaptığı daha önceki bir çalışmada da çalışmamızı destekler sonuçlar alınmıştır, çocukluk çağı istismarı yaşamış kişilerde migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrılarının daha sakat bırakıcı, daha sık ve epizod şeklinde görüldüğü gösterilmiştir (72).

Çocukluk çağı ruhsal travmaları hastaların ruhsal stres tepkilerini ve ağrı algısını etkileyebilecek uzun süreli etkilere yol açabileğinden artan ağrı sıklığı ve şiddetini tetikleyebilir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında daha yüksek ölçek alt skorları, bu hastalarda artan ağrı sıklığı ve şiddetine katkıda bulunabilmenin yanında duyguları tanımlama ve ifade etme yeteneğini etkilediğinden aleksitimi durumunu da tetiklemektedir. Çalışmamızdaki depresyon ve anksiyete ölçekleriyle ilgili bulguların, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda yüksek olması ve çocukluk çağı ruhsal travması skorlarının bunlarla paralel olarak yüksek oluşu bunu doğrulamaktadır. Bu bulgular, özellikle İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde; çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkilerini ortadan

kaldırmaya yarayabilecek psikiyatrik yaklaşımların da ilaç tedavisine destek olarak bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Daha önceki yapılan çalışmaların sonuçları da bunu desteklemektedir (69,70).

Çalışmamızda İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda çocukluk çağı ruhsal travmasına daha yüksek maruziyet saptanmasıyla birlikte, yine İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda aleksitimi düzeyinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişiminde, çocukluk çağı travmasına maruziyetin yüksek oluşunun aleksitimi durumuyla bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. Yapılan daha önceki çalışmalarda da bunu destekler ölçüde uyumlu sonuçlar gösterilmiştir (52,73).

Zihin kuramı kavramı, başkalarının zihinsel durumlarını ve duygularını fark edebilme becerisi olarak tanımlanmıştır, bunu test edebilmek adına geliştirilen Gözlerden zihin okuma testi (GZOT) kullanılmaktadır (45). Gözlerden zihin okuma testi (GZOT) için daha düşük skorlar almak testte başarısızlık açısından anlamlıdır. Romozzi ve arkadaşlarının çalışmasında Gözlerden Zihin okuma testinde İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastaları, epizodik migren hastalarına göre anlamlı olarak daha düşük başarı elde etmiştir. Yine aynı çalışmada İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastaları, epizodik migren hastalarına göre daha yüksek aleksitimi seviyesine sahip olarak saptanmıştır (46). Çalışmamızda ise zihin kuramını değerlendirmek için kullanılan gözlerden zihin okuma testi (GZOT) total skorları her iki grup arasında karşılaştırıldığında, migren grubunda, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur bu nedenle çalışmamızda ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun bu testte anlamlı olarak daha başarısız olduğu görülmektedir. Zihin kuramı açısından değerlendirildiğinde, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı vakalarında duygularını anlama zorluğunun daha yüksek olması, başkalarının desteğini alma ve baş ağrısı ile başa çıkma konusunda zorluklar yaratacağından; anksiyete ve depresif duygudurumu tetikleyerek, artan ağrı sıklığına ve yüksek ağrı şiddetine neden olduğunu düşündürmektedir. Zihin kuramının, aleksitimi ve çocukluk çağı ruhsal travmalarıyla bağlantısı da ele alındığında; aleksitimi çocukluk çağı ruhsal travması ve zihin kuramının hep birlikte bağlantılı olarak, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişiminde rol oynadığını göstermektedir. Bu konuyla ilgili yapılan daha önceki çalışmalarda da çalışmamızı destekler ölçüde uyumlu sonuçlar gösterilmiştir (46,52,67).

Tartışmaya sonuç olarak, çalışmamızda araştırılan ana başlıklar bütüncül olarak değerlendirildiğinde; yani hastalardaki aleksitimi durumu, depresyon ve anksiyete bulguları, çocukluk çağı travmasına maruziyet açısından bulgulara birlikte bakıldığında; migren grubuna göre ilaç aşırı kullanımı baş ağrısı grubunda istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilen daha yüksek skorlar alındığı, tüm bunlara paralel olarak Zihin kuramıyla ilişkili Gözlerden zihin okuma testinde de ilaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunun daha başarısız olduğu bulgusu görülmektedir. Bu durum analjezik aşırı kullanımının gelişiminde psikopatolojik faktörlerin risk faktörü olduğunu işaret etmektedir. Bu bulgudan hareketle, özellikle İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde; aleksitimi ve ruhsal travma öykülerine yönelik psikiyatrik tedavi ve terapi yaklaşımlarının da, baş ağrısına yönelik nörolojik tedaviye destek olmada önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Daha önce yapılan çalışmaların sonuçları da uyumlu olup bunu desteklemektedir (69,70).

Çalışmamızın belirli kısıtlılıkları mevcuttur. Bariz kısıtlılıklardan biri; çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin (ÇÇTÖ), cinsel istismar alt ölçeğinde vakaların çoğunluğunun cinsel istismara maruz kaldığıyla ilgili yeterli veri vermediğini düşündürmektedir. Migren grubunda hiçbir vaka bu alt gruptaki sorulara cinsel istismara uğradığı yönde yanıt vermemiştir bu nedenle taban 5,0 puan ortalama verisi ortaya çıkmıştır; fakat İlaç aşırı kullanım baş ağrısı grubunda ise sadece birkaç vakada cinsel istismara uğradığını belirten sonuçlar alınmıştır. Hastaların bu ölçeğe yeterli yanıt vermemesi, çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği ile ilgili total skoru etkileyebilir.

Ayrıca en önemli kısıtlılıklarımızdan bir diğeri ise İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarının aile öykülerinin hem ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hem de diğer madde kullanımları açısından çalışmaya dahil edememiş olmamızdır. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı vakalarının birçoğunun depresyon ve anksiyete skorlarının yüksek olması da ele alındığında vakalardaki yüksek psikopatolojik durumla paralel olarak, çalışmada yapılan görüşmeler sırasında hastaların ailesel verileriyle ilgili sorulara yanıt vermemesi bu verileri sağlayabilmemizde önemli bir engel oluşturduğunu belirtiyoruz. Ek olarak bu durumun aile bireylerine ulaşmamız açısından büyük bir engel oluşturduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, gelecekteki olası çalışmalara yönelik öngörülerde de bulunmamızı sağlamıştır. Özellikle İlaç aşırı kullanımı olan hastalarda madde bağımlılığı ile ilgili ölçeklerin kullanılması ve yine aile öyküsünün

detaylandırılarak elde edilecek bazı genetik ve sosyokültürel verilerin de gelecek çalışmalara dâhil edilmesinin; ilaç aşırı kullanım baş ağrısı ve migren gruplarının birbirleriyle bağlantılı olan diğer risk faktörlerini aydınlatmak açısından daha açıklayıcı olacaktır.



6. KAYNAKLAR

- 1- Erdemoğlu ve ark. “Baş ağrısında Yaşam Kalitesi ve Ölçümü Quality of Life and Its Measurement in Headache. “ Türk Nöroloji Dergisi Turkish Journal of Neurology Cilt- Volume: 20 Özel Sayı-Supplement: 1 Aralık-December 2014 Sayfa-Page: 1-99
- 2-De Vries B, Frants RR, Ferrari MD, van den Maagdenberg AM. “Molecular genetics of migraine” Hum Genet 2009;126:115-132.
- 3- Lipton RB et al. “Improving the classification of migraine subtypes: An empirical approach based on factor mixture models in the American Migraine Prevalence and Preventionn(AMPP) study.” Headache 2014;54:830-849.
- 4- Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T. “GBD 2015: migraine is the third cause of disabilityin under 50s.” J Headache Pain 2016;17:104.
- 5- Zaza Katsarava, Dawn C. Buse, Aubrey N. Manack et al. “Defining the Differences Between Episodic Migraine and Chronic Migraine.” Curr Pain Headache Rep. 2012; 16(1): 86–92.
- 6- International Headache Society. International Classification of Headache Disorders (ICHD) -3 - The International Classification of Headache Disorders 3 rd Edition (ICHD-3). 2018
- 7- Hagen K, Linde M et al..” Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-upstudy. The Nord-Trøndelag Health Studies. Pain. 2012 Jan;153(1):56-61. doi: 10.1016/j.pain.2011.08.018. Epub 2011 Oct 22.
- 8- Charles A. “The pathophysiology of migraine: implications for clinical management.” The Lancet Neurology. 2018; 17: 174–82.
- 9-Robbins MS, Grosberg BM, Lipton RB (eds). “Headache.” Black And Wiley, p:16,57,106-8. 2013.
- 10- Öge E. Nöroloji Temel Kitabı. Nöroloji Temel Kitabı. 2014. Bölüm 25, 441–445 p.
- 11- Öztürk M. “Migren-Atak ve Profiaktik Tedavi.” In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N. SA, editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2018. p. 51–66.

- 12- İdiman F. “Migren Baş Ağrısı, Tipleri, Tanı ve Tedavi.” Türkiye Klinikleri Nöroloji - Özel Konular. 2018; 11: 28–42.
- 13- Shi X, Di W, Wieczorek A. “Basic and Clinical Advances in the Diagnosis and Management of Migraine.” Hindawi Limited; 2020; 8958143: 2.
- 14- Charles A. “The pathophysiology of migraine: implications for clinical management.” The Lancet Neurology. 2018; 17: 174–82.
- 15- Nagata E. “Recent advances in the elucidation of migraine pathophysiology.” Clinical Neurology. 2020; 60: 20–26.
- 16- Erdener Ş.E., Dalkara T. “Fizyopatoloji Temelinde Migren Tedavisi.” In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N., Siva A., editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2018. p. 33–50.
- 17- Vetvik KG, MacGregor EA. “Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine.” The Lancet Neurology. 2017; 16: 76-87.
- 18- Ropper HA, Samuels MA EEM. Adams and Victor’s Principles of Neurology. 9 Basım. 2011;(Ankara:Ayrıntı Basımevi):162–88.
- 19- Mayans L, Walling A. “Acute Migraine Headache: Treatment Strategies.” American Family Physician. 2018; 97: 243-251 .
- 20- Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: “Epidemiology, Burden, and Comorbidity.” Neurologic Clinics. 2019; 37: 631–49.
- 21-Ha H, Gonzalez A, Rosa S. “Migraine Headache Prophylaxis.” American Family Physician. 2019; 99: 17-24.
- 22- Ertaş M. İlaç Aşırı Kullanım Baş ağrısı. In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N. SA, editor.” Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar.” 2018. p. 228–37.
- 23- Olesen J, Bes A, Kunkel R, Lance JW, Nappi G, Pfaffenrath V, et al. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013; 33: 629–808.
- 24- Diener HC, Holle D, Solbach K, Gaul C. “Medication-overuse headache: Risk factors, pathophysiology and management. “Nature Reviews Neurology. 2016; 12: 575–83.

- 25- Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, Przywara S, Diener HC. "Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs." *Neurology*. 2002; 59: 1011–4.
- 26- Chen PK, Wang SJ. "Medication Overuse and Medication Overuse Headache: Risk Factors, Comorbidities, Associated Burdens and Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatment Approaches." *Current Pain and Headache Reports*. 2019; 23.
- 27- Cargnin S, Viana M, Sances G, Tassorelli C, Terrazzino S. "A systematic review and critical appraisal of gene polymorphism association studies in medication-overuse headache." *Cephalalgia*. 2018; 38: 1361–73.
- 28- Ferraro S, Grazzi L, Muffatti R, Nava S, Ghielmetti F, Bertolino N, et al. "In medication-overuse headache, fMRI shows long-lasting dysfunction in midbrain areas." *Headache*. 2012; 52: 1520–34.
- 29- Fumal A, Laureys S, Di Clemente L, Boly M, Bohotin V, Vandenheede M, et al. "Orbitofrontal cortex involvement in chronic analgesic-overuse headache evolving from episodic migraine." *Brain*. 2006; 129: 543–50.
- 30- Evers S, Marziniak M. "Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache." *The Lancet Neurology*. 2010; 9: 391–401.
- 31- Gökçay F. "İlaç aşırı kullanım baş ağrısı Tanı ve Tedavisi." *Türkiye Klinikleri Nöroloji - Özel Konular*. 2018; 11: 8–84.
- 32- Meskunas CA, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME. "Medications associated with probable medication overuse headache reported in a tertiary care headache center over a 15-year period." *Headache*. 2006; 46: 766–72.
- 33- Cevoli S, Sancisi E, Grimaldi D, et al. "Family history for chronic headache and drug overuse as a risk factor for headache chronification." *Headache*. 2009; 49: 412–8.
- 34- Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study" *Lancet*. 2015; 386: 743–800.

- 35- Pouga L et al. "Individual differences in socioaffective skills influence the neural bases of fear processing: the case of alexithymia." *Hum Brain Mapp* 2010, 31(10):1469-1481.
- 36- Sifneos PE. "The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients." *Psychother Psychosom*. 1973;22(2):255-62.
- 37- Valdespino A AL, Ghane M, Richey JA. "Alexithymia as a Transdiagnostic Precursor to Empathy Abnormalities: The Functional Role of the Insula. *Front Psychol*." 2017;8(2234).
- 38- Pasini A, Delle Chiaie R, Seripa S, Ciani N. "Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects." *Compr Psychiatry*. 1992;33(1):42-6.
- 39- Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J et al. "Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults." *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):471-6
- 40- Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. "Age is strongly associated with alexithymia in the general population." *J Psychosom Res*. 2006;61(5):629-35.
- 41- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. "The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity." *J Psychosom Res*. 1994;38(1):33-40.
- 42- Lane RD, Reiman EM, Axelrod B, Yun LS, Holmes A, Schwartz GE. "Neural correlates of levels of emotional awareness. Evidence of an interaction between emotion and attention in the anterior cingulate cortex." *J Cogn Neurosci*. 1998;10(4):525-35.
- 43- Vogt BA, Finch DM, Olson CR. "Functional heterogeneity in cingulate cortex: the anterior executive and posterior evaluative regions." *Cereb Cortex*. 1992;2(6):435-43.
- 44- Goerlich KS. "The Multifaceted Nature of Alexithymia - A Neuroscientific Perspective." *Front Psychol*. 2018;9:1614.
- 45- Bottiroli, Galli F, Viana M et al. "Alexithymia and chronic migraine with medication overuse: what relationship?" *The Journal of Headache and Pain* 2015, 16(Suppl 1):A150
- 46- Romozzi, Tella, Rollo et al. "Theory of Mind in migraine and medication-overuse headache: A cross-sectional study" *Front Neurol*. 2022; 13: 968111.

- 47- Katherine Holshausen , Christopher RB , Kate LH et al. “The relation of childhood maltreatment to psychotic symptoms in adolescents and young adults with depression. J Clin Child Adolesc Psychol. 2016;45(3):241-7.
- 48- Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. “Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychol Bull. 1993;114(1):68.
- 49- Şar V.” Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar.” Psikiyatri Temel Kitabı. 1998;823-34.
- 50- Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F et al. “Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey.” Turk Arch Pediatr Pediatr Arş. 2014;49(1):47.
- 51- Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. “Child and adolescent abuse and neglect research:Are view of the past 10 years. PartI: Physical and emotional abuse and neglect.” J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(10):1214-22.
- 52- Bottiroli, Galli F, Viana M et al. “Alexithymia and chronic migraine with medication overuse: what relationship?” The Journal of Headache and Pain 2015, 16(Suppl 1):A150
- 53- Wewers ME, Lowe NK. “A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena.” Res Nurs Health. 1990; 13: 227–36. TIRNAK NEGATİF
- 54- Julian LJ. “Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A).” Arthritis Care and Research. 2011; 63: 467-72.
- 55- Arslan H, Mergen H, Mergen BE, Arslan E “Ayyıldız Ü. Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Puanlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi.” Medical Sciences. 2016; 11: 1–13.
- 56- Wang YP, Gorenstein C. “Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review.” Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013; 35: 416–31.
- 57- Martin CR, McPherson A. “A narrative review of the Beck Depression Inventory (BDI) and implications for its use in an alcohol-dependent population.” Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2010; 17: 19–30.

- 58- Koçyiğit H. “Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36) : a study in a group of patients with rheumatic diseases.” Turk J Drugs Ther. 1999; 12:102–6.
- 59- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N. “Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36).” Turk J Drugs Ther. 1999; 2.
- 60- Bernstein D, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy B, Wenzel K, vd. “Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect American Journal of Psychiatry” 151. 1994;
- 61- Sar V, Ozturk E, İkikardes E. “Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire.” Turk Klinik Tıp Bilim Derg.2012;32(4):1054- 63.
- 62- Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. “The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure.” J Psychosom Res. 1994;38(1):23-32.
- 63- Güleç H. YA. “20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri.” Klinik Psikiyatri. 2010.
- 64- Baron-Cohen S JT, Mortimore C. “Another Advanced Test of Theory of Mind: Evidence from Very High Functioning Adults with Autism or Asperger Syndrome.” J Child Psychol Psychiatry,. 1997;38:813-22.
- 65- Ejder Akgün Yıldırım MK, Mehmet Güdük, Elif Ateş. “Gözlerden Zihin Okuma Testi’nin Türkçe Güvenirlik Çalışması.” Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(3):177-86.
- 66-Jacinta L Johnson , Mark R Hutchinson, Desmond B Williams, Paul Rolan. “Medication-overuse headache and opioid-induced hyperalgesia: A review of mechanisms, a neuroimmune hypothesis and a novel approach to treatment.” Cephalalgia . 2013 Jan;33(1):52-64
- 67-Claire H Sandoe “Adverse Childhood Experiences and Medication Overuse Headache: Burden and Treatment Impact” Can J Neurol Sci 2023 Nov;50(6):918-921.
- 68-Thomas Benz et al. Health and quality of life in patients with medication overuse headache syndrome after standardized inpatient rehabilitation. Medicine (Baltimore). 2017 Nov; 96(47): e8493.

69-Ji-Yong Bae “Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis” *Medicina (Kaunas)* 2021 Dec 28;58(1):44.

70- Licia Grazzi “Efficacy of mindfulness added to treatment as usual in patients with chronic migraine and medication overuse headache: a phase-III single-blind randomized-controlled trial (theMIND-CMstudy)” *J Headache Pain* 2023 Jul 14;24(1):86.

71- Lampe, A., Doering, S., Rumpold G et al. (2003). “Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events.” *J. Psychosom. Res.* 54, 361–367.

72-Tietjen, G. E. (2016). “Childhood maltreatment and headache disorders.” *Curr. Pain Headache Rep.* 20:26.

73-Paivio, S. C., and McCulloch, C. R. (2004). “Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors.” *Child Abuse Negl.* 28, 339–354.

7.EKLER

Ek 1: Etik Kurul Karar Belgesi

	T.C. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
TOPLANTI TARİHİ	: 11/01/2023
TOPLANTI NO	: 2023/01
KARARLAR :	
2-	Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Esra ACIMAN DEMİREL'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Migren ve İlaç Aşırı Kullanım Başağrısı Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Zihin Kuramı ve Aleksitimi Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,
Oy birliği ile karar verilmiştir.	
ASLI GİBİDİR	
	
Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı	
Zonguldak BEÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 67600 KOZLU/ ZONGULDAK, Tel:0 372 261 32 60 Fax: 0 372 261 02 65	

Ek 2: Demografik ve Klinik Veri Formu

DEMOGRAFİK VERİLER

1. Ad soyad: Hasta No:.....
2. Yaş:
3. Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın
4. Medeni hal: ☐ Bekâr ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Dul
5. Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans
6. Boy:..... kg: VKİ: ...
7. Sigara: ☐ yok ☐ var ☐ exsmoker
8. Alkol: ☐ yok ☐ var
9. Nerede yaşıyor (son 5 yıldır) : ☐ Kent merkezi ☐ İlçe merkezi ☐ Köy
10. Baş ağrısının karakterini değiştiren durumlar> egzersiz: ☐ regl: ☐ cinsel ilişki: ☐ valsalva: ☐ yiyecek: ☐
11. Mevsimle ilişkili mi? ☐ Evet ☐ Hayır
12. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
13. EVET ise, haftada kaç saat?.....
14. Migren ☐ İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ☐
15. Baş ağrısı sorununuz ne zamandır var? (ilk ataktan bu yana):.....yıl ay
16. Aşağıdaki ifadelerden hangisi baş ağrılarınızın sıklığını tanımlamak için uygundur?
0)Hiç olmadı 1)Yılda birkaç kez 2)Ayda birden az 3)Ayda bir-üç kez
4)Haftada bir iki kez 5)Haftada üç veya daha fazla 6)Hemen hemen her gün
17. İAKB ise ilaç aşırı kullanımından sonra baş ağrısı sıklığı nasıl oldu?
0)Hiç olmadı 1)Yılda birkaç kez 2)Ayda birden az 3)Ayda bir-üç kez
4)Haftada bir iki kez 5)Haftada üç veya daha fazla 6)Hemen hemen her gün
18. Baş ağrılarınızın ortalama süresi nedir?
0)1 dakikadan kısa 1)1-5 dakika 2)6 - 30 dakika 3)30 dakika - 3 saat 4)3-24 saat 5)24 saatten uzun
19. İAKB ise ilaç aşırı kullanımından sonra baş ağrılarınızın ortalama süresi nedir?
0)1 dakikadan kısa 1)1-5 dakika 2)6 - 30 dakika 3)30 dakika - 3 saat 4)3-24 saat 5)24 saatten uzun
20. Baş ağrılarınız nedeniyle daha önce herhangi bir tedavi aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐
21. EVET ise; Daha önce alınan atak tedavileri:
0- Parasetamol 1- NSAII 2- Triptanlar 3- Ergotamin
22. Bu tedaviler içerisinde en faydasız ilaç hangisiydi? 0- Parasetamol 1- NSAII 2- Triptan 3- Ergotamin
23. Bu tedaviler içerisinde en faydalı ilaç hangisiydi? 0- Parasetamol 1- NSAII 2- Triptan 3- Ergotamin
24. Atak için aldığınızı bu tedavinin baş ağrılarınıza yönelik etkisini nasıl değerlendirirsiniz?
0. Çok etkili oldu (baş ağrım tamamen geçti) 1. Etkili oldu (sıklığı azaldı)
2. Orta düzeyde etkili oldu (en azından ayağa kalkabiliyorum) 3. Etkili olmadı
25. Baş ağrısı tedavisi için profilaktik bir tedavi aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐
26. EVET ise; Daha önce alınan profilaktik tedaviler:
0-Parasetamol 1-NSAII 2-TSA 3-SSRI 4-SNRI 5-Propionolol, Kalsiyum Kanal Bloker vb.
27. Bu tedaviler içerisinde en faydasız ilaç hangisiydi?
0-Parasetamol 1-NSAII 2-TSA 3-SSRI 4-SNRI 5-Propionolol, Kalsiyum Kanal Bloker vb
28. Bu tedaviler içerisinde en faydalı ilaç hangisiydi?
0-Parasetamol 1-NSAII 2-TSA 3-SSRI 4-SNRI 5-Propionolol, Kalsiyum Kanal Bloker vb
29. Profilaksi için aldığınızı bu tedavinin baş ağrılarınıza yönelik etkisini nasıl değerlendirirsiniz?
0. Çok etkili oldu (baş ağrım tamamen geçti) 1. Etkili oldu (sıklığı azaldı)
2. Orta düzeyde etkili oldu (en azından ayağa kalkabiliyorum) 3. Etkili olmadı
30. Aura ? ☐ Hayır ☐ Evet : Aura Varsa: ☐ Görsel ☐ Duysal ☐ İşitsel ☐ Diğer
31. ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Fotofobi ☐ Fonofobi ☐ Osmofobi ☐ Stres ☐ Uykusuzluk
32. VAS? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33. Mevcut hastalıklar? ☐ Psikiyatrik tanı(.....) ☐ diğer?.....

Ek 3: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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 et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
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. Sınırlılık				
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)				

Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzümlü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzümlü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgisimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seke ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Ek 5: Çocukluk çağı ruhsal travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin Türkçesi (çeviren: Prof. Dr. Vedat Şar)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine olarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık olarak	Çok Sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kahrıldım.					
2. Benim bakımı ve güvenliğini üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakmaya cak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kahrıldım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

Ek 6: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığı anda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.....	1	2	3	4	5

Copyright © 1994 Bagby, Parker, & Taylor
Türkçe TAS-20 © 2001 Kemal Sayar & Samet Köse

Ek 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta

Kötü

☐₁

☐₂

☐₃

☐₄

☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi

Biraz iyi

Hemen hemen aynı

Biraz daha kötü

Çok daha kötü

☐₁

☐₂

☐₃

☐₄

☐₅

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Ware JE Jr, Sherbourne CD (1992) Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83

Ek 8: Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ TÜRKÇESİ / HASTA YANITLARI / HASTA ADI:.....

- 1-neşeli / teselli eden / rahatsız / sıkılmış
- 2-korkmuş/ üzüntülü/ kibirli/ kızgın
- 3-şakacı/ telaşlı/ arzulu / ikna olmuş
- 4-şakacı/ ısrarcı / keyifli / gevşemiş
- 5-rahatsız/ iğneleyici/ endişeli/ arkadaş canlısı
- 6-donakalmış/ hayal kuran/ sabırsız/ diken üstünde
- 7-özür dileyen/ Arkadaş canlısı/ Tedirgin/ Zevksiz
- 8-kötümser/ rahatlamış/ utangaç/ heyecanlı
- 9-kızgın/ düşmanca/ dehşete düşmüş/ zihni meşgul
- 10-temkinli / ısrarcı/ sıkılmış / donakalmış
- 11-korkmuş / keyifli/ pişman/ işveli(cilveli)
- 12- aldırma/ mahcup/ şüpheli/ şevksiz
- 13-kararlı / bekleyen/ tehditkar/ utangaç
- 14-rahatsız/ hayal kırıklığına uğramış/ keyifsiz/ suçlayıcı
- 15-mütefekkir(düşünceli)/ telaşlı/ cesaret veren / keyifli
- 16-rahatsız / düşünceli/ cesaret veren / cana yakın
- 17-şüphelenmiş / şevkatli/ neşeli/ donakalmış
- 18- kararlı / keyifli/ donakalmış/ sıkılmış
- 19-baskın/ arkadaş canlısı/ suçlu / dehşete düşmüş
- 20-zihni meşgul/ minnettar/ ısrarcı/ yalvaran
- 21- memnun/ özür dileyen/ küstah/ ilgili
- 22- tereddütlü/ rahatsız/ heyecanlı/ düşmanca
- 23- diken üzerinde / utangaç/ düşmanca/ gergin
- 24- şakacı/ temkinli/ kibirli/ güvenli
- 25- merak eden / şakacı/ şevkatli/ memnun
- 26- sabırsız/ donakalmış/ rahatsız / dalgın
- 27- minnettar/ işveli(cilveli)/ düşmanca/ hayal kırıklığına uğramış
- 28- utanmış/ kendinden emin/ şakacı/ şevksiz
- 29- ciddi/ utanmış/ şaşırmış / diken üstünde
- 30- mahcup/ suçlu/ hayal kuran/ kaygılı
- 31- donakalmış / hayrete düşmüş/ güvenilmez / korkmuş
- 32- utanmış/ sinirli/ kuşkucu/ kararsız

GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ



