

## BAŞAĞRISI VE NEVROTİK EĞİLİM (')

Psk. Dr. Acar Baltaş\*

Psk. Emel Kuşer\*

Psk. Tahsin Birgen\*

Psk.D r. Zuhâl Baltaş\*\*

Prof. Dr. Hayrünnisa Denkteş\*\*

Ağrı nörolojik, psikolojik, davranışsal ve afektif komponentlere sahip bir fenomendir (Sternbach, 1981) ve aynı zamanda ağrı yaşantısı fiziksel, zihinsel ve ruhsal faktörlerin birbirleriyle karmaşık bir etkileşim sonucudur (Sternbach, 1974).

Ağrı ister nevrotik, ister organik temele dayansın, ağrı duyan hastalarda emosyonel bir rahatsızlığın ortaya çıkması ve bazı nevrotik özelliklerin görülmesi kaçınılmazdır.

Ancak yine bilinmektedir ki nevrotik tepkiler ile ağrı arasında kısır döngü türünde bir ilişki vardır. Nevrotik eğilim bir yandan ağrı algısının artmasına sebep olurken, diğer yandan ağrı algısının artması da nörotik eğilimin artmasına yol açmaktadır (Sternbach, 1974; Bond, 1971).

Bu sebeple baş ağrısının nevrotik eğilimin, (nevrotik kişilik yapısının) bir sebebi mi, yoksa sonucu mu olduğunu anlamak güçleşmektedir (Dalessio, 1981).

Ayrıca premorbid kişilik yapısının ağrı algısını etkilediği birçok çalışmada ortaya konmuştur (Wiltse ve Rocchio, 1975; Keefe ve diğ., 1981).

Baş ağrısı türleri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması yeni bir girişim değildir. Ancak bu konuda literatürde çelişkili bulgular vardır. Örneğin migren pek çok çalışmaya konu olmuştur (Alvaroz, 1947; Fromm - Reichman, 1937; Harrison, 1985

Kolb, 1959; Kudrow ve Sutkus, 1979). Bu sebeple bu çalışmada baş ağrısı tipleri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

### Y Ö N T E M

Bu çalışmada, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı Baş ağrısı, Polikliniği'ne başvuran, 18-55 yaşları arasında, ayakta tedavi gören 120 kadın, 30 erkek, toplam 150 hastanın kişilik özellikleri çok yönlü bir kişilik ölçeği olan MMPI'nin J. C. Kincannon tarafından kısaltılmış olan düzenlenmesi kullanılmıştır. 71 maddeye indirilerek uygulamada çok büyük kolaylık getiren bu düzenlemenin güvenilirliğinden sadece % 9, klinik isabetinden % 14 kaybettiği bildirilmiştir (Kincannon, 1968).

Bu çalışmada araştırma grubunun kişilik özellikleri, MMPI ölçeğinde nörotik eğilimi ortaya koyan hipokondriya, depresyon ve histerik, eğilimler açısından değerlendirilmiştir. Ölçek, hastalara kliniğe başvurdukları ilk gün, tedaviye başlamadan önce uygulanmıştır.

Baş ağrısı tiplerine göre kadınlar ve erkekler açısından yapılan kıyaslamada kadınların profili kullanılmış ancak erkeklerin puanları T değeri üzerinden taşınmıştır. Böylece kadın ve erkekleri puan açısından değil, T değeri üzerinden kıyaslamak mümkün olmaktadır.

### B U L G U L A R

Cinsiyete göre MMPI profillerinin yer aldığı şekil I'de görüldüğü gibi kadınlar her üç baş ağrısı grubunda da birbirlerine çok yakın özellikler göstermişlerdir.

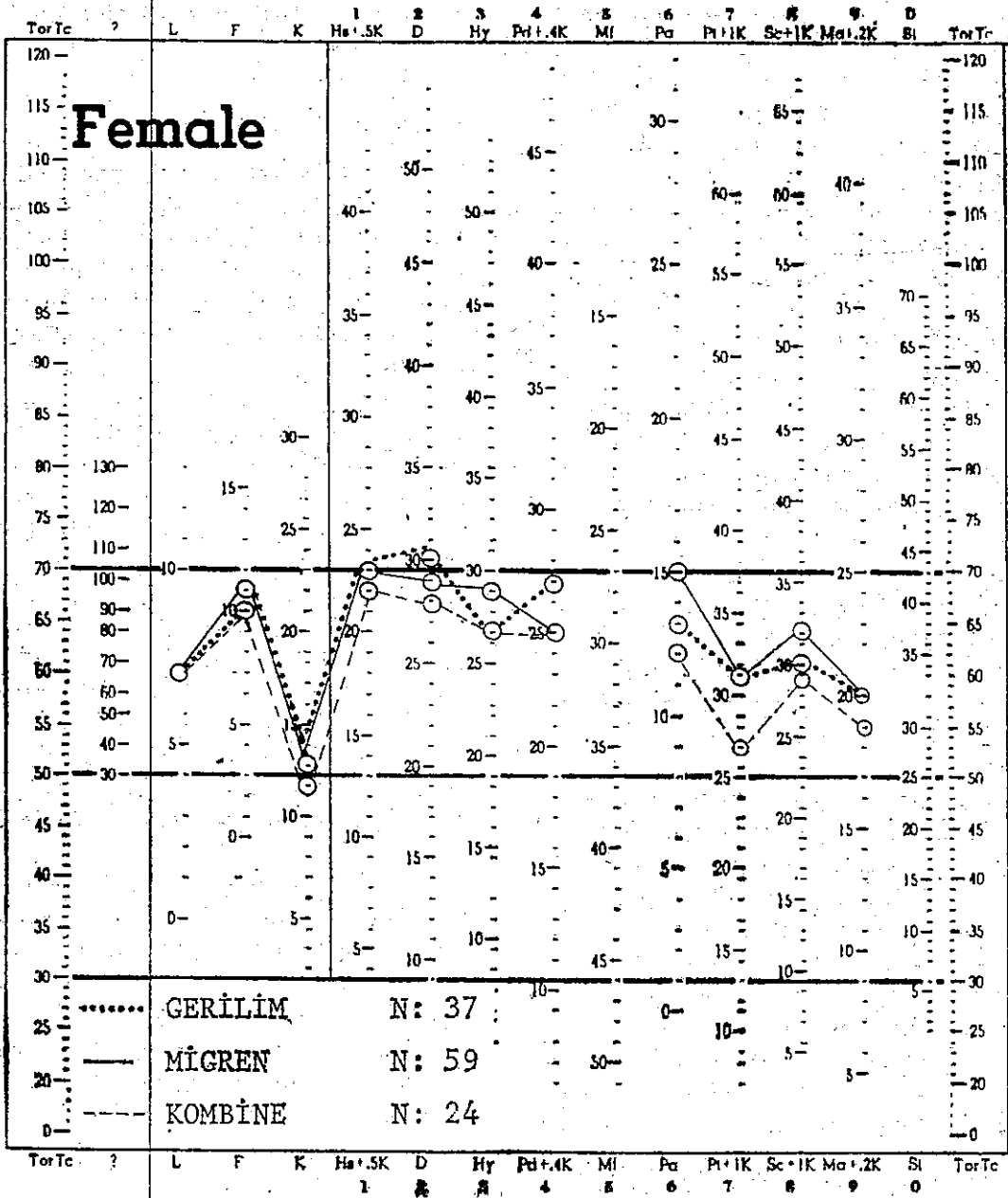
\* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı.

\*\* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.

(.) X. Ulusal Rehabilitasyon Kongresinde tebliğ edilmiştir, Gazi Magosa, 1985

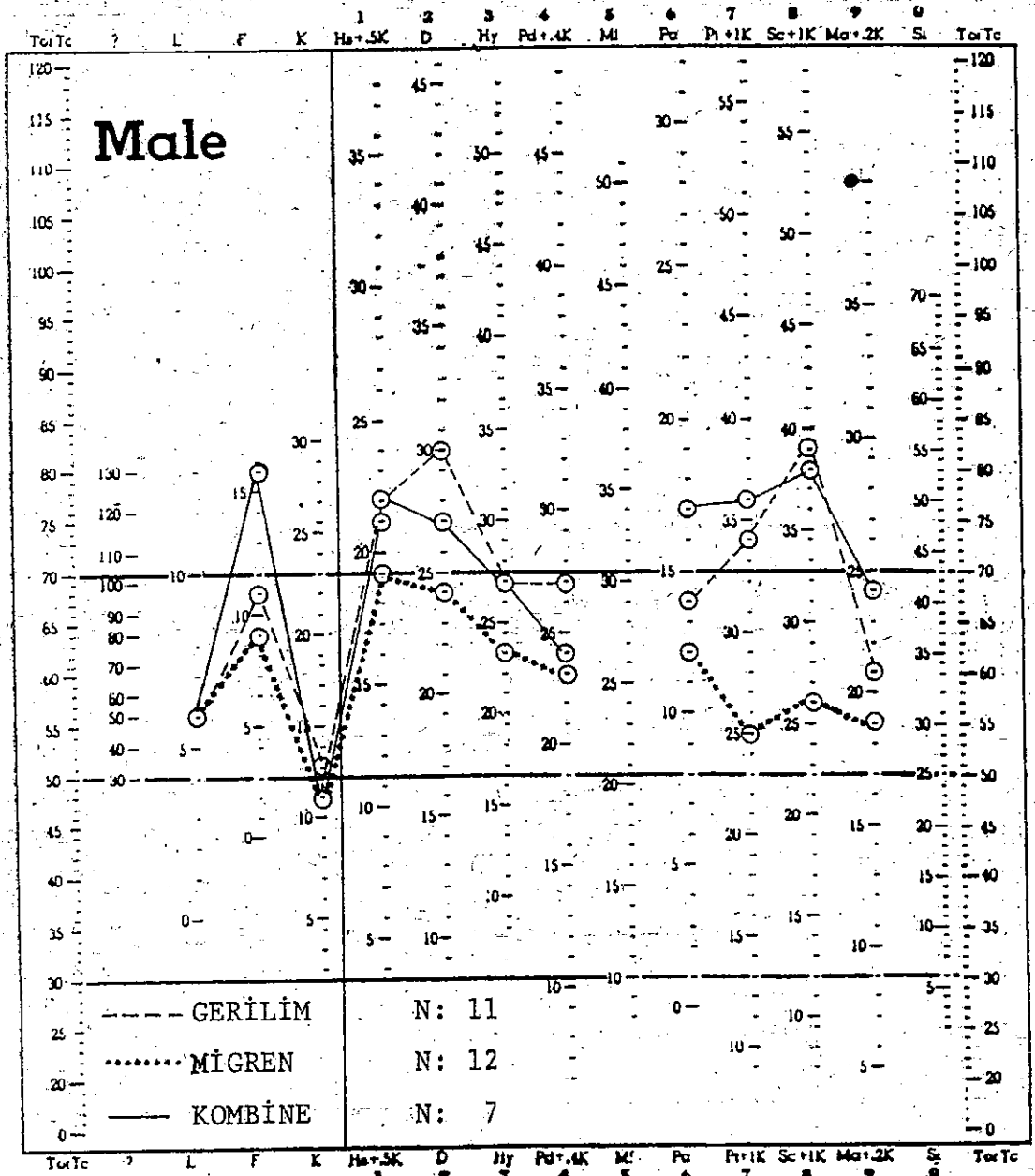
## KADINLARDA TEŞHİS GRUPLARINA GÖRE

## MMPI PROFİLLERİ



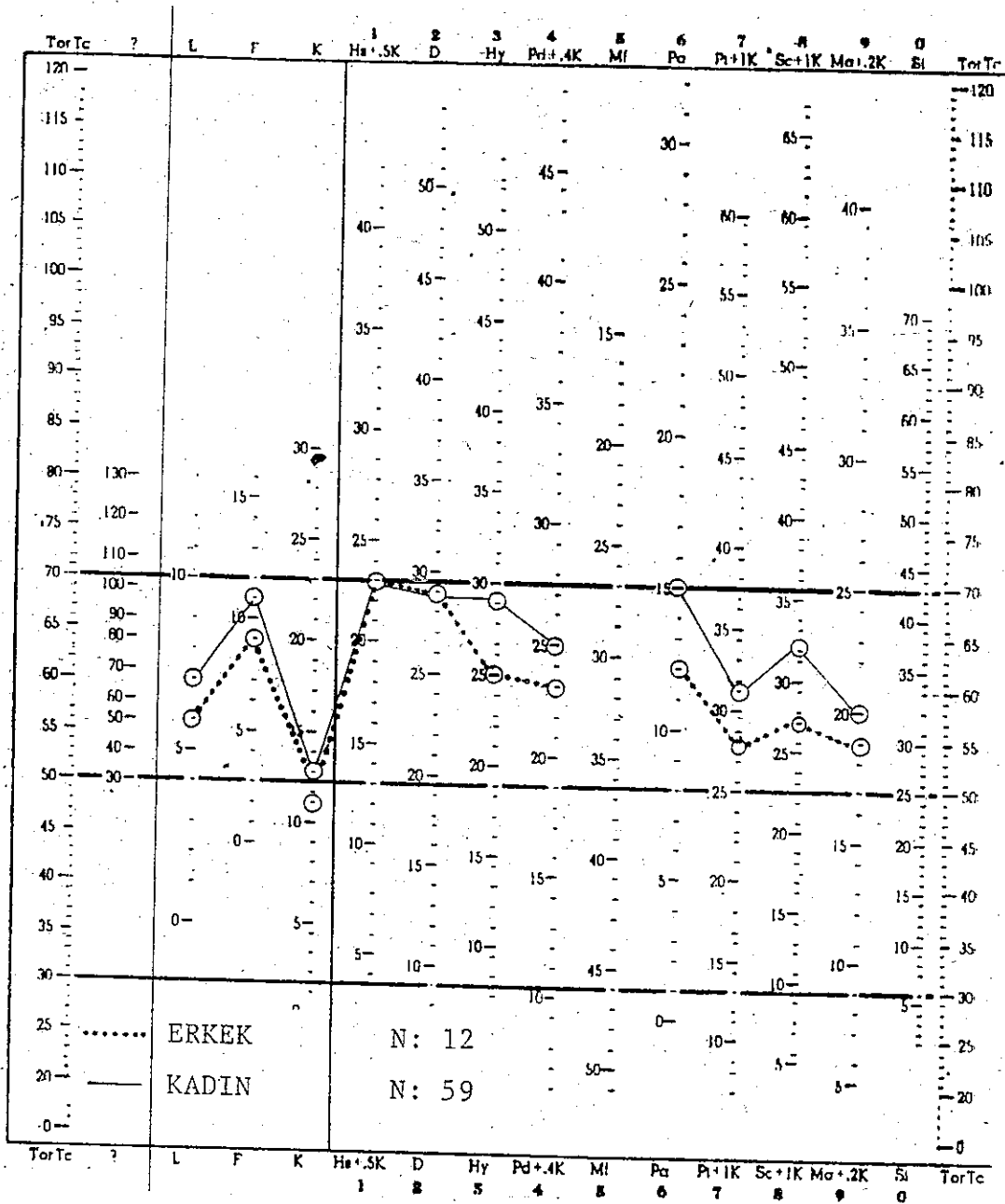
ŞEKİL I

ERKEKLERDE TEŞHİS GRUPLARINA GÖRE  
MMPI PROFİLLERİ



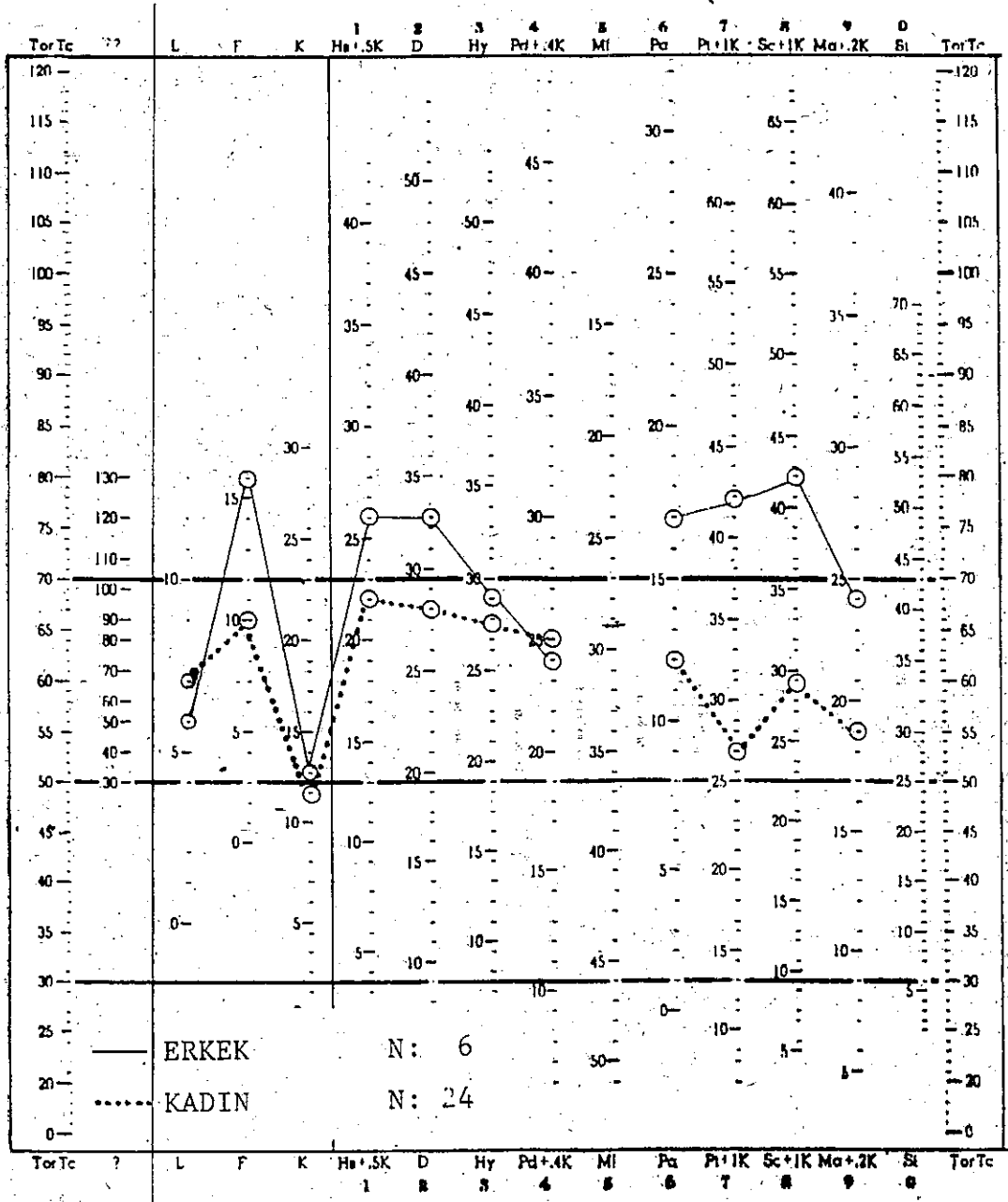
ŞEKİL II

## MİGRENLİ HASTALARDA MMPI PROFİLLERİ



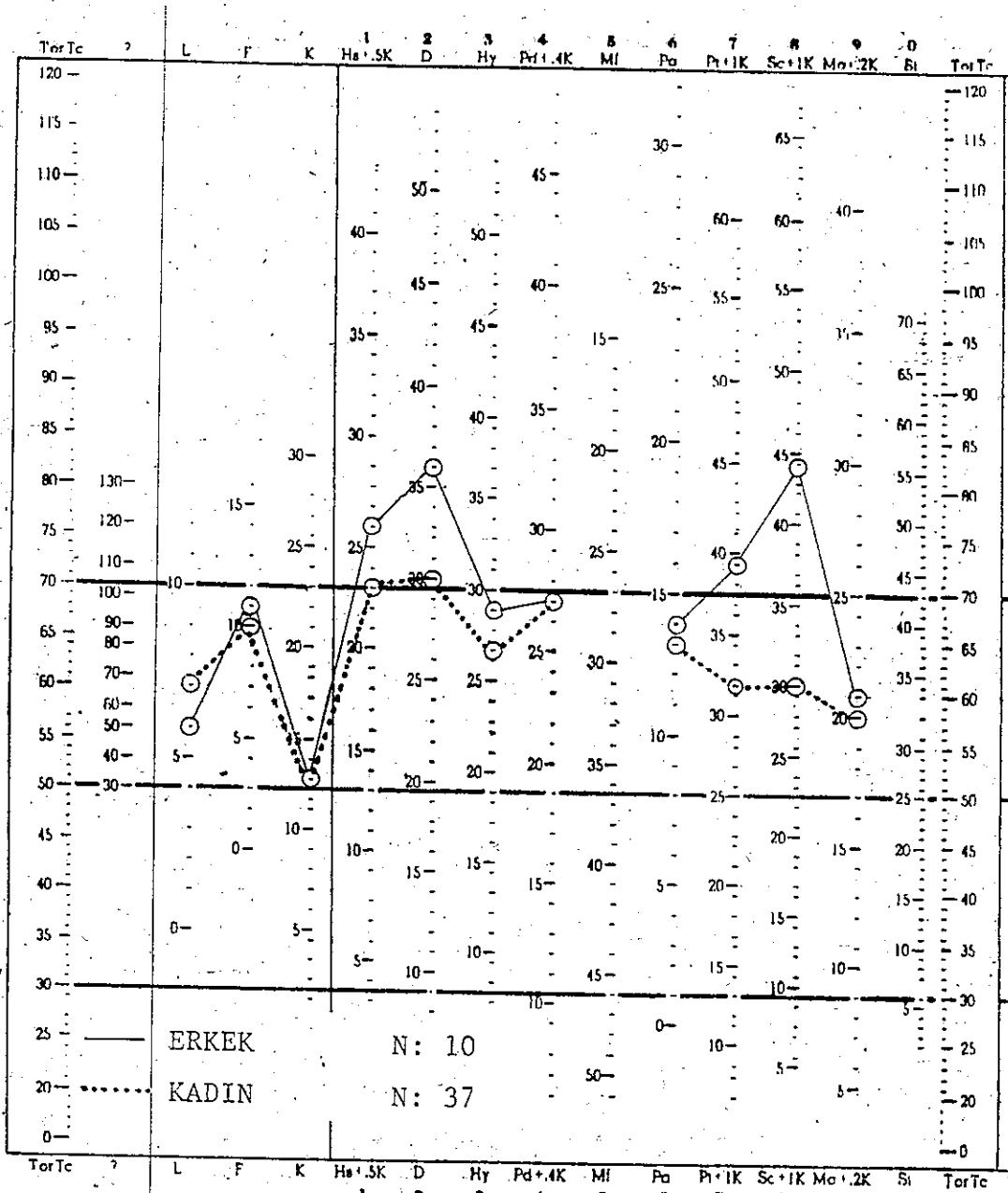
ŞEKİL III

## KOMBİNE BAŞAĞRILI HASTALARDA MMPI PROFİLLERİ



ŞEKİL IV

## GERİLİM BAŞAÇRILI HASTALARDA MMPI PROFİLLERİ



ŞEKİL V

Gerilim başağrılı grupta kadınlar hipokondriya ve depresyon alt testlerinde, patoloji sınırında yer almışlardır. Geçerlik alk testleri üç teşhis grubunda da büyük benzerlikler göstermiştir. Bu konfigurasyondaki geçerlik ölçeği, «bu kimselerin çoğunlukla stres ve hayat güçlükleriyle başa çıkmakta zorlandıkları, sürdürdükleri hayattan tatmin olmadıkları ve hoşnut olmadıkları bu durumu değiştirmek konusunda yeterli güç ve beceriye sahip olmadıkları yönünde yorumlanır.

Şekil II'de erkeklerin kadınlara kıyasla özellikle gerilim başağrılı grupta daha yüksek bir nevroitiklik eğilimi içinde oldukları görülmektedir. Migren grubunda erkekler-kadınlar da olduğu gibi MMPI'nin nevroitik alt testlerinde normal bir profil vermişlerdir. Bu konudaki tek istisna, hipokondriya alt testindeki sınır değerdir.

Şekil III, IV ve V'te başağrısı gruplarına göre MMPI profilleri görülmektedir. Şekil III'de yer alan migren grubu hastaları gerek kadın, gerekse erkeklerde; Şekil IV ve V'teki kombine ve gerilim grubu hastalarına kıyasla MMPI ölçeğinde daha normal değerler elde etmişlerdir. Bu konudaki tek istisna kombine grubundaki kadınlardır.

### T A R T I Ş M A

Sonuç olarak vasküler türde başağrılı grubun diğer iki gruba kıyasla daha az nevroitiklik eğilimi gösterdiğini söyleyebiliriz. Migrenli grubun nevroitiklik eğilimindeki düşüklük muhtemelen ataklar arasındaki ağrısız geçen dönemlerden dolayıdır. Çünkü gerilim ve kombine türü başağrılı hastalara kıyasla migrenli hastalar, çok daha uzun süren ağrısız dönemler geçirmektedirler. Oysa böyle bir ağrısız dönem ge-

rilim başağrılı hastalar için söz konusu değildir.

Bizi bu şekilde düşünmeye yönelten, bir başka araştırmamızın sonucudur. Gerilim başağrılı hastalar üzerinde yaptığımız bir çalışmada, bu hastaların ortalama olarak zamanlarının % 80'ine yakın bölümlerini ağrılı olarak geçirdiklerini gördük (Baltaş ve diğ., 1983). Giriş bölümünde belirtildiği gibi, bazı kişilik yatkınlıkları çeşitli türde ağrıların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı gibi ağrının varlığı veya sürekli olarak kişinin hayatında bir tehdit oluşturması, nevroitik eğilimin artmasına sebep olmaktadır.

Bu durum özellikle Sternbach grubunun araştırmaları ile objektif olarak gösterilmeye çalışılmıştır (Sternbach ve Timmermans, 1975; Sternbach ve diğ., 1980).

Kanımızca bu görüşü en iyi destekleyecek olan gerilim başağrısıdır. Gerilim türü başağrısının stres ve insanların dünyaya bakışları ile çok yakından ilgili olduğu konusunda genel olarak fikir birliği vardır. Gerçekten de hafif vakalarda gerilim türü başağrısı stresler ortaya çıkar, daha ileri vakalarda hoş olmayan durumların beklentisi ağrıyı ortaya çıkartabilir. Ancak kronik vakalarda ağrı uykudan kalktıktan biraz sonra başlayıp günün emosyonel içeriğinden bağımsız olarak devam eder. Kısacası, özellikle bu vakalarda başağrısı her zaman sadece emosyonel durumlarla sınırlanmış değildir.

Ağrı yoğunluğunun (şiddet x sıklık) fazla olduğu hastalarda nevroitik eğilimin daha yüksek olması tabiidir. Yukarıda da belirtildiği gibi, bu sadece başağrısı için değil, her tipteki kronik ağrı için söz konusudur.

Sonuç olarak şunu söyleyebiliriz ki, kişilik özellikleri ve yatkınlıkları ile başağrısı arasında basit olarak ifade edilemeyecek, karmaşık bir ilişki vardır. Daha önce de belirtildiği gibi, nevrotik eğilim bazı insanlarda ağrıya sebep olmakta, bu ağrı da nevrotik tepkileri arttırmaktadır. Fakat buradaki en önemli nokta bu nevrotik özelliklerin başağrısı için hiçbir anlamda patognomonik olmadığıdır.

Ancak, nevrotik eğilimin belirli hayat sınırlarında emosyonel tepkileri ortaya çıkarttığıda bir gerçektir. Başağrısı şikayeti olan hastalarda ağrı ve ataklar, çoğunlukla bu tepkiler sırasında meydana gelmektedir.

İşte bu sebeple, bu kimselerin kişilik fonksiyonlarını tanımak önem kazanmaktadır. Bu anlattıklarımızı pratik bir temele oturtmak gerekirse, şunu söyleyebiliriz. Hangi türden olursa olsun başağrılı hastaların tedavisinde hastanın tedaviden uzun dönem için yarar sağlaması ancak iki yoldan mümkündür.

Birincisi, hastanın semptomlarını ortadan kaldıracak ve nevrotik tepkileri azaltacak ilaç tedavisi;

İkincisi, belirli hayat sınırlarında ağrıya yol açacak emosyonel tepkilerin ortaya çıkmasını önleyecek davranış düzenleme tedavisi.

Bu iki yaklaşımın dengeli ve işbirliği içinde uygulandığı hastalarda başağrısı tedavisi konusunda ümit verici ve devamlılık gösteren sonuçlar almak mümkün olmaktadır.

#### K A Y N A K L A R

Alvaroz WC., (1947). The migranous personality and constitution : the

essential features of the disease; a study of 500 cases. *Am J. Medical Science*, 213, 2-8.

Baltaş A., Akkurt C., Göksan B., Siva A., Birgen T., Kuşer E., Denктаş H., (1983). Gerilim Başağrılı Hastaların Depressif Eğilimleri ile Prognoz arasındaki ilişki 19. Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Kongresi, Ankara.

Bond MR. (1971). The relation of pain to the Eysenck Personality Inventory, Cornell Medical Index and Whiteley Index and Whiteley Index of Hypochondriasis. *British J. Psychiatry*, 119, 671-678.

Dallessio DJ. (1981). Some current data on headache Research, *Triangle*, 20 (1). 33-41.

Fromm-Reichman F., (1937). Contributions to the psychogenesis of migraine. *Psychoanalytic Review*, 24, 26-33.

Harrison R. (1985) Psychological testing in Headache : a review. *Headache*, 15, 177-185.

Keeffe PJ., Block AR., Williams RB., Surwit RS., (1981). Behavioral treatment of chronic low bark pain. Outcome and individual differences in pain relief. *Pain*, 7, 221-231.

Kincannon JC. (1968). Prediction of the standard MMPI Scale scores from 71 items. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 32 (3), 319-325.

Kolb LC. (1959) Psychiatric and psychogenic factors in Headache. AP Friedman and HH. Merritt (Ed.) Headaches, Diagnosis and Treatment. Philadelphia : FA David, Co.,

Kudrow L., Sutkus BJ. (1979) MMPI pattern specificity in primary hea-



dache disorders. *Headache*, 19, 18-24.

Sternbach RA. (1974) *Pain Patients: Traits and Treatment*, New York: Academic Press.

Sternbach RA. (1981). Chronic pain as a disease entity. *Triangle*, 20 (1), 27-32.

Sternbach RA., Dalessio DJ., Kunzel M., Bowman GE., (1980) MMPI patterns

in common headache disorders. *Headache*, 20, 311-315.

Sternbach RA., Timmermans G., (1975). Personality Changes associated with reduction of pain. *Pain*, 1, 177-181.

Wiltse LL., Rocchio PD. (1975). Preoperative psychological Tests as predictors of success of chemonucleolysis in the treatment of the low back syndrome. *J. Bone and Joint Surgery*, 4, 478-483.