

PsikojenikBaş ağ rısı

*Mehmet BEKARO ĞLU**

Bugün "psikojenik baş ağ rısı" kavramı üzerinde karışıklıklar vardır. Bu derleme çalışmasında psikojenik baş ağ rısı kavramını tartışmak, psikojenik baş ağ rılarının kliniğini, ayırıcı teşhisini ve tedavisini toplu olarak vermek amaçlanmıştır.

Aslında bütün ağ rıların psikolojik yönleri sözkonusudur. Çünkü vücudun neresinde olursa olsun neticede ağ rı duygulanımla ilgili bir yaşantıdır. Bu nedenle baş ağ rısının her çeşidinin ruhsal bir yönü bulunur. Nitekim migren ve diğer vasküler baş ağ rılan ile bazen cluster tipi baş ağ rılarından şikayetçi hastalarda ortaya çıkartıcı ruhsal nedenler her zaman olabilir (19,20,30,31,40). Ancak baş ağ rısının bu tipleri psikojenik baş ağ rısı değildir. Yine psikiyatrik olarak sağlıklı olan kişilerde, beklenmedik ruhsal stresler ya da bir sınavda olduğu gibi derin dikkat gerektiren durumlardan sonra görülen baş ağ rılan da psikojenik baş ağ rısı değildir. Çünkü bu tip baş ağ rılan, anksiyete ya da gerginlik tipi baş ağ rılarının bazı özellikleri bulunsa bile kısa sürelidirler ve basit ağ rı kesicilerle rahatlatılabilirler. Ayrıca bu tür baş ağ rısı olan kimselerde anksiyetenin diğer belirtileri yoktur. Göz yorgunluğu, sinüzit, myozit, servikal artrit, dişlerle ilgili sorunlar, başa travma ve çok dar şapka giyme gibi durumların sebep olduğu lokal iritasyona bağlı olan kas kasılması baş ağ rılan da psikojenik baş ağ rılan kapsamına girmezler. Yine alışık olmadığımız pozisyonlarda uzun süre çalışmanın sebep olduğu kas kasılmalarına bağlı baş ağ rılarının da psikojenik baş ağ rılan ile ilişkisi yoktur (52,53).

Psikojenik baş ağ rısı için en azından çevresel ağ rı mekanizmasının bulunmayışı ve açık herhangi

bir organik sebebin gösterilmeyişi aranmalıdır (11,12,23,28,40,48,52).

Konu üzerinde çalışan birçok yazar "psikojenik baş ağ rısı" kavramını kullanarak ya da kullanmadan baş ağ rısının psikojenik yönünden ve sadece ruhsal nedenlerle ortaya çıkan baş ağ rılarından söz etmektedirler (11,13,14,17,42, 44,48). Amerikan Tıp Birliği Baş ağ rısı Komitesi'nin yaptığı sınıflandırmada kas kasılması baş ağ rılan için "gerginlik, psikojenik ve nervoz baş ağ rılan" terimlerinin de kullanıldığına işaret edildikten sonra "delusional, converion ve hypocondrical" durumlara bağlı baş ağ rılan ayrı bir başlık altında incelenmektedir (1). Yine aynı komite bu gruba psikojenik baş ağ rılan demenin de uygun olacağını belirtiyor ve bunlarda çevresel ağ rı mekanizmasının olmadığına dikkat çekiyor.

Walters (51) "psikojenik bölgesel baş ağ rılan" terimini kullanıyor ve bu baş ağ rılarının fizik lezyon ve çevresel tahriş olmaksızın ortaya çıktıklarını, ağ rı mekanizmalarının merkezi olduğunu söylüyor. Aynı yazar "psikojenik" terimi ile ilgili olan baş ağ rılarının şu üç grupta toplanmasını teklif ediyor: 1) Psikojenik doku gerginliği baş ağ rılan (diğer yazarlar bu gruba gerginlik baş ağ rılan ya da kas kasılması baş ağ rılan diyorlar), 2) Psikojenik bölgesel baş ağ rılan (histerik ya da konversiyon baş ağ rılan da deniliyor), 3) Organik bir hastalığın sebep olduğu baş ağ rısının psikojenik olarak abartılması.

Packard (40) "psikojenik baş ağ rısı" teriminin Ad Hoc Committee'nin baş ağ rılan sınıflandırmasında beşinci sıradaki "delusional, conversion ve

*Karadeniz Teknik Üni. Tıp Fakültesi Psikiyatri A. B. D. T R A B Z O N

hypocondrical" durumlara bağlı başağrıları ile sınırlandırılması gerektiğini söylüyor.

Diamond ve Dalessio (18) daha sonra "kas kasılması başağrıları" terimi tercih ettikleri psikojenik başağrıların baş, yüz ve boyun bölgesindeki kasların devamlı kontraksiyonları sonucu oluştuğunu belirtiyor. Aynı yazarlar bu tip başağrılarında vasküler tabiatın açık olmadığını, bunun yanında böyle bir başağrısını çeken kişide her zaman depresyon bulunabileceğini ekliyorlar. Diamond (17) son yazılarında deprese hastalarda başağrısının depresyonun bir somatik semptomu olduğunubelirtiyor.

Weatherhead (52) psikojenik başağrılarınin deprese hastaların çoğunda görüldüğü düşüncesinde Diamond ve Dalessio'ya katıldığını belirttikten sonra gerçek kas kontraksiyonu tipi başağrısının sadece belirgin anksiyetenin eşlik ettiği depresif reaksiyonlarda görüldüğünü söylemektedir. Weatherhead kas kontraksiyonunun ilk defa Cannon tarafından tanımlanan simpatik-adrenerjik "fight-flight" reaksiyonunun sonucu olduğunu eklemektedir. Yine birçok araştırmacı alışmalarında başağrılarınin çoğunda kas kasılması mevcut olduğunu gösteren bilgiler elde etmişlerdir (6,12,22,42,49).

Dalessio (14) ve Merskey (38) başağrılarınin sınıflandırırken vasküler, kas kontraksiyonu ve traksiyon-inflamasyon başağrıları diye üçe ayırmaktadırlar ve kas kontraksiyonu başağrılarına psikojenik sebeplerin de yol açabileceğini bildirmektedirler. Martin (37) ise yeni bir başağrıları sınıflandırmasına ihtiyaç olduğundan söz etmektedir.

Ayrıca birçok araştırmacı da bütün depresif reaksiyonlara anksiyetenin eşlik etmediğini keza yine depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklarda anksiyeteye rağmen başağrısının bulunmadığı tabloların da olduğunu bildirmektedirler (25,32,33,35,45).

Üzerindeki bu tartışmalara rağmen bu gün birçok yazar tarafından "psikojenik başağrıları" kavramı kullanılmaktadır (17,27,35,40,47,53). Weatherhead (52) bu terimin kullanılması konusunda ısrar ettikten sonra psikojenik başağrılarınin, başağrısının başlıca semptom olduğu psikiyatrik bozukluklarla sınırlanması gerektiğini savunmak-

tadır. Fazla itiraz görmeyen bu teklife göre şu durumlarda görülen başağrıları psikojenik tip başağrıdır:

1. Anksiyete reaksiyonuna eşlik eden kas kontraksiyonu ya da gerginlik başağrısı,
2. Konversiyon reaksiyonuna eşlik eden histerik tip başağrısı,
3. Reaktif, psikonevrotik ve daha az olmakla beraber psikotik depresif bozukluklara eşlik eden başağrısı.

Aynı başlık altında incelense bile bu sayılan başağrısı tiplerinin çok farklı klinik görünüşleri vardır. Yine aynı sebebe bağlı psikojenik başağrıları da kişiye ve psikiyatrik tablonun durumuna bağlı olarak çok değişik şekillerde ifade edilebilirler, bunun yanında bazı tablolar vardır ki yukarıdaki üç gruba girmemekle beraber çoğu zaman "psikojenik başağrısı" terimi ile tanımlanmak zorunda kalınmaktadır. Örneğin; post-travmatik başağrısı akut anksiyetenin bir belirtisidir ve bu hastalarda tipik kas kontraksiyonu sözkonusudur. Yine böyle bir hasta travmatik olaydan uzun bir süre sonra başlangıçtaki başağrısını sekonder kazancın bir ifadesi olarak sürdürebilir ve konversiyon reaksiyonunun birçok özelliklerini taşıyabilir.

Mevcut başağrısı için organik bir sebep gösterilemiyor ve psikojenik kabul ediliyorsa ağrının tipi, lokalizasyonu, süresi, hastanın hastalık öncesi kişiliği ve eşlik eden belirtiler incelenek nasıl bir psikiyatrik hastalığın belirtisi olduğu bilinmek zorundadır. Ancak bu şekilde uygun tedavi seçilebilir. Bu amaçla Weatherhead (52)'in teklif ettiği sınıflandırmaya bağlı kalarak psikojenik başağrılarınin klinik özellikleri ve tedavisi verilmeye çalışılmıştır.

Anksiyete Reaksiyonları

Anksiyeteye eşlik eden başağrılarınin tanımını için şu kavramlar da kullanılmaktadır: 1) Gerginlik başağrıları, 2) Anksiyete-gerginlik başağrıları (Anxiety-tension state-ATS başağrıları), 3) Kas kontraksiyonu başağrıları, 4) Fonksiyonel başağrıları, 5) Psikosomatik başağrıları, 6) Posttravmatik başağrıları, 7) Hipokondriak başağrıları.

Anksiyete reaksiyonlarına eşlik eden başağrısının bazı özellikleri Tablo l'de verilmiştir.

Tablo -1

Psikojenik Başağrıları-Anksiyete Reaksiyonları

Eş Anlamlı Kavramlar	Sebep	Ağrının tipi	Ağrının Lokalizasyon	Ağrının Süresi	Ağrının semptomlar	Eşlik eden
-Gerginlik başağrısı -Anksiyete-gerginlik başağ. -Fonksiyonel başağ. -Hipokondriak başağ.	-Akut ya da kronik dış stres -İç çatışma, bastırılmış hostilité vs.	-Basınç hissi -Zonklama	-Oksipital; enseye inen -Frontal -Bitemporal -Verteks -Başın etrafındakıbant -Bütün başta	-15 dakika 15 yıl (genellikle (1-2 yıl))	-Terleme -Baş dönmesi -Hipertansiyon -Gastrointestinal semptomlar -Vizüel bozukluklar -Göğüs ve sırt ağrısı -Depresyon	
Premorbid Kişilik	Başlama Yaşı	Cinsiyet	Teşhis	Ayrırcı Teşhis	Tedavi	
-Yetersiz-güvensiz, pasif tip -obsesif-kompulsif tip -Diğer bütün tipler	-20-30	-Erkek > Kadın	-Anksiyetenin diğer semptomları -Psikolojik testler -Alkolün geçici rahatlatma etkisi - E E G normal - B B T normal	-Organik bozukluklar -Migren ve diğer vasküler başağ. -Depresif ekivalanlar -Konversiyon başağ. -Temaruz	-Analjezik, trankilizan ve antidepresantlar -Relaksasyon teknikleri -Çevre değişikliği	

Burada başağrısı anksiyetenin bir belirtisidir. Anksiyete dış çevre streslerine bağlı olarak akut ya da daha genel kronik ortaya çıkabileceği gibi iç çatışma ve bastırılmış düşmanlık dürtüleri gibi nedenlerden de kaynaklanabilir (2,3,24).

Anksiyete reaksiyonlarında başağrısı genellikle basınç hissi şeklinde tanımlanırsa da zaman zaman zonklama şeklinde yakınmalar da olabilir. Uzun süreli olması ve ağrı kesicilere cevap vermemesi ya da cevap verse bile rahatlamamanın geçici olması nedeniyle hastalar beyin tümörü ve diğer kafa içi olaylardan kuşkulananarak sık sık hekime giderler (27).

Bu tip başağrıları için kesin bir lokalizasyon vermek mümkün değildir. Ağrı, hastalar tarafından başın etrafını saran sıkı bir bant şeklinde veya başın tepesinde basınç duygusu olarak algılanır. Ancak daha çok oksipital bölgede lokalize edilir ve enseye doğru yayıldığı söylenir. Frontal ve iki taraflı temporal bölgede hissedildiği de olur. Bütün başı tuttuğunu söyleyen hastalar da az değildir. Anksiyete reaksiyonuna eşlik eden başağrısının süresi ile ilgili de kesin bir şey söylemek güçtür. Gerçekten bu süre akut ataklarda 15 dakikadan

kronik anksiyeteli hastalarda 15 yıla kadar değişebilir (27,46).

Anksiyete başağrısı her iki cinste görülebilirse de daha çok erkeklerde ve 20-30 yaşları arasında başlar. Buna karşılık konversiyon tipi başağrıları genç bayanlarda daha siktir (2,50).

Bu tip başağrılarına genellikle terleme, baş dönmesi, hipertansiyon, çarpıntı, gastrointestinal bozukluklar, görme bozuklukları, göğüs ve sırt ağrıları ve uykusuzluk gibi anksiyetenin diğer görünümleri eşlik eder (2,24,26,47). Hastalık öncesi kişilik de bir çok hastada dikkat çekicidir. Anksiyete reaksiyonu bütün kişilik tiplerinde görülürse de yetersiz-güvensiz ve pasif tiplerde daha çoktur. Ayrıca anksiyete reaksiyonu obsesif-kompulsif kişilerde telafi edici belirti olarak ortaya çıkabilir (5,9,10,41).

Teşhis, anksiyetenin diğer belirtilerinin aranması ve psikolojik testler yardımı ile konur. Ayrıca alkolün başağrısını da içine alan anksiyete semptomlarını geçici olarak azaltması teşhise yardımcı olur (29,46,47,52). Bununla beraber ayrırcı teşhis için şu hastalıklar düşünülmelidir: 1) Organik bozukluklar, 2) Migren ve diğer vasküler

Tablo - 2

Psikojen'ik Başağruları-Konversiyon Reaksiyonları

Eş Anlamlı Kavramlar	Sebepler	Ağrının tipi	Ağrının Lokalizasyon	Ağrının Süresi	Eşlik eden semptomlar
-Histerik başağnsı -Konversiyon-baş ağ. -Klavus histeri-kus Fonksiyonel baş ağ. -Post-travmatik baş ağnsı -Psikalji	-Dış stresler -Akut ya da kronik iç çatışma	-Çok değişik -tipte (basınç hissi, zonklama, ateş hissi, keskin, kunt, iğne batması vb.)	-Değişik (bütün baş, gözlerin arkası, tek ya da iki taraflı, kafa derisinin altı vb.)	-Değişken	-La belle indifference (Güzel ilgisizlik) -Anksiyete semptomları
Premorbid Kişilik	Başlama Yaşı	Cinsiyet	Teşhis	Ayrırtıcı Teşhis	Tedavi
-Histerik -Yetersiz -Pasif bağımlı -Diğer tipler	-20-40	-Erkek > Kadın	-Emosyonel stres anamnezi -Sekonder kazanç -Organik sebebin olmayışı -Psikoseksüel gelişmişlik -Psikolojik testler -Narkoanaliz	-Organik bozukluklar -Migren ve diğer vasküler baş ağ. -Kas kontraksiyonu ve gerginlik baş ağ. -Depresif muadiller -Post-travmatik baş ağnsı -Temaruz	-Analjezik ve tran- kilizanları da içeren destekleyici tedavi Relaksasyon teknikleri -Çevre değişikliği -Grup psikoterapisi

başağrılan, 3) Depresyona eşlik eden başağruları, 4) Konversiyon başağruları, 5) Post-travmatik başağruları, 6) Kompansasyon nevrozu, 7) Temaruz.

Anksiyeteye bağlı psikojenik başağrılarının tedavisi altta yatan anksiyete reaksiyonunun tedavisi ile mümkündür. Bunun için: 1) Analjezik, trankilizan ve antidepresif ilaçlardan da yararlanılan destekleyici psikoterapi, 2) Biofeedback, transedental meditasyon, elektroslap ve hipnoz gibi relaksasyon teknikleri, 3) Düzenli ekzersiz, dinlenme, temiz hava yoğun uğraşlara ara vermek gibi çevre değişiklikleri yararlı olur (4,7,9,25,26,27,48).

Konversiyon Reaksiyonları (Tablo 2)

Bu tip başağruları için şu terimler de kullanılmaktadır: 1) Histerik başağruları, 2) Clavus hystericus, 3) Fonksiyonel başağruları, 4) Sefalji, 5) Post-travmatik başağruları, 6) Psikalji.

Konversiyon tipi başağruları akut ya da kronik olabilirler. Sebebi dış stresler, iç çatışmalar ya da

her ikisi olabilir. Bu tabloda genellikle sembolik kışkırtıcı bir stres vardır. Başağnsı bir konversiyon belirtisidir ve hastayı çatışmalı durumdan kurtarır (43,50,52).

Konversiyon tipindeki başağnsı diğer bütün tip başağruları ile karışabilir. Çünkü hastalar son derece telkine müsaittirler ve çok değişik lokalizasyonlar ve ağrı biçimleri tarif ederler. Başın her tarafını saran basınç hissi ve göz kürelerinin arkasında ağrı şikayetlerine bazen çift ya da üçlü görme gibi bozuklukları eşlik edebilir. Ağrı kunt ya da keskin, bölgesel ya da genel veya gecik olabilir. "Kafamın için ya da kafa derimin altına yüzlerce iğne batıyor" diyen bir hasta hekimin telkinine uygun olarak "sizin de dediğiniz gibi kulağımın altında diken batmasına benzeyen garip bir ağrı var" şeklinde ifadesini değiştirebilir. Bu garip anlatımlar muayene uzadıkça çok değişik biçimler alabilir (36,47,52).

Konversiyon başağrılarının süreleri çok değişiktir. Bazı hastalar tedavileri devam ederken

başağnsı şikayetlerini vücudunun herhangi bir yerindeki ağrı ile değiştirebilirler.

Gerçek konversiyon tipi başağrsımda anksiyelenin bir somatik semptom şeklinde bütün olarak konversiyonu sözkonusudur ve başağnsı tek belirtidir, diğer organlar tutulmaz. Bazı hastalarda Jancl tarafından tarif edilen güzel ilgisizlik (la belle indifferance) vardır ve büyük ızdırıp duyulduğu ifade edilmesine rağmen hastalar durumlarından memnunmuş gibi görünürler. Bazı hastalarda bir miktar residüel (çevrilmemiş) anksiyete bulunabilir, bu nedenle bazı araştırmacılar anksiyete ve konversiyonun bir arada bulunduğu karışık başağrılarında söz etmektedirler (12,37,40,52). Konversiyon başağruları diğer histerik semptomlar ve başka psikiyatrik ya da herhangi bir organik hastalık belirtileri ile bir arada görülebilir.

Konversiyon başağrsına yakalanan hastaların hastalık öncesi kişiliği genellikle histerik, yetersiz veya pasif-bağımlı tiplerdir. Ancak histerik semptomlar diğer kişilik yapılarında da ortaya çıkabilir. Konversiyon reaksiyonları, dolayısıyla da konversiyon başağruları anksiyete başağrsının tersine kadınlarda daha fazla görülür. Ancak başağnsı, erkeklerde ortaya çıkan konversiyon belirtileri arasında en sık olanıdır (43,52).

Ayrıntılı bir psikoseksüel hikaye ile birlikte kışkırtıcı ruhsal bir stresin bulunması, sekonder kazançların çıkartılması ve başağrsına sebep olabilecek herhangi bir organik durumun olmayışı teşhise götürür. Artmış telkiniyet ve başağrsına rağmen neşeli davranışların bulunması teşhise yardımcı olur. Ayrıca psikolojik testler de teşhisi kuvvetlendirirler. Bazı hastalarda nekroanaliz ya da hipnoz önceden bastırılmış olan çatışmalı materyalin bilinç alanına çıkartılması yolu ile teşhis ve tedavi için faydalı olur (27,29,53). Ancak bu klinik özellikler hekimi yanıltmamalıdır. Çünkü histerik semptomlara benzer davranış bozuklukları ile giden intrakranial hastalıklara her zaman rastlanmak mümkündür. Bu nedenle ayırıcı teşhis için şu durumlar gözönünde bulundurulmalıdır: 1) Başağrsının eşlik ettiği organik hastalıklar (unutulmamalıdır ki konversiyon semptomları bulunan bir kişide organik hastalığın ortaya çıkma şansı en az konversiyon semptomları bulunmayan kişi kadardır), 2) Migren ve diğer vasküler başağruları, 3) Anksiyete-gerginlik başağruları, 4) Depresif

başağruları, 5) Kompansasyon nervozları, 6) Post-travmatik başağruları, 7) Temaruz (43,47,52).

Konversiyon başağrılarının tedavisi psikoterapi yolu ile mümkündür. Bunun için: 1) Trankilizan ve analjezikler, biofeedback ve hipnoz gibi relaksasyon teknikleri ve çevre değişikliklerini de içine alan destekleyici tedavi, 2) Grup psikoterapisi faydalı olur (7,8,21,43,52).

Depresif Reaksiyonlar

Her ne kadar anksiyete ve gerginlik, psikojenik başağrılarının en çok rastlanan sebebi olarak biliniyorsa da son yıllarda depresyonun değişik tiplerinin de en az anksiyete kadar başağrsına yol açtığını bildirir yapılar yapılmaktadır (13,17,35,52). Başağrsının belirgin semptom olduğu depresyonların en genel tipi "şartlara bağlı: situational, psikonevrotik ve ekzojen" olarak da bilinen reaktif depresyonlardır. Manik-depresif reaksiyonları da içine alan endojen ya da psikotik depresyonlar ve yaşdönümü depresyonlarına başla ilgili somatik hezeyanlar eşlik edebilir. Ancak bunlarda belirgin semptom olarak başağnsı sık değildir. Yine başağnsı, depresyon muadilleri olarak bilinen tablolar da çok minimal ya da tanınmayacak şekilde depresyonun diğer görünüşleri ile birlikte bulunabilir (6,15,16,19,35, 52). Bu tabloların sebebi çok değer verilen bazı nesne ya da kişilerin kaybedilmesinde olduğu gibi dış stres veya iç çatışmalar ve günahkarlık duyguları olabilir.

Depresif başağrılarının şekli ve lokalizasyonu depresyonun tipine göre değişir. Reaktif depresyonlarda anksiyete de genellikle vardır ve basınç hissi başlıca şikayettir. Bunların lokalizasyonu da anksiyete reaksiyonları başağruları ile aynıdır. Psikotik depresyonlarda başağnsı başın herhangi bir yerinde olabilir ve diğer hezeyanlar gibi yabancı bir duygu olarak tarif edilir. Örneğin; hasta beynini yiyen kurtların sebep olduğu bir ağrıdan söz edebilir. Ayrıca bu tip depresyonlarda hipokondriasis de devamlı bir semptomdur ve hasta başağrsını yakalandığı iddia ettiği ölümcül bir hastalığa bağlayabilir.

Depresif başağruları hastanın depresyonu kaldıkça devam eder ve genellikle depresyonun diğer semptomları ile birlikte olur. Reaktif depresyonlarda başağrsına şu semptomlar eşlik eder: anksiyete, uykuya dalmakta güçlük,

Tablo - 3

Psikojenik Başağrıları-Depresif Reaksiyonları

Eş Anlamlı Kavramlar	Sebepler	Ağrının tipi	Ağrının Lokalizasyonu	Ağrının Başın Ateş Hissi	Eşlik eden Süresi	semptomlar
-Reaktif: situasional, psikonevrotik -Yaşadönümü -Manik-depresif (psikotik, endojen, uni-ya da bi-polar) -Depresif Muadiller	-Dış stres -Kayıp hissi -İç çatışma Suçluluk duygulan	-Reaktif basınç hissi -Psikotik: Garip şekiller, hipokondriak düşünceler, ölümcül hastalık hezeyanları -Depresif muadiller: Değişik	-Reaktif depresyonlar Anksiyetenin aynısı -Psikotik depresyonlar herhangi bir yeri -Depresif muadiller herhangi bir yeri	Başın ateş hissi,	-Depresyon devam ettikçe	-Reaktif: Anksiyete, uykusuzluk, iştahsızlık veya çok yeme, kilo kaybı ya da kilo alma, kabızlık ya da ishal -Psikotik: Yukarıdakilere ilaveten hipokondriak düşünceler, hezeyanlar Depresif muadiller: Başağrısı tek semptom olabilir.

Premorbid Kişilik	Başlama Yaşı	Cinsiyet	Teşhis	Ayrırcı Teşhis	Tedavi
-Reaktif: Yetersiz, kompülsif, diğer -Yaşadönümü: Obsesif-kompülsif -Manik-depresif: Siklotimik -Dipresif muadiller: Bütün tipler	-Reaktif: Herhangi bir yaş -Yaş dönümü: 40-60 -Manik-Depresif: 20-30 -Depresif muadiller: Herhangibir yaş	-Reaktif: Kadın: Erkek -Yaşadönümü: Kadın > Erkek -Manik-depresif: Kadın > Erkek -Depresif muadiller: Kadın:Erkek	-Stres anamnezi -Depresyonun diğer semptomları -Psikolojik testler	-Organik bozukluklar -Toksik tablolar -Anksiyete-gerginlik başağ. Şizofreni olmayışı	-Asıl sebep olan depresyonun tedavisi (antidepresifler, trankilizan, destekleyici psikoterapi, EKT)

iştahsızlık, kilo kaybı, bazen aşırı ve sürekli yeme ve buna bağlı kilo alma, kabızlık ya da ishal. Psikotik depresyonlarda ise erken uyuma, iştahsızlık, kilo kaybı, kabızlık, hipokondriazis, somatik hezeyanlar, paranoid fikirler, yoksulluk ve ölüm düşünceleri gibi semptomlar bulunabilir. Psikotik depresyonu hastaların bazıları korkulu ve ajite olurken bazılarında psikomotor yavaşlama ve birçok hastada da melankolik stupor görülebilir. Depresif muadiller diye bilinen tablolarda ise ancak özel bir sorgulama ile ortaya çıkarılabilecek vejetatif semptomlar bulunabilir.

Reaktif depresyonda hastalık öncesi kişilik genellikle yetersiz ya da kompülsiftir. ancak diğer tiplerde de reaktif depresyon görülebilir. Bu durum depresif muadilleri için de geçerlidir. Yaşadönümü depresyonlarında hastalık öncesi kişilik obsesif-kompülsif tipte, manik-depresiflerde ise genellikle siklotimiktir (5,41,50).

Reaktif depresyonlar ve depresif muadiller herhangi bir yaşta görülebilir ve her iki cinste eşittir. Yaşadönümü depresyonları yaşadönümü periyodu olan, kadında 45-55 erkekte 50-60 yaşları arasında görülürler ve kadınlarda daha siktir. Manik-depresif tablolar ise 20-30 yaşları arasında başlayarak aralıklarla devam ederler. Bunlarda kadınlarda daha çok rastlanır.

Depresif başağrıların teşhisi iyi bir hastalık hikayesi, ruhsal travma ve deprese edici kışkırtıcı olayın iyi araştırılması ile mümkündür. Depresyonun diğer görüntüleri ve psikolojik testler de yardımcıdır (29,46). Depresif başağrılarında depresyonun tipinin ayrılması da önemlidir. Ayrıca depresif semptomlara benzer görünümüleri olan şu organik hastalıklar ayrırcı teşhiste her zaman gözönünde bulundurulmalıdır: pankreas kansinomu, hipertansiyon, hepatit ve diğer viral enfeksiyonlar, ilaç zehirlenmesi vb.

Depresif başağrıların tedavisi altta yatan depresyonun tedavisi ile olur. Trisiklik antidepressifler sadece reaktif depresyonların tedavisi için değil aynı zamanda analjezik, trankilizan ve hip-

notik etkileri ile de yararlı olurlar. Psikotik depresyonlarda antidepressif ve trankilizanlar yeterli kalırsa elektrokonvülsif tedavi de uygulanabilir (11,17,34,35,52).

KAYNAKLAR

1. Ad Hoc Committee on Classification of Headache. JAMA 179:717-718,1962.
2. Adwani JK and Ajwani MK: A comparative account of anxiety and depression in males and females with varying duration of headache history. Journal of Psychological Researches 26:115-118, 1982.
3. Andrasik F, Blanchard EID, Arena SG, Teders SJ, Teenan RC and Rodichoc LD: Psychological functioning in headache sufferers. Psychosomatic Medicine 44:171-182, 1982.
4. Andreychuk T, Skriver C: Hypnosis and biofeedback in the treatment of migraine headache. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 23:172-183, 1985.
5. Arena JG, Andrasik F, Blanchard EB: the role of personality in the etiology of chronic headache. Headache 25:296-301, 1985.
6. Bakal DA and Kaganow JA: Symptom characteristics of chronic and nonchronic headache sufferers. Headache 19:285-287,1979.
7. Bell NW, Abranawitz SI, Folkins CH, Spensley J and Hutchinson GL: Biofeedback, brief psychotherapy and tension headache. Headache 23:162-173, 1983.
8. Billings RF, Thomas MR, Rapp MS, Reyes E and Leith M: Differential efficacy of biofeedback in headache. Headache 24:211-215,1985.
9. Blanchard EB, Andrasik F and Arena JG: Personality and chronic headache. Progress in Experimental Personality Research 13: 303-360, 1984.
10. Blaszczynski AP. Personality factors in classical migraine and tension headache. Headache 24:238-244, 1984.
11. Boag TF: Psychogenic headache. Handbook of Clinical Neurology, Vol 5. P.J. Vinken and G.W. Bruny (eds). North Holland Publishing Amsterdam 1968. p.247.
12. Cohen MJ: Psychophysiological studies of headache, Is the similarity between migraine and muscle contraction headache. Headache 18: 189-196, 1978.
13. Cox DJ and Thomas D: Relationship between headaches and depression. Headache 21:261-263, 1981.
14. Dalessio DJ: A clinical classification of headache. In Wolff's headache and Other Head Pain. DJ. Dalessio (ed). Fifth edition. Oxford University Press, New York-Oxford 1987, p.1.
15. Diamond S: Depressive headache. Headache 4:255-259, 1964.
16. Diamond S: Depression and headache 23:122-126,1983.
17. Diamond S: Depression and headache. In Psychiatric Aspects of Headache. CL. Adler, SM. Adler and RC. Packard (eds). Williams and Wilkins, Baltimore 1987.
18. Diamond S and Dalessio D: The Practicing Physicians's Approach to Headache. Medcom Press, 1973.
19. Drummond PD: Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. Headache 25:16-22,1985.
20. Feuerstein M, Busu C and Corbisiero R: Stress and chronic headache: A psychophysiological analysis of mechanisms. Journal of Psychosomatic Research 26:167-182,1982.
21. Figueroa JK: Group treatment of chronic tension headaches. Behavior Modification 6:2 9-239,1982.
22. Freeh EG, Lassers BW and Desai MG: Vasomotor responses in the hand of migrainous subjects. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 30:276-278,1967.
23. Friedman AP: Reflections on the treatment of headache. Headache 11:148-155,1972.
24. Garvey MJ: Occurrence of headaches in anxiety disordered patients. Headache 25:101-103, 1985.
25. Graham JR. The headache patient and the doctor. In Psychiatric Aspects of Headache. CL. Adler, SM. Adler and RC. Packard (eds). Williams and Wilkins, Baltimore, 1987.
26. Göksan B, Baltaş A, Mumoğlu S, Gökçebay N ve Denktaş N: Gerilim baş ağrısının tedavisinde mionserin . XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimsel Kongresi (Bilimsel çalışmalar). Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir 1988, s. 527-533.
27. Greist JH and Jefferson JW: Anxiety disorders. In Review of General Psychiatry. HH. Goldman (ed). 2nd ed. Prentice-Hall International Inc, Baltimore 1988, p.349.
28. Haber JD and Adams HE: Tension headaches: Muscle overactivity or psychogenic pain. Headache 25:23-29, 1985.
29. Harrison RH: Psychological testing in headache: A review. Headache 14:177-185,1975.
30. Henryk-Gutt R and Rees WL: Psychological Aspects of migraine. J Psychosom Res 17:141-153,1973.
31. Howarth E: Headache, personality and stress. British Journal of Psychiatry 11:1193-1197,1965.

32. Jonckheere P: The chronic headache patient. *Psychother Psychosom* 19:56-61,1971.
33. Kashiwagi T, McQuire JN and Wetzel RD: Headache and psychiatric disorders. *Diseases Nervous System* 33:659-663, 1972.
34. Levine BA: Effects of depression and headache type on biofeedback for muscle-contraction headache. *Behavioral Psychotherapy* 12:300-307,1984.
35. Lindsay PG and Wyckoff M. The depression pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics* 2:571-577,1981.
36. Maltbie AA: Chronic pain. In *Biomedical Psychiatric Therapeutics*. J.L. Sullivan and P.D. Sullivan (eds). Butterworth Publishers, Boston-London 1984, p. 169.
37. Martin PR: Classification of headache: The need for a radical revision. *Cephalalgia* 5:1-4, 1985.
38. Merskey H: Classification of chronic pain. *Pain suppl.* 3:S71-S79, 1986.
39. Nuechterlein KH, Holrayd JC: Biofeedback in the treatment of tension headache. *Archives General Psychiatry* 37:866-873,1980.
40. Packard RC: What is psychogenic headache? *Headache* 16:20-23,1976.
41. Passchier J, Van Der Helm-Eylkema H and Orlebeke JF: Personality and headache type: A controlled study. *Headache* 24:140-146, 1984.
42. Price KP, Tursky B: Vascular reactivity of migraineur and nonmigraineurs: A comparison of responses to self-control procedures. *Headache* 16:210-217,1976.
43. Purcel SD: Somatoform disorders. In *Review of General Psychiatry*. H.H. Goldman (ed). 6nd ed. Prentice-Hall International Inc, Baltimore 1988, p.365.
44. Sainbury P and Gibson JG: Symptoms of anxiety and tension and the accompanying psychological changes in the muscular system. *Psychosom Med* 17:216-224,1954.
45. Speed WG: Psychiatric aspects of post-traumatic headache. CS. Adler, S.M. Adler and R.C. Packard (eds). Williams and Wilkins, Baltimore, 1987.
46. Sternbach RA, Dalessio DS, Kunzel M and Bowman GE: M MPI patterns in common headache disorders. *Headache* 20:311-315,1980.
47. Thompson T.L. Headache. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. H.I. Kaplan, B.J. Sadock (eds). Williams and Wilkins, 1985.
48. Tolunay C: Başağrıları: Sınıflandırma ve teşhis yöntemleri. *Nöroloji Nöroşirurji Psikiyatri* 1(2): 93-97, 1986.
49. Tunis MM and Wolf HG: Studies on headache: Cranial artery vasoconstriction and muscle contraction headache: *Arch Neuroi Psychiatr* 71:425-434, 1954.
50. Turkat ID-Kuczmierczyk AR and Adams HE: An investigation of eatiology of chronic headache: The role of headache models. *British Journal of Psychiatry* 145:665-666,1984.
51. Walters A: Psychogenic regional headache. *Headache* 13:107-116,1973.
52. Weatherhead AD: Psychogenic headache. *Headache* 20:47-54, 1980.
53. Weatherhead AD and Packard RC: Conversion headache. In *Psychiatric Aspect of Headache*. Williams and Wilkins. Baltimore, 1987.