

T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**MİGREN HASTALARINDA  
MİZAÇ- KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE  
ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ  
VE  
ÖFKE İFADE TARZI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ**

**DR. S.AYSUN AYHAN ERSOY**

**TEZ DANIŞMANI: PROF.DR. R.PEYKAN GÖKALP**

**İSTANBUL - 2010**



## ÖNSÖZ

Asistanlık sürecinde yanlarında eğitim alma şansına sahip olduğum, değerli hocalarım Prof. Dr. R. Peykan GÖKALP'e, Doç. Dr. Figen KARADAĞ'a, eğitimimin bir döneminde mesleki bilgi ve tecrübesinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Ertan TEZCAN'a, Dahiliye AD Başkanı Prof. Dr. Yaşar TÜLBEK'e, Nöroloji AD Başkanı Prof. Dr. Sibel KARŞIDAĞ'a, 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD Başkanı Prof. Dr. Süha MİRAL'a, tez çalışmamın başından itibaren yardım ve desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Devran TAN'a en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum asistan doktor arkadaşlarıma, kliniğimiz psikolog, hemşire ve yardımcı sağlık personeline, eğitimim boyunca destek ve ilgilerini esirgemeyen aileme, eşim Dr. Bilal ERSOY'a ve kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarımın çok teşekkür ederim.

Dr. Aysun AYHAN ERSOY

# İÇİNDEKİLER

## 1.GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1.1. MİGREN.....	1
1.1.1. Tarihçe.....	1
1.1.2. Epidemiyoloji.....	3
1.1.3. Etiyoloji.....	5
1.1.4. Tanı ve Sınıflama.....	8
1.2. MİZAC, KARAKTER ve KİŞİLİK.....	10
1.3. ÖRSELENME (TRAVMA).....	13
1.4. ÖFKE.....	16

## 2. AMAÇ VE HİPOTEZ.....17

## 3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....17

3.1. DENEKLERİN SEÇİMİ.....	17
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.3. İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER.....	23

## 4. BULGULAR.....24

## 5. TARTIŞMA.....48

## 6. SONUÇ.....55

## 7. ÖZET.....57

## 8. SUMMARY.....59

## 9. KAYNAKLAR.....61

## 10. EKLER .....70

# 1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

## 1.1.Migren

Ağrı, insanoğlunun yakından tanıdığı, rahatsız edici yaşantılardan biridir. Bu “nahoş” yaşantı kişisel, öznel nitelikler taşımakta ve kişinin psikolojik süreçlerinden önemli ölçüde etkilenmektedir. “Ağrı, acı, ızdırıp” kelimeleri hem bedensel hem de ruhsal hastalığı ifade etmek için kullanılır. Pratikte de, somatik ve psişik “acının” bazen birbirlerinden ayırt edilemeyecek kadar iç içe girdikleri görülmektedir. Çalıştıkları alanlar farklı da olsa hekimlerin en sık karşılaştığı yakınma ağrıdır. Ağrının oluşumunda rol oynayan reseptör ve yollar çoğu kişide büyük ölçüde benzerlik gösterirken, geçmiş yaşantılar, sosyal ve psikolojik etkenler ağrıya tepkiyi belirlemekte ve insanlar arasında büyük değişkenlikler göstermektedir (Erdine 2000).

İnsanın hayatı boyunca karşılaşılabileceği ağrılar içinde ilk sırada baş ağrısı yer almaktadır. Bilinen veya gösterilebilir herhangi bir yapısal hastalıkla ilişkili olmayan ve istisnai durumlar dışında hayatı tehdit etmediği kabul edilen süregen baş ağrıları “birincil baş ağrıları” olarak değerlendirilir. Bu grup içinde migren, gerilim baş ağrıları, günlük süregen baş ağrıları, küme (cluster) baş ağrıları, kronik paroksizmal hemikranya ve hemikranya kontinua yer alır. Epizodik şiddetlenmelerle giden ve sıklıkla nörolojik, gastrointestinal ve otonom belirtilerin eşlik ettiği yarım baş ağrıları “migren” olarak tanımlanır (Breslau ve Rasmussen 2001, Smetana 2000).

### 1.1.1.Tarihçe

Migren bilinen en eski hastalıklardan biridir. Migren terimi Yunanca ‘hemicrania’ dan kaynaklanmaktadır. Bu terim Latince’de ‘hemigranea’ ve ‘migrene’a kelimeleri ile ifade edilmiş ve en sonunda Fransızca ‘migraine’ olarak kullanılmıştır. Migren ve diğer baş ağrısı tipleri ile ilgili yazılara Mezopotamya’daki Leyden papirüslerinde rastlanmakta ve tedavi için doğaüstü güçlerden yararlanıldığı öğrenilmektedir. Yine kusma ve yoğun halsizlikle birlikte görülen, tek taraflı baş ağrısı ilk kez 3500 yıl önce Eber papirüslerinde, firavunun maiyetindeki bir kadının başının yarısındaki hastalık olarak tarif edilmiştir (Rose 1995).

Kapadokyalı Araeteaus'un eserlerinde ve Mısır papirüslerinde (M.Ö.1550) başın ve yüzün bir yarısında terleme, bulantı ve kusma ile giden ağrı için "heterokrania" terimi kullanılarak migrenin ilk tanımı yapılmıştır. Araeteaus'un betimlemeleri 1988 Uluslararası Baş Ağrısı Birliği (International Headache Society, IHS) ölçütlerine kadar geçerliliğini korumuştur. Kendisinin de migreni olduğu bilinen Araeteaus, migrende fotofobi ve fonofobiyi de ilk tanımlayan kişidir (Rose 1995).

M.Ö. 460'ta eski Yunan'da, Hipokrat baş ağrısının tiplerini ayırt etmiş ve tanrılardan gelen bir felaket değil bir hastalık olduğunu bildirmiştir. Hipokrat migrenle ilgili görsel aura, ağrının auradan sonra başlaması, ağrının her tarafa yayılması (jeneralize olması) ve kusmayla ağrının hafiflemesi gibi iyi bilinen özelliklerini ilk kez tanımlamıştır (Rose 1995).

Paulus Aegineta (M.S. 625-690) migrendeki tetikleyici faktörleri listelemiştir. Ortaçağın büyük İslam hekimi İbni Sina (M.S. 980-1037), sodanın yol açtığı baş ağrısını tanımlamıştır. Sodanın, genellikle hemikrania biçiminde frontal, oksipital veya jeneralize, ağrıya yol açabildiğini gözlemlemiştir. Yine İbni Sina baş ağrılarının farklı nedenlerinin olabileceğini, bazı duyuların beyinde patolojik nedenler sonucu tıkanmadığını, tersine algıların daha fazla arttığını ve bu nedenle koku, ses ve ışığın migren oluşumuna neden olabileceğini ifade etmiştir (Isler ve ark. 1996).

Migrenin diğer sık görülen baş ağrılarından ayrımı ilk olarak 1783 yılında Tisso tarafından yapılmıştır ve migreni supraorbital nevralsi olarak isimlendirmiştir. Takip eden yüzyılda DuBois Reymond, Mollendorf ve daha sonraları Eulenburg migren için farklı vasküler kuramlar önermişlerdir. 1700'lerin sonlarına doğru Erasmus Darwin, santrifüj ile baş ağrısının tedavi edilebileceğini ileri sürmüştür. Darwin, vazodilatasyonun baş ağrısının nedeni olduğunu savunarak hastanın santrifüje yerleştirilmesini ve kanın baştan ayağa yönlendirilmesini önermiştir. Forthergill 1778 yılında migrenin tipik görsel aurasını tanımlamıştır (Silberstein ve ark. 1998).

1900 yılında Dely, migrenin hipofizün şişmesi ve sonrasında trigeminal sinire bası yapması sonucunda oluştuğunu ileri sürmüştür. 1901 yılında Spitzer, baş

ağrısının tekrarlanan intervertebral foramen blokajı ve sonrasında lateral ventriküllerin genişlemesi sonucunda geliştiğini ileri sürmüştür.

1930 yılında John Graham ve Harold Wolff, günümüzde halen geçerliliğini koruyan vasküler kuramı tanımlamışlardır. Bu kurama göre, aura belirtileri intrakraniyal arterlerde vasokonstriksiyona; baş ağrısı ise eksternal ve internal karotis arterinin dallarında aşırı pulsasyon ve genişlemeye bağlı olarak oluşmaktadır (Rowland 1995, Isler ve ark. 1996). 1938 yılında John Graham ve Harold Wolff, ergotaminin damar konstriksiyonu üzerinden etki ettiğini göstermiş, bu durum migrenin vasküler kuramı için bir kanıt oluşturmuştur.

1944 yılında Leao ve geçtiğimiz on yılda Olesen ve Lauritzen tarafından nörojenik kuram öne sürülmüştür. Aura döneminde rafe nükleusunda ve lokus seruleusda başlayan deşarjlara ek olarak kan akımının, oksipital korteksten öne doğru 2-3mm/dk hızında “yayılan oligemi” şeklinde azaldığı saptanmıştır. Bu kan akımı değişiklikleri ikincil vasküler değişimlere yol açarken, kortikal nöronal baskılanma da aynı hızda ve öne doğru yayılmaktadır. Bu kortikal nöron hareketiyle, yayılan baskılanma (spreading depresyon) dalgasının oluştuğu bildirilmiştir (Adams ve Victor 2001).

### **1.1.2. Epidemiyoloji**

1988 Yılında IHS (International Headache Society) ölçütlerinin yayınlanmasından sonra, tanı birliğinin sağlanmasıyla yaygınlık çalışmalarında birbirleriyle daha uyumlu sonuçlar elde edilmeye başlanmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda bir yıllık migren yaygınlığı kadınlarda yaklaşık olarak %15-17 arasında erkeklerde ise %6 olarak tespit edilmiştir (Rasmussen ve ark. 1991, Stewart ve ark. 1994). Migren kadınlarda erkeklere oranla 2,5-3 kat daha sık görülmektedir. 11 yaşına kadar olan yaygınlık bulgularında cinsiyet farklılığı gözlenmemiştir (Rasmussen 1993). Bu durum halen açıklanabilmiş değildir, fakat kadın cinsiyet hormonlarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (Silberstein 1992, Peatfield ve Campbell 2002). Muhtemelen plazma östradiolündeki ani düşüşe bağlı olarak, menstürasyonun ortaya çıkışı, aurasız migren için bir risk faktörü olarak

tanımlanmıştır. Dahası pek çok kadın, gebelikleri esnasında migrenlerinin ortaya çıkmadığını veya düzelme gösterdiğini belirtmişlerdir (Diamond 1991, Adams ve Victor 2001). Bununla birlikte, menopoz sonrası cinsiyet farklılığının kalıcılığı, diğer faktörlerin de araştırılmasını gerektirmektedir (Breslau ve Rasmussen 2001).

Migren çok küçük yaşlarda görülebilse de de sıklıkla 10-30 yaş arası başlar. 50 yaş sonrası başlangıç nadirdir. Afrika ve Asya ülkelerindeki migren çalışmaları Kuzey Amerika ve Avrupa'dakilerden daha düşük yaygınlık oranları göstermektedir. Örneğin migrenin Hong Kong'da insanların %1.5'unu (Wong ve ark. 1995), Suudi Arabistan'da %2.6'sını (Abduljabbar ve ark.1996), Etiyopya'da %1.3'ünü (Tekle-Haimanot ve ark.1995) etkilediği tahmin edilmektedir. Japonya (Sakai ve Igarashi 1997) ve Malezya'da (Alders ve ark.1996) ise migren yaygınlığı %8.4 ve %9.0 olmak üzere batı ülkelerine yakındır. Geçmişte bu tip varyasyonlar, yöntemle ilgili yanlışlıklara ve farklılıklara atfedilmiş olup, bugünse migrende genetik yatkınlıkta ırka bağlı bir takım farklılıklar olabileceği düşünülmektedir (Breslau ve Rasmussen 2001).

Ülkemizde Türk Baş Ağrısı Epidemiyolojisi Çalışma Grubu tarafından, tüm Türkiye'yi temsil edecek 2007 kişi alınarak, çok merkezli bir migren epidemiyolojisi çalışması yapılmıştır. 15-55 yaş grubunda migren yaygınlığı %16.4 bulunmuş olup, bu oran kadınlarda %21.8, erkeklerde %10.9 olarak saptanmıştır. Toplumumuzda kadınlarda -beklendiği gibi- migrene daha sık rastlanırken, bu tip baş ağrısının en çok 30-39 yaş grubunda görüldüğü bulunmuştur. Öğrenim düzeyi düşük, eşinden ayrılmış veya dul olanlarda migren daha yüksek oranlarda görülürken, kırsal veya kent yerleşimli yaşam ve genelde sosyoekonomik düzey açısından migren yaygınlığı önemli farklılık göstermemiştir. Bölgesel olarak bakıldığında Marmara, Orta Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde yaygınlık %11.4-%14.7 arasında değişmekte, buna karşılık Ege, Akdeniz ve Doğu-Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha yüksek değerlere çıkmaktadır.

Yıllardır migrenin yüksek sosyal sınıf ve entellektüel kapasite ile ilgili olduğu sanılmış; fakat toplum içinde yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar bunu desteklememiştir (Radat 2000, Rasmussen 1992). ABD'deki iki toplum tabanlı



çalışma, migren yaygınlığı ve eğitim arasında ters bir ilişkiyi göstermiştir (Stewart ve ark.1992, Radat 2000). ABD’de yapılan bir migren araştırmasında eve giren gelir azaldıkça, migren yaygınlığının arttığı görülmüştür (Breslau ve Rasmussen 2001). Migrenle gelir dağılımı arasındaki ilişkiye iki farklı açıklama getirilmeye çalışılmıştır. Kötü yaşam koşulları, sağlık kuruluşuna ulaşamama veya stres migrenin yaygınlığının artmasına neden oluyor olabilir ya da kronik migren iş hayatı ve kariyerde yükselmelerde güçlükler yol açarak, sosyoekonomik durumda aşağıya inişe neden olmaktadır (Breslau ve Rasmussen 2001).

### **1.1.3. Etiyoloji**

Bugüne kadar yapılan sayısız çalışmaya rağmen migren etiyopatogenezini tek bir kuramla açıklamak hâlâ mümkün değildir (Yaltkaya ve ark. 1998). Migrenin dış ve iç ortamdaki ani değişikliklere karşı gelişen nörovasküler bir reaksiyon olduğu düşünülmektedir (Silberstein 2004, Lewis 2004).

Her bireyin, sinir sisteminin çeşitli seviyelerindeki uyarılma ve yatıştırma arasındaki dengeye dayanan yatkınlık derecesiyle genetik geçişli bir migren eşiğine sahip olduğu sanılmaktadır (Lance 1993).

Geçerli kuramlar; vasküler, nörojen, hipoksik ve trigeminovasküler kuramlar olup endoteliyopati son zamanlarda ortaya atılan, otonom kuram ise uzun yıllardır dikkat çeken kuramlardan biridir (Appenzeller 1991, Havanka-Kanniainen ve ark.1988).

### **Vasküler Kuram**

Vasüler kuram en eski migren kuramıdır. Sacks’a göre (1970) ilk defa Thomas Willis tarafından ortaya atılmıştır. Migren, kraniyal damarları tutan vasküler bir kontrol bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Migren prodromunda veya aura döneminde temel fizyopatoloji, intrakraniyal arterioller bir daralma, yani intrakraniyal vazokonstriksiyondur. Bu durum genellikle tek taraflıdır. Vazokonstriksiyon serebral kan akışında bölgesel bir azalmayı da birlikte getirir. Bunu takiben beyinde meydana gelen iskemi aura fazındaki fokal nörolojik belirtileri açıklar. İskemi beyinde CO<sub>2</sub>

birikimini arttırır, bunun sonucunda arteriollerde genişlemeyle birlikte prodrom dönemi sonlanır ve eşlik eden nörolojik belirtiler kaybolur. İntrakraniyal vazodilatasyonun başlamasıyla beraber ekstrakraniyal vazodilatasyon da gelişir ve ağrı dönemine girilmiş olur. Bu dönemin başlamasından hemen önce ekstrakraniyal arteriollerde de kısa süreli bir vazokonstriksiyon olur. Arterioller vazokonstriksiyon sonucunda, derinin kan akımında azalma ve sonucunda doku iskemisi gelişir. Diğer taraftan, deriden daha derin dokularda arteriyovenöz (A-V) şantların oluştuğu ve bunun ekstrakraniyal kan akımını hızlandırdığı düşünülmektedir. Daha sonra, deri ve deri altı dokuda kısa süreli iske mi meydana gelir. Böylece doku iskemisiyle birlikte dokudan ve damardan dışarıya ağrı eşiğini düşüren ağrıya neden olan maddeler serbest hâle geçer. Ağrıya neden olan maddeler ve arterler daralmanın yarattığı mekanik tıkanma, daha geniş arter ve arteriollerde vazodilatasyona neden olur. Gerilme ve vazodilatasyon ağrı oluşturur; ağrıya neden olan maddeler de ya ağrı oluşturur ya da ağrı duyumunu arttırır. Sonuç olarak serbest kalan maddeler damarlarda, damar çevresinde ödem ve yangı meydana getirmiş olur. Her arter atımı ile damar içi kan basıncı değişimleri ağrıyı şiddetlendirir ve ağrıya zonklayıcı bir nitelik kazandırır (Ertekin 1987).

### **Nöral Kuramlar**

Nöral kuramlar, beynin migren nöbetlerinden sorumlu esas organ olduğunu ileri sürmektedir (Appenzeller 1991). Migren, birincil olarak beynin işlevselliğinde bozulma sonucu oluşur. Aura gelişirken kan akımı oksipital korteksten başlayan ve öne doğru 2-3 mm/dk hızla ilerleyen bir 'spreading oligemi' dalgası olarak ilerleyici bir şekilde azalır (Silberstein 1992). 'Spreading depresyon', 3 mm/dk hızla yayılan, vasküler alanlara uymayan, anormal ve baskılanmış kortikal elektrik deşarjlarıdır. Migrene eşlik eden görsel kayıpların da aynı hızla yayıldığı bulunmuştur. Hayvanlarda yapılan araştırmalarda 'spreading depresyon'un korteksle sınırlı kalmadığı, beyin sapı ve hipotalamik yapılara da yayıldığı gösterilmiştir (Appenzeller 1991). Migrenin nörolojik semptomları ve 'spreading depresyon' arasındaki ilişkinin varlığı klinik gözlem ve serebral kan akımları ölçümü temelinde gösterilmiştir (Welch ve ark. 1993). Bu kan akımı değişikliklerinin sekonder

vasküler değişimlere yol açan birincil nöronal olaylarla uyumlu fakat baş ağrısının sebebi olan tepkisel vazodilatasyon ile uyumlu olmadığı düşünölmektedir.

Lance'a göre lokus seruleusdan kaynaklanan beyin sapı noradrenerjik nöronları ve rafe nükleusundan kaynaklanan serotonerjik bir sistem, kortekse yayılır ve bu sistem migrenöz olaylar için en önemli merkezdir (Lance 1993). Migren atağı sırasında plazma serotonin (5HT) düzeyinde düşme, üriner 5HT ve serotonin metaboliti olan 5HIAA (hidroksi indol asetikasit) düzeyinde yükselme gözlenir (Ferrari ve ark.1989). Plazma serotonin düzeyindeki değişiklikler kranial vasküler sistemi etkiler. Serotonin migrende bir nörotransmitter ve humoral mediatör olarak görev alır.

### **Hipoksik Kuram**

Hipoksik kuram, serebral hipoksinin bir migren atağını başlatan sebep olduğunu ileri sürer. Migren nöbetlerini tetikleyici mekanizmaların, oksijen veya glikoz gereksiniminin karşılanmasındaki bir yetersizlik sonucu beyin metabolizmasındaki bir bozuklukla ilgili olabileceği düşünölmektedir. Bu yetersizliğe, beyne oksijen ve glikoz getiren kan akımındaki azalma veya biyokimyasal anormalliklerle sonuçlanan metabolik işlemler neden olabilir. Sonuç olarak hipoksik kuram, oksijen veya glikoz azalmasıyla aktive olan mekanizmaların beyin disfonksiyonuna neden olduğunu kabul eder (Appenzeller 1991).

### **Trigeminovasküler Kuram**

Baş ağrısı iletiminin başlıca afferent yolu olan trigeminal sinir ve serebral kan damarları arasında nöral bağlantıların olduğu gösterilmiştir. Trigeminal sinirden çıkan küçük myelinsiz liflerin aktivasyonu ile damar duvarına P maddesi, CGRP ve diğer nöropeptidler salınır. Açığa çıkan nöropeptidler damar duvarında dilatasyon, plazma ekstravazasyonu ve steril inflamasyona neden olur ve bu da trombositlerin aktive olmasına yol açar. Migrenli bir hastada uyarıların tetiklediği kortikal, talamik ve hipotalamik inen yollar, beyin sapındaki dorsal rafe nükleusunda ve lokus seruleusun aktivitelerinde değişikliğe neden olur. Bu nükleusların serotonerjik ve adrenerjik santral uzantıları, kranial dolaşımdaki arterler ve arteriyo-venöz anastomozlarda dilatasyona neden olurlar. Arterlerdeki vazodilatasyon, trigeminal

sinirin perivasküler liflerini stimüle ederek ağrıya ve vasoaktif nöropeptidlerin açığa çıkmasına neden olur. Bunun sonucu ise steril nörojenik inflamatuvar cevaptır ve bu durumda ağrı daha da artar (Silberstein 1992).

#### **1.1.4. Tanı ve Sınıflama**

Migren tanısı büyük ölçüde baş ağrısının özelliği ve eşlik eden belirtilerin geriye dönük olarak öğrenilmesiyle konulur. Tanıyı netleştirmek için kullanılan migrene özgü herhangi bir laboratuvar testi, görüntüleme veya elektrofizyolojik tetkik yoktur. Bu tür tetkikler ancak diğer baş ağrısı sebeplerini dışlamak için kullanılabilir. Blau migren atağını 5 döneme ayırmıştır (Blau 1980).

**1. Prodrom Dönemi:** Baş ağrısı başlamadan saatler ya da günlerce önce başlayan, migrenlilerin % 60 ında bulunan psikolojik, nörolojik ve otonomik ön belirtilerle seyreder (Silberstein 2004). İrritabilite, depresyon, öfori, ayrıntıcılık, açlık ve belirli gıdalara isteğin artması, esneme, yorgunluk, halsizlik, konsantrasyon güçlüğü, ense sertliği, sık idrar yapma, sık susama, kelime bulma güçlüğü, ışığa ve sese karşı aşırı duyarlılık, aşırı uyku isteği, üşüme sık gözlenen ön belirtilerdir (Blau 1992, Waelkens 1985, Rasmussen ve Olesen 1992).

**2. Aura Dönemi:** Atak öncesi ya da atağa katılan fokal nörolojik belirtilerden oluşur. Migrenlilerin yaklaşık %20 sinde aura gözlenir. Aura semptomlarının çoğu 5 ile 20 dk arasında gelişir ve genellikle bir saat dolmadan kaybolur. Aura tipik olarak baş ağrısı öncesindedir fakat bazen baş ağrısı esnasında da olabilir. En sık görülen aura görsel auradır. En karakteristik görsel aura “teikopsi ya da fortifikasyon spektrumu” olarak adlandırılan görme alanında zikzaklardan oluşan yarımay şeklinde ışık arkı oluşmasıdır. Ayrıca ışık parıltıları ve skotom da gözlenebilir. Somatosensoryel aurada sıklıkla yüzün bir tarafında ve aynı taraf el ve kolda gözlenen duyu kaybı ve karıncalanma bazen de hemiparezi, afazi ve disfazi gözlenebilir. Dizartri, uzaysal ve jeografik dezoryantasyon, depersonalizasyon, aleksi, akalkuli, otomatik davranış, palinopsi daha seyrek görülen aura belirtileridir (Olesen 1993, Russell ve ark. 1994).

**3. Baş ağrısı dönemi:** Tipik migren ağrısı tek taraflı ve zonklayıcıdır. Ağrı günün herhangi bir saatinde olabilirse de sıklıkla sabahları gözlenir. Ağrı %40 oranında çift taraflı olabilir ya da tek taraflı başlayıp yaygınlaşabilir. En yoğun olarak frontotemporal ve oküler bölgelerde ardından parietal ve oksipital bölgelerde hissedilir. Erişkinlerde 4 ile 72 saat arasında çocuklarda 2 ile 48 saat arasında sürer. Hastaların %90'ında ağrı ile birlikte bulantı, üçte birinde kusma gözlenir. Birçok hastada fotofobi, fonofobi ve osmofobi şeklinde duyuşal aşırı hassasiyetler görülür, hastalar sakin ve karanlık bir odaya gitmek isterler. Hastaların yaklaşık %50'si ayda dört defa, %15 i daha seyrek ve %35 i haftada üç civarında migren atağı geçirmektedir.

**4. Sonlanma dönemi:** Ağrı zayıflar. Bazı hastalarda kusmayla bazılarında da uyumakla ağrının geçtiği bilinir.

**5. Baş ağrısı sonrası dönem:** Hastada bitkinlik, yorgunluk, mizaç değişimleri, konsantrasyonda bozulma görülebilir.

Baş ağrıları için geçerliliğini koruyan etkin sınıflama **Uluslararası Baş Ağrısı Birliği (International Headache Society, IHS)** tarafından 1988'de yayınlanmış olan kılavuzlarda önerilen ölçütlerdir. IHS sınıflaması çalışmalarda kullanmak için standart tanı ölçütleri sağlamıştır.

IHS'nin tanı ölçütlerine göre migren 7 maddede sınıflandırılmıştır. Ancak çalışmaya aurasız migren hastaları alındığından diğer migren tiplerinin tanı ölçütleri belirtilmemiştir.

## **1. Migren**

**1.1. Aurasız migren**

**1.2. Auralı migren**

**1.3. Oftalmoplejik migren**

**1.4. Retinal migren**

**1.5. Migren öncüsü olan ya da migrene eşlik eden çocukluk dönemi baş ağrıları**

**1.6. Migren komplikasyonları**

**1.7. Yukarıdaki ölçütlere uymayan migren benzeri baş ağrıları**

### **Aurasız Migren Tanı Kriterleri**

A ) B-D' ye uyan en az beş nöbet

B ) Tedavisiz veya başarısız tedavi ile 4-72 saat süren baş ağrısı atakları

C ) Baş ağrısında aşağıdaki özelliklerden en az ikisi bulunur:

1. Tek taraflı yerleşim
2. Zonklayıcı nitelik
3. Orta veya şiddetli derecede ağrı
4. Merdiven çıkma veya benzeri fiziksel aktivitelerle ağırlaşma

D ) Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az biri

1. Bulantı ve/veya kusma
2. Fotofobi ve fonofobi

E ) Aşağıdakilerden en az biri

1. Öykü, fizik ve nörolojik muayene organik bir hastalığı düşündürme
2. Öykü ve/veya nörolojik muayene bu hastalıklardan birini telkin eder, ancak bu olasılık uygun incelemelerle ortadan kaldırılır
3. Böyle bir hastalık mevcuttur fakat migren nöbetleri ilk olarak bu hastalıkla yakın zamansal ilişki göstererek ortaya çıkmamıştır.

### **1.2.Mizaç, Karakter ve Kişilik**

Mizaç (huy, temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç emosyonel uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde otomatik tepki gösterme eğilimi; karakter ise bireyin göreceli olarak değişmeyen, nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen iç deneyimleri olarak tanımlanmaktadır. Karakter, bireyin yaşam tarzı veya davranış şekli olarak çevresi ile karşılıklı ilişkileri devam ettirmek için bilinçli veya bilinç dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da içerir. Kişilik ise; yapısal kurama göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin zekâ ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (Akiskal ve ark. 1983).

Literatürde migren hastalarının kişilik özelliklerine ilk kez Wolf dikkat çekmiştir (1937). Wolf'a göre migrenliler kaygılı, kuralcı, hırslı, inatçı, titiz ve

mükemmeliyetçi olmaları sebebiyle daha çok strese maruz kalmaktadırlar. Sürekli başarı peşinde olan, eleştirilmekten çekinen aşırı hassas kişilerdir. Dengeli dış görünüşün altında iç gerilimler yatmaktadır (Passchier ve Andrasik 1993). Kişilik ve migren arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan sistematik çalışmalarda genelde MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ve Eysenck Kişilik Envanteri (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) kullanılmıştır (Juang ve ark. 2000, İnan ve ark. 1994). Yakın zamanda EKE (Eysenck Kişilik Envanteri) ile yapılan pek çok epidemiyolojik çalışmada, migren ve nörotisizm arasında ilişki gösterilmiştir. **Nörotisizm**; stres altında nörotik hastalıkların gelişimine neden olan, genel olarak artmış emosyonel aktivite olarak tanımlanmıştır (Juang ve ark. 2000).

Kişilik modeline boyutsal biyopsikolojik yaklaşım Cloninger ve arkadaşları tarafından geliştirilerek kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakter incelenmiştir (Cloninger ve ark.1994, Cloninger 1987, Cloninger ve ark. 1993). Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunlarla ilgili genlerin özgün mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Cloninger'e göre bir kişinin tehlikelere, yeni gelişmelere ve ödüllendirilmelere otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri ile doğuştan gelmektedir. Bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşmekte ve yaşam boyu değişmeden kalmaktadır. Mizaç özellikleri sırasıyla korku, öfke, bağlanma ve hükmetme şeklindeki temel emosyonlarla ilişkilidir. Mizaç emosyon ve öğrenme sisteminde ön özellikler oluşturmakta, bu durum da sonuçta emosyonlara dayanan otomatik davranışları, yani alışkanlıkları üretmektedir. Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan 'Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlanmaktadır (Cloninger 1987). Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking, yenilik ve ödül ile cezanın sonlanması gibi sinyallere karşı davranış aktivasyonu) dopaminerjik, zarardan kaçınma (harm avoidance, ceza veya ödulsüzlüğe karşı davranış inhibisyonu) serotonerjik, ödül bağımlılığı (reward dependence/önceden ödüllendirilen davranışların yeniden güçlendirme olmadan bir süre devam etmesi davranışı) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir.

Cloninger, başlangıçta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi (persistence, engellenme, yorgunluk ve nadiren teşvik edilmeye rağmen davranışın sürdürülmesi), daha sonra ödül bağımlılığının diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Cloninger'e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Mizaç özelliği olarak tanımlanan yenilik arayışı puanları yaşla birlikte yeni uyaranlara ilginin azalmasıyla her on yılda 1 puan azalmaktadır (Cloninger ve ark. 1991).

Cloninger 'kişilik' tanımlaması yerine bu kavramın psikodinamik formülasyonlarda sıkça kullanılan şeklini, yani 'karakter'i ele almıştır, mizacın aksine "karakterin" kalıtsal yönü daha azdır. Belirgin biçimde sosyal öğrenme, kültür ve bireye özgü yaşam olaylarından etkilenmekte, yaşla birlikte olgunlaşmaktadır. Olgun kişiliği tanımlayacak olan üç karakter özelliği kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma olarak tanımlanmaktadır. Bu karakter özellikleri yaşla birlikte artış göstermekte, kişisel ve sosyal etkinliği belirlemekte, zorlayıcı yaşam olayı karşısında kişiyi güçlü kılmaktadır. Cloninger'e göre, bu özelliği düşük olan bireyler maddi başarılar için uygun kişiliklerdir.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemlemiş; aynı mizaca sahip bireylerin farklı davranışlar sergileyebildiği bulgusundan yola çıkarak, ölçeğe üç karakter boyutunu: kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) eklemiş ve ismini 'Mizaç ve Karakter Envanteri' (MKE, Temperament and Character Inventory) olarak değiştirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

MKE'nin kullanıldığı çalışmalarda migren hastalarında zarardan kaçınma ve sebat etme alt grup puanları kontrol gruplarına göre daha yüksekken, kendini yönetme ve yenilik arayışı puanlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Boz ve ark.



2004, Abbate-Daga ve ark. 2007, Sanchez-Roman ve ark. 2007, Mongini ve ark. 2005, Di Piero ve ark. 2001).

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (Cloninger 1986). Yüksek zarardan kaçınma puanlarına sahip kişiler, gelecekle ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, kesin olmayana karşı korku, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte ve ‘anksiyeteli kişilik’, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk özellikleri geliştirebilmektedirler (Cloninger ve ark. 1993). Yüksek sebat etme özelliği olan kişiler çalışkan, azimli, beklenen ödül yanıtlarına aşırı çaba gösterme eğiliminde olup, beklenenden daha başarılı olurlar. Yenilik arayışı puanı düşük olanlar ilgisiz, gayretsiz, heyecansız, tutumlu, monotonluğu tolere eden ve sistematik kişiler olarak tanımlanmaktadır (Cloninger ve ark. 1994, Cloninger ve ark. 1993). Kendini yönetme skoru düşük olan kişiler zayıf, olgunlaşmamış, kırılğan, suçlayıcı, etkisiz, sorumsuz, güvensiz ve kendilerine saygıları az olan kişiler olarak tanımlanmaktadır.

### **1.3.Örselenme (Travma)**

Örselenme (travma) kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Zorlanma (stres) ise organizmanın denge durumunu (homeostasis) bozan herhangi bir etmendir. Bireyin ağır örseleyici bir durumdan etkilenmesi olayın şiddeti, benlik (ego) gücü, kalımsal yapısı, gelişimsel özellikleri, baş etme mekanizmaları ile yakından ilişkilidir. Çocukluktaki engelleme ve çatışmaların kimileri örseleyici nitelikte olabilir. Örseleyici nitelikte olan engelleme ve çatışmalar benliğin gelişmesini bozan, saptıran, yavaşlatan, durduran ya da geriletken süreçlerdir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Ağrı yaşantılanmasına yönelik psikodinamik yönelimli kuramlardan biri “dikkati çekme ihtiyacı” açıklamasını getirir. Bu kurama göre ağrı başka türlü mevcut olmayan, bir bakım verenin sevgisini elde edebilmekle ilişkilidir. Bir başka psikodinamik teori ise suistimal edici ebeveynin tekrarlayıcı bedensel cezalandırıcı tutumuna yıllar sonra verilen içselleştirilmiş bir cevap davranışı olabileceğidir.

Bununla birlikte, bastırılmış materyalin yorumu ağrıyı nadiren düzeltir. Klâsik psikanalitik görüşe göre, bilinç dışına bastırılan içerik, kılık değiştirmek suretiyle, çok farklı şekillerde tekrar bilinç düzeyine çıkabilmektedir (Doksat ve Yazar 2002). Freud'u izleyen dinamik yönelimli yazarlar ağrının öfke ve düşmanlık duygularına karşı bilinçdışı bir savunma biçimi olduğunu, suçluluk ve pişmanlık duyguları ile yakın bağlantısı bulunduğunu ifade etmektedirler. Bu yaklaşımlar ağrının oluşumunda ve seyirinde erken çocukluk yaşantılarının temel rolü oynadığını belirtmektedirler. Çocuklukta ağrı ve ceza birbirine yakın durumlar olarak algılanabilir, çocuk kötü olduğu için cezalandırıldığını düşünebilir. Bu düşüncelerin izlerini taşıyan erişkinin ağrısı ise suçluluk duyguları ile baş etme biçimi veya sevilen kişilerin sevgisini kazanmanın bir yolu olarak görülebilir. Bu bağlamda ağrı konusu ele alınacak olursa, kullanılan başlıca savunma mekanizmaları arasında bastırma, yalıtma, sembolizasyon, kişinin kendine çevrilme, döndürme ve bedenselleştirme sayılabilir (Erdine 2000).

Merikangas ve arkadaşları ile Breslau ve arkadaşlarının çalışmalarından elde edilen geriye dönük veriler, anksiyete başlangıcının çoğunlukla migrenden önce geldiğini, migrenin de depresyondan önce geldiğini göstermiştir. Bu bulgular, çoğunlukla çocuklukta anksiyetenin olduğu ve takibinde erişkinlikte sırayla migren ve depresyon ataklarının görüldüğü ayrı bir sendrom olabileceğini düşündürmüştür. Çocukluk çağı döneminin önemini vurgulayan bu çalışmalara rağmen bu konudaki bilgilerimiz oldukça sınırlıdır.

Çocuklarda ve ergenlerde örselenme yaratacak kötüye kullanımlar *Fiziksel Kötüye Kullanım, Duygusal Kötüye Kullanım, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal ve Cinsel Kötüye Kullanım* olarak tanımlanmıştır. Fiziksel kötüye kullanım çocuğa bakım verenler tarafından kullanılan fiziksel olarak cezalandırma, zarar verme davranışlarını kapsar. Duygusal kötüye kullanım çocuğa bakım verenlerin çocuğun duygusal ve ruhsal sağlığını tehlikeye sokacak biçimde aşırı sözel tehditler, alay etmeler, küçük düşürücü eleştiriler ve yorumlarda bulunmasıdır. Duygusal ihmal çocuğun sevgi, destek, ilgi, bağlanma, bakım gibi gereksinmelerinin uygun biçimde yerine getirilmemesidir. Fiziksel ihmal çocuğun beslenme, eğitim, tıbbi bakım gibi gereksinimlerinin uygun biçimde yeterli olarak karşılanmamasıdır. Cinsel kötüye

kullanım çocuk ya da ergenin kendisinden en az beş yaş büyük birisi tarafından cinsel organının okşanması, uyarılması, çocuğa cinsel organını göstermesi veya çocuğun göstermeye zorlanması, vajinal veya anal ilişkiye girilmesi ya da çocuğun pornografi aracılığıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanır (Walker ve ark. 1988).

Literatürde çocukluk çağı örselenmeleri ile migren arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda yayın vardır. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı örselenmelerinin baş ağrısı hastalarında yaygın olduğu bulunmuştur (Golding 1999, Goodwin ve ark. 2003). Migren hastalarında çocukluk çağı örselenmelerinin araştırıldığı çalışmalarda özellikle duygusal olmakla birlikte fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öykülerinin de anlamlı derecede sık olduğu saptanmıştır. Duygusal kötüye kullanım öyküsünün kronik migren ağrısı ile migrenin daha erken yaşta başlaması yönünde bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Tietjen ve ark. 2009, Tietjen ve ark. 2007, Peterlin ve ark. 2007). Ayrıca migren hastalarında çocukluk çağındaki örselenmelerin depresyon ve anksiyete bozukluğu gelişmesi açısından önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Tietjen ve ark. 2007, Tietjen ve ark. 2009).

Çocukluk çağı örselenmeleri depresyon gelişimi, başlangıcının erken olması ve depresif semptomların ısrarında bir risk faktörüdür (Moskvina ve ark. 2006, Bernet ve Stein 1999, Tanskanen ve ark. 2004). Ayrıca çeşitli çalışmalarda Beden Dismorfik Bozukluğu (Didie ve ark. 2006), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (Rucklidge ve ark. 2006), Şizofreni (Roy 2005, Lysaker ve ark. 2005), Borderline Kişilik Bozukluğu (Simeon ve ark. 2003), Disosiyatif Bozukluk (Diseth ve Christie 2005, Sar ve ark. 2004), Kronik Pelvik Ağrı (Spinoven ve ark. 2004), Epilepsi ve Pseudonöbet (Akyuz ve ark. 2004), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Copeleand ve ark. 2007), Yeme Bozuklukları (Rayworth ve ark. 2004), Alkol ve Madde Bağımlıları (Mirsal ve ark. 2004) gibi ruhsal hastalıklar için çocukluk çağı örselenmelerinin risk faktörü olduğu saptanmıştır. Aslında çocuklukta uğranan kötü muamele ve yaşamın ilk yıllarındaki örseleyici olaylar her türlü psikopatoloji için risk oluşturmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008). Bunun yanı sıra, çocuklukta kötüye kullanım ve ihmal ile koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve duodenal ülser gibi organik kökenli hastalıkların da ilişkili bulunduğu bildirilmektedir (Kendall-Tackett ve Marshall 1999). Belirtilen bu rahatsızlıklar

dışında migrenin de sevilen kişiye ambivalan duygular ve bastırılan öfke ile ilişkisi dikkate alındığında çocukluk çağındaki travmatik yaşantıya daha çok dikkat çekilmesi gerektiği düşünülmektedir.

#### **1.4.Öfke**

Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefret gibi temel duygularından birisidir. Bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde, haksızlık, adaletsizlik ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında yaşanabilmektedir.

Baş ağrısı hastalarında kendine yönelmiş saldırganlık, bastırma, aleksitimi, kaçınanlık, sosyal desteğin yetersiz kullanımı olduğu görülmüştür (Appelbaum ve ark. 1988, Martin ve Soon 1993). Baş ağrısı sırasında daha fazla ilaç kullanmaları, ağrıyı felaketleştirme eğilimleri, ışık, sosyal ve fiziksel aktivitelerden kaçınma eğilimleri, sözel olmayan yakınma ve depresyon belirtileri çeşitli çalışmalarda bulunmuştur (Geisser ve ark. 1994, Scharff ve ark. 1995).

Baş ağrısı, anksiyete, öfke/düşmanlık ve depresyon arasındaki ilişkilerin dinamiği için, genellikle, bastırılan öfke ve düşmanlık duygularının kişiye anksiyete belirtilerinde yükselme ya da depresyon olarak veya ikisi bir arada geri döndüğü belirtilmektedir (Hatch 1991). Yapılan çalışmalarda, baş ağrısı hastalarının öfkelerini içe atmaya daha eğilimli olduğu bildirilmiştir (Abbate-Daga ve ark. 2007, Siniatchkin ve ark. 1999, Tamgaç ve ark. 2007). Bihldorff tarafından yapılmış bir çalışmada, gerilim tipi baş ağrısı olanların, migren ve kontrol grubuna göre daha yüksek dolaylı hostilite gösterdikleri tespit edilmiştir. Siniatchkin ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada migren hastalarının baş ağrısı fazında daha fazla psikolojik anormallikler ve düşük baş etme davranışı gösterdikleri, öfkelerini daha fazla içe attıkları ve kendilerini daha öfkeli hissettikleri, öfke kontrollerinin ise azaldığı görülmektedir. Lanzi ve arkadaşlarının (2001) 8-18 yaş arası çocuk ve ergen hasta grubunda yaptığı çalışmada, baş ağrısı olgularının, duygusal katılık, öfke ve saldırganlığı bastırma eğilimi gibi bazı kişilik özelliklerini paylaştıkları bulunmuştur. Bunlar migrenli hastalarda özellikle görülmüştür.

## 2. AMAÇ ve HİPOTEZ

Literatürde migren hastalarında mizaç ve karakter özelliklerini, öfke ifadesini ve çocukluk çağı örselenmelerini araştıran çalışmalar vardır. Migren hastalarının kendine özgü kişilik özelliklerinin olduğu, öfkelerini içe atmaya eğilimli oldukları ve de çocukluk çağı örselenmelerinin belirgin derecede yüksekliği çalışmalarda gösterilmiştir. Fakat bu üç parametrenin bir arada incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada migren tanısı almış hastaların mizaç - karakter özellikleri ile çocukluk çağı örselenmeleri ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılması planlanmıştır. Ayrıca migren hastalarında çocukluk çağı örselenmelerinin öfke ifade tarzı ve psikiyatrik bozukluk birlikteliği ile ilişkili olabileceği varsayılmaktadır.

## 3. YÖNTEM ve GEREÇLER

### 3.1 Deneklerin Seçimi:

Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji polikliniğine, Nisan 2009-Temmuz 2009 tarihleri arasında baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalar arasından, Nöroloji uzmanı tarafından, IHS (International Headache Society, Uluslararası Baş Ağrısı Birliği) ölçütlerine göre tanı konmuş 51 aurasız migren (47 kadın, 4 erkek) hastası alınmıştır. Hem daha sık rastlanması hem de çalışma grubunun homojen olmasını sağlamak amacıyla sadece aurasız migren hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta grubu ile eğitim, yaş ve cinsiyet açısından benzer olan, 45 sağlıklı gönüllü (41 kadın, 4 erkek) birey, gelişi güzel örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Kontrol grubunun IHS'ye göre migren ve ciddi baş ağrısı ölçütlerini karşılamaması ve baş ağrısı deneyimlerinin GAÖ (Görsel Analog Ölçeği, Visual Analog Scale) ile yapılan değerlendirmede 2'nin altında olmasına dikkat edilmiştir. GAÖ değerlendirmesi nöroloji uzmanları tarafından, diğer görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kişiler çalışmaya alınmadan önce çalışma

hakkında bilgilendirilerek, projenin etik kurul başvuru dosyasında bir örneği bulunan “bilgilendirilmiş onam formu” imzalatılmıştır.

### **Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri:**

1. IHS’ye göre aurasız migren ölçütlerini karşılamak
2. Okur-yazar olmak.
3. 18-65 yaş arasında olmak.
- 4.Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul etmek.
- 5.Uygulanan testleri yanıtlayabilecek düzeyde eğitilmiş olmak.
- 6.Son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik bozukluk ve buna yönelik tedavi (ilaç ve/veya psikoterapi) görmüyor olmak.

### **Hasta Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:**

1. Ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığının olması.
- 2.Alkol, madde ve analjezik kötüye kullanımı veya bağımlılığının olması.
- 3.Eşlik eden şizofreni veya benzer psikotik bozukluğun bulunması.

### **Kontrol Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri:**

1. 18-65 yaş arasında olmak.
2. Okur-yazar olmak.
3. DSM IV tanı ölçütlerine göre bilinen bir major psikiyatrik bozukluğun ya da fiziksel bir hastalığın bulunmaması.
4. IHS’ye göre migren ve ciddi baş ağrısı ölçütlerini karşılamaması.
5. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Anket formunda sosyodemografik bilgiler, psikiyatrik bozukluk, migren öyküsü ve aile öyküsü yer almaktadır.

Psikiyatrik tanının dışlanması açısından hasta grubuna SCID-I/CV (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version) ve ruhsal açıdan sağlıklı olduklarının doğrulanması amacıyla kontrol grubuna SCID-I/NP sürümü (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders, nonpatient version) uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne mizaç karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri), Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği (The State Trait Anger Scale) ve Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire ) uygulanmıştır.

Çalışma, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınarak gerçekleştirilmiştir.

### **3. 2. Veri Toplama Araçları:**

#### **Sosyodemografik Veri Formu:**

Bu araştırma için hazırlanan soru listesinde bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu gibi sosyal konumuyla ilgili özellikler ve psikiyatrik durumu ile ilgili bilgilere ek olarak hasta grubunda migrenin çeşitli özellikleri sorgulanmıştır. (Ek-1)

#### **SCID-I/Klinik Versiyonu (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version- SCID-I/CV):**

Major DSM IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1996). Toplam 38 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile, 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlamakta ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsamaktadır. Modüler yapısı sayesinde, gerektiğinde tek bir tanıya ait bölümü de kullanılabilir. SCID-I'in 18 yaşından

büyük bireylere uygulanması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Ortalama uygulama süresi 45-90 dakikadır. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçiminde olduğundan, görüşmeci ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. SCID-I, distimik bozukluk dışında I. Eksen tanısının yaşam boyu ve şu anda varlığını ya da yokluğunu saptamaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

**SCID-I/Nonpatient Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders, nonpatient version – SCID-I/NP):**

DSM III-R’de belirtilen psikiyatrik bozuklukları dışlamak amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (Spitzer ve ark. 1990). Türkçe uyarlaması Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından yapılmıştır.

**MKE (Mizaç Karakter Envanteri):**

Cloninger’in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği MKE, dört mizaç: yenilik arayışı (novelty seeking), zarardan kaçınma (harm avoidance), ödül bağımlılığı (reward dependence), sebat etme (persistence) ve üç karakter: kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) boyutu olan 7 faktörlü, 240 maddeden oluşan ‘doğru’ ya da ‘yanlış’ şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Zaman sınırlaması yoktur. MKE içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. MKE’nin 125 maddeli kısa formu, 140 maddeli formu ve en yaygın olarak kullanılan 240 maddeli formu mevcuttur (Cloninger ve ark. 1994). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

Mizaç bölümü, yenilik arayışı (YA, toplam 40 madde): YA1- keşfetmekten heyecan duyma (11 madde), YA2- dürtüsellik (10 madde), YA3- savurganlık (9 madde), YA4- düzensizlik (10 madde); zarardan kaçınma (ZK, toplam 35 madde): ZK1- beklenti endişesi ve karamsarlık (11 madde), ZK2- belirsizlik korkusu (7 madde), ZK3- yabancılardan çekinme (8 madde), ZK4- çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde); ödül bağımlılığı (ÖB, toplam 24 madde): ÖB1- duygusallık



(10 madde), ÖB2- bağlanma (8 madde), ÖB3- bağımlılık (6 madde) ve sebat etme (S, 8 madde) olarak ayrılmaktadır.

Karakter bölümü ise, kendini yönetme (KY, toplam 44 madde): KY1- sorumluluk alma (8 madde), KY2- amaçlılık (8 madde), KY3- beceriklilik (5 madde), KY4- kendini kabullenme (11 madde), KY5- uyumlu ikincil huylar (12 madde); işbirliği yapma (İY, toplam 42 madde): İY1- sosyal onaylama (8 madde), İY2- empati duyma (7 madde), İY3- yardımseverlik (8 madde), İY4- acıma (10 madde), İY5- erdemlilik, vicdanlılık (9 madde); kendini aşma (KA, toplam 33 madde): KA1- kendilik kaybı (11 madde), KA2- kişiler arası özdeşim (9 madde), KA3- manevi kabullenme (13 madde) olarak ayrılmaktadır. (Ek-2)

### **SÖÖTÖ (Sürekli Öfke –Öfke Tarzı ölçeği, The State Trait Anger Scale):**

Öfke duygusunun ve ifadesinin değerlendirilmesinde kullanılır. Spielberger ve arkadaşları tarafından 1983'te geliştirilmiştir. Özer tarafından 1994'te Türkçe'ye uyarlanmıştır. 44 maddeden oluşan, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Sürekli Öfke, Öfke İçe Yönelik, Öfke Dışa Yönelik, Öfke Kontrol, Öfke İfade Tarzı ve Durumluluk Öfke alt ölçeklerinden oluşur. Öfke İfade Tarzı alt ölçeği değerleri, Öfke İçe yönelik, Öfke Dışa yönelik ve Öfke Kontrol alt ölçeklerinin toplanması ile oluşur. Ölçeğin orijinal formundaki Durumluluk Öfke (10 madde) alt tipinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bu nedenle 34 maddelik formu kullanılmıştır. Grup karşılaştırmalı bir ölçektir. Kesilme noktası yoktur. Ölçeğin iç tutarlılığı kapsamında madde toplam korelasyonları .14 ile .56 ve Cronbach Alfa değerleri .73 ile .84 arasında bulunmuştur. Ülkemizde bu ölçeğin kullanılabilirlik koşullarını irdeleyen çalışmada iç tutarlılık katsayıları Sürekli Öfke boyutu için. 79; öfke kontrol için. 84; öfke dışa için .78; öfke içe yönelik için .62 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlik için Sürekli Öfke Ölçeği puanları ile Öfke Envanteri arasındaki korelasyonların. 41 ile .59 arasında olduğu bildirilmiştir (Özer, 1994). Bilge (1997) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan testin tekrarı çalışmasında elde edilen korelasyon katsayıları Sürekli Öfke için .83, İçe Yönelik Öfke için .71, Dışa Yönelik Öfke için .80 ve Öfke Kontrol için .82'dir.

Hiç tanımlamıyor” yanıtına 1 puan, “Biraz tanımlıyor” yanıtına 2 puan, “Oldukça tanımlıyor” yanıtına 3 puan, “Tümüyle tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilir. Öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32; sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Ölçeğin genel toplam puanı olmayıp, dört alt ölçeğin maddeleri o alt ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Sürekli Öfke’den alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke Kontrol ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, Öfke Dışa Yönelik alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu, Öfke İçe Yönelik alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin bastırılmış olduğunu gösterirler.

Hasta (ağrısız dönemde) ve kontrol grubu için ölçek bir kez uygulanmış ve tüm karşılaştırmalar için bu sonuçlar kullanılmıştır. (Ek-3)

### **ÇÖYÖ (Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği, Childhood Trauma Questionnaire):**

Çalışmaya katılan kişilerin, çocukluk çağında maruz kaldıkları örselenme yaşantılarını değerlendirmek için Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği kullanılmıştır. Bernstein ve arkadaşları tarafından 1997’de geliştirilen ölçek, Halime Aslan ve Z. Nazan Alparslan tarafından 1999’da Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe formu, çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını belirlemeye yönelik 40 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Faktör analizi sonucunda ölçekte üç boyut belirlenmiştir: Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal, Fiziksel Kötüye Kullanım, Cinsel Kötüye Kullanım. Ölçekte Duygusal Kötüye Kullanım/Duygusal İhmal puanları 19-95, Fiziksel Kötüye Kullanım puanları 16-80 ve Cinsel Kötüye Kullanım puanları 5-25 arasında değişmektedir. En düşük puan 40, en yüksek puan 200 olarak hesaplanmıştır. Alınan yüksek puanlar çocukluk çağındaki örselenme düzeyini belirler. Tüm ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.96, iki yarım test güvenilirliği 0.96 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliği ile ilgili sınamalar sonucunda, kendi alt ölçekleri arasında ve Beck Depresyon Ölçeği ile ilişkilerine bakıldığında  $p < 0.01$  anlamlılık düzeyinde korelasyonlar belirlenmiştir. Ölçek ve altölçek puanlarının Beck Depresyon Ölçeği, Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları ile

korelasyonlarının yüksek düzeyde anlamlılık ( $p<0.001$ ) göstermesi yapı geçerliğini desteklemektedir (Ek-4).

### **GAÖ (Görsel Analog Ölçeği, Visual Analog Scale):**

Ağrı şiddetini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. 0'dan 10'a kadar işaretlenmiş bir gösterge çizelgesi üzerinde kişinin ağrı şiddetini değerlendirmesi istenir. 0 hiç ağrı yok, 1-3 hafif ağrı, 4-5 orta derecede ağrı, 6-7 şiddetli ağrı, 9-10 çok şiddetli (dayanılmaz) ağrıyı ifade eder. GAÖ ile değerlendirme Nöroloji uzmanı tarafından yapılmış ve puanları bildirilmiştir (Chapman ve Syrjala 2001). (Sosyodemografik Form içinde bulunmaktadır)

### **3.3.İstatistiksel İncelemeler:**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare test kullanıldı. Korelasyon analizlerinde Pearson ve Spearman's rho testi kullanıldı. Anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirildi. Hasta grubunu öngören özellikleri saptamak amacıyla geriye dönük lojistik regresyon analizi yapıldı.

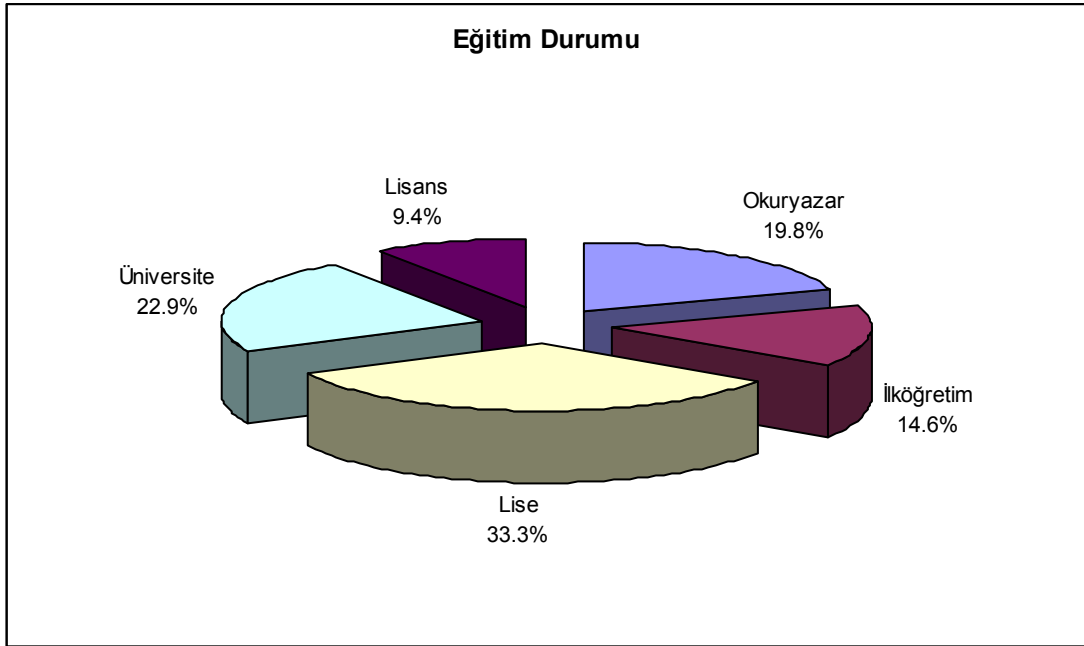
## 4. BULGULAR

Çalışma Nisan 2009- Temmuz 2009 tarihleri arasında yaşları 19 ile 59 arasında değişmekte olan, 88'i (%91.7) kadın ve 8'i (%8.3) erkek olmak üzere toplam 96 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların ortalama yaşları  $33.64 \pm 8.60$ 'dır. "Hasta" grubu 51 ve sağlıklı "Kontrol" grubu 45 kişiden oluşmaktadır. Olguların eğitim süreleri 3 yıl ile 23 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması  $11.25 \pm 4.69$  yıldır.

**Tablo 1: Demografik özelliklerin dağılımı**

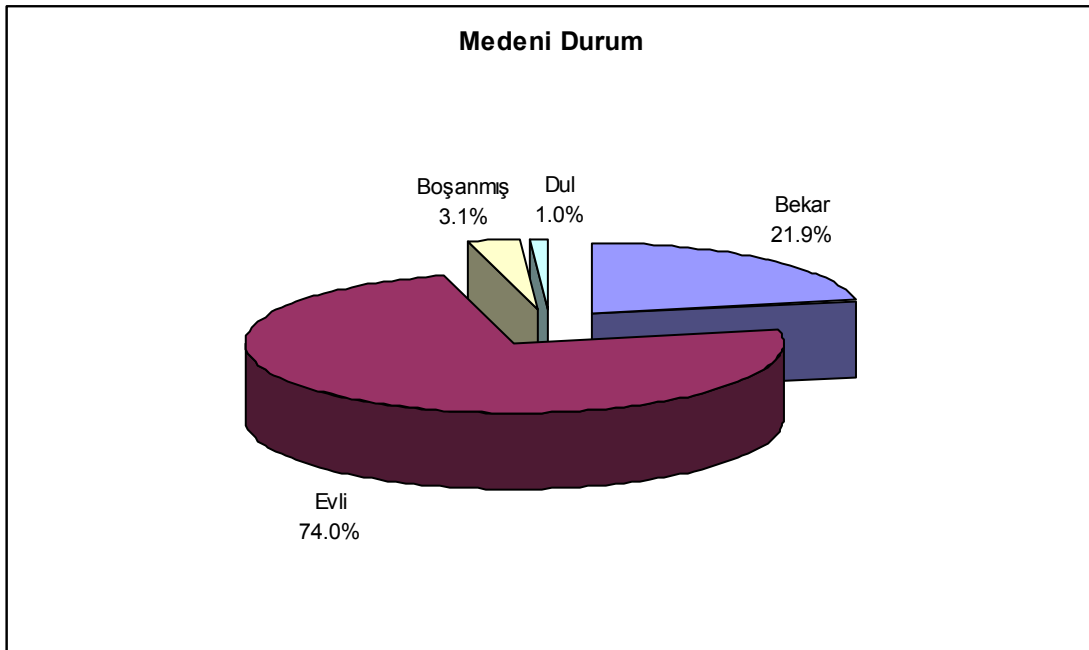
		<b>N (96)</b>	<b>%</b>
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okuryazar</b>	19	19.8
	<b>İlköğretim</b>	14	14.6
	<b>Lise</b>	32	33.3
	<b>Üniversite</b>	22	22.9
	<b>Lisans</b>	9	9.4
<b>Medeni Durum</b>	<b>Bekar</b>	21	21.9
	<b>Evli</b>	71	74.0
	<b>Boşanmış</b>	3	3.1
	<b>Dul</b>	1	1.0
<b>İş Durumu</b>	<b>Çalışmıyor</b>	2	2.1
	<b>Çalışıyor</b>	54	56.3
	<b>Öğrenci</b>	7	7.3
	<b>Ev hanımı</b>	33	34.4
<b>Gelir</b>	<b>&lt;1500 TL</b>	77	80.2
	<b>&gt;1500 TL</b>	19	19.8

Toplam olguların %19.8'i okuryazar, %14.6'sı ilköğretim, %33.3'ü lise, %22.9'u üniversite ve %9.4'ü lisans mezunuydu (Şekil 1).



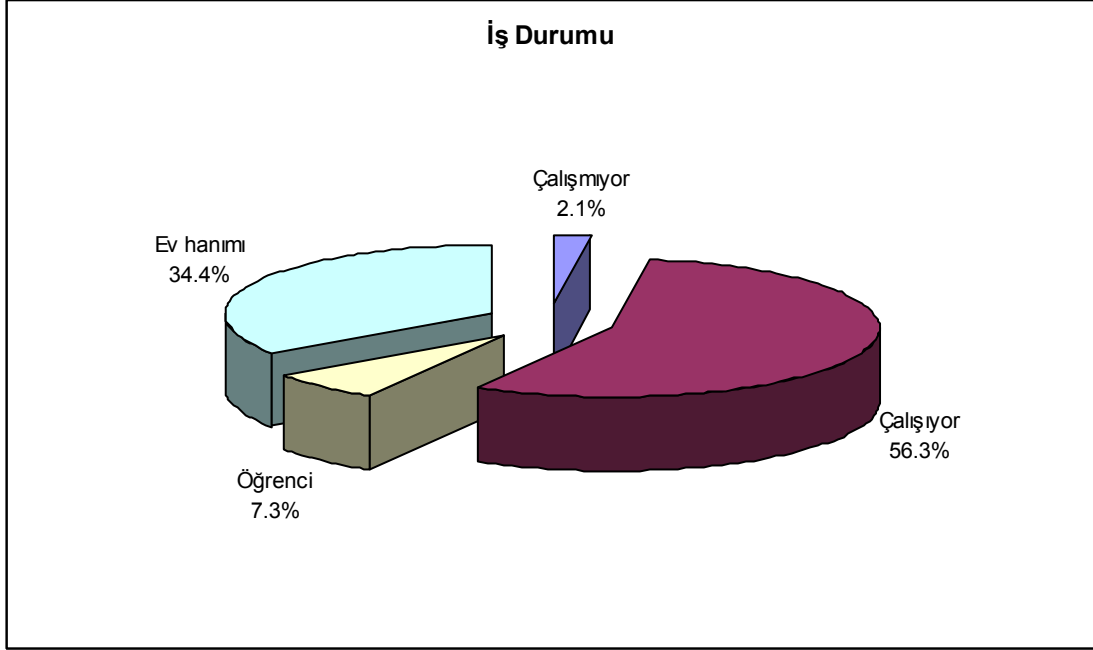
**Şekil 1: Eğitim durumunun dağılımı**

Olguların %21.9'u bekar, %74'ü evli, %3.1'i boşanmıştı ve 1 olgu duldu (Şekil 2).



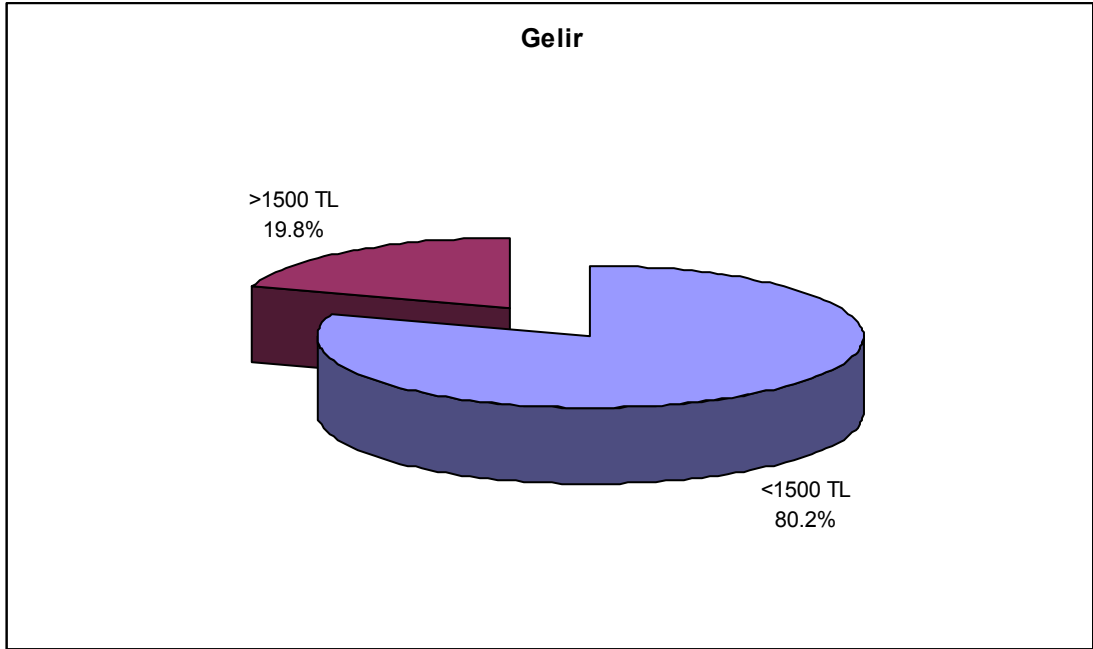
**Şekil 2: Medeni durumun dağılımı**

Tüm olguların %56.3'ünün bir işi vardı. %34.4'ü ev hanımı, %7.3'ü öğrenci ve %2.1'i işsizdi (Şekil 3).



**Şekil 3: İş durumunun dağılımı**

Olguların %80.2'sinin gelir düzeyi 1500 TL altında, %19.8'inin 1500 TL üzerindekiydi (Şekil 4).



**Şekil 4: Gelir durumunun dağılımı**

**Tablo 2: Hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, atak sayısı ve GAÖ parametrelerinin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri**

	<b>Min-Max</b>	<b>Ort±SS</b>
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>	15-44	24.45±5.51
<b>Hastalık süresi (ay)</b>	12-384	112.47±85.32
<b>Atak sayısı (ayda)</b>	2-5	3.02±0.86
<b>GAÖ</b>	6-10	8.35±0.99

Olguların hastalık başlangıç yaş ortalaması 24.45±5.51 (15 ile 44 arasında), hastalık süre ortalaması 112.47±85.32 ay, medyanı 96 ay (12 ay ile 384 ay arasında), ortalama atak sayısı 3.02±0.86, medyanı 3 atak (2 ile 5 arasında ) ve GAÖ düzey ortalaması 8.35±0.99, medyanı 8'di (6 ile 10 arasında) ( Tablo 2).

**Tablo 3: Demografik özelliklere göre grupların değerlendirilmesi**

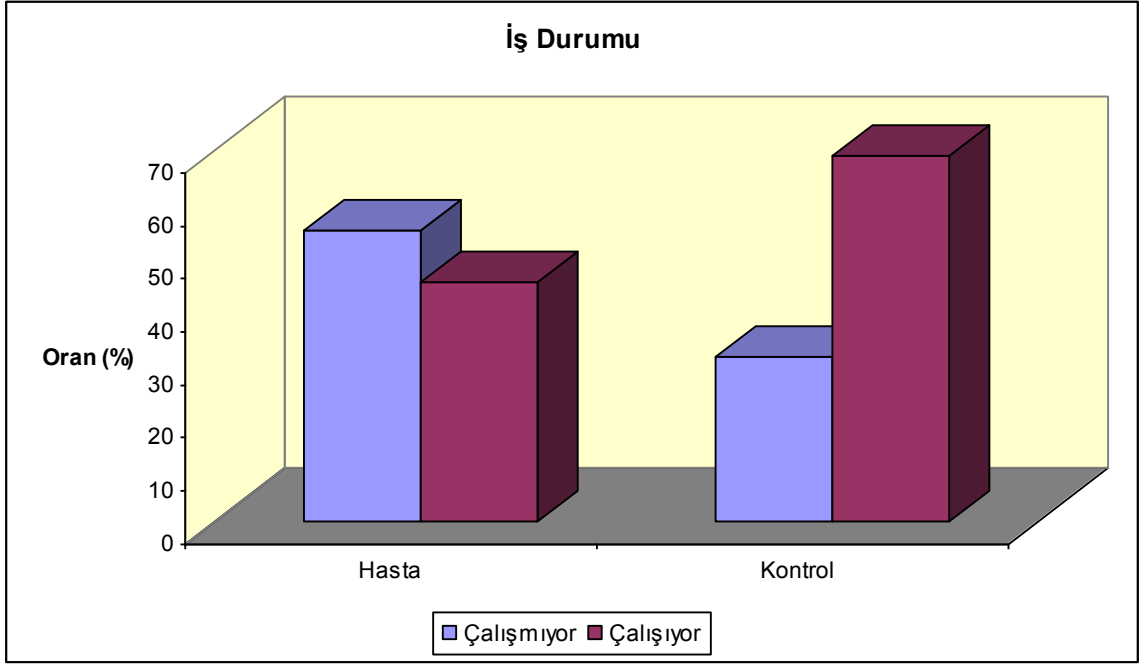
		<b>Hasta (n=51)</b>	<b>Kontrol (n=45)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
		<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>		
<b>Yaş</b>		34.00±9.30	33.24±7.80	0.428	0.670
<b>Eğitim Süresi</b>		10.45±4.48	12.15±4.82	1.796	0.076
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	47 (%92.2)	41 (%91.1)	0.034	0.853
	<b>Erkek</b>	4 (%7.8)	4 (%8.9)		
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okuryazar</b>	13 (%25.5)	6 (%13.3)	3.779	0.437
	<b>İlköğretim</b>	9 (%17.6)	5 (%11.1)		
	<b>Lise</b>	15 (%29.4)	17 (%37.8)		
	<b>Üniversite</b>	10 (%19.6)	12 (%26.7)		
	<b>Lisans</b>	4 (%7.8)	5 (%11.1)		
<b>Medeni Durum</b>	<b>Bekar</b>	12 (%23.5)	13 (%28.9)	0.357	0.550
	<b>Evli</b>	39 (%76.5)	32 (%71.1)		
<b>İş Durumu</b>	<b>Çalışmıyor</b>	28 (%54.9)	14 (%31.1)	5.498	<b>0.019</b>
	<b>Çalışıyor</b>	23 (%45.1)	31 (%68.9)		
<b>Gelir</b>	<b>&lt;1500 TL</b>	45 (%88.2)	32 (%71.1)	4.416	<b>0.036</b>
	<b>&gt;1500 TL</b>	6 (%11.8)	13 (%28.9)		

t: Student t test

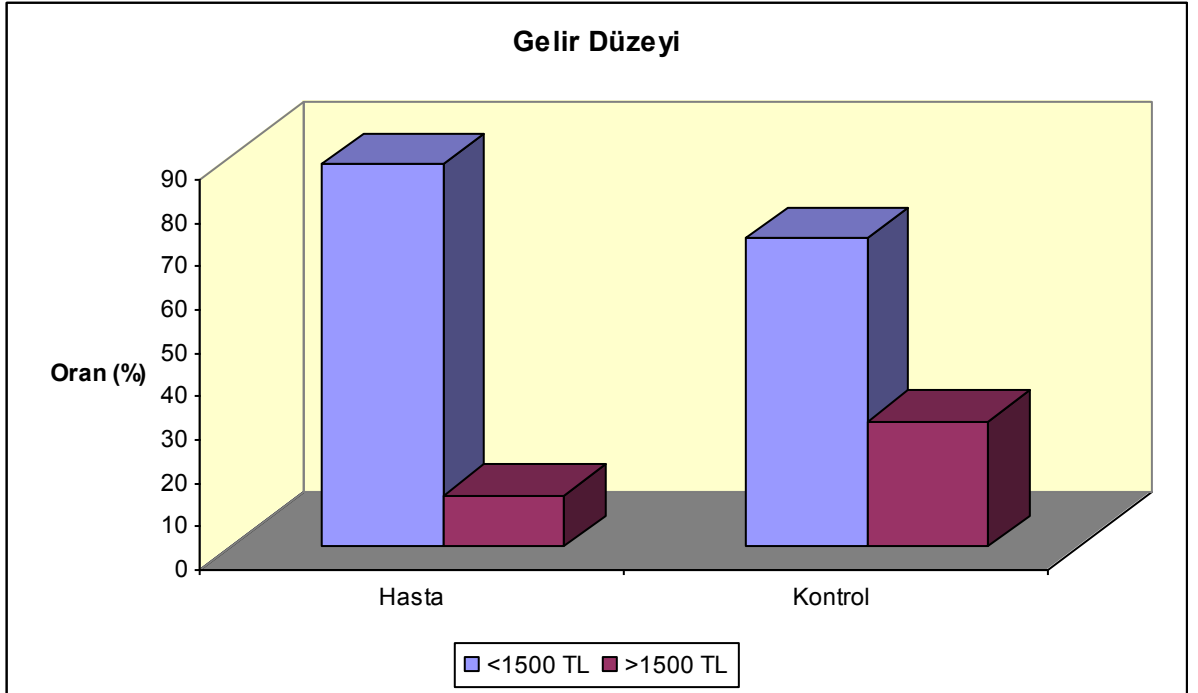
$\chi^2$ : Ki-kare test

Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durumları ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Kontrol grubunda çalışanların sayısı, hasta grubundan anlamlı düzeyde yüksekti ve dolayısıyla kontrol grubunda gelir düzeyi de hasta grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 3, Şekil 5-6).





**Şekil 5: Gruplara göre çalışma durumu dağılımı**



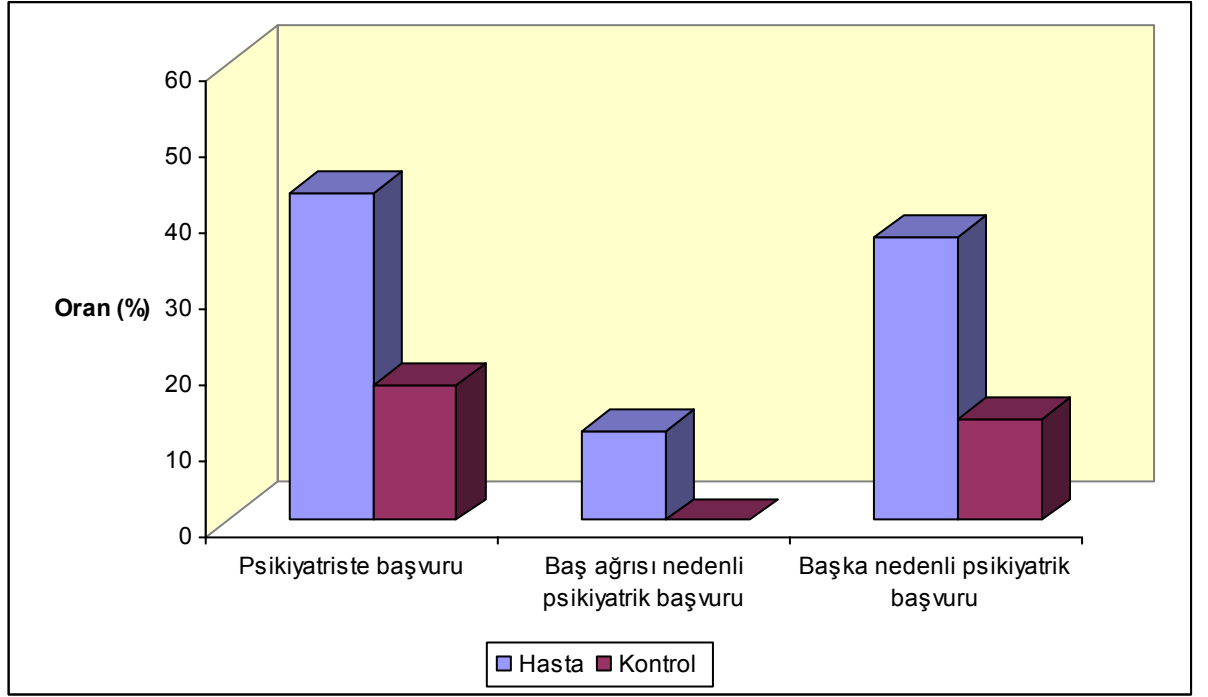
**Şekil 6: Gruplara göre gelir düzeyi dağılımı**

**Tablo 4: Grupların geçmiş psikiyatrik başvuru ve nedeni açısından değerlendirilmesi**

		<b>Hasta</b> <b>(n=51)</b>	<b>Kontrol</b> <b>(n=45)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Psikiyatriste başvuru</b>	<b>Var</b>	22 (%43.1)	8 (%17.8)	7.156	<b>0.009</b>
	<b>Yok</b>	29 (%56.9)	37 (%82.2)		
<b>Baş ağrısı nedeni psikiyatrik başvuru*</b>	<b>Var</b>	6 (%11.8)	0 (%0)	<i>Fisher's Exact test</i>	<b>0.028</b>
	<b>Yok</b>	45 (%82.2)	45 (%100)		
<b>Başka nedeni psikiyatrik başvuru</b>	<b>Var</b>	21 (%41.2)	8 (%17.8)	6.208	<b>0.015</b>
	<b>Yok</b>	30 (%58.8)	37 (%82.2)		

*df=1*

Hasta grubunda hem baş ağrısı nedeni hem de diğer psikiyatrik nedenlerden ötürü psikiyatriste başvuru oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 4, Şekil 7).



Şekil 7: Grupların psikiyatrik başvuru ve nedenlerine göre dağılımları

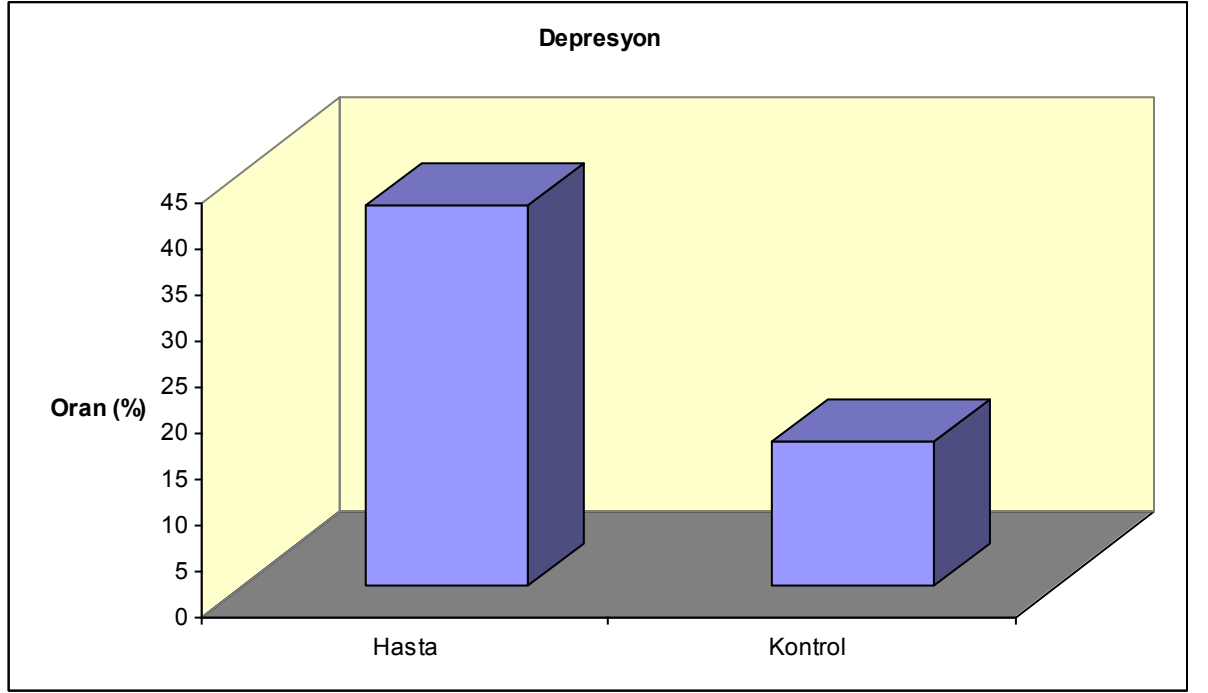
Tablo 5: Gruplara göre psikiyatrik hastalık öyküsü değerlendirilmesi

Hastalık Öyküsü		Hasta (n=51)	Kontrol (n=45)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
Anksiyete bozukluğu	Var	6 (%11.8)	4 (%8.9)	0.212	0.645
	Yok	45 (%88.2)	41 (%91.1)		
Depresyon	Var	21 (%41.2)	7 (%15.6)	7.596	<b>0.006</b>
	Yok	30 (%28.8)	38 (%84.4)		
Duygudurum bozukluğu (diğer)*	Var	1 (%2)	1 (%2.2)	0.008	1.000
	Yok	50 (%98)	44 (%97.8)		
Psikotik bozukluk	Var	-	-	-	-
	Yok	51 (%100)	45 (%100)		
Diğer	Var	-	-	-	-
	Yok	51 (%100)	45 (%100)		

$\chi^2$  :Ki-Kare test

\*Fisher's Exact test

Hasta ve kontrol gruplarının psikiyatrik özgeçmişinde anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hasta grubunun %41.2 sinde ve kontrol grubunun %15.6 sında geçirilmiş depresif bozukluk öyküsü vardı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 5, Şekil 8).



Şekil 8: Gruplara göre depresyon görülme oranları dağılımı

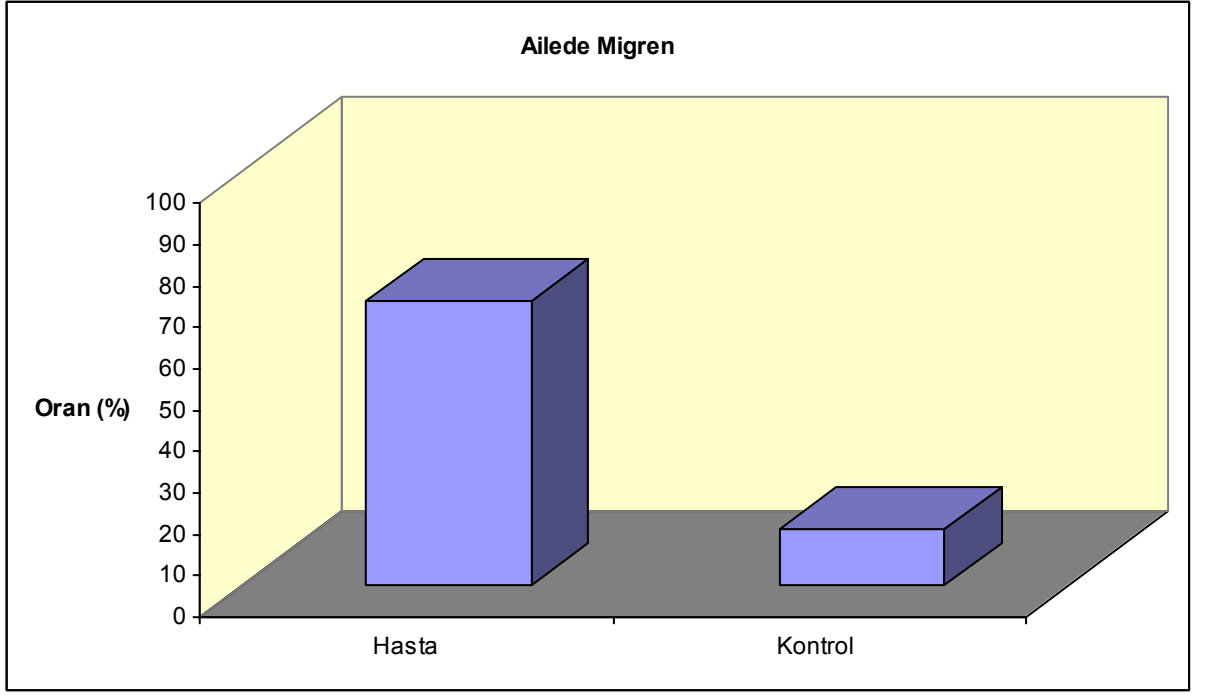
**Tablo 6: Ailede psikiyatrik bozukluk ve migren öyküsüne göre grupların değerlendirilmesi**

Aile Öyküsü		Hasta (n=51)	Kontrol (n=45)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
Anksiyete Bozukluğu	Var	11 (%21.6)	4 (%8.9)	2.915	0.088
	Yok	40 (%78.4)	41 (%91.1)		
Depresyon	Var	17 (%33.3)	10 (%22.2)	1.460	0.227
	Yok	34 (%66.7)	35 (%77.8)		
Duygudurum Bozukluğu (diğer)*	Var	0 (%0)	2 (%4.4)	2.315	0.217
	Yok	51 (%100)	43 (%95.6)		
Psikotik Bozukluk*	Var	2 (%3.9)	0 (%0)	1.802	0.497
	Yok	49 (%96.1)	45 (%100)		
Ailede Migren	Var	35 (%68.6)	6 (%13.3)	29.87	<b>0.001</b>
	Yok	16 (%31.4)	39 (%86.7)		

$\chi^2$  :Ki-Kare test

\*Fisher's Exact test

Gruplar arasında ailelerinde depresyon, anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu, psikotik bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı benzerdi. Hasta grubunun ailelerinde migren görülme oranı (%68.6), kontrol grubuna göre (%13.3) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6, Şekil 9).



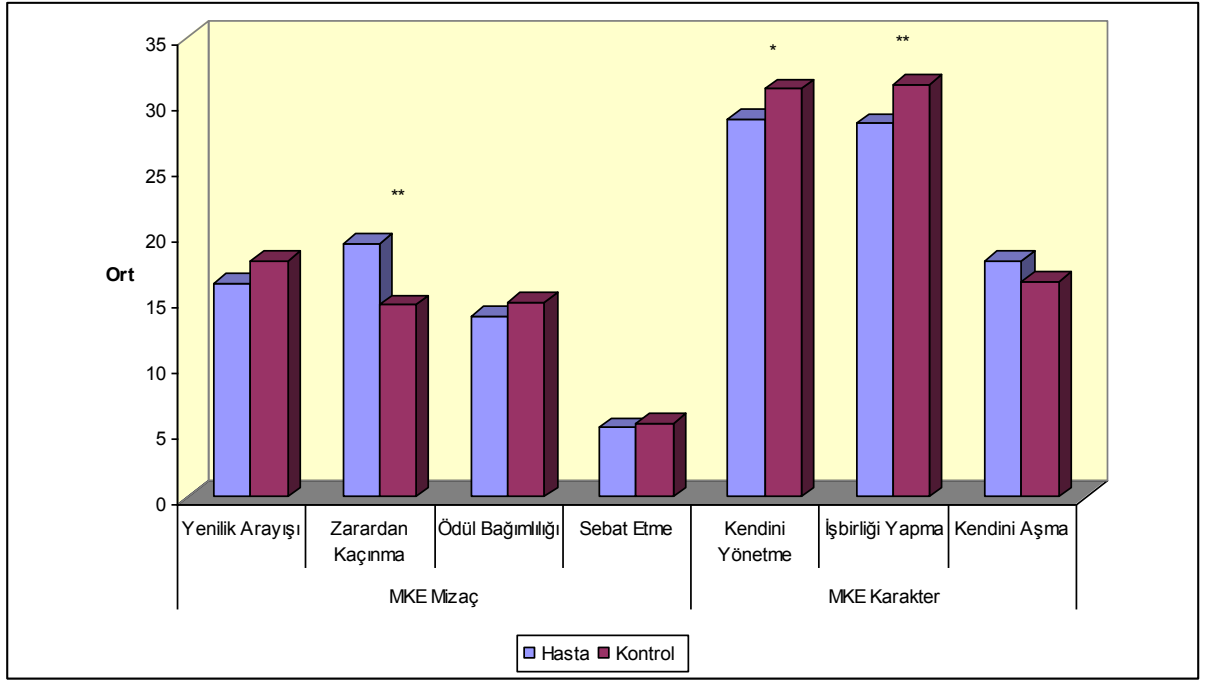
**Şekil 9: Gruplara göre ailede migren görülme oranları dağılımı**

**Tablo 7: Gruplara göre MKE mizaç ve MKE karakter puanlarının değerlendirilmesi**

		Hasta (n=51)	Kontrol (n=45)	t	p
		Ort±SS	Ort±SS		
<b>MKE Mizaç</b>	<b>Yenilik Arayışı</b>	16.31±5.08	18.02±5.75	1.795	0.073
	<b>Zarardan Kaçınma</b>	19.35±6.48	14.67±4.67	3.785	<b>&lt;0.001</b>
	<b>Ödül Bağımlılığı</b>	13.82±2.69	14.89±3.42	1.834	0.067
	<b>Sebat Etme</b>	5.31±1.79	5.60±1.99	0.950	0.342
<b>MKE Karakter</b>	<b>Kendini Yönetme</b>	28.86±5.50	31.15±5.35	2.145	<b>0.032</b>
	<b>İşbirliği Yapma</b>	28.51±5.17	31.51±3.79	2.886	<b>0.004</b>
	<b>Kendini Aşma</b>	18.03±6.23	16.46±6.41	1.218	0.223

*Student t test kullanıldı*

Gruplar arasında yenilik arayışı (YA), sebat etme (S) ve kendini aşma (KA) puan ortalamaları açısından bir fark yoktu. Ödül bağımlılığı (ÖB) hasta grubunda anlamlılığa yakın oranda daha düşük saptandı. Ancak hasta grubu kontrol grubuna göre daha fazla zarardan kaçınıyordu, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları da anlamlı ölçüde düşüktü (Tablo 7, Şekil 10).



**Şekil 10: Gruplara göre MKE mizaç ve karakter puanlarının dağılımı**



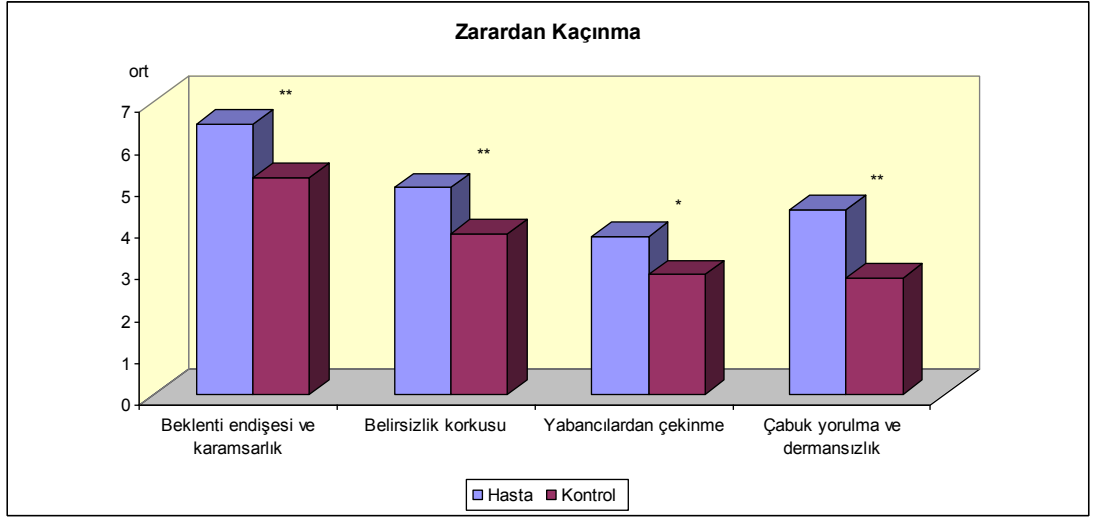
**Tablo 8: Gruplara göre MKE mizaç ve MKE karakter alt grup puanlarının değerlendirilmesi**

	Hasta (n=51)	Kontrol (n=45)	z	p
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Yenilik Arayışı (YA)</b>	16.31±5.08	18.02±5.75	1.795	0.073
<b>YA1</b> (keşfetmekten heyecan duyma)	5.24±2.02	5.71±2.45	1.094	0.274
<b>YA2</b> ( dürtüsellik)	3.71±1.97	3.80±1.97	0.340	0.734
<b>YA3</b> (savurganlık)	4.02±2.15	4.44±2.03	1.227	0.220
<b>YA4</b> (düzensizlik)	3.33±1.61	4.07±1.66	1.824	0.068
<b>Zarardan Kaçınma (ZK)</b>	19.35±6.48	14.67±4.67	3.785	<b>&lt;0.001</b>
<b>ZK1</b> (beklenti endişesi ve karamsarlık)	6.45±2.24	5.17±2.11	2.832	<b>0.005</b>
<b>ZK2</b> (belirsizlik korkusu)	4.94±1.74	3.84±1.53	3.452	<b>0.001</b>
<b>ZK3</b> (yabancılardan çekinme)	3.76±2.26	2.86±1.79	1.979	<b>0.048</b>
<b>ZK4</b> (çabuk yorulma ve dermansızlık)	4.41±2.24	2.77±1.75	3.646	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ödül Bağımlılığı (ÖB)</b>	13.82±2.69	14.89±3.42	1.834	0.067
<b>ÖB1</b> (duygusallık)	7.27±2.02	6.80±2.11	1.235	0.217
<b>ÖB2</b> ( bağlanma)	4.16±1.82	5.07±1.51	2.512	<b>0.012</b>
<b>ÖB3</b> (bağımlılık)	2.37±1.34	3.02±1.23	2.397	<b>0.017</b>

<b>Kendini Yönetme (KY)</b>	28.86±5.50	31.15±5.35	2.145	<b>0.032</b>
<b>KY1</b> (sorumluluk alma)	5.01±1.87	5.20±1.93	0.539	0.661
<b>KY2</b> (amaçlılık)	5.96±1.76	6.04±1.39	0.086	0.931
<b>KY3</b> (beceriklilik)	3.25±1.14	3.75±1.13	2.338	<b>0.019</b>
<b>KY4</b> (kendini kabullenme)	5.25±2.24	6.25±2.79	2.416	<b>0.016</b>
<b>KY5</b> (uyumlu ikincil huylar)	9.39±1.76	9.57±1.81	0.585	0.559
<b>İşbirliği Yapma (İY)</b>	28.51±5.17	31.51±3.79	2.886	<b>0.004</b>
<b>İY1</b> (sosyal onaylama)	5.43±1.65 (5)	6.22±1.45 (7)	2.377	<b>0.017</b>
<b>İY2</b> (empati duyma)	3.96±1.46 (4)	4.93±1.26 (5)	3.013	<b>0.003</b>
<b>İY3</b> (yardımseverlik)	4.79±1.15 (5)	5.33±1.12 (5)	2.097	<b>0.036</b>
<b>İY4</b> (acıma)	7.33±2.72 (8)	7.95±1.89 (8)	0.735	0.462
<b>İY5</b> (erdemlilik, vicdanlılık)	7.56±4.39 (7)	7.07±1.23 (7)	0.019	0.985
<b>Kendini Aşma (KA)</b>	18.03±6.23	16.46±6.41	1.218	0.223
<b>KA1</b> (kendilik kaybı)	5.76±2.43	5.33±3.35	0.951	0.342
<b>KA2</b> (kişiler arası özdeşim)	5.12±2.25	4.60±2.44	1.051	0.293
<b>KA 3</b> (manevi kabullenme)	7.16±2.95	6.53±3.27	0.708	0.479

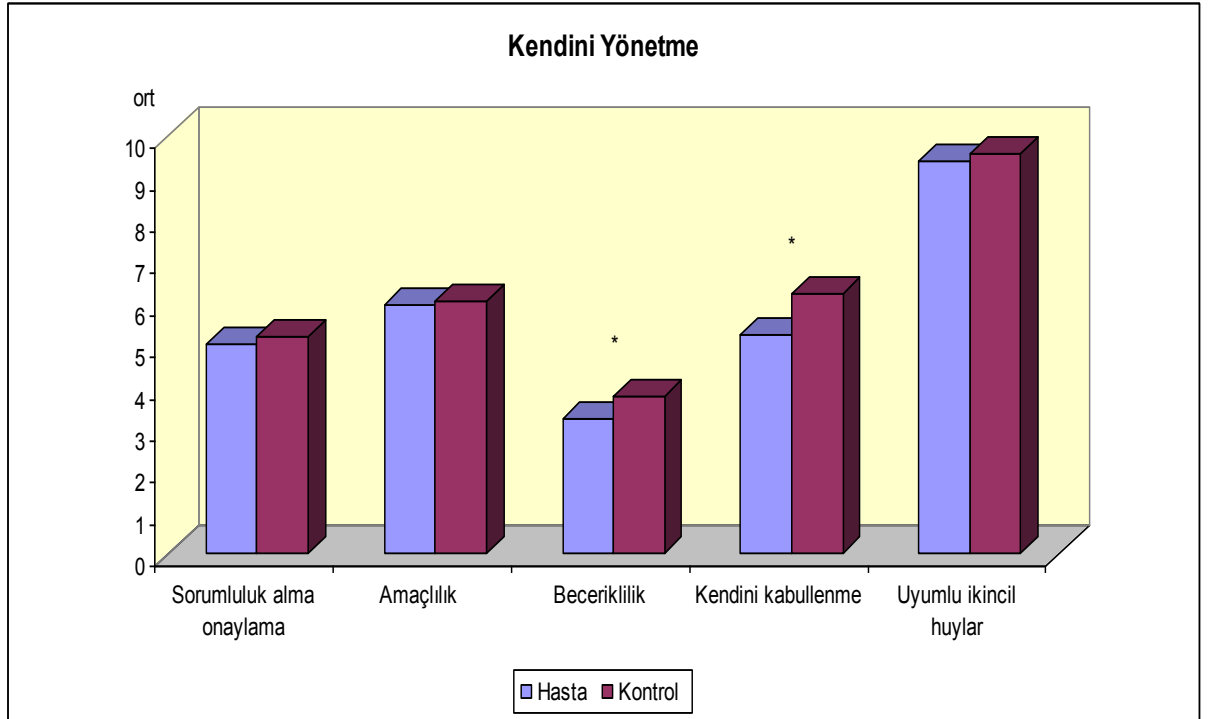
*Mann Whitney u test kullanıldı*

Zarardan kaçınma alt gruplarından ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK3 (yabancılardan çekinme) ve ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) puanları hasta grubunda anlamlı olarak yüksek, ÖB2 (bağlanma) ve ÖB3 (bağımlılık) alt grup puanları hasta grubunda anlamlı düzeyde düşük bulundu.



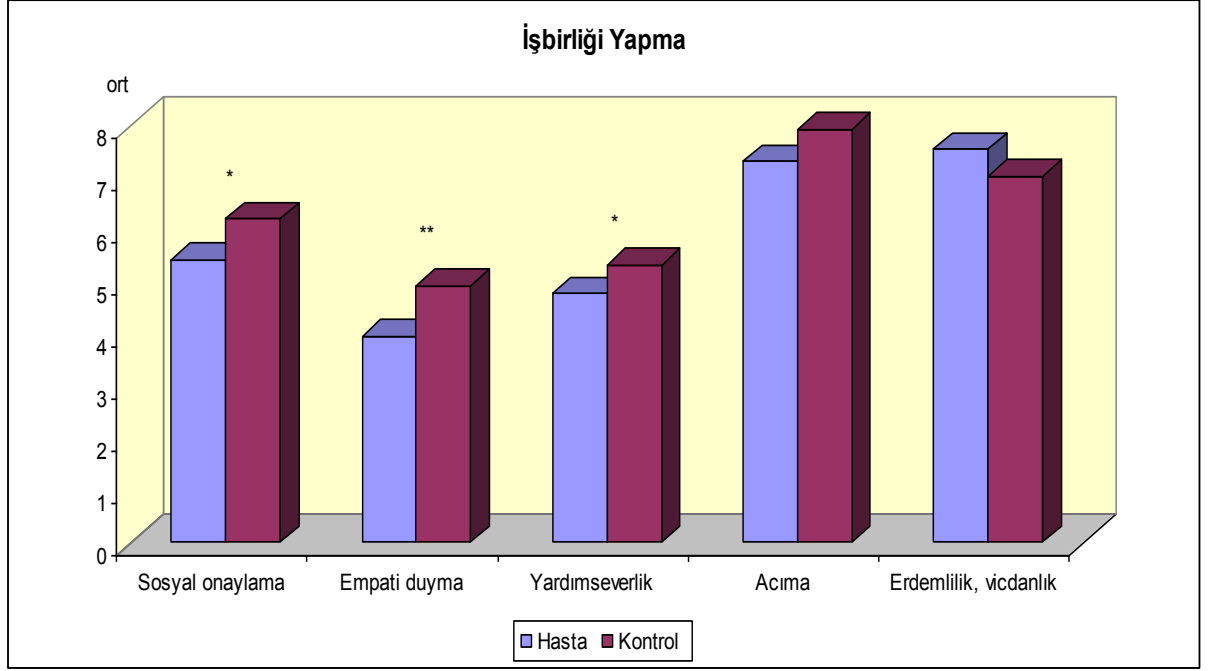
**Şekil 11: Gruplara Göre Zarardan Kaçınma Dağılımı**

Kendini yönetme alt gruplarından KY3 (beceriklilik) ve KY4 (kendini kabullenme) puanları hasta grubunda anlamlı düzeyde düşüktü.



**Şekil 12: Gruplara Göre Kendini Yönetme Dağılımı**

İş birliği yapma alt gruplarından İY1 (sosyal onaylama), İY2 (empati duyma) ve İY3 (yardımseverlik) puanları hasta grubunda anlamlı düzeyde düşüktü (Tablo 8, Şekil 11, 12, 13).



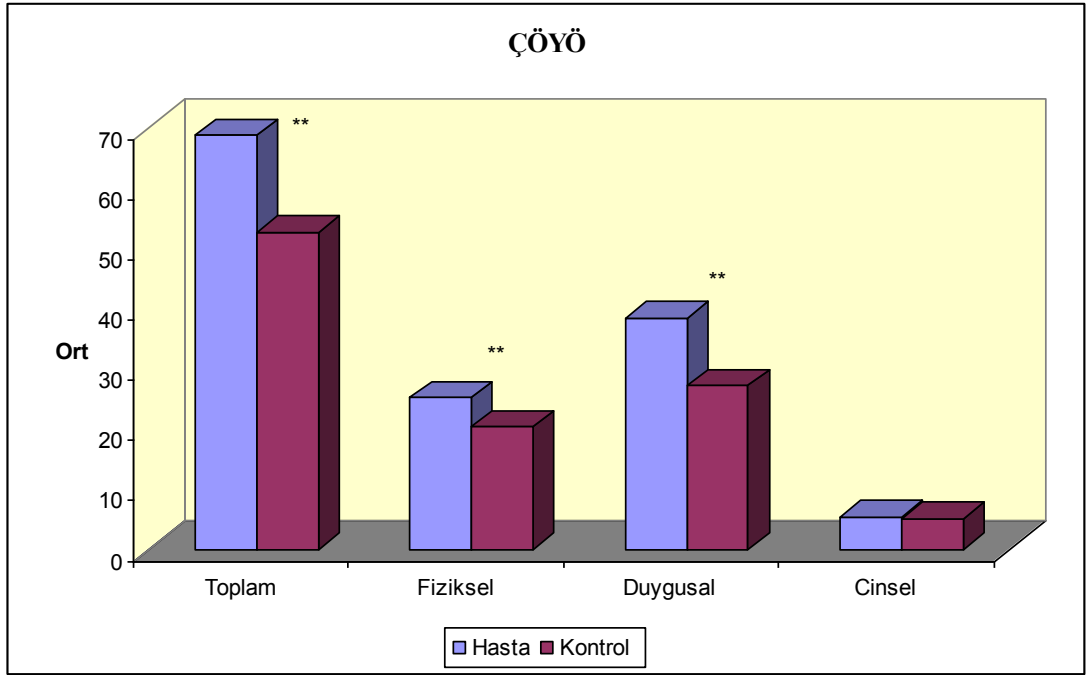
Şekil 13: Gruplara Göre İşbirliği Yapma Dağılımı

**Tablo 9: Gruplara göre ÇÖYÖ-40 puanlarının değerlendirilmesi**

ÇÖYÖ-40	Hasta (n=51)	Kontrol (n=45)	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Toplam</b>	68.76±19.18	52.62±9.41	5.325	<b>&lt;0.001</b>
<b>Fiziksel Kötüye Kullanım</b>	25.10±7.08	20.38±3.21	4.287	<b>&lt;0.001</b>
<b>Duygusal İhmal / Kötüye Kullanım</b>	38.43±12.97	27.09±6.92	5.429	<b>&lt;0.001</b>
<b>Cinsel Kötüye Kullanım</b>	5.39±1.44	5.11±0.32	1.354	0.181

*Student t test kullanıldı df=94*

Hasta grubunun ÇÖYÖ-40 toplam puanı, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal/kötüye kullanım alt ölçek puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksekti (Tablo 9, Şekil 14).



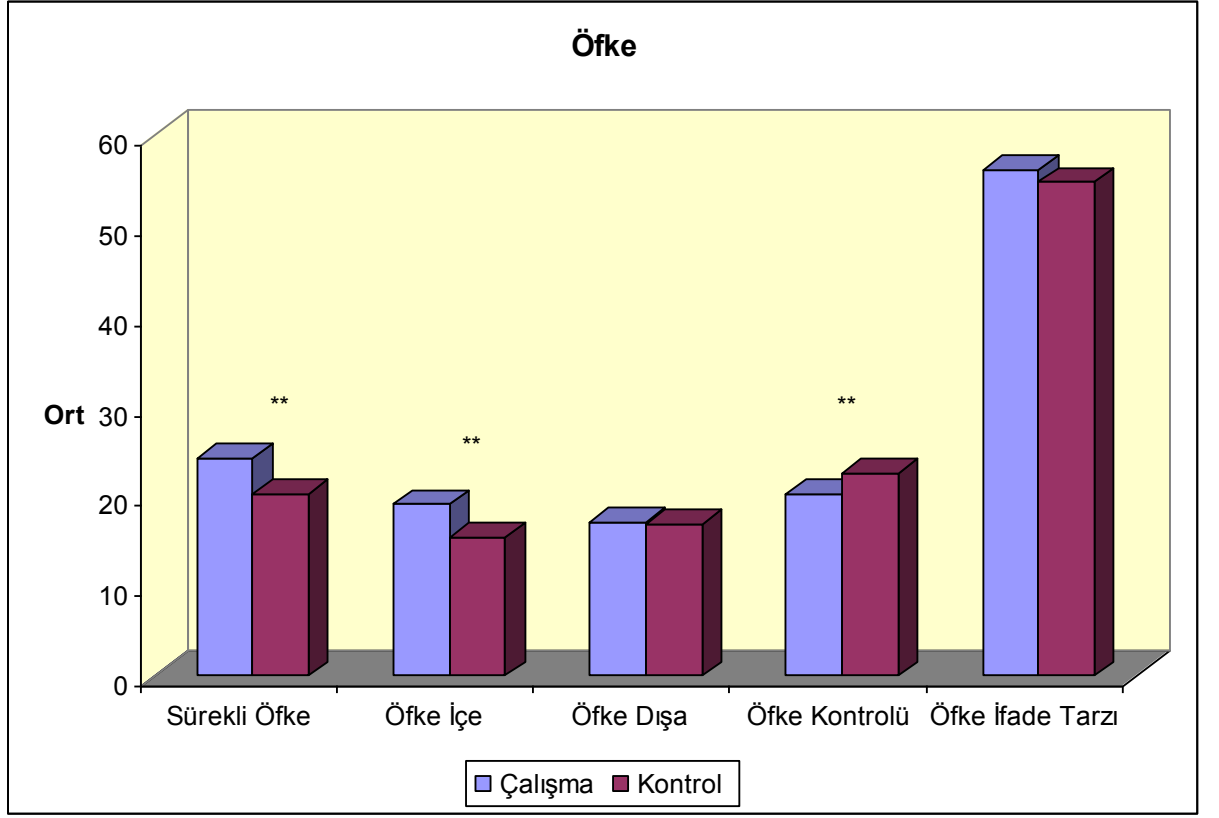
**Şekil 14: Gruplara göre ÇÖYÖ-40 puanlarının dağılımı**

**Tablo 10: Gruplara göre SÖÖTÖ alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi**

	Hasta (n=51)	Kontrol (n=45)	t	P
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Sürekli Öfke</b>	24.16±6.41	20.13±3.74	3.808	<b>&lt;0.001</b>
<b>Öfke İçe</b>	19.02±4.28	15.33±2.37	5.300	<b>&lt;0.001</b>
<b>Öfke Dışa</b>	17.02±4.46	16.87±3.28	0.189	0.850
<b>Öfke Kontrolü</b>	20.14±4.77	22.40±3.47	2.679	<b>0.009</b>
<b>Öfke İfade Tarzı</b>	56.10±6.91	54.82±4.05	1.119	0.266

*Student t test kullanıldı* *df=94*

Hasta ve kontrol grubuna ait sürekli öfke düzeyi, içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke, öfke kontrolü ve öfke ifade tarzı puanları Tablo 10'da verilmiştir. Hasta grubunun sürekli öfke ve içe dönük öfke puanları kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek, öfke kontrolü puanlarının ise anlamlı ölçüde düşük olduğu bulundu. Öfke ifade tarzı ve dışa yönelik öfke puanları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 10, Şekil 15).



**Şekil 15: Gruplara göre SÖÖTÖ puanlarının dağılımı**



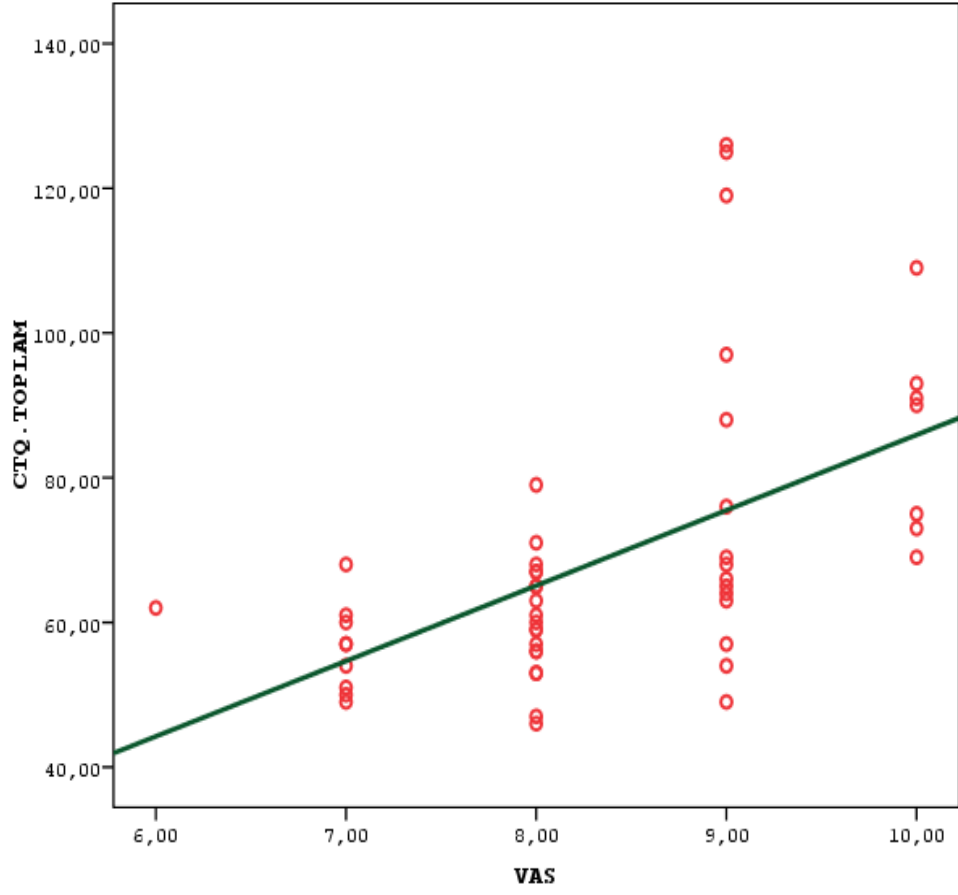
**Tablo 11: Hasta grubu demografik özellikler, ÇÖYÖ-40, SÖÖTÖ ve GAÖ arasındaki bağıntılar**

	GAÖ	
	r	p
Hastalık başlangıç yaşı	-0.25	0.08
Hastalık süresi	0.01	0.948
Atak sayısı	0.46	<b>0.001</b>
ÇÖYÖ-40 toplam	0.54	<b>&lt;0.001</b>
Fiziksel kötüye kullanım	0.53	<b>&lt;0.001</b>
Duygusal ihmal/kötüye kullanım	0.49	<b>&lt;0.001</b>
Cinsel kötüye kullanım	0.26	0.062
Sürekli öfke	0.40	<b>0.004</b>
Öfke içe	0.26	0.065
Öfke dışı	0.21	0.148
Öfke kontrolü	-0.04	0.804
Öfke ifade tarzı	0.26	0.066

*Spearman's rho korelasyon analizi*

*+ Pearson korelasyon analizi*

Hasta grubunda GAÖ puanı ile migren atak sayısı arasında pozitif yönde %46, ÇÖYÖ toplam ile %54, fiziksel kötüye kullanım puanı ile %53, duygusal ihmal/kötüye kullanım puanı ile %49 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Ayrıca sürekli öfke puanı ile GAÖ arasında da pozitif yönde %40 düzeyinde anlamlı ilişki saptandı (Tablo 11).



**Şekil 16: Hasta grubunda ÇÖYÖ-40 toplam puanı ile GAÖ puanlarının ilişki grafiği**

**Tablo 12: Tüm olgulardaki lojistik regresyon analizi (sadece anlamlı sonuçlar alındı)**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 G.A.	
							Min	Maks
<b>Ailede migren</b>	3,771	,891	17,924	1	,000	43,419	7,577	248,799
<b>ÇÖYÖ fiziksel</b>	-1,195	,475	6,322	1	,012	,303	,119	,768
<b>ÇÖYÖ duygusal</b>	-1,118	,479	5,456	1	,019	,327	,128	,835
<b>ÇÖYÖ toplam</b>	1,025	,450	5,176	1	,023	2,787	1,153	6,738
<b>Sürekli öfke</b>	-,221	,094	5,572	1	,018	,802	,668	,963
<b>Öfke içe</b>	-,301	,121	6,186	1	,013	,740	,584	,938

Gruplar bağımsız değişken, daha önceki analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan; hasta grubunda depresyon öyküsü, ailede migren görülme öyküsü, zarardan kaçınma, kendini yönetme, işbirliği yapma toplam puanları, ÇÖYÖ-40 toplam, fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanım puanları ile sürekli öfke, içe yönelik öfke ve öfke kontrolü puanları bağımlı değişken alınarak yapılan geriye dönük regresyon analizinde ailede migren öyküsü (43 kat), ÇÖYÖ-40 toplam puanı (2.7 kat), fiziksel (3 kat) ve duygusal kötüye kullanım (3.2 kat) ile sürekli öfke (8 kat) ve içe yönelik öfke (7.4 kat) puanları migren hastalığını öngörmek için anlamlı bulundu.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmaya mizaç ve karakter özellikleri ile çocukluk çağı örselenmeleri ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin araştırılması için migren tanısı almış hastalar ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu olmak üzere iki grup alınmıştır. İki grubu sosyodemografik açıdan değerlendirdiğimizde yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. İki grubun sosyodemografik özelliklerinin benzer olması aralarında sağlıklı karşılaştırma yapılmasına olanak sağlamıştır.

Gruplara göre olguların cinsiyet dağılımı karşılaştırıldığında kadın/erkek oranında anlamlı fark saptanmamıştır, ancak literatürle uyumlu olarak migren grubunda kadınlardaki yaygınlığın belirgin bir şekilde erkeklerden fazla olması (kadın %92.2, erkek % 7.8) nedeniyle hastaneye başvuru açısından kadın hastaların erkeklere oranla belirgin olarak daha yüksek sayıda olduğu görülmektedir. Migren baş ağrısında, kadın/erkek oranları 2/1 ile 3/1 arasında değişmektedir (Breslau ve Rasmussen 2001, Henri ve ark. 1992, Rasmussen 1995). Bu çalışmadaki toplam hasta sayısı göz önüne alındığında, kadın hastaların baş ağrısı yakınması ile daha sık başvurduğu görüşünü de desteklemektedir.

Migren çok küçük yaşlarda başlayabilse de sıklıkla 10-30 yaş arası başlamaktadır. Bizim çalışmamızda olguların hastalık başlangıç yaşları 15 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalaması  $24.45 \pm 5.51$ 'dir ve daha önce yapılan epidemiyolojik çalışmaları destekler niteliktedir (Peatfield ve Campbell 2002).

Çalışmamızda ağrı şiddeti Nöroloji uzmanı tarafından GAÖ ile 0-10 arasında değerlendirilmiştir. Sonuçta ortalama ağrı şiddeti, migrende  $8.35 \pm 0.99$  olarak saptanmış olup, bir ayda geçirdikleri atak sayıları 2 ile 5 arasında değişmektedir. Literatürde atak sıklık ve süresi ile ilgili olarak migrenli bireyler arasında çeşitlilik bulunmaktadır (Holmes ve ark. 2001). Atak sıklığı yılda 6'dan azla, 100'den fazla arasında değişebilir (Holmes ve ark. 2001, Kohler ve Kosanic 1992). Holmes ve arkadaşları tarafından migren epidemiyolojisiyle ilgili çalışmaların meta-analizinde belirtildiğine göre, migren hastalarının %10'unun haftada birden sık atak yaşadıkları bildirilmektedir (Holmes ve ark. 2001).

Hasta grubunda hem psikiyatrik nedenli ( $p<0.01$ ) hem de baş ağrısı nedenli ( $p<0.01$ ) psikiyatriste başvuru sıklığı kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek saptanmıştır. Bu sonuç baş ağrısı grubunun, kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak belirgin derecede daha sık psikiyatrik yardım arayışında olduğunu göstermektedir. Gruplara göre psikiyatrik hastalık öyküsüne bakıldığında ise hasta grubunda depresyon görülme oranının, kontrol grubundan yine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Breslau ve Davis tarafından 1007 genç erişkinden rast gele örnekler alınarak yapılan ileriye dönük çalışmada; kişilerle 3.5 yıl ara ile görüşülmüş ve majör depresyonun migrenin ilk ortaya çıkışı için bir risk oluşturduğu, migrenin de majör depresyonun ilk ortaya çıkışı için bir risk oluşturduğu, yani aralarında çift yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Breslau ve ark. 1994). Literatürde, migren ile psikiyatrik bozuklukların, özellikle depresyon eştanısının, birlikte olduğu gösterilmiştir (Hatch 1991, Radat 2000, Merikangas ve ark. 1990, Breslau ve ark. 1994, Materazzo ve ark. 2001, Breslau ve ark. 2000). Çalışmamızın sonuçları daha önceki sonuçları destekler niteliktedir.

Hasta grubunda ailede migren görülme oranı (%68.6), kontrol grubundan (%13.3) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ( $p<0.01$ ). Bu sonuç çalışmalarda farklı aralıklarda gösterilse de birinci derece akrabalarda migren sıklığının yaklaşık olarak iki kat daha fazla olduğu ortaya çıkmaktadır (Dahlöf ve Linde 2001, Rasmussen 1995). Yapılan regresyon analizinde ailede migren öyküsünün varlığı kişide migren riskini 43 kat artırmaktaydı ve migren için en yüksek öngörücü değere sahipti.

Çalışmaya alınan grupların MKE mizaç bölümleri değerlendirildiğinde; yenilik arayışı (YA) ve sebat etme (S) bölümlerinin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Zarardan kaçınma alt gruplarından ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK3 (yabancılardan çekinme) ve ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) puanları hasta grubunda anlamlı olarak yüksektir. ÖB2 (bağlanma) ve ÖB3 (bağımlılık) alt

grup puanları hasta grubunda anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. MKE'nin karakter bölümlerine bakıldığında; migren grubunun kendini yönetme toplam ile KY3 (beceriklilik) ve KY4 (kendini kabullenme) alt grup puanları ile işbirliği yapma alt gruplarından İY1 (sosyal onaylama), İY2 (empati duyma) ve İY 3 (yardımseverlik) puanları hasta grubunda anlamlı düzeyde düşüktür.

Mongini ve arkadaşlarının (2005) migren ve gerilim tipi baş ağrısını inceledikleri çalışmada bu iki grubun sağlıklı kontrollere göre ZK puanlarının yüksek ve YA puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Migren ve gerilim tipi baş ağrılarının karşılaştırılmasında ise migrende S puanları yüksek çıkmıştır. Bu da migrende serotonerjik sistem yanında dopaminerjik ve glutaminerjik sistemin de katkısı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Boz ve arkadaşları (2004) bir diğer çalışmada 81 kronik gerilim tip baş ağrısı, 51 migren hastası ve 82 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış, kronik gerilim tipi baş ağrısı hastalarında ZK puanları kontrollere göre yüksek bulunurken migrenle kontrol grubu arasında fark görülmemiştir. Mizaç ve Karakter Envanterinin diğer alt boyutlarında fark bulunmamıştır. Nylander ve arkadaşları (1996), ailesinde migren öyküsü olan 26 migren hastası ile 87 kişilik kontrol grubu arasında Mizaç ve Karakter Envanteri boyutları açısından fark bulamamışlardır. Sadece YA1 (keşfetmekten heyecan duyma) ve YA2 (dürtüsellik) alt puanları kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Mongini ve arkadaşları (2005) epizodik migreni olan 49 kadın ve 47 sağlıklı kontrol grubuna Mizaç Karakter Envanteri uygulamış ve migren hastalarında ZK ve S puanlarını yüksek, KY'yi ise düşük bulmuşlardır. Abbate-Daga ve arkadaşları da (2007) 105 aurasız migren hastasında yaptıkları çalışmada benzer bulgular elde etmişlerdir. Sanchez-Roman ve arkadaşları (2007) bu çalışmalardaki eksiklikleri görerek, migren hastalarını daha geniş bir örnekleme 2 sağlıklı kontrol grubu ve migren dışındaki bir kronik ağrı grubu ile karşılaştırmışlardır. Migren hastalarının ZK puanlarının iki sağlıklı kontrol grubundan da yüksek olduğu gösterilmiştir. ZK'nın serotonerjik sistemle ilişkisine dair kanıtlar mevcuttur, bu sonuçlar migrenin de serotonerjik yolla ilişkisini dolaylı yoldan kanıtlamaktadır.

Zarardan kaçınma (ZK) puanları yüksek bireyler sakıngan, pasif, kendine güveni olmayan, karamsar, kötümser bireyler olarak tanımlanmaktadır (Cloninger ve

ark. 1993, Cloninger ve ark. 1994). Bu kişiler gelecekle ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, belirsizliğe tahammülsüzlük, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte ve ‘anksiyeteli kişilik’, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk özellikleri geliştirebilmektedirler (Cloninger ve ark. 1993). Yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanları anksiyete bozuklukları (Ball ve ark. 2002), sosyal fobi (Pelissolo ve ark. 2002), panik bozukluğu (Starcevic ve ark. 1996), obsesif-kompulsif bozukluk (Kusunoki ve ark. 2000), depresyon (Hansenne ve ark. 1999), atopik dermatit (Kim ve ark. 2006) ve psöriazis (Kılıç ve ark. 2008) hastalarının da ortak özelliği olarak bulunmuştur.

Kendi kendini yönetme (KY) bölümü; kişilik bozukluğu varlığının ya da yokluğunun temel belirleyicisidir (Cloninger ve ark. 1994, Cloninger ve ark. 1993). KY'nin asıl anlamı, bireyin amaçlarını ve değerlerini seçmesine uygun olarak, bulunduğu durumu korumak için davranışlarını uygun hale getirmesi, düzenlemesi ve kontrol etmesindeki yeterliliği ve iradeli oluşu demektir (Cloninger ve ark. 1994, Cloninger ve ark. 1993). KY skoru yüksek olanlar olgun, güçlü, kendi kendine yeten, güvenilir ve yapıcı kişiler olarak tanımlanmaktadır. Bu kişilerin kendilerine saygı ve güvenleri yüksektir. Bunun tersine KY skoru düşük olan kişiler zayıf, olgunlaşmamış, kırılgan, suçlayıcı, etkisiz, sorumsuz, güvensiz ve kendilerine saygıları az olan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Cloninger ve ark. 1994, Cloninger ve ark. 1993).

İşbirliği yapma (İY); kişinin diğer insanlar tarafından kabullenilme ve tanımlanmasındaki bireysel farklılıkları açıklamak için şekillendirilmiştir. (Cloninger ve ark. 1994, Cloninger ve ark. 1993). İşbirliği yapabilen bireyler, sosyal hoşgörüyü sahip, empati yapma özelliği olan ve diğer kişilere yardım etmekten hoşlanan kişiler olarak tanımlanırlar. İşbirliği yapma özelliği az olanlar, sosyal hoşgörüden yoksun, eleştirici, diğer kişilere karşı ilgisiz, yardımsever olmayan ve intikamcı kişiler olarak tanımlanırlar (Cloninger ve ark. 1994, Cloninger ve ark. 1993). Çalışmamızda migren grubunda ÖB alt gruplarından ÖB2 (bağlanma) ve ÖB3 (bağımlılık) puanlarının da düşük sonuçları değerlendirildiğinde katı, fazla itiraz eden, sosyal olarak kimseyi önemsemeyen ve kararsız kalma özelliklerinin bu durumu desteklediği düşünülmektedir.

Yapılan alışmalar incelendiğinde migren için ortak bir mizaç ve karakter profilinin henüz ortaya konamadığı görülmektedir. Ancak çalışmaların çoğunda ortak olan en önemli sonuç ZK puanlarının yüksek olmasıdır. Yüksek ZK ve düşük KY'nin aynı zamanda somatizasyon ve yüksek depresif durumla birlikte serotonerjik sistemle ilişkili olduğu da dşnlmektedir (Cloninger 1986, Ampollini ve ark. 1999, Hirano ve ark. 2002, Naito ve ark. 2000, Richter ve ark. 2000). Yine de bizim tahminlerimiz sadece kişinin kendi kendine uyguladığı bir kişilik testi sonucuna dayandığından ve gerçekte serotoninle ilgili fizyolojik veya biyokimyasal bir değişken araştırılmadığından dolayı çıkarımlardır. Çalışmamızın bir eksikliği de, hastaların niversite kliniği baş ağrısı polikliniğine başvuran hastalardan seçilmesidir. Baş ağrısı merkezine başvuran hastalarda psikopatoloji daha fazla olabilir ve bu hastalar toplumda tedavi arayışı içine girmeyen hastaları temsil etmeyebilir.

Çocukluk ağındaki rselenmelere bakıldığında migren grubundaki olguların Y-40 toplam ile fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal/kötüye kullanım alt ölçek puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Cinsel kötüye kullanım puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu bulgunun cinsel kötüye kullanımla ilgili soruların güven ilişkisi kurulmadan yanıtlanmasının daha zor olmasından kaynaklanmış olacağı dşnlebilir. Migren hastalarında çocukluk ağı örselenmelerinin bakıldığı az sayıda uluslararası çalışmaya rastlanmış ve yapılan çalışmalarda çocukluk ağı örselenmelerinin baş ağrısı hastalarında yaygın olduğu bulunmuştur (Golding 1999, Goodwin ve ark.2003). Bu çalışmalarda özellikle duygusal olmakla birlikte fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öykülerinin de anlamlı derecede sık olduğu saptanmıştır. Duygusal kötüye kullanım öyküsünün kronik migren ağrısı ile migrenin daha erken yaşta başlaması yönünde bir risk faktörü olabileceği dşnlmektedir (Tietjen ve ark. 2009, Tietjen ve ark. 2007, Peterlin ve ark. 2007). Bizim alışmamızda migren grubunda Y-40 toplam puanı ile GA skorları arasında pozitif yönde %61.2 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmakta iken ( $p<0.01$ ); hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile



ÇÖYÖ-40 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Yapılan çalışmalar ışığında çocuklukta uğranan kötü muamele ve yaşamın ilk yıllarındaki örseleyici olayların her türlü psikopatoloji için risk oluşturabileceği düşünülmektedir. Tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), kronik ve gelişimsel bir çevresel stres etkeni olarak çocukluk çağı travmalarını en yüksek oranda bildiren tanı grubudur ve nedeni bilinmemekle birlikte nöroloji kliniklerinin baş ağrısı birimlerine gelen hastalar içerisinde disosiyatif bozuklukların ender olmadığı belirtilmektedir (Yargıç ve ark. 1995). Aynı zamanda DKB vakalarının birçoğunun gerçek migren tanısı aldıkları gösterilmiştir. Migren ve çocukluk çağı örselenmelerinin birlikteliği düşünüldüğünde bu ilişkinin hastanın öyküsü alınırken unutulmaması gerektiği kadar, biyolojik açıdan da incelenmesinin bizi önemli bulgulara götürebileceği düşünülmektedir. Nitekim yapılan regresyon analizinde yüksek fiziksel ve duygusal kötüye kullanım puanlarının kişilerde migren geliştirme riskini 3 kat artırdığı saptanmıştır.

Migren hastalarının öfkeyi ifade etme tarzlarıyla olan ilişkiye bakıldığında yapılan çalışmalarda migrenlilerin öfkelerini içe atmaya daha eğilimli oldukları bildirilmiştir (Abbate-Daga ve ark. 2007, Siniatchkin ve ark. 1999, Tamgaç ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde migren grubundaki olguların içe yönelik öfke puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ( $p<0.01$ ). Bunun yanı sıra hasta grubundaki olguların sürekli öfke puanları, kontrol grubundan ileri düzeyde anlamlı yüksek ( $p<0.01$ ) çıkmış olup, öfke kontrol puanları ise düşük saptanmıştır. Perozzo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005) migren dışındaki baş ağrısı gruplarında öfke kontrolü düşük saptanmış olup, öfke kontrolünün düşüklüğü migrene eşlik eden ataklar halinde gelen veya gerilim tipi baş ağrısının birlikteliği ile ilişkilendirilmiştir. Tamgaç ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise migrenlilerin baş ağrılı dönemde öfkelerini daha fazla içe atmakta ve kendilerini daha öfkeli hissetmekte oldukları, öfke kontrollerinin ise azaldığı görülmektedir. Siniatchkin ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında da öfke duygusunun idaresi ile ilgili, bizim bulgularımızla benzer sonuçlar bulunmaktadır. Ek olarak migren hastalarının her hangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmasalar

bile yüksek nörotisizim değerleri ile artmış emosyonel aktiviteye eğilimli olmaları sebebiyle, daha çok zorlanma yaşaması beklenebilmektedir (Breslau ve Andreski 1995). Daha çok zorluk yaşayan kişinin daha öfkeli olması da muhtemel görünmektedir.

Baş ağrıları ile öfke arasındaki nedenselliğın yönünü keşfetmenin önemli katkıları olacağı düşünölmektedir. Çalışmamızda da sürekli öfkesi olanlarda kontrollere göre migren riski 8 kat, öfkeyi içe döndürenlerde ise 7.4 kat artmaktadır. Çalışmamızdaki sonuçlara göre migren grubunun hem sürekli ve içe yönelik öfkesinin yüksek olması hem de kontrol etmekte zorlanmaları belki de öfke duygularını tanımlayıp baş edememelerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle öfkeyi tanıma ve baş etme yöntemlerinin öğretildiği psikososyal yaklaşımların migren hastalarında işe yarayabileceğı düşünölebilir. Bu konunun yordanması için başka çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Migren hastalarında çocukluk çağı örselenmeleri ve öfke arasındaki ilişkiye bakıldığında ÇÖYÖ-40 toplam puanları ile sürekli öfke ( $p<0.01$ ), içe yönelik öfke ( $p<0.05$ ) ve öfke ifade tarzı ( $p<0.01$ ) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde bu sonucumuzu karşılaştırabileceğimiz bir çalışma bulunmamaktadır; ancak migren hastalarında çocukluk çağı örselenmelerinin yaygınlığı, öfke yaşantısının zorluğu ve psikiyatrik bozukluk eştanısı düşünöldüğünde bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünölmektedir.

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma migren hastalarında hem mizaç ve karakter özellikleri ile çocukluk çağı örselenmeleri hem de öfke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmadır. Bulgular daha sıklıkla yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük işbirliği yapma özelliğı gösteren migren hastalarının çocukluk çağı örselenmelerinin yaygınlığına ve bu hastaların öfkelerini bastırmalarının yanı sıra öfke kontrollerinin de düşük olduğuna işaret etmektedir. Migren hastalarında ağrının giderilmesine ek olarak ağrıyı arttırması muhtemel çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve içe atılan öfke gibi unsurlara da dikkat edilmesi

gerektiği düşünölmektedir. Bu noktada nöroloji ve psikiyatrinin ekip çalışması yapmasının önemi bir kez daha hatırlanmalıdır.

Örnekleme sayısının düşük olması, değeriendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapıyor olması çalışmamızın kısıtlılı noktalarıdır. Daha büyük örneklerle sonuçların desteklenmesi elde edilecek verilerin geçerlik ve çeşitliliğini arttıracaktır.

## 6. SONUÇ

Migrenle ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak bildiğimiz kadarıyla bu çalışma migren hastalarında mizaç ve karakter özellikleri ile çocukluk çağı örselenmeleri ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi bir arada değeriendiren ilk çalışmadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre migren hastalarında mizaç özelliklerine bakıldığında ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK3 (yabancılardan çekinme) ve ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) alt grup puanları ile zarardan kaçınma toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir. ÖB2 (bağlanma) ve ÖB3 (bağımlılık) alt grup puanları hasta grubunda anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Karakter bölümleri incelendiğinde ise migren grubunun kendini yönetme toplam ile KY3 (beceriklilik) ve KY4 (kendini kabullenme) alt grup puanları ile işbirliği yapma alt gruplarından İY1 (sosyal onaylama), İY2 (empati duyma) ve İY 3 (yardımseverlik) puanları hasta grubunda anlamlı düzeyde düşüktür.

Çocukluk çağındaki örselenmelere bakıldığında migren grubundaki olguların ÇÖYÖ-40 toplam ile fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal/kötüye kullanım alt ölçek puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek saptanmıştır. Cinsel kötüye kullanım puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yüksek fiziksel ve duygusal ihmal/kötüye kullanım puanlarının kişilerde migren geliştirme riskini 3 kat arttırdığı saptanmıştır.

Ayrıca migren grubunda ÇÖYÖ-40 toplam puanı ile GAÖ skorları arasında pozitif yönde %61.2 düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmakta iken; hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile ÇÖYÖ-40 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Çalışmamızda migren grubundaki olguların içe yönelik öfke puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu yapılan çalışmaları destekler niteliktedir. Ancak hasta grubundaki olguların sürekli öfke puanlarının, kontrol grubundan ileri düzeyde anlamlı yüksek ve öfke kontrol puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük saptanması ise farklı bir sonucu ortaya çıkarmıştır. Çalışmamızda sürekli öfkesi olanlarda kontrollere göre migren riski 8 kat, öfkeyi içe döndürenlerde ise 7.4 kat artmaktadır.

Migren hastalarında çocukluk çağı örselenmeleri ve öfke arasındaki ilişkiye bakıldığında ÇÖYÖ-40 toplam puanları ile sürekli öfke, içe yönelik öfke ve öfke ifade tarzı puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Migren hastalarında çocukluk çağı örselenmelerinin yaygınlığı, öfke yaşantısının zorluğu, öfke ile çocukluk çağı örselenmesi birlikteliği ve psikiyatrik hastalık komorbiditesi düşünüldüğünde bu alanda özellikle çocukluk dönemini araştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Daha büyük örneklemeler ile sonuçların geçerliliği desteklenmelidir.

## 7. ÖZET

Çalışmamızın amacı migren tanısı almış hastaların mizaç - karakter özellikleri ile çocukluk çağı örselenmeleri ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji polikliniğine, Nisan 2009- Temmuz 2009 tarihleri arasında, rast gele yöntemle seçilmiş, baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalar arasından aurasız migren tanısı konmuş 51 hasta ile kontrol grubunu oluşturan 45 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 96 kişi dahil edilmiştir. Hasta gruplarına yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I/CV), kontrol grubuna SCID-I/NP uygulanarak ruhsal açıdan sağlıklı oldukları doğrulanmıştır.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne mizaç-karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory), Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği (The State Trait Anger Scale) ve Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire) uygulanmıştır.

Migren grubunun zarardan kaçınma toplam ve alt grup puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir. Kendini yönetme toplam, alt gruplarından KY3 ve KY4 puanları ile iş birliği yapma toplam ve alt gruplarından İY1, İY2, İY3 puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Migren grubunda çocukluk çağındaki örselenmelerden ÇÖYÖ-40 toplam ile fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal/kötüye kullanım alt ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Migren hastalarının sürekli öfke ve içe yönelik öfke puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek, öfke kontrol puanları ise düşük saptanmıştır. Çocukluk çağı örselenmeleri ile sürekli öfke ve içe yönelik öfke migren hastalığını

öngörmek için anlamlı bulunmuştur. Ayrıca sürekli öfke, içe yönelik öfke ve öfke ifade tarzı ile çocukluk çağı örselenmeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızdaki bulgular migren hastalarında yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük işbirliği yapma özellikleri olduğunu göstermektedir. Migren hastalarında çocukluk çağı örselenmelerinin yaygınlığı, öfke yaşantısının zorluğu, öfke ile çocukluk çağı örselenmesi birlikteliği ve psikiyatrik bozukluk komorbiditesi düşünüldüğünde bu alanda özellikle çocukluk dönemini araştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülebilir. Bu verilerin doğrulanması açısından daha büyük örneklerle yapılacak uzun dönemli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ayrıca nöroloji ve psikiyatrinin ekip çalışması yapmasının önemi bir kez daha hatırlanmalıdır.

## 8. SUMMARY

In this study we aimed to investigate the relationship between the psychometric properties of temperament-character profile, childhood traumas and anger expression in migraine patients compared to healthy controls.

This study was conducted at the Outpatient Clinic in the Department of Neurology of Maltepe University Hospital between April 2009-July 2009. 51 patients with migraine without aura and 45 healthy controls, totally 96 patients were included in this study. All the patients and healthy controls were selected randomly. We applied SCID-I/CV to the patient group and SCID-I/NP to the control group to confirm that they do not have any psychiatric diagnoses, respectively. Patients and controls completed several psychometric questionnaires, including Temperament and Character Inventory (TCI) to evaluate the properties of temperament-character profile, State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-40).

In the patients with migraine, the mean score of and the scores of subscales of harm avoidance were significantly higher compared to the scores of healthy controls as temperament traits. On the other hand, as character traits, the mean score of and the scores of SD3 and SD4 subscales of self-directedness and the mean score of and the score of C1, C2, and C3 subscales of cooperativeness were significantly lower in the patient group than the healthy controls.

In migraine group the mean scores of childhood traumas and the scores of subscales as physical abuse and emotional abuse/neglect were significantly higher than in control group. In regard to STAXI, migraine patients scored higher on the item describing trait-anger and anger expression-in but lower in anger control. Childhood traumas, trait-anger and anger expression-in are seemed to predict migraine. Also there is a significant positive relationship between trait anger, anger expression-in, and the anger expression index and childhood traumas.

In conclusion; our findings show that migraine patients have higher scores of harm avoidance and lower scores in self –directedness and cooperativeness. In consideration of the prevalence of childhood traumas, difficulties in anger management and comorbidity of childhood trauma with psychiatric disorders in migraine patients, we need more studies in that matter, especially questioning childhood period. Also long-term follow-up studies in larger samples and replication of these data are needed. For those patients, the collaboration of psychiatry and neurology is necessary.



## 9. KAYNAKLAR

Abbate-Daga G, Fassino S, Lo Giudice R ve ark. (2007) Anger, depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. *Psychother Psychosom*, 76(2):122-8.

Abduljabbar M, Ogunniyi A, al Balla S ve ark. (1996) Prevalance of primary headache syndrome in adults in the Qassim region of Saudi Arabia. *Headache*, 36:385-388.

Adams RD, Victor M (2001) *Principles of neurology*. 7th edition, Mc Graw Hill international editions, Chapter 10.

Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI (1983) The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40:801- 810.

Akyuz G, Kugu N, Akyuz A ve ark. (2004) Dissociation and childhood abuse history in epileptic and pseudoseizure patients. *Epileptic Disord*, Sep;6(3):187-92.

Alders EEA, Hentzen A, Tan CT (1996) A community-based prevalance study on headache in Malaysia. *Headache*, 36:379-384.

Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark. (1999) Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord*, 52: 203-207.

Appelbaum KA, Radnitz CL, Blanchard EB (1988) The pain Behaviour Questionnaire (PBQ): A global report of pain behaviour in chronic headache. *Headache*, 26:343-350.

Appenzeller O (1991) Pathogenesis of migraine. *Med Clin North Am*, 75 (3): 763-89.

Aslan H S, Alparslan N Z (1999) Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin Bir Üniversite Örnekleminde Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4): 275-285.

Ball S, Smolin J, Shekhar A (2002) A psychobiological approach to personality: Examination within anxious outpatients. *J Psychiatr Res*, 36: 97-103.

Bernet CZ, Stein MB (1999) Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety*, 9(4):169-74.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L ve ark. (1997) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, Aug; 151(8):1132-6.

Bilge F (1997) Danışandan Hız Alan ve Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlarla Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Kızgınlık Düzeylerine Etkileri. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2, 8, 9-16.

Blau JN (1980) Migraine prodromes separated from the aura : complete migraine. Br Med J, 281: 658-660.

Blau JN (1992) Theories of pathogenesis. Lancet, 339: 1202-1207.

Boz C, Velioglu S, Özmenoğlu M ve ark. (2004) Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58,536-543.

Breslau N, Merikangas K, Bowden CL (1994) Comorbidity of migraine and major affective disorders. Neurology, 44:17-22.

Breslau N, Davis GC, Schultz LR (1994) Migraine and major depression. A longitudinal study. Headache, 34:387-393

Breslau N, Andreski P (1995) Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. Headache, 35:382-386.

Breslau N, Schultz LR, Stewart WF (2000) Headache and major depression, is the association specific to migraine? Neurology 2000; 54:308-313.

Breslau N, Rasmussen BK (2001) The impact of migraine, epidemiology, risk factors, and co-morbidities. Neurology, 56 (Suppl.1) 4-12.

Chapman CR, Syrjala KL (2001) Measurement of pain. Editörler: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC. Bonica's Management of Pain. Lippincott Williams, Wilkins, Philadelphia, 310-328.

Cloninger CR (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatr Dev, 3:167-226.

Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry, 44:573-588.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM (1991) The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. Psychol Rep, 69:1047-1057.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry, 50:975-990.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM ve ark. (1994) The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St Louis.

Copeland WE, Keeler G, Angold A ve ark. (2007) Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, May; 64(5):577-84.

Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:33-36.

Dahlöf C, Linde M (2001) One-year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia*, 21: 664-671.

Diamond S (1991) Migraine headaches. *Med Clin North America*, 75 (3): 545-565.

Didie ER, Tortolani CC, Pope CG ve ark. (2006) Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*, Sep 25.

Di Piero V, Bruti G, Venturi P ve ark (2001) Aminergic tone correlates of migraine and tension-type headache: a study using the tridimensional personality questionnaire. *Headache*, 41(Suppl. 1):63-71.

Diseth TH, Christie HJ (2005) Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents-an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry*, 59(4):278-92.

Doksat MK, Yazar S (2002) Baş, Boyun, Bel ağrıları Sempozyum Dizisi, 30:77-84.

Erdine S (2000) Ağrı 1.Baskı. İstanbul, Abdi İbrahim İlaç Firması Yayını.

Ertekin C (1987) Nöroloji'de fizyopatoloji ve tedavi. İzmir, Bilgehan Matbaası, s. 151-202.

Ferrari MD, Odink J, Tapparelli C ve ark. (1989) Serotonin metabolism in migraine. *Neurology*, 39: 1239-1242.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc.

Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ ve ark. (1994) Catastrophizing, depression, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59:79-83.

Golding JM (1999) Sexual assault history and headache: Five general population studies. *J Nerv Ment Dis*, 187:624-629.

Goodwin RD, Hoven CW, Murison R ve ark. (2003) Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health*, 93:1065-1067.

Hansenne M, Roggers J, Pinto E ve ark. (1999) TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 33:31–36.

Hatch JP (1991) Anger and hostility in tension-type headache. *Headache*, 31:302-304.

Havanka-Kanniainen H, Tolonen U, Myllylä VV (1988) Autonomic dysfunction in adult migraine: a survey of 188 patients. *Headache*, 28: 465-470.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988) Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, (Suppl 7) 91-96.

Henri P, Michel P, Brochet B ve ark. (1992) A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia*, 12:229-232.

Hirano S, Sato T, Narita ve ark. (2002) Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord*, 69: 31-38.

Holmes WF, MacGregor EA, Dodick D (2001) Migraine-related disability. Impact and implications for sufferers' lives and clinical issues. *Neurology*, 56(Suppl. 1):13-19.

İnan L, Soykan C, Tulunay FC (1994) MMPI profiles of Turkish headache sufferers. *Headache*, 34:152-154.

Isler H, Hasenfratz H, O'Neill T (1996) A sixth-century Irish headache cure and its use in a South German monastery. *Cephalalgia*, 16:536-540.

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.

Kendall-Tackett KA, Marshall R (1999) Victimization and diabetes: an exploratory study. *Child Abuse Negl*, 23: 593-596.

Kılıç A, Güleç MY, Gül U ve ark. (2008) Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2:537-542.

Kim TS, Pae CU, Jeong JT ve ark.(2006) Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol*, 33:10-5.

Kohler T, Kosanic S (1992) Are persons with migraine characterized by high degree of ambition, orderliness, and rigidity? *Pain*, 48:321-3.

Köse S, Sayar K, Ak I (2004) Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14:107-131.

Kusunoki K, Sato T, Taga C ve ark. (2000) Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr Scand*, 101:403-405.

Lance JW (1993) Current concepts of migraine pathogenesis. *Neurology*, 43 (suppl.3) 11-15.

Lanzi G, Zambrino CA, Ferrari-Ginevra O ve ark. (2001) Personality traits in childhood and adolescent headache. *Cephalalgia*, 21:53-60.

Lewis DW (2004) Toward the definition of childhood migraine. *Curr Opin Pediatr*, 16:628-636.

Lysaker PH, Davis LW, Gattton MJ ve ark. (2005) Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychiatry*, Oct; 66(10):1279-84.

Martin PR, Soon K (1993) The relationship between perceived stress, social support and chronic headaches. *Headache*, 33:307-314.

Materazzo F, Cathcart S, Pritchard D (2001) Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment: a controlled study. *J. Psychosom. Res*, 49:69-75.

Merikangas KR, Angst J, Isler H (1990) Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47:849-853.

Mirsal H, Kalyoncu A, Pektas O, Tan D ve ark (2004) Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol Alcohol*, Mar-Apr;39(2):126-9.

Mongini F, Fassino S, Rota E ve ark. (2005) The temperament and character inventory in women with migraine. *J Headache Pain*, Sep;6(4):247-9.

Moskvina V, Farmer A, Swainson V ve ark. (2006) Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype *Depress Anxiety*, Aug 9.

Naito M, Kijima N, Kitamura T (2000) Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *J Clin Psychol*, 56: 1579-1585.

Nylander PO, Schelette P, Brandstrom S ve ark (1996) Migraine: temperament and character. *J Psychiatr Res*, 30(Suppl. 5):359-368.

Olesen J (1993) Migraine with aura and its subforms. *The headaches*. New York, Raven Press, 35: 263-275.

Özer AK (1994) Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31:26-35.

- Öztürk M, Orhan, Uluşahin A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Basım, Ankara, Cilt I, 496-497.
- Passchier J, Andrasik F (1993) Migraine- Psychological factors. The headaches. New York, Raven Press, 31: 233-240.
- Peatfield R, Campbell JK (2002) Headaches, 1st edition, Health pres, s. 20-24.
- Pelissolo A, Andre C, Pujol H ve ark. (2002) Personality dimensions in social phobics with or without depression. Acta Psychiatr Scand, 105:94–103.
- Peterlin BL, Ward T, Lidicker J ve ark. (2007) A retrospective, comparative study on the frequency of abuse in migraine and chronic daily headache. Headache, 47:397-401.
- Radat F (2000) Psychopathology and headache. Rev. Neurol, 156 (Suppl. 4) 62-67.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M (1991) Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. J Clin. Epidemiology, 44:1147-1157.
- Rasmussen BK (1992) Migraine and tension type-headache in a general population: psychosocial factors. Int. J. Epidemiol, 21:1138-1143.
- Rasmussen BK, Olesen J (1992) Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiologic study. Cephalalgia, 12: 221-228.
- Rasmussen BK (1993) Background to the headaches- Epidemiology. The headaches. New York , Raven Press , 3:15-20.
- Rasmussen BK (1995) Epidemiology of headache. Cephalalgia, 15:45-68.
- Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL (2004) Childhood abuse and risk of eating disorders in women..Obstetrics and Gynecology Epidemiology, May;15(3):271-8.
- Richter J, Eisemann M, Richter G (2000) Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 250: 40-47.
- Rose FC (1995) The history of migraine from Mesopotamian to Medieval times. Cephalalgia, (Suppl.15) 1-3.
- Rowland LP (1995) Merritt's textbook of neurology. 9th edition, Philadelphia. Williams & Wilkins, s. 839.
- Roy A (2005) Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients. Suicide Life Threat Behav, Dec;35(6):690-3.

Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S ve ark. (2006) Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disor*, May; 9 (4):631-41.

Russell MB, İversen HK, Olesen J (1994) Improved mention of the migraine aura by a diagnostic aura diary. *Cephalalgia*, 14: 107-117.

Sacks O (1970) In *migraine: Evolution of a common disorder*. London, Faber&Faber, s. 26.

Sakai F ve Igarashi H (1997) Epidemiology of migraine in Japan. *Cephalalgia*, 17:15-22.

Sánchez-Román S, Téllez-Zenteno JF, Zermeno-Phols F ve ark. (2007) Personality in patients with migraine evaluated with the "Temperament and Character Inventory". *J Headache Pain*, Apr; 8(2):94-104.

Sar V, Akyuz G, Kundakci T ve ark. (2004) Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, Dec; 161(12):2271-6.

Scharff L, Turk DC, Marcus DA (1995) Psychosocial and behavioural characteristics in chronic headache. Patients: support for a continuum and dual-diagnostic approach. *Cephalalgia*, 15:216-223.

Silberstein SD (1992) The role of sex hormones in headache. *Neurology*, 42(suppl. 2) 37-42.

Silberstein SD (1992) Advances in understanding the pathophysiology of headache. *Neurology*, 42 (suppl. 2) 6-10.

Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ (1998) Headache in clinical practice. *Isis medical media*, 1-7.

Silberstein S (2004) Migraine. *Lancet*, 31:381-391.

Simeon D, Nelson D, Elias R ve ark.(2003) Am Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *J Psychiatry*, Nov;160(11):2018-24.

Siniatchkin M, Riabus M, Hasenbring M (1999) Coping styles of headache sufferers. *Cephalalgia*, 19:165-173.

Smetana GW (2000) The diagnostic value of historical features in primary headache syndromes (A comprehensive review). *Internal Medicine*, 10:160-181.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi, Türkçe versiyonu. , Bornova, Ege Üniversitesi Basımevi.

Spielberger CD, Jacobs G, Russel FS ve ark.(1983) Assessment of anger: The State Trait Anger Scale. *Advances in Personality Assessment*, 1. baskı. (Ed) Spielberger CD, Butcher JN, New York, Hillsdale Press.

Spinhoven P, Roelofs K, Moene F ve ark. (2004) Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry*, 34(4):305-18.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark. (1990) Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0). Washington DC, American Psychiatric Press.

Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S ve ark. (1996) Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*, 37: 75–79.

Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD ve ark. (1992) Prevalance of migraine headache in the United States. *JAMA*, 267:64-69.

Stewart WF, Schechter A, Rasmussen BK (1994) Migraine prevalance - A review of population based studies. *Neurology*, 44 (suppl. 4) 17-23.

Tamgaç A, Maner F, Gökalp P ve ark. (2007) Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Hastalarında Kişilik Örüntüsü. *Düşünen Adam: Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(1):5-15.

Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K ve ark. (2004) Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms-a population-based study. *Nord J Psychiatry*, 58(6):459-64.

Tekle-Haimanot R, Seraw B, Forsgren R ve ark. (1995) Migraine, chronic tension-type headache, and cluster headache in Ethiopian rural community. *Cephalalgia*, 15:482-488.

Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL ve ark. (2009) Childhood Maltreatment and Migraine (Part I). Prevalence and Adult Revictimization: A Multicenter Headache Clinic Survey. *Headache*, Oct.

Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL ve ark. (2009) Childhood Maltreatment and Migraine (Part II). Emotional Abuse as a Risk Factor for Headache Chronification. *Headache*, Oct.

Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB ve ark. (2007) History of childhood maltreatment is associated with comorbid depression in women with migraine. *Neurology*, Sep 4; 69(10):959-68.

Waelkens J (1985) Warning symptoms in migraine: characteristics and therapeutic implications. *Cephalalgia*, 5: 223-228.



Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL ve ark. (1988) The physically and sexually abused child. New York, Pargamon Press, s.7-8.

Welch KMA, Barkley L, Tepley N ve ark. (1993) Central neurogenic mechanisms of migraine. Neurology, 43 (suppl. 3) 21-25.

Wolf HG (1937) Personality features and reactions of subjects with migraine. Arch Neurol Psychiatry, 37:895-921.

Wong TV, Wong KS, Yu TS ve ark. (1995) Prevalance of migraine of other headaches in Hong Kong. Neuroepidemiology, 14:82-91.

Yaltkaya K, Balkan S, Oğuz Y (1998) Nöroloji ders kitabı, 3. baskı. Ankara, Palme yayıncılık, s. 263-82.

Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V (1995) Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında önde gelen bir yakınma: Baş ağrısı. Ağrı Dergisi, 2: 39-43.

## Ek-1

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1)Adı Soyadı:

2)Adres:

Telefon:

3)Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek

4)Doğum Yeri:

5)Yaşı:

6)Eğitim Düzeyi: ..... yıl

7)İş: 1)çalışmıyor 2)çalışıyor 3)öğrenci 4)emekli 5) ev hanımı 6) diğçer

8)Medeni Durumu: 1)bekar 2)evli 3)boşanmış 4)dul 5)diğçer

9)Çocuk : 1) var 2)yok

10)Migren hastalığının başlangıç süresi .....

11)Şimdiki tedavide kullanılan ilaçlar :

12)Psikiyatrik başvuru : 1)var 2)yok

12)Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü: 1)var 2)yok

13)İntihar girişimi: 1)var 2)yok

14)Ek tıbbi hastalık öyküsü : 1)var 2)yok

15)Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1)var 2)yok

16)Ailede migren hastalığı öyküsü: 1)var 2)yok

17)Alışkanlık: 1)sigara 2)alkol 3)madde 4)çoklu alışkanlık 5) yok

18) VAS : .....

## Ek-2

### Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınızı ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız..

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” (DOĞRU) ya da “Y” (YANLIŞ) seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

1. (D) (Y) Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.
2. (D) (Y) Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.
3. (D) (Y) Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.
4. (D) (Y) Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.
5. (D) (Y) Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.
6. (D) (Y) Mucizelerin olabileceğine inanırım.
7. (D) (Y) Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.
8. (D) (Y) Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.
9. (D) (Y) Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.
10. (D) (Y) Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.
11. (D) (Y) Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.
12. (D) (Y) Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.

13. (D) (Y) İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.
14. (D) (Y) İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.
15. (D) (Y) Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.
16. (D) (Y) Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.
17. (D) (Y) Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.
18. (D) (Y) Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.
19. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.
20. (D) (Y) Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.
21. (D) (Y) Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.
22. (D) (Y) Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.
23. (D) (Y) Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.
24. (D) (Y) Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.
25. (D) (Y) Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.
26. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.
27. (D) (Y) Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.
28. (D) (Y) Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.
29. (D) (Y) Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.
30. (D) (Y) Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.

31. (D) (Y) Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.
32. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.
33. (D) (Y) Düşmanlarımların acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.
34. (D) (Y) Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.
35. (D) (Y) Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.
36. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.
37. (D) (Y) Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.
38. (D) (Y) Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.
39. (D) (Y) Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.
40. (D) (Y) Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.
41. (D) (Y) Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.
42. (D) (Y) Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.
43. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.
44. (D) (Y) Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.
45. (D) (Y) Gevşemekten, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.
46. (D) (Y) Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.
47. (D) (Y) Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.
48. (D) (Y) Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.
49. (D) (Y) Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.

50. (D) (Y) Ticarete başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.
51. (D) (Y) Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.
52. (D) (Y) Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.
53. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.
54. (D) (Y) Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.
55. (D) (Y) Çoğu kimseden daha duygusalımdır.
56. (D) (Y) Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.
57. (D) (Y) Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.
58. (D) (Y) Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.
59. (D) (Y) Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.
60. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
61. (D) (Y) Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.
62. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok çalışırım.
63. (D) (Y) Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.
64. (D) (Y) Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.
65. (D) (Y) Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.
66. (D) (Y) Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.
67. (D) (Y) Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.
68. (D) (Y) Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.
69. (D) (Y) Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.

70. (D) (Y) Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.
71. (D) (Y) Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.
72. (D) (Y) Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.
73. (D) (Y) İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.
74. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.
75. (D) (Y) Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.
76. (D) (Y) Bazen sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.
77. (D) (Y) Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.
78. (D) (Y) Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.
79. (D) (Y) Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.
80. (D) (Y) Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.
81. (D) (Y) Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.
82. (D) (Y) Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.
83. (D) (Y) Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.
84. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.
85. (D) (Y) Çoğu zaman “Süpermen” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.
86. (D) (Y) Başkaları beni çok fazla denetliyor.
87. (D) (Y) Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.

88. (D) (Y) Dinsel yaşantılar, yaşamamın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.
89. (D) (Y) Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.
90. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.
91. (D) (Y) Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.
92. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.
93. (D) (Y) Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.
94. (D) (Y) Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.
95. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.
96. (D) (Y) Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.
97. (D) (Y) Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.
98. (D) (Y) Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.
99. (D) (Y) Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.
100. (D) (Y) Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.
101. (D) (Y) Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.
102. (D) (Y) Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.
103. (D) (Y) Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.
104. (D) (Y) Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.
105. (D) (Y) Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.



106. (D) (Y) Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.
107. (D) (Y) Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.
108. (D) (Y) Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.
109. (D) (Y) Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.
110. (D) (Y) Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.
111. (D) (Y) Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.
112. (D) (Y) Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.
113. (D) (Y) Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.
114. (D) (Y) İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemedenden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.
115. (D) (Y) İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.
116. (D) (Y) Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.
117. (D) (Y) Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.
118. (D) (Y) Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.
119. (D) (Y) Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.
120. (D) (Y) Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.
121. (D) (Y) Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.
122. (D) (Y) Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.
123. (D) (Y) Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.
124. (D) (Y) Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.

125. (D) (Y) Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekândan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.
126. (D) (Y) Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.
127. (D) (Y) Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.
128. (D) (Y) Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.
129. (D) (Y) Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.
130. (D) (Y) Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.
131. (D) (Y) Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.
132. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.
133. (D) (Y) Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.
134. (D) (Y) Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.
135. (D) (Y) İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.
136. (D) (Y) Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.
137. (D) (Y) Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.
138. (D) (Y) Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.
139. (D) (Y) Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.
140. (D) (Y) Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.
141. (D) (Y) Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.

142. (D) (Y) Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.
143. (D) (Y) Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.
144. (D) (Y) Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.
145. (D) (Y) Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.
146. (D) (Y) Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.
147. (D) (Y) Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.
148. (D) (Y) Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.
149. (D) (Y) Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.
150. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
151. (D) (Y) Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.
152. (D) (Y) Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.
153. (D) (Y) Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.
154. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.
155. (D) (Y) Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.
156. (D) (Y) Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.
157. (D) (Y) Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir.
158. (D) (Y) Çoğu kez arkadaşlarımdan arzularına boyun eğerim.
159. (D) (Y) Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.
160. (D) (Y) Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.

161. (D) (Y) Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.
162. (D) (Y) Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.
163. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakârlıklar yaptım.
164. (D) (Y) Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.
165. (D) (Y) Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.
166. (D) (Y) Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.
167. (D) (Y) Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.
168. (D) (Y) Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.
169. (D) (Y) Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.
170. (D) (Y) Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.
171. (D) (Y) İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.
172. (D) (Y) Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.
173. (D) (Y) Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.
174. (D) (Y) Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.
175. (D) (Y) Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.
176. (D) (Y) Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.
177. (D) (Y) Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.
178. (D) (Y) Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.
179. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.
180. (D) (Y) Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.

181. (D) (Y) Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.
182. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.
183. (D) (Y) Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.
184. (D) (Y) Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.
185. (D) (Y) Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.
186. (D) (Y) Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.
187. (D) (Y) Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.
188. (D) (Y) Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.
189. (D) (Y) Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.
190. (D) (Y) Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.
191. (D) (Y) İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.
192. (D) (Y) Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.
193. (D) (Y) Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.
194. (D) (Y) Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.
195. (D) (Y) İçinde, ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.
196. (D) (Y) İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.
197. (D) (Y) Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.
198. (D) (Y) Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.

199. (D) (Y) Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.
200. (D) (Y) Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.
201. (D) (Y) Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.
202. (D) (Y) Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.
203. (D) (Y) Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.
204. (D) (Y) Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.
205. (D) (Y) Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.
206. (D) (Y) Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.
207. (D) (Y) Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.
208. (D) (Y) Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.
209. (D) (Y) Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.
210. (D) (Y) İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.
211. (D) (Y) Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.
212. (D) (Y) Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.
213. (D) (Y) Hoşlanmadığım bazı insanlar var.
214. (D) (Y) Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.
215. (D) (Y) Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.
216. (D) (Y) Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.

217. (D) (Y) Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.
218. (D) (Y) Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.
219. (D) (Y) Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.
220. (D) (Y) Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.
221. (D) (Y) Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.
222. (D) (Y) Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.
223. (D) (Y) Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.
224. (D) (Y) Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.
225. (D) (Y) Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.
226. (D) (Y) Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.
227. (D) (Y) Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.
228. (D) (Y) Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.
229. (D) (Y) Keşke başka herkesten daha iyi görünümlü olsam.
230. (D) (Y) Bu anket formunda çok yalan söyledim.
231. (D) (Y) Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.
232. (D) (Y) Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.
233. (D) (Y) Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.
234. (D) (Y) Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.

235. (D) (Y) Sahtekâr olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.

236. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.

237. (D) (Y) Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.

238. (D) (Y) Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.

239. (D) (Y) Bazen keyifsiz olurum.

240. (D) (Y) Ara sıra insanların arkasından konuşurum.



## SÖÖTÖ

## I.BÖLÜM

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeden genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1. Hiç    2. Biraz    3. Oldukça    4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç                      Tümüyle

- 1.Çabuk parlarım.....
- 2.Kızgın mizaçlıyım.....
- 3.Öfkesi burnunda bir insanım.....
- 4.Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım
- 5.Yaptığım iyi bir işten sonra takdie edilmemek canımı sıkır
- 6.Öfkelenince kontrolümü kaybederim.....
- 7.Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.....
- 8.Başkalarının önünde eleştirilmek beni hiddetlendirir
- 9.Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir
- 10.Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim

Hiç	Tümüyle		
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

## II.BÖLÜM ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Tümüyle		
	1	2	3	4
11. Öfkemi kontrol ederim.....	1	2	3	4
12. Kızgınlığımı gösteririm.....	1	2	3	4
13. Öfkemi içime atarım.....	1	2	3	4
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.....	1	2	3	4
15. Somurtur ya da surat asarım.....	1	2	3	4
16. İnsanlardan uzak dururum.....	1	2	3	4
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.....	1	2	3	4
18. Soğukkanlılığımı korurum.....	1	2	3	4
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.....	1	2	3	4
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.....	1	2	3	4
21. Davranışlarımı kontrol ederim.....	1	2	3	4
22. Başkalarıyla tartışırım.....	1	2	3	4
23. İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim	1	2	3	4
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım	1	2	3	4
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim	1	2	3	4
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm	1	2	3	4
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir	1	2	3	4
28. Çoğu kimseye kıyasla çabuk sakinleşirim	1	2	3	4
29. Kötü şeyler söylerim	1	2	3	4

30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım

1	2	3	4
---	---	---	---

31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim

1	2	3	4
---	---	---	---

32. Sinirlerime hakim olamam

1	2	3	4
---	---	---	---

33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim

1	2	3	4
---	---	---	---

34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim

1	2	3	4
---	---	---	---

#### Ek-4

### ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENME YAŞANTILARI ÖLÇEĞİ (ÇÖYÖ)

Aşağıda çocukluk ve ergenlik yaşamı ile ilgili çeşitli yaşantılar sıralanmıştır. Kendinize en çok uyan seçeneği işaretleyiniz.

**1- Ben çocukken, ailemde birileri bana vurur ya da beni döverdi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**2- Ben çocukken, hiç kimse benimle ilgilenmediği için, kendi bakımımı kendimin daha iyi yaptığımı hissedirdim.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**3- Ben çocukken, ailemdeki kişiler birbirleriyle tartışır, kavga ederdi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**4- Ben çocukken, ailemde benimle ilgilenen ve beni koruyan biri olduğunu bildirdim.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**5- Ben çocukken, ailemde bana bağırp-çağırın biri vardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**6- Ben çocukken, annemi ya da kardeşlerimi dövülürken ya da onlara vurulurken gördüm.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**7- Ben çocukken, gereksinimim olan sevgi ve ilgiyi gördüm.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**8-Ben çocukken, ailemde kendimi önemli ya da özel hissetmemi sağlayan biri vardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**9-Ben çocukken, ailemde kendimi dövüşerek, ona vurarak ya da ondan kaçarak korumak zorunda kaldığım biri vardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**10-Ben çocukken, ailemde başarılı biri olmamı isteyen bir kişinin varlığını hissedirdim.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**11-Ben çocukken, değişik zamanlarda değişik kişilerin yanında yaşadım (değişik yakınlarımla ya da evlatlık verildiğim ailelerle).**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**12-Ben çocukken, sevildiğimi hissedirdim.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**13-Ben çocukken, annem ve babam, bana ve kardeşlerime eşit davranmaya çalışırlardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**14-Ben çocukken, ailemdeki kişilerden, bir doktora ya da hastaneye gitmek zorunda kalacak denli dayak yediğim oldu.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**15-Ben çocukken, ailemde, beni başımın belaya girmesinden koruyan birileri vardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**16-Ben çocukken, ailemdekiler, beni bir yerlerim çürüyecek ya da iz kalacak denli döverdi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**17-Ben çocukken, bir erişkinle ya da benden en az beş yaş büyük birisiyle cinsel ilişkim oldu.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**18-Ben çocukken, kemer, sopa, oklava ya da benzeri sert cisimlerle dövülerek cezalandırıldım.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**19-Ben çocukken, ailemizin üyeleri birbirlerini gözetledi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**20-Ben çocukken, annemle babam ayrı yaşardı ya da boşanmıştı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**21-Ben çocukken, fiziksel olarak istismar edildiğime inanıyorum.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**22-Ben çocukken, ailemdeki kişiler beni kötü etkilerden korumaya çalıştılar.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**23-Ben çocukken, evde bana bakan ve benim sorumluluğumu üstlenen bir kişi vardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**24-Ben çocukken, öğretmen, komşu ya da doktor gibi kişilerin dikkatini çekecek denli kötü dayak yedim.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**25-Ben çocukken, ailemde denetimsiz davranışları olan kişiler vardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**26-Ben çocukken, ailedeki kişiler beni okula devam etmem ve eğitimimi sürdürmem için yüreklendirirdi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**27-Ben çocukken, bana verilen cezalar çok katıydı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**28-Ben çocukken, ailedeki kişiler birbirlerine yakındılar.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**29-Ben çocukken, birisi bana cinsel amaçla dokunmayı ya da kendine dokundurtmayı denedi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**30-Ben çocukken, ailedeki kişiler beni itip-kaktı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**31-Ben çocukken, birisi, kendisiyle cinsel ilişkim olmazsa beni incitmekle ve hakkımda yalanlar söylemekle tehdit etti.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**32-Ben çocukken, çocukluğum mükemmeldi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**33-Ben çocukken, ailemde incitilmekle korkutuldum.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**34-Ben çocukken, birisi benimle cinsel içerikli davranışlarla girmeyi ya da bana cinsellikle ilgili şeyler izlettirmeyi denedi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**35-Ben çocukken, ailemde bana güvenen biri vardı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**36-Ben çocukken, duygusal olarak istismar edildiğime inanıyorum.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**37-Ben çocukken, ailemdeki kişiler ne yaptığım ile ilgilenir gibi gözükmezler ya da ne yaptığımı bilmezlerdi.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**38-Ben çocukken, dünyadaki en iyi aileye sahiptim.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**39-Ben çocukken, cinsel olarak istismar edildiğime inanıyorum.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık

**40-Ben çocukken, ailem güç ve destek kaynağımdı.**

Hiçbir zaman      Nadiren      Bazen      Sıklıkla      Çok Sık



**KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU**

ETİK KURULUN ADI	Maltepe Üniversitesi Yerel Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Feyzullah Cad. No:39 Maltepe
TELEFON	0216 399 97 50
FAKS	0216 399 00 60
E-POSTA	tip.etikkurul@maltepe.edu.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Miğren hastalarında mizaç-karakter özellikleri ile çocukluk çağı örselenmeleri ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin araştırılması		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Peykan GÖKALP		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD Feyzullah Cad. No:39 Maltepe		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Maltepe Üniversitesi Yerel Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DİĞER		<input checked="" type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz: Kesitsel	
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA		<input type="checkbox"/>	Belirtiniz:	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Belge Adı		Açıklama
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
SIGORTA	<input checked="" type="checkbox"/>	
HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	

İLAN	<input type="checkbox"/>	
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER	<input type="checkbox"/>	

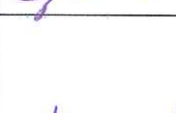
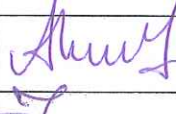
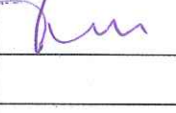
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:4	Tarih:16.09.2009
	Prof.Dr.Peykan GÖKALP sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına / bulunduğuna ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

#### ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
---------------	---

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Doç.Dr. Esra SAĞLAM
---

#### ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Doç.Dr.Esra SAĞLAM	Farmakoloji		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Abut KEBUDİ	Genel Cerrahi		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Sinan EKİCİ	Üroloji		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Orhan TÜRKEN	Onkoloji		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Fiğen KARADAĞ	Psikiyatri		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Ender LEVENT	Göğüs Hastalıkları		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Nesrin ÖZCANLI	Biyokimya		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Tuba ERENER ERCAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Ahmet MİDİ	Patoloji		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Zülal ENGİN	Eczacı		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Araştırma ile İlişki

\*\* :Toplantıda Bulunma

## Sn. Sorumlu Araştırmacı

Resmi gazetede yayınlanmış olan **KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA YÖNETMELİK** Gereğince bakanlığa başvurması gereken çalışmalar aşağıda büyük harf ile işaretlenmiştir.

### Araştırma başvurusu ve izni

**MADDE 17 – (1)** Araştırma başvuru dosyası, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu ve ilgili diğer kılavuzlar çerçevesinde, Bakanlığın internet sayfasındaki başvuru formu doldurularak hazırlanır.

(2) Araştırma başvurusu destekleyici tarafından Etik Kurula ve ilgili Genel Müdürlüğe yapılır.

**(3) BU YÖNETMELİK KAPSAMINDA ARAŞTIRMA YAPMAK İSTEYENLER HER BİR ARAŞTIRMA İÇİN ETİK KURULUN OLUMLU GÖRÜŞÜNÜ ALDIKTAN SONRA, İLAÇ KLİNİK ARAŞTIRMALARI İÇİN İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE; KÖK HÜCRE NAKLİ, DOKU NAKLİ, GENETİK ARAŞTIRMALAR VE YENİ BİR TIBBİ CİHAZIN DENENMEŞİ ARAŞTIRMALARI İÇİN TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE BAŞVURUR.**

(4) Bakanlık, Etik Kurul onayı olmayan hiçbir çalışmaya izin vermez. Ancak kuş gribi, ağır akut solunum yetersizliği sendromu (SARS) ve kırım-kongo kanamalı ateşi hastalığı gibi tedavisi henüz yeterince bilinmeyen ve üzerinde klinik araştırma yapılması elzem olan hastalıklar ile yetim ilaçlar (orphan drug) üzerinde yapılacak araştırmalar için başvuru doğrudan Bakanlığa yapılır.

(5) Başvuru sahibi Etik Kurul kararına itiraz edebilir. Bu durumda başvuru sahibi itiraz dilekçesi ile Bakanlığa başvurur. Bakanlığın uygun görmesi durumunda Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu başvuru dosyasını etik yönden inceler ve kararını verir.

(6) Aynı bölgede birden fazla Etik Kurul var ise destekleyici veya araştırmacılar bu Etik Kurullardan dilediklerine başvurabilir.

(7) Bir yerleşim yerinde Etik Kurul bulunmuyor ise destekleyici veya araştırmacılar başka bir yerleşim merkezindeki Etik Kurula başvurur.

(8) Çok merkezli çalışmalarda koordinatör merkezin bulunduğu yerdeki Etik Kurulun vereceği karar yeterli olup her bir merkez için ayrı Etik Kurul kararı alınmasına gerek yoktur. Ancak Bakanlık gerekli gördüğünde diğer merkezler için de ayrı Etik Kurul kararı alınmasını isteyebilir. Destekleyici, araştırma merkezlerinin her birinin bulunduğu yerleşim merkezindeki Etik Kurullara, almış olduğu Etik Kurul onayının ve başvuru dosyasının bir örneğini bilgilendirme amacıyla vermek zorundadır.

(9) Etik Kurul, kendisine yapılan klinik araştırma başvurularını başvuru tarihinden itibaren kırk beş gün içerisinde değerlendirmek zorundadır. Bu süre içerisinde değerlendirilmeyen başvurular başvuru sahibinin yazılı başvurusu üzerine Bakanlık tarafından değerlendirilerek, dosya, başka bir Etik Kurula veya Klinik Araştırmalar Danışma Kuruluna sunulur. İlgili dosya Bakanlığa başvuru tarihinden itibaren en geç altmış gün içerisinde sonuçlandırılır. Bakanlık başvuruyu zamanında değerlendirmeyen Etik Kuruldan bunun sebepleri ile ilgili izahat ister, gerekirse Etik Kurulu denetler. Bakanlık verilen izahata ve/veya denetleme raporuna göre Etik Kurul hakkında işlem yapar.

### Bakanlığa başvuru ve süresi

**MADDE 18 – (1)** Destekleyici, araştırma başlatılmadan önce klinik araştırmaların her türü için hem Etik Kurula hem de Bakanlığa eş zamanlı başvuruda bulunabilir. Buna göre ilaç klinik araştırmaları için İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüne, kök hücre nakli, doku nakli, genetik araştırmalar ve yeni bir tıbbi cihazın denenmesi çalışmaları için Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne başvurur.

(2) Bakanlıkla yapılacak yazışmalar, araştırmacının destekleyicisi tarafından yapılır.

(3) İlgili Genel Müdürlükçe yapılacak ön inceleme sırasında başvuru dosyasında eksiklik tespit edilmesi durumunda, söz konusu eksikliğin tamamlanması hususu destekleyiciye bildirilir. Eksikliğin tamamlanmasından sonra değerlendirme süresi yeniden başlar, eksiklik altmış gün içerisinde giderilmez ise başvuru reddedilmiş sayılır.

(4) İlgili Genel Müdürlük dosyanın ön incelemeden geçirilmesi sırasında özel uzmanlık bilgisi gerektiren bir durum tespit ederse; bilimsel tavsiye kararı almak amacıyla dosyayı mevcut kendi komisyonlarından uygun olanına veya üye sayısını ve uzmanlık alanını o araştırma için kendisinin belirleyeceği bir Bilim Danışma Komisyonuna gönderebilir.

(5) Ön incelemeden geçen dosya ilgili Genel Müdürlüğün gerekli görmesi durumunda Klinik Araştırmalar Danışma Kuruluna gönderilir.

(6) Başvurular en geç altmış gün içerisinde değerlendirilir.

(7) Genetik olarak modifiye edilmiş organizma taşıyan ürünler ile somatik hücre tedavisi veya gen tedavisi içeren ürünler kullanılarak yürütülecek araştırmalarda altmış günlük süreye ilave olarak otuz günlük bir süre verilebilir. Ancak araştırma konusuna bağlı olarak Bakanlık dışından uzman görüşünün alınmasına veya ayrıntılı incelemelere ihtiyaç du-yulması halinde bu sürelere doksan günlük ek bir süre de verilebilir.

Doç. Dr. Esra SAĞLAM

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Başkanı