

Migren Hastalığında Olgular ile Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımı

Levent Ertuğrul İNAN¹, Tülin AKTÜRK², Nermin TANIK²

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Yozgat, Türkiye

Öz

Kronik migren tedavisinde ve ilaç aşırı kullanımı baş ağrısında farmakolojik ve girişimsel tedavilerin yanı sıra, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT); ilaç dışı tedavi seçeneği olarak uygulanan bir yöntemdir. Migren ve diğer kronik ağrılı durumlarda BDT'nin etkinliğini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Migren ve diğer kronik ağrılı durumlarda uygulanmaktadır. Kronik ağrı yönetiminde BDT'nin 3 temel bileşeni vardır: hasta eğitimi, davranışsal eğitim ve bilişsel müdahaleler. Bu bileşenlerin amacı öz yeterlilik hissinin artması, diğer klinik sonuçların düzeltilmesi ve uzun süreli hastalık yönetimidir. Bu yazıda kronik migren tanısı olan 2 ve ilaç aşırı kullanımı olan 3 migren hastasının yönetiminde BDT'nin etkinliği literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anhtar Kelimeler: Kronik migren, baş ağrısı, bilişsel davranışçı terapi

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy Approach in cases with Migraine Disease

In addition to pharmacological and interventional treatments, cognitive behavioral therapy (CBT) as a non pharmacological treatment may be a choice in the treatment of chronic migraine and medication overuse headache. There are numerous studies showing efficacy of CBT in migraine and other chronic painful conditions. CBT has three basic components in chronic pain management; patient education, cognitive restructuring and behavioral training. All these components increase self confidence, help to control clinical problems and manage long term control of the disease. In this article; results of 2 chronic migraine and 3 medication overused migraine patients treatment with CBT is presented and discussed.

Keywords: Chronic migraine, headache, cognitive behavioral therapy

GİRİŞ

Kronik migren yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve iş gücü kaybına neden olan bir baş ağrısı formudur. Genel popülasyonun %1-2'sini ve migren hastalarının ise %8'ini etkiler. Epizodik migrenin kronik migrene dönüş oranı %3'tür ve bu dönüşüm geri dönüşlüdür. Sık baş ağrısı atağı ile birlikte bazı predispozan faktörler atak gelişimi için uyarılma eşliğini düşürür, böylece kronik migren riskini artırır (May & Schulte, 2016).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, kronik baş ağrılarında göre yaşam kalitesini daha ciddi oranda etkileyen ve ekonomik kaybın daha önemli boyutlarda olduğu baş ağrısı tipidir (Da Silva & Lake 2014). Prevelansı %1-2 arasındadır ve en sık görülen kronik baş ağrısıdır (Katsarava & Obermann, 2013). İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, sıklıkla migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi bir primer baş ağrısı zemininde gelişir (Munksgaard, Madsen & Wienecke, 2019). Uluslararası Başağrısı Topluluğu'nun 2013 beta versiyonuna göre ilaç aşırı kullanımı, artık kronik migren tanısı için bir dışlama kriteri değildir, migren kronikleşmesinin birkaç olası nedeninden biri olarak görülmektedir (IHS, 2013).

Correspondence / Yazışma:

Levent Ertuğrul İNAN

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Tel: +90 532 414 93 58

E-mail: drleinan@yahoo.com

Received / Geliş: April 01, 2019

Accepted / Kabul: June 13, 2019

©2019 JCBPR, Available online at <http://www.jcbpr.org/>

BDT yaşam olaylarına karşı düşünceleri değiştirerek alışılmış davranışları, olayları yorumlama şeklini ve kabullenişleri değiştirerek etkili olmaktadır (Türkçapar, 2008). Bilişsel müdahaleler ile hastalar; ağrılarını tetikleyen stresör faktörlerin kendilerinde düşünel, duygusal ve davranışsal etkilerini takip edebilmeyi öğrenebilirler. Kutuplaştırma, genelleme, felaketleştirme ve filtreleme gibi yaygın olumsuz bilişsel özelliklerin farkındalığı sağlanmaya çalışılır. Hasta uyguladığı düşünce ve davranışların fayda ve zararını gözlemlemeyi öğrenir (Winterowd, Beck & Gruener, 2004). Rasyonel olmayan bilişlerin farkına varıldıktan sonra bu bilişsel sürecine alternatif inançlar gelişmesine yardımcı olurlar. Yeni düşünce ve davranışlarını yaşamına uygulayarak, ağrının ortaya çıkması ve işlevselliğini engellemesi önlenir.

Migren tedavisi ilaç ve ilaç dışı tedaviyi kapsar. Kronik migren, kronik gerilim tipi baş ağrısı ve bazı kronik ağrılı durumlarda etkinliği gösterilmiştir (Bendtsen et al., 2010). Konvansiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarının sonuçlarına göre, BDT kaynaklı prefrontal korteksde yapısal değişiklikler meydana gelmekte ve inhibitör merkezlerin işlevlerindeki artış ağrıya azalmaya neden olmaktadır (Seminowicz., 2013). Nörogörüntüleme çalışmaları beyin ağrı, beyin morfolojisi ve beyin kimyasının epizodik ve kronik migrenlilerde değiştiğini göstermektedir. Beyin ağrı yapısını ve fonksiyonlarını değiştiren tedaviler yararlı olabilir. Genel beyin modifikasyonu yöntemlerinden birisi de bilişsel davranışçı tedavidir (Sprenger & Borsook, 2012). Bu yazıda kronik migren tanısı olan 2 ve ilaç aşırı kullanımı baş ağrısı tanısı olan 3 hastada BDT'nin etkisi sunulmuştur.

OLGULAR

1. Olgu (DY)

Ellibeş yaşında kadın hasta, 10 yıldır olan baş ağrısı yakınması ile polikliniğe başvurdu. Ev hanımı, dul, okuma-yazması yoktu. Tek taraflı, taraf değiştiren orta-ağır şiddette baş ağrısı yakınmasına bulantı-kusma, fotofobi, fonofobi ve osmofobi eşlik ediyordu. 6 aydır hemen hemen her gün olan baş ağrısı için 1 veya 2 adet ergo preparatlarından aldığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde astım hastalığı vardı. Topiramet, flunarazin ve venlafaksin tedavileriyle faydalanmı olmadığı öğrenildi. Nörolojik muayenesi normal olup, nörogörüntülemesi normaldi. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı ölçütlerini karşılıyordu. Psikiyatrik değerlendirmesinde anlamlı bulgu yoktu. Öncesinde bilinen psikiyatrik bir hastalık veya terapi alma öyküsü yoktu. Hasta son 3 aydır 60 mg duloksetin kullanıyordu. Beck Depresyon Ölçeği Skoru (BDS): 2 ve Beck Anksiyete Ölçeği Skoru (BAS): 2 idi.

2. Olgu (SK)

Kırkiki yaşında kadın hasta, en az 10 yıldır baş ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvuran hasta ayın yarısını ağrılı geçirdiğini ifade etti. Ev hanımı, dul, ilkökul mezunuydu. Ağrıları orta şiddette olan hastanın sekiz aydır ilaç aşırı kullanımı vardı. Önceki ağrılarında bulantı, fotofobi, fonofobinin olduğunu ve iş yapmasına engel olabildiğini belirtti. Valproat, duloksetin, topiramet, antidepresan kullanım öyküsü vardı, fayda belirtilmiyordu. Hastanın özgeçmişinde panik bozukluk öyküsü vardı. Nörolojik muayenesinde anlamlı bulgu yoktu ve görüntüleme bulguları normaldi. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı ölçütlerini karşılıyordu. Psikiyatrik değerlendirmede depresif ve anksiyöz duygudurum saptandı. BDS: 18, BAS: 25 idi. Öncesinde terapi alma öyküsü yoktu ve antidepresan, anksiyolitik tedavi almıyordu.

3. Olgu (RÖ)

Ellidört yaşında kadın hasta, 20 yıldır migren ağrısı olan hasta son 2 yıldır ayın yarısını ağrılı geçirdiğini belirtti. İlkokul mezunu, dul, ev hanımıydı. 1 yıldır ergo aşırı kullanımı olduğu tespit edildi. Orta-ağır şiddette olan baş ağrısı sırasında bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi vardı. Hastanın özgeçmişinde obsesif kompulsif bozukluk ve alerjik astım öyküsü vardı. Nörolojik muayenesi normaldi, nörogörüntülemesi normaldi. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı ölçütlerini karşılıyordu. Psikiyatrik değerlendirmesinde depresif ve anksiyöz duygudurum rapor edildi. BDT öncesi BDS: 9 BAS: 12 idi. Öncesinde hastanın terapi alma öyküsü yoktu. 6 aydır fluoksetin 20 mg kullanıyordu.

4. Olgu (ZB)

Otuzaltı yaşında kadın hasta, 1 yıldır baş ağrısından yakınıyordu. İlkokul mezunu, evli, ev hanımıydı. Orta-ağır şiddette olan baş ağrıları en az 4 saat sürüyor, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi eşlik ediyordu. Baş ağrıları 5 aydır ayda 15 gün sürüyordu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesi ve nörogörüntülemesi normaldi. Migren tanısını karşılıyordu ve son 5 aydır kronik migren baş ağrısı tanı ölçütlerini karşılıyordu. Psikiyatrik muayenesinde psikopatoloji saptanmadı. Tedavi öncesi BDS: 5 BAS: 17 idi. Öncesinde hastanın terapi alma öyküsü yoktu ve antidepresan, anksiyolitik tedavi almıyordu.

5. Olgu (NC)

47 yaşında, kadın hasta, 28 yıldır baş ağrısı olduğundan yakınıyordu. Liseyi açıktan bitirmiş, boşanmış, ev hanımıydı. Son zamanlarda ayın tamamına yakınına ağrılı geçiriyordu. Ağrıları orta şiddetteydi ve ağrılarının

çoğunluğunda bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi eşlik ediyordu. Hastanın özgeçmişinde diyabetes mellitus, panik bozukluk ve majör depresyon tanıları vardı. Nörolojik muayenesi ve nörogörüntülemesi normaldi. Kronik migren tanı kriterini karşılıyordu. Psikiyatrik değerlendirmesinde depresif duygu durumu olduğu belirtildi. Tedavi öncesi BDS: 25 BAS: 6 idi. Öncesinde hastanın terapi alma öyküsü yoktu. BDT başlandığında 1 yıldır essitalopram 10 mg, 4 aydır trazodon 50 mg kullanıyordu.

Hastaların Değerlendirilmesi

Nörolojik değerlendirmeler nöroloji uzmanı tarafından yapılmış olup tanı kriteri olarak Uluslararası Baş ağrısı Sınıflamasının 2013 beta versiyonu kullanılmıştır. Psikiyatrik değerlendirmeler konsultan psikiyatri uzmanlarınca, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Baskı (DSM-5) (American Psychiatric Association et al., 2013) ve Beck Depresyon ve Beck Anksiyete semptom tarama ölçekleri kullanılarak yapılmıştır.

Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Yaklaşımının Teknik Özellikleri

BDT yaklaşımı; bu 5 hastaya da BDT eğitimi almış, supervizyonlara katılmış aynı nörolog tarafından uygulanmıştır. Üç hastaya Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalında 3 kişiden oluşan, 2'sine

ise SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniğinde 2 kişiden oluşan gruplar halinde BDT verilmiştir. Hastaların BDT öncesi baş ağrısı sıklık, şiddet ve süreleri; BDS, BAS'ları tespit edilmiş ve bunlar BDT yaklaşımı bittikten sonra tekrar değerlendirilmiştir ve tedavi öncesi ile karşılaştırılarak yorum yapılmış ve tartışılmıştır. Hastaların nörolojik tanıları, tedavi öncesi ve sonrası değerleri ve kaç seans BDT yaklaşımı aldıkları Tablo 1-2'de aktarılmıştır. Bilişsel çarpıtmalardan felaketleştirme, kutuplaştırma ve filtreleme çarpıtmalarını aşırı kullandıkları tespit edilmiştir. BDT hakkında bilgi verilmiş, formülasyonları yapılmıştır. Haftada bir gün altmış dakika olmak üzere BDT uygulanmıştır. Öncesinde solunum egzersizleri ve progresif kas germe ve gevşetme egzersizleri yapılmıştır. Bilişsel çarpıtmaları Sokratik sorgulama ile fark ettirilmiştir. Yerine geçerliliği olan düşünceleri yerleştirmesi sağlanmıştır. Ev ödevleri verilerek içselleştirmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Ev ödevlerinde baş ağrısını tetikleyen olayları, düşünce, duygu ve davranışlarını kaydetmeleri istenmiş, BDT seanslarında bu tetikleyen olaylar üzerinden gündem oluşturularak otomatik düşünceler ve düşünce çarpıtmaları üzerinde çalışılmıştır. Ayrıca solunum ve progresif kas germe egzersizlerine devam etmesi önerilmiştir.

Hastalara uygulanan BDT seans sayısı, BDT öncesi ve sonrası verileri Tablo 1-2'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Hastaların tanıları, tedavi öncesi ve sonrası ağrı sıklıkları ve aldıkları BDT seans sayıları

Hastalar	Tanı	Tedavi öncesi baş ağrısı sıklığı (gün/ay)	Tedavi sonrası baş ağrısı sıklığı (gün/ay)	BDT seans sayısı
DY	İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı	30	7	13
SK	İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı	15	8	6
RÖ	İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı	15	5	12
ZB	Kronik Migren	15	0	8
NC	Kronik Migren	27	8	17

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi.

Tablo 2: Hastaların tedavi öncesi ve sonrası VAS (Ağrı şiddeti), baş ağrısı süreleri, BDS ve BAS değerleri

Hastalar	Tedavi öncesi VAS	Tedavi sonrası VAS	Tedavi öncesi baş ağrısı süresi (h)	Tedavi sonrası baş ağrısı süresi (h)	Tedavi öncesi BDS	Tedavi sonrası BDS	Tedavi öncesi BAS	Tedavi sonrası BAS
DY	8	6	11	3	2	1	2	2
SK	6	5	1 (ilaçla)	1 (ilaçla)	18	6	25	5
RÖ	8	9	12	12	9	6	12	11
ZB	8	0	9	0	5	1	17	1
NC	6,9	9,5	9,45	6,8	25	0	6	0

VAS: Vizüel Analog Skala, BDS: Beck Depresyon Skoru, BAS: Beck Anksiyete Skoru.

BULGULAR

Kronik migreni ve ilaç aşırı kullanımı olan hastalarda, 6–17 BDT seansı sonrasında baş ağrısı sıklığında, birinci hastada %76,7, ikinci hastada %46,7, üçüncü hastada %66,7, dördüncü hastada %100 ve beşinci hastada %69,4 azalma, ortalama %71,9 azalma tespit edilmiştir. Bir başka yöntem olarak BDT öncesi hastaların baş ağrılı gün sayısı ortalaması alındığında 20,4 gün/ay bulunmuş olup BDT sonrası 5,6 gün/ay sayısına düşmüştür. Bu da baş ağrılı gün sayısında %72,6 oranında azalmaya denk gelmektedir. Önceki yöntemle bulunan %71,9 oranına oldukça yakındır.

Tedavi öncesi baş ağrısı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS) ortalamaları 7,38 iken BDT sonrası VAS ortalaması 5,9 bulunmuştur. BDT öncesi hastaların baş ağrısı süresi ortalaması 8,94 saat iken tedavi sonrası baş ağrıları süresi ortalaması 4,56 saat bulunmuştur. Hastaların BDT öncesi BDS skorları ortalaması 11,8 iken BDT sonrası ortalama 2,8'e düşmüştür. BDT öncesi BAS ortalaması 12,4, BDT sonrası BAS ortalaması 3,8'dir. Bu yöntemle BDT sonrası BDS %76, BAS %69,4 oranında azalma olduğu söylenebilir.

TARTIŞMA

Bu bulgular BDT yaklaşımının kronik migrende ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısında bir tedavi seçeneği olabileceği umudunu desteklemektedir. Baş ağrılı gün sayısı, baş ağrısı şiddeti, BDS ve BAS değerlerindeki azalma anlamlı gözükmektedir. Hastalara uygulanan BDT seansı 6–17 arasında değişkenlik göstermektedir. Ortalaması alınacak olur ise 13,3 seans denilebilir. Randomize kontrollü çalışmalarındaki gibi standart olamamıştır. Baş ağrılı gün sayısında azalmanın en düşük olduğu hasta en az BDT seansı alan hastaydı. Seans sayısı artıka baş ağrılı gün sayısında azalmanın daha belirgin olabileceği öngörülebilir. Tablolarda; ağrı şiddeti ve ağrı sürelerinin tedavi öncesi ile sonrası karşılaştırılması yerine BDT öncesi ve sonrası ortalamalarının karşılaştırılması yapılmış bu yöntemle bireysel hasta bazında zor farkedilen değişikliklerin daha belirginleştirilmesi sağlanmıştır. Baş ağrısı dahil Ağrının Nörorehabilitasyonunda İtalyan Consensus Konferansı Sonuçlarına göre, baş ağrısında bir BDT tekniği olan Farkındalık BDT (Mindfulness CBT) etkinliği A kategorisinde gösterilmiştir. Klasik BDT yaklaşımının ise baş ağrısında etkinliği B kategorisinde gösterilmektedir.

(Castelnuovo et al., 2016). Bu derecelendirmeden sonra yapılan bir sistematik gözden geçirmede BDT etkinliği ağrı şiddet, duyu durum ve baş ağrısı ilişkili maluliyette etkili olduğu, ağrı sıklığında ise etkili olmadığı şeklindedir. Grup halinde uygulamanın etkinliği artırabileceği öne sürülmüştür (Probyn et al., 2017). Bizim çalışmamızda ağrı şiddet ve duyu durumunda düzelmeye ek olarak ağrı sıklığında azalma gözlenmiştir. Bu etkinlik grup halinde uygulanmasına bağlı da olabilir.

Felaketleştirmeye yönelik BDT'nin ağrı ilişkili dizabiliteyi azaltmada etkili olabileceği gösterilmiştir (Jang, Kim & Kim, 2018). Bizim sunduğumuz olgularda felaketleştirmenin yaygın olduğu bulunmuş ve bu doğrultuda BDT uygulanmıştır.

Sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek şiddet ve sıklıkta ağrıları olan bu olgularda bu durumların direk ve dolaylı etkileriyle çaresizlik, umutsuzluk, kontrol kaybı ve ilişkili bilişsel süreçler de tespit edildi. Gündem oluşturularak bu konular üzerinde duruldu, kas gevşeme egzersizleri ve solunum egzersizleri ile kontrol güçlendirme çalışmaları yapıldı. Bu duyu ve düşüncelerin felaketleştirilmesi ile kontrolü kaybetme, yaşamdan çekilme yerine, ağrılarına rağmen günlük yaşamı devam etmeleri sağlandı ve bu durumunun onlara daha iyi geldiği gözletildi.

Matsuzowa ve arkadaşları BDT tedavisine uyumun düşük ve %50 dolayında olduğunu bulmuşlardır (Matsuzawa, 2019). Sunduğumuz hasta grubunda uyumun yüksek olması; BDT seanslarına istekli ve düzenli bir şekilde devam etmelerine ayrıca daha önceki medikal profilaksilerden fayda görmemiş olmalarıyla açıklanabilir.

Sunulan bu olgu serisinde solunum egzersizleri, progresif kas germe ve gevşetme egzersizleri ve BDT yaklaşımı birlikte uygulanmıştır. Bu nedenle sonuçlar daha anlamlı çıkmış olabilir.

Sonuç olarak kronik migrenli ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalarında BDT tek başına veya diğer profilaksi ilaçları ya da girişimsel yöntemlerle birlikte uygulanabilecek baş ağrı sıklığı üzerinde etkin bir tedavi alternatifi olduğu akılda tutulmalıdır. Baş ağrısı tedavisinde multidisipliner yaklaşım önerilmektedir (Gaul, Liesering-Latta, Schäfer, Fritsche & Holle, 2016). Bu nedenle baş ağrısı merkezlerinde bu entegrasyonun sağlanması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Bendtsen, L., Evers, S., Linde, M., Mitsikostas, D. D., Sandrini, G., & Schoenen, J. (2010). EFNS guideline on the treatment of tension-type headache—Report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*, 17(11), 1318-1325. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x>
- Castelnuovo, G., Giusti, E. M., Manzoni, G. M., Saviola, D., Gatti, A., Gabrielli, S., ... & Tamburin, S. (2016). Psychological treatments and psychotherapies in the neurorehabilitation of pain: evidences and recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Frontiers in Psychology*, 7, 115. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00115>
- Da Silva, A. N., & Lake III, A. E. (2014). Clinical aspects of medication overuse headaches. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 54(1), 211-217. <https://doi.org/10.1111/head.12223>
- Gaul, C., Liesering-Latta, E., Schäfer, B., Fritsche, G., & Holle, D. (2016). Integrated multidisciplinary care of headache disorders: A narrative review. *Cephalalgia*, 36(12), 1181-1191. <https://doi.org/10.1177/0333102415617413>
- IHS (2013). Headache classification committee of the international headache society (ihs) the international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*, 33(9), 629-808. <https://doi.org/10.1177/0333102413485658>
- Jang, H. H., Kim, M. E., & Kim, H. K. (2018). Pain Catastrophizing Mediates the Effects of Psychological Distress on Pain Interference in Patients with Orofacial Pain: A Cross-Sectional Study. *Journal of Oral & Facial Pain & Headache*, 32(4), 409-417. <https://doi.org/10.11607/ofph.2067>
- Katsarava, Z., & Obermann, M. (2013). Medication-overuse headache. *Current Opinion in Neurology*, 26(3), 276-281. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e328360d596>
- Matsuzawa, Y., Lee, Y. S. C., Fraser, F., Langenbahn, D., Shallcross, A., Powers, S., ... & Minen, M. (2019). Barriers to Behavioral Treatment Adherence for Headache: An Examination of Attitudes, Beliefs, and Psychiatric Factors. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(1), 19-31. <https://doi.org/10.1111/head.13429>
- May, A., & Schulte, L. H. (2016). Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 12(8), 455-464. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.93>
- Munksgaard, S. B., Madsen, S. K., & Wienecke, T. (2019). Treatment of Medication Overuse Headache—a review. *Acta Neurologica Scandinavica*, 139(5), 405-414. <https://doi.org/10.1111/ane.13074>
- Probyn, K., Bowers, H., Mistry, D., Caldwell, F., Underwood, M., Patel, S., ... & Pincus, T. (2017). Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*, 7(8), e016670. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016670>
- Seminowicz, D. A., Shpaner, M., Keaser, M. L., Krauthamer, G. M., Mantegna, J., Dumas, J. A., ... & Naylor, M. R. (2013). Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 14(12), 1573-1584. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.07.020>
- Sprenger, T., & Borsook, D. (2012). Migraine Changes the Brain—Neuroimaging Imaging Makes its Mark. *Current Opinion in Neurology*, 25(3), 252. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e3283532ca3>
- Türkçapar, H. (2008). Bilişsel Terapi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 430.
- Winterowd, C., Beck, A. T., & Gruener, D. (2004). Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients. *Pain Practice*, 4(1), 67. <https://doi.org/10.1111/j.1530-7085.2004.04008.x>

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT**INTRODUCTION**

In addition to pharmacological and interventional treatments, cognitive behavioral therapy (CBT) as a non pharmacological treatment may be a choice in the treatment of chronic migraine and medication overuse headache. There are numerous studies showing efficacy of CBT in migraine and other chronic painful conditions. Results of CBT of 2 chronic migraine and 3 medication-overuse migraine patients are presented in this article

METHODS

CBT were given to two patients with chronic migraine and three patients with medication overuse headache between 6–17 sessions once a week. Headache frequency, severity and duration; Beck Depression Scale (BDS), Beck Anxiety Scale (BAS) scores were determined before CBT and these were reevaluated after the CBT approach. In these cases, respiratory exercises, progressive muscle stretching and relaxation exercises and CBT approach were applied together.

RESULTS

The frequency of headaches after CBT were decreased 76.7% in the first, 46.7% in the second, 66.7% in the third, 100% in the fourth, and 69.4 % in the fifth patient. The mean of reduction was 71.9%. The average number of headache days were decreased

from 20.4 days / month to 5.6 days / month after CBT. This corresponds to a decrease of 72.6% in the number of headache days. It is very close to 71.9% found by the previous method. The mean visual analog scale (VAS) score before treatment was 7.38, the mean VAS after CBT was 5.9. The mean headache duration of patients before CBT was 8.94 hours, after treatment it was decreased to 4.56 hours. The mean BDS score of the patients before CBT was 11.8, decreased to 2.8 after CBT. BAS score is 12.4 before CBT and decreased to 3.8 after CBT. With these treatments, BDS was decreased 76% and BAS 69.4%.

DISCUSSION

CBT has three basic components in chronic pain management; patient education, cognitive restructuring and behavioral training. All these components increase self confidence, help to control clinical problems and manage long term control of the disease. It should be kept in mind that CBT is an effective treatment alternative for the headache that can be applied alone or in combination with other prophylaxis drugs or interventional methods in patients with chronic migraine and medication-overuse headache.

Keywords: Chronic migraine, headache, cognitive behavioral therapy