



## ARAŞTIRMA / RESEARCH

### Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda psikosomatik tanı

Psychosomatic diagnosis on patients with migraine and tension type headache

Nilüfer Sayılğan<sup>1</sup>, Hüseyin Güleç<sup>2</sup>, Füsün Mayda Domaç<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Körfez Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Turkey

<sup>2</sup>SBÜ.Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastalıkları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, <sup>3</sup>Nöroloji Bölümü, İstanbul, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2018;43(Suppl 1):262-267*

#### Abstract

**Purpose:** The aim of this study is to compare the psychiatric load of migraine and tension type headaches; which are the most common reason of headaches, with the help of DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and DCPR (Diagnostic Criteria of Psychosomatic Research) systems and to contribute in the approach to these patients.

**Materials and Methods:** One hundred patients included in the study, that applied to Erenkoy Mental Hospital who were diagnosed as migraine and tension type headache according to International Classification of ICHD-II and they signed the informed consent form on a voluntary basis. Informed consent forms, data collection forms, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) scale, structured DCPR interviews were performed on the patients.

**Results:** In our study, both DCPR and SCID were performed on 100 headache patients. After SCID, psychiatric illness was revealed in the 35 percent of migraine patients and in the 42.5 percent of tension-type headache patients. While with SCID 38 patients could be diagnosed, 95 patients could be diagnosed with DCPR. Patients who weren't diagnosed with SCID were diagnosed with DCPR with the percentage of 93.5 (58 patients), patients who were diagnosed with SCID, were diagnosed with DCPR with the percentage of 97.4 (37 patients). Only one patient that was diagnosed with SCID was not diagnosed with DCPR (2.6%).

**Conclusion:** The DCPR classification system diagnoses higher patients with psychosomatic headaches than the DSM classification system.

**Key words:** Headache, somatization, DCPR, DSM

#### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, baş ağrısının en sık iki nedeni olan gerilim tipi baş ağrısı (GTB) ve migren tipi baş ağrısı (MTB) tanılı hastalarda psikiyatrik yükü Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ve Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri görüşmesi (DCPR) sınıflandırma sistemleriyle karşılaştırmak ve bu hastalara yaklaşımda katkı sağlayabilmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine başvurup Uluslararası Baş ağrısı Bozukluklarının Sınıflandırması (International Classification of Headache Disorders) (ICHD-II)'ye göre GTB ve MTB tanısı konmuş, gönüllülük esasına göre bilgilendirilmiş onam formunu imzalayıp rızası alınmış 100 hasta örneklem grubunu oluşturarak dahil edildi. Hastalara Bilgilendirilmiş onam formu, Veri toplama formu, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Ölçeği, yapılandırılmış DCPR görüşmesi uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmamızda 100 baş ağrısı hastasına hem SCID hem de DCPR uygulandı. SCID görüşmesi sonrasında, MTB tanılı hastaların %35'inde, GTB tanılı hastalarının %42.5'unda psikiyatrik hastalık varlığı saptandı. SCID ile 38 hasta tanılandırılırken, DCPR ile 95 hasta tanılandırılmıştır. SCID ile tanı kon(a)mayan hastaların %93.5'ine (58 hastaya), SCID ile tanı konanların %97.4'üne (37 hastaya) DCPR ile tanı konmuştur. SCID ile tanı konabilmiş fakat DCPR ile tanı konamamış sadece 1 hasta (%2.6) bulunmuştur.

**Sonuç:** Baş ağrılarında, DCPR sınıflandırma sistemi, DSM sınıflandırmasına göre daha fazla sayıda hastaya tanı koymaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Baş ağrısı, somatizasyon, DCPR, DSM

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Nilüfer Sayılğan, Kocaeli Körfez Devlet Hastanesi, Kocaeli, Turkey.

E-mail: nilufer@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 21.05.2018 Kabul tarihi/Accepted: 22.07.2018 Published online: 17.9.2018

## GİRİŞ

Baş ağrısı kişinin yaşam kalitesini ileri derecede etkileyen nonspesifik bir semptomdur. Baş ağrısı psikiyatrik hastalıklarla birliktelik gösterir. Depresyon ve migren ağrıları karşılıklı ilişki içindedir. Hem migren hem de depresyon aynı nörotransmitter mekanizmaları ile ortaya çıkmaktadır. Böylece migrende depresyona, depresyonda da migrene sık rastlanmaktadır<sup>1</sup>. Migren 4-72 saat sürebilen, tek taraflı, pulsatil, orta ve yüksek şiddette hissedilen, günlük fiziksel aktiviteyle artan, bulantı kusmanın, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği, kişinin işlevselliğini bozan bir baş ağrısı türüdür. Dünya çapındaki yaş ve cinsiyete bağlı toplum temelli çalışmalar göstermiştir ki, migrenin yaşamboyu prevalansı %12-18'dir<sup>2</sup>. Tedavide nonsteroid antiinflamatuar ajanlar, triptanlar, ergotamin, antiemetikler, profilakside betablokerler, kalsiyum kanal blokerleri, valproat, topiramat ve trisiklik antidepresanlar kullanılır. Migren major depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, somatizasyon ve intihar davranışı gibi psikiyatrik durumlarla ilişkilidir<sup>3</sup>. Gerilim tipi baş ağrısı (GTB) en sık karşılaşılan baş ağrısıdır<sup>4</sup>. Migrene göre daha düşük şiddettedir fakat daha uzun sürer. Stres, kaygı, depresyon, yorgunluk gibi etkenlerle baş boyun bölgesinde kasılma olur ve bu da başın etrafında alından geçen bir çember şeklinde ağrıya sebep olur. Kadınlarda erkeklere göre daha siktir, herhangi bir yaşta görülebilir. Sıklıkla 30 dk ile bir hafta arasında sürer ve tekrarlayıcıdır. Bazen bulantı eşlik etse de kusma olmaz. Genellikle altta yatan depresyon ve kaygı bozukluğunun tedavisi; gevşeme, sıcak duş, dinlenme, egzersiz ve masajla ortadan kalkar. Ancak kimi zaman aynı kişide hem gerilim tipi baş ağrısı hem de migren olabilmektedir.

Gerilim tipi baş ağrısının toplumda çok sık görülmesi, ciddi bir stres kaynağı olması, kişinin bireysel, toplumsal ve mesleki işlevselliğini önemli oranda bozması nedeniyle bu hastalığın doğru tanısı ve tedavisi çok önemlidir<sup>4</sup>. İlaç aşırı kullanımı, obezite, uyku bozukluğu, depresyon, anksiyete, bipolarite, somatizasyon ve kişilik bozukluklarının sıklığı gözönüne alınırsa baş ağrısında psikiyatrik değerlendirilmenin önemi ortaya çıkmaktadır. Baş ağrısına yaklaşım multidisipliner olmalıdır. Baş ağrılarında hastanın nöroloji, dahiliye, nöroşirürji gibi branşlar yanında psikiyatrist tarafından da değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerekir. Erken

tanı ve tedaviyle hastaların yaşam kalitesi ve işlevselliği artacaktır. Özellikle baş ağrısı alanında; hastanın ağrı kesicilere veya hipnotiklere bağımlı hale gelmeden hastalığın psikolojik faktörlerinin ortaya konması, kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi ve komorbid olabilecek psikiyatrik hastalıkların tespiti hastalıkla baş etmek açısından çok önemlidir<sup>5</sup>. Mevcut Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM) sisteminin psikosomatik baş ağrılarını tanımak açısından yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Psikosomatik Araştırmalarda kullanılan Diagnostik Kriterleri (DCPR) kullanarak psikosomatik baş ağrılarını daha doğru tanı koyabilmek ve doğru psikiyatrik tedavi yaklaşımıyla daha kalıcı tedavi imkanı sunabilmek mümkündür. DCPR sistemi, medikal hastalarda klinisyenin DSM sınıflandırmasına oranla, psikolojik ve subsendromal problemlerin daha doğru tanınmasını sağlar. Bu çalışmadaki amacımız; baş ağrısı çekmekte olan bireylere komorbid psikiyatrik bozukluğun gösterilmesi amacıyla DSM ve DCPR sınıflandırması uygulamak ve iki sistemin hastaları tanımlamakta birbirleri arasındaki farklılaşmayı göstermektir. Baş ağrısıyla uğraşan klinisyenlere hastalarına yaklaşımda ve tanı koymada yardımcı olabilmek ve sonuçta hastanın daha uygun tedaviye kavuşmasında katkı sağlayabilmektir. Bu çalışmadaki hipotezimiz; baş ağrısı çekmekte olan hastaların DCPR ile konulan psikiyatrik tanı oranlarının, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID) ile konulan tanı oranlarından fazla olduğudur. Bu hipotez ayrıca DSM ile tanı konmayan baş ağrılı bireylerde DCPR ile tanı konabilmesi ile de sınanacaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Kliniği Baş ağrısı Özel Dal Polikliniği'ne başvurup Uluslararası Baş ağrısı Bozukluklarının Sınıflandırması (International Classification of Headache Disorders) (ICHD-II)'ye göre Migren Tipi Baş ağrısı (MTB) ve GTB tanısı konmuş, gönüllülük esasına göre bilgilendirilmiş onam formunu imzalayıp rızası alınmış 100 hasta örneklem grubunu oluşturarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kullanılan ölçeklerle alakalı doğru yorum yapabilecek mental kapasiteye sahip olan katılımcılar çalışmaya dahil edildi. Okur yazar olmayan, psikotik spektrumda bir tanı alan, madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı olan, demans veya organik bir

mental bozukluğu olan, çocukluk çağında sekel bırakan nörolojik bir hastalık ya da kafa travması geçirmiş olan ve 18 yaştan küçük, 64 yaştan büyük olan katılımcılar dışlandı.

## Ölçekler

### Veri toplama formu

Çalışmanın amacına dönük araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların yaşam öykülerine ve psikosomatik yakınmalarına ilişkin sorular içeren görüşme formudur. İlk başvuruda uygulanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, sosyoekonomik durum, sosyal güvence, özgeçmiş, soygeçmiş, depresif duygudurum, hastaların kullandığı ilaç grupları gibi bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler yer almaktadır.

### SCID-I ölçeği

SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu): DSM-IV Eksen-I tanılarının konması amacıyla First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir<sup>6</sup>. Yapılandırılmış görüşmeler, değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanılarının geçerliliğinin artırılması ve gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır<sup>7</sup>.

### DCPR görüşme formu

1995'te geliştirilen, birçok klinik uygulamada test edilmiş, medikal hastalıklardaki psikososyal faktörleri değerlendiren bir tanı görüşmesidir. DCPR yapılandırılmış görüşmesi hastayla yüz yüze yapılır.15-30 dakika içinde tamamlanır. Son 6 ya da 12 ay içinde, kişinin bir ya da daha fazla DCPR sendromlarından birini geçirip geçirmediğini belirlemek için; evet hayır cevap formatında 58 maddeden oluşan sorular sorulur. Beraberinde psikiyatrik değerlendirme yapılması şart değildir fakat tavsiye edilir.

Anormal hastalık davranışı kümesi içerisinde 12 adet DCPR sendromu geliştirilmiş ve gruplandırılmıştır. Bu sendromlar "Sağlık Anksiyetesi", "Hastalık Fobisi", "Tanatofobi", "Hastalık İnkarı",

"Fonksiyonel Somatik Semptomlar", "Kalıcı Somatizasyon", "Konversiyon", "Yıldönümü Reaksiyonu", "Tip A Davranışı", "İrritabl Duygudurum", "Dirençsizlik" ve "Aleksitimi"dir. Türkçe standardizasyon çalışması ekibimizce devam etmektedir.

### İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, Frekans, Yüzde) yanı sıra niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-test ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Chi-square (ki-kare) testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

Çalışmaya yaşları 18 ile 64 arasında değişen 82 kadın 18 erkek, 40 (%40) GTB ve 60 (%60) MTB olan 100 hasta dahil edildi. Her iki grup baş ağrısı hastalarının sosyodemografik özellikleri anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 1). Baş ağrısı hastalarının tümü değerlendirildiğinde %56'sında fiziksel hastalık, %94'ünde, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık, %73'ünde ailede psikiyatrik hastalık saptandı, depresyon başlangıç yaş ortalaması 27,7±11,04 idi.

Uygulanan SCID sonrasında tüm baş ağrısı hastalarının %38'sinde, MTB hastalarının %35'inde, GTB hastalarının %42.5'inde psikiyatrik hastalık saptandı (Tablo 2). Gerek GTB gerekse MTB hastalarında en sık, komorbid psikiyatrik hastalık %20 ve %18.3 ile depresyon saptanmıştır.

Baş ağrısı hastalarının tümü değerlendirildiğinde DCPR sendromlarından, %72 kalıcı somatizasyon, %61 ikincil belirtiler, %56 dirençsizlik, %47 konversiyon, %44 tip A davranışı, %43 sağlık kaygısı, %28 yıldönümü reaksiyonu, %27 aleksitimi, %26 iritabilite, %22 ölüm korkusu, ve %14 hastalık korkusu saptanmıştır (Tablo 3). SCID ile 38 hastaya tanı konabilirken, DCPR ile 95 hastaya tanı konabilmiştir (Tablo 4). SCID ile tanı konamayan hastaların %93.5'ine (58 hastaya), SCID ile tanı konanların %97.4'üne (37 hastaya) DCPR ile tanı konmuştur. SCID ile tanı konabilmiş fakat DCPR ile tanı konamamış sadece 1 hasta (%2.6) bulunmuştur.

**Tablo 1. Grupların sosyodemografik tanımlayıcı özellikleri ve karşılaştırılması**

	Toplam grup (n:100)	Gerilim tipi (n=40)	Migren (n=60)	$\chi^2/t^*$	P
Yaş* (ort ±Ss)	38.2±	36.1±12.3	39.8±11.2	0.618	0.120
Cinsiyet				2.891	0.089
Kadın	82(%82)	36(%90)	46(%76.7)		
Erkek	18(%18)	4(%10)	14(%23.3)		
Medeni durum				2.531	0.282
Evlü	31(%31)	19(%47.5)	36(%60)		
Bekar	55(%55)	16(%40)	15(%25)		
Boşanmış –diğer	14(%14)	5(%12.5)	9(%15)		
Eğitim durumu				4.018	0.260
İlkokul	19(%19)	4(%10)	15(%25)		
Ortaokul	10(%10)	4(%10)	6(%10)		
Lise	26(%26)	13(%32.5)	13(%21.7)		
Üniversite	45(%45)	19(%47.5)	26(%43.3)		
Meslek				5.787	0.448
Öğrenci	13(%13)	8(%20)	5(%8.3)		
Ev hanımı	31(%31)	11(%27.5)	20(%33.3)		
İşçi	16(%16)	5(%12.5)	11(%18.3)		
Memur	12(%12)	6(%15)	6(%10)		
Emekli	10(%10)	4(%10)	6(%10)		
İşsiz	8(%8)	4(%10)	4(%6.7)		
Serbest	10(%10)	2(%5)	8(%13.3)		
Yaşadığı yer				0.266	0.606
İlçe	6(%6)	3(%7.5)	3(%5)		
Şehir/kent	94(%94)	37(%92.5)	57(%95)		
Gelir düzeyi				1.703	0.427
Kötü	2(%2)	1(%2.5)	1(%1.7)		
Orta	79(%79)	29(%72.5)	50(%83.3)		
İyi	19(%19)	10(%5)	9(%15)		
Sosyal güvence (+)	94(%94)	39(%97.5)	55(%91.7)	1.448	0.229

**Tablo 2. DSM'ye göre tanı dağılımları**

	Toplam grup (n=100)	Gerilim tipi (n=40)	Migren (n=60)
Tanı konmamış	62(%62)	23(%57.5)	39(%65)
Duygudurum (BAB+MDB)	28(%28)	14(%35)	14(%23)
Anksiyete Bzk.(YAB+OKB)	7(%7)	3(%8)	4(%7)
Diğer (Hipokondriasis+Disosiyatif Bzk)	3(%3)	-	3(%5)

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MDB:Major Depresif Bozukluk YAB:Yaygın Anksiyete Bozukluğu OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk

**Tablo 3. DCPR sonuçları karşılaştırılması**

	Toplam grup (n=100)	Gerilim tipi (n=40)	Migren (n=60)	$\chi^2$	P
Sağlık kaygısı	43(%)	19(%47.5)	24(%40)	0.551	0.458
Hastalık korkusu	14(%)	5(%12.5)	9(%15)	0.125	0.724
Ölüm korkusu	22(%)	10(%25)	12(%20)	0.350	0.554
Hastalık inkarı	20(%)	6(%15)	14(%23.3)	1.042	0.307
İkincil belirtiler	61(%)	27(%67.5)	34(%56.7)	1.184	0.277
Kalıcı somatizasyon	72(%)	29(%72.5)	43(%71.7)	0.008	0.928
Konversiyon	47(%)	18(%45)	29(%48.3)	0.107	0.744
Yıldönümü reaksiyonu	28(%)	12(%30)	16(%26.7)	0.132	0.716
Tip A davranış	44(%)	18(%45)	26(%43.3)	0.027	0.869
İrritabilite	26(%)	12(%27.5)	14(%23.3)	0.222	0.637
Dirençsizlik	56(%)	25(%62.5)	31(%51.7)	1.143	0.285
Aleksitimi	27(%)	8(%20)	19(%31.7)	1.657	0.198

DCPR:Diagnostic Criteria of psychosomatic Research

**Tablo 4. DCPR tanısı alan hastalar ile SCID tanısı alan hastaların karşılaştırılması**

	DCPR (-)	DCPR (+)	Toplam
SCID (-)	4(%6.5)	58(%93.5)	62(%100)
SCID (+)	1(%2.6)	37(%97.4)	38(%100)
Toplam	5(%5)	95(%95)	100(%100)

DCPR:Diagnostic Criteria of psychosomatic Research SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

## TARTIŞMA

Psikosomatik bozukluklarda bireylerin çekmekte oldukları ruhsal sıkıntıları tanımlamakta DSM sınıflandırma sisteminin yetersiz olduğu hala tartışılan konulardandır. Biz bu çalışmada, yıllarca sürüp giden, kişinin sosyallliğini ve işlevselliğini bozan, ağrı kesici kötüye kullanımı gibi birçok farklı sorunlara yol açan bu durumun yönetiminde DCPR sisteminin katkısını araştırmak istedik.

Birçok çalışmada GTB tanılı kişilerin kontrollere göre yüksek seviyede anksiyete, depresyon ve öfke/hostilite gösterdikleri belirlenmiştir<sup>8</sup>. MTB tanılı bireylerde nahoş dış uyaranların içsel algılanmasında ve bu uyarılara karşı duydukları duyguların sözel ifadesinde inhibisyon vardır. Diğer bazı çalışmalarda da migrenlilerde bastırılmış düşmanlık ve öfke duyguları olduğu ve bunun psikosomatik mekanizmalarla baş ağrısına yol açtığı bildirilmiştir<sup>9</sup>.

Baş ağrısına çoğunlukla psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiğini ortaya çıkaran çok sayıda çalışma mevcuttur. Psikiyatrik hastalıklar MTB birlikte sık olarak görülmektedir. Bu birliktelik, depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar duygudurum bozukluğu, fobi, özkiyim düşüncesi ve girişiminde dikkati çekmektedir<sup>10</sup>. Süregen günlük baş ağrısında görülen psikiyatrik komorbiditenin yaygınlığı araştırılmış, baş ağrılı 115 hasta (55 MTB, 56 GTB ve 4 diğer) çalışmaya alınarak, SCID, Beck Anksiyete ve Depresyon ölçekleri uygulanmıştır. Süregen MTB hastalarının %45.5'inde komorbidite saptanırken, süregen GTB hastalarının %55.4'ünde komorbidite olduğu bulunmuştur<sup>11</sup>. GTB'ye somatoform ağrı bozukluğu, depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılarının eşlik ettiği bulunmuştur<sup>8</sup>. Puca ve arkadaşlarının (1989) yaptığı çalışmada, GTB'si olan kişilerde psikiyatrik komorbidite prevalansı anksiyete için %52.5, depresyon için %36.4 ve somatoform bozukluklar için %21.7 olarak bulunmuştur<sup>12</sup>.

Çalışmamızda MTB tanılı hastalarının %35'inde, GTB tanılı hastalarının %42.5'unda psikiyatrik

hastalık saptandı. Toplam grubun %28'inde, GTB hastaların %35'inde, MTB hastaların %23'ünde duygudurum bozukluğu saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarına bakıldığında, toplam grubun %7'sinde, GTB hastaların %8'inde, MTB hastaların %7'sinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Ayrıca diğer (somatizasyon bozukluğu+disosiyatif bozukluk) hastalıkların oranlarına bakıldığında toplam grubun %3'ünde, MTB hastaların %5'inde olduğu saptanmıştır.

Literatürde DCPR kullanarak psikosomatik değerlendirmenin yapıldığı çalışma sayısı sınırlıdır, özellikle baş ağrısı konusunda yapılan çalışmalar yetersizdir. 2018 yılında Svicher ve arkadaşları tarafından baş ağrılı hastalarda yapılan iki çalışmada, migren hastalarına DCPR ve DSM-5 uygulanmış ve DSM-5'in somatik belirti ve ilişkili bozukluklar bölümünün hastada psikosomatik bilgiyi almada yetersiz olduğu ve migren hastalarının DCPR ile değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir<sup>13,14</sup>. Baş ağrısı konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Literatürde daha çok psikosomatik kökenli olduğu bilinen, konsültasyon liyezon psikiyatrisinde rastladığımız, kardiyolojik, gastroenterolojik, yeme bozuklukları, endokrinolojik hastalıklar gibi medikal hastalık gruplarında DCPR ile somatizasyonun araştırıldığı çalışmalar vardır. Çalışmamızda baş ağrısı tanılı bireylerde, DCPR sendromlarından, %72 kalıcı somatizasyon, %61 ikincil belirtiler, %56 dirençsizlik, %47 konversiyon, %44 tip A davranışı, %43 sağlık kaygısı, %28 yıldönümü reaksiyonu, %27 aleksitimi, %26 irritabilite, %22 ölüm korkusu ve %14 hastalık korkusu olduğu saptanmıştır. Baş ağrısı tanısı konmuş hastalara hem SCID hem de DCPR uygulandığında SCID ile 38 hastaya tanı konabilirken, DCPR ile 95 hastaya tanı konabilmiştir. SCID ile tanı konamayan hastaların %93.5'una (58 hastaya), SCID ile tanı konanların %97.4'üne (37 hastaya) tanı konmuştur. SCID ile tanı konabilmiş fakat DCPR ile tanı konamamış sadece 1 hasta (%2.6) bulunmuştur. Bu veriler DCPR'in SCID'e göre somatizasyonu tanımda daha başarılı olduğunu desteklemektedir.

Çalışmanın kesitsel olması, örneklem sayısının düşük olması çalışmamızın kısıtlı noktalarıdır. Ayrıca sadece büyük bir ilde bulunan bir dal hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran hastalardan oluşan bir örnekleme yapılmış olması bölgesel bazı farklılıklarının göz ardı edilmesine yol açmış olabilir. Daha büyük örneklerle sonuçların desteklenmesi, elde edilecek verilerin geçerlilik ve çeşitliliğini arttıracaktır. Yine hastanemizin bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi olması, baş ağrısı polikliniğine başvuran hasta profilinde psikiyatrik hastalık lehinde artışa sebep olmuş olabilir. Hastaların geçmiş hikayelerinde saptadığımız yüksek psikiyatrik tanı oranları çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Psikosomatik hastalarla ilgilenen klinisyenlerin, poliklinikte uygulayabilecekleri DCPR tekniğini bilmeleri ve uygulamaları somatizasyonu olan hastaların erken tanınmasını ve kalıcı tedavilerine kavuşmalarını sağlayacaktır. DCPR sınıflandırma sistemi, DSM sınıflandırmasına göre daha fazla sayıda hastaya psikosomatik baş ağrılarında tanı koymaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Saddock BJ. Clinical Psychiatry. New York, Lippincott WW, 2004. .
2. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Welch KMA. Headache types and panic disorder. *Neurology*. 2001;56:350-4.
3. Frediani F, Villani V. Migraine and depression. *Neurol Sci*. 2007;28:S1615.
4. Azam A, Yanofski J, Kaftarian E, Tao L. First Aid for the Psychiatry Boards. Oxford, McGraw Hill, 2013..
5. De Giorgio G, Ruberto S, Firenze C, Quartesan R. Psychosomatic approach to patients with headache. *alternative or integrated diagnosis*. *Riv Psichiatri*. 2010;45:179-87.
6. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I/CV), Clinical Version. Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
7. Çorapcıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2009.
8. Öyekçin DG, Sarıkaya Ö, Duraklı M, Erol A. Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:281-6.
9. Lake AE, III, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity. historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache*. 2005;45:493-506.
10. Wang SJ, Chen PK, Fuh JL. Comorbidities of migraine. *Front Neurol*. 2010;23:1-16.
11. Mongini F, Rota E, Deregibus A, Ferrero L, Migliaretti G, Cavallo F et al. Accompanying symptoms and psychiatric comorbidity in migraine and tension-type headache patients. *J Psychosom Res*. 2006;61:447-51.
12. Puca F, Genco S, Prudenzeno MP, Savarese M, Bussone G, D'Amico D et al.. 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;19:159-64.
13. Svicher A, De Cesaris F, Benemei S, Tondini V, Geppetti P, Cosci F. Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research versus DSM assessment in migraine patients. *J Psychosom Res*. 2018;109:137.
14. Svicher A, De Cesaris F, Benemei S, Tondini V, Geppetti P, Cosci F. Psychosomatic syndromes and mental pain in migraine patients. *J Psychosom Res*. 2018;109:137-8.