



**T.C.**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**

**ANABİLİM DALI**

**BAŞ AĞRISI OLAN ERGENLERDE DEPRESYON VE  
ANKSİYETE BELİRTİ ŞİDDETLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gülen Güler**

**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof.Dr. Fevziye Toros**

**MERSİN- 2015**



**T.C.**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**

**ANABİLİM DALI**

**BAŞ AĞRISI OLAN ERGENLERDE DEPRESYON VE  
ANKSİYETE BELİRTİ ŞİDDETLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gülen Güler**

**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof.Dr. Fevziye Toros**

**MERSİN- 2015**

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgmeden paylaŐan ve yol gösteren hocalarım Prof. Dr. Fevziye Toros ve Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye, Yrd. Doç. Dr. Veli Yıldırım'a

İnsanlığı, vicdanı, merhameti, iş disiplini, öz verili çalışmalarını, öğrencisine duyduğu inancı, destekleyici tutumu, hoşgörölü tavırları, kararlılığı, azmi ile kendime örnek aldığım, asistanlığımın başlangıcından itibaren mesleki ve manevi desteğini her zaman hissettiğim, mesleğimi sevmemde çok büyük etkisi olan tez danışmanım Prof. Dr. Fevziye Toros'a,

Psikiyatri rotasyonunda eğitimim sırasında emeği geçen sevgili hocalarım Prof.Dr. M. Kemal Yazıcı, Prof.Dr. Aylin Ertekin Yazıcı, Prof.Dr. Şenel Tot Acar, Doç.Dr. Ayşe Devrim Başterzi, Doç.Dr. Gamze Özçürümez Bilgili ve Yrd.Doç.Dr.Eda Aslan Üçkardeş'e ve beraber çalıştığım psikiyatri asistanı arkadaşlarıma,

Çocuk nörolojisi rotasyonunda hoşgörölü ve candan yaklaşımı ile kişisel ve mesleki gelişimime büyük katkıları olan sevgili hocam Prof.Dr. Çetin Okuyaz'a,

Çalışkanlığı, azmi ve tükenmeyen enerjisi ile ışık saçan tezimin her aşamasında destek olan sevgili hocam Prof.Dr. Aynur Özge'ye ve tezimin istatistiksel analizinde desteğini esirgemeyen Prof.Dr. Bahar Taşdelen'e, benim için poliklinik sekreterinden çok daha fazlası olan Müjgan Köle'ye,

Eğitim hayatım süresince beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca yanımda olan, bana ve yapabileceklerime her zaman inanan, sevgileri ve sonsuz destekleri ile beni bugünlere getiren canım aileme ve biricik kardeşime en derin sevgilerimi ve sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

**Dr. Gülen GÜLER**

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	8
Baş Ağrısı, Tarihçesi, Epidemiyolojisi ve Patofizyolojisi	8
Çocuk Çağı Baş Ağrısında Tanıya Yaklaşım	13
Primer Baş Ağrısı Sınıflaması ve Tanı Kriterleri	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
BULGULAR	27
TARTIŞMA	41
SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	53
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	61
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	62
TABLolar DİZİNİ	63
EKLER	
EK-1 Sosyodemografik Form	
EK-2 Çocuklar İçin Sürekli Anksiyete Ölçeği	
EK-3 Çocuklar İçin Durumluluk Anksiyete Ölçeği	
EK-4 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	

## ÖZET

Erişkin baş ağrılarının büyük oranda çocukluk döneminde başladığı, psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği baş ağrılarının daha sık kronikleştiği bilinmektedir; ancak çocuk ve ergenlik çağı baş ağrılarında psikiyatrik bozuklukların değerlendirildiği kapsamlı çalışmalar oldukça azdır. Bu çalışmada baş ağrısı olan ergenlerde psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi, depresyon ve anksiyete belirti şiddetinin ve psikiyatrik bozukluk varlığında baş ağrısı özelliklerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Baş ağrısı yakınması ile Mersin Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran The International Classification of Headache Disorder 3<sup>rd</sup> edition betaversion (ICHD 3 beta) tanı kriterlerine göre baş ağrısı tipleri belirlenen 12-18 yaş aralığında 140 hasta çalışmaya dahil edildi. Psikiyatrik bozukluklar DSM-IV tanı kriterlerine göre saptandı. Depresyon ve anksiyete belirti şiddetini değerlendirmek için Beck depresyon, sürekli anksiyete ve durumluluk anksiyete ölçekleri uygulandı.

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı (GTB) gruplarında yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluk olduğu, en sık komorbid psikiyatrik bozukluğun anksiyete bozukluğu olduğu saptandı. Migrende psikiyatrik bozukluk varlığı baş ağrısı atak süresini, atak sayısını ve şiddetini etkilemezken GTB'de atak sayısını anlamlı derecede arttırdığı görüldü. Migrende anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu/davranım bozukluğunun zonklayıcı baş ağrısı görülme sıklığını arttırdığı; GTB'de anksiyete bozukluğunun ağrının hareketle kötüleşme özelliğini arttırdığı saptandı. Migrende baş ağrısı sıklığı ve şiddeti, GTB'de baş ağrısı sıklığı ile depresyon ve anksiyete ölçekleri arasında zayıf korelasyonlar saptandı.

Psikiyatri polikliniklerine baş ağrısı yakınması ile gelen ergenlerde dikkatli bir baş ağrısı değerlendirmesi esastır. Sık yaşanan baş ağrısı sorunları komorbid psikiyatrik durum için en bağımsız risk faktörüdür. Bu durum ergenlerin tedavi stratejilerinin belirlenmesinde multidisipliner profilaksi ihtiyacının önemini ortaya koymaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Baş ağrısı, çocuk psikiyatri, ergen

## ABSTRACT

It is acknowledged headaches in adults have mostly started in childhood and headaches coupled with psychiatric disorders are turned into chronic more frequently. However, comprehensive studies about childhood and adolescence headaches with psychiatric disorders are rare. This study aims to evaluate the psychiatric disorders in adolescents suffering from headaches, the severity of anxiety and depression indicators and the peculiarities of headaches given psychiatric disorders exist.

The study includes 140 12-18 year-old patients who applied to Mersin University Child and Adolescent Psychiatry policlinic with headache. Types of the headaches are identified based on the International Classification of Headache Disorder 3rd edition betaversion (ICHD 3 beta). The psychiatric disorders were identified based on DSM-IV criteria. Beck depression, permanent and situational anxiety scales are applied to evaluate the depression and anxiety indicators.

In the study patients with migraine and tension type headache (TTH) showed a higher frequency of psychiatric disorder. The most widespread comorbid psychiatric disorder was anxiety disorder. While the existence of psychiatric disorder did not affect the duration, the number and the severity of the attacks in migraine, it led to a meaningful increase in the number of attacks in TTH. In migraine, anxiety disorder and attention deficiency hyperactivity disorder led to an increase the frequency of throbbing headache and in TTH, anxiety disorder led to exacerbation of pain with movement. A weak correlation was found between the frequency and severity of headache in migraine, the frequency of headache in TTH and depression and anxiety scales.

A diligent headache evaluation is imperative for adolescents who applied to psychiatry clinics with headache. Frequent headache problems are the most independent risk factor for psychiatric disorders. This clearly reveals the importance of multidisciplinary prophylaxis in identifying treatment strategies for adolescents.

**Key words:** Adolescent, child psychiatry, headache

## GİRİŞ ve AMAÇ

Baş ağrısı çok eski çağlardan bu yana en başta gelen sağlık sorunlarından biri olmuştur. Yaşamları boyunca insanların %90'ı en az bir kez baş ağrısı çekmektedir<sup>1</sup>. Başta birinci basamak ve nöroloji poliklinikleri olmak üzere her türlü polikliniğe baş ağrısı hastaları başvurmaktadır<sup>2</sup>.

Baş ağrısı, vertigo, baş dönmesi, bayılma gibi semptomlar genel pediatri ve pediatik nöroloji pratiğinde de tanısal sorunlar yaratabilmektedir; çünkü bu semptomlar aynı zamanda depresyon, anksiyete bozukluğu, konversiyon bozukluğu ya da panik bozukluk gibi psikiyatrik bozuklukların da sık karşılaşılan belirtileridir<sup>3</sup>. Bu örtüşen klinik semptomlar başvuran ergenlerde yanlış tanıya, pahalı, ağrılı, zaman zaman gereksiz tanısal testlerin yapılmasına, bazen de altta yatan organik bozuklukların atlanmasına sebep olabilmektedir<sup>4,5</sup>. Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik bozukluklar sık görülmektedir. Hem primer baş ağrısı hem de ek psikiyatrik bozukluğun olduğu çocuk ve ergen hasta sayısı azımsanmayacak düzeydedir. Psikiyatrik komorbidite sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmakta ve baş ağrısı tedavisinde kötü prognoza işaret etmektedir<sup>6,7</sup>. Erişkin baş ağrılarının büyük oranda çocukluk veya ergenlik döneminde başladığı bilinmektedir<sup>2</sup>. Bu gibi farklı birçok neden ile özellikle çocuk ve ergenlerde baş ağrılarının psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi, erken dönemde tedavi edilmesi ve psikiyatrik bozuklukların tedavisiyle baş ağrılarının profilaksi sağlanması oldukça önem kazanmaktadır.

Bu araştırmada çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran primer baş ağrısı tanısı alan ergenlerin eşlik eden psikiyatrik bozukluklarının değerlendirilmesi, baş ağrısı ile depresyon ve anksiyete belirti şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra migren ve psikiyatrik bozukluk, GTB ve psikiyatrik bozukluk varlığını etkileyen baş ağrısı klinik özellikleri değerlendirmek, migren ve GTB'de depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB varlığında değişen klinik belirteçleri saptamak bu çalışmanın amaçlarındandır.

## GENEL BİLGİLER

### **Baş Ağrısı, Tarihçesi, Epidemiyolojisi ve Patofizyolojisi**

#### **Baş Ağrısı**

Baş ağrısı; ağrıya duyarlı yapıların çeşitli nedenlerle etkilenmesinden kaynaklanan, hoş olmayan bir duyumsamayı ifade eder<sup>8</sup>. Baş ağrısı çocuklar ve ergenlerde yaygın görülen, yaşam etkinliklerini kısıtlayabilen önemli bir konudur<sup>9</sup>.

#### **Baş Ağrısı Tarihçesi**

Baş ağrısı çok eski çağlardan beri bilinen ve toplumun geniş bir kısmını etkileyen bir sorundur.

Milattan önce (MÖ) 7000'li yıllarda baş ağrısını tedavi etmek amacıyla insan kafataslarında, "trepanasyon" adı verilen, kafatasının delindiği bir işlemin uygulandığına dair bilgiler mevcuttur. MÖ 2500'den kalma tıbbi belgelere dayandığı söylenen ve MÖ 1200'den kalan eski Mısır baş ağrısı reçetesi olan "Ebers Papirüsü" migren, nevrojji ve saplanıcı baş ağrıları tanımlamaktadır<sup>10</sup>.

MÖ 400 yıllarında Hipokrat, hastaların baş ağrısından önce aura benzeri şikâyetleri tarif etmiş ve kusmayı takiben bir rahatlama döneminden bahsetmiştir. Milattan sonra (MS) 215-300 yıllarında Cornelius Celsus baş ağrısını tetikleyen şarap içme, hazımsızlık, soğuk, ateş sıcaklığı ya da güneş gibi etkenlerden söz etmiştir. MS 980-1037 yıllarında yaşayan İbn-i Sina "doktor hastanın baş ağrısını geçiremiyorsa, hastalığın nedenini hastanın iç dünyasında aramak gerekir" diyerek baş ağrısında ruhsal etmenlere dikkat çekmiştir<sup>10</sup>.

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Ad Hoc Komitesi 1962 yılında ilk baş ağrısı sınıflamasını yapmıştır<sup>11</sup>. Bu sınıflamanın yetersiz olması nedeniyle Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS), 1988 yılında baş ağrısı tanısında standart olabilecek bir sınıflandırma sistemi oluşturmuştur<sup>12</sup>. Bu ilk sınıflama sistemi tüm dünyada yaygın bir bilimsel kabul görmüş ve 2004'de bir revizyonu



yapılmıştır<sup>13</sup>. 2013 yılında ise IHS, ICHD 3 beta adı altında baş ağrısı sınıflamasını ve tanı kriterlerini güncellemiştir. Bu son sınıflamada primer baş ağrıları, sekonder baş ağrıları, ağrılı kraniyal nöropatiler ve diğer fasiyal ağrılar olmak üzere üç ana başlık altında baş ağrıları toplanmıştır<sup>14</sup>.

## **Baş Ağrısı Epidemiyolojisi**

İnsanları etkileyen ağrılı durumlardan en yaygın olanı baş ağrısıdır. Baş ağrısıyla hayatı boyunca tanışmamış insan yok gibidir ve toplumda en sık görülen belirtilerden bir tanesidir. Yaşamları boyunca insanların %90'ı en az bir kez baş ağrısı çekmektedir<sup>1</sup>.

Dünya Sağlık örgütünün en çok işlev kaybına yol açan hastalıklar sıralamasında her iki cinsiyet için de baş ağrısı ilk on durum içerisinde yer alırken, kadınlar arasında ilk beş hastalık arasında yer almaktadır<sup>15</sup>.

Özellikle çocuk yaş grubunda güvenilir anamnez almanın güç olması nedeniyle yaşlara göre baş ağrısı sıklığını belirlemek oldukça zor olmaktadır<sup>16</sup>.

Okul çağı çocuklarda baş ağrısı prevalansı yaklaşık olarak %10-20 civarındadır. Artan yaşla birlikte 13-14 yaşlarında baş ağrısı prevalansı pik yapmakta ve %27-32'ye yükselmektedir<sup>17</sup>.

Baş ağrısı ve migren prevalansı çocuklarda yaş ve cinsiyet bağımlıdır. 7 yaşında baş ağrısı prevalansı erkeklerde %50.5, kızlarda %49.5; migren prevalansı erkeklerde %2.9 ve kızlarda %2.5'dir. 14 yaşında baş ağrısı prevalansı cinsiyete göre sırasıyla %48.6 ve %51.4; migren prevalansı %6.4 ve %14.8 olarak bildirilmiştir<sup>18</sup>.

Puberteye kadar baş ağrısı prevalanslarına bakıldığında hafif bir erkek dominansı olmasına rağmen majör bir cinsiyet farklılığı bulunmamaktadır. Puberte sonrasında ise kızlarda baş ağrısı görülme sıklığı 2,5/1 oranı ile artmıştır<sup>19</sup>.

Ergenlerde baş ağrısı ve alt tiplerinin prevalansının değerlendirildiği populasyon tabanlı çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Yayımlanmış çalışmalarda primer baş ağrısı prevalansları migren için %1.0-17.0 oranında,

gerilim tipi baş ağrısı (GTB) için %0.9-72.3 oranında olmak üzere geniş bir aralıkta değişmektedir<sup>20</sup>.

Migren, okul çağı çocuklarında kronik tekrarlayan baş ağrısı nedenidir. Migren prevalansı yaşla birlikte artmakta, çocuklukta %1.4-5 civarında iken ergenlikte (15-18 yaş) %11.6' lara yükselmektedir. Migrende puberteden sonra cinsiyete göre görülme sıklığı kız/erkek:2/1 oranına ulaşmaktadır<sup>21,22,23</sup>.

GTB; çocuk ve ergenlerde en sık görülen baş ağrısı tipidir. Çocuklarda ve ergenlerde GTB prevalansı hakkında migrene kıyasla daha az epidemiyolojik veri bulunmaktadır. Yaşla birlikte kızlarda sıklığının daha fazla olduğu söylenebilir<sup>24,25</sup>.

GTB prevelans oranları hakkındaki tahminler %0.90-72.8 arasında değişmektedir<sup>26,27,28</sup>. Bu değişkenlik çalışmaların farklı kültür ve coğrafyalarda yapılmış olmasından, kullanılan yöntem farklılıklarından, o dönemde kullanılan sınıflandırma sisteminin farklılığından kaynaklanıyor olabilir (Tablo 1).

Tablo:1 Çocuk baş ağrısı prevelans çalışmaları

Araştırma	N	Yaş	Baş ağrısı	Migren	Gerilim
Özge- 2002, Türkiye <sup>26</sup>	5562	8-16	%49.2	%10.4	%24.7
Barea, 1996, Brezilya <sup>27</sup>	538	10-18	%82.9	%9.9	%72.8
Kong CK, 2001, Hong Kong <sup>28</sup>	2156	6-13	%2.8	%0.5	%1.2
Abu-Arafeh, 1993, İngiltere <sup>29</sup>	1754	5-15	-	%10.6	%0.9
Raieli, 1995, İtalya <sup>30</sup>	1445	11-14	%23.9	%3	-
Al Jumah M, 2002, Suudi Arabistan <sup>31</sup>	1400	6-18	%49.8	%7.1	%42.7
Karlı N, 2006, Türkiye <sup>32</sup>	2387	12-17	%52.2	%14.5	%31.9
Akyol A, 2007, Türkiye <sup>33</sup>	7721	9-17	%83.3	%9.7	-

5-15 yaş arası 1754 hastanın dahil edildiği 1993 yılında yapılan İngiltere prevelans çalışmasında ICHD 1 kriterlerine göre migren prevelansı %10.6, GTB prevelansı %0.9 saptanmıştır<sup>29</sup>. Zaman içerisinde baş ağrısı sıklığının giderek arttığı görülmektedir. 2002 yılında 8-16 yaş arası 5562 kişinin dahil edildiği çalışmada bir çalışmada, baş ağrısı prevelansı %49.2, migren %10.4, GTB %24.7 olarak saptanmıştır<sup>26</sup>. 2007 yılında 7721 kişinin dahil edildiği bir çalışmada ise 9-17 yaş arası grupta baş ağrısı prevelansı %83.3 ile oldukça yüksek bir orandadır<sup>33</sup> (Tablo 1).

### **Baş Ağrısı Patofizyolojisi**

Çocukluk ve ergenlik çağında baş ağrısı çok sık rastlanan bir sağlık sorunu olmasına rağmen çocuk ve ergenlerde görülen baş ağrılarının patofizyolojisine dair çalışmaların büyük çoğunluğu erişkin döneme aittir.

Baş ağrısı başın ağrıya hassas yapılarının fiziksel kimyasal ya da iltihabi nedenlerle etkilenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Başta ağrıya duyarlı intrakraniyal yapılar; anterior fossa tabanı durası, tentoryum serebelli, dural arterler, büyük venöz dural sinüsler ve bunlara dökülen büyük venler, beynin major arterlerinin proksimal kısmı, V, IX, X. kranial sinirler ve 1,2,3. servikal sinirler iken, ağrıya duyarlı ekstrakraniyal yapılar ise deri, skalp, yüz arterleri, baş, boyun ve yüz kasları, kas fasciası, dişler, nazal septum, paranasal sinüslerin müköz membranı, orbita yapıları, orta ve iç kulaktır<sup>34</sup>.

Primer baş ağrılarında açıklanabilir bir neden bulunmamaktadır. Baş ağrısı patofizyolojisinde, genetik yapı, immünolojik etmenler, hormonlar, serebral kan akımı, ruhsal bozukluklar gibi birçok neden araştırılmaktadır ancak tek bir nedene bağlanamamaktadır<sup>35</sup>.

Migren patofizyolojisi ile ilgili birçok araştırma yapılmış olmasına rağmen migrendeki ağrının nasıl ortaya çıktığını açıklayabilen tek bir açıklama yoktur. Migrende altta yatan nedenin aşırı uyarılabilir serebral korteksin olduğu düşünülmektedir. İç ve dış uyaranlarla tetiklenen nöronal iyon kanallarındaki (özellikle kalsiyum kanalları) depolarizasyon ve kortikal depresyon dalgası

(CSD) patofizyolojide vurgulanmaktadır. Auralı migrende, ekstrasellüler iyonların hücre içine girmesi ile kortikal depresyon ve kan akımında azalma olur<sup>36</sup>.

Migren patofizyolojisi en iyi nörovasküler teori ile açıklanabilmektedir. Trigeminal sinir uyarımı ile vazoaaktif peptid salınımı artmakta, proteinler damar dışına çıkmakta ve nörojenik bir inflamasyon başlamaktadır. Bunun sonucu serebral kan akımı değişmekte ve migren ağrıları başlamaktadır. Bu yanıtı "trigeminal vasküler refleks" adı verilmektedir ve migrende oldukça önemli rol oynadığı düşünülmektedir<sup>37</sup>.

Son zamanlarda, migren patofizyolojisinde vasküler teoriden uzaklaşmış, nörovasküler teori daha çok benimsenmiştir. Nörovasküler teoriye göre, migren belirtilerinin ortaya çıkması nöronal aktivasyona ikincil vasküler değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır<sup>35,38,39</sup>.

Trigeminal sinirin oftalmik dalı pia, araknoid ve duramaterdeki damarları, intrakranyal damarların proksimalini innerve etmektedir. Bu bölgelerden trigeminal aksonlar ağrı duyusunu trigeminal gangliona taşımaktadır. Periferik trigeminal aksonların aktivasyonu sonucu nöropeptitlerin (substance P, nörokinin A) perivasküler alana salınmasıyla vazodilatasyon, kan akımı artışı ve protein ekstravazasyonuna, yani nörojenik inflamasyona neden olur. Bu vazodilatasyon ve ödem perivasküler trigeminal aksonların daha fazla uyarılmasına ve daha fazla ağrıya yol açmaktadır<sup>40</sup>.

Migren ağrısından temelde iki mekanizmanın sorumlu olduğu düşünülmektedir:

- 1) meningeal damarlarda nörojenik inflamasyon,
- 2) periferik ve santral trigeminal afferentlerin duyarlılaşması<sup>37,40</sup>.

Serotonin'in (5-HT) büyük damarlarda vazokonstrüksiyon, arteriollerde ise vazodilatasyon yapması, migren atakları sırasında üriner metaboliti 5-hidroksi indol asetik asitin atılımında artış olması gibi nedenlerle 5-HT'in migren patogenezinde etkin bir mediatör olduğuna dair önemli kanıtlar mevcuttur<sup>41</sup>. Migrenin 5-HT konsantrasyonunda azalma ile ilişkili olduğu bilinmektedir, ancak

hangi mekanizma ile atağı tetiklediği tam olarak bilinmemektedir. Migrenin hayvan modellerinde; 5-HT konsantrasyonundaki azalmanın CSD sıklığını arttırdığı, CSD sıklığındaki artış ile ilişkili olarak da kortikal eksitabilite ve trigeminal nosiseptif sistemin duyarlılığının arttığı gösterilmiştir<sup>42</sup>.

GTB'nin patofizyolojisinde miyofasiyal mekanizmalar yer almaktadır. Perikraniyal kaslardan kaynaklanan nosiseptif uyarılar baş ağrısı olarak algılanmaktadır. Perikraniyal miyofasiyal yapılarda hassasiyet GTB'nin en karakteristik bulgusudur<sup>12,13</sup>.

Migrende beyin damarlarında ve meningial ağrı duyusunu taşıyan reseptörlerde aktivasyon söz konusu iken, GTB'de yüz ve boyun kasları ve bu kaslardaki hassasiyet öne çıkmaktadır<sup>43</sup>.

GTB'de ağrının periferik nedenli mi yoksa santral nedenli mi olduğu tartışmalı bir konudur. Epizodik gerilim tipi baş ağrısının (EGTB), periferik ağrı mekanizmalarına bağlı olabileceği, kronik gerilim tipi baş ağrısında (KGTB) ise merkezi nosiseptif mekanizmaların önemli bir rol oynadığı ve nosiseptif sistemin merkezi olarak duyarlı hale gelmesi ile olduğu düşünölmektedir<sup>43</sup>.

Myofasiyal ağrının lokal iskemi, metabolizma veya mikrosirkölasyonda bozukluk gibi nedenlerle ortaya çıkabileceği varsayılmaktadır. Uzun süreli sabit veya tekrarlayıcı aktivite sonrası perikraniyal kaslarda hassas noktaların ve dolayısıyla gerilim tipi baş ağrısının gelişebildiği bilinmektedir<sup>44</sup>.

### **Çocuk Çağı Baş Ağrısında Tanıya Yaklaşım**

Baş ağrısı olan bir çocuk-ergenin değerlendirilmesinde ilk adım çocuk, aile ve gerekirse öğretmeni içeren bir gruptan kapsamlı bir öykü almaktır. Öyküde çocuklardan baş ağrısı hakkındaki sözel bilgi almaktan daha önemlisi çocuğun ağrı sırasındaki davranışlarına ait bilgi alabilmektir (Ağrı sırasında hareketsiz kalmak, oyun oynayamamak, en sevdiği televizyon programını izlememek, iştahsız olmak gibi). Küçük yaş çocuklarda baş ağrısı hakkında resim çizdirmek veya oyuncaklarla drama oynamak gibi yöntemler de öykü almada kullanılabilir. Öykü mutlaka ebeveynlerden alınmalı, ailenin genel

sosyokültürel yapısı, günlük rutinleri, yaşamsal stres olayları, çocuğun genel gelişim hikâyesi, çocuğun ve ailenin medikal öyküsü gibi bilgiler ile tamamlanmalıdır<sup>45</sup>.

## Öykü

Baş ağrısı olan hastanın değerlendirilmesinde ilk basamak baş ağrısının primer veya sekonder olup olmadığının ayrımıdır. Çocuk ve ergen baş ağrısı için alınan öykü aşağıdaki sorulara cevap verecek özellikte olmalıdır;

1. Baş ağrısı genellikle ne zaman başlar (gece, gündüz)?
2. Baş ağrısı nasıl başladı ve ne zamandır devam ediyor?
3. Baş ağrısı başlangıçtan itibaren aynı karakterde mi yoksa giderek sıklaşma, şiddetlenme eğilimi gösteriyor mu?
4. Ağrı ne sıklıkta ortaya çıkıyor (ayda kaç gün, günde kaç kez oluyor)?
5. Ağrı başladığında ne kadar sürede sonlanıyor (ilaçsız veya ilaçla)?
6. Baş ağrısı günün belirli bir saati (akşam üstü gibi) veya ayın belirli günlerinde (menstruel siklus gibi) ortaya çıkıyor mu?
7. Baş ağrısı ile bilinen bir gıda, fiziksel etkinlik veya alınan bir ilaç arasında anlamlı bir ilişki var mı?
8. Baş ağrısı öncesinde uyarıcı bir belirti oluyor mu?
9. Ağrı başın neresinden başlıyor ve nasıl yayılıyor?
10. Ağrı nasıl tanımlanıyor (sıkıştırıcı, zonklayıcı vb)?
11. Ağrı ile birlikte bulantı, kusma, ışığa-sese duyarlılık gibi başkaca belirtiler oluyor mu?
12. Baş ağrısı sırasında ne yapıyor (uyumak, ilaç almak vb)?
13. Baş ağrısına ne iyi geliyor (masaj yapmak, dolaşmak vb)?
14. Baş ağrısına ne kötü geliyor (fiziksel egzersiz, öksürmek, ıkınmak, uzanmak vb)?
15. Baş ağrısı dışındaki zamanlarda da devam eden belirtileri var mı?
16. Bilinen veya tedavi aldığı başka tıbbi problemleri var mı (astım, depresyon, anksiyete bozukluğu vb)?
17. Baş ağrısı için ne sıklıkta ve hangi tedavileri uyguluyor?
18. Ailede baş ağrısı olan başka bireyler var mı?

19. Baş ağrısına yol açtığını düşündükleri bir gerekçe var mı (oruç tutmak, sınav tarihleri, aile içi stres vb)?<sup>2</sup>.

Öyküde erken çocukluk dönemi kazaları, kafa travmaları, okul deneyimleri, alkol ve madde kullanımı da dikkatle sorgulanmalıdır. Koordinasyon bozukluğu, yürüyüş bozukluğu, fokal kas güçsüzlüğü, letarji, nöbetler, aura dışı görme bozuklukları, bilinç bozuklukları, senkop, konuşma bozuklukları, işitme kayıpları, kişilik değişiklikleri veya progresif yeti kayıpları gibi nörolojik hastalıklar açısından anlamlı bulgular dikkatle sorgulanmalı ve bu durumlarda sekonder baş ağrıları düşünülmelidir. Ayrıca, migrenlilerde eşlik edebilen mide ağrısı ya da karın ağrısı gibi somatik yakınmalar mutlaka sorgulanmalıdır. Özellikle okul öncesi çocuklarda erken dönemde saptanan somatik yakınmaların ve psikososyal problemlerin sonraki yıllarda tanı alacak migren için uyarıcı olabileceği akılda tutulmalıdır<sup>2,45,46</sup>.

- Baş ağrısı 10 yaşından önce, 50 yaşından sonra başlamışsa
- Son 6 ay içinde başlamış olması veya karakter, sıklık ve şiddet gibi özelliklerinde değişiklik göstermesi
- Günler içinde ilerleyici seyretmesi ve tedaviye yanıt vermemesi
- Yeni başlayan baş ağrısının akut ve şiddetli özellikte olması
- Kişinin yaşamındaki “en şiddetli ağrı” olarak tanımlanması
- Hamilelik döneminde veya doğum sonrası ortaya çıkması
- Fiziksel aktivite, ıkınma veya öksürmekle artması
- Vücut ve baş pozisyonu ile ilişkili olması
- Başlangıç yaşı ve klinik özelliklerin tanımlanan baş ağrısı için tipik olmaması
- İlerleyici ve tedavi edilemeyen kusmanın olması gibi özellikler baş ağrısının sekonder baş ağrısı olabileceğini düşündüren özelliklerdir<sup>46</sup>.

### **Ağrının Değerlendirilmesi**

Ağrının algılanması, tanımlanması, ağrıya gösterilen tepki kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Subjektif kriterler taşıyan ağrı duyumunu objektif olarak

değerlendirmek çoğu zaman güç olabilmektedir. Özellikle çocuk ve ergenlerde, çocuğun yaşına göre bilişsel düzeylerinin farklılıkları, aile tutumu, ağrının kişi ve çevresi için anlamı gibi faktörler ağrının çocuk ve ergenlerde ifadesini daha da güçleştirmektedir. Bu nedenle çeşitli skalalar (görsel analog skala, ağrı termometresi) kullanılmaktadır<sup>47</sup> (Şekil 1, Şekil 2).

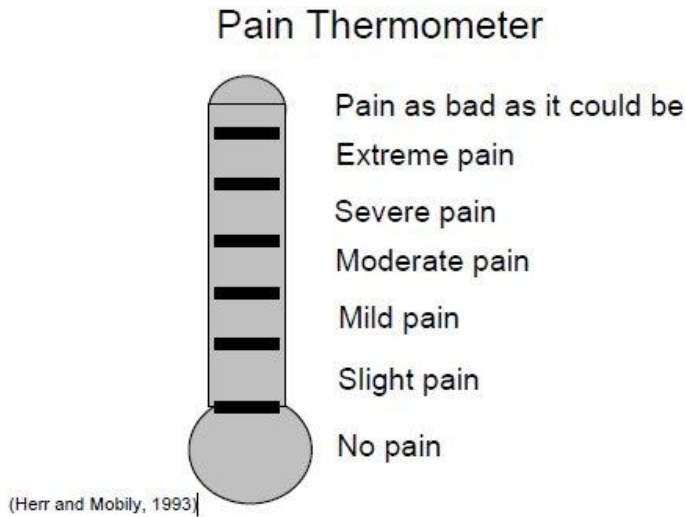


Şekil 1: Görsel Analog Skala

**Pain Thermometer**

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Instructions:** Please place a check on the thermometer to indicate the amount of pain you are experiencing.



Şekil 2: Ağrı Termometresi



## **Fizik Muayene ve Nörolojik Muayene**

Baş ağrılı hastanın değerlendirilmesinde ayrıntılı fizik muayenesi ve nörolojik muayenesi temeldir.

Baş ağrısı olan hastada ateş ve tansiyon ölçülmelidir. Ateş yüksekliği sistemik bir enfeksiyonu düşündürür. Ense sertliği de eşlik ediyorsa menenjit akla gelmelidir. Tansiyon yüksekliğine bağlı baş ağrısında tansiyon kontrol altına alınınca ağrı geçebilmektedir. Muayenede temporal arterde boğumlanma, belirginleşme, hassasiyet varlığı temporal arteriti düşündürmelidir. Konjonktival kızarıklık, göz yaşarması, tek taraflı pitozis gibi bulgular küme baş ağrıları için karakteristik ipuçlarıdır. Baş ağrısı olan her hastada göz dibi muayenesi yapılmalıdır. Eşlik eden astım migren için, hiperventilasyon anksiyete bozuklukları için, ciltte yağlı çizgiler cushing sendromu için ve lenfadenopati veya organomegali neoplazm için önemli ipuçlarıdır. Hareket kısıtlılığı, spazm ve gerginlik değerlendirilmelidir. Temporomandibüler eklemler hassasiyet, hareket kısıtlılığı, asimetri ve 'tıkırdama' açısından incelenmelidir. Nörolojik muayene eksiksiz bir şekilde yapılmalıdır. Mental durum muayenesi psikiyatrik değerlendirmeyi de içermelidir<sup>45,48</sup>.

## **Psikiyatrik Muayene**

Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik bozukluklar sık görülmekte, psikiyatrik komorbidite sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmakta ve baş ağrısı tedavisinde kötü prognoza işaret etmektedir<sup>6,7</sup>. Psikolojik faktörler baş ağrısına yatkınlık yaratıyor, baş ağrısı atağını tetikliyor, atağın süresini ve şiddetini arttırıyor olabilir ve baş ağrısının kendisi bir psikiyatrik bozukluğun görünümü olabilir<sup>49</sup>. Bu nedenle baş ağrısı olan hastalarda psikiyatrik muayene oldukça önem arz etmektedir.

## **Laboratuvar Testleri**

Fizik ve nörolojik muayene bulguları normal olan hastalarda rutin laboratuvar incelemeleri gerekli değildir; ancak çocukluk çağının migren eşdeğerleri (benign paroksizmal tortikollis, benin paroksizmal vertigo, abdominal

migren/siklik kusmalar, asefaljik migren, akut konfüzyonel migren) için tanı öncesinde detaylı inceleme kuraldır. Muayenede kafa içi basınç artışı bulguları varlığında, nörolojik disfonksiyonu düşündüren semptom ve bulgular varlığında BT ve MRG incelemeleri istenmelidir<sup>45</sup>.

## **Primer Baş Ağrısı Sınıflaması ve Tanı Kriterleri**

IHS sınıflamasına göre baş ağrıları esas olarak iki sınıfa ayrılır. Merkezi sinir sistemi ve diğer sistemlerin hastalıkları ile ilişkisi olmayan baş ağrıları primer baş ağrıları olarak sınıflandırılır. Sekoner baş ağrıları ise sinir sistemini ya da diğer sistemleri tutan hastalıklara bağlı olarak oluşan baş ağrılarıdır. Zamansal ilişki ile baş ağrısına neden olabileceği düşünülen kanıtlar vardır. Genellikle altta yatan nedenin tedavisi sonrası baş ağrısı 3 ay içerisinde büyük oranda azalır ya da geçer.

ICHD 3 beta kriterlerine göre primer baş ağrıları arasında migren, gerilim tipi baş ağrıları, trigeminal otomatik baş ağrıları ve diğer primer baş ağrıları yer almaktadır<sup>14</sup>.

1. Migren
  - 1.1. Aurasız migren
  - 1.2. Auralı migren
  - 1.3. Kronik migren
  - 1.4. Migren komplikasyonları
  - 1.5. Olası migren
  - 1.6. Migrenle ilişkili olabilecek epizodik sendromlar
2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı
  - 2.1. Sık olmayan epizodik gerilim tipi baş ağrısı
  - 2.2. Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı
  - 2.3. Kronik gerilim tipi baş ağrısı
  - 2.4. Olası gerilim tipi baş ağrısı
3. Trigeminal Otomatik Baş Ağrıları
4. Diğer Primer Baş Ağrıları

## Migren Kliniği ve Sınıflaması

Migren toplumda görülen en sık baş ağrısı türlerinden birisi olup baş ağrısı atakları ile seyreden, ataklar arasında belirtisiz geçen kronik paroksizmal nörovasküler bir bozukluktur. Migren tanısı öykü ile konulur. Fizik muayene genellikle normaldir. Migren tanısı konurken öyküde baş ağrısı atağının özellikleriyle birlikte bu atakların zamansal seyri bilgi vericidir. Migren sıklık, şiddet, yerleşim yeri ve süresi çok değişken olan; periyodik olarak ortaya çıkan ve genellikle başın bir tarafına yerleşen; ataklara sıklıkla iştahsızlık, bulantı-kusma, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği bir baş ağrısı türüdür. En önemli özelliği tekrarlayıcı olmasıdır<sup>50</sup>.

Bir migren atağı 4 bölümde incelenebilir.

1. Prodromal Dönem: Ataktan saatler veya günler öncesinde başlayabilir. Bu dönemde huzursuzluk, iritabilite, depresyon, öfori, mental yavaşlık, hiperaktivite, iştahsızlık, aşırı yemek yeme, kabızlık, ishal, açlık, susama, yorgunluk gibi psikolojik, otonomik ve nonspesifik belirtiler görülebilir. Bu semptomlardan başta frontal lob ve hipotalamus olmak üzere serebral hemisferler ve locus ceruleusun sorumlu olduğu, ayrıca hipotalamusun migrenin en tipik özelliği olan periyodisiteden sorumlu olduğu düşünülmektedir<sup>51</sup>.
2. Aura Dönemi: 5 ile 30 dakika arasında süren, 60 dakikayı geçmeyen, bitiminden sonra bir saati geçmeden baş ağrısının başladığı fokal nörolojik semptomlardır<sup>14</sup>. Aura dönemindeki bulgular çoğunlukla görseldir. Karanlık nokta görme, zigzaglar görme, görememe şeklinde olabilir. Daha nadir olarak parestezi, afazi, dizartri, oftalmopleji, bulantı, kusma, baş dönmesi şeklinde de auralar olabilmektedir<sup>48</sup>.
3. Baş Ağrısı Dönemi: Migrendeki tipik baş ağrısı, tek taraflı, zonklayıcı, orta-ağır şiddette, fiziksel aktiviteyle şiddeti artan niteliktedir. Migren hastalarının %30'unda ağrı iki yanlı başlamaktadır. Ağrı sıklıkla enseden başlar, şakak ve gözlere yayılır. Ağrıya sıklıkla fotofobi, fonofobi bazen de osmofobi eşlik eder. Baş ağrısının ortalama süresi 2-72 saattir<sup>14</sup>.

4. Postprodromal Dönem: Ağrı geçtikten sonraki dönemdir. Bu dönemde yorgunluk, bitkinlik, tedirginlik gibi belirtiler olabilmektedir<sup>51</sup>.

ICHD 3 beta<sup>14</sup> sınıflamasına göre auralı, aurasız ve kronik migrenin tanı ölçütleri Tablo 2, Tablo 3 ve Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 2: Aurasız Migren Tanı Kriterleri

<b>ICHD 3 Beta Aurasız Migren Tanı Kriterleri</b>
A. B-D kriterlerine uyan en az 5 atağın olması
B. Baş ağrısı ataklarının 4–72 saat sürmesi (tedavisiz veya yetersiz tedaviyle)
C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden iki veya daha fazlasını içerir. a. Tek taraflı lokalizasyon b. Zonklayıcı c. Orta ya da şiddetli düzeyde ağrı d. Günlük aktivitelerle (yürüme, merdiven çıkma) ağrının artması ya da günlük aktivitelerden kaçınma
D. Ağrı süresince bir veya daha fazlası bulunur. a. Bulantı ve/veya kusma b. Fotofobi ve fonofobi
E. Başka bir ICHD-3 beta tanı kriteri ile daha iyi açıklanamaması

Tablo 3: Auralı Migren Tanı Kriterleri

---

**ICHD 3 Beta Auralı Migren Tanı Kriterleri**

---

A. B-D kriterlerine uyan en az 2 atağın olması

B. Bir veya daha fazla tamamen geri dönüşlü aura semptomlarını içermesi

a. Visüel

b. Sensoriyal

c. Konuşma ve/veya dil

d. Motor

e. Beyinsapı

f. Retinal

C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden iki veya daha fazlasını içerir.

a. Tek taraflı lokalizasyon

b. Zonklayıcı

c. Orta ya da şiddetli düzeyde ağrı

d. Günlük aktivitelerle (yürüme, merdiven çıkma) ağrının artması ya da günlük aktivitelerden kaçınma

D. Ağrı süresince bir veya daha fazlası bulunur.

a. Bulantı ve/veya kusma

b. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir ICHD-3 beta tanı kriteri ile daha iyi açıklanamaması

---

Tablo 4: Kronik Migren Tanı Kriterleri

---

**ICHD 3 Beta Kronik Migren Tanı Kriterleri**

---

A. B-C tanı kriterlerine uyan ayda 15 ya da daha fazla gün, toplam 3 aydan fazla olan baş ağrısı (gerilim tipi ve/veya migren tipi baş ağrısı benzeri)

B. 5 veya daha fazla aurasız migren için B-D kriterlerini ve/veya auralı migren için B-C kriterlerini karşılayan baş ağrısı atağı olan hasta

C. Aşağıdakilerden herhangi birini içeren ayda 8 ya da daha fazla gün, toplam 3 aydan daha fazla olan baş ağrısı,

a. Aurasız migren için C ve D kriterleri

b. Auralı migren için B ve C kriterleri

c. Hasta tarafından migren başlangıcı olarak düşünülmesi ve triptan ya da ergot türevi ile rahatlama

D. Başka bir ICHD-3 beta tanı kriteri ile daha iyi açıklanamaması

---

## Gerilim Tipi Baş Ağrısı Kliniği ve Sınıflaması

Primer baş ağrıları içinde en sık görülen ancak en az özellikli olanıdır. Klinik tanısı genellikle migren için özgün olan belirtilerin yokluğuna dayanır. Sekonder organik baş ağrısı nedenleri GTB'yi taklit edebilir. Bu nedenle atipik özellikler olduğunda dikkatli olunmalıdır<sup>51</sup>.

Hafif veya orta şiddette, iki taraflı, künt veya sıkıştırıcı nitelikte bir baş ağrısıdır. Ağrıya genellikle bulantı eşlik etmez ve hastalar ışıktan rahatsız olmazlar. GTB sıklıkla günlük bedensel hareketleri etkilemez ve normalde günlük hareketlerin baş ağrısının şiddeti üzerinde etkisi yoktur<sup>8</sup>.

ICHHD 3 beta<sup>14</sup> sınıflamasına göre sık olmayan EGTB, sık EGTB, KGTB tanı ölçütleri Tablo 5, Tablo 6 ve Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 5: Sık Olmayan Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri

ICHHD 3 Beta Sık Olmayan Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri
A. B-D'yi tam karşılayan ayda 1 günden az (<12 gün/yıl) olan en az 10 atak
B. Baş ağrısının 30 dk ile 7 gün sürmesi
C. 4 karakteristikten 2 veya daha fazlasının olması: <ul style="list-style-type: none"><li>a. İki taraflı yerleşim</li><li>b. Basınç/sıkıştırıcı nitelikte</li><li>c. Hafif-orta şiddetli</li><li>d. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmemesi</li></ul>
D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması <ul style="list-style-type: none"><li>a. Bulantı ya da kusmanın olmaması</li><li>b. Fotofobi ya da fonofobinin olmaması</li></ul>
E. Başka bir ICHD-3 beta tanı kriteri ile daha iyi açıklanamaması

Tablo 6: Sık Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri

---

**ICHD 3 Beta Sık Olmayan Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri**

---

A. B-D tam olarak karşılayan ayda 1 gün veya daha sık ancak 15 günden az (yılda 12 gün veya daha fazla ve yılda 180 günden az) ortaya çıkan en az 10 baş ağrısı atağı, en az 3 ay olmalıdır.

B. Baş ağrısının 30 dk ile 7 gün sürmesi

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:

- İki taraflı yerleşim
- Basınç/sıkıştırıcı nitelikte
- Hafif-orta şiddetli
- Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmemesi

D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması

- Bulantı ya da kusmanın olmaması
- Fotofobi ya da fonofobinin olmaması

E. Başka bir ICHD-3 beta tanı kriteri ile daha iyi açıklanamaması

---

Tablo 7: Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri

---

**ICHD 3 Beta Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri**

---

A. B-D kriterlerini tam karşılayan ayda ortalama 15 gün veya daha sık ortaya çıkan baş ağrısı (yılda 180 gün veya daha fazla)

B. Baş ağrısının saatler, günler sürmesi veya sürekli olması

C. Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlasının olması

- Bilateral yerleşim
- Sıkıştırıcı/basıcı (zonklayıcı olmayan) nitelikte
- Hafif-orta şiddetli
- Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmez

D. Aşağıdakilerden her ikisinin olması

- Fotofobi, fonofobiden veya hafif bulantıdan sadece biri
- Ne orta ya da şiddetli bulantı ne de kusma var.

E. Başka bir ICHD-3 beta tanı kriteri ile daha iyi açıklanamaması

---

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Örnekleme Seçimi

Çalışmamıza Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Haziran 2015 - 1 Ekim 2015 tarihleri arasında baş ağrısı yakınması ile başvuran 12-18 yaş arası ergen hastalar dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine baş ağrısı temel yakınmasıyla başvuran ve primer baş ağrısı tanısı alan ergenler
2. Hastaların 12-18 yaş arasında olması
3. Hastaların ek psikiyatrik tanılarının DSM-IV kriterlerine göre konulmuş olması

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. 12 yaş altı ve 18 yaş üstü hastalar
2. Sekonder baş ağrısı tanısı alan hastalar

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurul onayı 78017789/050.01.04/198 sayısı ile 28 Mayıs 2015 tarihinde alındı.

### Yöntem

Baş ağrısı yakınması ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 12-18 yaş aralığındaki hastalar bir Nöroloji uzmanı ve aynı zamanda Algoloji yan dal uzmanı olan Prof. Dr. Aynur Özge tarafından ICHD 3 beta kriterlerine göre değerlendirilerek baş ağrısı tipleri ve baş ağrısının klinik ayırt edici özellikleri belirlendi.



Baş ağrısı tipleri belirlenen bu hastaların Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde sosyodemografik form aracılığıyla sosyodemografik verileri toplandı.

DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre, kendisi ve en az bir ebeveyni ile aynı doktor tarafından yapılan ruhsal değerlendirme sonucunda bu hastaların var ise psikiyatrik bozuklukları belirlendi. Hastaların ruhsal değerlendirme sürecinde depresyon ve anksiyete belirti şiddetini değerlendirmek amacıyla Beck depresyon, sürekli anksiyete ve durumluluk anksiyete self-report ölçeklerinden yararlanıldı.

## **Gereçler**

### **Sosyodemografik Form**

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi zamanı, doğum seyri ve komplikasyonları, fiziksel hastalık, fiziksel şiddete maruziyet) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, ruhsal ve fiziksel hastalık, ailenin yapısı ve durumu) ait sosyodemografik bilgiler sorgulanmaktadır (EK-1).

### **Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (ÇİDAÖ-ÇİSAÖ)**

Spielberger tarafından geliştirilen durumluk-sürekli kaygı ölçeği, yirmişer maddelik, sürekli ve durumluk kaygıyı ölçen iki alt ölçekten oluşmaktadır (EK-2, EK-3).

Çocuk veya ergenin kendisi tarafından doldurulan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır<sup>52</sup>.

Sürekli kaygı ölçeğinde, kaygının sıklığına göre her madde 1, 2 veya 3 olarak puanlandırılmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde ise her maddedeki 3 seçenekten kendisine uygun olanı seçmesi istenmekte ve yine 1, 2 veya 3 olarak puanlandırılmaktadır. 20-60 arasında bir puan elde edilmektedir<sup>53</sup>.

Çalışmamızda ölçeğin yalnızca sürekli ve durumluluk kaygı alt ölçeği kullanılmıştır.

### **Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ)**

Kovacs tarafından Beck depresyon ölçeği esas alınarak hazırlanmıştır (EK-3). Çocuk veya ergenin kendisi tarafından doldurulan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır<sup>54</sup>.

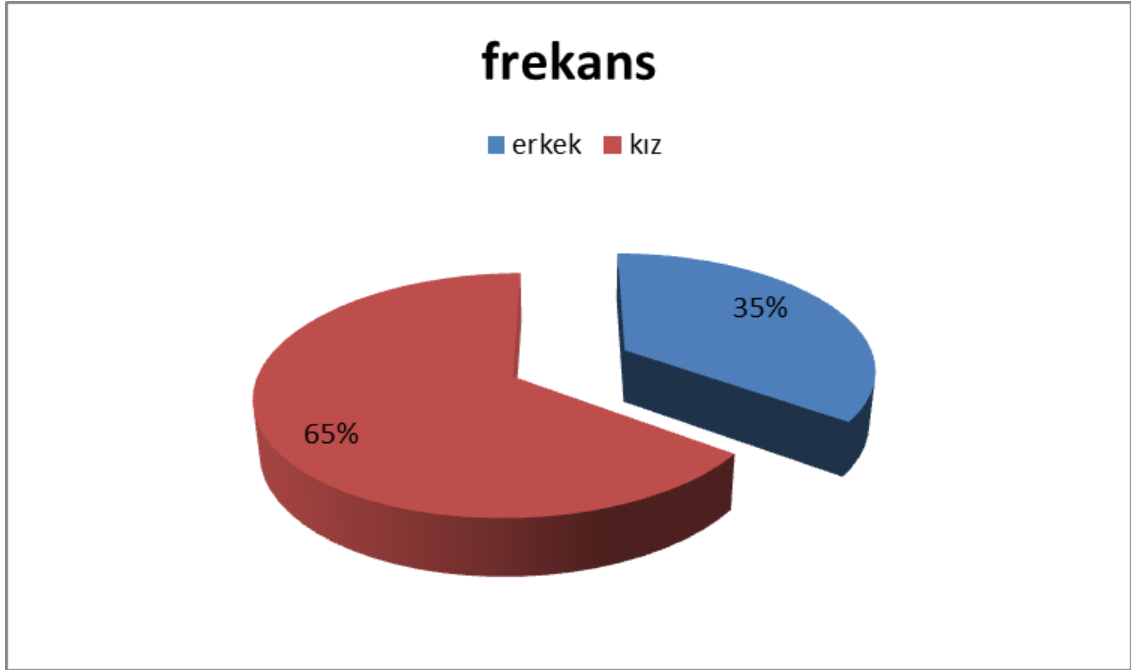
27 maddeden oluşan ölçekte, her maddedeki 3 seçenekten kendisine uygun olanı işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0,1 veya 2 olarak puanlandırılır. 0-54 arası puan elde edilmektedir. Kesme puanı, 19 ve üzeridir<sup>55</sup>.

### **İstatistiksel Analiz**

Çalışma verileri STATA/MP11 paket programı ile analiz edildi. Veriler ortalama, standart sapma, ortanca (medyan), min-max ve sayı (yüzde) olarak özetlendi. Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında ki-kare testi, t-test ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Psikiyatrik tanı gruplarının çeşitli faktörler bakımından karşılaştırılmasında ise Varyans Analizi ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Gruplar arası farklılıklar Post-hoc Tukey testi ile değerlendirildi. Migren ve GTB baş ağrısı süresi, sıklığı ve şiddeti ile ÇİDÖ, ÇİSAÖ, ÇİDAÖ puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık seviyesi  $p < 0.05$  olarak alındı.

## BULGULAR

Çalışmamıza 12-18 yaş grubundan primer baş ağrısı tanısı alan toplam 140 hasta dahil edildi. Bu ergenlerin ortalama yaşı  $14.37 \pm 1.79$  (12-18 yaş) idi. Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında %35'i erkek (n:49), %65'i kız (n:91) idi (Şekil-3).



Şekil-3: Cinsiyet Dağılımı

Ergenlerin nörogelişimsel özelliklerini değerlendirmek için anne sütü alma süresi, yürümeye başlama yaşı, konuşmaya başlama yaşı ve tuvalet eğitimi ay olarak sorgulandı. Anne sütü alma süresi ortalama 12 ay (0-48 ay, desteksiz yürümeye başlama yaşı ortalama 12 ay (9-30), cümle kurmaya başlama yaşı ortalama 18 ay (10-72), tuvalet eğitimi alması ortalama 24 ay (12-60) olarak bulundu (Tablo 8).

Tablo 8: Anne Sütü Alma, Yürüme, Konuşma ve Tuvalet Eğitimi Süresi

	<b>Medyan</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Anne sütü alma süresi (ay)</b>	12	0-48
<b>Desteksiz yürüme (ay)</b>	12	9-30
<b>Cümle kurma (ay)</b>	18	10-72
<b>Tuvalet eğitimi zamanı (ay)</b>	24	12-60

Ergenlerin doğum zamanları; 37 haftadan önce doğanlar erken doğum, 37-42 hafta arasında doğanlar zamanında doğum ve 42 haftadan sonra doğanlar ise geç doğum olarak tanımlandı. Bu ergenlerin %92.1'inin (n:129) zamanında, %7.8'i erken (n:11) doğmuş olduğu saptandı. Geç doğum öyküsü yoktu (Tablo 9).

Tablo 9: Doğum Zamanının Dağılımı

<b>Doğum zamanı</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Miad</b>	129	92.1
<b>Erken</b>	11	7.8
<b>Toplam</b>	140	100.0

Ergenler ebeveynlerinin birliktelik durumuna göre sorgulandı ve %85 oranında (n:119) anne ve babanın birlikte, %15 oranında (n:21) boşanmış olduğu saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Anne-Baba Birlikteliğinin Dağılımı

<b>Ailenin Durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Birlikte</b>	119	85.0
<b>Boşanmış</b>	21	15.0
<b>Toplam</b>	140	100.0

Çalışmaya dahil edilen ergenlerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine bakıldığında; annelerin %9.2'sinin (n:13) eğitimsiz, %52.9'u (n:74) ilkökul, %12.1'i (n:17) ortaokul, %16.4'ü (n:23) lise, %6.4'ü yüksekökul mezunu olduğu;

babaların %2.8'inin (n:4) eğitimsiz, %41.4'ü (n:58) ilkokul, %15.0'ı (n:21) ortaokul, %26.4'ü (n:37) lise, %14.3'ü yüksekokul mezunu olduğu görüldü (Tablo 11).

Tablo 11: Anne ve Babanın Eğitim Durumu Dağılımı

Eğitim Durumu	Anne		Baba	
	N	%	N	%
Eğitimsiz	13	9.2	4	2.8
İlkokul	74	52.9	58	41.4
Ortaokul	17	12.1	21	15.0
Lise	23	16.4	37	26.4
Yüksekokul	9	6.4	20	14.3

Çalışmada primer başağrıları migren ve GTB olarak iki ana başlık altında sınıflandırıldı. 140 ergenin %70' i (n:98) migren tanısı alırken, %30'u (n:42) GTB tanısı aldı. Migren baş ağrısı tanısı alanların yaş ortalaması  $14.38 \pm 1.83$  iken; GTB tanısı alanların yaş ortalaması  $14.36 \pm 1.72$  idi.

Migren tanısı alanlar içerisinde %68.3'ü (n:67) kız, %31.7'si (n:31) erkekti. GTB tanısı alanlar içerisinde %57.1'i (n:24) kız, %42.9'u (n:18) erkekti. Hastane tabanlı tüm hastaların baş ağrısı şikayeti olduğu bu çalışmada kızlarda migren sıklığı %73.6, erkeklerde %63.2 olarak; GTB sıklığı ise sırasıyla %63.2 ve %36.7 olarak hesaplandı. Bu sonuçlara göre hem migren hem de GTB kızlarda daha sık görülmektedir.

Migren tanısı alanlar en sık %63 oranı ile aurasız migren baş ağrısı, ikinci sıklıkla %21 oranı ile kronik migren baş ağrısı ve son olarak da %16 oranı ile auralı migren baş ağrısından oluştu. GTB tanısı alanlar ise %64.3 oranı ile EGTB, %35.7 oranı ile KGTB tanılarında oluştu. EGTB tanısı çalışmanın süresinin kısa hasta sayısının az olması nedeniyle sık ve sık olmayan EGTB olarak ayrılmadı (Tablo 12).

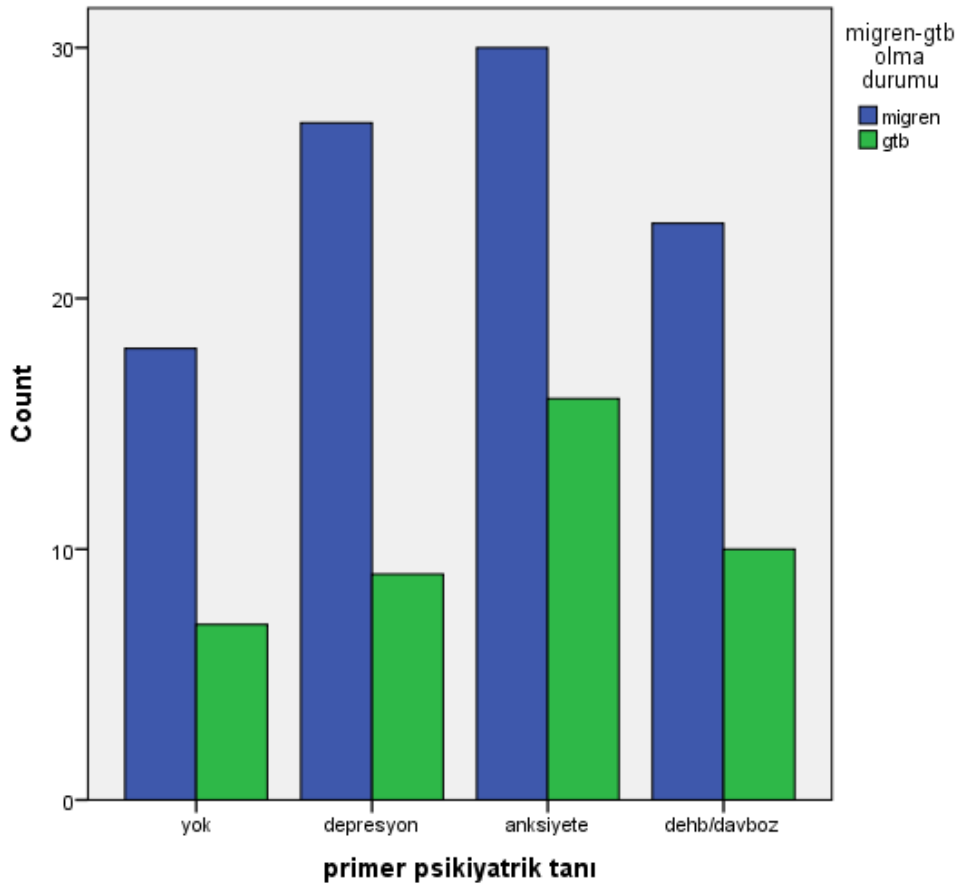
Tablo 12: Migren ve GTB Tanı Alt Tiplerinin Dağılımı

		N	%
<b>Migren</b>	<b>Aurasız Migren</b>	62	63
	<b>Kronik Migren</b>	20	21
	<b>Auralı Migren</b>	16	16
<b>GTB</b>	<b>EGTB</b>	27	64.3
	<b>KGTB</b>	15	35.7

Baş ağrısı olan ergenler, yapılan psikiyatrik muayene sonucuna göre psikiyatrik bozukluğu olmayanlar, depresyon, anksiyete bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu/davranım bozukluğu (DEHB ve/veya Davranım Bozukluğu) olanlar olmak üzere 4 ana başlık altında değerlendirildi. Migren ve GTB baş ağrıları olanlarda depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB tanı dağılımları incelendiğinde her iki grupta da benzer sonuçlar olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (p:0.822). İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen anksiyete bozuklukları hem migren de hem de GTB grubunda diğer psikiyatrik bozukluklardan fazla saptandı. Migren grubunda en sık anksiyete bozukluğu ikinci sıklıkta depresyon en az DEHB görülürken, GTB grubunda en sık anksiyete bozukluğu, ikinci sıklıkta DEHB, en az Depresyon olduğu görüldü (Tablo 13).

Tablo 13: Migren ve GTB'de Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Dağılımı

	Yok	Depresyon	Anksiyete	DEHB	P
<b>Migren</b>	18 (%18)	27 (%27.5)	30 (%31)	23 (%23.5)	0.822
<b>GTB</b>	7 (%17)	9 (%21)	16 (%38)	10 (%24)	



Şekil-4: Migren ve GTB' de Psikiyatrik Tanı Dağılımı

Çalışmada migren tanısı alanların %82'sinde (n:80) bir psikiyatrik bozukluk saptandı. Migren alt gruplarında aurasız migrenlilerin %81'inde (n:50), auralı migrenlilerin %81'inde (n:13), kronik migrenlilerin %85'inde (n:17) bir psikiyatrik bozukluk vardı. Migren alt tipleri ile psikiyatrik bozukluk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı (p:0.905) (Tablo 14).

Tablo 14: Migren Alt Tiplerinde Psikiyatrik Bozukluk Dağılımı

Psktanı*	Yok		Var		P
	N	%	N	%	
<b>Migren alt tipi</b>					
<b>Aurasız Migren</b>	12	19	50	81	0.905
<b>Auralı Migren</b>	3	19	13	81	
<b>Kronik Migren</b>	3	15	17	85	
<b>Toplam</b>	18	18	80	82	

\*Psikiyatrik tanı

GTB baş ağrısı tanısı alanların %83'ünde (n:35) bir psikiyatrik bozukluk saptandı. GTB alt gruplarına bakıldığında EGTB tanısı alanların %74'ü (n:20) psikiyatrik bozukluk tanısı alırken, KGTB tanısı alanların %100'ünde (n:15) psikiyatrik bozukluk vardı. Psikiyatrik bozukluk varlığı ile GTB alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p:0.008) (Tablo 15).

Tablo 15: GTB Alt Tiplerinde Psikiyatrik Bozukluk Dağılımı

Psktanı * GTB alt tipi	Yok		Var		P
	N	%	N	%	
<b>EGTB</b>	7	26	20	74	0.008
<b>KGTB</b>	0	0	15	100	
<b>Toplam</b>	7	17	35	83	

\*Psikiyatrik tanı

Migren alt tiplerinde tüm migrenliler arasında en sık aurasız migren (%63.2 n:62) olduğu, bunu kronik migren (%20,5 n:20) ve auralı migren (%16.3 n:16) alt tipinin takip ettiği görüldü. Auralı, aurasız ve kronik migren alt gruplarının hepsinde psikiyatrik tanı dağılımının benzer olduğu, istatistiksel olarak auralı, aurasız ve kronik migren alt grupları ile psikiyatrik tanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (p:0.548) (Tablo 16).

Tablo 16: Migren Alt Tiplerinde Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Tanı Dağılımı

Migren Alt Tipleri	Primer Psikiyatrik Tanı				Total
	Yok	Depresyon	Anksiyete	DEHB	
<b>Aurasız Migren</b>	12(%19.4)	15 (%24.2)	19 (%30.6)	16 (%25.8)	62
<b>Auralı Migren</b>	3 (%18.8)	3 (%18.8)	5 (%31.3)	5 (%31.3)	16
<b>Kronik Migren</b>	3 (%15.0)	9 (%45.0)	6 (%30.0)	2 (%10.0)	20
<b>Toplam</b>	18 (%8.4)	27 (%27.6)	30 (%30.6)	23 (%23.5)	98



GTB alt tiplerine bakıldığında en sık EGTB'nın olduğu (%64.2 n:27) görüldü. EGTB ve KGTB alt tiplerinde psikiyatrik tanı dağılımının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu saptandı (p: 0,039). KGTB olanlarda anksiyete bozukluğu %60 oranında, EGTB ise %25 oranında olmak üzere oldukça fazla sıklıkta olduğu görüldü (Tablo 17).

Tablo 17: GTB Alt Tiplerinde Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Tanı Dağılımı

GTB Alt Tipleri	Primer Psikiyatrik Tanı				Total
	Yok	Depresyon	Anksiyete	DEHB	
<b>EGTB</b>	7(%25.9)	5 (%18.5)	7 (%25.9)	8 (%29.6)	27
<b>KGTB</b>	0 (%0.0)	4 (%26.7)	9 (%60.0)	2 (%13.3)	15
<b>Toplam</b>	7(%16.7)	9 (%21.4)	16 (%38.1)	10(%23.8)	42

Migren tanısı alan olguların psikiyatrik eş tanı varlığına göre baş ağrısı özellikleri; baş ağrısı süresi, atak sayısı ve şiddeti değerlendirildiğinde psikiyatrik tanı varlığının migrende baş ağrısı süresi, atak sayısı ve şiddetini etkilemediği bulundu (Tablo 18).

Tablo 18: Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre Migren Baş Ağrısı Özellikleri

Psktanı* Migren	Yok			Var			P
	Medyan	Ort±Sp	Min-Max	Medyan	Ort±Sp	Min-Max	
<b>Süre</b>	3.00	5.33±5.88	1.00-24.00	3.00	5.63±6.49	1.00-30.00	0.809
<b>Ataksayı</b>	10.00	12.22±8.95	1.00-30.00	10.00	12.41±9.49	1.00-30.00	0.890
<b>Şiddet</b>	7.00	7.06±1.66	5.00-10.00	7.00	6.80±1.35	4.00-10.00	0.707

\*Psikiyatrik tanı

Migren tanısı alan olguların psikiyatrik eş tanı varlığına göre baş ağrısı klinik özellikleri; eşlik eden bulantı, kusma, aura, fotofobi, fonofobi, baş dönmesi, hareketle kötüleşme gibi özellikler değerlendirildiğinde, psikiyatrik eş tanı varlığının migrende klinik özellikleri etkilemediği saptandı (Tablo 19).

Tablo 19: Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre Migren Klinik Özellikleri

Psktanı* Migren		Yok		Var		P
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Bulantı	Evet	11	61.1	43	53.8	0.571
	Hayır	7	38.9	37	46.3	
Kusma	Evet	4	22.2	19	23.8	0.890
	Hayır	14	77.8	61	76.3	
Aura	Evet	3	16.7	15	18.8	0.837
	Hayır	15	83.3	65	81.3	
Fotofobi	Evet	12	66.7	42	52.5	0.275
	Hayır	6	33.3	38	47.5	
Fonofobi	Evet	12	66.7	58	72.5	0.621
	Hayır	6	33.3	22	27.5	
Baş Dönmesi	Evet	7	38.9	36	45.0	0.637
	Hayır	11	61,1	44	55.0	
Hareketle Kötüleşme	Evet	12	66.7	44	55.0	0.366
	Hayır	6	33.3	36	45.0	

\*Psikiyatrik tanı

GTB tanısı alan olguların psikiyatrik eş tanı varlığına göre baş ağrısı özellikleri; baş ağrısı süresi, atak sayısı ve şiddeti değerlendirildi. GTB baş ağrısı olan hastalarda psikiyatrik eş tanı varlığında baş ağrısı süresinde anlamlı bir farklılık olmazken, atak sayısının ( $p:0.029$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı, atak şiddetinin ise psikiyatrik eş tanısı olmayan grupta bir miktar daha fazla olduğu bulundu (Tablo 20).

Tablo 20: Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre GTB Özellikleri

Psktanı* GTB	Yok			Var			P
	Medyan	Ort±Sp	Min-Max	Medyan	Ort±Sp	Min-Max	
Süre	2.00	2.29±1.11	1.00-4.00	2.00	6.20±10.57	1.00-48.00	0.903
Ataksayı	4.00	4.71±0.95	4.00-6.00	13.00	13.71±9.77	1.00-30.00	0.029
Şiddet	7.00	7.43±0.97	6.00-9.00	6.00	6.11±1.51	2.00-10.00	0.017

\*Psikiyatrik tanı

GTB tanısı alan olguların psikiyatrik eş tanı varlığına göre baş ağrısı klinik özellikleri; eşlik eden bulantı, aura, fotofobi, fonofobi, hareketle kötüleşme

gibi özellikler değerlendirildiğinde, psikiyatrik eş tanı varlığının GTB klinik özellikleri etkilemediği saptandı. Psikiyatrik eş tanı varlığında beklenenin aksine kusma (p:0.018) ve baş dönmesinin (p:0.041) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olduğu saptandı (Tablo 21).

Tablo 21: Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre GTB Klinik Özellikleri

Psktanı* GTB		Yok		Var		P
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
<b>Bulantı</b>	Evet	4	57.1	10	28.6	0.154
	Hayır	3	42.9	25	71.4	
<b>Kusma</b>	Evet	3	42.9	3	8.6	0.018
	Hayır	4	57.1	32	91.4	
<b>Aura</b>	Evet	0	0.0	1	2.9	0.543
	Hayır	7	100.0	34	97.1	
<b>Fotofobi</b>	Evet	1	14.3	6	17.1	0.853
	Hayır	6	85.7	29	82.9	
<b>Fonofobi</b>	Evet	4	57.1	12	34.3	0.262
	Hayır	3	42.9	23	65.7	
<b>Baş Dönmesi</b>	Evet	4	57.1	7	20.0	0.041
	Hayır	3	42.9	28	80.0	
<b>Hareketle Kötüleşme</b>	Evet	1	14.3	14	40.0	0.169
	Hayır	6	85.7	21	60.0	

Migren olanların psikiyatrik tanısı olmayanlar, depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB gruplarına göre demografik özellikleri ve baş ağrısı klinik özellikleri incelendi. Yaş ortalamaları psikiyatrik tanısı olmayanların  $14.28 \pm 1.90$ , depresyon grubunun  $15.04 \pm 1.62$ , anksiyete bozukluğu grubunun  $14.37 \pm 1.49$ , DEHB grubunun  $13.70 \pm 2.22$  idi. Yaş açısından istatistiksel anlamlılık olmadığı gibi (p:0.079) cinsiyet açısından bakıldığında da gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p:0.162). Bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, baş dönmesi, hareketle kötüleşme, baş ağrısı süresi, şiddeti, atak sayısı özellikleri değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı. Baş ağrısı tipi klinik özelliğinde zonklayıcı baş ağrısı anksiyete bozukluğu grubunda psikiyatrik tanısı olmayanlarla kıyaslandığında 3.667 kat daha fazla (OR:3.667, p:0.038), DEHB grubunda psikiyatrik tanısı olmayanlarla kıyaslandığında 7.464 kat daha fazla (OR:7.464, p:0.006) saptandı (Tablo 22).

GTB olanların psikiyatrik tanısı olmayanlar, depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB gruplarına göre demografik özellikleri ve baş ağrısı klinik özellikleri incelendi. Yaş ortalamaları psikiyatrik tanısı olmayanların  $14.29 \pm 2.05$ , depresyon grubunun  $15.00 \pm 1.11$ , anksiyete bozukluğu grubunun  $14.63 \pm 1.78$ ; DEHB grubunun  $13.40 \pm 1.64$  idi. Yaş açısından istatistiksel anlamlılık olmadığı gibi ( $p:0.193$ ) cinsiyet açısından bakıldığında da gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ( $p:0.303$ ). Bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, baş dönmesi, baş ağrısı süresi, şiddeti özelliklerine bakıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı. Hareketle kötüleşme özelliğinin anksiyete bozukluğu grubunda psikiyatrik tanısı olmayanlarla kıyaslandığında 10 kat daha fazla olduğu (OR:10.00  $p:0.05$ ) saptandı. Anksiyete bozukluğu grubunda baş ağrısı median atak sayısı (15.00), psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan (4.00) anlamlı derecede fazladır ( $p<0.05$ ) (Tablo 23).

Tablo 22: Migrenlilerde Primer Psikiyatrik Tanı Gruplarında Demografik Özellikler ve Baş Ağrısına Ait Klinik Özellikler

		Yok			Depresyon			Anksiyete			DEHB			P
Yaş		Ort+SS			Ort+SS			Ort+SS			Ort+SS			0.079
		14.28±1.90			15.04±1.62			14.37±1.49			13.70±2.22			
Cins		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.162
	Erkek	5 (27.8)			5 (18.5)			10 (33.3)			11 (47.8)			
	Kız	13 (72.2)			22 (81.5)			20 (66.7)			12 (52.2)			
Bulantı		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.961
	Evet	11 (61.1)			15 (55.6)			16 (53.3)			12 (52.2)			
	Hayır	7 (38.9)			12 (44.4)			14 (46.7)			11 (47.8)			
Kusma		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.870
	Evet	4 (22.2)			7 (25.9)			8 (26.7)			4 (17.4)			
	Hayır	14 (77.8)			20 (74.1)			22 (73.3)			19 (82.6)			
Fotofobi		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.688
	Evet	12 (66.7)			15 (55.6)			16 (53.3)			11 (47.8)			
	Hayır	6 (33.3)			12 (44.4)			14 (46.7)			12 (52.2)			
Fonofobi		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.784
	Evet	12 (66.7)			18 (66.7)			22 (73.3)			18 (78.3)			
	Hayır	6 (33.3)			9 (33.3)			8 (26.7)			5 (21.7)			
Baş dönmesi		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.314
	Evet	7 (38.9)			11 (40.7)			11 (36.7)			14 (60.9)			
	Hayır	11 (61.1)			16 (59.3)			19 (63.3)			9 (39.1)			
Hareketle kötüleşme		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.746
	Evet	12 (66.7)			14 (51.9)			18 (60.0)			12 (52.2)			
	Hayır	6 (33.3)			13 (48.1)			12 (40.0)			11 (47.8)			
Baş ağrı tipi	Sıkıştırıcı	9			6			8			3			0.037
	Delici	2			4			0			1			
	Batıcı	0			1			1			0			
	Zonklayıcı	7			15			21			19			
	Künt	0			1			0			0			
		Ort+SS	Med	Min-Max	Ort+SS	Med	Min-Max	Ort+SS	Med	Min-Max	Ort+SS	Med	Min-Max	
Şiddet		7.06±1.66	7.00	5-10	6.89±1.12	7,00	5-9	6.83±1.51	7.00	4-10	6.65±1.43	7.00	4-10	0.919
Basüre		5.33±5.88	3.00	1-24	6.11±7.18	3.00	1-24	6.17±7.11	3.50	1-30	4.35±4.62	2.00	1-18	0.657
Ataksayı		12.22±8.95	10.00	1-30	13.70±8.98	12.00	3-30	13.43±10.07	10.00	1-30	9.57±9.07	6.00	1-30	0.224

Tablo 23: GTB'lilerde Primer Psikiyatrik Tanı Gruplarında Demografik Özellikler ve Baş Ağrısına Ait Klinik Özellikler

		Yok			Depresyon			Anksiyete			DEHB			P
Yaş		Ort+SS			Ort+SS			Ort+SS			Ort+SS			0.193
		14.29±2.05			15.00±1.11			14.63±1.78			13.40±1.64			
Cins		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.303
	Erkek	4 (57.1)			2 (22.2)			6 (37.5)			6 (60.0)			
	Kız	3 (42.9)			7 (77.8)			10 (62.5)			4 (40.0)			
Bulantı		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.567
	Evet	4 (57.1)			2 (22.2)			5 (31.3)			3 (30.0)			
	Hayır	3 (42.9)			7 (77.8)			11 (68.8)			7 (70.0)			
Kusma		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.155
	Evet	3 (42.9)			2 (22.2)			0 (0.0)			1 (10.0)			
	Hayır	4 (57.1)			7 (77.8)			16 (100.0)			9 (90.0)			
Fotofobi		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.591
	Evet	1 (14.3)			3 (33.3)			2 (12.5)			1 (10.0)			
	Hayır	6 (85.7)			6 (66.7)			14 (87.5)			9 (90.0)			
Fonofobi		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.129
	Evet	4 (57.1)			0 (0.0)			6 (37.5)			6 (60.0)			
	Hayır	3 (42.9)			9 (100.0)			10 (62.5)			4 (40.0)			
Baş dönmesi		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.222
	Evet	4 (57.1)			2 (22.2)			4 (25.0)			1 (10.0)			
	Hayır	3 (42.9)			7 (77.8)			12 (75.0)			9 (90.0)			
Hareketle kötüleşme		N(%)			N(%)			N(%)			N(%)			0.038
	Evet	1 (14.3)			1 (11.1)			10 (62.5)			3 (30.0)			
	Hayır	6 (85.7)			8 (88.9)			6 (37.5)			7 (70.0)			
Baş ağrı tip	Sıkıştırıcı	2			4			6			3			
	Delici	0			1			2			0			
	Batıcı	1			0			0			1			
	Zonklayıcı	4			3			8			6			
	Künt	0			1			0			0			
		Ort+SS	Med	Min-Max	Ort+SS	Med	Min-Max	Ort+SS	Med	Min-Max	Ort+SS	Med	Min-Max	
Şiddet		7.43±0.97	7.00	6-9	6.44±1.74	7.00	4-9	5.69±1.30	6.00	2-8	6.50±1.58	6.00	5-10	0.064
Basüre		2.29±1.11	2.00	1-4	7.56±11.17	2.00	1-30	3.38±5.66	2.00	1-24	9.50±15.16	2.00	1-48	0.382
Ataksayı		4.71±0.95	4.00	4-6	15.67±11.94	13.00	4-30	13.06±7.97	15.00 <sup>a</sup>	1-30	13.00±11.09	8.50	2-30	0.025

<sup>a</sup>: Psikiyatrik bozukluğu olmayan gruba göre

Bu çalışmada baş ağrısı olan ergenlerde depresyon ve anksiyete belirti şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla tüm hastalara ÇİDÖ, ÇİSAÖ ve ÇİDAÖ uygulandı. Baş ağrısı süre, sıklık ve şiddeti ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında zayıf korelasyonlar mevcuttu.

Migren atak sıklığı arttıkça öncelikle ÇİDAÖ puanı ( $r=0.359$ ), takiben ÇİSAÖ puanı ( $r=0.249$ ), son olarak da ÇİDÖ puanı ( $r=0.267$ ) anlamı fakat zayıf bir korelasyon ile artmaktadır. Migren ağrı şiddeti arttıkça öncelikle ÇİDÖ puanı ( $r=0.071$ ), takiben ÇİSAÖ puanı ( $r=0.044$ ), sonrasında da ÇİDAÖ puanı ( $r=0.013$ ) anlamlı fakat zayıf bir korelasyon ile artmaktadır.

GTB atak sıklığı arttıkça öncelikle ÇİDÖ puanı ( $r=0.315$ ), takiben ÇİSAÖ puanı ( $r=0.266$ ) sonrasında da ÇİDAÖ puanı ( $r=0.193$ ) anlamlı fakat zayıf bir korelasyon ile artmaktadır (Tablo 24).

Tablo 24: Migren ve GTB Baş Ağrısı Süresi, Sıklığı ve Şiddetinin ÇİDÖ, ÇİSAÖ ve ÇİDAÖ Puanları ile İlişkisi

Ölçekler	Migren			GTB		
	Süre	Sıklık	Şiddet	Süre	Sıklık	Şiddet
ÇİDÖ	$r=-0.011$	$r=0.267$	$r=0.071$	$r=-0.147$	$r=0.315$	$r=-0.311$
ÇİSAÖ	$r=-0.025$	$r=0.249$	$r=0.044$	$r=-0.080$	$r=0.266$	$r=-0.135$
ÇİDAÖ	$r=-0.031$	$r=0.359$	$r=0.013$	$r=-0.268$	$r=0.193$	$r=-0.365$

Migren grubunda; depresyonu tanısı alanların ÇİDÖ puanı, diğer gruplardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ). Anksiyete bozukluğu tanısı olanların da ÇİDÖ puanı psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ).

Migren grubunda; depresyonu tanısı alanların ÇİSAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ). Anksiyete bozukluğu tanısı olanların ÇİSAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ).

Migren grubunda; depresyonu olanların ÇİDAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir

( $p<0.05$ ). Ayrıca, anksiyete bozukluğu olanların ÇİDAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ).

GTB grubunda; depresyonu olanların ÇİDÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ). Anksiyete bozukluğu olanların ÇİDÖ puanı psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p=0.027$ ).

GTB grubunda; depresyonu olanların ÇİSAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ). Anksiyete bozukluğu olanların ÇİSAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ).

GTB grubunda; depresyonu olanların ÇİDAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ). Ayrıca, anksiyete bozukluğu olanların ÇİDAÖ puanı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan ve DEHB olanlardan anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 25).

Tablo 25: Migren ve GTB' de Psikiyatrik Durumun Ölçek Puanları İle İlişkisi

Migren	Yok <sup>a</sup>	Depresyon <sup>b</sup>	Anksiyete <sup>c</sup>	DEHB
ÇİDÖ	9.00±5.53	22.59±6.00 <sup>a</sup>	17.67±8.39 <sup>a,b</sup>	12.09±6.54 <sup>b,c</sup>
ÇİSAÖ	32.72±6.64	43.85±6.57 <sup>a</sup>	41.93±8.56 <sup>a</sup>	36.74±6.74 <sup>b</sup>
ÇİDAÖ	34.61±5.90	44.89±6.24 <sup>a</sup>	42,43±8.19 <sup>a</sup>	36.17±6.37 <sup>b,c</sup>
<b>GTB</b>				
ÇİDÖ	9.57±4.23	26.00±6.06 <sup>a</sup>	19.12±9.33 <sup>a</sup>	12.40±5.21 <sup>b</sup>
ÇİSAÖ	35.00±7.02	46.89±5.33 <sup>a</sup>	46.19±5.29 <sup>a</sup>	37.70±7.31 <sup>b,c</sup>
ÇİDAÖ	33.00±5.77	45.00±5.02 <sup>a</sup>	43.88±7.41 <sup>a</sup>	33.30±5.21 <sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>:Psikiyatrik bozukluğu olmayan gruba göre <sup>b</sup>: Depresyon tanısı alan gruba göre <sup>c</sup>:Anksiyete bozukluğu tanısı alan gruba göre



## TARTIŞMA

Baş ağrısı çocukluk ve ergenlik çağında başlayan ve sık görülen somatik şikayetlerden biridir<sup>2,6,56</sup>. Çok küçük yaşlardan itibaren primer baş ağrılarında psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik etmektedir<sup>17,57</sup>. Birçok araştırmacı anksiyete bozuklukları ve depresyonun primer baş ağrılarını ile önemli bir ilişkisi olduğunu göstermiştir<sup>17,58,59</sup>. Baş ağrısına psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi baş ağrısı tedavisini ve prognozunu olumsuz etkilemektedir<sup>6,7</sup>. Çocuk psikiyatri polikliniğinde baş ağrısı psikiyatrik bozukluk birlikteliği yüksek oranlarda olmasına rağmen baş ağrısı şikayeti zaman zaman gözden kaçabilmektedir.

Üçüncü basamak bir hastanenin nörolojinin baş ağrısı dal kliniğine başvuran okul çağı çocuklarını değerlendirdiği bir çalışmada; ortalama yaş  $12.6 \pm 1.08$  idi ve cinsiyet 1.64:1 oranı ile kızlar lehineydi<sup>60</sup>. Çocukluk çağında eşit sayıda migren ve GTB hastasının klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, GTB grubunda migren grubuna göre yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ( $13.00 \pm 2.37$  yıl ve  $10.62 \pm 3.21$  yıl)<sup>61</sup>. Bizim çalışmamızda baş ağrısı yakınması olan ergenlerin yaş ortalaması  $14.37 \pm 1.79$  saptandı ve farklı sayılardaki migren ve GTB hastalarının yaş ortalamaları birbirine yakındı ( $14.38 \pm 1.83$  yıl ve  $14.36 \pm 1.72$ ). Sadece ergen yaş grubunun dahil edilmesi nedeniyle bir miktar yaş ortalaması yüksekti ve bu yaş grubunda baş ağrısı tipi ile yaş açısından bir ilişki olmadığı saptandı. Çalışmada cinsiyet dağılımı ise literatüre benzer şekilde kızlar lehineydi (%35'i erkek, %65'i kız).

Çalışmaya dahil edilen ergenlerin nörogelişimsel özelliklerine ortalama anne sütü alma süresi 12 ay, cümle kurmaya başlama yaşı 18 ay, tuvalet eğitimi alma zamanı 24 ay olarak saptandı. Örneklemin %92.1'i miadında doğmuştu. Genel çocuk gelişimi süreciyle uyumlu gelişim gösterdikleri saptandı<sup>62</sup>.

Çocuklarda baş ağrısı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda baş ağrısını arttıran çeşitli risk faktörleri öne çıkmaktadır. Aile içi problemler, özellikle boşanmış ebeveynler ya da ebeveyn kaybı, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim seviyesi baş ağrısı için risk faktörü olarak gösterilmektedir<sup>63,64,65</sup>. Bizim çalışmamızda da baş ağrısı olan ergenlerin %85 oranında ebeveynleri birlikte

yaşarken, %15 oranında ebeveynlerinin boşanmış olduğu saptandı. Bu da baş ağrısı sıklığını arttıracak bir risk faktörü olabilir.

Migren veya GTB ile sosyoekonomik düzey arasında nasıl bir ilişki olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda çok farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bazı popülasyon çalışmaları yüksek gelir düzeyi olan grupların daha fazla migren tanısı aldığını göstermektedir<sup>66,67</sup>. Yüksek gelir düzeyi olanların tıbbi desteğe ulaşma şansının yüksek olması daha fazla migren tanısı almalarına sebep olabilir. Bazı çalışmalarda ise migrenin orta-yüksek sosyoekonomik kesimlerde daha fazla olduğu görülür<sup>68</sup>. Bizim polikliniğimize başvuran ailelerin genel olarak sosyoekonomik düzeyi düşük-orta seviyededir. Bizim hasta örneklemimizin yetersiz beslenmesi, yeterli tıbbi destek alamaması, ek psikiyatrik bozukluk oranlarının yüksek olması ve fazla strese maruz kalmaları migren tanısının bu denli yüksek oranlarda olmasına sebep olabilir. Bunun yanı sıra baş ağrısı olan ergenlerin ebeveynlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında annelerinin ve babalarının çoğunlukla ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Bu çalışmada ergenlerin düşük sosyoekonomik düzeyi ve ebeveynlerinin düşük eğitim seviyesi baş ağrısı sıklığını arttıran diğer faktörleri olabileceği düşünüldü.

Örneklemimizde hastaların %70'i migren tanısı (n:98) alırken; %30'u GTB tanısı aldı. GTB en sık baş ağrısı nedeni olarak bilinmesine rağmen bu çalışmada migren tanısı daha sık saptandı. Depresyon ve anksiyete bozukluğunda merkezi rolü olan serotonin benzeri şekilde migrende de rolü olduğu bildirilmiştir. Migrenin serotonin agonistlerinden fayda görmesi ve serotonin transporter gen polimorfizminin migren duyarlılığı ve atak sıklığını etkilemesi psikiyatrik bozukluklar ve migren arasındaki ilişkiyi desteklemektedir<sup>69</sup>. Bu çalışmada psikiyatrik bozuklukların ve migrenin santral mekanizmalarla ilişkili ortak bir yoldan kaynaklanabileceği fikrine bağlı olarak migren tanısı daha sık görülüyor olabilir.

Migrende puberteden sonra cinsiyete göre görülme sıklığının kız/erkek:2/1 oranına ulaştığı bildirilmektedir<sup>21,22,23</sup>. Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde migren tanısı ergen kız çocuklarda, erkek çocukların 2

katından daha fazla sıklıkta saptandı (kız: %68,3 erkek:%31.7). GTB sıklığı da literatüre uyumlu olarak kız çocuklarda, erkek çocuklardan daha fazlaydı<sup>70</sup>.

Migren prevalansı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu genel migren sıklığına odaklanırken, auralı migren ve aurasız migren sıklığıyla ilgili oldukça az veri bulunmaktadır. Genel populasyon prevalans çalışmalarında, auralı migren sıklığı erkeklerde %1-4, kadınlarda %3-10 civarındadır. Migren hastalarının yaklaşık üçte birini auralı migren hastaları oluşturmaktadır<sup>71</sup>. Hastane tabanlı bir çalışmada ise baş ağrısı grubunun %60.6'ı migren, %38.0'ı GTB, %1.4'ü küme tipi baş ağrısı saptandı. Migren hastalarının %81.4'ü aurasız migren, %18.6'sı auralı migren; GTB hastalarının %59.3'ü EGTB, %40.7'si, KGTB idi<sup>72</sup>. Yaş grupları, ırk, cinsiyet, çalışmanın yöntemi, kullanılan ICHD kriterleri gibi etkenlere bağlı olarak çalışmalarda prevalans oranları farklılık gösterebilir. Bizim çalışmamızda en sık aurasız migren (%63), ikinci sıklıkta kronik migren (%21), en az sıklıkta auralı migren (%16) saptandı. Migren alt tiplerinde literatüre uyumlu olarak aurasız migren sıklığı, auralı migrenden daha fazlaydı<sup>21,71</sup>. Kronik migrenin sıklığının auralı migren sıklığından hafif düzeyde fazla saptanması hastaların düşük sosyoekonomik düzeyine ve psikososyal stresör faktörlerin fazlalığına bağlı olabilir.

GTB ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar migrene göre daha azdır. Geniş populasyon tabanlı bir çalışmada 1 yıllık EGTB ve KGTB sıklığı sırasıyla %38.3 ve %2.2 idi. Her iki cinsiyette de eğitim düzeyi arttıkça EGTB sıklığı artmakta, yüksek okul mezunu erkeklerde %48.5; kadınlarda %48.9'a ulaşmaktadır. KGTB sıklığı ise eğitim düzeyi ile ters orantılı bir ilişkiye sahiptir, eğitim düzeyi arttıkça sıklıklar EGTB için %64.3 oranına, KGTB için %35.7 oranına yükselmektedir. Oranının bu denli yüksek olmasının eğitim seviyesine bağlı olmadığı daha çok eşlik eden yüksek oranda psikiyatrik bozukluk varlığı ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çocuk ve ergenlerde primer baş ağrılarında psikopatolojinin değerlendirildiği çalışmalarda; internalizasyon ve eksternalizasyon problemlerinin kontrol grubuna göre fazla olduğu (sırasıyla %63 ve %27), GTB grubunda internalizasyon (somatik şikayetler, depresyon, anksiyete) ve eksternalizasyon

problemlerin (hiperaktivite, davranış problemleri) sıklığının sırasıyla %57 ve %25; migren grubunda ise %67 ve %28 olduğu bildirilmektedir. İnternalizasyon problemlerinin migrende GTB'den istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık olduğu (p:0.002); ancak externalizasyon problemleri açısından bir fark olmadığı bildirilmektedir<sup>57</sup>. Bazı çalışmalar ise aksine GTB'de internalizasyon ve eksternalizasyon problemlerin migrenden daha fazla olduğunu göstermektedir<sup>73</sup>. Baş ağrısında psikiyatrik komorbiditenin sıklığını bildiren çalışmaların aksine çocuk ve ergen migren hastalarında psikopatolojiyi değerlendiren klinik çalışmaların sistematik derlemesinde; değerlendirmede kullanılan test skorları normal değerlere göre hafif yüksek puanlardaydı ancak; DEHB, davranım bozukluğu, distimi ya da depresyon migren hastalarında sağlıklı çocuklardan farklı saptanmadı. Migrenli çocukların daha fazla anksiyete ve depresyon belirtisi gösterdiği, daha fazla eksternalizasyon davranışları sergilediğine dair kesin olmayan kanıtlar vardır. Migrenli çocukların sağlıklı kontrollere göre kısıtlı kanıtlara dayalı olarak daha fazla karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısı aldığı bildirilmektedir<sup>74</sup>. Migren ve GTB karşılaştırıldığında psikiyatrik komorbid tanılar açısından çalışmaların birçoğunda iki grup arasında önemli bir farklılık saptanamamaktadır<sup>75</sup>. Bizim çalışmamızda da aynı şekilde psikiyatrik tanısı olmayanlar, depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB tanısı olanlar migren ve GTB için incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p:0.822).

Migren ve GTB tanısı alan hastalar rekürren baş ağrısı öyküsü olmayan bireylere kıyasla psikiyatrik hastalıkları oldukça yüksek oranlarda göstermektedir. Psikiyatrik komorbidite varlığı baş ağrısının kronikleşmesi için başlı başına bir risk faktörüdür. Popülasyon ve hastane tabanlı çalışmalar, kronik migrende epizodik migrene göre daha fazla psikiyatrik komorbite özellikle duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olduğunu bildirmektedir<sup>76,77</sup>. Çok merkezli GTB'nin değerlendirildiği bir çalışmada KGTB tanısı alanların %84'üne, EGTB tanısı alanların %70'ine bir psikiyatrik bozukluk eşlik ettiği bildirilmektedir<sup>78</sup>. Bizim çalışmamızda ise EGTB tanısı alanların %74'ünde, KGTB tanısı alanların %100'ünde en az bir psikiyatrik bozukluk vardı. Bizim çalışmamızda olduğu gibi hastane tabanlı çalışmalarda popülasyon tabanlı çalışmalara göre komorbid bozuklukların oranı çok daha yüksektir<sup>72,75,79</sup>. Bu

durum birçok nedene bağlı olabilir. Daha ağır hastaların tedavi arayışında olmasından, hastanın başvurduğu kliniğin farklılığından, çalışmaların metodolojik farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bu yüksek oranlar nedeniyle psikiyatrik bozukluğu ve baş ağrısı olan hastalarının erken tanı ve tedavisi, baş ağrısıyla ilişkili yaşam kalitesi ve işlevsellikteki düşüşün, kronikleşmeye gidişin ve tedaviye yetersiz yanıtın azaltılmasına önemli katkı sağlar.

Migrenlilerin migren olmayanlara göre depresyona yakalanma rölatif riskinin 3 kattan fazla olduğu (OR:3.2; 95% CI, 2.3–4.6), depresyonu olanların depresyonu olmayanlara göre migrene yakalanma riskinin de 3 kattan fazla olduğu (OR:3.1; 95% CI, 2.0–5.0) bildirilmektedir<sup>80</sup>. Migrenlilerin migren olmayanlara göre anksiyete bozukluğu açısından da riski 3-6 kat artmaktadır<sup>79</sup>.

Baş ağrısı kliniğine başvuran hastalarda aurasız migren, GTB gruplarında (kombine veya izole) depresyon ile anksiyete prevalansı ve karakteristiklerinin değerlendirildiği bir çalışmada; aurasız migren hastalarının %3.6'sının, GTB hastalarının %8.5'inin, kombine grubun %10.7'sinin depresyon tanısı aldığı, baş ağrısı gruplarına göre sırasıyla anksiyete bozukluğu sıklığının %6.5, %6.4 ve %14.6 oranında olduğu saptanmıştır<sup>79</sup>. Baş ağrılarının depresyona göre anksiyete bozukluğu ile daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğu bildirilmiştir<sup>81</sup>. Bizim çalışmamızda ise hastalarının çocuk psikiyatri polikliniğe başvurduğu anda yapılan ruhsal muayenesine göre migren hastalarının %27.5'inde, GTB hastalarının %21'inde depresyon, baş ağrısı gruplarına göre sırasıyla %31 ve %38 oranında anksiyete bozukluğu saptandı. Bizim çalışmamızda da hem migren hem de GTB gruplarında en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk anksiyete bozukluğuydu. Anksiyete bozukluğu ve depresyon oranlarının literatüre göre yüksek çıkmasının nedeni hastaların çocuk psikiyatri poliklinik başvurunda baş ağrısı şikayetleri ile nöroloji polikliniğine yönlendirilmelerinin önemli bir etken olduğu, hastaların sosyoekonomik ve sosyokültürel seviyenin düşük olmasının da katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Auralı migrenin aurasız migrene göre daha sıklıkla psikiyatrik komorbiditeyle birlikte olduğu bildirilmektedir. Depresif semptomlardan bağımsız

olarak ergenlerde auralı migreni olanlarda daha sık suicid düşüncesi saptanmıştır<sup>80</sup>. 49205 kişinin katıldığı toplum tabanlı çalışmada depresyon ve depresyonla komorbid anksiyete bozukluğunun auralı migreni olan kadınlarda daha fazla olduğunu, sadece anksiyete bozukluğu tanısı alanlarda bu ilişkinin olmadığını, erkeklerde ise auralı migren ve aurasız migren arasında depresyon ve anksiyete bozukluğu prevalansı açısından fark olmadığını bildirilmektedir<sup>82</sup>. Bizim çalışmamızda ise migren alt gruplarında psikiyatrik bozukluklar açısından (depresyon, anksiyete bozukluğu ve DEHB) istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamadı. Bunun nedeni migren alt gruplarına düşen hasta sayısının az olması olabilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa bile aurasız migren grubunda auralı migren grubuyla eşit oranda psikiyatrik bozukluk olması (%81), auralı migren ve aurasız migren gruplarının kronik migrene yakın ve yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluğun varlığı dikkat çekicidir.

Auralı migrende majör depresyon %32.2 oranında iken aurasız migrende %21.7; anksiyete bozukluğu ise sırasıyla %57.6 ve %50.7 oranında saptanmıştır<sup>82</sup>. Bizim çalışmamızda ise literatürdeki bazı çalışmalara ters olarak aurasız migrende depresyon oranı, auralı migrenden daha yüksek oranda saptandı. Anksiyete bozukluğu sıklığında migren alt gruplarında Oedegaard ve ark.'larının çalışmasına benzer şekilde istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı<sup>82</sup>. Bizim çalışmamızda kronik migrende depresyon oranı auralı ve aurasız migrenden belirgin biçimde daha yüksek iken anksiyete bozukluğu açısından diğer iki gruba benzer oranlardaydı.

Migren çalışmalarının tersine GTB ve psikiyatrik komorbidite araştırmaları genellikle hastane tabanlı çalışmalardır. Çalışmalara göre psikiyatrik komorbidite KGTB'de EGTB'den daha sık olduğu bildirilmektedir. Depresyon baş ağrısı ile en çok ilişkili olan psikiyatrik bozukluktur<sup>83</sup>. Bizim çalışmamızda da KGTB'de EGTB'e göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla psikiyatrik bozukluk saptandı. KGTB hastalarının hepsinde bir psikiyatrik bozukluk vardı. Migren ve GTB'de psikiyatrik bozukluklar açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak hem migren hem GTB' de literatürün aksine depresyondan çok anksiyete bozukluğu tanısı daha fazla saptandı. Literatürde bazı araştırmalar GTB'de daha çok anksiyete bozukluklarının eşlik ettiğini

(nörotik kişilik nedeniyle), migrende ise daha çok depresif bozukluğun eşlik ettiğini (serotonerjik patoloji nedeniyle) bildirilmektedir<sup>59</sup>. Diğer bazı çalışmalar tarafından bu bulgular desteklenmemektedir. Juang ve ark. KGTB hastalarının %64'ünde bir psikiyatrik bozukluk olduğu ancak majör depresyonun anksiyete bozukluğundan daha sık olduğunu bildirmiştir<sup>84</sup>. Bizim çalışmamızın ergenleri kapsamı, ergenlikte depresyonun sıklığının erişkin çağıdan daha düşük olması, anksiyete bozukluğunun fazla saptanmasının bir sebebi olabilir. Ergenlikte tanı stabilitesinin değişkenliği, anksiyete bozukluğu yaşı ilerlemesi ile birlikte depresyon tanısına dönüşebileceği veya anksiyete bozukluğunun depresyon ile komorbid olabileceği<sup>85</sup> bizim çalışmamızda literatüre göre depresyonun daha az olmasıyla anksiyete bozukluğunun ileriki dönemde belki de depresyon olarak yansıyabileceği düşüncesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmalar genel populasyonda primer baş ağrısı değerlendirmesi için nörolojiye yönlendirilen çocuk ve ergenlerde DEHB ve öğrenme bozukluklarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Bir çalışmada primer baş ağrılarının %24.7'sinde öğrenme güçlüğü, %28'inde DEHB ek tanısı olduğu saptandı. DEHB'nin GTB hastalarında migrene göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla olduğu bildirildi (%36.5 vs. %19.8, p:0.006)<sup>86,87</sup>. Sık sık veya şiddetli baş ağrısı atakları yaşayan kişilerin dikkat problemleri yaşayabileceği, bu kişilerde irritabilite ve davranış problemleri görülebileceği ve tüm bu belirtilerin DEHB tanısı alabileceği düşünülmektedir. Primer baş ağrısı hastalarında DEHB tanısının sıklığı baş ağrısı ataklarına bağlı dikkat sorunlarının artmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sıklığı açıklamaya çalışan bir hipotez de DEHB ve baş ağrısının altında ortak bir patofizyolojik yolağın olabileceğidir<sup>86</sup>. Bu çalışmaların aksine klinik çalışmaların sistematik derlemesinde migrenli çocuklarda baş ağrısı olmayan çocuklara göre DEHB sıklığında bir artış saptanmamıştır<sup>74</sup>. DEHB tanısının, migren ve GTB gruplarında farklılık göstermediğini ancak hiperaktivite-impulsivite semptomları ile komorbid olduğunu gösteren çalışmalar da vardır<sup>88</sup>. Bizim çalışmamızda ise migren ve GTB'de DEHB tanısı alma oranları birbirine benzer ve yüksek oranlardaydı (Migrelilerin: %23,5'inde GTB'lilerin %23.8'inde DEHB tanısı vardı). Bu durum çalışmamızın yönteminden veya ergen yaş grubunda sık görülen dürtüsellik belirtilerinin ve

ağrıya sekonder ortaya çıkan dikkatsizlik ve irritabilite belirtilerinin DEHB olarak yorumlanmasından kaynaklanabilir.

Çok küçük yaşlardan itibaren migren ve GTB tipi primer baş ağrılarına psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik etmektedir<sup>17,57</sup>. Baş ağrısına psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi baş ağrısı tedavisini ve prognozunu olumsuz etkilemektedir<sup>6,7</sup>. Psikiyatrik bozukluğun ağrının kronikleşmesi için risk faktörü olduğu saptanmıştır<sup>89,90</sup>. Literatürdeki alışmalar, baş ağrısının birçok tipinde BD, STAI-s, STAI-t ölçek puanlarının patolojik derecede yüksek olduğunu bildirmiştir. Tan ve ark.'larının yaptığı çalışmada da benzer şekilde ölçek puanları patolojik düzeylere çıkmasına rağmen migren ve GTB arasında ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı bulundu. Baş ağrısı şikayetinin süresi, atakların süresi ve sıklığı ile ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmadı. Aynı zamanda psikiyatrik bozukluğun varlığı ile baş ağrısı süresi, atak sıklığı, süresi ve şiddetini arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı<sup>75</sup>. Bizim alışmamızda kullanılan ölçeklerden farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda da baş ağrısı sıklığı ve atak sayısı ile anksiyete ve depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı<sup>57</sup>. Migrende atak sıklığı ve süresi ile psikiyatrik komorbiditenin ilişkisinin olduğu ama atak şiddetinin ilişkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır<sup>91</sup>. Bizim alışmamızda psikiyatrik bozukluk varlığında migren baş ağrısı süresi, atak sayısı, şiddetinde ve migrenin klinik özeliklerinde (bulantı, kusma, aura, fotofobi, fonofobi, baş dönmesi, hareketle kötüleşme) istatistiksel bir farklılık saptanmadı. Psikiyatrik bozukluk varlığı ağrı süresi, atak sayısı ve şiddetini etkilemiyor ve klinik görünümünü değiştirmiyor ise nasıl kronikleşmeye yol açabiliyor düşündürücü bir noktadır. Bizim alışmamızda migrenden farklı olarak GTB'de psikiyatrik bozukluk varlığında atak sayısı istatistiksel anlamlı biçimde artmaktadır (p:0.029). Bunun sebebi her ne kadar migren ve GTB arasında psikiyatrik bozukluk açısından anlamlı fark saptanmasa da, migren ve GTB patofizyolojisinin farklılığından, GTB'nin daha çok periferik nedenler ve stres ile ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir. Psikiyatrik bozukluk varlığında GTB klinik özelliklerine bakıldığında ise migrene benzer şekilde önemli bir farklılık saptanmadı, sadece kusma ve baş dönmesi psikiyatrik bozukluk varlığında



daha az saptandı. Bunun nedeninin örneklem azlığından kaynaklanıyor olabileceği düşünöldü.

Çalışmamızda migren ve GTB'nin klinik özelliklerinin depresyon, anksiyete bozukluğu ya da DEHB varlığında ne gibi değışkenlikler gösterdiği de incelenmiştir. Daha önce de bahsedildiği gibi baş ağrılarında psikiyatrik tanı varlığında klinik özelliklerde önemli bir farklılık saptanmazken, migren grubunda anksiyete bozukluğu tanısı alanlarda, psikiyatrik tanısı olmayanlara kıyasla 3.66 kat (OR: 3.667 p:0.038), DEHB grubunda psikiyatrik tanısı olmayanlara kıyasla 7,46 kat daha fazla (OR: 7,464 p:0.006) daha fazla zonklayıcı baş ağrısı saptandı. Çalışmamızda saptananlara benzer bir bulguya literatürde rastlanmamıştır. Zonklayıcı tip baş ağrılarında anksiyete bozukluğu ve DEHB açısından detaylı bir ruhsal değerlendirmenin faydalı olabileceği düşünölmektedir. GTB grubunda ise anksiyete bozukluğu olanların psikiyatrik tanısı olmayanlara kıyasla baş ağrılarının hareketle kötüleşme özelliğinin 10 kat (OR:10.00 p:0,05) daha fazla olduğu ve GTB'ye anksiyete bozukluğu eşlik ettiğinde psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre median atak sayısının anlamlı derecede arttığı saptandı. Baş ağrısında hareketle ağrının kötüleşmesi özelliği daha çok migren baş ağrısını düşöndürse de GTB ile komorbid anksiyete bozukluğu varlığında hareketle kötüleşmenin 10 kat artması, çocukluk çağda GTB olarak tanımlanan bu ağrılarının komorbid anksiyete bozukluğunda ileride migrene dönüşme olasılığının fazla olduğunun bir göstergesi olabilir. Eşlik eden anksiyete bozukluğu varlığında atak sayısının artması da bunu destekler niteliktedir.

Baş ağrısı sıklığı ve depresyon puanları arasında çelişkili veriler bildirilmektedir. Hem migren ve migren dışı baş ağrısı olanlarda depresyon ve anksiyete bozukluğu için Odss ratio oranları baş ağrısı sıklığı ile artmaktadır<sup>81</sup>. Literatürde baş ağrısı şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki gösterilememiştir<sup>92</sup>. Bizim çalışmamızda migrende baş ağrısı şiddeti arttıkça ÇİDÖ ve ÇİSAÖ-ÇİDAÖ puanlarının zayıf bir korelasyon ile arttığı görülürken (r:0.071 ve r:0.044-0.013), GTB'de baş ağrısı şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında korelasyon saptanamadı. Bazı çalışmalarda baş ağrısı atak sıklığı ile depresyon puanları arasında bir ilişki olduğu bildirilirken<sup>81,92</sup> başka bir çalışmada

depresyon puanları ile baş ağrısı atak sıklığı arasında bir ilişki gösterilememiştir<sup>93</sup>. Bizim çalışmamızda migrende baş ağrısı sıklığı arttıkça ÇİDÖ ve ÇİSAÖ-ÇİDAÖ puanlarının zayıf bir korelasyon ile arttığı görülürken (r:0.267 ve r:0.249-0.359), GTB’de de migrene benzer şekilde baş ağrısı sıklığı ÇİDÖ ve ÇİSAÖ-ÇİDAÖ puanları arasında zayıf korelasyonlar (r:0.315 ve r:0.266-0.193) saptandı. Baş ağrısı atak süresi ile ölçek puanları arası korelasyon değerlendirildiğinde migrende ve GTB’de için anlamlı korelasyonlar saptanmadı. Böylece baş ağrısı klinik özellikleri arasında depresyon ve anksiyeteyi değerlendiren ÇİDÖ ve ÇİSAÖ-ÇİDÖ puanları ile en çok atak sıklığının ilişkili olduğu görüldü. Bu bulguların genellenebilmesi için klinik çalışmalarda elde edilen bu bulguların genel populasyonda da değerlendirilmesi ve benzer şekilde saptanması gerekmektedir.

Literatürdeki çalışmalar, baş ağrısının birçok tipinde depresyon ve anksiyeteyi değerlendiren BDÖ, STAI-s ve STAI-t ölçek puanlarının patolojik derecede yüksek olduğunu bildirmektedir<sup>75</sup>. STAI ölçek skorlarının migren, GTB ve kombine baş ağrılarında kontrol grubuna göre eşit oranda artarak düşük düzeyde anksiyete puanlarına ulaştığı bildirilmiştir (40 ile 44 puan arası)<sup>92</sup>. Bizim çalışmamızda da ÇİSAÖ ve ÇİDAÖ puanları migrende depresyonu ve anksiyete bozukluğu olanlarda  $43.5 \pm 6.57$  ve  $41.93 \pm 8.56$  düzeyinde iken psikiyatrik bozukluğu olmayanlarda ve DEHB tanısı olanlarda 40 puanının altındaydı. GTB’ de depresyonu ve anksiyete bozukluğu olanlarda  $46.89 \pm 5.33$  ve  $46.19 \pm 5.29$  düzeyinde iken psikiyatrik bozukluğu olmayanlarda ve DEHB’ si olanlarda 40 puanının altındaydı. Litetatürle uyumlu olarak hem migren hem GTB’de anksiyete ölçek puanları yükselirken GTB’de ölçek puanlarının orta düzey anksiyete seviyesine yükseldiği görülmektedir. Hem migrende hem de GTB’de depresyon tanısı alanların ÇİSAÖ ve ÇİDAÖ puanlarının, anksiyete bozukluğunda da ÇİDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olması baş ağrısında anksiyete bozukluğu ve depresyonun birlikte bulunabileceğini göstermektedir. Ölçeklerle elde edilen veriler psikiyatrik görüşmeyle de çalışmamızda desteklenmiştir. Baş ağrısı hastalarında ÇİDÖ, ÇİSAÖ ve ÇİDAÖ ölçekleri ile kullanılarak psikiyatrik görüşmeye destek sağlanabilir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmada migren en sık görülen primer baş ağrısı idi.
2. Hem migren hem de GTB kız ergenlerde daha sık görülmekte idi.
3. Migren grubunun %82'sinde, GTB grubunun %83'ünde komorbid psikiyatrik bozukluk mevcuttu.
4. Migren ve GTB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk anksiyete bozukluğuydu.
5. Migren ve GTB grupları arasında komorbid psikiyatrik bozukluk dağılımı arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (p:0.905).
6. Migren alt tipleri arasında komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı açısından istatistiksel bir fark yoktu.
7. GTB alt tipleri arasında KGTB'ye istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk eşlik ediyordu (p:0.008).
8. Migrende komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı baş ağrısı atak süresi, atak sayısı, şiddeti ve baş ağrısı klinik özelliklerini (bulantı, kusma, aura, fotofobi, fonofobi, baş dönmesi, hareketle kötüleşme) etkilemiyordu.
9. GTB'de komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı baş ağrısı atak sayısını arttırıyorken, migrene benzer şekilde diğer baş ağrısı klinik özellikleri etkilemiyordu.
10. Migrende komorbid anksiyete bozukluğu varlığında zonklayıcı baş ağrısı görülme sıklığı 3.66 kat, DEHB varlığında 7.46 kat artıyordu.
11. GTB'de anksiyete bozukluğu varlığında baş ağrısının hareketle kötüleşmesi psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre 10 kat fazlaydı. Baş ağrısı atak sayısı da anksiyete bozukluğu varlığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktaydı.

12.Migrende atak sıklığı ve şiddeti ile, GTB'de ise atak sıklığı ile ÇİDÖ, ÇİSAÖ, ÇİDAÖ puanları arasında zayıf korelasyonlar mevcuttu.

13.Migren ve GTB'de özellikle depresyon ve anksiyete bozukluğu olanlarda ÇİDÖ, ÇİSAÖ ve ÇİDAÖ puanları literatürle uyumlu biçimde yüksekti.

Baş ağrısı ile komorbid psikiyatrik bozukluk varlığında klinik özellikler değişmese de baş ağrısı tedavisi güçleştiği, hastaların uzun yıllar ağrıya maruz kaldığı ve her iki bozukluğun yaşam kalitesini ayrı ayrı olumsuz etkilediği görülmektedir. Psikiyatri polikliniklerine primer baş ağrısı yakınması ile gelen ergenlerde dikkatli bir baş ağrısı değerlendirmesi esastır. Bu ergenlerin kapsamlı değerlendirilmesi sonucunda büyük oranda primer baş ağrısı tanısı aldıkları görülmektedir. Sık yaşanan baş ağrısı sorunları komorbid psikiyatrik durum için en önemli bağımsız risk faktörüdür. Bu durum bu ergenlerin tedavi stratejilerinin belirlenmesinde multidisipliner profilaksi ihtiyacının önemini ortaya koymaktadır. Erken çocukluk yaşlarından itibaren baş ağrısının önemsenmesi, psikiyatrik bozuklukların araştırılması ve tedavi edilmesi gerektiğini göstermektedir. Kronikleşmeyi önlemek için hastalar uzun süre tedavisiz kalmamalıdır. Ek psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi sürecinde ölçeklerden yararlanılması, bozuklukların erken tespit edilmesi, hızlı bir şekilde tedavisi ile baş ağrısı profilaksisi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. Cephalalgia. 1995;15(1):45–68.
2. Ozge A, Termine C, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wöber-Bingöl C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. J Headache Pain. 2011;12(1):13–23.
3. Kurul S, Akay A, Miral S, Dirik E. Assessment of Child Neurology Outpatients With Headache, Dizziness, and Fainting. J Child Neurol. 2004;19(5):332–6.
4. Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry. American Psychiatric Publishing; 1988;145(11):1358–68.
5. Zeharia A, Mukamel M, Carel C, Weitz R, Danziger Y, Mimouni M. Conversion reaction: management by the paediatrician. Eur J Pediatr. 1999;158(2):160–4.
6. Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, et al. High prevalence of somatic symptoms and depression in women with disabling chronic headache. Neurology. 2007; 8;68(2):134–40..
7. Lake AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. Headache. 2005;45(5):493-506.
8. Ropper AH, Samuels MA. Adams and Victor's Principles of Neurology. 9th ed. (Emre M. ed). Ankara: Ayrıntı Basımevi;2011.
9. Brna PM, Dooley JM. Headaches in the pediatric population. Semin Pediatr Neurol. 2006;13(4):222-30.
10. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. 1. Bölüm tarihsel giriş. In: Ertaş M, Demir GA (eds). Klinik uygulamada baş ağrısı. 1. baskı. İstanbul: Yelkovan Yayıncılık; 2004:1–8.
11. Ad Hoc Committee on Classification of headache of NINDB. JAMA. 1962;179:127–8.

12. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 1988;8 Suppl 7:1–96.
13. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2<sup>nd</sup> edition. *Cephalalgia*. 2004;24(suppl 1):16–151.
14. The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629–808.
15. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. 2007;27(3):193–210.
16. Aynur Özge. Çocukluk Çağı Baş ağrıları. In: Levent Ertuğrul İnan, editor. Baş ağrısında Yeni Ufuklar. Güneş Kitabevi; 2011. p. 363–86.
17. Bellini B, Arruda M, Cescut A, et al. Headache and comorbidity in children and adolescents. *J Headache Pain*. 2013;14:79.
18. Sillanpää M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. *Headache*. 1983;23(1):15–9.
19. Guidetti V, Lucchese F, Bellini B. Is the migrainous female brain different? Some new evidence. *Brain*. 2012;135:2311–3.
20. Zwart JA, Dyb G, Holmen T, et al. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The Nord-Trøndelag Health Study (Head-HUNT-Youth), a large population-based epidemiological study. *Cephalalgia*. 2004;24(5):373-379.
21. Shivpuri D, Rajesh MS, Jain D. Prevalence and characteristics of migraine among adolescents: a questionnaire survey. *Indian Pediatr*. 2003;40(7):665-9.
22. Zencir M, Ergin H, Sahiner T, et al. Epidemiology and symptomatology of migraine among school children: Denizli urban area in Turkey. *Headache*. 2004;44(8):780-5.
23. Annequin D, Tourniaire B, Massiou H. Migraine and headache in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47(3):617-31.

24. Karli N, Akgöz S, Zarifoğlu M, Akiş N, Erer S. Clinical characteristics of tension-type headache and migraine in adolescents: a student-based study. *Headache*. 2006;46(3):399–412.
25. Anttila P. Tension-type headache in childhood and adolescence. *Lancet Neurol*. 2006;5(3):268–74.
26. Ozge A, Bugdayci R, Sasmaz T, et al. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: a school-based epidemiological study of 5562 children in Mersin. *Cephalalgia*. 2002;22(10):791–8.
27. Barea LM, Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia*. 1996;16(8):545–9; discussion 523.
28. Kong CK, Cheng WW, Wong LY. Epidemiology of headache in Hong Kong primary-level schoolchildren: questionnaire study. *Hong Kong Med J*. 2001;7(1):29–33.
29. Abu-Arafah IA, Russell G. Epidemiology of headache and migraine in children. *Dev Med Child Neurol*. 1993;35(4):370–1.
30. Raieli V, Raimondo D, Cammalleri R, Camarda R. Migraine headaches in adolescents: a student population-based study in Monreale. *Cephalalgia*. 1995;15(1):5–12; discussion 4.
31. Al Jumah M, Awada A, Al Azzam S. Headache syndromes amongst schoolchildren in Riyadh, Saudi Arabia. *Headache*. 2002;42(4):281–6.
32. Karli N, Akiş N, Zarifoğlu M, et al. Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student-based epidemiological study in Bursa. *Headache*. 2006;46(4):649–55.
33. Akyol A, Kiylioglu N, Aydin I, et al. Epidemiology and clinical characteristics of migraine among school children in the Menderes region. *Cephalalgia*. 2007;27(7):781–7.
34. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. 7th ed. New York:Oxford University Press, 2001.
35. Taner Özbenli. Migren patogenezi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Derg*. 1994;11(1):59-66.

36. Lewis DW. Toward the definition of childhood migraine. *Curr Opin Pediatr.* 2004;16(6):628-36.
37. Moskowitz MA. Neurogenic versus vascular mechanisms of sumatriptan and ergot alkaloids in migraine. *Trends Pharmacol Sci.* 1992;13:307-311.
38. Özmenoğlu M. GS. Birincil baş ağrılarının mekanizmaları ve profilaktik tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Türkiye Klin Nöroloji.* 2010;3(1):92-100.
39. Suprongsinchai W, Storer RJ, Srikiatkachorn A. Pathogenesis of migraine. *J Med Heal Sci.* 2014;2(2):25–31.
40. Bolay H, Reuter U, Dunn AK, et al. Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. *Nat Med.* 2002;8(2):136–42.
41. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurology in Clinical Practice. Tan E, Özdemir S (eds). 5. baskı. Ankara: Kalkan Matbaacılık; 2008: 134-210, 2011-2059.
42. Supornsilpchai W, Sanguanrangsirikul S, Maneesri S, et al. Serotonin depletion, cortical spreading depression, and trigeminal nociception. *Headache.* 2006;46(1):34–9.
43. Ashina S, Bendtsen L, Ashina M. Pathophysiology of tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep.* 2005;9(6):415–22.
44. Bolay H, Dalkara T. Birincil Baş ağrılarının Fیزیopatolojisi. *Türkiye Klinikleri J Neur* 2003;1(2):98-102.
45. Rothner AD. Evaluation of headache. In: Winner P RA (eds). *Headache in Children and Adolescents.* London: BC Decker Inc; 2001: 20–33.
46. <http://old.noroloji.org.tr/html/file/Basagrısı%20tedavi%20rehberi.pdf>  
Erişim tarihi: 25.10.2015
47. Güzeldemir ME. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Sendrom.* 1995:11-21.
48. <http://www.itfnoroloji.org/basagrısı/basagrısı.htm> Erişim tarihi: 25.10.2015
49. Doksat MK. Baş ağrılarının Psikiyatrik Yönü. *Türkiye Klin J Intern Med Sci.* 2005;1(40):50-6.
50. Wober-Bingol C, Wober C, Karwautz A, et al. Clinical features of migraine: a cross-sectional study in patients aged three to sixty-nine. *Cephalalgia.* 2004;24(1):12–7.



51. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice. 2nd ed. London: Martin Dunitz Ltd, 2002:69-129.
52. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikol Derg. 1995;10:32-44.
53. Öy B, İlgen R, Ekmekçi A, ve ark. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin ilkokul ve ortaokul öğrencilerine uygulanması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 1995;2:76-81.
54. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyat Derg. 1991;2:131-6.
55. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatr. 1981;46(5-6):305-15.
56. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. Pain. 2000;87(1):51-8.
57. Margari F, Lucarelli E, Craig F, et al. Psychopathology in children and adolescents with primary headaches: Categorical and dimensional approaches. Cephalalgia. 2013;33(16):1311-1318.
58. Amouroux R, Rousseau-Salvador C. Anxiété et dépression chez l'enfant et l'adolescent migraineux: revue de la littérature. Encephale. 2008;34(5):504-510.
59. Puca F, Genco S, Prudenzano MP, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. The Italian Collaborative Group for the Study of Psychopathological Factors in Primary Headaches. Cephalalgia. 1999;19(3):159-64.
60. Hoque MA, Rahman KM, Haque B, et al. Pattern of headache in school going children attending specialized clinic in a tertiary care hospital in bangladesh. Oman Med J. 2012;27(5):383-7.
61. Özkan M, Teber ST, Deda G. Çocukluk Çağı Migren ve Gerilim Tiği baş Ağrılarında Klinik Özellikler, Risk Faktörleri ve İzlem. Türkiye Çocuk Hast. Derg. 2012;6(1):5-12.
62. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu F, Ünal F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 2008.

63. Karwautz A, Wöber C, Lang T, et al. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: a controlled study and review of the literature. *Cephalalgia*. 1999;19(1):32-43.
64. Şentürk A. 12-17 Yaş Arası Yetim Çocuklarda Primer Baş ağrısı Sıklığı ve Klinik Özellikleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, 2012. (Uzmanlık Tezi)
65. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, et al. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*. 2003;106(1-2):81-9.
66. Winner P, Lewis DW, Rothner AD. *Headache in Child and Adolescents*. 2nd ed. BC Decker Inc, 2008.
67. Stewart WF, Roy J, Lipton RB. Migraine prevalence, socioeconomic status, and social causation. *Neurology*. 2013;81(11):948-55.
68. Çağırıcı S. İstanbul İlinin Maltepe İlçesindeki Okul Çocuklarında Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Prevalansı ile Klinik Özellikleri. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, 2005. (Uzmanlık Tezi)
69. Baskin SM, Smitherman TA. Migraine and psychiatric disorders: comorbidities, mechanisms, and clinical applications. *Neurol Sci*. 2009;30 Suppl 1:S61-5.
70. Unalp A, Dirik E, Kurul S. Prevalence and clinical findings of migraine and tension-type headache in adolescents. *Pediatr Int*. 2007;49(6):943-9.
71. Manzoni GC, Stovner LJ. Epidemiology of headache. *Handb Clin Neurol*. 2010;97:3-22.
72. Akyıldız K, Sercan M, Yıldız N, ve ark. Is headache only headache? Comorbidity of headaches and mental disorders. *Düşünen Adam: J Psychiatry Neurol Sci*. 2015;28(1):34-46.
73. Mazzone L, Vitiello B, Incorpora G, et al. Behavioural and temperamental characteristics of children and adolescents suffering from primary headache. *Cephalalgia*. 2006;26(2):194-201.
74. Bruijn J, Locher H, Passchier J, et al. Psychopathology in children and adolescents with migraine in clinical studies: a systematic review. *Pediatrics*. 2010;126(2):323-332.

75. Tan FU, Özen NE, Kazezoğlu Ş, et al. Depression and anxiety in patients with migraine and tension-type headache. *Gazi Med J.* 2005;16(2):74-79.
76. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol.* 2013;260(8):1960-9.
77. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, et al. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(1):86-92.
78. Verri AP, Proietti Cecchini A, et al. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia.* 1998;18(2):45-9.
79. Beghi E, Bussone G, D'Amico D, et al. Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *J Headache Pain.* 2010;11(2):141-150.
80. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, et al. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology.* 2000;54(2):308-313.
81. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *Eur J Neurol.* 2003;10(2):147-152.
82. Oedegaard K, Neckelmann D, Mykletun A, et al. Migraine with and without aura: association with depression and anxiety disorder in a population-based study. The HUNT Study. *Cephalalgia.* 2006;26(1):1-6.
83. Torelli P, Lambru G, Manzoni GC. Psychiatric comorbidity and headache: clinical and therapeutical aspects. *Neurol Sci.* 2006;27(2):S73-6.
84. Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, et al. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache.* 40(10):818-23.
85. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8):837.
86. Genizi J, Gordon S, Kerem NC, et al. Primary headaches, attention deficit disorder and learning disabilities in children and adolescents. *J Headache Pain.* 2013;14(1):54.
87. Strine TW, Okoro CA, McGuire LC, et al. The associations among childhood headaches, emotional and behavioral difficulties, and health care use. *Pediatrics.* 2006;117(5):1728-35.

88. Arruda MA, Guidetti V, Galli F, et al. Migraine, tension-type headache, and attention-deficit /Hyperactivity disorder in childhood : a population-based study. 2010;122(5):18-26.
89. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, et al. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. Cephalalgia. 1998;18(7):455-462.
90. Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. Cephalalgia. 1999;19(4):211-7.
91. Antonaci F, Nappi G, Galli F, et al. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. J Headache Pain. 2011;12(2):115-125.
92. Marcus DA. Identification of patients with headache at risk of psychological distress. Headache. J Head Face Pain. 2000;40(5):373-376.
93. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, et al. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. Neurology. 2003;60(8):1308-12.

## SİMGELER ve KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CSD	: Kortikal Depresyon Dalgası
ÇİSAÖ	: Çocuklar İçin Sürekli Anksiyete Ölçeği
ÇİDAÖ	: Çocuklar İçin Durumluk Anksiyete Ölçeği
ÇİDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EGTB	: Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
GTB	: Gerilim Tipi Baş Ağrısı
ICHD	: The International Classification of Headache Disorders
ICHD 1 Edition	: The International Classification of Headache Disorders 1 <sup>st</sup> Edition
ICHD 3 beta	: The International Classification of Headache Disorders 3 <sup>rd</sup> Edition Beta Version
IHS	: Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu
KGTB	: Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
STAI-s	: The State-Trait Anxiety Inventory- state
STAI-t	: The State-Trait Anxiety Inventory-trait
5-HT	: Serotonin

## ŞEKİL ve RESİMLER

	<b>Sayfa No</b>
Şekil-1: Görsel Analog Skal	10
Şekil-2: Ağrı Termometresi	16
Şekil-3: Cinsiyet Dağılımı	27
Şekil-4: Migren ve GTB'de Psikiyatrik Tanı Dağılımı	31

## TABLULAR

	<b>Sayfa No</b>
Tablo:1 (Çocuk Baş Ağrısı Prevelans Çalışmaları)	10
Tablo 2: (Aurasız Migren Tanı Kriterleri)	20
Tablo 3: (Auralı Migren Tanı Kriterleri)	21
Tablo 4: (Kronik Migren Tanı Kriterleri)	21
Tablo 5: (Sık Olmayan Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri)	22
Tablo 6: (Sık Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri)	23
Tablo 7: (Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri)	23
Tablo 8: (Anne Sütü Alma, Yürüme, Konuşma ve Tuvalet Eğitimi Süresi)	28
Tablo 9: (Doğum Zamanının Dağılımı)	28
Tablo 10: (Anne-Baba Birlikteliğinin Dağılımı)	28
Tablo 11: (Anne ve Babanın Eğitim Durumu Dağılımı)	29
Tablo 12: (Migren ve GTB Tanı Alt Tiplerinin Dağılımı)	30
Tablo 13: (Migren ve GTB' de Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Dağılımı)	30
Tablo 14: (Migren Alt Tiplerinde Psikiyatrik Bozukluk Dağılımı)	31
Tablo 15: (GTB Alt Tiplerinde Psikiyatrik Bozukluk Dağılımı)	32
Tablo 16: (Migren Alt Tiplerinde Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Tanı Dağılımı)	32
Tablo 17: (GTB Alt Tiplerinde Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Tanı Dağılımı)	33

Tablo 18: (Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre Migren Baş Ağrısı Özellikleri)	33
Tablo 19: (Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre Migren Klinik Özellikleri)	34
Tablo 20: (Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre GTB Özellikleri)	34
Tablo 21: (Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre GTB Klinik Özellikleri)	35
Tablo 22: (Migrenlilerde Primer Psikiyatrik Tanı Gruplarında Demografik Özellikler ve Baş Ağrısına Ait Klinik Özellikler)	37
Tablo 23: (GTB'lilerde Primer Psikiyatrik Tanı Gruplarında Demografik Özellikler ve Baş Ağrısına Ait Klinik Özellikler)	38
Tablo 24: (Migren ve GTB Baş Ağrısı Süresi, Sıklığı ve Şiddetinin ÇİDÖ, ÇİSAÖ ve ÇİDAÖ Puanları ile İlişkisi)	39
Tablo 25: (Migren ve GTB' de Psikiyatrik Durumun Ölçek Puanları İle İlişkisi)	40



# EK-1: Sosyodemografik form



T.C.  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.**  
**HASTA DEĞERLENDİRME FORMU**

Hastanın adı soyadı:	Annenin yaşı:	Baba alkol kullanıyor mu? Kullanıyorsa ne sıklıkta?
Başvuru şekli: Mersin içi Mersin dışı	Üvey anne: 1. Var 2. Yok	Ailenin durumu: 1. Anne baba birlikte 2. Boşanmış 3. Parçalanma
Gönderen: 1. Kendileri 2. Eğitim kuruluşu 3. Psikiyatris 4. Özel Dr. 5. Adli makam 6. Konsültasyon	Annede hastalık: 1. Geçici 2. Süreğen	Ailede ruhsal hastalıklar:
Yaş:	Annede Ruhsal Hastalık 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka Geriliği 5. Kişilik Bozukluğu 6. Diğer	Anne baba arasında akrabalık: 1. Var 2. Yok
Kardeş sayısı:	Baba: 1. Var 2. Yok	1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Anne ile 4. Baba ile 5. Üvey anne ya da baba ile 6. Akraba ile 7. Korucu ile 8. Evlat edinilmiş 9. Kurumda (Anne baba ile görüşüyor) 10. Kurumda (Anne baba ile görüşmüyor)
Kaçıncı Çocuk:	Baba eğitimi: 1. Yok 2. Okur-Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O	Ailenin konut standardı: 1. Apartman dairesi 2. Müstakil ev 3. Gecekondu 4. Köy evi 5. Diğer
Kendi cinsinden kardeşi:	Baba işi: 1. Çalışmıyor 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık Mesubu 9. Emekli 10. Asker	Ayrı odası: 1. Var 2. Yok
Eğitimi: 1. Okula hiç gitmemiş 2. Anaokulu-Kreş 3. Özel Eğitim 4. Anasınıfı 5. Özel alt sınıf 6. İlk 1 7. İlk 2 8. İlk 3 9. İlk 4 10. İlk 5 11. İlkokul bitirmiş okumuyor 12. Orta 1 13. Orta 2 14. Orta 3 15. Lise 1	Baba yaşı:	Ayrı yatağı: 1. Var 2. Yok
Anne: 1. Var 2. Yok	Üvey baba: 1. Var 2. Yok	Çocuğun doğumundan bu yana il dışı yaşanan göç: 1. Var 2. Yok
Annenin eğitimi: 1. Yok 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Y.O	Babada hastalık: 1. Geçici 2. Süreğen	Annenin Doğurduğu yaşı:
Annenin işi: 1. Ev Hanımı 2. Düzensiz (Evde) 3. Düzensiz (Dışarıda) 4. İşçi 5. Memur 6. Serbest 7. Yönetici 8. Sağlık memuru 9. Emekli	Babada ruhsal hastalık: 1. Nöros 2. Psikoz 3. Bağımlılık 4. Zeka geriliği 5. Kişilik bozukluğu 6. Diğer	Kardeş ölümü: 1. Var 2. Yok



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Düşük-Kürtaş:  
1. Var  
2. Yok

Gebeliğin seyri:  
1. Normal  
2. Düşük tehdidi  
3. İlaç kullanımı  
4. Sistemik hastalık  
5. Dayak  
6. TORCH  
7. Anemi

Gebelikte doktor kontrolü:  
1. Var  
2. Yok

Doğum:  
1. Evde  
2. Hastanede

Doğum süresi:  
1. Miadında  
2. Erken doğum  
3. Geç doğum

Doğum şekli:  
1. Normal  
2. Aletle  
3. Sezeryan

Doğumda komplikasyon:  
1. Ters geliş  
2. Kordon dolanması  
3. Anoksi  
4. Uzanmış travay  
5. Makonyum sapirasyonu

Bebeğin doğumundan sonraki ilk durumu:  
1. Normal  
2. Mor ve ağlıyor  
3. Mor ve ağlamıyor  
4. Küvezde bakım

İkiz ise:  
1. Teki yaşıyor  
2. Ölü

Beslenme (ilk 6 ay) :  
1. Anne sütü  
2. Mama  
3. Birlikte  
4. Diğer

Kundaklama:  
1. Var  
2. Yok

Varsa Süre:

Yürüme ayı (Desteksiz)  
Konuşma ayı (Cümle kurma)  
Tuvalet eğitimi (Gece-gündüz)

Bakan kişi:  
1. Anne  
2. Baba  
3. Anneanne, babaanne  
4. Bakıcı  
5. Diğer

Anneden ayrılık(6 haftadan fazla)  
1. Var  
2. Yok

Ayrılık yaşı:

Geçirdiği önemli hastalık:  
1. Var  
2. Yok

Konvizisyon  
1. Ateşli  
2. Ateşsiz  
3. Yok

Menarj:  
1. Var  
2. Yok

Sünnet:  
1. Var  
2. Yok

Çocuğunuzu döver misiniz?  
1. Evet  
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Ebeveyn dayak yiyor mu?  
1. Evet  
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Tanı:  
1.  
2.  
3.

Belirti  
1.  
2.  
3.

Organik:  
1.  
2.  
3.

## EK-2: Çocuklar İçin Sürekli Anksiyete Ölçeği



### T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ

#### ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

#### 'NASIL HİSSEDIYORUM' ANKETİ (sürekli anksiyete)



- |  |                    |          |            |
|--|--------------------|----------|------------|
| 1.Yanlış yapacağım diye endişelenirim  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 2.Ağlayacak gibi olurum  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 3.Kendimi mutsuz hissederim  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 4.Karar vermede güçlük çekerim   | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 5.Sorunlarımla <u>üzümüze</u> gelmek bana zor gelir                                | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 6.Çok fazla endişelenirim  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 7.Evde sinirlerim bozular  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 8.Utangacım  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 9.Sıkıntılıyım   | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 10.Aklımdan engelleyemediğim önemsiz <u>düşünceler</u> geçer ve beni rahatsız eder | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 11.Okul beni endişelendirir  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 12.Ne yapacağıma karar vermekte güçlük <u>çekerim</u>                              | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 13.Kalbimin hızlı hızlı <u>çarptığını</u> fark ederim                              | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 14.Nedenini bilmediğim korkularım var  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 15.Annem-babam için endişelenirim  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 16.Ellerim terler  | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 17.Kötü <u>birşeyler</u> olacak diye endişelenirim                                 | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 18.Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim   | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 19.Karnımda bir rahatsızlık hissederim   | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |
| 20.Başkalarının benim hakkımda ne <u>düşündükleri</u> beni rahatsız eder           | ( )hemen hemen hiç | ( )bazen | ( )sık sık |

## EK-3: Çocuklar İçin Durumluluk Anksiyete Ölçeği



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
"NASIL HİSSEDİYORUM?" ANKETİ (DURUMLUK ANKSİYETE)  
Aşağıdaki cümlelerden ŞUAN için kendinize en uygun ifadeyi seçiniz

- |                   |   |  |
|-------------------|---|--|
| <b>1.Kendimi</b>  | 1 | <input type="checkbox"/> Çok sakin hissediyorum            |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Sakin hissediyorum                |
|                   | 3 | <input type="checkbox"/> Sakin hissetmiyorum               |
| <b>2.Kendimi</b>  | 3 | <input type="checkbox"/> Çok öfkeli hissediyorum           |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Öfkeli hissediyorum               |
|                   | 1 | <input type="checkbox"/> Öfkeli hissetmiyorum              |
| <b>3.Kendimi</b>  | 1 | <input type="checkbox"/> Çok huzurlu hissediyorum          |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Huzurlu hissediyorum              |
|                   | 3 | <input type="checkbox"/> Huzurlu hissetmiyorum             |
| <b>4.Kendimi</b>  | 3 | <input type="checkbox"/> Çok sinirli hissediyorum          |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Sinirli hissediyorum              |
|                   | 1 | <input type="checkbox"/> Sinirli hissetmiyorum             |
| <b>5.Kendimi</b>  | 3 | <input type="checkbox"/> Çok huzursuz hissediyorum         |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Huzursuz hissediyorum             |
|                   | 1 | <input type="checkbox"/> Huzursuz hissetmiyorum            |
| <b>6.Kendimi</b>  | 1 | <input type="checkbox"/> Çok dinlenmiş hissediyorum        |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Dinlenmiş hissediyorum            |
|                   | 3 | <input type="checkbox"/> Dinlenmiş hissetmiyorum           |
| <b>7.Kendimi</b>  | 3 | <input type="checkbox"/> Çok ürkmüş hissediyorum           |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Ürkmüş hissediyorum               |
|                   | 1 | <input type="checkbox"/> Ürkmüş hissetmiyorum              |
| <b>8.Kendimi</b>  | 1 | <input type="checkbox"/> Çok rahatmış hissediyorum         |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Rahatlanmış hissediyorum          |
|                   | 3 | <input type="checkbox"/> Rahatlanmış hissetmiyorum         |
| <b>9.Kendimi</b>  | 3 | <input type="checkbox"/> Kendimi çok endişeli hissediyorum |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Endişeli hissediyorum             |
|                   | 1 | <input type="checkbox"/> Endişeli hissetmiyorum            |
| <b>10.Kendimi</b> | 1 | <input type="checkbox"/> Çok hoşnut hissediyorum           |
|                   | 2 | <input type="checkbox"/> Hoşnut hissediyorum               |
|                   | 3 | <input type="checkbox"/> Hoşnut hissetmiyorum              |



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
'NASİL HİSSEDİYORUM?' ANKETİ (DURUMLUK ANKSİYETE)  
Aşağıdaki cümlelerden ŞUAN için kendinize en uygun ifadeyi seçiniz

11. Kendimi 3 ( ) Çok korkmuş hissediyorum  
2 ( ) Korkmuş hissediyorum  
1 ( ) Korkmuş hissetmiyorum.
12. Kendimi 1 ( ) Çok mutlu hissediyorum  
2 ( ) Mutlu hissediyorum  
3 ( ) Mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden 1 ( ) Çok eminim  
2 ( ) Eminim  
3 ( ) Emin değilim
14. Kendimi 1 ( ) Çok iyi hissediyorum  
2 ( ) İyi hissediyorum  
3 ( ) İyi hissetmiyorum
15. Kendimi 3 ( ) Çok başım dertte hissediyorum  
2 ( ) Başım dertte hissediyorum.  
1 ( ) Başım dert hissetmiyorum
16. Birşeylerin beni 3 ( ) Çok rahatsız ettiğini hissediyorum  
2 ( ) Rahatsız ettiğini hissediyorum  
1 ( ) Rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi 1 ( ) Çok keyifli hissediyorum  
2 ( ) Keyifli hissediyorum  
3 ( ) Keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi 3 ( ) Çok dehşete kapılmış hissediyorum  
2 ( ) Dehşete kapılmış hissediyorum  
1 ( ) Dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda 3 ( ) Herşeyi çok karmakarışık hissediyorum  
2 ( ) Herşeyi karmakarışık hissediyorum  
1 ( ) Hiçbirşeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi 1 ( ) Çok neşeli hissediyorum  
2 ( ) Neşeli hissediyorum  
3 ( ) Neşeli hissetmiyorum

## EK-4:Çocuklar için Depresyon Ölçeği



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ



Son 15 gün için size en uygun ifadeyi (X) işareti ile işaretleyiniz.

### PUAN

- A) 0 ( ) Kendimi arada sırada üzgün hissederim  
1 ( ) Kendimi sık sık üzgün hissederim  
2 ( ) Kendimi her zaman üzgün hissederim
- B) 2 ( ) İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek  
1 ( ) İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim  
0 ( ) İşlerim yolunda gidecek
- C) 0 ( ) İşlerimin çoğunu doğru yaparım  
1 ( ) İşlerimin çoğunu yanlış yaparım  
2 ( ) Her şeyi yanlış yaparım
- D) 0 ( ) Birçok şeyden hoşlanırım  
1 ( ) Bazı şeylerden hoşlanırım  
2 ( ) Hiçbir şeyden hoşlanmam
- E) 2 ( ) Her zaman kötü bir çocuğum  
1 ( ) Çoğu zaman kötü bir çocuğum  
0 ( ) Arada sırada kötü bir çocuğum
- F) 0 ( ) Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm  
1 ( ) Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim  
2 ( ) Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim
- G) 2 ( ) Kendimden nefret ederim  
1 ( ) Kendimi beğenmem  
0 ( ) Kendimi beğenirim
- H) 2 ( ) Bütün kötü şeyler benim hatam  
1 ( ) Kötü şeylerin bazıları benim hatam  
0 ( ) Kötü şeyler genellikle benim hatam değil
- I) 0 ( ) Kendimi öldürmeyi düşünmem  
1 ( ) Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam  
2 ( ) Kendimi öldürmeyi düşünüyorum
- J) 2 ( ) Her gün içimden ağlamak gelir  
1 ( ) Birçok günler içimden ağlamak gelir  
0 ( ) Arada sırada içimden ağlamak gelir
- K) 2 ( ) Her şey her gün beni sıkır  
1 ( ) Her şey sık sık beni sıkır  
0 ( ) Her şey arada sırada beni sıkır
- L) 0 ( ) İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım  
1 ( ) Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam  
2 ( ) Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
- M) 2 ( ) Herhangi bir şey hakkında karar veremem  
1 ( ) Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir  
0 ( ) Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
BECK DEPRESYON OLÇEĞİ

Son 15 gün için size en uygun ifadeyi (X) işareti ile işaretleyiniz.

- M) 0 ()Güzel/yakışıklı sayılırım  
1 ()Güzel/yakışıklı olmayanları var  
2 ()Çirkinim
- N) 2 ()Okul ödevimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım  
1 ()Okul ödevimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım  
0 ()Okul ödevimi yapmak sorun değil
- O) 2 ()Her gece uyumakta güçlük çekerim  
1 ()Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim  
0 ()Oldukça iyi uyurum
- O) 0 ()Arada sırada kendimi yorgun hissederim  
1 ()Birçok gün kendimi yorgun hissederim  
2 ()Her zaman kendimi yorgun hissederim
- P) 2 ()Hemen hergün canım yemek yemek istemez  
1 ()Çoğu gün canım yemek yemek istemez  
0 ()İştahım oldukça iyi
- R) 0 ()Ağrı ve sızılardan endişe etmem  
1 ()Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim  
2 ()Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
- S) 0 ()Kendimi yalnız hissetmem  
1 ()Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim  
2 ()Her zaman kendimi yalnız hissederim
- Ş) 2 ()Okuldan hiç hoşlanmam  
1 ()Arada sırada okuldan hoşlanırım  
0 ()Çoğu zaman okuldan hoşlanırım
- T) 0 ()Birçok arkadaşım var  
1 ()Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim  
2 ()Hiç arkadaşım yok
- U) 0 ()Okul başarımları iyi  
1 ()Okul başarımları eskisi gibi iyi değil  
2 ()Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım
- V) 2 ()Kimse beni sevmez  
1 ()Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim  
0 ()Beni seven insanların olduğundan eminim
- Y) 0 ()Bana söylenenleri genellikle yaparım  
1 ()Bana söylenenleri çoğu zaman yaparım  
2 ()Bana söylenenleri hiçbir zaman yapmam
- Z) 0 ()İnsanlarla iyi geçinirim  
1 ()İnsanlarla sık sık kavga ederim  
2 ()İnsanlarla her zaman kavga ederim