

Süregen Günlük Baş Ağrısında Psikiyatrik Komorbidite*

Nuray Atasoy¹, H. Tuğrul Atasoy², Aysun Ünal², Numan Konuk¹, Levent Atik¹

¹ Yrd. Doç. Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ² Yrd. Doç. Dr., Nöroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

* 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Süregen günlük baş ağrısında az araştırılmış bir konu olan psikiyatrik komorbiditenin yaygınlığını araştırmayı amaçladık. **Yöntem:** Süregen günlük baş ağrılı 115 hasta çalışmaya alındı. Psikiyatrik değerlendirme DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzuna göre yapıldı (SCID-CV). Beck Anksiyete ve Depresyon ölçekleri uygulandı. **Bulgular:** 55 hasta süregen migren, 56 hasta süregen gerilim tipi ve dört hasta yeni günlük sürekli baş ağrısı tanısı aldı. Süregen migren hastalarının %45.5'inde komorbidite saptandı: 6'sı depresyon (%10.9), 11'i distimi (%20), 5'i panik bozukluğu (%9.0), 2'si yaygın anksiyete bozukluğu (%3.6) ve 1'i obsesif kompulsif bozukluk (%1.8) tanısı aldı. Süregen gerilim tipi baş ağrısı hastalarının %55.4'ünde komorbidite vardı: 10'u depresyon (%17.8), 13'ü distimi (%23.2), 4'ü panik bozukluğu (%7.1), 3'ü yaygın anksiyete bozukluğu (%5.3) ve 1'i somatizasyon bozukluğu (%1.7) idi. İlaç fazla kullanımı oranı süregen günlük baş ağrısında (%69.5) yüksek bulundu. İlaç fazla kullanımı olan süregen gerilim baş ağrısı grubunda komorbidite oranı ilaç fazla kullanımı olmayan gruba göre yüksek bulundu (%70'e %38.5 p=0.018). **Sonuç:** Psikiyatrik komorbiditenin süregen günlük baş ağrısı hastalarında yaygın olduğunu ve ilaç fazla kullanımı açısından risk etkeni olabileceğini düşünüyoruz. Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik komorbiditenin dikkate alınması gerektiğine inanıyoruz.

Anahtar sözcükler: Süregen günlük baş ağrısı, psikiyatrik komorbidite, ilaç fazla kullanımı.

(*Klinik Psikiyatri* 2004;7:26-31)

SUMMARY

Psychiatric Comorbidity in Chronic Daily Headache

Objectives: Psychiatric comorbidity in headache disorders has been studied rarely, therefore in this study we aimed to investigate the prevalence of psychiatric comorbidity in chronic daily headache. **Method:** We recruited 115 consecutive patients with chronic daily headache. Psychiatric evaluation of the patients was made according to Structured Clinical Interviewing for DSM-IV Axis I Disorders Clinical Version (SCID-CV). Anxiety and depression levels were scored with Beck anxiety and depression scale. **Results:** Chronic migraine was diagnosed in 55 patients, chronic tension type headache in 56 patients and new daily persistent headache in 4 patients. 25 patients (45.5%) with chronic migraine had psychiatric comorbidity; including major depression in 6 patients (10.9%), dysthymia in 11 (20%), panic disorder in 5 (9.0%), obsessive compulsive disorder in 1 (1.8%), and generalized anxiety disorder in 2 (3.6%). 31 patients (55.4%) with chronic tension type headache had psychiatric comorbidity; including major depression in 10 patients (17.8%), dysthymia in 13 (23.2%), panic disorder in 4 (7.1%), generalized anxiety disorder in 3 (5.3%), and somatization disorder in 1 (1.7%). Medication overuse ratio was 69.5% in chronic daily headache patients. Psychiatric comorbidity ratio was significantly higher in chronic tension type headache with medication overuse patients than in patients without medication overuse (70% vs 38.5% p=0.018). **Conclusion:** We thought that these results demonstrate that psychiatric comorbidity is highly prevalent in chronic daily headache patients and may be a risk factor for medication overuse.

Key words: Chronic daily headache, psychiatric comorbidity, medication overuse.

GİRİŞ

Süregen günlük baş ağrısı (SGB), ayda 15 gün ya da daha fazla baş ağrısı şikayetinin ve bir ağrı gününde dört saatten fazla baş ağrısı süresinin olduğu baş ağrısı sendromlarını tanımlamak için yaygın olarak kullanılan bir terimdir. SGB'ye baş ağrısı kliniklerinde oldukça sık rastlanılır. Genel nüfusun %4-5'i SGB hastasıdır (Castillo ve ark. 1999, Scher ve ark. 1998). Tüm baş ağrısı hastalarının %40'ından sorumlu olan bir tablo olmasına (Mathew 1993) rağmen SGB ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisini araştıran çalışma sayısı azdır ve bu çalışmalarda, SGB hastalarında psikiyatrik komorbidite oldukça yüksek oranlarda bildirilmiştir (Curioso ve ark. 1999, Juang ve ark. 2000, Mathew ve ark. 1987, Mitsikostas ve Thomas 1999, Sandrini ve ark. 1995, Verri ve ark. 1998). Psikojenik faktörler ve psikiyatrik komorbidite SGB hastalarında prognozu da olumsuz etkilemektedir (Curioso ve ark. 1999, Mathew 1993, Wang ve ark. 2000). Baş ağrısı bozuklukları yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebilir. Sağlıklı kontroller ve migren hastaları ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda SGB hastalarının yaşam kalitesi puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (Guitera ve ark. 2002, Monzon ve Lainez 1998).

Silberstein ve arkadaşları (1996) tarafından tanımlanan tanı kriterlerine göre, SGB; süregen migren (SM), süregen gerilim tip baş ağrısı (SGTB), devamlı yarım baş ağrısı (DYB) ve yeni günlük süregen baş ağrısı (YGSB) alt gruplarından oluşur. Bu sınıflamaya göre SM tanısı; daha önce epizodik migren öyküsü bulunması, ayda en az 15 gün baş ağrısı olması, ortalama baş ağrısı süresinin dört saatten fazla olması, en az üç aydır baş ağrısı sıklığının artması ve bu dönemde migrenöz özelliklerin ağrı sırasında silikleşmesi ile konmaktadır. SGTB, tanısı ise; önceden bilinen epizodik gerilim tipi baş ağrısı öyküsünün olması, üç aylık zaman diliminde ağrı sıklığının değişim göstererek artması, en az altı ay boyunca ayda en az 15 baş ağrısı gününün olması, ağrı süresinin 4 saatten fazla olması, ağrı karakterinin gerilim tipi baş ağrısı ile uyumlu olması ile konmaktadır. YGSB; daha önce migren ya da gerilim tipi baş ağrısı öyküsünün olmaması, akut başlangıçlı, üç günden kısa bir sürede gelişen, düzelme ve gerileme belirtileri göstermeyen, sabit, ayda 15 günden fazla olan ve günde 4 saatten fazla süren baş ağrısının olması ile karakterizedir. DYB ise; en az bir aydır olan kesin olarak tek taraflı,

indometazine kesin yanıt veren, sürekli fakat dalgalanmalar gösteren, orta şiddette ve ortaya çıkarıcı neden bulunmayan baş ağrısı ile karakterizedir. Tüm SGB alt tiplerinin tanısı için tanımlanan özgül klinik görünümlere neden olabilecek ikincil baş ağrısı olasılığının dışlanması ya da böyle bir olasılık bulunuyorsa var olan baş ağrısı tipinin ilk atağının ikincil baş ağrısı nedeni ilişkilendirilememesi zorunludur. Bu dört SGB alt tipi de kendi içlerinde ilaç fazla kullanımı (İFK) olan ve olmayan şeklinde alt gruplara ayrılmaktadır. Haftada beş günden fazla ve günde 1000 mg'dan çok asetaminofen, haftada üç günden fazla ve günde üç tableten çok kombine ağrı kesici, haftada iki günden fazla ve günde bir tableten çok narkotik ağrı kesici veya haftada iki günden fazla ve günde bir tableten çok ergotamin alımı, ilaç fazla kullanımı (İFK) olarak tanımlanmıştır. SM ve SGTB, SGB'nin en sık görülen alt tipleridir (Castillo ve ark. 1999, Mathew 1993, Scher ve ark. 1998).

Bu çalışmanın amacı nöroloji polikliniğine başvuran SGB hastalarında psikiyatrik komorbiditenin sıklığını ve SGB alt tiplerine göre dağılımını araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ağustos 2001- Mart 2003 tarihleri arasında nöroloji polikliniğine başvuran, öyküsünde SGB tanısı için gerekli olan baş ağrısı sıklığı ve ağrı süresi kriterlerini (ayda 15 günden fazla baş ağrısı günü ve her ağrı gününde 4 saatten fazla baş ağrısı) dolduran hastalar ilk önce değerlendirmeye alındı. Hastalara ilk başvurularında baş ağrısı anketi uygulandı, nörolojik ve sistemik muayeneleri yapıldı. Yukarıda tanımlanan niteliklere sahip baş ağrısı öyküsü olan ancak baş ağrısı diğer bir nörolojik ya da sistemik hastalıkla ilişkilendirilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya son olarak 115 hasta (99 kadın, 16 erkek) dahil edildi ve değerlendirilmeye alındı.

Baş ağrısı tanıları Silberstein ve arkadaşları tarafından 1996 yılında gözden geçirilen ve önerilen Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) tanı ölçütlerine göre konuldu. Hastaların her birine sosyodemografik veri formu, anksiyete ve depresyon düzeyleri için Beck Anksiyete (Ulusoy 1993) ve Depresyon Ölçeği (Hisli 1989) ve DSM-IV eksen I tanıları için yarı yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-CV) (First ve ark. 1997) uygulandı.

İstatistiksel analiz SPSS for Windows 10.0 paket

Tablo 1. Baş ağrısı gruplarında psikiyatrik komorbiditenin dağılımı

Baş ağrısı tipi	Psikiyatrik komorbidite							
	Yok	DP	DS	PB	OKB	YAB	SB	
SM	6	--	2	1	--	--	--	9
SM+İFK	24	6	9	4	1	2	--	46
SGB	16	4	3	1	--	1	1	26
SGB+İFK	9	6	10	3	--	2	--	30
YGSB	--	--	--	--	--	--	--	--
YGSB+İFK	3	1	--	--	--	--	--	4
SGB	58	17	24	9	1	5	1	115

DP: Depresyon, DS: Distimi, PB: Panik bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, SB: Somatizasyon bozukluğu, SM: Süregen migren, İFK: İlaç fazla kullanımı, SGBT: Süregen gerilim tip baş ağrısı, YGSB: Yeni günlük süregen baş ağrısı, SGB: Süregen günlük baş ağrısı.

programı kullanılarak yapıldı. Her iki grup için bağımsız kategorik değişkenler kıkare testi, herhangi bir gözdeki beklenen değerın 5'ten az olması durumunda ise Fisher kesin kıkare testleri kullanılarak karşılaştırıldı. Sürekli (continuous) değişkenlerin ortalama değerleri Student t testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

SGB grubunda, 55 hasta SM (49 kadın, 6 erkek), 56 hasta SGBT (46 kadın, 10 erkek) ve dört hasta YGSB (dört kadın) tanısı aldı. SGB grubunda 57 (%49.6) hastada komorbid psikiyatrik bozukluk saptandı. Kırkbir hastada (%35.7) duygudurum bozukluğu: 17 hastada (%14.7) depresyon ve 24 hastada (%21) distimi saptandı. Onbeş hastada (%13) anksiyete bozukluğu: 9 hastada (%7.8) panik bozukluğu, 5 hastada (%4.3) yaygın anksiyete bozukluğu ve 1 hastada obsesif kompulsif bozukluk saptandı. Yalnızca 1 hasta somatizasyon bozukluğu tanısı aldı. Hastaların baş ağrısı tipine göre psikiyatrik komorbid tanıları Tablo 1'de sunuldu.

Ortalama anksiyete puanı SGBT grubunda 17.08 ($SD \pm 9.15$), SM grubunda 16.61 ($SD \pm 11.78$) olarak bulundu. Ortalama depresyon puanları SGB grubunda 13.01 ($SD \pm 8.48$), SM grubunda 11.70 ($SD \pm 6.85$) idi. Gruplar arasında student-t testi ile yapılan karşılaştırmada anksiyete ($t=0.235$ $df=101.8$ $p=0.81$) ve depresyon ($t=0.893$ $df=109$ $p=0.37$) puanları açısından anlamlı fark bulunmadı.

SM hastalarının 25'inde (%45.5) psikiyatrik komorbidite saptandı: altı hasta major depresyon (%10.9), 11'i distimi (%20), 5'i panik bozukluğu (%9.0), 2'si yaygın anksiyete bozukluğu (%3.6) ve 1'i obsesif kompulsif bozukluk (%1.8) tanısı aldı. SGBT hastalarının 31'inde (%55.4) psikiyatrik komorbidite saptandı: 10 hasta major depresyon (%17.8), 13'ü distimi (%23.2), 4'ü panik bozukluğu (%7.1), 3'ü yaygın anksiyete bozukluğu (%5.3) ve 1'i somatizasyon bozukluğu (%1.7) tanısı aldı. Psikiyatrik komorbidite oranları açısından SM ve SGBT grupları arasındaki fark kıkare testinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($\chi^2=1.09$ $p=0.29$). Psikiyatrik komorbidite, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları olarak gruplandırılarak bakıldığında SGBT grubunda 23 hastada (%41) duygudurum bozukluğu, 7 hastada (%12.5) anksiyete bozukluğu vardı. SM grubunda 17 hastada (%30.9) depresif bozukluk ve 8 hastada (%14.5) anksiyete bozukluğu vardı. SM ve SGBT grupları kıkare testi kullanılarak karşılaştırıldığında anksiyete ($\chi^2=0.01$ $p=0.75$) ve duygudurum ($\chi^2=1.24$ $p=0.27$) bozukluğu tanısı alan hastaların oranları arasında anlamlı fark bulunamadı.

115 hastanın 80'inde (%69.5) ağrı kesici fazla kullanımı vardı (69 kadın, 11 erkek); 35'inde (%30.5) ise yoktu (30 kadın, 5 erkek). Analjezik ilaç fazla kullanımı SGBT grubunda 30 hastada (%53.6), SM grubunda ise 46 hastada (%83.6) saptandı. SM grubunda analjezik fazla kullanımı olan hastaların oranının, kıkare testi ile yapılan karşılaştırma sonucu SGBT grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($\chi^2=11.61$ $p=0.001$).

SGTB grubunda İFK olan 30 hastanın 21'inde (%70), İFK olmayan 26 hastanın 10'unda (%38.5) psikiyatrik komorbidite saptandı ve aradaki fark kıkare testinde istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=5.60$ $p=0.018$). SM grubunda ise İFK olan hastaların 22'sinde (%47.8), olmayan hastaların ise 3'ünde (%33.3) psikiyatrik komorbidite saptandı, aradaki fark Fisher kesin kıkare testi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($\chi^2=0.64$ $p=0.43$).

Süregeen günlük baş ağrısı süresi araştırıldığında, bu süre SGTB grubunda ortalama 3.65 yıl ($SD\pm 4.97$) ve SM grubunda 3.26 yıl ($SD\pm 3.69$) olarak bulundu. İki grubun ortalama süreleri student-t testi ile karşılaştırıldığında değerler arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($t=0.46$ $df=108$ $p=0.64$).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın en önemli bulgusu SGB hastalarında psikiyatrik komorbiditenin yüksek oranda (%49.6) olduğunu göstermesidir. SGB grubunda duygudurum bozukluğu tanısı alanların oranı %35.7 iken anksiyete bozukluğu tanısı alanların oranı ise %13'tür. Epidemiyolojik çalışmalarda herhangi bir duygudurum bozukluğu için yaşam boyu yaygınlığın %7.8 olduğu, major depresyonun nokta yaygınlığının %2.2 ve yaşam boyu yaygınlığının ise %5 olduğu bildirilmiştir (Regier ve ark. 1988). Duygudurum bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı bir başka çalışmada %12.9 olarak bildirilmiştir (Wittchen ve ark. 1992). Ülkemizde yapılan yaygınlık çalışmalarında depresyon için bir yıllık yaygınlığın %1.5-4 arasında bulunduğu bildirilmiştir (Kırpınar ve ark. 1997, Erol ve ark. 1998). Distimi için ülkemizde yapılan çalışmalarda bir yıllık yaygınlık %1.6-5 arasında bulunmuştur (Erol ve ark. 1998, Doğan ve ark. 1995). Yaygın anksiyete bozukluğunun bir yıllık yaygınlığı %2.5-8 arasında değişmektedir, panik bozukluğu için ülkemizde yapılan çalışmalarda bir yıllık yaygınlık %0.4-4.3 oranlarında bildirilirken bu oranın yaygın anksiyete bozukluğu için %0.7-10.5 arasında olduğu bildirilmiştir (Erol ve ark. 1998, Doğan ve ark. 1995). Yukarıda verilen epidemiyolojik çalışma sonuçları ile karşılaştırdığımızda SGB grubunda saptadığımız komorbid psikiyatrik bozukluk oranlarının genel nüfusta gözlemlenen oranlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. SGB hasta gruplarında yapılan önceki çalışmalarda da yüksek psikiyatrik

komorbidite oranları bildirildiğini görmekteyiz. Verri ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında SGB hastalarının %90'ında psikiyatrik komorbidite saptanmıştır. Sandrini ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında da benzer şekilde SGB hastalarında psikiyatrik komorbidite oranının %90.2 olduğu ve hastaların %72.4'ünün anksiyete %56.1'inin ise duygudurum bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir. Juang ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında ise SM hastalarının %78'inde SGTB hastalarının %64'ünde psikiyatrik komorbid bozukluk saptanmıştır.

Diğer bir bulgu SM grubunda komorbid depresif bozukluk oranının SGTB grubuna göre daha az olmasıydı. Buna karşın anksiyete bozukluklarının SM grubunda SGB grubuna göre daha sık olduğu bulundu. Juang ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında SM grubunda depresif bozukluklar SGTB grubuna göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki fark anlamlı bulunamamış, buna karşın SM grubunda SGTB grubuna göre anksiyete bozuklukları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Buna karşın Holroyd ve arkadaşları (2000) ise SGTB hastalarında anksiyete bozukluklarının duygudurum bozukluklarına göre daha sık gözlemlendiğini (34.7% vs 28.9%) bildirmişlerdir. Mitsikostas ve Thomas'ın (1999) çalışmasında ise SGTB grubunda duygudurum bozukluğu oranı %10 olarak bildirilmiştir. Çalışmalarda elde edilen farklı oranlar hem farklı başağrısı tanı kriterleri hem de farklı psikiyatrik tanı kriterleri kullanılmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmalarda incelenen hasta gruplarının SGB sürelerinin değişken olması da bir diğer etken olabilir.

Bizim çalışmamızda ortalama SGB süresi tüm hastalar için 3.62 yıl ($SD\pm 4.41$) olarak bulundu, bu süre SGTB grubu için 3.65 yıl ($SD\pm 4.97$), SM grubu için 3.26 yıl ($SD\pm 3.69$) değerlerini alıyordu. Önceki çalışmalarda psikiyatrik değerlendirmeye alınan hastaların ortalama SGB sürelerinin bizim çalışmamızda bulunan sürelerden daha yüksek olduğu ve genelde bu sürenin 5 yıldan daha uzun olduğu görülmektedir (Mitsikostas ve Thomas 1999, Verri ve ark. 1998, Wang ve ark. 2000). Yalnızca Juang ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında SGTB hastalarının ortalama hastalık süresi bizim çalışmamızla benzer iken yine bu çalışmada SM grubunun ortalama hastalık süresi 4.9 ($SD\pm 9.3$) yıl olarak bildirilmiştir. Verri ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında ortalama SGB süresi 5 yıl ve daha kısa

olan SGB hastalarında duygudurum bozuklukları oranı %47.1 iken, SGB süresi 5 yıldan uzun olan hastalarda bu oran %67.6 olarak bulunmuştur ve bu daha uzun hastalık süresinin özellikle duygudurum bozuklukları görülme oranı ile ilişkisini göstermektedir. Bu da bizim çalışma grubumuzda bulduğumuz psikiyatrik komorbidite oranının diğer çalışmalardaki oranlardan daha düşük olmasını açıklayabilir.

Değerlendirilmeye alınan SGB hastalarımızın başağrısı alt tiplerine göre, %47.8'ini SM, %48.7'sini SGTB ve %3.5'ini ise YGSB hastaları oluşturuyordu. Bu oranlar bizimle aynı başağrısı tanı kriterlerinin kullanıldığı Castillo ve arkadaşlarının (1999) epidemiyolojik çalışması ile benzerdir. Son yıllarda yapılan ve farklı başağrısı tanı kriterleri kullanan diğer yaygınlık çalışmaları da bizim çalışmamızda olduğu gibi SGB hasta grubunda SGTB oranını SM oranından daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Scher ve ark. 1998, Wang ve ark. 2000).

Çalışmamızda, analjezik ilaç fazla kullanımı oranının %69.5 olduğu bulundu, ayrıca bu oran SM grubunda (%83.6), SGTB grubundan (%53.6) anlamlı derecede yüksek bulundu. SGB hastalarında analjezik ilaç fazla kullanımı oranı daha önceki çalışmalarda bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak %75.3 ve 78 olarak bildirilmiştir (Deleu ve Hanssens 1999, Mathew ve ark. 1987). Buna karşın yine son yıllarda yapılan iki yaygınlık çalışmasında bu oran %25 olarak bildirilmiştir (Castillo ve ark. 1999, Wang ve ark. 2000). Bu çalışmalarda, bizim bulgularımız ile uyumlu olarak, SM hastalarında analjezik aşırı kullanımı oranının SGTB hastalarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Castillo ve ark. 1999, Deleu ve Hanssens 1999, Mathew ve ark. 1987, Wang ve ark. 2000).

Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik değerlendirme, anksiyete ve depresyonun ölçülmesi önemlidir. Depresif hastalar ağrı eşikleri düşük olduğu için ya da ağrılı uyarı daha nahoş değerlendirdikleri algıladıkları için başağrılarını gidermek için daha sık analjezik kullanıyor olabilirler. SGB hastalarında ölçülen anksiyete ve depresyon puanlarının normallere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Holroyd ve ark. 2000, Mitsikostas ve Thomas 1999, Wang ve ark. 2000).

Çalışmamızın diğer önemli bir bulgusu ilaç fazla kullanımı olan grupta psikiyatrik komorbiditenin fazla kullanım olmayan gruba göre daha yüksek (%55'e %37.1) olmasıydı. SGTB grubunda İFK olan hastalarda psikiyatrik komorbidite oranı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. SM grubunda ise İFK olan ve olmayan hastalar arasında psikiyatrik komorbidite oranları açısından anlamlı fark yoktu. Ancak SM grubunda İFK olmayan hasta sayısının az (n=9) olması sonucu etkilemiş olabilir. Radat ve arkadaşlarının (1999) ağrı kesici fazla kullanımı olan migrenliler ile epizodik migrenlileri psikiyatrik komorbidite açısından karşılaştırdığı çalışmada ağrı kesici fazla kullanımı olan migrenlilerde major depresif bozukluk, panik bozukluk ve sosyal fobi epizodik migrenlilere göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Mitsikostas ve Thomas (1999) İFK olan başağrısı hastalarında depresyonun olmayanlara göre daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgu psikiyatrik komorbiditenin, İFK açısından risk etkeni olduğunu vurgulayan bir bulguydu.

Sonuç olarak, psikiyatrik bozukluklar özellikle duygudurum bozuklukları analjezik kötü kullanımı olan SGB hastalarında olmayanlara göre daha sıktır. İFK olsun olmasın SGB'nin psikiyatrik bir bozukluk olmadığını ancak tedavide daha iyi sonuç alınabilmesi için bu hasta grubunun psikiyatrik açıdan daha iyi incelenmesi ve bir komorbid psikiyatrik bozukluk saptanırsa tedavinin bir psikiyatrist yardımı ile birlikte sürdürülmesi gerektiğine inanıyoruz. İFK olan ve olmayan SGB hasta gruplarında uzun süreli takip çalışmalarının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

SONUÇ

Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik komorbidite oldukça sık görülen bir durumdur. Bu nedenle baş ağrısı hastalarının izlem, tedavisinde psikiyatrik değerlendirme ve tedavinin önemli bir yeri vardır.

Yazışma adresi: Dr. Nuray Atasoy, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Zonguldak, nurayulus@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Castillo J, Munoz P, Guitera V ve ark. (1999) Epidemiology of chronic daily headache in general population. *Headache* 39:190-196.
- Curioso EP, Young WB, Shechter AL ve ark. (1999) Psychiatric comorbidity predicts outcome in chronic daily headache patients. *Neurology*, 52.
- Deleu D, Hanssens Y (1999) Primary chronic daily headache: clinical and pharmacological aspects. A clinic-based study in Oman. *Headache*, 39:432-436.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Eksen Tanıtım, Ankara.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington DC and London: American Psychiatric Press.
- Guitera V, Munoz P, Castillo J ve ark. (2002) Quality of life in chronic daily headache: a study in a general population. *Neurology*, 58:1062-1065.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
- Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL ve ark. (2000) Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache*, 40:3-16.
- Juang KD, Wang SJ, Fuh JL ve ark. (2000) Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache*, 40:818-823.
- Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ ve ark. (1997) Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM III-R bozukluklarının yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5:253-265.
- Mathew NT (1993) Chronic refractory headache. *Neurology*, 43:26-33.
- Mathew NT, Reuveni U, Perez F (1987) Transformed or evolutive migraine. *Headache*, 27:102-106.
- Mitsikostas DD, Thomas AM (1999) Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia*, 19:211-217.
- Monzon MJ, Lainez MJ (1998) Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia*, 18:638-643.
- Radat F, Sakh D, Lutz G ve ark. (1999) Psychiatric comorbidity is related to headache induced by chronic substance use in migraineurs. *Headache*, 39:477-480.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD ve ark. (1988) One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 45:977-986.
- Sandrini G, Verri AP, Barbieri E (1995) Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia*, 15:163.
- Scher AI, Stewart WF, Liberman J ve ark. (1998) Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache*, 38:497-506.
- Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M (1996) Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. *Neurology*, 47:871-875.
- Ulusoy M (1993) Beck Anksiyete Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Verri AP, Proietti CA, Galli C ve ark. (1998) Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia*, 18 (Suppl 2) 1:45-49.
- Wang SJ, Fuh JL, Lu SR ve ark. (2000) Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors and biannual follow-up. *Neurology*, 54: 314-319.
- Wittchen HU, Essau CA, von Zersen D ve ark. (1992) Lifetime and 6-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 241:247-258.