



# Migrenli hastalarda obsesif-kompulsif belirtilerin araştırılması

## *Investigation of obsessive-compulsive symptoms in patients with migraine*

Selcen YETKİN ÖZDEN,<sup>1</sup> Betül BAYKAN,<sup>2</sup> Erhan ERTEKİN<sup>3</sup>



### Özet

**Amaç:** Migren sadece bir baş ağrısı olmayıp çeşitli sistemlerde değişikliklerin bir arada olmasıyla karakterizedir ve atak dışı dönemde de birçok psikiyatrik bozuklukla özellikle majör depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ise, migrenlilerde görece az araştırılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada migren tanısı almış ardışık hastalarda görülen obsesif-kompulsif belirtiler araştırılarak sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve bu belirtilerin migrenin tanımlanan klinik özellikleriyle ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Baş Ağrısı Polikliniği'ne, Aralık 2010-Mart 2012 tarihleri arasında baş ağrısı şikayeti ile başvuran hastalar arasından, nöroloji uzmanı tarafından, Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu ölçütlerine göre tanı konmuş 74 migren hastası ve 36 sağlıklı kontrol alınmıştır. Katılımcıların tamamına Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin (Y-BOCS) tarama formu uygulanmış ve ölçeğin toplam puanı hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Migren ve kontrol grupları Y-BOCS toplam puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $z[109]=-3.100, p<0.05$ ). Ayrıca iki grup Y-BOCS obsesyon ve kompulsiyon alt test puanları açısından da anlamlı farklılık göstermekteydi. Migren süresi, tarafı ve atak sıklığı ile bulgular arasında anlamlı bir bağlantı gösterilemedi.

**Sonuç:** Bu çalışma migren hastalarının daha yüksek oranda OKB eğilimi olduğunu göstermektedir. Bu bulguların genetik kökenli değişikliklere ve/veya beyindeki fonksiyonel farklılıklara bağlı olduğu düşünülebilir.

Anahtar sözcükler: Migren; obsesif-kompulsif bozukluk; Yale-Brown obsesyon ve kompulsiyon derecelendirme ölçeği.

### Summary

**Objectives:** A migraine is not just a headache. Migraines are characterized by the co-occurrence of various systemic changes and known to be associated with many psychiatric disorders in the interictal period, especially major depression and anxiety disorders. Obsessive-compulsive disorder (OCD) in patients with migraines is relatively less studied.

**Methods:** Obsessive-compulsive symptoms were investigated in consecutive patients with a diagnosis of migraine and compared with that of a control group of healthy individuals. The relationship of these symptoms with the defined clinical features of migraine was analyzed. 74 patients and 36 controls were included in this study. Patients were chosen from those admitted with headache complaints to the Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Neurology, Headache Outpatient Clinics between December 2010-March 2012. A headache specialist diagnosed all patients with migraine using the International Headache Society criteria.. The Yale Brown Obsessive and Compulsive Scale (Y-BOCS) was used to score OCD symptoms in all participants.

**Results:** In comparing Y-BOCS total scores between the migraine patients and the control group, we found a statistically significant difference ( $z(109)=-3.100, p<0.05$ ). Furthermore, both the Y-BOCS obsession and compulsion sub-scores were significantly different between the groups. The duration, frequency and side of migraine did not have any correlation with our findings.

**Conclusion:** In conclusion, our study suggested that migraine sufferers tend to have higher obsessive and compulsive symptoms. These findings could be based on genetic changes and/or functional differences in the brain.

Key words: Migraine; obsessive-compulsive disorder; Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi, Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, Sinirbilim Anabilim Dalı, İstanbul;

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul;

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>1</sup>Department of Neuroscience, Institute of Experimental Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey;

<sup>2</sup>Department of Neurology, Istanbul University, Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey;

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, Istanbul University, Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 13.09.2013 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 17.03.2014

**İletişim (Correspondence):** MSc. Selcen Yetkin Özden. İstanbul Üniversitesi, Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, Sinirbilim Anabilim Dalı, Turkey.

**Tel:** +90 - 212 - 414 20 00 **e-posta (e-mail):** selcenyetkin@gmail.com

## Giriş

Ataklar halinde gelen, genellikle tek taraflı yerleşim gösteren, zonklayıcı özellikte, kişinin günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek derecede şiddetli baş ağrıları migren olarak tanımlanmaktadır.<sup>[1]</sup> Ağrı başlangıcı ve sonlanması arasında geçen süre yetişkinlerde 4-72 saat sürebilmektedir.<sup>[2]</sup> Migren baş ağrısı fiziksel aktivite, baş hareketleri ile ağırlaşır, ataklar sırasında bulantı ve/veya kusma, fotofobi ve fonofobi görülür.<sup>[1]</sup>

Değişik toplumlarda görülme sıklığı hafifçe değişmekle birlikte, her toplumda kadınlarda iki-üç kat daha sık görülmektedir.<sup>[3,4,5]</sup> Migren, birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık rastlanan şikayetlerden biridir, son yayınlar genel popülasyonda erkeklerde %8, kadınlarda %12-16 prevalans bildirmiştir.<sup>[6]</sup> Migren baş ağrısının en önemli özelliklerinden biri tekrarlayıcı olmasıdır. Atakların sıklığı oldukça değişkendir; bazı hastalarda yaşam boyu birkaç kere olabiliyorken, bir diğer grup hasta haftada birkaç atak yaşayabilmekte, çoğu migren hastası ise bir ay içerisinde ortalama bir-üç atak yaşamaktadır.<sup>[2]</sup> Migren türü baş ağrısının bir diğer özelliği de taraf değiştirebilmesidir. Aynı kişide bile ağrı bazen başın tümünde bazen yarısında hissedilebilir veya aynı kişide bazen sağ, bazen de sol hemikranial olabilir.<sup>[7]</sup>

Migren; sadece bir baş ağrısı olmayıp gastrointestinal (bulantı-kusma gibi), nörolojik (aura) ve otonomik (göz yaşarması gibi) çeşitli değişikliklerin bir arada olmasıyla karakterizedir ve atak dışı dönemde de birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu bilinmektedir. Sayılan çeşitli nedenlerle sosyoekonomik alanda ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkilere sahiptir ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) migreni dünya çapında işgörmezlik sebebi hastalıklar listesinde 19. sıraya koymuştur.<sup>[6]</sup>

Migren ve psikiyatrik bozukluklar sıklıkla birliktelik gösterirler, ama bu bağlantı özellikle majör depresyon ve anksiyete bozuklukları söz konusu olduğunda daha güçlüdür.<sup>[8]</sup> Bir yıldan daha uzun takip süresi ile yapılan bir araştırmada migren öyküsü olan kişilerde depresyon ve panik bozukluğu riski sağlıklı kontrollerden daha fazla bulunmuştur.<sup>[9]</sup> Son yıllarda baş ağrısı ve psikiyatrik komorbidite üzerine yapılan kapsamlı bir araştırmada, araştırmaya alı-

nan 374 hastadan 49'unda psikiyatrik bozukluk bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları; migrenlilerde %18.4, gerilim tipi baş ağrısı hastalarında (GTBA) %19.3 oranındadır. Panik bozukluğu oranları, migrenlilerde %12.7, GTBA hastalarında %5.5'tir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ise, migrenlilerde %2.3, GTBA hastalarında %1.1 oranındadır.<sup>[10]</sup> Bir diğer çalışmada da migren ve OKB/yaygın anksiyete bozukluğu arasında bağlantı bulunmuştur.<sup>[9]</sup>

Psikiyatrik komorbidite migrenin global yükünü artırmaktadır. Migreni olan hastalarda psikiyatrik komorbidite ile birlikte iş devamsızlığı, genel sağlık durumunda düşüş ve sağlık hizmetlerini daha çok kullanma eğilimi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sağlık bağlantılı yaşam kalitesinin, ruhsal bozukluğu olan migrenlilerde genel nüfusa oranla daha düşük olduğu görülmektedir.<sup>[9]</sup> Bu nedenle migrenlilerde bu tabloların araştırılması ve doğru yönetilmesi önem taşımaktadır.

Öte yandan obsesif-kompulsif bozukluk, kişi için sıkıntı yaratan ve gündelik işlevleri kısıtlayan, istenmeden ve yineleyici biçimde gelen düşünceler, imgeler ya da dürtüler ve/veya tekrarlayıcı davranışsal ya da zihinsel eylemler ile belirlidir. OKB toplumun %2-3'ünü etkilemektedir.<sup>[11]</sup> Bu yüksek prevalansı ve hastalığın kronikleşme eğilimi nedeniyle DSÖ'nün hastalık ilişkili işgörmezlik sebebi hastalıklar sıralamasında OKB ilk onda yer almaktadır.<sup>[12]</sup> OKB bazen hamilelik, doğum, aile çatışması, işte güçlükler gibi stres yaratan bir olaydan sonra olmak üzere genellikle erken yetişkinlikte başlar. Erken başlangıç erkeklerde daha sık gözlenir ve kontrol etme kompulsiyonları sık eşlik eder. Geç başlangıç kadınlarda daha siktir ve temizlik kompulsiyonları daha fazla görülür.<sup>[11]</sup>

Migrende depresyon ve anksiyete ile ilişkili çok sayıda araştırma olmasına rağmen OKB konusunda az sayıda veri vardır. Türkiye'de bu alanda yapılmış ayrıntılı bir çalışma bulunmamaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalardan birinde migrenlilerde obsesif-kompulsif kişilik örüntüsü oranı %11.1 olarak bildirilmektedir. Sözü edilen araştırma migrenlilerde OKB'ye yönelik bir araştırma olmayıp, baş ağrısı hastalarında kişilik örüntülerini inceleyen bir çalışmadır ve katılımcılardan yalnızca 45 kişi migren hastasıdır.<sup>[13]</sup> Sınırlı sayıda (n=30) migrenli katılımcı

üzerinde yapılan bir diğer çalışmada da migrenlilerde obsesif-kompulsif kişilik araştırılmıştır ve oran %40 olarak bildirilmektedir.<sup>[14]</sup> Bunun dışında literatürde OKB migren ilişkisi üzerine yapılmış olgu sunumları mevcuttur. Uluslararası literatürde yayınlanan çalışmalardan birinde aurasız migren hastalarında OKB görülme sıklığı %4.8, auralı migren hastalarında ise %5 olarak bulunmuştur.<sup>[15]</sup> Toplumumuzda auralı ve aurasız migrende OKB oranı ve semptom dağılımı açısından geniş bir seride sistemli bir çalışmaya gereksinim vardır.

Bu çalışmada migren tanısı almış hastalarda görülen obsesif-kompulsif belirtilerin sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılması ve bu belirtilerin migrenin tanımlanan klinik özellikleriyle ve atak tarifiyle ilişkisinin araştırılması planlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Deneklerin seçimi

Çalışmaya İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Baş Ağrısı Polikliniği'ne, Aralık 2010-Mart 2012 tarihleri arasında baş ağrısı şikayeti ile başvuran hastalar arasından, nöroloji ve baş ağrısı uzmanı tarafından, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society IHS) ölçütlerine göre tanı konmuş kesin migren hastaları alınmıştır. Hasta grubunda hem auralı migren hem aurasız migren hastaları mevcuttur. Herhangi bir baş ağrısı şikayeti olmayan ve aynı ölçütlere göre herhangi bir baş ağrısı türünde tanı almamış, gelişigüzel örnekleme yoluyla seçilmiş gönüllü katılımcılar da kontrol grubunu oluşturmuştur. Hasta grubundaki sosyodemografik çeşitlilik oranları (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) kontrol grubunda da sağlanmaya çalışılmıştır. Çalışma için yerel etik kuruldan onay alınmıştır (2011/98).

### Hasta grubunda çalışmaya alınma ölçütleri

1. IHS kriterlerine göre auralı veya aurasız migren ölçütlerini karşılamak
2. Okur-yazar olmak
3. 16 yaşın üstünde olmak
4. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmek
5. Bilinen herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmamak veya ciddi bir fiziksel ya da nörolojik bozukluğunun olmaması

### Kontrol grubunda çalışmaya alınma ölçütleri

1. 16 yaşın üstünde olmak
2. Okur-yazar olmak
3. Majör bir psikiyatrik bozukluğun ve/veya ciddi bir fiziksel veya nörolojik hastalığın bulunmaması
4. IHS'ye göre migren ve diğer baş ağrısı ölçütlerini karşılamaması
5. Yapılan bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmek

Bu çalışma için özel olarak hazırlanan hasta takip formunda ad-soyad, cinsiyet, doğum tarihi, mesleği, eğitim durumu, telefon numarası, ayrıntılı baş ağrısı bilgileri (hasta grubunda) ve aile öyküsü bilgileri yer almaktadır.

### Yale-Brown obsesyon ve kompulsiyon derecelendirme ölçeği (Y-BOCS; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)

Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS), Goodman ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir.<sup>[16,17]</sup> Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından 1993 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>[18]</sup> Y-BOCS, denekte obsesif ve kompulsif belirtilerin olup olmadığını, türünü ve şiddetini ölçmektedir. Ölçek türü olarak, görüşmecinin değerlendirdiği ölçek türü içinde yer almaktadır. Sağlıklı deneklere ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilmektedir.<sup>[19]</sup> Ölçek, toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca ölçeğin yanında, Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi bulunmaktadır ve o anki ve geçmişteki semptomların tanınmasına yardımcı olur. Buna göre semptomlar Hedef Semptomlar Formu üzerine kaydedilir.

Ölçek yarı yapılandırılmış görüşme ile doldurulduğundan her soru için soru yönergesi bulunmaktadır. Sorulara başlanmadan önce, hastaya "obsesyon" ve "kompulsiyon" tanımları açıklanmaktadır.<sup>[19]</sup>

Toplam puanın saptanması sırasında yalnızca ilk 10 madde (1b ve 6b maddeleri hariç) kullanılmaktadır. Toplam Y-BOCS puanı madde 1-10'un toplamıdır. Her maddenin 0-4 arası puanlandığı Likert tipi bir ölçek olup maksimum puanı 40'tır. Obsesyon ve kompulsiyonların alt ölçek toplam puanları ise sırasıyla madde 1-5 (1b hariç) ve 6- 10 (6b hariç) maddelerinin puan toplamıdır. Madde 11 ise içgörü ile ilişkilidir.<sup>[19]</sup>

**Tablo 1.** Demografik özelliklere göre grupların değerlendirilmesi

	Hasta (n=74)		Kontrol (n=36)		t	p
	Ort.±SS		Ort.±SS			
Yaş	37.89±10.99		36.47±11.53		-0.625	0.533
	n	%	n	%	$\chi^2$	P
Cinsiyet						
Kadın	61	82.4	28	77.8	0.340	0.560
Erkek	13	17.6	8	22.2		
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı (0-8 yıl)	38	51.4	14	38.9	1.519	0.219
Ortaöğretim ve üstü (lise ve üstü)	36	48.6	22	61.1		
Tarıya göre	Auralı migren	Aurasız migren				
İlköğretim ve altı (0-8 yıl)	8	38.1	30	56.6	2.062	0.151
Ortaöğretim ve üstü (lise ve üstü)	13	61.9	23	43.4		

t: Student t test;  $\chi^2$ : Ki- kare test; \*p<0.05.

Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme ölçeğinin güvenilirlik çalışmasında, değerlendirmeciler arası güvenilirlik katsayısı tüm ölçekte r=0.9616, obsesyon alt ölçeği için r=0.9421 ve kompulsiyon alt ölçeği için ise r=0.9658 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği sonucu ise Cronbach alfa katsayısı birinci uygulama için 0.8185, ikinci görüşme için ise 0.8116 olarak bulunmuştur.<sup>[19]</sup>

### Çalışmanın akışı

Demografik bilgilerin yer aldığı form ve Y-BOCS hem kontrol hem hasta grubuna uygulanmıştır. Her ölçeğin başında gerekli yönerge sözlü olarak anlatılmıştır. Ölçekten önce çalışma ile ilgili genel bir giriş ve çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığına ilişkin bilgilerin yer aldığı gönüllü onay formu verilmiş ve katılımcıların çalışmaya gönüllü olarak katıldığını belirten imzalı onamları alınmıştır.

Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği kontrol listesi ile obsesif kompulsif belirtilerin saptandığı olgular içinden kabul edenler psikiyatri uzmanı ile görüşmeye davet edilmiş ve OKB tanısı alıp almadıkları belirlenmiştir.

### İstatistiksel değerlendirmeler

Öncelikle katılımcı grubunun tümünün gruplara göre demografik özellikleri için betimleyici istatis-

tikler uygulanmıştır. Gruplar arasında normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin farklılaşp farklılaşmadığını ölçmek amacıyla parametrik testlerden t testi (bağımsız) uygulanmıştır. Gruplar arasında sürekli olmayan (nominal) değişken oranlarının dağılımları non-parametrik Ki-Kare ( $\chi^2$ ) testi ile ölçümlenmiştir. Sürekli nitelikte ancak normal dağılıma uymayan değişkenlerin, gruplar arasındaki durumunu belirlemek için non-parametrik Mann-Whitney U (z) testi uygulanmıştır.

İkiden fazla puan türünün en az iki grup arasındaki dağılım durumunu belirlemek için veriler normal dağılım gösterdiğinde ANOVA (One Way) testi, post-hoc ölçümü için ise Tukey HSD testi; normal dağılıma uymadığında ise non-parametrik Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Gruplar arasında ölçümlerin Ki-Kare ( $\chi^2$ ) testi ile yapıldığı durumlarda, gruplardan herhangi birinin sayısı 5'ten az olduğunda non-parametrik Fisher's Exact testi uygulanmıştır.

### Bulgular

Çalışma yaşları 18 ile 71 arasında değişmekte olan, 89'u (%80.9) kadın (61 hasta ve 28 kontrol), 21'i (%19.1) erkek (13 hasta ve 8 kontrol) olmak üzere toplam 110 katılımcı üzerinde yürütülmüştür. Katı-

**Tablo 2.** Gruplara göre toplam Y-BOCS ve Y-BOCS alt test puanlarının değerlendirilmesi

	Hasta (n=74)		Z	p
	Ort.±SS±Median			
Y-BOCS				
Y-BOCS toplam	14.32±9.39±16		-3.100	0.002
Y-BOCS obsesyon	7.27±4.91±8		-2.97	0.003
Y-BOCS kompulsiyon	7.02±4.94±8		-3.084	0.002
Tarıya göre	Auralı Migren (n=21)	Aurasız Migren (n=53)		
	Ort.±SS±Median			
Y-BOCS toplam	18.28±9.84±21	12.75±8.81±15	-2.381	0.017
Y-BOCS obsesyon	9.14±4.99±10	6.52±4.72±8	-2.122	0.034
Y-BOCS kompulsiyon	9.04±4.93±10	6.22±4.76±7	-2.197	0.028

z: Mann Whitney U Testi; \*p<0.05.

limcılarının yaş ortalaması 37.42±11.14'tür. Katılımcıların eğitim durumlarının oranları: sadece okuryazar (%2), ilkokul mezunu (%39), ortaokul mezunu (%7), lise mezunu (%18), üniversite öğrencisi (%8), üniversite mezunu (%26) şeklindeydi (Tablo 1).

Hasta grubundaki katılımcıların 53'ü (%71.6) aurasız migren hastası, 21'i (%28.4) auralı migren hastasıdır. Migrenli katılımcıların (n=74) migren süresi (kaç yıllık migren hastası oldukları) ortalaması 13.37±11.89 (1-45 yıl arasında), aylık atak sıklığı ortalaması ise 5.08±3.70 (0-15 atak arasında) bulunmuştur.

Hasta ve kontrol gruplarının yaş ortalaması ve standart sapma değerleri, yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarının gruplara göre dağılımlarına ilişkin bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir. Görüldüğü gibi kontrol ve hasta grubu arasında yaş, eğitim düzeyi ve cinsiyet dağılımları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca migren alt grupları arasında da eğitim düzeyi açısından bir farklılık bulunmamaktadır.

Hasta grubunda ailede migren öyküsü olanların oranı %60.8 iken bu oran kontrol grubunda %36.1'dir. İki grup arasında migren aileselliği açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $\chi^2(1)=5.928$ , p<0.05).

Hasta ve kontrol grupları Y-BOCS toplam puan ve alt ölçek (obsesyon-kompulsiyon) puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu (Tablo 2).

Hasta grubu alt grupları olan auralı ve aurasız migren grupları arasında da Y-BOCS toplam puan ve alt test puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre auralı migren grubu aurasız migren grubuna kıyasla her üç puan türünde de (Y-BOCS toplam, obsesyon, kompulsiyon) daha yüksek ortalamaya sahiptir (Tablo 2).

Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği ölçeğinde obsesyonlarla ilgili maddeler açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında sadece "diğer obsesyonlar" alt başlığının görülme dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermiştir. Hasta grubu, diğer obsesyonların varlığı açısından kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bir orana sahiptir ( $\chi^2(1)=4.118$ , p<0.05).

Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği kompulsiyon maddelerinin dağılımı açısından hasta ve kontrol grupları arasındaki farklılığı analiz etmek amacıyla her kompulsiyon maddesi için gruplar non-parametrik Ki-Kare ( $\chi^2$ ) testiyle karşılaştırılmış; "kontrol etme" kompulsiyonları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $\chi^2(1)=4.726$ , p<0.05).

Hasta grubundaki katılımcıların ne zamandır migren hastası oldukları (migren süresi) ile Y-BOCS toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Benzer şekilde aylık migren atak sayısı ve atak tarafı ile Y-BOCS toplam puanları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

## Tartışma

Bu çalışmaya ülkemizde migren tanısı konmuş hastalarda görülen obsesif-kompulsif belirtilerin araştırılması, bu belirtilerin migrenin tanımlanan klinik özellikleriyle ilişkisine bakılması için migrenli hastalar ve sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu olmak üzere iki grup alınmıştır. İki grup sosyodemografik açıdan değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Grupların sosyodemografik özelliklerinin benzer olması aralarında sağlıklı karşılaştırmalar yapılmasına olanak sağlamıştır.

Çalışmamıza ardışık olarak katılmayı kabul eden tüm migrenliler alındığı halde migren grubunda kadınlardaki yüksek oran (%80.9 kadın) literatürle uyumlu olarak kadınlarda migren görülme sıklığıyla benzerlik göstermekle birlikte tam olarak açıklanamamaktadır. Migren nedeniyle hastaneye başvuru açısından kadın hastaların erkeklere oranla belirgin olarak daha yüksek sayıda olduğu görülmektedir. Migren baş ağrısı görülme sıklığı açısından bildirilen toplum temelli kadın/erkek oranları 2/1 ile 3/1 arasında değişmektedir.<sup>[5,11]</sup> Bu durum erkeklerin baş ağrısı nedeniyle daha az doktora gitme eğiliminde olduğunu ya da migrenin erkeklerde görece daha az rahatsız edici şiddette seyrettiğini düşündürmektedir. Bu ikinci olasılık açısından yani atak şiddetinin erkeklerde daha hafif olduğuna ilişkin literatürde destekleyici veriler bulunmaktadır.<sup>[20]</sup>

Migren hemen her yaşta başlayabilse de en sık görüldüğü yaş aralığı 30-50'dir.<sup>[21]</sup> Ülkemizde en sık görüldüğü yaş aralığı da 30-39'dur.<sup>[5]</sup> Bizim çalışmamızda migrenli katılımcıların yaşları 18-67 arasında değişmekte olup, ortalaması 37.89±10.99'dur ve daha önce yapılan epidemiyolojik çalışmalarla çok benzer niteliktedir.

Migren ailesel bir hastalıktır ve ailede genelde migrenli başka hastalar vardır.<sup>[3]</sup> Çeşitli çalışmalarda ailesel olguların oranı tanı ölçütlerine ve kullanılan yöntemlere göre değişerek %34-90 gibi farklı oranlar arasında bulunmuştur.<sup>[22]</sup> Özellikle auralı migren olgularında bu yatkınlık daha belirgindir.<sup>[3]</sup> Migrende aileselliğin migren riskini artırmasının nedeni genetik ve/veya çevresel etkenler olabilir. Genetik epidemiyolojik araştırmalar aurasız migren ve aura-

lı migrende genetik ve çevresel etkenlerin önemini desteklemektedir.<sup>[23]</sup> Bizim çalışmamızdaki hasta grubunda da ailede migren görülme oranı (%60.8), kontrol grubundan (%36.1) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir. Auralı ve aurasız migren grupları ailesellik durumu açısından karşılaştırıldığında auralı migren grubundaki ailesellik oranı ile (%71.4), aurasız migren grubundaki ailesellik oranı (%56.6) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonucun nedeninin hasta grubundaki auralı migren hasta sayısının (n=21), aurasız migren (n=53) hasta sayısına göre az olması olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ailede migren öyküsünün sadece hastanın bildirimine dayanması ve aile bireylerinin incelenmemiş olması da diğer baş ağrılarının migrenle karışmasına neden olabilir.

Migren ve psikiyatrik hastalık komorbiditesi pek çok araştırmaya konu olmuştur<sup>[8]</sup> ve bu bağlantının olası birkaç mekanizması mevcuttur. Bunlardan biri her iki bozukluğun ortak nörobiyolojik belirleyicileri veya anatomik korelatları olma olasılığıdır.<sup>[9]</sup> Nörobiyolojik modeller OKB'nin orbitofrontal korteksten başlayan talamus, kaudat, singulat kortekse uzayan döngülerde, frontal-striatal devrelerde hiperaktivite ile karakterize olduğunu düşündürmektedir. Bu bölgeler migren oluşturan yollarla talamus üzerinden kesişmektedir.<sup>[12]</sup>

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu katılımcılarında obsesif-kompulsif bulguların değerlendirilmesi için Y-BOCS kullanılmıştır. Hasta ve kontrol grubu Y-BOCS toplam puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aynı farklılık obsesyon ve kompulsiyon alt test puanlarının karşılaştırılması sonucunda da saptanarak paralellik göstermiştir. Üç puan açısından da gruplar arasındaki farklılığın anlamlı ve aynı yönde olması iki grup arasında Y-BOCS skorları açısından önemli bir farklılığa işaret etmekte ve Y-BOCS sonuçlarının geçerliliğini artırmaktadır.

Bu sonuçlar, migren ve migren olmayan katılımcılarla yürütülen çalışmalarda migren hastalarının anksiyete bozuklukları ve kısmen panik bozukluğu-fobiler açısından daha yüksek risk taşıdığı, migren ve OKB/yaygın anksiyete bozukluğu arasında bağlantı bulunan genel çalışmanın sonuçları ile uyumludur.<sup>[9]</sup>

Obsesif kompulsif belirti alt grupları açısından migren ve kontrol grubu açısından anlamlı fark obsesyonlar açısından “diğer obsesyonlar” grubu dışında belli bir obsesyon grubunda bulunmamış; sadece kontrol etme kompülsiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. YBOCS Kontrol Listesi’nde kişinin bir eylemi yapıp yapmadığına veya yaptıysa da doğru biçimde yapıp yapmadığına dair patolojik kuşku obsesyonları “diğer obsesyonlar” başlığı altında yer almaktadır. Bu nedenle “diğer” obsesyonların ve kontrol kompülsiyonlarının migren grubunda daha fazla bulunmasının tesadüfi olmadığı ve kendi içinde tutarlı bir bulgu olduğu söylenebilir. Ayrıca ani ortaya çıkan ve kişinin kontrol edemediği ataklarla giden, bazen uygunsuz yerlerde kusma görülebilen, istirahat gereksinimi doğurup yaşamı etkileyebilen bir bozukluk olan migrenin, hastalarda “kontrol algısı” ihtiyacını tetikleyebileceği speküle edilebilir.

Migren-OKB ilişkisinin diğer yönü ise bu hastalıkların nörokimyasal mekanizmalarındaki benzerliktir. OKB’de nörokimyasal etkenler üzerindeki araştırmalar serotonin üzerinde yoğunlaşmıştır.<sup>[24]</sup> Migren profilaksisinde de sıklıkla kullanılan serotonin geri alımını ketleyen antidepressanların (SSRI) OKB tedavisinde işe yaradığı bilinmektedir.<sup>[25]</sup> Dopamin ve asetilkolin de OKB’nin oluşumunda rol oynadığı iddia edilen serotonin ile ilişkili transmitterler olarak öne sürülmektedir. Aynı transmitterlerin migren ile ilişkisi de literatürde yer almaktadır.<sup>[15]</sup>

Migren-psikiyatrik hastalık arasındaki komorbiditenin bir diğer olası açıklaması; migrenin psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde nedensel bir faktör olduğudur. Bu durumda yoğun veya uzun süreli ağrı ataklarının tekrarlaması, beklenti anksiyetesi geliştirmekte ve/veya anksiyete gelişimini kolaylaştırmaktadır.<sup>[9]</sup> OKB’de anksiyete yaşanan bir ruhsal rahatsızlık olduğundan, migrenin OKB gelişimine zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Psikiyatrik komorbidite ve migren atak sıklığı arasındaki ilişki ile ilgili yapılan araştırmalarda, atak sıklığı ve süresi ile psikiyatrik komorbidite arasında anlamlı bir ilişki olduğu öne sürülmektedir.<sup>[9]</sup> Bizim çalışmamızda ise hasta grubunun Y-BOCS puanları ile atak sıklığı ve migren süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu durum da bizi OKB ve

migren komorbiditesi yönünden ortak nörokimyasal neden ve ortak anatomik/fonksiyonel farklılaşma hipotezine yaklaştırmıştır. Bu durumda en ciddi ortak payda genetik bir farklılaşma olabilir.

Migren çoklu kalıtsal karaktere sahiptir. Hastalığın farklı klinik formlarını üreten genler ve lokuslar, içsel-dışsal etkenler ve/veya bireysel genetik/çevresel etkenler etkileşime girebilir. Migrenin genetik belirleyicilerindeki bu heterojenlik migren ve diğer nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve özellikle psikiyatrik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişkiye neden olmaktadır. İki veya daha fazla hastalık arasındaki bu rastlantısal olmayan bağlantı aynı kromozom ve gen mutasyonlarının veya komşu genlerin farklı mutasyonlarının sonucu olabilir.<sup>[9]</sup> Ayrıca auralı migrende genetik faktörlerin aurasız migrene göre daha fazla rolü olduğuna dair çeşitli bulgular vardır.<sup>[22]</sup> Son zamanlarda yapılan çalışmalardan birinde aurasız migren hastalarında OKB görülme sıklığı %4.8, auralı migren hastalarında ise %5 olarak bulunmuştur.<sup>[15]</sup> Bu bilgilerden yola çıkarak, auralı migrende psikiyatrik komorbiditenin- örneğin OKB görülme oranının- daha yüksek olması beklenmektedir. Auralı migren ve aurasız migren grupları kategorik Y-BOCS puanları açısından karşılaştırıldığında ise iki grup arasında farklılık bulunmuştur. Auralı migrende OKB görülme eğilimi daha baskındır.

Çalışmamızın güçlü yanları standart uluslararası kriterlere göre uzman tarafından tanı almış, tümünün ayrıntılı nörolojik muayeneleri ve beyin görüntülemeleri yapılmış olan migrenli olgularda ve uygun kontrol grubunda yürütülmesidir. İleride yapılacak olan çalışmalarda OKB’li migren olgularında beyin fonksiyonel görüntüleme çalışmalarının eklenmesi bu konu hakkında daha ayrıntılı bilgi edinilmesine olanak sağlayacaktır.

***Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.***

***Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.***

## **Kaynaklar**

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. (2 nd Ed.). Cephalalgia 2004;24:1-151.

2. Salomone S, Caraci F, Capasso A. Migraine: an overview. *Open Neurol J* 2009;3:64-71. [CrossRef](#)
3. Baykan B, İdrisoğlu HA. Baş ağrısı. İçinde Öge AE, Baykan B. *Nöroloji* (2. Baskı). 2011;373-94. (<http://www.itfnoroloji.org/basagrisi/basagrisi.htm>)
4. Breslau N, Rasmussen BK. The impact of migraine: Epidemiology, risk factors, and co-morbidities. *Neurology* 2001;56(6 Suppl 1):S4-12. [CrossRef](#)
5. Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain* 2012;13(2):147-57. [CrossRef](#)
6. Mett A, Tfelt-Hansen P. Akut migren tedavisi: karşılaştırmalı randomize çalışmaların son bulguları. *Current Opinion in Neurology Türkçe Baskı* 2008;2(3):162-9.
7. Saip S. Primer Baş ağrıları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi 2005;42:35-62.
8. Cupini LM, De Murtas M, Costa C, Mancini M, Eusebi P, Sarchielli P, et al. Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache. *Headache* 2009;49(7):1005-13. [CrossRef](#)
9. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011;12(2):115-25. [CrossRef](#)
10. Beghi E, Bussone G, D'Amico D, Cortelli P, Cevoli S, Manzoni GC, et al. Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *J Headache Pain* 2010;11(2):141-50. [CrossRef](#)
11. Davison GC, Neale JM. *Anormal Psikolojisi (Abnormal Psychology)* (çev. ed. Dağ İ.). (7. Baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2004.
12. Maltby N, Tolin DF, Worhunsky P, O'Keefe TM, Kiehl KA. Dysfunctional action monitoring hyperactivates frontal-striatal circuits in obsessive-compulsive disorder: an event-related fMRI study. *Neuroimage* 2005;24(2):495-503. [CrossRef](#)
13. Tamgaç A, Maner F, Gökalp PG, Öztürk M, Altunkaynak Y. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında kişilik örüntüsü. *Düşünen Adam* 2007;20(1):5-15.
14. Abdülkadiroğlu Z, Kaya N, Genç E, Demir O, İlhan S. Migrenli-lerde okuma sırasında elektrookülografi ile obsesif kompulsif kişilik araştırılması. *SDÜ Tıp Fakültesi* 1998;5(1)17-20.
15. Dinn WM, Ayçiçeği- Dinn A, Robbins NC, Harris CL. Migraine Headache and Obsessive- Compulsive Symptoms in a Student Sample. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2005;15:174-81.
16. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):1006-11. [CrossRef](#)
17. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):1012-6.
18. Karamustafalıoğlu KO, Uçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown obsesif kompulsif bozukluk ölçeğinin geçerlilik – güvenilirlik çalışması. *Ulusal Psikiyatri Kongresi özet bildiri kitabı* Bursa 1993.
19. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. (5. Baskı). Ankara: HYB Yayıncılık 2009.
20. Macgregor EA, Rosenberg JD, Kurth T. Sex-related differences in epidemiological and clinic-based headache studies. *Headache* 2011;51(6):843-59. [CrossRef](#)
21. Wacogne C, Lacoste JP, Guillibert E, Hugues FC, Le Jeune C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia* 2003;23(6):451-5. [CrossRef](#)
22. Baykan B. Baş ağrısı ve genetik. *Türk Nöroloji Dergisi* 2006;12(4)253-68.
23. Russell MB. Is migraine a genetic illness? The various forms of migraine share a common genetic cause. *Neurol Sci* 2008;29 Suppl 1:S52-4. [CrossRef](#)
24. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, DJ Nutt, JC Ballenger (Eds), Massachusetts, Blackwell Science Ltd 2007. s. 83-93.
25. Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12(2):187-97.