

# Baş ağrısı olan ve olmayan grupların Geştalt temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi

*An examination of gestalt contact styles, anger and anxiety levels of headache and non headache groups*

Çiğdem Kudiaki<sup>1</sup>, Nilhan Sezgin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kln.Psk., Çiğdem Kudiaki Bireysel ve Kurumsal Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Prof. Dr., Ankara Üniversitesi DTCF Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

## ÖZET

**Amaç:** Birincil baş ağrısı bozukluklarının en büyük bölümünü oluşturan migren ve gerilim tipi baş ağrılarında psikolojik faktörlerin önemi ve psikoterapi uygulamalarının yararı tutarlı olarak bildirilmektedir. Geştalt terapi yaklaşımında da, bedensel rahatsızlıklar ve bedene yönelik çalışmalar özel bir öneme sahiptir ve baş ağrısı gibi psikolojik etkenler tarafından oldukça ilişkili olan fiziksel rahatsızlıkların Geştalt temas biçimleri ile ilgili olabileceği varsayılmaktadır. Bu çalışma baş ağrısı olan ve olmayan gruplarda Geştalt temas biçimlerini, öfke ve anksiyete düzeylerini incelemek ve temas biçimlerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan ilk grupta 161 (141 kadın/20 erkek) katılımcı, baş ağrısı olmayan grupta ise 126 (94 kadın/32 erkek) toplam 287 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılar, Geştalt temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Geştalt Temas Biçimleri Ölçeği-Yeniden Düzenlenmiş Formu, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri kullanılarak elde edilmiştir. **Bulgular:** Baş ağrılı grubun kendine döndürme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimlerini baş ağrısı olmayanlara göre daha sık kullandıkları, öfke ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Geştalt temas biçimlerini yordayan değişkenler incelendiğinde, kişinin kendisine, diğerlerine ve dünyaya yönelik olumsuz düşüncelerinin kendine döndürme ve saptırma temas biçiminde önemli bir yordayıcı olduğu, kaygılı tepkilerin azalarak sakin tepkilerin azalması duyarsızlaşma temas biçiminin rol oynadığı görülmektedir. **Sonuç:** Temas biçimlerinin işlevsel kullanılmadığı durumlarda, öfke ve anksiyete yaşantılarının migren ve gerilim tipi baş ağrılarında olumsuz etkilerinin olabileceği görülmektedir. Bu sonuçların gelecekte baş ağrısına yönelik oluşturulacak Geştalt terapi temelli psikoterapi müdahalelerine zemin yaratması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Baş ağrısı, migren, gerilim tipi baş ağrısı, Geştalt terapi, Geştalt temas biçimleri, öfke, anksiyete

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:68-78)

DOI: 10.5505/kpd.2017.42104

## SUMMARY

**Object:** In migraine and tension type headaches, which constitute the largest part of primary headache disorders, the importance of psychological factors and psychotherapy applications are reported consistently. In the gestalt therapy approach, studies on physical disorders and body have a special precaution and it is assumed that the physical disorders that are highly related to psychological factors such as headache may be related to Gestalt contact patterns. This study was conducted to investigate Gestalt contact patterns, anger and anxiety levels, and to identify variables that predict contact patterns in the groups with and without headache. **Methods:** In the first group, migrain and tension type headache, there were 161 (141 female/20 male) participants and in the group without headache there were 126 participants (94 female/32 male). There were 287 participants in total. Data was collected through Personal Information Form, Gestalt Contact Styles Scale – Revised Form, Multidimensional Anger Scale and Beck Anxiety Inventory. **Results:** The comparisons of groups in terms contact styles, anger and anxiety yields that the individuals in headache group engage in retroflection, deflection and desensitization contact styles more than individuals who do not have headaches and they have higher anger and anxiety levels. Similarly, the results of the regression analysis show that the negative attitudes towards oneself, others and the world are an important predictor of retroflection and deflection contacts styles. Also, the attitude of desensitization seems to play a role in decreasing anxious reactions and decreasing quiet responses. **Discussion:** The results indicate that unhealthy contact styles, anger and anxiety experiences have negative effects on headache. Thus, Gestalt therapy based psychotherapy techniques can be recommended to be an important foundation for treatment of headaches.

**Key Words:** Child, crime, juvenile delinquency, risk factors, forensic psychiatry Headache, migraine, tension type headache, Gestalt therapy, Gestalt contact styles, anger, anxiety

## GİRİŞ

Birincil baş ağrısı bozuklukları içinde büyük çoğunluğunu migren ve gerilim tipi baş ağrıları (GTBA) oluşturmaktadır (1). Baş ağrısında stres, anksiyete, depresyon, öfke gibi psikolojik süreçlerin öneminin ortaya konması; biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin birbiri ile ilişkili olduğuna dair ilgiyi giderek arttırmıştır. Ağrının duyusal ve duygusal bileşenleri içermesi nedeniyle "anksiyete", "depresyon" ve "öfke" gibi duyguları içeren üç ayaklı bir yapıya dayandığı ve söz konusu duyguların baş ağrısının ortaya çıkışı, şiddetini ve gidişatını etkilediği belirtilmektedir (2,3). Anksiyete, öfke, depresyon ya da stresli durumların baş ağrısını tetikleyebildiği (4,5); migren tipi baş ağrısı olan kişilerin anksiyete ve depresif belirtilerinin baş ağrılı olmayanlardan daha fazla olduğu (6,7); anksiyetenin baş ağrısı etkisinde ve baş ağrısının şiddetlenmesinde rolü olduğunu (8) , baş ağrılı kişilerde öfkenin ve baş etme becerilerinin baş ağrısını yordayıcı rolü olduğu (9) gösterilmiştir. Ayrıca baş ağrısına yönelik psikososyal müdahalelerin (bilişsel davranışçı psikoterapi, gevşeme eğitimi, biyolojik geri bildirim yöntemi gibi), ağrı sıklığı ve şiddetinin azalmasında etkili olduğunun gösterilmesi, baş ağrısında psikolojik faktörlerin önemini destekler niteliktedir (10,11,12).

İnsanı içsel, sosyal ve fiziksel çevresinin bir bütünü olarak ele alan Gestalt terapi yaklaşımında bedensel, duygusal ve zihinsel yaşantıların birbirinden ayıramayacağı ve bunlardan herhangi birinde meydana gelen bir değişikliğin diğerlerini de etkileyerek tüm organizmanın etkileeneceği varsayılmaktadır (13). Bu yaklaşıma göre başka bir tıbbi sorunla açıklanamayan ağrı, acı, yanma, şişme, kasılma gibi fiziksel rahatsızlıkların o kişi için işlevsel bir anlamı olduğuna (14) ve fiziksel rahatsızlıklarla ilişkili olduğu düşünülen temas biçimlerinin sık kullanımıyla ortaya çıkabileceğine inanılmaktadır (15). Bunun için terapide bedensel rahatsızlıkların o kişi için taşıdığı anlamı ve vermeye çalıştığı mesajı araştırmaya yönelik çalışmalar yapılır (14).

Kişinin çevresiyle temas kurarken kullandığı yollara temas biçimleri adı verilmektedir. Kişinin kullandığı temas biçimleri, onun istek ve ihtiyaçlarını

gerçekleştirmesine yardımcı olduğunda, bu temas biçiminin işlevsel olarak kullanıldığı düşünülür (16). Ancak kişinin kullandığı temas biçimleri onun istek ve ihtiyaçlarını gerçekleştirmesine yardımcı olmaz, hatta engel olursa temasta yaşanan engellenmeler hem kişinin kendisiyle hem de çevresiyle ahenginin bozulmasına yol açar (14). Bu anlamda temas biçimleri Gestalt yaklaşımının kuram ve uygulamalarında terapistin rehberlik eden önemli haritalardan biri olması açısından da önemlidir. Çünkü bozukluğa, kesintiye, rahatsızlığa ya da dirence yol açan temas biçiminin kendisi değil; nasıl, ne zaman, kime karşı, hangi durumda, ne kadar sık ve ne kadar süre ile kullanıldığıdır (14). İnsanların diğerleriyle ilişkilerinde "içe alma", "iç içe geçme", "yansıtma", "kendine döndürme", "duyarsızlaşma", "saptırma" ve "kendini seyretme" şeklinde yedi farklı temas biçimi kullandıklarını ifade edilmektedir. İçe alma, kişinin çevresinden gelen duygu, düşünce ve davranışları ayırt etmeden ve özümsemeden, olduğu gibi içine almasıdır. Duyarsızlaşma en genel anlamıyla hislerin uyutulmasıdır. Bedenden gelen acı ya da rahatsızlık hissinin ve çevreden gelen bilgilerin dikkate alınmaması ya da göz ardı edilmesidir. Saptırma temas biçimi, temasın yoğunluğunu azaltmak için çevreyle ya da diğerleriyle doğrudan temastan kaçınmak ve diğerlerinden gelen mesaj, tepki ve duygu ifadelerini duymazdan ve görmezden gelmek şeklinde tanımlanabilir. Kişinin kendi duygu, düşünce, davranış ya da özelliklerini bir başka kişiye, duruma ya da objeye yönlendirmesi olarak tanımlanan dördüncü temas biçimi yansıtmadır. Kendine döndürme temas biçiminde ise, kişi ihtiyaçlarını karşılamak için kullanacağı enerjiyi çevresine yöneltmek yerine kendisine yöneltir. Enerjisini kendisine yönelten kişi çevreyle temasını keserek, kendi duygu ve düşüncelerine odaklanır ve hareketsizleşir. Gestalt yaklaşımına göre temas sınırı, kişinin çevresiyle bulunduğu yerdir. Ancak kendini seyretme temas biçiminde, ise kişi sadece kendisiyle buluşur ve kendisini, sanki bir başkasıymış gibi, dışarıdan gözler ve izler. Son temas biçimi olan iç içe geçme ise, kişinin kendisi ve diğerlerini "bir" olarak görmesi, kendi sınırlarını belirleyememesidir.

Gestalt yaklaşımında, yaşanan tüm sorunların, bedende somutlaşarak insanın varoluşunun temelini kapsadığı ve kişinin fizyolojik olarak ne yaşıyor-

sa psikolojik olarak da onu yaşadığı düşünölmektedir (15). Örneğın kronik olarak başı ağrıyan bir kişının psikolojik olarak da canının yandığı ya da ağrıdığı varsayılır. Özellikle kendine döndürme temas biçimini kronik olarak kullanan kişilerin bedensel özellikleri incelendiğinde, astım, ülser, baş ağrısı, kolit gibi bedensel rahatsızlıkların ön plana çıktığı belirtilmektedir (17, 18,19). Diğer yandan psikolojik sağlığın bozulmasında önemli bir yeri olan kendilikle ve diğerleriyle ilgili içe alınan bilgilerin de, ağız ve çene bölgesinde, boyun ve ensede, göğüs ve sırt bölgesinde ve diyaframda aşırı gerginliklere yol açtığı da ifade edilmektedir (20). Özellikle stresli durumlarda yaşanan anksiyete ve öfke duygularıyla işlevsel olarak baş edilememesi stresli durumun uzamasına ve kişinin hem psikolojik hem de bedensel olarak etkilenmesine yol açabilmektedir (21). Örneğın baş ağrılı kişilerde anksiyetenin artmasıyla ağrı şiddetinin arttığı, azalmasıyla ise ağrı sıklığının azaldığı belirtilmektedir (22,23). Benzer şekilde baş ağrısı grubunun öfke düzeyinin baş ağrısı olmayanlara göre yüksek olduğu, öfkelerini ifade etmekte daha fazla zorluk yaşadıkları bunun da ağrının yoğunluğu ve günlük yaşamda kısıtlılığa yol açtığı ifade edilmektedir (24,25)

Psikoterapi yaklaşımları içinde beden çalışmalarına, bedensel hastalık ve sorunlara özel bir önem veren Geşalt yaklaşımı içinde migren ve GTBA türü baş ağrısı olan kişilerin temas biçimlerine dair bilgi edinmek, bu kişilere yönelik teröpotik müdahalelerin oluşturulmasında son derece önem kazanmaktadır. Bu araştırmada migren, GTBA tanısı alan baş ağrılı olan ve bu tür bir ağrısı olmayan kişilerin temas biçimleri, öfke belirtileri, öfke sırasındaki düşünce ve tepkileri ile anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış ve temas biçimlerini yordayıcı değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örnekleme

Çalışmada 16-60 yaş arasında 287 kişiden oluşan iki grup katılımcı yer almıştır. Baş ağrısı grubu migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan 161 (141 kadın, 20 erkek; X: 33.22 SS:10.67) kişiden oluşmuştur. Bu grubun %31.68'i (51) ilkökul, %35'i lise (57), %

32'si ise üniversite mezunudur. Baş ağrısı olan katılımcılar, Ankara Tıp Fakültesi Nöroloji Departmanı'na baş ağrısı nedeniyle başvurup migren ve GTBA tanısı almış kişilerden oluşmaktadır. Bu tanılar, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği Sınıflama Ölçütleri'ne göre (25) Nöroloji doktorları tarafından konulmuştur. Migren ve GTBA gruplarına dâhil edilme ölçütleri şu şekildedir: a) 16-60 yaş arasında olmak (Yetişkin Nöroloji Polikliniği 16 yaş ve üzerine hizmet vermektedir. 60 yaş ve üzerinde hormonlarla ilgili değişimler, baş ağrısının etiyojisini etkileyebilir. O nedenle çalışma ölçütleri, bu yaş grubu örneklemeden oluşturulmuştur); b) Migren veya GTBA tanısı almış olmak; c) Migren ve GTBA dışında herhangi bir nörolojik ya da kronik hastalığı bulunmamak; d) Zihinsel engeli olmamak ve okur-yazar olmak. Bu ölçütleri karşılayan katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Baş ağrısı olan grubun baş ağrısı süresi incelendiğinde ise; 1 yıldan az olan katılımcı sayısı 32 (%19.9), 1-5 yıl arası olan katılımcı sayısı 59 (%36.7), 6-10 yıl 31 kişi (%19.3), 10 yıldan fazla 41 (%25.5) olduğu görölmektedir. Baş ağrılarının başlangıç yaşı incelendiğinde, katılımcıların %23 (37)'sinin çocukluk döneminde, %43 sinin (69) 16-29 yaş aralığında, %'sinin 34 (54) ise 30 yaş sonrasında başladığı görölmektedir.

Baş ağrısı olmayan grup ise 126 (94 kadın/32 erkek; Yaş Ort:37.44 SS:10.53) kişiden oluşmuştur. Bu gruptaki kişilere, hasta yakınlarından ve hastane personelinden ulaşılmıştır. Bu grubun %19.05'i (24) ilkökul, %32.6'sı (41) lise, % 48.4'ü (61) üniversite mezunudur. Bu gruba dahil edilme ölçütleri ise a) Yılda 10 defadan az baş ağrısı yaşıyor olmak - Baş ağrısının sıklığının değerlendirilmesi için; "0: Hiç olmadı", "1: Yılda birkaç kez", "2: Ayda birden az", "3: Ayda bir-üç kez", "4: Haftada bir iki kez", "5: Haftada üç veya daha fazla", "6: Hemen hemen her gün" aralığında bir derecelendirme kullanılmıştır. Baş ağrısı grubuna alınan kişiler, bir ve ikinci seçeneği işaretlemişlerdir. Sıklıkla ilgili bilgiler Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (26,27) tarafından belirtilen ölçütlere göre yapılmıştır. b) Psikiyatrik/psikolojik yardım almamış olmak; c) Nörolojik ya da kronik hastalığı bulunmamak; d) Zihinsel engeli olmamak ve okur-yazar olmak. Aynı zamanda migren ve GTBA grubundaki kişilerle yaş, cinsiyet ve eğitim düzeylerinin benzer olmasına özen gösterilmiştir.

Bu ölçütleri karşılayan kişilerden gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

*Kişisel Bilgi Formu.* Kişisel Bilgi Formu'nda; cinsiyet, yaş, eğitim gibi demografik özellikler, baş ağrısına yönelik bilgiler baş ağrısının tipi, süresi, sıklığı, şiddeti gibi bilgiler ve kullanılan ilaçlara yönelik sorular yer almaktadır. Baş ağrısının sıklığı ve şiddeti konusundaki değerlendirmeler Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (26,27) tarafından belirtilen ölçütlere göre yapılmıştır. Baş ağrısının sıklığının değerlendirilmesi için; "0: Hiç olmadı", "1: Yılda birkaç kez", "2: Ayda birden az", "3: Ayda bir-üç kez", "4: Haftada bir iki kez", "5: Haftada üç veya daha fazla", "6: Hemen hemen her gün" aralığında bir derecelendirme kullanılmıştır. Baş ağrısının şiddetini değerlendirmek için ise; "0-1: baş ağrısı yok", "2-3: çok az ağrı (sadece dikkatimi onun üzerine yönelttiğimde fark edebiliyorum)", "4-5: hafif ağrı (çoğu zaman baş ağrımı göz ardı edebiliyorum)", "6-7: ağrılı (başım ağrmasına rağmen, yaptığım işe devam edebiliyorum)", "8-9: çok ağrılı (baş ağrım konsantrasyonumu güçleştiriyor, sadece basit işleri yapabiliyorum)" ve "10: şiddetli ağrı (başım o kadar ağrıyor ki, hiçbir şey yapamıyorum)" şeklinde bir derecelendirme kullanılmıştır.

*Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF).* İlk olarak Byrness'ın (28) tarafından geliştirilen 72 maddelik Gestalt Q Short (GQS) ölçeğe, yeni maddelerin de eklenmesiyle Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği-GTBÖ- (Gestalt Contact Styles Questionnaire GCSQ) oluşturulmuştur (29). Woldt ve Kepner (30) ölçeğin yeniden düzenlenmesi amacıyla GCSQ'ye 24 madde ekleyerek "Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF)" düzenlenmişlerdir. 100 maddelik ölçeğin 517 kişi üzerinden yapılan faktör analizi sonuçlarına göre, ölçeğin 6 faktörden oluştuğu saptanmıştır. Bu faktörler içe alma, yansıtma, kendine döndürme, iç içe geçme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimleri olarak belirlenmiştir. GTBÖ-YDF'nun ülkemiz örnekleminde yürütülen çalışmasında (28) ölçeğin Türkçe formunun kendine döndürme, saptırma, temas, iç içe geçme ve duygusal duyarsızlaşma beş faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Faktörlerde yer

alan maddelerin özellikleri, maddeler ve faktörlerin iç tutarlık katsayıları .53 ve .84 arasında değişmektedir. GTBÖ-YDF 61 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde "A: Bana oldukça uygun", "B: Bana uygun", "C: Kararsızım", "D: Bana uygun değil", "E: Bana hiç uygun değil" seçenekleri yer almaktadır. Ölçekteki maddeler 1-5 puan aralığında değerlendirilmektedir.

*Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ).* Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) Balkaya ve Şahin (31) tarafından kültürümüze özgü bir ölçek oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek öfkeyi "Öfke Belirtileri", "Öfkeye Yol Açan Durumlar -ciddiye alınmama, haksızlığa uğrama ve eleştirilme alt boyutları-", "Öfkeyle İlgili Düşünceler -dünyaya, kendisine ve öfkesine yönelik düşünceler alt boyutları-", "Öfkeyle İlişkili Davranışlar -saldırgan, sakin ve kaygılı davranışlar alt boyutları-" ve "Kişilerarası Öfke -intikama yönelik, pasif agresif, içe dönük ve umursamaz tepkiler alt boyutları-" olmak üzere 5 boyutta ele almaktadır. Bu boyutların 15 faktörlü bir yapı içerdiği ve bu faktörlerin güvenilirlik katsayılarının .64 ile .95 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığına yönelik analizler, alt ölçekler arasındaki ilişkilerin  $r = -.11$  ( $p < .01$ ) ile  $r = .76$  ( $p < .001$ ) arasında değiştiğini göstermektedir. Ölçekte yer alan tüm maddeler "hiç", "nadiren", "arada sırada", "sıklıkla" ve "her zaman" şeklinde 5'li Likert tipindedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, öfke yaşantılarının yoğunlaştığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin geçerliğini belirlemek için yapılan analizler, ÇBÖÖ ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Suçluluk ve Utanç Ölçeği arasında anlamlı ilişkilerin olduğunu göstermektedir. KSE toplam puanıyla ÇBÖÖ faktörleri arasındaki Pearson momentler çarpımı ile hesaplanan korelasyon katsayıları .01 ile .67 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin analizler sonucunda, alt ölçekler için .64 ile .94 arasında değişen Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları elde edilmiştir (31).

*Beck Anksiyete Envanteri (BAE).* Beck, Epstein, Brown ve Ster (32) tarafından geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. 4'lü Likert tipi puanlanan ölçekte seçenekler "hiç", "hafif derecede", "orta derecede" ve "ciddi derecede" şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin 1 hafta sonra elde edilen tekrar test güvenilirlik katsayısı  $r = .75$  ve  $r = .67$ 'dir.

Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise .92 olarak belirtilmiştir. Klinik gruplarla yapılan çalışmalarda ölçeğin anksiyete tanısı alan grubu, depresyon tanısı alan gruptan anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması (33), psikiyatrik tanı alan 177 kişinin katılımıyla yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .93 , madde-toplam korelasyon katsayıları ise  $r=.45$  ile  $r=.57$  olarak bildirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda, ölçeğin "Subjektif Anksiyete" ve "Somatik Belirtiler" olmak üzere iki faktörden oluştuğu belirlenmiştir.

## İşlem

Araştırmada öncelikli olarak Ankara Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli onay alınmıştır. Katılımcılara araştırma amacı açıklanmış ve bilgilendirilmiş onam formu aracılığı ile gönüllü katılımları sağlanmıştır. Uygulamada ilk olarak araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmış ve yukarıda tanımlanan ölçekler, sıra etkisini kontrol edebilmek amacıyla değişik sıralarda uygulanmıştır. Uygulama yaklaşık olarak 30 ile 45 dakika arasında sürmüştür.

## BULGULAR

Bu çalışmada baş ağrısı olan grupların GTBÖ-YDF alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediğine yönelik 2X5 tekrarlı anova analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişken baş ağrısı olma ya da olmama (2), bağımlı değişken ise katılımcıların GTBÖ-YDF beş alt boyut puanlarıdır (5). Tekrarlı anova analizi sonuçları, hem Geşalt temas biçimleri hem de baş ağrısı grubu açısından anlamlı bir grup temel etkisi olduğunu göstermektedir

$F(4,285) = 1124,79, \eta^2 = .79, p = 0.00$ )  $F(4,285)=19.473, p=0.00$ ). Ayrıca analizler anlamlı bir ortak etkinin de bulunduğunu göstermiştir  $F(4,285)=25.99, p=0.00$ ). Bu anlamlı ortak etkinin diğer deyişle grupların alt boyut puanları açısından birbirinden nasıl farklılık gösterdiğinin daha iyi anlaşılması için Bağımsız t testi analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 1'de yer almaktadır. Bu sonuçlara göre baş ağrısı olan grubun kendine döndürme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimi puanları baş ağrısı olmayan grubun puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

ÇBBÖÖ alt boyut puanlarının baş ağrısı olan ve olmayan grupta farklı olup olmadığının anlaşılması için yapılan Bağımsız t testi sonuçları ise öfke belirtileri  $t(283)=6.565, p=.000$ ; öfkesine yönelik düşünceler  $t(283)=4.875, p=.000$ ; diğerlerine yönelik öfke düşünceleri  $t(283)=2.667, p=.001$ ; kendisine yönelik öfke düşünceleri  $t(283)=3.500, p=.001$ ; dünyaya yönelik öfke düşünceleri  $t(283)=4.438, p=.000$ ; öfkeyle başa çıkma alt boyutunda yer alan saldırgan  $t(283)=2.162, p=.031$  ve kaygılı öfke davranışları  $t(283)=2.552, p=.011$  alt boyutlarından alınan puanların anlamlı olarak farklı olduğunu göstermektedir. Grupların ortalama, standart sapma ve p değerleri Tablo 2'de yer almaktadır.

BAE somatik ve subjektif alt boyut puanlarının (2) x baş ağrısı olan ve olmayan grup (2) açısından farklı olup olmadığını saptamak için yapılan 2x2 tekrarlı Anova Analizi anksiyete alt boyutlarına ilişkin anlamlı bir temel etki bulunduğunu göstermektedir  $F(1,285)=176,24, p=0.00$ . Benzer şekilde baş ağrısı olan ve olmayan gruplar açısından da anlamlı bir grup temel etkisi bulunmaktadır  $F(1,285)= 37,75, p=0.00$ ). Ayrıca bu analizler

**Tablo 1.** GTBÖ-YDF alt Boyut Puanlarının baş ağrısı olan ve olmayan gruplar açısından karşılaştırılması

GTBÖ-YDF	Baş ağrısı grubu (n= 161 )		Baş ağrısı olmayan g rup (n=126)		Özet ANOVA	
	X	SS	X	SS	F	p
Kendine Döndürme	56.65 <sup>a</sup>	10.69	47.38 <sup>b</sup>	10.82	52.572***	.000
Saptırma	31.93 <sup>a</sup>	7.53	29.57 <sup>b</sup>	7.74	6.744***	.010
İç içe geçme	46.76 <sup>a</sup>	6.67	46.57 <sup>a</sup>	6.46	.060	.806
Duyarsızlaşma	15.01 <sup>a</sup>	3.89	15.99 <sup>a</sup>	4.17	4.196*	.041
Temas	36.78 <sup>a</sup>	6.27	38.04 <sup>a</sup>	6.28	2.853	.092

\*\*\* $p < .001$  \* $p < .05$

**Tablo 1.** ÇBÖÖ Alt Boyut Puanlarının Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Gruplar Açısından Karşılaştırılması

ÇBÖÖ	Baş ağrısı grubu (n= 161 )		Baş ağrısı olmayan grup (n=126)		p
	X	SS	X	SS	
Öfke belirtileri	38.17	10.57	30.3	9.42	.000**
Öfkeye yol açan durumlar					
Ciddiye alınmama	73.06	14.85	70,8	16,82	.228
Haksızlığa uğrama	73,06	14,85	68,11	9,91	.935
Eleştirilme	17.76	4.07	16.98	4.22	.114
Öfke düşünceleri					
Öfkesine yönelik düşünceler	21.34	8.26	16.96	6.57	.000**
Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	20.33	6.93	18.27	5.94	.008*
Kendisine yönelik öfke düşünceleri	14.90	4.95	13.01	3.96	.001**
Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	12.73	5.32	10.19	4.07	.000**
Kişilerarası öfke tepkileri					
İntikam	58.30	19.71	54.24	18.75	.078
Pasif	31.57	7.69	31.51	6.96	.952
İçedönük	31.62	7.2	30.65	7.21	.259
Umursamaz	6.82	2.88	7.15	2.7	.335
Öfkeyle ilişkili davranışlar					
Saldırgan	25.84	8.22	23.93	6.24	.031*
Sakin	31.51	7.74	32.69	7.27	.190
Kaygı	13.17	3.5	12.15	3.19	.011*

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.001

anlamli bir ortak etkinin de bulunduğunu göstermiştir  $F(1,285) = 4.09$ ,  $p=0.04$ ). Bu anlamli ortak etkinin daha iyi anlaşılması için yapılan Bağımsız t testi sonuçlarına göre baş ağrısı olan grubun subjektif ve somatik anksiyete puanları baş ağrısı olmayan grubun ortalama puanından anlamli olarak yüksek bulunmuştur.

Baş ağrısı grubunda Geşalt temas biçimlerini yordayan ÇBÖÖ ve BAE alt boyutlarını belirlemek amacıyla aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon denkleminde sırasıyla ilk adımda ÇBÖÖ öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilişkili düşünceler, öfkeyle ilişkili davranışlar ve kişilerarası öfke tepkileri puanları; ikinci adımda ise BAE subjektif ve somatik anksiyete puanları ayrı bloklar halinde alınmıştır. Regresyon analizine ilişkin sonuçlar, Tablo 3'te yer almaktadır. Baş ağrısı grubunda kendine döndürme ve saptırma temas biçimlerini kişinin öfkesiyle ilişkili düşüncelerin ve subjektif anksiyetenin yordadığı;

duyarsızlaşma temas biçiminde kaygılı tepkilerin azaldığı ve sakin tepkilerin arttığı; iç içe geçme temas biçimi daha fazla kullanıldıkça saldırgan tepkilerin ve anksiyetenin azaldığı; kişi sakin ve pasif-agresif ya da daha dolaylı tepkiler vererek temasa geçtikçe temasın arttığı görülmektedir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada migren ve GTBA türü baş ağrısı olan ve olmayan kişilerin temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Geşalt temas biçimleri açısından incelendiğinde; baş ağrısı grubunun geşalt kendine döndürme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimlerini, baş ağrılı olmayanlardan daha fazla kullandıkları görülmektedir. Geşalt yaklaşımına göre kendine döndürme temas biçiminin kronikleştiği durumlarda ağrı, kas gerginliği gibi psikosomatik yakınmaların daha sık olduğu belirtilmektedir

**Tablo 1.** Baş Ağrısı Grubunun ÇBÖÖ ve B AE Puanlarının GTBÖ -YDF'nun Alt Boyut Puanlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Tablosu

Değişken (Regresyon denkleminde giriş sırasına göre)		R	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	Beta	t	p
Yordanan	Yordayıcı					
Kendine Döndürme	Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	.60	.35	.591	9.245	.000
	Kendisine Yönelik Öfke Düşünceleri	.63	.40	.469	6.692	.000
Saptırma	Sübjektif anksiyete	.68	.46	.278	4.148	.000
	Kendisine Yönelik Öfke Düşünceleri	.37	.13	.366	4.955	.000
	Sübjektif anksiyete Somatik anksiyete	.39	.15	.157 0.046	1.503 -4.52	.135 .652
Duyarsızlaşma	Kaygılı tepkiler	.27	.07	-.268	-3.506	.001
	Sakin tepkiler	.34	.12	.21	2.786	.006
İç içe geçme	Sakin tepkiler	.26	.07	.260	3.393	.001
	Saldırgan tepkiler	.32	.10	-.244	3.153	.002
	İçedönük tepkiler	.37	.14	.215	2.453	.015
	Sübjektif anksiyete Somatik anksiyete	.38	.14	.124 -1.197	1.169 -1.915	.244 .057

(14,15,18,19). Kronik olarak bu temas biçimini kullanmaya çalışmanın temelinde, ihtiyaç duyulduğunda çevrenin destek vermeyeceği, ulaşılamayacağı ve güvenilmeyeceği bilgisi yatmaktadır. Benzer şekilde migren tipi baş ağrısı olan kişilerin baş ağrısı olmayanlara göre stresli durumlarla etkili biçimde ve hızlı başa çıkamadıkları ve sosyal destek aramaya yönelmedikleri belirtilmektedir (34). Perls ve arkadaşları (19) kişinin sürekli olarak duygu, düşünce ve isteklerini içinde tutmasını stres verici bir durum olarak tanımlamış ve bu temas biçiminin kronikleşmesinin baş ağrısı gibi psikosomatik rahatsızlıklara yol açtığını belirtmişlerdir. Korb ve arkadaşları da (18) baş ağrısı gibi psikosomatik hastalıkların yanı sıra kendinden nefret etme gibi sorunların temelinde kendine döndürme temas biçiminin bulunduğunu ifade etmektedir. Kendine döndürmede duygular ve hisler temasın aracı olmak yerine, içeride tutulur. Bazı insanlar duygularını göstermenin bir zayıflık göstergesi olduğunu düşünürler (35). Örneğin öfkesini söylerse olumsuz tepkilerle karşılaşacağını bilen kişi, duygusunu ifade etmek yerine, boğazını sıkarak ya da nefesini tutarak sesinin çıkmasını engelleyebilir. Ya da dişlerini ve yumruklarını sıkma veya kollarını kavuşturma şeklinde duygusunu, öfkesini kendi içinde tutabilir. Bu durumun alışkanlık haline gelerek kronikleşmesi ve farkında olmadan yapılmaya

başlanması, iki farklı kas grubunda çatışmaya yol açar. Birinci kas grubu nefesi tutma, boğaz, diş ve yumrukları sıkma, kolları kavuşturma gibi hareketlerin yapılmasını sağlayan kas grupları iken, diğeri bu hareketlerin tam zıddının yapılmasını sağlayan kaslardır. Her iki kas grubunun hareketiyle yaşanan bu çatışma kişiyi hareketsiz kılmakta ve süreç içerisinde kişi bu tür bir çatışma yaşadığının farkına varmakta bile zorlanabilmektedir. Bu tür kendine döndürmelerin sıklaşması, kaslara aşırı ölçüde güç bindireceğinden, eklem ve kas ağrıları yaşanır (14,15). Kronik ve episodik GTBA olan kişilerle yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada (36) 30 dakikalık diş sıkma ile GTBA'nın tetiklendiği gösterilmiştir. Bazı çalışmalar (37,38) kronik gerilim tipi baş ağrılarında perikranial gerginliğin elle muayenede artmış olduğunu belirtmektedir. Baş ağrılı kişilerde kas gerginliğinin araştırıldığı bir çalışmada ise (39) kas gerginliğinin baş ağrılı gruplarda daha fazla olduğu; bir başka çalışmada da (40), anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek bulunan migren tipi ağrısı olan kişilerin baş ve boyun bölgelerindeki kas gerginliği skorlarının yüksek bulunduğunu ifade edilmiştir.

Gruplar arasındaki farklara yönelik bir diğer bulgu da, saptırma temas biçiminin baş ağrısı olan kişi-

lerde, baş ağrısı olmayan kişilere oranla daha fazla kullanımına ilişkindir. Bu temas biçiminin maddeleri incelendiğinde; baş ağrısı grubunun hissettiklerinin daha az farkına vardıkları, ne istediklerini daha az bildikleri, erteleme, kararsızlık, güler geçiştirme gibi dolaylı yollara daha sık başvurabildikleri görülmektedir. Kişi bu şekilde davranarak kendisine yöneltilen söz veya hareketin, kendisine ulaşmasını engellemektedir (40). Daş (14) saptırma yapan kişinin temelde kendini koruduğunu, ancak bu temas biçiminin farkında olunmadan ve sürekli kullanımında, kişinin kendinden ve başkalarından uzaklaşarak izole olmasına yol açtığını belirtmektedir. Clarkson ve Mackewn ise (17) saptırmanın kişinin yaşamdan elde etmek istediklerine ulaşmasını engelleyeceğini ifade etmiştir. Saptırma temas biçiminin özellikleri, baş ağrısı yazınında yer alan klinik gözlem ve araştırma bulgularıyla da örtüşmektedir. Keefe ve arkadaşları (3) stresli durumlarda ortaya çıkan duygusal tepkilerin engellenmesinin, sağlık sorunlarına yol açan bir faktör olduğunu belirtmektedir. Duyguların engellemeye çalışması kişiyi ilgisiz meşguliyetlere yöneltebileceği gibi, fizyolojik uyarılmayla uyumlu tepkiler verilmemesi otonomik ve bağışıklık sisteminin bozulmasıyla fiziksel belirti ya da hastalıklara yol açabilmektedir. Coen ve Sarno (42) stresli durumlarda yaşanan duyguları yok saymaya çalışmanın zaman zaman işlevsel olabileceğini ancak, kişinin sürekli olarak bu tarzı benimsemesinin kişinin olumsuz yaşantılarını gözden geçirmesini, bütünleşmesini ve çözümlenmesini önlediğini belirtmektedir. Lake (43), baş ağrılı kişilerin stresli anlarda, yaşadıkları durumla çelişen tepkiler vererek baş ettiklerini, ancak bu konunun ağrı yazınında yeterince ele alınmadığını vurgulamaktadır.

Duyarsızlaşma temas biçimi, gruplar arasında farkın ortaya çıktığı üçüncü temas biçimidir. Duyarsızlaşma temas biçiminin baş ağrılı grupta daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Bu temas biçiminde kişi kendi duyularına ve kendi dünyasına kayıtsızlaşır ve ilgisiz kalır (14). Böylece içsel ya da dışsal uyanları yok saymaktadır. Duyarsızlaşma temas biçimine ilişkin bu bulgular, aleksitiminin psikosomatik hastalıklara eşlik eden bir özellik olarak gösterilmesine yönelik çalışmaları akla getirmektedir. Duyularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanan

aleksitimi hastalarının büyük çoğunluğunun duygularını tanıma ve sözel ifade etmede zorlandıkları gösterilmiştir (44). Dolayısıyla duyarsızlaşma ve aleksitimi duygusal duyarsızlaşma açısından yakın kavramlardır. Baş ağrısı gibi psikosomatik hastalıkların aleksitimie eşlik ettiği (45); baş ağrısının kronikleşmesi durumunda aleksitimik özelliklerin arttığı (46); migren grubunda aleksitiminin depresyon ve anksiyeteyi yordayıcı bir değişken olduğu, kontrol grubunda ise böyle bir ilişkinin bulunmaması (47); baş ağrısında aşırı ilaç kullanımı olan kişilerin aleksitimik özelliklerinin bu tür bir kötüye kullanımı olmayan baş ağrılı hastalardan daha fazla olması (48), aleksitimi ve baş ağrısı arasında dikkat çekici bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan tek yönlü varyans analizi gruplar arasında iç içe geçme ve temas alt boyutlarında fark bulunmadığına işaret etmektedir. Diğer deyişle migren ve GTBA grupları ile baş ağrısı olmayan kişiler, bu temas biçimlerini benzer oranda kullanmaktadırlar. Bu bulgular migren ve GTBA gruplarının kişilerarası ilişkilerde işlevsel olmayan yollar kadar işlevsel tarzları da kullandıklarını göstermektedir. Migren ve GTBA gruplarında psikiyatrik bozuklukların eş görülme sıklığının yüksek olduğu gösterilse de, bu gruplarda şiddetli psikopatolojilerin görülmediği belirtilmektedir (2). Dolayısıyla bu tür sağlık sorunlarında sağlıklı temasın önemli ölçüde kesintiye uğramadığı, ancak bazı temas biçimlerinin daha sık benimsenmesinin ruh ve beden sağlığı açısından risk yarattığı düşünülebilir.

Baş ağrısı grubundaki katılımcıların öfke ve anksiyete düzeylerinin temas biçimlerini nasıl yordadığı incelendiğinde; kendine döndürme temas biçiminin kullanımında dünyaya ve kendi öfkesine yönelik düşüncelerin rol oynadığı görülmektedir. Bu temas biçiminin maddeleri göz önüne alındığında bu kişilerin stresli durumlarla baş edemedikleri, haksızlığa uğradıkları durumlarda ya da kendi çabalarının yeterli gelmediği durumlarda kendilerini suçlayıp, kendilerine acıma türü düşüncelerle meşguliyetlerinin daha fazla olduğunu, harekete geçemediklerini, ihtiyaçları olan ilgi ve sevgiyi alamadıklarını, kişinin elinden gelebilecek hiçbir şey olmadığına inandığını göstermektedir. Bu bulgular, baş ağrısı olan kişilerde öz yeterlilik inancının ağrı üzerindeki etkisini araştıran çalışma bulgularını akla getirmektedir. Nicholson ve arkadaşları (2) öz



yeterlilik inancının baş ağrısı sıklığında önemli olan stres üzerinde aracı bir değişken olduğu göstermişlerdir. Davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin bir arada yürütüldüğü bir çalışmada, bu inançtaki değişimlerin, baş ağrısı sıklığındaki değişikliklerle ilişkili olduğunu gösteren sonuçlar da elde edilmiştir (13). Benzer şekilde öz yeterlilik inancı yüksek olan kişilerin ağrıyla daha kolay baş ettiği, ağrıyı tetikleyen durumları daha kolay düzenleyebildiği, keyifsiz ve endişeli oldukları zamanların daha az olduğu belirtilmektedir (49). Baş ağrısını tetikleyen olumsuz uyarılarla baş edilebileceği inancı zayıf olan kişilerde otonomik uyarılmanın arttığı ve kişinin baş ağrısına daha duyarlı hale geldiği belirtilmektedir (50). Dolayısıyla kişinin kendisini ve kendi benliğini olumsuz değerlendirme biçimi, bedeniyle, çevresiyle ve içinde bulunduğu dünyaya karşı olumsuz düşüncelerini de belirleyebilmektedir.

Baş ağrısı grubunda saptırma temas biçimini yordayan değişkenlerin, kendine yönelik öfke düşünceleri ve anksiyete olduğu görülmektedir. Diğer deyişle kişinin kendisine karşı öfkeli olmasının, dolaylı davranışlarla teması engellemeye daha çok yönelmesinde açıklayıcı rolü olduğu ve bu durumun baş ağrısı açısından risk yarattığı düşünülebilir. Bu bulgular insanın kendisinden memnun olmadıkça başkalarıyla da ilişkisini daha yüzeysel yollarla kurduğu, erteleyerek, kararsız kalarak, geçiştirerek teması azaltmaya çalıştığını göstermektedir. Saptırma temas biçimini yordayan ikinci değişkenin anksiyete olması, baş ağrısı grubunda kişinin kendisini gergin ve korkulu hissetmesinin, saptırma açısından risk yarattığını göstermektedir. Migren ve GTBA gruplarında anksiyete düzeylerinin, baş ağrısı olmayanlara göre daha yüksek olduğu tutarlı olarak bildirilmektedir (2,5). Yapılan çalışmalarda baş ağrısında etkin olan beyin bölgelerinin, anksiyete gibi olumsuz duyguları tetikleyen mekanizmalardan da sorumlu olması (50,51,52) ve anksiyeteyi önleyici ilaçların baş ağrısında etkili olduğunun bildirilmesi (53,54), migren türü baş ağrılarında anksiyetenin rolünü göstermektedir. Bu bulgular, erteleyen, kararsız kalan, geçiştiren kişilerin anksiyeteli olabileceklerinin fark edilmesi ve terapide bu anksiyetenin anlaşılmasına çalışılmasına dikkat çekmektedir.

İç içe geçme temas biçimini yordayan değişkenler,

kişilerarası öfke durumlarında saldırgan tepkilerden kaçınıldığını ve içe dönük tepkiler verilme eğiliminde olduğunu göstermektedir. İç içe geçme temas biçimini sık kullanan kişilerin, diğerleriyle ilişkilerinde uysal, uyumlu ve itaatkâr özellikler gösterdikleri, farklılıklardan hoşlanmadıkları, kişinin öfkelenildiği bir durumda hayal kırıklığına uğrasa bile sakin olmaya eğilimli olduğunu göstermektedir. Testin uyarılma çalışmasında (28); farklılıklardan çok benzerliklerin ön planda tutulduğu kültürümüzde bu temas biçiminin sık kullanıldığını ve psikolojik sağlık açısından risk yaratan bir faktör olmayabileceği belirtilmektedir. Öte yandan kişilerarası durumlarda birbiriyle çatışan istek ve ihtiyaçlar kişilerarası farklılıkları doğurabilmektedir. Ancak iç içe geçmenin kronikleşmesi durumunda kişi ortaya çıkan bireysel farklılıkları ilişki açısından tehdit olarak görmesi kendi içinde bir çatışma yaşamasına yol açabilir. Dolayısıyla migren tipi baş ağrısı olan kişilerde de iç içe geçme temas biçiminin risk yaratan bir faktör olup olmadığının araştırılması için yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülebilir. Bu çalışmalar özellikle ilaç tedavisine dirençli kronik migreni olan kişilerle yapılacak psikoteröpotik çalışmalara yön vermesi açısından önemli olacaktır.

Duyarsızlaşma temas biçiminde ise, öfke sırasında ortaya çıkan kaygılı davranışların ve anksiyetenin azaldığı, kişinin kaygılı davranmak yerine sakin kalmaya çalıştığını göstermektedir. Ancak kişilerin içinde buldukları olumsuz koşullara duygusal açıdan duyarsızlaşmaları baş ağrısı açısından bir risk yaratabilen bir koşulda olabilir. Lake (43) aleksitimi puanı yüksek olan kişilerin şiddetli ağrı yaşamaları durumunda bu durumu kısa cevaplarla geçiştirmelerinin, ağrıya bağlı yaşanan duygusal zorluğun anlaşılmasında güçlük yarattığını ve bunun da ağrının yönetilebilmesinde zorluğu artırdığını belirtmektedir.

Bu çalışmada ortaya çıkan bulgular göstermektedir ki kendine döndürme saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimleri baş ağrısı açısından risk yaratabilecek temas biçimleridir. O nedenle baş ağrılı kişilerin bu temas biçimlerini daha sık kullanma eğiliminde olabilecekleri; baş ağrısı olan kişilerin çevreye ve kendilerine öfkeli olma olasılıklarının yüksek olabileceği, yaşadıkları anksiyete nedeniyle teması engellemeye çalışabilecekleri ya da içinde

buldukları duygusal zorluklara duyarsızlaşabileceklerinin akılda tutulması bu kişilere yönelik psikoteröpotik müdahalelerin planlanmasında yön verebilecektir.

Bu çalışma, baş ağrısı olan ve olmayan kişilerde, geştalt temas biçimlerinin, öfke ve anksiyete düzeylerinin incelenmesinin yanı sıra temas biçimlerini yordayan değişkenlerin belirlenmesini amaçlamaktadır. Bu anlamda konusunda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle psikopatoloji alanına katkı sağlayabilir. Diğer yandan bulguların başka çalışmalardan elde edilen bulgularla karşılaştırılması, bu çalışmadan elde edilen bulguların geçerlik ve güvenilirliği sınırlamaktadır. O nedenle farklı örneklerle yapılacak çalışmalardan elde edilecek bulgu ve doğurgular, hem baş ağrısında ya da

bedensel hastalıklarda geştalt temas biçimlerinin ne oranda kullanıldığına yönelik daha geçerli ve güvenilir sağlaması hem de geştalt terapi kavramlarının görgül araştırmalarla geçerliliğinin sınırlanmasına olanak sağlayacaktır.

\*Bu çalışma, ilk yazarın ikinci yazar danışmanlığında yaptığı Doktora Tez çalışmasına dayanmaktadır.

Yazışma adresi: Kln.Psk. Çiğdem Kudiaki, Ankara, Türkiye  
ckudiaki@yahoo.com

#### KAYNAKLAR

1. Evans RW. Baş ağrısı tanısında tıbbi ve hukuki bakış. R.W.Evans, N.T. Mathew (Eds). Baş ağrısı el kitabı (2. baskı) (1-28). İstanbul: Sigma;2005.
2. Nicholson RA, Houle TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological Risk Factors in Headache. *Headache* 2007;47(3):413-426.
3. Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Studts JL, Carson KL. Pain and emotion: new research directions. *J Clin Psychol* 2001; 57(4), 587-607.
4. Kikuchi H, Yoshiuchi K, Ando T, Yamamoto Y. Influence of psychological factors on acute exacerbation of tension-type headache: Investigation by ecological momentary assessment. *Journal of Psychosomatic Research* 2015; 79 (3): 239-242.
5. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Anxiety and depression in probable migraine: A population-based study. *Cephalalgia*. 2017;37(9):845-854.
6. Göksan-Yavuz B, Aydınlar EI, Dikmen P, Incesu C. Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *J Headache Pain* 2013;14:53
7. Reme SE. Anxiety could play a larger role than depression in migraine headache. *Scand J Pain*. 2016 Oct;13:127.
8. Tomé-Pires C, Solé E, Racine M, Galán S, Castarlenas E, Jensen MP, Miró J. The relative importance of anxiety and depression in pain impact in individuals with migraine headaches. *Scand J Pain* 2016;13:109-113.
9. Materazzo F, Cathcart S, Pritchard D. Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment: A controlled study. *J Psychosomatic Res.* 2000;49:69-75.
10. Nash JM, Park ER, Walker BB, Gordon N, Nicholson RA. Cognitive Behavioral Group Treatment for Disabling Headache. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2004;5(2):178-186.
11. Penzien DB, Holroyd KA. Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders. 2: Description of treatment techniques..*Behav Med* 1994 20(2);64-73.
12. Holroyd KA, Penzien DB. Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders 1: Overview and effectiveness. *Behav Med* 1994;20(2), 53-63.
13. Mackewn J. *Developing Gestalt Counseling* (2nd ed.). London: Sage Publications, 1999.
14. Daş C. *Bütünleşmek ve büyümek*. Ankara: HBY, 2006.
15. Kepner JI. *Body Process*. Gestalt Press, CA, 2008.
16. Sezgin N. Geştalt psikoterapisi: Temas işlevleri ve temasın engellenmesi. *Temas Geştalt Terapi Dergisi* 2002;1(1), 15-42.
17. Clarkson P, Mackewn M. *Fritz Perls*. London: Sage Publications,1993.
18. Korb MP, Gorrel J, Van De Riet V. *Gestalt Therapy: Practice and Theory* (2nd ed.). MA: Allyn and Bacon, 1989.
19. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P. *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Great Britain: The Guernsey Press Co, 2003.
20. Sills C, Fish S, Lapworth P. *Gestalt Counseling*. UK: Winslow, 2000.
21. Bond D, Dirge K, Rubingh C, Durrant L, Baggaley S. Impact of a self help intervention on performance of headache management behaviors: A self efficacy approach. *J Allied Health* 2004; 2 (1): 1-12.
22. Smith T, Nicholson R. Are changes in cognitive and emotional factors important in improving in headache impact and quality of life? *Headache* 2006;46:878.
23. Zwart J, Dyb G, Hagen K, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *Eur J Neurol*. 2003;10:147-152.
24. Duckro PN, Chibnall JT, Tomazic TJ. Anger, depression, and disability: A path analysis of relationships in a sample of chronic posttraumatic headache patients. *Headache* 1995;35:7-9.
25. Venable VL, Carlson CR, Wilson J. The role of anger and depression in recurrent headache. *Headache* 2001; 41: 21-30.

26. International Classification Headache. ICHD-II Full Version. [http://www.ihs-headache.org/binary\\_data/1477\\_ichd-ii1final.pdf](http://www.ihs-headache.org/binary_data/1477_ichd-ii1final.pdf). Erişim Tarihi: 11 Mart 2010.
27. Penzien D. Headache patient information form. <http://www.APA.org/pubs>. Erişim tarihi:11 Mart 2010,
28. Aktaş CG, Daş C. Geşalt temas biçimleri ölçeği yeniden düzenlenmiş formunun Türk örnekleminde faktör yapısı geçerliliği ve güvenilirliği. *Temas: Geşalt Terapi Dergisi* 2002;1 (1): 81 - 108.
29. Kepner JI. Questionnaire measurement of personality styles from the theory of Gestalt therapy. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University, 1982.
30. Woldt AL, Kepner J. Gestalt contact styles questionnaire-revised. Unpublished test, 1986.
31. Balkaya F, Şahin NH. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003;14(3):192-202.
32. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56, 893-897.
33. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 1998; 12:163-172.
34. Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. *Headache* 2009;49(9):1378-86.
35. Harman R. Working at the contact boundary. *The Gestalt Journal* 1982;V(1), 39-48.
36. Jensen R, Olesen J. Initiating mechanisms of experimentally induced tension-type headache. *Cephalalgia* 1996;16 (3): 175-82.
37. Fernandez-de-Las Penas C, Ge HY, Arendt-Nielsen L, Cuadrado ML, Pareja JA. Referred pain from trapezius muscle trigger points shares similar characteristics with chronic tension type headache. *Eur J Pain* 2007;11 (4), 475-82.
38. Mongini F, Deragibus A, Rota E. Psychiatric disorders and muscle tenderness in episodic and chronic migraine. *Expert Rev Neurother* 2005;5(5):635-42.
39. Mongini F, Ciccone G, Deragibus A, Ferrero L, Mongini T. Muscle tenderness in different headache types and its relation to anxiety and depression. *Pain* 2004;112(1-2):59-64.
40. Mongini F, Ciccone G, Ceccarelli M, Baldi I, Ferrero L. Muscle tenderness in different types of facial pain and its relation to anxiety and depression: A cross-sectional study on 649 patients. *Pain* 2007;131(1-2):106-11.
41. Phillipson P. *Self in relation*. London:Karnac Books, 2002.
42. Coen SJ, Sarno JE. Psychosomatic avoidance of conflict in back pain. *J Amer Acad Psychoanal* 1989; 17:359-376.
43. Lake AE. Headache as a stressor: Dysfunctional versus adaptive coping styles. *Headache* 2009; 9(9):369-1377.
44. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness. A problem in communication. *Psychother Psychosom* 1970;18: 154-160.
45. Wise, T. N., Mann, L. S., Jani, N. and Jani, S. (1994), *Illness Beliefs and Alexithymia in Headache Patients*. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 34: 362-365.
46. Yalug, I., Selekler, M., Erdogan, A., Kutlu, A., Dundar, G., Ankaralı, H. and Aker, T. (2010), *Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64: 231-238.
47. Müftuoğlu MN, Herken H, Demirci H, Virit O, Neyal A. Alexithymic features in migraine patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254(3):182-6.
48. Pini M, De Filippis S, Farinelli I, Martelletti P. Alexithymic features and emotional distress in patients with chronic tension-type headache (CTTH) and medication-overuse headache (MOH)]. *Clin Ter* 2008;159(6):397-403.
49. Martin NJ, Holroyd KA, Rokicki LA. Headache self-efficacy scale: Adaptation to recurrent headaches. *Headache* 1993; 33, 244-248.
50. Marlowe, N. Stressful events, appraisal, coping, and recurrent headache. *J Clin Psychol* 1998; 54, 247-256.
51. Bantick SJ, Wise RG, Ploghaus A, Clare S, Smith SM, Tracey I. Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. *Brain* 2002;125(Pt 2):310-9.
52. Hsieh JC, Stone-Elander S, Ingvar M. Anticipatory coping of pain expressed in the human anterior cingulate cortex: a positron emission tomography study. *Neurosci Lett* 1999; 26;262(1):61-4.
53. Petrovic P, Dietrich T, Fransson P, Andersson J, Carlsson K, Ingvar M. Placebo in emotional processing-induced expectations of anxiety relief activate a generalized modulatory network. *Neuron* 2005 16;46(6):957-69.
54. Mulleners WM, Chronicle EP, Vredeveld JW, Koehler PJ. Visual cortex excitability in migraine before and after valproate prophylaxis: a pilot study using TMS. *Eur J Neurol* 2002;9(1):35-40.
55. Brigo F, Storti M, Tezzon F, Manganotti P, Nardone R. Primary visual cortex excitability in migraine: a systematic review with meta-analysis. *Neurol Sci* 2013;34(6):819-30.