

Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısında Bilişsel-Davranışçı Tedavinin Kullanımı

Yasemin AKKOCA¹, Şehnaz YILDIRIM², Levent Ertuğrul İNAN³

¹Uzm. Dr., Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

²Uzm. Psikolog, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

³Prof. Dr., Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara.

Özet

Toplumun geniş bir kısmını etkileyen ve işgücü kaybına sebep olan baş ağrısı, bireyin sosyal aktivitelerini ve iş hayatını kısıtlamasının yanı sıra ilaç tüketimini artırma gibi sağlık harcamalarıyla, topluma getirdiği yük açısından önem kazanmaktadır. Migren ve gerilim tipi baş ağrıları organik bir neden belirlenemeyen birincil baş ağrıları olup tedavisinde ilaç, bio-geribildirimli egzersizler, akupunktur gibi yöntemler kullanılmakla birlikte son yıllarda bilişsel davranışçı tedavilerin (BDT) de etkin olduğu görülmektedir. Tekrarlayan baş ağrısı yaşayan bireylerde olumsuz düşünme tarzının; ağrıyı tetiklediği, şiddetini artırdığı ve ağrının yönetilmesini zorlaştırdığı gösterilmiştir. BDT, gevşeme egzersizleri gibi davranışçı yöntemlerle birlikte kendini izleme, eğitim, ağrıyı yönetme becerileri ve uyumu bozucu düşünceler ve inançlarla baş etme yöntemleri geliştirerek kişinin terapi sonlandıktan sonra da kendi kendine yardım etmesini sağlar. Bu yazının amacı, birincil baş ağrılarında bilişsel davranışçı tedavilerin kullanımı ve temel tedavi prensipleri hakkında bilgi vermektir. **(Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2015; 1: 10-17)**

Anahtar kelimeler: Baş ağrısı, migren, bilişsel davranış terapisi.

Abstract

The Use of the Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Migraine and Tension Type Headaches

Headache, which affects a large part of the community and causes loss of workforce, is gaining importance in terms of the burden which it brings on the society, by its function of restricting individuals social activities as well as increasing the health expenditure likewise drug consumption. Migraine and tension headaches are primary headaches which any organic causes can not be determined for them. For the treatment of headaches of this type besides the use of medicine, exercises with bio-feedbacks and acupuncture; in recent years cognitive behavioral treatments (CBT) appears to be effective. It's shown that the negative mode of thinking on individuals which have recurrent headaches, stimulates the headache, increase its severity and complicates the management of it. CBT provides for the person a self-help opportunity even the therapy is terminated, besides behavioral methods such as relaxation exercises, by developing strategies of self-monitoring, education, abilities of pain management and coping with the maladaptive beliefs and thoughts. The purpose of this text is, providing information about the use of the cognitive behavioral therapies on primary headaches and basic principles of treatment. **(Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2015; 1: 10-17)**

Key words: Headache, migraine, cognitive behavior therapy

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde bedensel ağrı belirtisi olarak çok sık görülen baş ağrısı, toplumun geniş bir kısmını etkilemesi, işgücü kaybına sebep olması ve hayati tehlike yapabilecek hastalıkların belirtisi olması nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Baş ağrısı bireyin sosyal aktivitelerini ve iş hayatını kısıtlamasının yanı sıra, ilaç tüketimini artırması ve

birçok hastane başvurusu ve tetkik yaptırma davranışları gibi sağlık harcamalarıyla, topluma getirdiği çok yönlü yük açısından da ele alınmalıdır (Siva 2003).

Baş ağrıları, organik bir neden belirlenemediğinde “birincil baş ağrısı”; travma, enfeksiyon, tümör gibi organik bir patolojiyle ilişkili ise “ikincil baş ağrısı” olarak sınıflandırılmaktadır (Shimizu ve Suzuki 2010, Headache Class. Comm. 2003). Baş ağrılarının %90’a

yakını birincil baş ağrısı olup migren ve gerilim tipi baş ağrıları (GTBA), tüm baş ağrıları içerisinde en sık görülen iki tipi oluştururlar. Baş ağrısı kafa içi ve kafa çevresinde ağrıya duyarlı yapıların değişik neden ve şekillerde uyarılmaları sonucu oluşur (Robbins ve Lipton 2010). Gelişmiş ülkelerde yapılan migren prevelans çalışmaları, bu tür baş ağrısının erişkin kadınlarda %12-24, erkeklerde ise %5-12 oranında görüldüğünü göstermektedir (Dahlof ve Lind 2001). Ülkemizde yapılan çalışmada migren prevelansı %16.4 olarak bulunmuş, bu oran kadınlarda %21.8, erkeklerde %10.9 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada GTBA sıklığı aralıklı tip için %20-30 iken süreğen tip için %3.1 olarak bildirilmiştir (Zarifoglu ve ark. 1998).

Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Birincil baş ağrıları nörolojik bir patoloji olarak ele alınmakla birlikte, literatürde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla sık birliktelik göstermesi dikkat çekmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada depresif bozukluk, migrenli hastalarda genel topluma göre 3 kat fazla görülmekte, bu oran GTBA’da veya aşırı ilaç kullananlarda daha da artmaktadır (Martin ve ark. 2007). Öyekçin ve ark. (2007) yaptığı bir çalışmada migren ve GTBA hastalarının en sık major depresyon ek tanısı aldığını, her iki baş ağrısı tipi arasında psikiyatrik ek tanı açısından önemli bir fark olmadığını göstermişlerdir. Klinik çalışmalar psikiyatrik hastalık birlikteliğinin baş ağrısı tedavisi için kötü prognoz göstergesi olduğunu göstermiştir. Guidetti ve ark. (1998) migren ve GTBA’lı 100 çocuk ve ergeni 8 yıl süreyle izlediklerinde, iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluklu çocuk veya ergenin %86’nın baş ağrısının düzelmediğini göstermişlerdir. Çocuk veya ergenlikte tek bir psikiyatrik sorun olanların ise %62’nin baş ağrısının düzelmediği veya kötüleştiği bildirilmiştir.

Beden ağrılarının başlaması ve süreğen hale gelmesinde birçok psikolojik faktörün rol aldığı görülmektedir. Bunların içerisinde anksiyöz kişilik yapısı, kaygınlık, duyguyu ifade etmekte zorlanma ile bedenselleştirme (somatizasyon) mekanizmaları ve duygusal çökkünlüğün önemli rol oynadığı bildirilmiştir. (Kalaydjian ve Merikangas 2008, Felbinger ve ark. 2009, Abbass ve ark. 2008). Duyguyu ifade etmede zorlanmayla ilgili bir çalışmada Öz ve ark. (2011), baş ağrısı hastalarında psikolojik ya da bedensel etkenlere bağlı olarak artmış olan öfkenin dışa yansıtılmadığını, bu nedenle içe dönük öfkenin artmış olduğunu, buna bağlı olarak da somatizasyon aracılığıyla baş ağ-

rısı düzeyinin artabileceğini vurgulamışlardır. Süreğen ağrı yaşayan hastalarda umutsuzluk duygusunun sıkça yaşandığı ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme becerilerinin kısıtlı olduğu görülmektedir. (Davidson ve ark. 2008). Nitekim fiziksel hastalığı olanların yaşam kalitesi hakkında fikir veren en önemli göstergelerden birinin umutsuzluk düzeyi olduğu bulunmuştur (Mystakidou ve ark. 2008). Kronik baş ağrısı olan hastaların %35’inde şiddetli umutsuzluk saptanması bu konunun önemine dikkat çekmektedir (De Filippis ve ark. 2008). Kıvrak ve ark.(2009) umutsuzluğun migren hastalarından daha çok GTBA’lı hastalarda görüldüğünü bildirmişlerdir. Aynı çalışmada GTBA’lı hastaların tedaviye başvuru oranının migrenli hastalardan daha az olmasının umutsuzluk düzeyleriyle ilişkisine vurgu yapılmıştır. Migren dahil nörolojik hastalığı olan kişilerin intihar davranışları incelendiğinde umutsuzluk, çökkünlük, yalnızlık ve desteksizlik hislerinin önemli rol oynadığı saptanmıştır (Arciniegas ve Anderson 2002). Umutsuzluk hissi kişinin tedavi arayışı, ağrıyı yönetme gibi ağrıyla baş etme mekanizmalarını zayıflattığı gibi yakınlarından yardım isteme, ilgi alma gibi diğer sosyal zorluklarıyla baş etmesini de güçleştirmektedir (Winterowd ve ark. 2003). Primer baş ağrısı, psikiyatri tanımlama sisteminde “Somatoform ağrı bozukluğu” içerisinde ele alınmıştır. Buna göre ağrı; “psikolojik etkenlere bağlı olan” ya da “psikolojik etkenlerle birlikte tıbbi bir durumu da içeren” şeklinde iki alt grupta belirtilmiştir (Sayar ve Işık 2008). Somatoform ağrı bozukluğu, sosyal psikolojiye göre duygularını sözel ifade etme yetisi sınırlı olan kişilerde görülmektedir. Bu kişilerin hastalık davranışını ilgi, destek ve bakım elde etmek için geçerli bir yol olarak öğrendiklerini ve bu durumun ağrının algılanmasını, şiddetini ve sürekliliğini etkilediğini öne sürmüşlerdir (Hollifield 2005).

Tekrarlayan baş ağrısının kronik migrene dönüşmesinde bazı risk faktörleri etkili bulunmuştur. Bunlar kadın olmak, düşük sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi, göç eden bireyler, kafa travması öyküsü ve genetik yakınlıktır. Değiştirilebilen risk faktörleri ise stresli yaşam olayları, uyku bozuklukları, şişmanlık, başlangıçtaki baş ağrısı sıklığı, ilk dönemde yoğun ilaç kullanımı, aşırı kahve tüketimi, diğer ağrı sendromu ile birliktelik ve iltihabi ve pıhtılaşma bozukluklarıdır. Duygusal stresin en sık tetikleyenlerden biri olduğu bildirilmiştir. Ağrının başladığı dönemde ağrı kesici ve atak önleyici tedavilerin aşırı kullanımı nedeniyle, kronik günlük baş ağrısında bu tedaviler artık etkisini kaybetmiştir. BDT hastaların psikososyal streslerle baş etme becerilerini geliştirerek yaşam

kalitesini düzeltir ve tedaviye bağlılığını cesaretlendirebilir (Pistoia ve ark. 2013). Migren ve psikiyatrik bozukluk birlikteliğinin sık görülmesi, bu rahatsızlığı daha da karmaşık hale getirmekte ve aşırı ilaç kullanımına neden olduğu düşünülmektedir. Özellikle ağrı kesicileri çok fazla kullanan bu hasta grubunda, ağrı kesici ve triptanlardan vücudun arınma tedavisi, klinik ve duygusal belirtilerin birçoğunu düzeltmiş gibi görünse de, ilerleyen süreçte ağrı şiddeti ve baş ağrısına bağlı yeti kaybını istenen düzeyde iyileştirememektedir (Gambini ve ark. 2013).

Baş ağrısı ve davranışçı tedaviler:

Migren ve GTBA'nin psikolojik tedavileri içinde fizyolojik yönelimli davranışçı teknikler ve bilişsel davranışçı terapilerin dünyada 1970'lerden beri kullanılan iki ana yöntem olduğu görülmektedir (Andrasik 2007, Verhagen ve ark. 2009). Davranışçı teknikler içinde derin soluma, ilerleyici kas gevşeme, hipnoz ve meditasyon gibi gevşeme egzersizleri kullanılmakla birlikte, elektromiyografi, termal ve damar atımıyla izlenen bio - geribildirim teknikleri de kullanılmaktadır (Rains ve ark. 2005).

Gevşeme egzersizleri: Sempatik uyarılmayı ve kas gerginliğini azaltır. Bu yöntem aynı zamanda dikkat dağıtma ile periferik duyu girişlerinin santral işleme sürecini azaltabilir. Video izleme ve ses kayıtları dinleme programları gibi gevşeme araçları yaygın olarak kullanılır. İlerleyen kas gevşeme, derin nefes egzersizi gibi davranışçı terapiler bir süre sonra otomatik olarak kullanılması için hastalar eğitilir. Ekstremitelerdeki egzersizi, kardiyak egzersiz, solunum egzersizi, solar pleksus sıcaklık egzersizi ve alın soğutma egzersizi gibi uygulamaların amacı, oto-hipnoz gibi bilinçli olarak farkındalık durumunun oluşmasıdır. Zihne gelen resimlerin (imajların) yönetimi dikkatin baş ağrısından uzaklaştırılması için kullanılır. İmajlar sevilen bir yer, huzurlu bir zaman, bir renk üzerine odaklanma veya yatıştırıcı bir durum olabilir (Pistoia ve ark. 2013).

Bio-geribildirim: Bio-geribildirimle yapılan egzersizlerde, vücutta gelişen değişimler, bazı ölçüm araçlarıyla değerlendirilir. Bu tekniğin nitrik oksit yararlanımı ile serbest oksijen radikallerini etkilediği bildirilmiştir. Bio-geribildirim genel ve özel olarak ikiye ayrılmıştır. Genel yaklaşımda; stres durumunda beden verdiğimiz tepkiler ve gevşemeyle olan değişim; kas gerginliği, deri elektrik aktivitesi ve çevresel sıcaklık gibi sempatik sistem belirtileri ölçülerek karşılaştırılır. Özel bio-geribildirimde; süperfisial temporal

arter kan basıncı ölçümü, renkli doppler kan akımı ve elektro-ensefalogram değişimleri ağrının kontrolünde kullanılabilir. Hastalar bu ölçümlerle damar kasılması, beyin aşırı uyarılması ve vücudun iç dengesinin sağlanması (hemostazis) ile ağrının düzenlenmesini takip etmek için eğitilirler. Bu yaklaşımın zorluğu, ölçümlerin doktor eşliğinde yapılması gerekliliğidir. Bu tekniğin etkinliğinin daha ileri çalışmalar ile araştırılması önerilmiştir (Pistoia ve ark. 2013).

Davranışçı yönelimli tekniklerden elektromiyografi ve termal bio-geribildirim ve gevşeme egzersizlerinin GTBA ve migren üzerinde etkisinin genel olarak birbirlerine üstün olmadıkları gösterilmiştir (Blanchard ve ark. 1990). Bu tekniklerin ağrıyı azaltmanın yanı sıra ilaç alımını ve psikosomatik belirtileri azalttığı ve duygulanımı düzelttiği de bildirilmiştir (Blanchard ve ark. 1990, Rains ve ark. 2005). Davranışçı yaklaşımda klasik kurallar geçerli olup ağrıyla ilgili duygu ve düşünce süreci değerlendirmeye alınmaz. Ağrıyla ilgili davranışların, çevresel uyarımlarla birlikte ödül-ceza ilişkisine göre pekiştiği ve öğrenildiği temel alınarak kişide davranış değişikliği ve bilgilendirme ile ağrıyla baş etme yolları gösterilmektedir. Baş ağrısında davranışçı terapilerin etkinliğini inceleyen bir gözden geçirme yazısında 9 çalışma değerlendirilmiş ve çeşitli davranışçı yöntemlerin ağrının kontrolünde etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak egzersiz programlarının sıklığı ve yoğunluğu konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir. Davranışçı yöntemlerin baş ağrısındaki etkinliğinin mekanizması açık olmamakla birlikte egzersizlerin beyindeki serotonin düzeylerini artırarak ve strese cevap olarak aktiflenen sempatik-parasempatik sistemi düzenleyerek etkili olduğu bildirilmiştir (Baillie ve ark. 2014).

Baş ağrısı ve bilişsel-davranışçı tedaviler:

Son yıllarda birçok psikiyatrik bozuklukta kullanılan ve başarılı sonuçlar alınan bilişsel-davranışçı tedavilerin baş ağrısını azaltmada ve yönetiminde etkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Martin ve ark. 2007, Thorn ve ark. 2007, Evans 2013, Herwig 2013). Bilişsel-davranışçı görüşe göre bireyler çevrelerindeki uyarımları, deneyimlerinin şekillendirdiği zihinlerindeki kalıplara göre süzer ve bu doğrultuda beklentiler oluştururlar. Kişinin tepkileri ve hissettiği duyguları, olayların kendisinden çok nasıl algılandığı ve yorumlandığı ile değişir. İnsan fizyolojisinde duygu, düşünce (inançlar, değer yargıları, atıflar, beklentiler), davranış ve yaşamsal sistemler birbirleriyle bağlantılıdır. Bu doğrultuda, davranış hem çevre hem

de bireyin kendisi tarafından belirlenir (Türkçapar 2008). Kronik ağrı yaşantısı bu öğrenilmiş bilişsel-duygusal davranışsal ve fizyolojik mekanizmanın etkisi altındadır (Winterowd ve ark. 2003).

Ağrının fizyolojik mekanizmalarıyla ilgili beyindeki işleme sürecine bakıldığında, belirli düşünce veya anıların somatosensorial korteksi aktiflediği, belirli duyguların da limbik sistemi etkilediği bildirilmiştir. Böylece kişi bir ağrı tecrübesi yaşadığında bazı duygusal cevaplar verecek ve zihninde belirli düşünceler ve/veya imajlar oluşacaktır. Winterowd ve ark. (2003) bu olumsuz düşüncelerin ve imajların o sırada yaşanan ve daha sonra yaşanabilecek ağrı deneyimlerinde etkili olduğunu, olumsuz duyguları çağrıştıracağını ve kişinin fiziksel kısıtlanmasına ve ağrısına daha fazla odaklanıp ağrıyı daha fazla hissedeceğini bildirmişlerdir.

Psikiyatrik hastalıklar ve baş ağrısı birlikteliğinin sık olması bazı psikopatolojik içerik ve tutumların ortak olmasıyla ilgili olabilir. Örneğin depresyonun bilişsel kuramına temel teşkil eden olumsuz otomatik düşüncelerin varlığının, içeriklerinin ve bunlara yönelik kişisel tepki biçimlerinin araştırılması depresyonun tedavisinde önemli bir ilerleme sağlamıştır (Beck ve ark. 1979). Yapılan araştırmalar tekrarlayan baş ağrısı yaşayan bireylerde de benzer olumsuz düşünme tarzının; ağrının tetiklenmesi, şiddeti ve yönetilmesinde zorluklar yaşanmasına neden olduğunu göstermektedir (Lipchik ve ark. 2006). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde düşük başa çıkma kabiliyetleri, felaketleştirme ve tekrarlı düşünce ve davranışlar gibi bilişsel tutumlar, sağlıklı popülasyona göre belirgin derecede daha fazla görülmüştür. Bu bireylerin fiziksel duyularının, düşünce ve duygularla ilişkisini kabullenme seviyelerinin düşük olduğu ve buna bağlı olarak, kaçınma ve uyumsuz davranış değişikliği gibi ağrı ile ilişkili işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri geliştirdikleri saptanmıştır (Chiros ve O'Brien 2011). GTBA yaşayan bireylerin kendisi ve dünya ile ilgili şemalarının olumsuz olduğunu ve yeni girişimlere açık olmadıklarını, bu nedenle ağrıyı ve diğer kişiler arası ilişki sorunlarını yönetmede zorluklar yaşadıklarını da bildirilmiştir (Yavuz ve ark. 2013). Dış dünyaya dair olumsuz şemaların ağırlıklı olduğu paranoid ve obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin, birincil baş ağrısı bulunan bireylerde yüksek olduğunu bildiren bir araştırma da bu görüşü desteklemektedir (Tamgaç ve ark. 2007). Benzer şekilde tekrarlayan baş ağrısı ile mizaç ve karakter özellikleri ilişkisini inceleyen bir başka araştırmada bu kişilerde zarardan kaçınma-

nın yüksek ve kendini yönetme alt ölçeğinin düşük puan aldığı gösterilmiştir (Çelik ve ark. 2010). Zarardan kaçınmanın yüksek olduğu bireyler sakıngan, pasif, kendine güveni olmayan, kötümser bireyler olarak tanımlanmakta ve stresli olaylara yüksek oranda depresyon ile karşılık verdikleri görülmektedir (Cloninger ve ark. 1993). Bu veriler birincil baş ağrısının etiyojisinde ve sürengelik kazanmasında işlevsel olmayan bilişsel süreçlerin ve tutumların etkili olabileceğini göstermektedir.

BDT baş ağrısının yönetilmesinde, tetikleyici faktörlerin belirlenmesi ve daha etkili baş etme yollarının geliştirilmesi ile hastalara yardım eder. Böylece hastalar riskli davranışlarını önleyerek ve daha etkili tedavi seçimleri yaparak kronik ağrıdan kaçınmayı başarabilirler. Bunun yanı sıra stres yönetimini sağlayarak strese bağlı kas gerginliği, sempatik uyarılma ve hipotalamo-hipofizer kortikal aks aktivasyonunu azaltabilirler (Pistoia ve ark. 2013). Anksiyöz kişilik yapısı ve stresle baş etme becerisi zayıf olan baş ağrılı hastalar ilaç tedavilerini tolere edemezler. Tekrarlayan migrenli hastalarda psikiyatrik bozukluk birlikteliği ile ağrıların kronik nitelik kazanması da BDT ile önlenebilir (Herwig 2013). Buna ek olarak hastalar, baş ağrısının niteliği ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilerek ilaç kötüye kullanımını engelleyebilir, felaketleştirici düşüncelerini fark edebilir, yaşam kalitesini artıracak tedbirler alabilirler. Yaşam kalitesiyle ilgili değişimler; örneğin davranışçı yöntemlerle uyku kalitesini artırmak, fiziksel egzersizi düzenlemek, şişmanlık ve alkol/kafein aşırı alımını engellemekle baş etme yolları artırılabilir. BDT ilaç tedavileriyle karşılaştırıldığında, tek başına ilaç tedavisine göre ilaç tedavisi ile BDT birlikte kullanımının daha etkili olduğu gösterilmiştir (Pistoia ve ark. 2013).

BDT davranışçı yöntemlere ek olarak kendini izleme, eğitim, ağrıyı yönetme becerileri ve uyumu bozucu düşünceler ve inançlarla baş etme stratejileri de geliştirerek kişinin terapi sonlandıktan sonra da kendine yardım etmesini sağlar. Baş ağrılı hastalarda, geri bildirim ve gevşeme egzersizleri gibi fizyolojik yöntemlerle BDT'nin etkinliği karşılaştırıldığında BDT'nin daha etkili olduğu görülmektedir (Martin ve ark. 2007). Bu sonuçlarla uyumlu olarak Dear ve arkadaşları, internet yoluyla kronik ağrılı hastalara BDT eğitimi verdiklerinde (2013), hastaların ağrı şiddeti, depresyon ve anksiyete değerlerinin düştüğünü, engellenme eşiklerinin yükseldiğini göstermiştir. Ancak yüz yüze yapılan BDT tedavisinin daha etkili olduğu bildirmiştir. Baş ağrısında BDT ile grup terapisinin

de oldukça etkili olduğu, grup terapisinin maliyeti düşürdüğü ve özellikle gençlerde grup etkileşimi ile oldukça olumlu sonuçlar alındığı bildirilmiştir (Nash ve ark. 2004, Zagustin 2013).

Geri bildirim yöntemlerinin, kişinin baş ağrısıyla ilgili daha iyi kontrol sağlayabildiği bakış açısını kazandırarak, başarılı olduğu düşünülmektedir. BDT'de buna ek olarak sorun çözme becerilerinin gelişmesi ile hastaların daha olumlu düşünmeyi geliştirebildikleri gösterilmiştir. Hastaların aile ve arkadaşlarından duygusal destek aramayı artırmaları da sorun çözme becerisinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Martin ve ark. 2007, Dear ve ark. 2013). BDT alan hastaların fizyolojik değerlerinde de olumlu düzelmeler gözlenmiştir. Örneğin kafa çevresindeki arterlerin basıncı ve bazal kalp atım sayısında azalma olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar BDT ile kişinin stresle başa çıkmayı öğrenmesinin bedensel stres tepkilerini azalttığı şeklinde yorumlanabilir. Oysaki geri bildirimli egzersizde ağrıyla ilişkili fizyolojik bulgularda önemli bir değişiklik gözlenmemiştir (Martin ve ark. 2007).

BDT ile her hastanın aynı oranda faydalandığı söylenemez (Pistoia ve ark. 2013). Bu durum yeni arayışlara kapı aralamıştır. BDT'nin kronik ağrıda kullanımı, geçmişte sosyal ve ailesel destek, baş etme yeteneklerini geliştirme, kontrol etmeye odaklanma ve öz yeterliliği geliştirmeye dönüktü. Son zamanlarda 3. Kuşak BDT olarak tanımlanan, diyalektik davranışçı terapi, fonksiyonel analitik terapi, farkındalık temelli bilişsel terapi, kabullenme ve kararlılık terapisi gibi terapiler de geliştirilmiştir. Bu terapiler kronik hastalıkları olan kişilerin ihtiyaçlarına odaklanmıştır (Zagustin 2013).

Farkındalık temelli stres düzenlemesi psikolojik kökenli ağrılarda, fiziksel performansı düzeltmede ve psikolojik olarak iyi hissetmede etkili BDT'nin yeni bir türüdür. Bu tedavide katılımcılar düşüncelerinin, duygularının ve önyargıları olmaksızın fiziksel duyumlarının farkına varmak için eğitilirler. Dikkat ve duygusal tepkinin, ağrının süregenlik kazanmasında önemi vurgulanmıştır. Farkındalık temelli terapi ile ilgili yapılan çalışmalarda ağrı şiddetinde, kaygı ve depresif belirtilerde azalma ile uyku kalitesinde ve fiziksel aktivitelerde artma olduğu bildirilmiştir (Omidi ve Zargar 2014, Day ve ark. 2014).

Klasik BDT uygulamalarından farklı bir yol izlenerek yapılan iki çalışmada, tekrarlayan baş ağrılı bireylerin tetikleyicilere alıştıırılarak baş ağrısıyla daha uyumlu bir biçimde başa çıkabildiği gösterilmiştir. Klasik BDT gürültü, açlık, kaygı gibi baş ağrısını

tetikleyen durumlardan uzak durmayı önererek başa çıkma yolları önerirken, bu çalışmalarda tam tersine, bahsedilen tetikleyicilerle baş etmeyi öğrenmenin sosyal uyumu da artırdığı bildirilmiştir (Martin ve ark. 2014a, Martin ve ark. 2014b). BDT kadar diğer terapi yöntemlerinin de baş ağrısında etkili olduğunu gösteren bir araştırmada, BDT ve Gestalt grup terapisi yapılan iki örneklem karşılaştırıldığında, her iki grupta da olumlu iyileşmeler gözlenmiş, sonuçlar açısından aralarında anlamlı bir fark görülmemiştir (Asadnia ve ark. 2014).

Baş Ağrısında BDT'nin Temel Bileşenleri

Psikiyatrik bozuklukların tipine göre BDT ile davranışçı terapiler arasında uygulama farklılıkları olabilir. Davranışçı tedaviler, fonksiyonel bozukluklar ve belirtileri artıran sebepler gibi çevresel durumlara odaklanırken BDT davranış düzenlenmesi kadar olumsuz yönlendiren düşüncelere de önem verir. BDT'nin temel bileşenleri; hasta eğitimi, kendini gözlemeleme, sorun çözme, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışçı düzenlemeler ve etkinlik planı, derin nefes egzersizi ve gevşeme eğitimidir. Bu bileşenlerin bir amacı yeterlilik hissini artırılması, diğeri klinik sonuçların düzeltilmesi ve uzun süreli hastalık yönetimidir. Kişinin kendine güven duyması önemlidir çünkü bu durum tedavinin etkinliğini ve hastanın davranış değişimindeki sürekliliği belirler (Lipchik ve ark. 2006, Winterowd ve ark. 2003).

Hasta eğitimi

Baş ağrısında hasta eğitimi diğer psikiyatrik bozukluklarla benzer biçimde, hastalığın biyo-psiko-sosyal açıklamasıyla başlar. Genetik yatkınlıkla birlikte çevresel, sosyal ve psikolojik streslerin hastalığı tetikleyebileceği bildirilir. Eğitim, bilişlerin tartışılması ve baş etme becerilerinin geliştirilmesini de içerir. Bu basamak hastaların tedaviye inanması açısından önemlidir. Hastanın değişime hazırlanması ve tedaviye katılımının sağlanması için teşvik edici görüşme yapılabilir. Ayrıca hasta ve terapist tedavi maliyeti ve yararlarını belirler ve hasta buna göre karar verir. Terapist hasta eğitimi ve aynı zamanda bilişsel yeniden yapılandırma ve hastalıklarını yönetme gibi sorun çözme becerilerini hastaya öğretir. Klasik tedavi modellerinde, hastanın az bir bulgusu ile gelmesi ve doktorun daha fazlasını görmesi alışılmış bir durumdur. Yani hasta pasif bir durumdadır. Ancak BDT terapistleri kronik ağrı hastalarına genel stratejileri ve bilgiyi sunarken, hastalardan kendi birincil bakım ve

bilgi toplama sorumluluğunu hastalara verirler. Bu işbirliğiyle hasta kendisi için en doğru olana karar verir (Lipchik ve ark. 2006, Winterowd ve ark. 2003).

Kendini İzleme

Sık görülen psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi baş ağrısında da, baş ağrısının sıklığını, şiddetini ve belirtilerini değerlendirmek için kendini izleme önerilmektedir. Kendini izleme hastaların baş ağrısını şiddetlendiren veya tetikleyen durumları tanımlarken, kendilerini yönetme girişimlerini de değerlendirerek hastalara yardım eder. Kendini izleme çizelgesindeki kayıtlar açıklayıcı ve davranışları tanımlayıcı olup terapistle seanslarda gözden geçirildiğinde hastayı geliştirir. Tedavi boyunca kendini izlemeye devam etmek, diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi baş ağrısı yönetiminde de tedavi edicidir. Çünkü bu yöntem kişinin gidişatı hakkında kendisine geri bildirim verir ve hastalığıyla ilgili dikkatini artırır (Lipchik ve ark. 2006, Winterowd ve ark. 2003).

Sorun Çözme

Kendini yönetme yöntemiyle sorun çözme becerisini geliştirme; hastaların sorunlarını tanımlama, hastalıklarının yönetme, karar verme yeteneğini geliştirme, uygun önlemleri alma ve hastalıklarında veya buldukları koşullarda değişiklik yapmayı öğretmek hastalara yardım eder. Bu aşamada ağrıyı tetikleyenlerin tanımlanması (stres, kaygı, çökkün duygu durum, uyumsuzluk vb.) ve geçmişte sorunu çözmeyen davranışlara karşılık alternatif çözümler bulma ve her bir çözümü değerlendirme yapılabilir (Lipchik ve ark. 2006, Winterowd ve ark. 2003).

Davranışçı görevler/Aktivite planı:

Görüşme dışında yapılan aktivite planı veya davranışçı görevler, kendini yönetme programları ve davranışçı müdahalelerin başarısında temeldir. Davranışçı aktiviteler sadece yeni becerilerin kazanılmasında değil, baş ağrılarının yönetiminde de aktif rol almayı öğretir. Aktiviteler; seanslar arasında düşüncelerin izlenmesi, duygular, streslerle ilişkili baş ağrısına fiziksel reaksiyonlar, panik atak gibi bedensel bulgular, tedavi seansında öğrenilen çeşitli becerileri uygulama(gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, sorun çözme, korktuğu uyaran/durumlarla yüzleşme vb.) veya diğer yaşam tarzı düzenlemeleri ve egzersiz gibi davranış değişikliklerini içerir. Bu aktivitelerin temel özelliği, kendi gelişimi için hastanın terapistle işbirliği yapmasıdır.

Tedavi tipik olarak küçük ve kolay aktivitelerle başlar. Aktivite planları belirlenmiş ve 1-2 hafta gibi kısa bir süre için planlanır. Örneğin gevşeme egzersizlerini yatmadan önce 20 dk. yapacağım veya pazartesi, çarşamba, cuma günleri yemekten önce 15 dk. yürüyeceğim gibi. Aktivite, tamamlayabileceğine inandığı bir davranış olmalıdır. Hastaya söylediği davranışçı görevi yapacağından ne kadar emin olduğu sorulur. Ölçekte 0-10 arasında 7 ve üzeri ifade ediliyorsa başarı ihtimali yüksektir. 7'den düşükse kaçınma davranışı olabileceğinden aktivite düzenlenmelidir. Ses kayıtları ve hastanın tuttuğu notlar tekrarlama için sıklıkla kullanılır ve terapi seansında öğrendiklerini pekiştirir. Hastanın bu aktiviteye uyumu tedavide önemli bir iyileşme sağlar (Lipchik ve ark. 2006, Winterowd ve ark. 2003).

Bilişsel yeniden yapılandırma:

Bilişsel yeniden yapılandırma; genelleştirme, felaketleştirme ve olumsuz odaklanma gibi bilişsel çarpık düşüncelerin oluşturduğu stresi azaltarak, hastaların durumlara verdikleri tepkileri değiştirmeyi ve çarpık inançların doğruluğuna meydan okumayı ve tanımlamayı hastalara öğretir. Hasta kendi kendine konuşma yöntemiyle kesin olmayan ve uyumsuz durumları azaltır, gerçekçi ve uyumu artırıcı baş etme durumlarıyla yer değiştirir. Bilişsel yeniden yapılandırma; stres yönetiminin tedavisi, baş ağrısını yönetme ve psikiyatrik bozuklukların düzenlenmesinde temeldir (Lipchik ve ark. 2006, Winterowd ve ark. 2003).

Gevşeme ve nefes eğitimi:

Gevşeme ve nefes eğitimi aşırı psikolojik cevaplar ve sempatik uyarılmayı azaltmada, kaygı bozukluklarında olduğu gibi, baş ağrısında da etkilidir. Bu tekniklerle hastalarda aşırı uyarılmışlığın azaltılması amaçlanır. Özellikle nefes darlığı, hızlı nefes alma gibi solunum belirtileriyle, taşikardi, sersemlik gibi kalple ilgili belirtiler ve kronik kas gerginliği azalır.

Karıncadan soluma, diafram kullanılarak yapılan derin ve yavaş bir solumadır. Genellikle ilerleyici kas gevşeme egzersizlerine başlamadan önce yapılır. Dakikada ortalama 10 kez yapılabilir ve soluk verme soluk almadan uzun olmalıdır. Hastalar soluk verirken "gevşeme" kelimesini sessizce tekrarlar ve karıncadan solumayı düzenli olarak uygulayıp otomatikleşinceye kadar devam ederler. Karıncadan solumayı öğrendikten sonra ilerleyici kas gevşeme egzersizleri başlar. Farklı duyarlılıktaki 16 kas sırasıyla kasılıp gevşetilir. Te-

mel amaç hastaların baş ağrısı ve kaygısını tetikleyen stresli durumlarda gevşeme kabiliyetinin hastalara kazandırılmasıdır (Lipchik ve ark. 2006, Winterowd ve ark. 2003).

SONUÇ

Kronik veya tekrarlayan birincil baş ağrılarında ağrının şiddetinin ve sıklığının azaltılması, ağrıyı yönetme ve baş etme konusunda BDT'nin etkinliği birçok çalışma ile gösterilmiştir (Zagustin 2013). Son 50 yılda toplumda ölüm ve ciddi hastalık nedeni olarak akut hastalıklardan daha fazla kronik hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Sağlık çalışanları bu nedenle kronik hastalıkların tedavisinde tamamlayıcı bakım ve kendini yönetme modeli olan BDT'ye ağırlık vermişlerdir (Lipchik ve ark. 2006). Baş ağrısında klasik BDT'ye alternatif olarak müzik terapisi, farkındalık temelli BDT ve mantıksal davranışçı terapi gibi yöntemlerin de etkili olduğu bildirilmiştir (Koenig ve ark. 2013, Day ve ark. 2014).

KAYNAKLAR

Abbass A, Lovas D, Purdy A (2008) Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia*, 28: 1305-14.

Andrasik F (2007) What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurol Sci*, 28: 70-7.

Arciniegas DB, Anderson CA (2002) Suicide in neurologic illness. *Curr Treat Options Neurol*, 4: 457-68.

Asadnia S, Azar FS, Torabzadeh N (2014) EHMTI-0366. Efficacy of cognitive behavior therapy and gestalttherapy on poor sleep quality among college female students with headache. *J Headache Pain*, 15: 1-1.

Baillie LE, Gabriele JM, Penzien DB (2014) A systematic review of behavioral headache interventions with an aerobic exercise component. *Headache*, 54: 40-53.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF ve ark. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. First ed. The Guilford Press, New York, p: 10-2.

Blanchard EB, Appelbaum KA, Radnitz CL ve ark. (1990) Placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and of relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. *J Consult Clin Psychol*, 58: 210-5.

Chiros C, O'Brien WH (2011) Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *J Behav Med*, 34: 307-20.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-90.

Çelik DB, Arkar H, İdman F (2010) Migren Baş Ağrısı

Hastalarının Öfke Tarzları ile Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Derg*, 13: 23-35.

Dahlof C, Lind M (2001) One year prevalence of migraine in Sweden: A population-based study in adults. *Cephalalgia*, 21: 664-7.

Davidson MA, Tripp DA, Fabrigar LR ve ark. (2008) Chronic pain assessment: a seven-factor model. *Pain Res Manag*, 13: 299-308.

Day MA, Thorn BE, Rubin NJ (2014) Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: A mixed-methods analysis comparing treatment responders and treatment non-responders. *Complement Ther Med*, 22: 278 – 85.

Dear BF, Titov N, Perry KN ve ark. (2013) The Pain Course: A randomised controlled trial of a clinician-guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being. *PAIN*, 154: 942-50.

De Filippis S, Erbuto D, Gentili F ve ark. (2008) Mental turmoil, suicide risk, illness perception and temperament, and their impact on quality of life in chronic daily headache. *J Headache Pain*; 9: 349-57.

Evans RW (2013) A Rational Approach to the Management of Chronic Migraine. *Headache*, 53: 168-76.

Felbinger J, Reinisch VM, Sostak P ve ark. (2009) Anxiety and depression in headache patients: The example of managed care of chronic headache patients in Bavaria. *Schmerz*, 23: 33-9.

Gambini O, Biagianni B, Grazi L ve ark. (2013) Psychiatric screening for migraine patients. *Neurol Sci*, 34: 61-6.

Guidetti V, Galli F, Fabrizi P ve ark. (1998) Headache and psychiatric comorbidity: Clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia*, 18: 455-62.

Herwig BK (2013) Pediatric Headache: Associated Psychosocial Factors and Psychological Treatment. *Curr Pain Headache Rep*, 17: 338.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (2003) The international classification of headache disorders. *Cephalalgia*, 24: 55-7.

Hollifield MA (2005) Somatoform disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA(eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s:1800-29.

Kalaydjian A, Merikangas K (2008) Physical and mental comorbidity of headache in a nationally representative sample of US adults. *Psychosom Med*, 70: 773-80.

Kıvrak Y, Özen Ş, Yücel Y (2009) Migren ve gerilim baş ağrısı olan hastalarda anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri. *Dicle Tıp Derg*, 36: 173-7.

Koenig J, Oelkers-Ax R, Kaess M ve ark. (2013) Specific Music Therapy Techniques in the Treatment of Primary Headache Disorders in Adolescents: A Randomized Attention-Placebo-Controlled Trial. *J Pain*, 14: 1196-07.

Lipchik GL, Smitherman TA, Penzien DB ve ark. (2006) Basic Principles and Techniques of Cognitive-Behavioral Therapies for Comorbid Psychiatric Symptoms Among Headache Patients. *Headache*, 46: 119-32.

- Martin PR, Forsyth MR, Reece J (2007) Cognitive-behavioral Therapy Versus Temporal Pulse Amplitude Biofeedback Training for Recurrent Headache. *Behav Therapy*, 38: 350-63
- Martin PR, Reece J, Calland M ve ark. (2014a) Behavioral management of the triggers of recurrent headache: A randomized controlled trial, *Behav Res Ther*, 61: 1-11.
- Martin PR, Mackenzie S, Balooch SB ve ark. (2014b) Enhancing cognitive-behavioural therapy for recurrent headache: design of a randomised controlled trial. *BMC Neurology*, 14: 233.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E ve ark. (2008) The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. *Depress Anxiety*, 25: 730-6.
- Nash JM, Park ER, Walker BB ve ark. (2004) Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Med*, 5: 178-86.
- Omid A, Zargar F (2014) Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Pain Severity and Mindful Awareness in Patients With Tension Headache: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Nurs Midwifery Stud*, 3: e21136.
- Öyekçin DG, Sarıkaya Ö, Duraklı M (2007) Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 8: 281-6.
- Öz O, Erdem M, Yücel M ve ark. (2011) Gerilim Tipi Baş ağrılarında Öfke Düzeyi, Öfke İfade Tarzı ve Duygu Durum Profilinin Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatr Ars*, 48: 171-4.
- Pistoia F, Sacco S, Carolei A (2013) Behavioral Therapy for Chronic Migraine. *Curr Pain Headache Rep*, 17: 304-13.
- Rains JC, Penzien DB, McCrory DC (2005) Behavioral treatment: History, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache*, 45: 92-109.
- Robbins MS, Lipton RB (2010) The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol*, 30: 107-19.
- Sayar K, Işık H (2008) Somatoform Bozukluklar, Eds Işık E, Taner E, Işık U, Güncel Klinik Psikiyatri. Asimetrik Paralel, Ankara, s:269.
- Shimizu T, Suzuki N(2010) Biological sciences related to headache. *Handb Clin Neurol*, 97: 35-45.
- Siva A (2003) Baş ağrısı Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Neur*, 1: 94-7.
- Tamgaç A, Maner F, Gökalp PG ve ark. (2007) Migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında kişilik örüntüsü. *Düşünen Adam Psikiyatri Nöroloji Bilim Derg*, 20: 5-15.
- Thorn BE, Pence LB, Ward LC ve ark. (2007) A Randomized Clinical Trial of Targeted Cognitive Behavioral Treatment to Reduce Catastrophizing in Chronic Headache Sufferers. *J Pain*, 8: 938-49.
- Türkçapar MH (2008) Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara, s: 39-45.
- Weeks RE (2013) Application of behavioral therapies in adult and adolescent patients with chronic migraine. *Neurol Sci*, 34: 11-7.
- Winterowd C, Beck AT, Gruener D (2003) Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients, Springer Publishing Company, New York, s: 201-312.
- Verhagen AP Damen L, Berger MY ve ark. (2009) Behavioral Treatments of Chronic Tension-Type Headache in Adults: Are They Beneficial? *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 15: 183-205.
- Yancey JR, Sheridan R, Koren K (2014) Chronic Daily Headache: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 89: 642-8.
- Yavuz KF, Yavuz N, Ulusoy S ve ark. (2013) Gerilim ve Migren Tipi Baş Ağrılarına Eşlik Eden İşlevsel Olmayan Bilişsel İçerikler ve Tutumlar. *Düşünen Adam Psikiyatri Nöroloji Bilim Derg*, 26: 12-21.
- Zagustin TK (2013) The Role of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in Adolescents. *Am J Phys Med Rehabil*, 5: 697-704.
- Zarifoğlu M (2008) Sekonder baş ağrıları. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Derg*, 1: 110-5.
- Zarifoğlu M, Siva A, Hayran O (1998) The Turkish Epidemiology study group. *Neurology*, 20: 80-5.

Yazışma adresi/Address for correspondence:

e-mail: akkocayasemin@gmail.com

Alınma Tarihi : 26.08.2014

Received : 26.08.2014

Kabul Tarihi : 09.03.2015

Accepted : 09.03.2015