

Baş Ağrısı Yalnızca Baş Ağrısı Mıdır? Baş Ağrısı ile Ruhsal Bozuklukların Eştanısı

Keriman Akyıldız¹,
Mustafa Sercan², Nebil Yıldız³,
Ayşe Çevik⁴, Aysu Kıyan⁵

¹Psikiyatrist, Özel Yalova Hastanesi, Yalova - Türkiye
²Prof. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı, Bolu-Türkiye
³Prof. Dr., ⁴Asist. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Nöroloji Anabilim Dalı, Bolu - Türkiye
⁵Yard. Doç. Dr. Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bolu - Türkiye

ÖZET

Baş ağrısı yalnızca baş ağrısı mıdır? Baş ağrısı ile ruhsal bozuklukların eştanısı

Amaç: Baş ağrısına eşlik eden psikiyatrik hastalıkların ve özelliklerinin saptanması.

Yöntem: Çalışmamıza nöroloji polikliniğine temel başvuru yakınması baş ağrısı olan hastalar (n=71) ile psikiyatri polikliniğinde psikotik bozukluklar dışında I. eksen psikiyatrik bozukluk tanısı konulan, cinsiyet ve yaş açısından bire bir eşleştirilen hastalar (n=71) alınmıştır. Tüm hastalardan sosyodemografik ve baş ağrısı bilgileri alınmış, hepsine Görsel Kıyas Ölçeği, MINI-Tarama formu uygulandıktan sonra MINI ile psikiyatrik değerlendirmeleri yapılarak psikiyatrik tanılar konulmuştur.

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

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

Anahtar kelimeler: Anksiyete, baş ağrısı, depresyon, psikiyatrik eş tanı

ABSTRACT

Is headache only headache? Comorbidity of headaches and mental disorders

Objective: To determine the psychiatric disorders comorbid with headaches and the characteristics of these disorders.

Method: Patients who admitted to the neurology outpatient clinic with a main complaint of headache (n=71), and the same number of age and sex matched patients (n=71) who admitted to the psychiatry outpatient clinic and had a non-psychotic diagnose in axis I were included into the study. Socio-demographic data and information about their headaches were obtained from all patients. The Visual Analog Scale and MINI-scan form were obtained and psychiatric diagnoses were made after the assessment by MINI.

Results: There was not any difference between headache and psychiatric patients group in terms of socio-demographic data. Headache history was found higher in the families of headache group than the psychiatric patients group. High prevalence of psychiatric comorbidity was found in patients with headache (80.3%). All of the patients with tension-type headache (TTH) fulfilled the criteria for diagnosing a pain disorder by MINI, and also the high prevalence of psychiatric comorbidity (63.4%) was still taking place after excluding the pain disorder. The most frequent diagnose of psychiatric comorbidity was found as depressive disorders (64.8%) which is compatible with the literature.

Discussion: The high prevalence of psychiatric comorbidity with headache is remarkable. More common family history of headache in headache patients than the other group suggests that there is a tendency to have headache independent from a psychiatric disorder in these patients. High comorbidity rate in the presence of psychosocial stressors suggests that there is a continuum among psychiatric comorbidity, headache and psychosocial stressors. Among the psychiatric comorbidity, depressive disorders predominate. On the other hand, the higher frequency of psychiatric comorbidity in patients with TTH is remarkable. It is observed that the uncertainty between the diagnostic criteria of pain disorder in DSM-IV and diagnostic criteria of TTH (Tension Type Headache) in ICHD (International Classification of Headache Disorders) causes some problems both in diagnosing and treatment of patients and also in researches.

Key words: Anxiety, headache, depression, psychiatric comorbidity



Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Prof. Dr. Mustafa Sercan,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi,
14280 Gököy/Bolu, Türkiye

Telefon / Phone: +90-374-253-4656/3265

Elektronik posta adresi / E-mail address:
ymsercan@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
12 Ocak 2014 / January 12, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:
29 Nisan 2014 / April 29, 2014

GİRİŞ

Psikiyatri ve nörolojinin önemli sınır sorunlarından birisi olan baş ağrısının neden-sonuç ilişkisi üzerinde yeterli kanıt olmadığı bilinmekle birlikte, ruhsal bozukluk ya da etmenlerle birlikteliği konusunda genel bir kabul vardır (1). Baş ağrısı nedeni olarak psikiyatrik bozukluk konusu tam durulaşmış gözükmemektedir. Baş ağrısı tanı ölçütlerinde ruhsal düzensizliklerin yeri konusundaki genel değerlendirme zaman içinde değişmektedir. Bununla birlikte psikiyatrik ve nörolojik yaklaşımı büyük ölçüde belirleyen tanı dizgeleri bu sınır sorununu çözmüş değildir. Baş ağrısı da içinde olmak üzere ruhsal kaynaklı bütün beden ağrılarını kapsayan bir tanı olarak ağrı bozukluğu “başka ruhsal bozukluk sonucu olmayan; başlamasında ruhsal etmenlerin rolü olan; zorlanmaya, işlevsellikte önemli gerilemeye yol açacak ölçüde şiddetli bir ağrı” olarak tanımlanır (2).

1988 yılında kabul edilen ilk Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflaması'nda (UBAS, International Classification of Headache Disorders [ICHD]) ruhsal hastalık ya da etmenleri gerilim tipi baş ağrısının (GTB) nedenleri arasında sayıldığı halde 2004 yılında yayımlanan ikinci UBAS'da psikiyatrik bozukluğa bağlı baş ağrısı, ikincil baş ağrıları arasına eklenmiştir (3). UBAS'da ikincil baş ağrısı nedeni olarak ruhsal bozuklukları listeleme sorunu henüz çözülememiş ve çözüm geleceğe bırakılmış gözükmemektedir. Ancak migren ve birincil baş ağrısı sayılan GTB'nin ruhsal etmenlerle ilişkisi tam olarak aydınlatılmamıştır.

Sınıflama sistemleri ötesinde araştırmalar göstermektedir ki, ruhsal ve psikiyatrik etmenlerin baş ağrısıyla ilişkisi yatkınlık, tetikleme, şiddet ve süreyi etkileme temelinde olabilir ya da baş ağrısı bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi olarak ortaya çıkabilir (1). Majör depresyondan uyum bozukluklarına birçok psikiyatrik hastalık ile birlikte baş ağrısı görüldüğü, öte yandan uzun süren şiddetli baş ağrılarının da ruhsal bozukluklara yol açtığı bilinmektedir (3,4).

Çok sayıda epidemiyolojik çalışma ve toplum çalışmasında, yineleyici baş ağrısı hastalarında depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların (4) hatta kişilik bozukluklarının genel nüfustan daha sık görüldüğü (5), ruhsal yakınma eşliğinin baş ağrısı hastalarının tıbbi

yardım arayışını artırdığı, gidişi kötüleştirdiği saptanmıştır. Çoğunluğu süregelen nitelikteki (migren ve GTB) baş ağrılarının hastanın ruh sağlığı ve sosyal yaşamını doğrudan ve dolaylı sonuçlarıyla olumsuz etkilediği (6,7), depresyon ile baş ağrısı arasında iki yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (8). Öte yandan kronik gerilim tipi baş ağrısının genel nüfusta yıllık yaygınlığı yaklaşık %2-5'tir ve bunların yarısında baş ağrısı ile ilgili iş verimi düşüklüğü bildirilmiştir (9).

Araştırmanın amacı baş ağrısı nedeniyle tedaviye başvuran hastaların eşlik eden ruhsal hastalıklarını saptamak, polikliniğe başvuran ve psikoz dışı psikiyatrik bozukluk tanısına varılan hastalarla migren ve GTB hastalarının ortak ve farklı yanlarını belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Kurul Komisyonu Başkanlığı'ndan 22.09.2011 tarih ve 2010/29 sayılı yazı ile onaylanmıştır.

Araştırma 'baş ağrısı grubu' ve 'psikiyatrik hasta grubu' olmak üzere iki hasta grubu üzerinde yürütülmüştür. Hastanemiz Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı yakınmasıyla başvuran, UBAS ölçütlerine göre (başka tıp dalıyla ilgili tanısı olanlar dışlanmak suretiyle) klinik olarak gerilim tipi baş ağrısı ve migren tanılarından biri konulan, işitme-görme kusuru ya da bilişsel yetersizliğe yol açacak bir hastalığı olmayan, 18-65 yaş aralığında ve okur-yazar olan, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar (71 kişi) baş ağrısı grubuna alınmıştır. Baş ağrısı tanısı nöroloji kliniğinden biri öğretim üyesi, biri de son yıl asistanı olan araştırmacılar tarafından UBAS tanı ölçütleri (3) temelinde konulmuştur.

Araştırma süresince nöroloji polikliniğine başvuran 2321 hastanın temel yakınması baş ağrısı olan 631 (%27.2) kişi olduğu saptanmıştır. Baş ağrısı hastalarının 123'ü yani yaklaşık 1/5'i (haftanın sabit bir günü polikliniğe gelenler) araştırmaya alınma ölçütleri bakımından değerlendirilmiş, 82'si araştırmaya katılmayı kabul etmiş, alınma ölçütlerine uyan 71'i (%85.5) araştırmaya alınmıştır. Değerlendirme sonrasında Eksen I psikiyatrik hastalık tanısı konan hastalara olağan hizmet akışında tedavi düzenlenmiştir.

Psikiyatri grubu (71 kişi) da araştırmanın yapıldığı süre içinde psikiyatri polikliniğine başvuran ve alınma ölçütlerine uyan hastalardan seçilmiştir. Seçilme ölçütleri a) Baş ağrısı grubundaki hastalarla yaş ve cinsiyet yönünden eşleşik olmak, b) İlk kez tedavi başvurusunda bulunmak ya da en az altı aydır psikiyatrik tedavi almamış olmak, c) DSM-IV TR'ye göre psikoz dışı I. Eksen bozukluğu olmak, d) Baş ağrısı yakınması olmak ve e) Yakınmalarının psikiyatri dışı olası nedenlerinin dışlanmış olması. Psikiyatrik tanıları psikiyatri kliniğinden biri öğretim üyesi, biri de son yıl asistanı olan araştırmacılar tarafından konulmuş, tanı MINI (10) kullanılarak doğrulanmıştır.

Araştırmamızda psikiyatrik başvuru grubundaki hastaların baş ağrısına yönelik ayırıcı tanısı psikiyatri kliniğindeki araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Bunun nedeni psikiyatrik başvurusu olan hastalara nöroloji kliniğince yapılacak değerlendirmenin yansız olmasının sağlanmasındaki güçlüğü.

Tüm hastaların yazılı olarak "bilgilendirilmiş olur"ları alınmıştır. Araştırmaya alınan tüm hastalara standart poliklinik muayenesi ve MINI-Plus 5.0.0 tanı gereci ile tanı konulmuş ve baş ağrısı şiddeti Görsel Kıyas Ölçeği (GKÖ) ile değerlendirilmiş, Sosyodemografik ve Baş Ağrısı Bilgi Çizelgesi araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Ölçekler

Sosyodemografik Veriler ve Baş Ağrısı Bilgi Çizelgesi; Hastaların sosyodemografik, kişinin kendisi ve ailesinin bedensel, ruhsal hastalıkları ve baş ağrısı ile ilgili bilgilerini derlemek için araştırmacıların hazırladığı, yarı yapılandırılmış bir çizelge kullanılmıştır. Aile ile ilgili bilgiler çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Kılavuzu 5.0.0 (The MINI-International Neuropsychiatric Interview) Türkçe uyarlaması: DSM-IV ve ICD-10'daki Eksen-I psikiyatrik rahatsızlıklar için düzenlenmiş, yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. MINI, SCID-I ve CIDI ile karşılaştırılmış, yüksek düzeyde güvenilir ve geçerli olduğu ve daha kısa sürede uygulanabileceği gösterilmiştir. MINI Plus, MINI'nin

daha ayrıntılı bir baskısıdır. MINI'nin Türkçeye çevirisi Engeler (10) tarafından yapılmıştır.

Görsel Kıyas Ölçeği (GKÖ-Visual Analog Scale): Öznel ve ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. On santimetrelilik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek değişkenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. GKÖ, uluslararası, standart bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Prices (11) tarafından geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12,13).

İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler SPSS 17.0 programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA), alt grup karşılaştırmalarında Bonferroni çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların nicel verilerinin karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken, anlamlılık için $p < 0.05$ düzeyi temel alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya toplam 142 kişi katılmıştır. 71'er kişilik iki grubun her birinde 62 (%87.3) kadın ve 9 (%12.7) erkek bulunmaktaydı. Araştırmaya alınan baş ağrısı hastalarının nöroloji polikliniğine başvuran ve araştırma ölçütlerini karşılayan bütün hastalar olması, psikiyatrik başvuru grubu da yaş ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş olması nedeniyle, tüm grupta ve her bir araştırma grubu içindeki cinsiyet dağılımı arasındaki sayısal fark dikkate alınmamıştır.

Hastaların yaş dağılımı 18-65 arasındaydı. Yaş ortalaması baş ağrısı hastalarında 34.96 (SS=12.13), psikiyatrik hasta grubunda 33.14 (SS=12.35) idi ve aralarında anlamlı fark bulunmadı. Tüm grup cinsiyet karşılaştırmasında ortalama yaş kadınlarda 34.64 (SS=12.51), erkeklerde 30.00 (SS=9.38) idi. Baş ağrısı grubunda kadınların ortalama yaşı 35.79 (SS=12.34), erkeklerinki

29.22 (SS=9.16); psikiyatrik hastalık grubunda kadınların ortalama yaşı 33.48 (SS=12.68), erkeklerinki 30.78 (SS=10.08) olarak bulundu. Farklı cinsiyetten hastaların yaş ortalamaları arasında fark olmadığı saptandı.

Sekiz yıllık ilköğretim okulu mezunları da ortaokul mezunlarına katılarak yapılan değerlendirmede baş ağrısı grubunda 30 ilkokul mezunu, 9 ortaokul mezunu, 25 lise mezunu ve 7 üniversite mezunu bulunurken, psikiyatri grubunda 1 okuryazar, 25 ilkokul mezunu, 6 ortaokul mezunu, 28 lise mezunu ve 11 üniversite mezunu saptandı. Dağılımı açısından aralarında bir fark bulunmadı. Bitirilen okul ya da terkedilen sınıfın yılı temel alınarak (sınıfta kalma ile kaybedilen yıl sayısı hesaba katılmayarak) hesaplanan toplam öğrenim süresi ortalaması baş ağrısı grubunda 8.99 yıl, psikiyatrik hasta grubunda 9.56 yıl olduğu görülmüş ancak arada anlamlı bir fark saptanmamıştır. Genel hasta grubu içerisinde en az eğitim süresinin 3 en fazla eğitim süresinin ise 17 yıl olduğu gözlenmiştir. Gruplar arasında yaş, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, çalışma durumu, bedensel hastalık varlığı, ailede bedensel hastalık varlığı, destek sisteminin olup olmaması, geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı, sigara ve madde kullanımı, son on yıldır yaşanılan yer açısından fark saptanmadı. Psikiyatrik hasta grubunda kırsal doğumlu olanlar anlamlı olarak fazlaydı.

Baş ağrısı grubunun %60.6'sı (43 kişi) migren, %38.0'i (27 kişi) gerilim tipi baş ağrısı, %1.4'ü (1 kişi) de küme tipi baş ağrısı idi. Migreni olan hastaların %81.4'ü (35 kişi) aurasız, %18.6'sı (8 kişi) ise auralı türdendi. Gerilim tipi baş ağrısı olanların 16'sı (%59.3) epizodik, 11'i (%40.7) ise kronik tipte idi. Psikiyatrik hasta grubundan %62'sinin (44 kişi) baş ağrısı yakınması bildirildiği saptandı. Baş ağrısı grubu ana tanılara göre (migren ve gerilim tipi baş ağrısı) iki alt gruba ayrıldı, küme tipi baş ağrısı olan bir kişi karşılaştırmalara alınmadı. Psikiyatrik hasta grubunda ise baş ağrısı olanlar ve olmayanlar şeklinde iki alt grup oluşturuldu.

Bu dört alt grup arasında sosyodemografik değişkenler açısından yaş ($F=0.53$, $p>0.05$), cinsiyet ($\chi^2=3.8$, $p>0.05$), medeni durum ($\chi^2=4.03$, $p>0.05$), çocuk sayısı ($F=0.39$, $p>0.05$), öğrenim durumu ($\chi^2=8.18$, $p>0.05$), çalışma durumu ($\chi^2=2.37$, $p>0.05$), bedensel hastalık varlığı ($\chi^2=5.59$, $p>0.05$), ailede

bedensel hastalık varlığı ($\chi^2=1.99$, $p>0.05$), destek sisteminin olup olmaması ($\chi^2=2.58$, $p>0.05$), geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı ($\chi^2=2.22$, $p>0.05$), sigara ($\chi^2=4.7$, $p>0.05$) ve madde ($\chi^2=5.16$, $p>0.05$) kullanımını açısından anlamlı fark yoktu.

Baş ağrısı hastalık süresi ve ailede baş ağrısı varlığı, baş ağrısı grubunda anlamlı oranda yüksekti. Ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve kişilerin duyumsadığı özne stresör varlığı ise psikiyatrik hasta grubunda anlamlı olarak fazlaydı ($p<0.001$).

Baş ağrısı hastalarının 57'sinde (%80.3) eş tanıli psikiyatrik hastalık saptandı. Ağrı bozukluğu (9 kişi) ve genel tıbbi duruma bağlı ağrı bozukluğu (3 kişi) tanısı olan 12 kişi dışında baş ağrısı grubunda 45 (%63.4) kişide psikiyatrik eş tanı vardı. Bu hastaların 38'inde (%84.4) bir psikiyatrik hastalık, 7 (%15.6)'sinde iki psikiyatrik hastalık saptandı. Psikiyatrik hastalık grubunda ise eş tanıli psikiyatrik hastalığı olan 5 (%7.0) kişi vardı (Tablo 1).

Psikiyatrik başvuru grubunda depresif bozukluklar 46 (%64.8) kişide, baş ağrısı grubunda 29 (%40.8) kişide saptanmış olup aradaki fark anlamlıydı. Anksiyete bozuklukları tanısı ise baş ağrısı grubunda 20 (%28.2), psikiyatrik başvuru grubunda 27 (%38.0) kişide saptandı; ancak gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Ağrı bozukluğu, baş ağrısı grubunda 34 (%47.9), psikiyatrik başvuru grubunda 2 (%2.8) kişide saptandı, aradaki fark anlamlıydı. Eş tanıli bedensel hastalık varlığı, geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı, sigara ve madde kullanımı gibi klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında gruplar arası fark anlamlı değildi (Tablo 1).

Gruplar arasında baş ağrısı hastalık süreleri karşılaştırıldığında baş ağrısı grubunda süreler daha uzun bulunmuştur. Baş ağrısı grubundaki hastaların baş ağrısı yakınması 1-12 aydır sürenler 19 (%26.8), 13-60 aydır sürenler 25 (%35.2), 60 ay ve üzerinde sürenler 27 (%38.0) kişiydi. Psikiyatrik başvuru grubunda bu değerler sırasıyla 13 (%29.5), 25 (%56.8) ve 6 (%13.6) şeklindeydi. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, farkın migren ve baş ağrısı olan psikiyatrik hastalardan kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 2).

Öte yandan baş ağrısı olan grupta GKÖ ile saptanan ağrı şiddeti puan ortalaması 7.23 iken psikiyatrik hasta

Tablo 1: Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının klinik özellikleri

	Baş Ağrısı		Psikiyatrik Başvuru		χ^2	sd	p
	n	%	n	%			
Baş ağrısı	71	100.0	44	62.0	33.34	1	<0.001
Psikiyatrik hastalık (MINI)	57	80.3	71	100	15.531	1	<0.001
Eşlik eden psikiyatrik hastalık sayısı							
0	14	19.7	0	0.0	31.66	3	<0.001
1	35	49.3	64	90.1			
2	17	24.0	7	9.9			
3	5	7.0	0	0.0			
Ağrı bozukluğu dışında psikiyatrik hastalık sayısı							
1	38	84.4	66	93.0	15.28	1	<0.001
2	7	15.6	5	7.0			
Ağrı bozukluğu	34	47.9	2	2.8	38.10	1	<0.001
Depresif bozukluk	29	40.8	46	64.8	8.17	1	0.004
Anksiyete bozukluğu	20	28.2	27	38.0	1.56	1	AD
Geçmişte psikiyatrik hastalık	26	36.6	21	29.6	0.80	1	AD
Baş ağrısı süresi							
1 ay-12 ay	19	26.8	13	29.5	8.625	2	0.013
13 ay- 60 ay	25	35.2	25	56.8			
60 ay üstü	27	38.0	6	13.6			
Bedensel hastalık	21	29.6	26	36.6	0.795	1	AD
Sigara kullanımı	16	22.5	19	26.8	0.341	1	AD
Madde kullanımı	2	2.8	2	2.8	0.000	1	AD

AD: Anlamlı değil, χ^2 : Ki-kare testi**Tablo 2: Grupların baş ağrısı süresi ve şiddeti açısından karşılaştırılması**

	Varyansın Kaynağı	n	Ortalama	Standart sapma	F	p	Anlamlı fark
Baş ağrısı süresi (Ay)	Baş ağrısı olmayan psikiyatrik hastalar	44	35.57	30.226	5.257	0.007	Baş ağrısı olmayan psikiyatrik hastalar ile migren arasında
	Migren	43	85.58	99.233			
	Gerilim tipi baş ağrısı	27	55.28	69.871			
Baş ağrısı şiddeti (GKÖ)	Baş ağrısı olan psikiyatrik hastalar	44	5.52	2.786	8.217	<0.001	Baş ağrısı olan psikiyatrik hastalar ile migren arasında
	Migren	43	7.67	2.142			
	Gerilim tipi baş ağrısı	27	6.50	2.391			

Karşılaştırmalar ANOVA (Post Hoc test: Bonferroni) ile yapılmıştır. GKÖ: Görsel Kıyas Ölçeği

grubunda 3.42 idi ve gruplar arasındaki fark ileri derecede anlamlıydı ($p < 0.001$). Baş ağrısı olan üç alt grup arasında yapılan karşılaştırmada migrenlilerin baş ağrısı şiddeti, psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olan hastalardan anlamlı derecede yüksekti (Tablo 2).

Gruplar klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında anksiyete bozukluğu, geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı, bedensel hastalık varlığı açısından anlamlı fark yoktu. Ağrı bozukluğu tanısı psikiyatrik başvuru grubunda baş

ağrısı olmayanlarda %3.7, baş ağrısı olanlarda %2.3 oranında görülürken; baş ağrısı grubunda migreni olanlarda %16.3. gerilim tipi baş ağrısı olanlarda %100 oranında görülmekteydi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu farkın baş ağrısı grubundan, özellikle gerilim tipi baş ağrısı alt grubundan kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 2).

Depresif bozukluklar (major depresyon, depresif mizaçlı uyum bozukluğu, distimi) psikiyatrik

Tablo 3: Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru grupları alt gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması

	Psikiyatrik başvuru		Baş ağrısı		χ^2	p
	Baş ağrısı yok (n=27)	Baş ağrısı var (n=44)	Migren (n=43)	Gerilim (n=27)		
Ağrı Bozukluğu (%)	1 (3.7)	1 (2.3)	7 (16.3)	27 (100)	99.97	<0.001
Anksiyete Bozukluğu (%)	14 (51.9)	13 (29.5)	10 (23.3)	10 (37)	6.58	AD
Depresif Bozukluk (%)	15 (55.6)	31 (70.5)	18 (41.9)	11 (40.7)	9.23	0.026
Güncel psikiyatrik hastalık sayısı (%)	0	0 (0.0)	13 (30.2)	0 (0.0)		
1	22 (81.5)	42 (95.5)	24 (55.8)	11 (40.7)	73.05	<0.001
2	5 (18.5)	2 (4.5)	6 (14)	11 (40.7)		
3	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.5)		
Geçmiş psikiyatrik hastalık (%)	7 (25.9)	14 (31.8)	14 (32.6)	12 (44.4)	2.22	AD
Bedensel hastalık varlığı (%)	11 (40.7)	15 (34.1)	17 (39.5)	4 (14.8)	5.59	AD

AD: Anlamli değil, χ^2 : Ki-Kare testi**Tablo 4: Baş ağrısı ve psikiyatrik başvuru gruplarının psikiyatrik hastalık tanı dağılımı**

Tanı sayısı	Psikiyatrik tanı	Baş ağrısı		Psikiyatrik başvuru	
		n	%	n	%
0	Yok	14	19.7	-	-
	Distimi	1	1.4	1	1.4
	Depresif Uyum Bozukluğu	6	8.5	6	8.5
	Majör Depresyon	8	11.3	33	46.5
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	2.8	2	2.8
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	5.6	3	4.2
1	Sosyal Fobi	1	1.4	3	4.2
	Panik Bozukluğu	0	0.0	7	9.9
	Anksiyeteli Uyum Bozukluğu	1	1.4	8	11.3
	Agorafobi	0	0.0	1	1.4
	Ağrı Bozukluğu	9	12.7	0	0.0
	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Ağrı Bozukluğu	3	4.2	0	0.0
	Majör Depresyon, Agorafobi	1	1.4	0	0.0
	Majör Depresyon, Ağrı Bozukluğu	5	7.0	1	1.4
	Majör Depresyon, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Ağrı Bozukluğu	2	2.8	0	0.0
	Majör Depresyon, Premenstrüel Sendrom	1	1.4	0	0.0
	Anksiyeteli Uyum Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu	2	2.8	0	0.0
	Depresif Uyum Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	1	1.4
	Distimi, Majör Depresyon	0	0.0	1	1.4
2	Distimi, Premenstrüel Sendrom	0	0.0	1	1.4
	Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ağrı Bozukluğu	2	2.8	0	0.0
	Sosyal Fobi, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0.0
	Sosyal Fobi, Majör Depresyon	0	0.0	1	1.4
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0.0
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0.0
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Majör Depresyon	0	0.0	1	1.4
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi	0	0.0	1	1.4
	Majör Depresyon, PMS, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0.0
3	Majör Depresyon, Sosyal Fobi, Ağrı Bozukluğu	3	4.2	0	0.0
	Obsesif Kompulsif Bozukluk, Anksiyeteli Uyum Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu	1	1.4	0	0.0
	Toplam	71	100	71	100

başvuru grubunda baş ağrısı olmayanlarda %55.6, baş ağrısı olanlarda %70.5 oranında görülürken; baş ağrısı grubunda migreni olanlarda %41.9, gerilim tipi baş ağrısı olanlarda %40.7 oranında görülmekteydi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamlıydı. Bu farkın ana gruplardan kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 2).

Baş ağrısı hastalarının 57'sinde (%80.3) psikiyatrik hastalık saptanırken 14'ünde (%19.7) hiçbir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Nöroloji polikliniğinde

Tablo 5: Baş ağrısı hastalarında görülen eş psikiyatrik hastalıklar

Psikiyatrik Tanı*	Baş Ağrısı Tipi			
	Migren		Gerilim Tipi Baş Ağrısı	
	n=36	%	n=50	%
Agorafobi	1	% 2.8	-	-
Ağrı Bozukluğu	-	-	27	% 54.0
Anksiyeteli Uyum Bozukluğu	1	% 2.8	3	% 6.0
Depresif Uyum Bozukluğu	5	% 13.8	2	% 4.0
Distimi	1	% 2.8	-	-
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Ağrı Bozukluğu	7	% 19.4	-	-
Majör Depresyon	12	% 33.3	9	% 18.0
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	% 5.6	3	% 6.0
Sosyal Fobi	2	% 5.6	3	% 6.0
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	% 11.1	2	% 4.0
Premenstrüel Sendrom	1	% 2.8	1	% 2.0

* Bazı hastalarda birden çok psikiyatrik tanı saptanmıştır.

gerilim tipi baş ağrısı tanısı konulan tüm hastalara MINI psikiyatrik görüşme ile muayene edildiğinde psikojen ağrı bozukluğu tanısı konulmaktaydı. Bu nedenle gerilim tipi baş ağrılarının tümünün psikiyatrik eş tanıları vardı (27 gerilim tipi baş ağrısı hastasında 50 psikiyatrik eş tanı). Gerilim tipi baş ağrısı olanların 18'inde (%66.6) ağrı bozukluğu dışında da psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Bu 18 kişide ağrı bozukluğu dışında eş tanı olarak anksiyeteli uyum bozukluğu, depresif duygudurumlu uyum bozukluğu, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, premenstrüel sendrom saptanmıştır (Tablo 3).

Migren baş ağrısı olan hastaların 13'ünde (%30.23) psikiyatrik hastalık yoktu; 30'unda (%69.8) psikiyatrik hastalık saptanmıştır (psikiyatrik hastalığı olan 30 migrenli hastada 36 psikiyatrik eş tanı). Psikiyatrik hastalık saptanan migren hastalarının 3'ünde yalnızca genel tıbbi duruma bağlı ağrı bozukluğu (GTBA), 4'ünde başka bir psikiyatrik hastalıkla eştanılı GTBA saptanmıştır. Ağrı bozukluğu tanıları dışlandığında da migrenli hastalarda psikiyatrik eştanı oranı %62.9 bulundu. Migren baş ağrısı olan hastalarda saptanan psikiyatrik tanıları: GTBA, anksiyeteli uyum bozukluğu, depresif duygudurumlu uyum bozukluğu, distimi, majör depresyon,

obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, premenstrüel sendrom idi. Küme tipi baş ağrısı olan bir hastada psikiyatrik hastalık saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Türkiye'de erişkinlerdeki ağrı yaygınlığının %63.7, çalışmaya katılanların %34.4'ünün ilk bildirdiği ağrı bölgesinin baş olduğu saptanmıştır (14). Ülkemizde bir nöroloji polikliniğinde yapılan bir araştırmada başvuran hastaların %65.9'unun baş ağrısı yakınmasıyla başvurduğu, %26.2'sinin erkek, %73.8'inin kadın olduğu bildirilmiştir (15). Öte yandan MİRA Nöroloji Çalışma Grubu'nun yaptığı, Türkiye genelinde 41 nöroloji merkezinde bir hafta içinde polikliniğe başvuranlar arasından rastlantısal yöntemle seçilmiş 3680 hasta (%62.9 kadın, %37.1 erkek) üzerinde yapılan büyük ölçekli bir araştırmada tüm hastaların %66.4'ünün baş ağrısı vardı (%35.1'inin birincil başvuru nedeni, %31.3'ünün yakınmaları arasında baş ağrısı). Baş ağrısı olanların da %48.8'i migren, %31.8'i GTB, 18.9'u ise başka tür baş ağrısı olarak saptanmıştır (16). Araştırmamızda birincil başvuru yakınması baş ağrısı olan nöroloji hastalarının tüm poliklinik

hastalarına oranı (%27.2) MİRA çalışmasındakine göre daha düşük bulunmuştur. Yakınmaları arasında baş ağrısı bulunanlar dışlandığından bunların toplamdaki oranı bilinmemektedir.

Somatik yakınmaları nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran ya da gönderilen hastalarda yapılan bir araştırmada baş ağrısının en sık görülen ikinci yakınmayı (%39) oluşturduğu bildirilmiştir (17). Psikiyatri kliniğinde baş ağrısı prevalansını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada hastaların yalnızca %32.3'ünün baş ağrısı yakınması olduğu; bu hastaların %13.7'sinde migren, %12.6'sinde gerilim tipi baş ağrısı tanısı konulduğu bildirilmiştir (18). Farklı psikiyatrik tanımlarla izlenen bu hastalarda anksiyete bozukluğunda %8.3, major depresyonda %3.8, panik bozukluğunda %0.03, distimide %0.3 ve travma sonrası stres bozukluğunda (TSSB) %0.3 eş tanılı migren saptanırken; gerilim tipi baş ağrısı yaygın anksiyete bozukluğunda %5.4, major depresyonda %5.4, panik bozukluğunda, obsesif kompulsif bozuklukta %0.03 ve TSSB'da %0.03 sıklıkla saptanmıştır (18).

Asıl başvurusu ruhsal sorun olan psikiyatrik hasta grubunda aktif baş ağrısı yakınması olan hastaların oranı % 62 idi. Bu hastalarda baş ağrısı dışındaki ağrı yakınması sorgulanmamıştır. Bununla birlikte bildirilen baş ağrısı toplum oranlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik bozukluklar ile baş ağrısı arasında bir koşutluk görülmektedir. Her iki durumun da diğerinin başlangıç riskini benzer oranlarda arttırdığı ve her bir hastalığın ötekini farklı bir mekanizmayla kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Psikiyatrik eştanılılık, tedavi için başvuran, özellikle uzman hekime başvuran baş ağrısı hastalarında gerçekte görece olarak yaygındır ve baş ağrısı tedavisinin planlanmasında önemli bir konudur (4,19). Sıklıkla baş ağrısı tedavisinin olumsuz bir önbilisel (prognostic) göstergesi olarak kabul edilmektedir (19,20). Juang ve arkadaşlarının (21) bir çalışmasında migren hastalarının %78'ine psikiyatrik eş tanı konulmuş, bunların %57'sinde depresyon, %11'inde distimi, %30'unda panik bozukluğu, %8'inde yaygın anksiyete saptanmıştır. Kronik gerilim tipi baş ağrısı grubunda ise %64 psikiyatrik eş tanı konulmuş, %51'inde depresyon, %8'inde distimi, %22'sinde panik bozukluğu ve %1'inde yaygın anksiyete

saptanmıştır. Yaş ve cinsiyet kontrol edildiğinde hem depresyon, hem de anksiyete kadınlarda daha sık saptanmıştır. Bir Brezilya çalışmasında migrenli hastaların %85.8'inde değişik derecelerde (%27.1 hafif, %37.2 orta ve %21.5 ağır) depresyon saptanmıştır (22).

Baş ağrısı hastalarının çoğunda eşlik eden psikiyatrik hastalık bulunmamasına karşın, yine de bu hastalarda depresyon veya anksiyete bozukluğu görülme olasılığının özellikle migren ve kronik gerilim tipi baş ağrısı olanlarda baş ağrısı olmayan kişilere göre yaklaşık 2-5 kat arttığı bildirilmektedir (4,23). Migreni olan hastalarda major depresyon ve özkıyım riskinin migren dışı baş ağrısına göre 2.2-4 kat arttığı (24,25) ve depresyon varlığı dikkate alınmaksızın özkıyım olasılığının yüksek olduğu gösterilmiştir (25,26). Duygulanım bozukluklarının migrenlilerde genel nüfusa oranla 3 kat fazla olduğu ve hastaneye başvuran migrenlilerde bu oranın arttığı görülmektedir (4). Migren hastalarında görülen major depresyon (%34), distimi (%9), bipolar duygudurum bozukluğu tip II (%4), manik dönem (%5), panik bozukluğu (%11), yaygın anksiyete bozukluğu (%10), obsesif kompulsif bozukluk (%9), fobiler (%40) ve nikotin bağımlılığı (%33) gibi psikiyatrik eş tanıların yaşam boyu yaygınlık oranının kontrol gruplarına göre daha sık olduğu belirtilmektedir (4,27). Yineleyici baş ağrısı olmayan bireylere kıyasla, migreni veya gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda psikiyatrik hastalıklar orantısızca daha yüksek görülmektedir. Bu eştanılılık hem epidemiyolojik, hem klinik çalışmalarda belirtilmektedir (1,4).

Anksiyete ve depresyon baş ağrısı olmayan bireylere kıyasla kronik gerilim tipi baş ağrısı olan bireylerde daha yaygın görülmektedir (27,28). Çok merkezli bir araştırmada, gerilim tipi baş ağrısı olan hastalar eşit hasta sayılı iki grup halinde karşılaştırılmış, kronik gerilim tipi baş ağrısı olanların %84'ünde, epizodik gerilim tipi baş ağrısı olanların %70'inde en az bir psikiyatrik eştanı görülmüştür (29).

Ülkemizde aurasız migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrısı hastalarında psikiyatrik eştanıların araştırıldığı 45 hasta ile yapılan bir çalışma yayımlanmıştır. Bu çalışmada MINI ile yapılan tanısal değerlendirmede epizodik gerilim tipi baş ağrısı hastalarının tümüne psikojenik faktörlerle ilgili ağrı bozukluğu tanısı

konulduğu; bu hastaların %72'sinde baş ağrısına başka bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği ve en yaygın görülen psikiyatrik hastalığın distimi (%56) olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada aurasız migren hastalarının %41.4'ünde psikiyatrik hastalık tanısı konulmuş olup; %26.7'sinde distimik bozukluk, %6.7'sinde OKB tanısı konulmuştur (30).

Bizim çalışmamızda baş ağrısı olan hastaların %80.3'ünde psikiyatrik eş tanı saptanmıştır. Migren hastalarının %69.8'ine, gerilim tipi baş ağrısı olanların tümüne en az bir psikiyatrik tanı konulmuştur. GTB hastalarının tümü, MINI ile yapılan psikiyatrik görüşmede ağrı bozukluğu tanısı ölçütlerini karşılamış, oysa migreni olan hastaların yalnızca 7'sinde (%9.9) bu ölçütler karşılanmıştır. Ağrı bozukluğu gerilim tipi baş ağrısı olanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ağrı bozukluğu dışlandığında da gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların %66.6'sında, migrenlilerin ise %62.9'unda psikiyatrik eştanı saptanmıştır.

Ağrı bozukluğunun ve gerilim tipi baş ağrısının tanı ölçütleri arasında belirgin ortak noktalar bulunması aynı kişiye psikiyatri ve nöroloji tarafından farklı tanıların konmasının kuramsal temelini oluşturmaktadır. Gerilim tipi baş ağrısı "başın iki yanında, sıkışma- ağırlık tarzında künt (zonklamayan), hafif veya orta şiddette, beden etkinlikleriyle artmayan, bulantı ve kusma eşliği olmayan, fotofobi ve fonofobiden en çok biri ile birlikte olabilen ve alta yatan sistemik ya da nörolojik bir bozukluk saptanmamış ve 30 dakika – 7 gün arasında süren baş ağrısı atakları" olarak tanımlanmaktadır. Tanı için en az 10 atak gerekmede ve ayda 1-15 gün, yılda 15 -180 gün ölçütünün altında kalanlara epizodik, üstüne çıkanlara kronik GTB tanısı konmaktadır. Bu özellikler psikiyatrist tarafından (yapılandırılmış tanı ölçekleriyle nesnelleştirilmiş olarak) başa odaklanmış bir "ağrı bozukluğu" tanısına da dayanak oluşturmaktadır. GTB'si olan hastaların tümüne ağrı bozukluğu tanısı konmuş olmasının nedeni budur. Bu sorun psikiyatri ile nöroloji bilim dallarının ortak çabasıyla aydınlığa kavuşacak gibi gözükmektedir.

Hem migrenli hem de GTB'li hastaların 2/3'ünde ağrı bozukluğu dışında psikiyatrik eş tanı saptanması, bir önceki paragrafta sözü edilen tanı ölçütleri arasındaki örtüşmeden daha geniş bir kesişmeyi ifade

etmektedir. Bu ölçüde (2/3) bir kesişmenin baş ağrılarını "psikiyatrik hastalığa bağlı" olan-olmayan olarak ayırt etmeyi güçleştirdiğini, bu yönde daha ayrıntılı ayırıcı tanı ölçütlerine gereksinim olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Somatoform bozuklukların sıklığı üzerine Avrupa'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ağrı bozukluğunun 1 yıllık yaygınlığı %0.6 bulunmuştur (31). Almanya'da yetişkin popülasyonunda ağrı bozukluğu prevalansının araştırıldığı bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık DSM-III-R'ye göre %33.7; DSM- IV'e göre %12.3 bulunmuştur. 6 aylık yaygınlık içinde baş ağrısı DSM-III-R'ye göre erkeklerde %20.7; kadınlarda %28.5; DSM- IV'e göre yaygınlığı erkeklerde %29.1; kadınlarda %37.7 bulunmuştur (32). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmada %8.4 gibi yüksek bir yaygınlık bulunmuş olup birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranlarda da yaygınlığı %31 olarak saptanmıştır (33). Batıda yapılan çalışmalarda sıklığının daha düşük olması sağlık kayıtlarının gözden geçirilerek yanlış tanı konma olasılığının azaltılmasına bağlanmıştır (34,35). Bizim çalışmamızda ağrı bozukluğu yaygınlığı baş ağrısı grubunda %47.9; psikiyatrik başvuru grubunda %2.8 bulunmuştur.

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

Baş ağrısı hastalarında duygudurum bozuklukları saptanma sıklığı migrenlilerde %41.9, gerilim tipi baş ağrısında %40.7 olup bu oranlar psikiyatrik başvuru grubundaki baş ağrısı olanlarda %70.5; baş ağrısı olmayanlarda %55.6 bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu, görülme sıklığı açısından baş ağrısı olan psikiyatrik başvuru grubunda, diğer gruplara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Baş ağrısı olan kişilerde duygudurum bozukluklarının sık görüldüğü bilgisiyle uyumaktadır. Ancak bu birlikteliğin etyolojik bağlantısı hakkında kabul görmüş bir görüş henüz yoktur ve bu konu yapılacak araştırmaları beklemektedir.

Baş ağrısı hastalarında anksiyete bozuklukları saptanma sıklığı migrenlilerde %23.3, gerilim tipi baş ağrısında %37 olup, bu oranlar psikiyatrik başvuru grubundaki baş ağrısı olanlarda %29.5, baş ağrısı olmayanlarda %51.9 bulunmuştur. Baş ağrısı olmayan psikiyatrik hasta grubunda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmasına karşın, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi. Anksiyete bozukluğunun psikiyatrik başvuru grubunun baş ağrısı olmayanlarında, baş ağrısı grubunda ise GTB'lilerde yüksekliği dikkat çekicidir. Hem gruplar arasında fark olmaması, hem psikiyatrik başvuru grubunda baş ağrısı olmayanlarda anksiyete bozukluğu yüksekliği, anksiyetenin baş ağrısı ile ilişkisinin duygudurum bozuklukları kadar yakın olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda migren hastalarının %55.8'inde tek, %14.0'ünde 2 psikiyatrik eş tanı saptanmış; gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların %40.7 tek, %40.7'sinde iki, %3.5'inde üç psikiyatrik eş tanı konulmuştur. Baş ağrısı hastaları üzerinde yapılan 8 yıllık bir izlem çalışmasında ise migrenlilerin %43.7'sinde tek, %21.9'unda çoğul psikiyatrik tanı konulmuş olup bu oranlar gerilim tipi baş ağrısı için sırasıyla %50 ve %30.6 olarak bulunmuştur (35). Çoğul psikiyatrik tanı açısından bizim örnekleminizde oranlar daha yüksek bulunmuştur.

Asıl başvurusu ruhsal sorun olan psikiyatrik hasta grubunda aktif baş ağrısı yakınması olan hastaların oranı %62 iken, baş ağrısı grubunda (ağrı bozukluğu dışında) psikiyatrik eştanı oranı %63.4'e varmaktadır. İki grup arasındaki karşılıklı eştanı oranları çok yakındır. Öte yandan psikiyatrik başvuruda bulunan hastaların yalnızca %9.9'unda ikinci bir psikiyatrik hastalık görüldüğü halde, baş ağrısı grubunda %63.4 hastanın 5/6'sında bir, 1/6'sında iki psikiyatrik eştanı saptanmıştır. Oysa psikiyatrik hastaların yalnızca %9.9'unda iki psikiyatrik eştanı görülmüştür.

Psikiyatrik eş tanı sıklığında anlamlı cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. 30 yaşındaki kadınlarda yaşam boyu tanı konma oranı erkeklere kıyasla migren için %24'e karşı %9 ve majör depresyon için %24'e karşı %13 bulunmuştur. Kadınlarda genç ergenlikte migren için ve yaklaşık 20 yaşından sonra majör depresyon için riskin göreceli olarak arttığı gözlenmektedir. Uzunlamasına araştırma verileri erkeklere kıyasla,

kadınların migren geliştirme eğiliminin 4 kat ve majör depresyon geliştirme riskinin 2 kat fazla olduğu bulunmuştur (4,36). Örnekleminizde kadın / erkek oranı 7/1 olarak saptanmış olup, kadınlardaki baş ağrısı eğilimini yansıtmakla birlikte, buradan topluma genellenebilen bir sonuç çıkarmak olanaksızdır.

Örnekleminizdeki hastaların baş ağrısı şiddeti GKÖ ile değerlendirildiğinde migrenlilerin bildirdiği ağrı şiddeti, psikiyatrik hastaların baş ağrısı olanlarından anlamlı oranda yüksekti. UBAS'da migren tanısı konması için ağrı şiddetinin orta veya ağır olma şartı arandığından bu beklenen bir sonuçtu. Ancak gerilim tipi baş ağrısı grubuyla psikiyatrik başvuru baş ağrısı olan grup arasında ağrı şiddeti açısından anlamlı fark saptanmadı. Depresyonun somatik yakınmalarından biri olarak ortaya çıkan baş ağrısı özellikle gerilim tipi baş ağrısı tanısı için karıştırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerilim tipi baş ağrısında en sık görülen fizyolojik anormallik, depresyonda da görülebilecek kafa çevresi kaslarındaki gerilim artışı olduğundan, gerilim tipi baş ağrısı ile depresyonun somatik belirtisi olarak ortaya çıkan baş ağrısının ayırt edilmesi gerekmektedir (37).

Depresyon ve migren türü baş ağrısı ile ağrı şiddeti arasında iki yönlü bir ilişki ortaya konmuş ve depresyonun migren için bir risk olduğu rapor edilmiştir (24,38). Benzeri şiddetli baş ağrıları ile karşılaştırıldığında, migrende depresyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Basit psikiyatrik yakınmaları olan olgularda migren sonrası depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı rapor edilmiştir (24).

Psikiyatrik hastalıkların seyri sırasında ortaya çıkan baş ağrıları UBAS' da ikincil baş ağrıları olarak sınıflandırılmaktadır. Günümüzde baş ağrısının psikiyatrik nedenleri üzerine var olan tıbbi yazın çok yetersizdir. Ancak bir takım çalışmalar psikiyatrik hastalıklarla baş ağrısı arasındaki en yaygın ilişkinin nedensellikten çok iki yönlü ilişki modeli olduğunu göstermiştir. Bu ilişki özellikle migren ve duygulanım bozukluklarında daha net görülmektedir. Migren gibi birincil baş ağrısı bozuklukları ile çeşitli psikiyatrik bozukluklar altında yatan nörokimyasal özellikler birçok yönden benzerlik göstermektedir. Ancak her ne kadar bu tip ilişkiler daha sık görülse de, bu durum nedensel ilişkinin görülebileceği olasılığını ortadan

kaldırmamaktadır. Ancak sınıflama sistemi oluşturucularının da vurguladığı gibi, baş ağrısı ile psikiyatrik bozukluklar arasında nedensel ilişki kurulabilmesi için, baş ağrısı yalnızca psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında görülüyor olmalı ve baş ağrısı ile birlikte psikiyatrik bir bozukluğun diğer belirtileri de sürmelidir (3,39). Psikiyatrik bozukluklara bağlı ikincil baş ağrıları (PİBA / Headaches secondary to psychiatric disorders: HSPD) üzerine yapılan geriye dönük bir araştırmada; PİBA tanısının pratikte sık kullanılmadığı, kullanıldığında ise UBAS II'nin tanı ölçütünün tam uygulanmadığı ve "Baş ağrısı yalnızca psikiyatrik bozukluğun seyri sırasında görülmektedir" ölçütünün dikkate alınmadığı görülmüştür. Yalnızca atipik baş ağrılarına değil, çoğu zaman gerilim tipi ve migrene uyan tanımlara da PİBA tanısı konulduğu bildirilmiştir. PİBA tanısına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında yer aldığı halde, uygulamada somatizasyon bozukluğuna bağlı baş ağrısı tanısının depresyon ve genellenmiş anksiyeteye bağlı olanlar kadar konulmadığı saptanmıştır (40).

Gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili psikiyatri ve nörolojinin tanı ölçütlerindeki örtüşmenin yol açtığı tanı sorunları yanında yüksek oranlarda eştanı saptanmasının baş ağrısı sendromuna yol açan ruhsal etmenlerin ayrıştırılmasının bu sendromun tedavisine önemli katkı sağlanması beklenebilir.

Araştırma sonuçları yorumlandığında, psikiyatrik hastalarda bir belirti olarak saptanan baş ağrısının toplum oranlarından yüksek ve nöroloji polikliniğine baş

ağrısı yakınmasıyla başvuranların oranına yakın olması, bu belirtiyeye psikiyatristlerin dikkat etmesi gerektiğini düşündürmektedir. Psikiyatrik bozukluklar ile baş ağrısı arasındaki koşutluk ve karşılıklı tetikleme olasılığı, nörologların eşlikçi psikiyatrik bozukluk varlığını kuvvetli bir olasılık olarak düşünmeleri için önemli bir uyarı sayılmalıdır. Hastanın değerlendirilmesinde ve tedavi düzenlemesinde psikiyatrik bozuklukların ihmal edilmesini olumsuz sonuçları tahmin edilebilir. Kuşkusuz hastalıkların saptanması kadar, etkin tedavisi için bu iki tıp dalının işbirliği kaçınılmaz olacaktır.

Benzer araştırmalarla da görüldüğü gibi UBAS ölçütlerine göre varılan gerilim tipi baş ağrısı tanısının, DSM-IV ölçütlerine göre varılan ağrı bozukluğu tanısıyla örtüşmesinin yol açtığı karışıklık dikkat çekicidir. Her ikisinde de "bedensel etyolojik etmenin saptanması" bir tanı ölçütü olarak tanımlanmış olduğundan bu örtüşme bir rastlantı değil süreklilik taşımaktadır. Gerilim tipi baş ağrısında fizyolojik etmenin kafa çevresi kaslarındaki gerginlik olarak tanımlanması, buna karşılık bu kas gerginliğinin nedenlerinin henüz alacakaranlıkta kalması, bu yöndeki belirsizlik aydınlanmadan bu örtüşmenin oluşturduğu karışıklığın sürmesine yol açmaktadır. Psikiyatrik bozukluklardaki baş ağrısının ve nörolojik baş ağrısının psikofizyolojisi üzerine yapılacak koşut araştırmaların hem genel olarak baş ağrısının etiyoloji ve psikofizyopatolojisini aydınlatmada, hem de tanı dizgelerindeki karışıklığı azaltmada önemli olacağı açıktır.

KAYNAKLAR

1. Karlıdere T. Baş ağrısına psikiyatrik yaklaşım. Türkiye Klinikleri Dergisi - KBB Özel Sayısı 2010; 3:58-65.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E. (Çeviri Ed.). 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Second Ed. Cephalalgia 2004; 24(Suppl.1):9-160.
4. Lake AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. Headache 2005; 45:493-506.
5. Saper JR, Lake AE. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. Headache 2002; 42:663-674.
6. Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi 2003; 1:94-97.
7. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1:89-99.
8. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders and suicide attempts: an epidemiological study of young adults. Psychiatry Res 1991; 37:11-23.

9. Castien RF, van der Windt DA, Dekker J, Mutsaers B, Grooten A. Effectiveness of manual therapy compared to usual care by the general practitioner for chronic tension-type headache: design of a randomised clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2009; 10:21.
10. Sheehan D, Janavs J, Baker Harnett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan M, Lecrubier Y, Weiller Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. MINI Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe Versiyon 5.0.0. Engeler A. (Çeviri ed.) İstanbul, Glaxo Smith Kline, 2004.
11. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17:45-56.
12. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002; 6:9-16.
13. Güzeldemir ME. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom* 1995; 7:11-21.
14. Erdine S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı* 2001; 13:22-30.
15. Çetinkaya Y, Tireli H. Bingöl ilinde nöroloji polikliniğine başvuran hastalarda baş ağrısı sıklığı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2005; 42:9-11.
16. Baykan B, Ertaş M, Karlı N, Akat-Aktaş S, Uzunkaya Ö, Zarifoğlu M, Siva A, Saip S, MİRA – Neurology Study Group. The burden of headache in neurology outpatient clinics in Turkey. *Pain Pract* 2007; 7:313-323.
17. Özmen E, Demet MM, Gülseren L, Kültür S. Somatik yakınmaları ile psikiyatri polikliniğine başvuranlarda DSM-III-R tanıları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1993; 6:16-21.
18. Koçer E, Değirmenci Y, Koçer A, Ataoğlu A. The frequency of headache in Turkish patients with psychiatric disorders. *Yeni Symposium* 2010; 48:132-138.
19. Lake AE 3rd. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. *Med Clin North Am* 2001; 85:1055-1075.
20. Lipchik GL, Penzien DB. Psychiatric comorbidities in patients with headaches. *Seminars in Pain Medicine* 2004; 2:93-105.
21. Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache* 2000; 40:818-823.
22. Mathew NT, Reuveni U, Perez F. Transformed or evolutive migraine. *Headache* 1987; 27:102-106.
23. Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia* 2005; 25:165-178.
24. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003; 60:1308-1312.
25. Baskin SM, Smitherman TA. Migraine and psychiatric disorders: comorbidities, mechanisms, and clinical applications. *Neurol Sci* 2009; 30(Suppl.1):61-65.
26. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res* 1991; 37:11-23.
27. Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL, Hill KR, O'Donnell FS, Cordingley G. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache* 2000; 40:3-16.
28. Puca F, Genco S, Prudenzano MP, Savarese M, Bussone G, D'Amico D, Cerbo R, Gala C, Coppola MT, Gallai V, Firenze C, Sarchielli P, Guazzelli M, Guidetti V, Manzoni G, Granella F, Muratorio A, Bonuccelli U, Nuti A, Nappi G, Sandrini G, Verri AP, Sicuteri F, Marabini S. Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. The Italian Collaborative Group for the Study of Psychopathological Factors in Primary Headaches. *Cephalalgia* 1999; 19:159-164.
29. Verri AP, Proietti Cecchini A, Galli C, Granella F, Sandrini G, Nappi G. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia* 1998; 18(Suppl.21):45-49.
30. Saygın MZ, Öztürk E, Koçer A, Lülecı A, Çalışkan M. Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi baş ağrısı: psikiyatrik morbidite ve ayırt edici diğer özelliklerin araştırılması. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2005; 3:22-26.
31. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:24-29.
32. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Somatoform pain disorder in the general population. *Psychother Psychosom* 2003; 72:88-94.
33. Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. In: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (editors). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1998, 77-94.
34. Sağduyu A, Rezaki M, Rezaki BG, Kaplan İ, Özgen G. Somatoform ağrı bozukluğu: Tanımlayıcı özellikler ve diğer ruhsal bozukluklarla ilişkileri. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10:21-32.
35. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Giannantonio AS, Napoli L, Bruni O, Trillo S. Headache and psychiatric comorbidity: Clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998; 18:455-462.
36. Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, Liu CY, Wang PN, Lu SR. Comorbidity of headaches and depression in the elderly. *Pain* 1999; 82:239-243.

37. Bussone G. Chronic migraine and chronic tension-type headache: different aspects of the chronic daily headache spectrum. Clinical and pathogenetic considerations. *Neurol Sci* 2003; 24(Suppl.2):90-93.
38. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology* 2000; 54:308-313.
39. Loder E, Biondi D. Headache attributed to psychiatric disorder: a case series. *Psychosomatics* 2005; 46:326-333.
40. Radat F, Milowska D, Valade D. Headaches secondary to psychiatric disorders (HSPD): a retrospective study of 87 patients. *Headache* 2011; 51:789-795.