

BÖLÜM 12

BAŞAĞRISINDA GEVŞEME TEKNİKLERİ VE TEMEL BEDEN FARKINDALIK TERAPİSİ YAKLAŞIMI

Hamiyet YÜCE

Kısaltmalar

Temel Beden Farkındalık Terapisi-TBFT;
Gerilim-tipi Başağrısı-GTBA;
Servikojenik Başağrısı-SB;

GİRİŞ

Baş ağrıları toplumda en yaygın yakınmalardan biridir. Baş ağrısı, nörolojik süreçlerden ve psikososyal faktörlerden etkilenen karmaşık bir biyopsikososyal deneyimdir ve bireyin yaşam kalitesini ve sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olan önemli bir sağlık sorunudur (1). Çok sık tanımlanan bu yakınmaya yol açan nedenler, temel olarak üç ana başlıkta toplanmıştır: (a) primer /birincil baş ağrıları (örn: migren, gerilim-tipi baş ağrısı(GTBA) ve küme baş ağrısı) (b) sekonder/ ikincil baş ağrıları örn: servikojenik baş ağrısı (SB) (c) nöropatiler, yüz ağrıları ve diğer baş ağrıları (2).

Migren ve GTBA en sık görülen primer baş ağrıları iken, servikojenik baş ağrısı en sık görülen sekonder baş ağrısıdır. Migren, GTBA ve SB bireyin yaşam kalitesini, iş faaliyetlerini ve aile hayatını olumsuz yönde etkileyen, toplum üzerinde doğrudan veya dolaylı ekonomik yük oluşturan yaygın baş ağrısı türleridir (3).

Baş ağrısı ve özellikle migren, psikolojik, sosyal ve biyolojik yönlerin yakından bağlantılı olduğu karmaşık hastalıklardır. Ayrıca, son 15 yılda, ilaç aşırı kullanımını ile kronik migrenin açık bir şekilde biyodavranışsal bir bozukluk olduğu anlaşılmıştır. Bu klinik durum sadece reseptör fizyolojisinin anormalliğine bağlı ağrılı bir durum değildir; aynı zamanda duygu ve ağrının birbirine karıştığı bir durum olarak da tanımlanır (4). Bu nedenle bireysel yaşamın sosyal ve duygusal her yönünü dikkate alan biyopsikososyal bir yaklaşım içinde baş ağrısı yönetimi için multidisipliner bir tedavi stratejisine ihtiyaç vardır. Yalnızca geleneksel farmakolojik tedavileri değil, aynı zamanda: hasta eğitimi ve desteği, yaşam tarzı değişikliği (diyet, fiziksel aktivite, yaşam tarzı alışkanlıkları, stresli koşullar, vb.) ve tamamlayıcı önlemleri de içermelidir (5,6).

Baş ağrısı ile Stres ilişkisi

Hem migren hem de GTBA ile ilgili karmaşık biyolojik, psikolojik ve sosyal kökenli mekanizmalar vardır. Gerilim ve migren tipi baş ağrıları iş veya ailevi stres, kaygı, depresyon ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından kaynaklanabilir (7). Emosyonel stres, statik postür-boynun sürekli aynı pozisyonda durması, rutin fiziksel aktiviteler, travma baş ağrılarının tetiklenmesinde önemli rol oynamaktadırlar (8). Stres/gerilim, migren ve GTBA gibi primer kronik baş ağrılarının en sık bildirilen tetikleyicisidir (9). Kronik baş ağrılı hastalar; stresli olaylara daha fazla maruz kalabilirler, olayları daha stresli algılayabilirler, stresin artmış fizyolojik cevabı, aşırı ağrı hissi ve/veya düşük ağrı eşiğine sahip olabilirler (1). Stres, ağrıda önemli bir rol oynar. Stres ve baş ağrısının yakından ilişkili olmasının birçok yolu vardır. Stres, (a) baş ağrısı bozukluğunun başlamasına katkıda bulunan predispozan bir faktör olabilir, (b) baş ağrısı bozukluğunun kronik bir duruma ilerlemesini hızlandırabilir, (c) bireysel baş ağrısı ataklarını arttırabilir ve şiddetlendirebilir (10). Stresin ağrı algısını doğrudan etkileyerek; zamanla nosiseptörlerin aktivasyonunu ve duyarlılığını daha da hassaslaştırarak, baş ağrısına bağlı engelliliği ve yaşam kalitesini kötüleştirerek baş ağrısını etkilediği düşünülmektedir. Tersine, sık baş ağrısı deneyiminin kendisi de bir stres kaynağı olabilir ve bu da hem hastalarda hem de **ebeveynlerde** anksiyeteye neden olabilen fonksiyonel bozulmaya yol açabilir (11). Ayrıca, baş ağrısı olan bireylerin yaşam taleplerini tehdit edici olarak algılaması ve ağrıdan korkması, stres tepkisini şiddetlendirebilir ve **sorunlu davranışları** (örn: uyku düzenleri, kafein kullanımı, ilaç kullanımı ve ödüllendirici sosyal aktivitelerden kaçınma) **etkileyebilir** (10). Stres yaratan bir uyarana maruz kalındığında anksiyete tepkileri ortaya çıkar. Bu tepkiler ise strese yol açarak yeniden anksiyete yaratır ve böylece anksiyete/stres

döngüsü oluşabilir (12). Depresyon ve anksiyete gibi duygu durum bozuklukları ile başağrısı sıklığı, şiddeti ve süresinin deneyimiarasındaki çift yönlü ilişki negatif geribildirim döngüsünü düşündürür(11,13).

Ağrı Algısı

En yaygın başağrısı tipleri, gerilim tipi ve migren başağrıları, genellikle merkezi veya periferik nöral nosiseptif substratların hiperaktivitesini, merkezi ağrı düzenleyici sistemlerin işlev bozukluğunu ve periferik enflamatuar veya kas kasılma mekanizmalarının ileri beslemeli aktivasyonunu içerir. Kas ağrısı, beyin ağrı düzenleyici mekanizmalarının bozulmasına yol açabilir, böylece normalde zararsız uyarıların ağrılı olarak algılanması, ikincil kas ağrısının devam etmesi ve anksiyete ve depresyon riski vardır (14). Stresli durumlarda yaşanan olumsuz duygular, aynı zamanda bedenin nahoş uyarılara karşı kendini savunabilmesi için gerekli karmaşık sinirsel döngüyü de harekete geçirerek, başağrısının başlangıcı ve şiddetlenmesi için zemin hazırlamaktadır (12). Ağrı, bedensel bir tehdidin habercisi olarak başlasa da, kronikleştikçe algısal boyut azalır ve affektif ve bilişsel yönler güçlenir; buna bağlı eşlik eden ruhsal bozukluklar gelişebilir, yaşam kalitesi düşer; kişiler kronikleşen ağrıda yeni uyumlar ve yeni yaşam tarzları geliştirir (15). Ağrı algısı, ağrı sinyallerini kaydeden ve değiştiren birçok beyin merkezini içerir. Bunlar, dikkat, inançlar, koşullanma, duygu durum, stres ve biliş ile ilgili bölgeleri kapsar. Ağrının algılanması, şiddeti ve kronikleşmesinde, ruhsal, sosyal ve kültürel özellikler önemli rol oynar. Kronik başağrısı, fizyolojik nosisepsiyonun akut uyarı fonksiyonundan yoksundur ve merkezi sinir sistemi ve ağrı reseptörlerinde farmakolojik, psikolojik veya anatomik kalıcı değişikliklere neden olur (1). Tekrarlayan, ısrarlı veya kronik ağrı ile başa çıkmak için etkili stratejiler, akut ağrıyı yönetmek için kullanılanlardan çok farklıdır (16). Kronik ağrıya yönelik çeşitli zihin-beden yaklaşımları, ağrı deneyimi düzeylerinin bir veya daha fazlasında çalışmak olarak anlaşılabilir. Daha da önemlisi, genellikle benzer mekanizmalar aracılığıyla çalışırlar ve sinerjik etkilere sahiptirler (17). Bu nedenle, farmakolojik olmayan terapiler, başağrısı olan birçok insan için yararlı bir stratejidir.

Davranışsal Tedavi ve Zihin-Beden Terapisi Uygulamaları

Zihin-beden terapisi uygulamaları zihin, beden ve davranışın birbirine bağlı olduğu bütüncül ilkeye dayanır. Başağrısı için davranışsal ve zihin/beden terapilerinin olası etki mekanizmaları, spesifik olarak (a) bireyin başlangıçtaki beyin

TABLO 1. Davranışsal Terapiler ve Zihin-Beden Terapisi Uygulamaları

Davranışsal tedaviler (7,13,21)	Zihin-beden terapisi uygulamaları (22,23)
<ul style="list-style-type: none"> • Gevşeme eğitimi (İlerleyici Kas Gevşeme-İKG, Otojenik eğitim, Diyafragmatik nefes egzersizleri) • Biyo-feedback, • Rehberli hayalde canlandırma • Bilişsel Davranışçı Terapiler-BDT • Mindfulness-Bilinçli Farkındalık • Hipnoz • Psikoegitimsel uygulamalar (Stres yönetimi eğitimi, Yaşam tarzı değişiklikleri) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beden Farkındalık Terapisi • Meditasyon /Farkındalığa dayalı terapiler • Beden odaklı psikoterapi • Nefes terapisi • Tai-chi, Qi-gong, Yoga • Hareket Terapileri (Trager, Psiko-fiziksel entegrasyon, Feldenkrais, Aleksander Tekniği, Pilates, Rolfing yapısal entegrasyon, Dans terapisi) • Masaj terapisi • Kayropraktik ve osteopatik manipülatif tedavi vd.

uyarılabilirlik düzeyini düşürerek, (b) bireyin başağrısı eşiğini yükselterek etki etmeleridir (18). Son yıllarda randomize kontrollü çalışmaların meta-analizleri, tek başına veya kombinasyon halinde davranışsal tedaviler/zihin-beden terapilerinin kullanımının migren, gerilim ve karma tip baş ağrılarının semptomlarını önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (5,7,19). Bireyin yaşamındaki (örn: stres, sempatik uyarılma, kötü niyetli düşünce süreçleri) davranış paternleri veya değiştirebilir faktörleri yönetmek için özel davranış ve becerileri öğretmeye odaklanırlar (20). Genellikle güvenilir, ucuz, önemli yan etkileri olmayan ve kabul edilebilir tedavilerdir. Gerilim tipi ve migren baş ağrılarının tedavisinde en yaygın davranışsal tedaviler ve zihin-bedenterapisi uygulamaları Tablo 1’de listelenmiştir.

Çok merkezli çalışmalar (gevşeme eğitimi, biyofeedback ve bilişsel davranışsal programları kapsayan) davranışsal ve fiziksel tedavilerin baş ağrılarında %30-60 azalmaya yol açtığını göstermiştir (6). Gevşeme eğitimi, biyo-geribildirim, bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık (mindfulness) terapileri dahil olmak üzere çeşitli farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımlarının etkinliği Amerika Birleşik Devletleri Başağrısı Konsorsiyumu gibi çeşitli inceleme grupları tarafından onaylanmıştır ve Derece A kanıtı ile tanımlanmıştır (13). Feldenkrais ve Alexander Tekniği, Beden Odaklı Terapi, Bilinçli Farkındalık gibi yaklaşımların bütünleyici bir yönü olarak internal algısal farkındalığı öğretmeye ve geliştirmeye açık aktif bir odaklanma vardır (24). Biyo-davranışsal teknikler, stresin fizyolojik, bilişsel ve duygusal bileşenlerini yönetmeye odaklanır. Bu teknikler:(a) davranışsal başağrısı tetikleyicilerinin tanımlanması ve değiştirilmesi (b) Akut bir başağrısını durdurmak yerine başağrısı ataklarını önlemeyi amaçlayan fizyolojik öz-düzenleme becerisinin edinilmesi ve kullanılmasını kolaylaştırır (25,26). Davranışsal tedaviler

ve zihin-beden terapisi uygulamalarının birçoğu çok bileşenli müdahalelerdir ve bu nedenle başağrısında terapötik etkilerden birden fazla mekanizma sorumludur. Bu mekanizmalar arasında; nöral ağrı işleminin değişmesi, stresin azalması, başa çıkma becerilerinin gelişmesi, öz-yeterliliğin artması, ağrı katastrofisinin azalması, duygu durumunun düzenlenmesi yer alabilir (18).

Davranışsal ve zihin-beden terapisi uygulamaları fiziksel ve psikolojik sağlığı iyileştirdiği düşünülen stratejileri içerir ve hastaların tedavilerinde aktif rol almalarını sağlamayı amaçlar (27). Genel olarak, pasif veya kaçınan başa çıkma stratejilerinin kullanımı (örn: aşırı aktivite kısıtlaması, aşırı ilaç kullanımı veya sosyal geri çekilme) artan başağrısı şiddeti ve daha fazla engellilik ile ilişkilidir. Bu tür stratejiler, izolasyon ve gelir kaybı gibi yeni stres etkenleri yaratarak ve ruh halini kötüleştirerek stres etkisini artırabilir. Bazı hastalar ayrıca başağrısını aşırı derecede tahmin ederek veya buna odaklanarak ve şiddetli sonuçlar bekleyerek (felaket olarak adlandırılır) ağrıyla baş ederler. Felaketeleştirme, ağrı hissini ve engelliliği arttırabilir. Buna karşılık, gevşeme becerilerini kullanma, problem çözme ve destek arama gibi aktif ve çözüm odaklı başa çıkma stratejileri daha az duygusal sıkıntı ve daha az engellilik ile ilişkilidir (13).

Başağrısı tedavisine yönelik davranışsal müdahaleler aşağıdaki özelliklerden bir veya daha fazlasına sahip olan kişiler için uygun olabilir (21,26):

- Farmakolojik olmayan müdahalelerde hasta tercihi
- Farmakolojik tedavilere zayıf tolerans
- Farmakolojik tedaviler için tıbbi kontraendikasyonlar
- Farmakolojik tedaviye yetersiz yanıt veya hiç yanıt vermeme
- Hamilelik, planlanmış hamilelik veya emzirme
- Başağrısı problemlerini şiddetlendirebilecek (veya diğer farmakoteraplere yanıtın azalmasına yol açabilecek) analjezik veya akut ilaçların uzun süreli, sık veya aşırı kullanımı öyküsü
- Yaşam stresi, yetersiz başa çıkma becerileri veya başağrısı sorunlarını veya engelliliği arttıran eşlik eden bir psikolojik bozukluk

Gevşeme Eğitimi

Gevşeme eğitimleri en belirgin davranışsal başağrısı tedavilerinden biridir. Gevşeme becerilerinin, bireylerin başağrısının çevresel veya kişilerarası tetikleyicilerini tanımlamalarını ve başağrısıyla ilgili kendi fizyolojik tepkilerini (sempatik arousal yanıtı) azaltarak, akut başağrısı semptomlarını azalttığı ve akut başağrısı başlangıcını durdurduğu varsayılmaktadır. Gevşeme eğitimi, nefes egzersizleri ve

meditasyon gibi çeşitli duygusal, bilişsel ve davranışsal teknikleri içerir. Üç tip gevşeme eğitimi kullanılmaktadır: (a) İlerleyici Kas Gevşeme (Progressive Muscle Relaxation-PMR)- Tüm bedende temel kas gruplarını alternatif olarak kasma ve gevşetme (b) Otojenik Eğitim (Autogenic Training –AT)- derin gevşeme durumunu sağlamada sıcaklık ve ağırlık için kendi kendine talimatların kullanılması ve (c) meditasyon veya pasif gevşeme- zihinsel sakinliği ve gevşemeyi teşvik etmek için sessizce tekrarlanan bir kelime veya sesin kullanılmasıdır (28). Gevşeme teknikleri arasında en popüler ve yaygın kullanılanlar ilerleyici kas gevşeme ve otojenik eğitimidir (5). Genel olarak, gevşeme eğitimi aşağıdaki bileşenleri içerir: *tanımlayıcı eğitim* (gergin ve gevşemiş büyük kas gruplarının belirlenmesine odaklanma); *gevşeme farkındalığı* (bazı kas grupları gerilirken diğer kas gruplarının gevşemesi); *komutlu gevşeme* (nefes almayı sakinlik, huzur veya rahatlama gibi rahatlatıcı bir kelimeyle eşleştirme); baş, boyun veya omuzdaki sınırlı sayıda kaslara odaklanan ve gün boyunca düzenli olarak uygulanan *mini gevşeme*; ve baş ağrıları ve stres duyguları ortaya çıkma eğiliminde olduğunda *günlük yaşamda tekniklerin uygulanması* (29). Eğitim tamamlandıktan sonra, genelleştirilmiş bir gevşeme cevabı hemen başlatılabilir ve hemen hemen her bağlamda gerçekleştirilebilir. Gevşeme eğitiminin kullanım amaçları, beden farkındalığının geliştirilmesi, genel uyarılma seviyesinin azaltılması, ağrıyı tetikleyebilecek veya güçlendirebilecek belirli gergin kasları gevşetme yeteneğinin eğitimi, ve başağrısına katkıda bulunan genel stres cevabının hafifletilmesi ve önlenmesidir (5,30).

Bu özel teknikler çalışmadan çalışmaya geçişirken, gevşeme eğitimi başağrısı tedavisinde değerli bir araç olarak gösterilmiştir. Nefese odaklanmanın, ilerleyici kas gevşemesinin (31,32) ve otojenik eğitimin (33,34), tek başına ya da biyogeri bildirim (35) ve postural egzersizlerle (36) kombine uygulamalarının migren veya gerilim tipi başağrısını, stres düzeyini (37) ve başağrısı ile ilişkili engelliliği azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. İşyerinde gevşeme egzersizi ve postural egzersiz uygulanmasının, **çalışan toplulukta**, baş-boyun ve omuz ağrısı ile birlikte perikraniyal ve servikal kas hassasiyetini azaltmada uzun vadeli etkisi olduğu kanıtlanmıştır (38).

Temel Beden Farkındalık Terapisi –TBFT (Basic Body Awareness Therapy- BBAT)

Beden farkındalığı kavramı, “beden bilincini, beden yönetimini ve derinleştirilmiş beden deneyimini temsil eden, bedenin deneyimi ve kullanımı için genel bir

kavramdır”(39). Beden Farkındalık terapileri, bedeninin internal subjektif deneyimine odaklanan ortak bir bakış açısını paylaşan bir grup müdahaleleri ifade eder. Bu nedenle Beden Farkındalık terapileri, beden fonksiyonu, davranışı, kendi ve diğerleri ile etkileşim açısından bedeninin nasıl kullanıldığının farkındalığına yönelik bütüncül bir bakış açısı kullanan bir dizi beden odaklı terapötik yaklaşımlar olarak tanımlanabilir. Beden odaklı terapiler, odağın bedensel deneyime ve sözel olmayan davranışa dayandığı bilinçli ve bilinçsiz varoluş arasındaki sınırlara değişir. Bu müdahale grubu, fiziksel, zihinsel ve duygusal iyi olmayı teşvik eder (23). Kuzey Avrupa ülkelerinde psikiyatrik bozuklukları, ağrı ve kas-iskelet sistemi problemleri olan hastaların rehabilitasyonunda sıklıkla kullanılan Temel Beden Farkındalık Terapisi (TBFT) biyopsikososyal ve varoluşsal bir hareket terapisi. Postürü, dengeyi, doğal nefesi, hareket paterninde gözlenebilen ve deneyimlenen kas gerginliğini veya sertliğini normalleştirmeyi amaçlar (40). TBFT hareket kalitesine, hareketlerin mekan, zaman ve enerji ile ilgili olarak nasıl gerçekleştirildiği ve deneyimlendiğine odaklanmasıyla bilinir. İnsan varoluşunun fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve varoluşsal yönlerini dikkate alarak insan hareketlerinde bütüncül bir yaklaşımı ifade eder. Hareket kalitesi olgusu, fizyoterapist tarafından gözlemlenen hasta tarafından deneyimlenen hareketlerin nasıl yapıldığına dikkatin yöneltildiği TBFT’de sıklıkla kullanılmaktadır. TBFT ile bağlantıda hareketlerin farklı yönleri ve hareket kalitesi Skjaerven ve arkadaşları tarafından ifade edilmiştir (41–43). Hareket kalitesi, çeşitli hareket yönleri veya nitelikleriyle ifade edilen, insan hareketinin fiziksel, fizyolojik, psiko-sosyo-kültürel ve varoluşsal perspektiflerini kapsayan bir şemsiye terimdir. (Tablo 2).

TABLO 2. İnsan hareketinin dört boyutu ve hareketlerin temel özellikleri.
(Harekette bütünlük ve bireyin varoluşu)

Biyomekanik olarak hareket kalitesi	Fizyolojik olarak hareket kalitesi	Psiko-sosyal ve kültürel olarak hareket kalitesi	Varoluşsal olarak hareket kalitesi
<i>Mekanla ilişkili</i>	<i>Zamanla ilişkili</i>	<i>Enerji ile ilişkili</i>	<i>Kişi ile ilişkili</i>
Elementler: Beden dizilimi, postural stabilite Özellikler: Hareketin şekli ve yolu	Elementler: Nefes ve merkezleme Özellikler: Harekette akıcılık, elastisite, ritim	Elementler: Farkındalık Özellikler: Dikkat, niyet, duygular	Elementler: Öz-farkındalık Özellikler: Kişisel özellikler, teklük

Yüzey ile ilişki -grounding, merkez hattında vertikal denge, hareketlerde merkezleşme, gövdeden ve solar pleksus sahasından koordinasyon, nefes, akıcılık ve farkındalık BFT’ de eğitilen “beden ego”sunun önemli yönleri olarak görülür. Diğer beden odaklı veya dikkat (mindfulness) odaklı tedavilerle karşılaştırıldığında, zihinsel düzeyde niyet, kendini gözleme ve belirli beden fonksiyonlarından orijin alan “fiziksel düzeyde benliğin” sistematik bir eğitimi vardır (44). Bütüncül bakış açısına dayalı eğitim felsefesi, postural stabilite (denge), doğal nefes ve farkındalık gibi temel fonksiyonları içerir. Postural stabilite, doğal nefes ve zihinsel farkındalık, hareketlere entegre edildiğinde daha fonksiyonel hareket kalitesi, “iyi olma” ve sağlığı teşvik eden ana unsurlardır. Günlük yaşam aktivitelerine benzeyen hareketler yatarken, otururken, ayakta dururken veya yürürken yapılır. Terapi programı aynı zamanda ses kullanımını, ilişkisel egzersizleri ve giysiler üzerinden yapılan masajı da içerir. Hareketleri yaparken bireyin hem “yaptıklarına” hem de “hareketlerde ne deneyimlediğine” dikkati yöneltmesi önemlidir. TBFT uygulamasında hareketlere odaklaşma fiziksel ve zihinsel yönlerin öz farkındalığını artırır (45).

Ağrı Tedavisinde Beden Farkındalığı: Teorik Çerçevesi

Beden farkındalığı teoride çok boyutlu bir yapı olarak anlaşılabilir (24).

- *Beden duyularını fark etmek*: negatif, pozitif ve nötr olarak görülen bedensel duyularını içerir (örn: nefes alma-verme).
- *Bu duyumlara emosyonel ve dikkat tepkisi* şunları içerir: (a) kişinin dikkatinin dağılmasıyla duyum algılarını bastırmak, görmezden gelmek veya bunlardan kaçınmak; (b) bir şeylerin yanlış olduğundan endişe duymak ve (c) duyuların yargılayıcı olmayan farkındalığı ile şimdiki an farkındalığı, yani dikkatli bir var oluş.
- *Dikkati düzenleme kapasitesi*, aktif bir düzenleyici süreç olarak kişinin dikkatini kontrol etmenin çeşitli yollarıyla ilgilidir. Bunlar şunları içerir: (a) farkındalığı sürdürmek, (b) aktif olarak dikkati bedenin çeşitli bölümlerine yönlendirmek, (c) dikkat odağını daraltmak veya genişletmek ve (d) onları değiştirmeye çalışmadan duyumlara izin vermek.
- *Zihin-beden entegrasyonu*, zihin-beden terapilerinin amacı olarak görülür ve şunları içerir: (a) emosyonel farkındalık, belirli fiziksel duyuların duyguların duyusal yönü olduğunun farkındalığı; (b) duyguların, duyuların ve davranışların kendi kendini düzenlemesi ve (c) bedenden ayrılmış bir yabancılaş-

ma ve kişinin bedeninden kopmuş olma hissini aksine, zihinsel, duygusal ve fiziksel süreçlerin birbirine bağlı olduğu hissini temsil eden, benliğin somutlaştırılması duygusunu hissetme yeteneği

- *Beden duyularına güvenme*, duyuların önemi ve bedensel duyuların farkındalığının karar verme veya sağlık için ne derece yararlı olduğu hakkındaki inançları yansıtır.

Zihin/beden bütünlüğünü sağlayan TBFT yönteminin bireylerin hareket ve yaşam kalitelerinde, fiziksel sağlıklarında, psikolojik ve psikiyatrik semptomlarında önemli iyileşme sağladığı incelenen çalışmalarla gösterilmiştir. TBFT kronik ağrı ve psikiyatrik tanı alan hastaların fizyoterapi ve rehabilitasyonunda olumlu etkiler göstermiştir. Fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendromunda TBFT uygulamalarının ağrı, hareket kalitesi, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine önemli bir rol oynadığı (46,47); psikolojik semptomları iyileştirmede ve otonom sinir sistemini, özellikle de sempatik sinir sistemini modüle etmede etkili olduğu belirtilmiştir (48). Psikiyatrik bakımda TBFT deneyimine artan bir ilgi vardır. Hastalar ve fizyoterapistler TBFT'yi artan beden farkındalığı, fiziksel ve zihinsel ihtiyaçlar hakkında daha derin bilgi ve artan özgüven olarak tanımlamışlardır (44). Ülkemizde TBFT yöntemi uygulanarak yapılan üç çalışmada bu yöntemin, migren ve gerilim-tipi başağrısı olan hastalarda ağrı ve yorgunluk seviyesini azalttığı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini arttırdığı (49); GTBA olan hastalara aktif egzersiz programları ile birlikte uygulanmasının ağrı sıklığını, şiddetini, ağrı süresini, ağrıya bağlı ilaç kullanımını ve ağrıya bağlı engelliliği azaltmada, yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu (50); kronik başağrısı olan hastalarda ağrıyı azaltmak ve beden imajını arttırmak için güvenle kullanılabilir bir terapi yöntemi olduğu gösterilmiştir (51). Nitel bir analiz çalışmasında, en az 6 ay ağrısı olan 25-61 yaş aralığındaki 6 kadın hastaya en az 6 ay gözetimli TBFT uygulanmış, sonuçlar yarı yapılandırılmış görüşme uygulanarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kronik ağrılı hastalar, ağrılarını görmezden gelmeye çalışmak yerine onunla yüzleşmek zorunda kaldıkları için tedavinin ağrılarını gidermelerine yardımcı olduğunu deneyimlemişlerdir. Ağrı üzerindeki kontrolün artması, ve kişinin kendisine, bedenine ve ağrıya karşı tutumunda değişen bir ilişkinin gelişmesiyle ağrı şiddeti deneyiminin azaldığı görülmüştür (52).

Birçok çalışmadan elde edilen kanıtlara rağmen, zihin-beden terapileri muhtemelen eğitim eksikliği, yetersiz zaman veya bu terapileri destekleyen kanıt temeli hakkında farkındalık eksikliği nedeniyle başağrısı tedavisinde ülkemizde yeterince kullanılmayan bir tedavi yöntemidir.

SONUÇ

Başağrısı ve duygudurum bozuklukları önemli oranlarda birlikte ortaya çıkar. Kronik başağrısına eşlik eden duygudurum bozukluklarının tedavisinde davranışçı tedaviler/ zihin-beden terapisi uygulamaları ve farmakolojik terapiler hem bireysel hem de kombine olarak oldukça etkilidir. Giderek artan sayıda kanıt, bu yaklaşımların etkinliğini ve birçok kişiye fayda sağlama yeteneğini desteklemektedir. Bu tekniklerin hedefi, ağrıdan dikkati dağıtma, beden farkındalığının ve stres yönetiminin geliştirilmesi, duyuşal uyaranlardan korunma ve başağrısının tekrar etmesinin önlenmesidir.

Başağrısı tedavisinde etkinliği kanıtlanmış iki biyopsikososyal yaklaşım, gevşeme eğitimi ve TBFT'dir. En sık kullanılan ve en iyi çalışılan yöntem, iyi bir uyum sağlayan ilerleyici kas gevşemesidir, çünkü öğrenmesi kolaydır ve hastalar tarafından evde uygulanabilir. TBFT uygulaması için terapistin bu yöntemi derinlemesine öğrenmiş olması ve grup terapisi için yer ve zaman gereklidir. Başağrısı tedavisi için farmakolojik tedavilere ek olarak hastaya başağrısı yönetiminin öğretildiği biyopsikososyal yaklaşımlara da yer verilmelidir. Böylece başarılı bir tedavi için hastanın bu sürece aktif olarak katılımı sağlanmış olacaktır.

Anahtar Öğrenme Noktaları

- Başağrısı ve duyuş durum bozuklukları arasında karmaşık çift yönlü bir ilişki vardır.
- Davranışsal tedavi ve zihin-beden terapisi uygulamaları stresi, anksiyeteyi, ağrıyı azaltmak; duyuşsal ve zihinsel düzeyde hastanın refahını iyileştirmek için umut verici bir seçenektir.
- Bu uygulamalar bazı özel durumlarda tek başına ve tedaviye dirençli hastalarda ise farmakolojik tedavi ile kombine olarak başağrısı yönetiminde düşünülebilir.
- Ülkemizde başağrısı bozukluğu olan hastalarda TBFT yönteminin kullanılması ve sağlık çalışanları tarafından giderek farkındalık kazanması umut vericidir.

KAYNAKLAR

1. Türk Nöroloji Derneği Başağrısı Çalışma Grubu. Başağrısı Tanı ve Tedavi, Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2018.
2. ICHD-III. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211.
3. Fernández-De-Las-Peñas C, Florencio LL, Plaza-manzano G, Arias-buría JL. Clinical reasoning behind non-pharmacological interventions for the management of headaches: A narrative literature review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):4126.

4. Grazzi L. Multidisciplinary approach to patients with chronic migraine and medication overuse: Experience at the Besta Headache Center. *Neurol Sci.* 2013;34(1):19–21.
5. Grazzi L, Toppo C, D'amico D, Leonardi M, Martelletti P, Raggi A, et al. Non-pharmacological approaches to headaches: Non-invasive neuromodulation, nutraceuticals, and behavioral approaches. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1503.
6. Andrasik F. What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurol Sci.* 2007;28(2):S70–7.
7. Sierpina V, Astin J, Giordano J. Mind-body therapies for headache. *Am Fam Physician.* 2007;76(10):1518–22.
8. Nicholson GG, Gaston J. Cervical headache. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2001;31(4):184–93.
9. Spierings ELH, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache.* 2001;41(6):554–8.
10. Nash JM, Thebarg RW. Understanding psychological stress, its biological processes, and impact on primary headache. *Headache.* 2006;46(9):1377–86.
11. Holmes WF, MacGregor EA, Dodick D. Migraine-related disability: Impact and implications for sufferers' lives and clinical issues. *Neurology.* 2001;56(Suppl1):S13–9.
12. Nicholson RA, Houle TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological risk factors in headache:CME. *Headache.* 2007;47(3):413–26.
13. Motwani M, Kuruvilla D. Behavioral and Integrative Therapies for Headache [Internet]. *Practical Neurology.* 2019 [cited 2021 Jul 31]. Available from: <https://practicalneurology.com/articles/2019-may/behavioral-and-integrative-therapies-for-headache>
14. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache - Possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia.* 2000;20(5):486–508.
15. Elbi H. Kronik ağrıda psikiyatrik değerlendirme. *TOTBİD Derg.* 2017;16:169–73.
16. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther.* 2011;91(5):700–11.
17. Hassed C. Mind-body therapies use in chronic pain management. *Aust Fam Physician.* 2013;42(3):112–7.
18. Wells RE, Smitherman TA, Seng EK, Houle TT, Loder EW. Behavioral and mind/body interventions in headache: Unanswered questions and future research directions. *Headache.* 2014;54(6):1107–13.
19. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S, et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: A systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open.* 2017;7(8):e016670.
20. Wells RE, Loder E. Mind/Body and behavioral treatments: the evidence and approach. *Headache.* 2012;52:70–5.
21. Penzien DB, Irby MB, Smitherman TA, Rains JC, Houle TT. Well-Established and Empirically Supported Behavioral Treatments for Migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2015;19(34):2–7.
22. Satija A, Bhatnagar S. Complementary therapies for symptom management in cancer patients. *Indian J Palliat Care.* 2017;23(4):468–79.
23. Mehling WE, Wrubel J, Daubenmier JJ, Price CJ, Kerr CE, Silow T, et al. Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philos Ethics, Humanit Med.* 2011;6(1):6.
24. Price C, Mehling W. Body Awareness and Pain. In: Thompson D, Brooks M, editors. *Integrative Pain Management.* Handspring Publishing; 2016.
25. Rains JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral headache treatment: History, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache.* 2005;45(Suppl 2):S92–109.
26. Campbell JK, Penzien DB, Wall EM. Evidence-Based Guidelines For Migraine Headache: Behavioral and Physical Treatments. *US Headache Consort.* 2000;1(1):1–29.

27. Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, Mcpherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;9(4).
28. Holroyd K, Penzien D. Self-management of recurrent headache. *Med (Ribeirão Preto)*. 1997;30:476–93.
29. Andrasik F, Schwartz MS. Behavioral assessment and treatment of pediatric headache. *Behav Modif*. 2006;30(1):93–113.
30. Kröner-Herwig B. Psychological treatments for pediatric headache. *Expert Rev Neurother*. 2011;11(3):403–10.
31. Larsson B, Carlsson J, Fichtel Å, Melin L. Relaxation treatment of adolescent headache sufferers: Results from a school-based replication series. *Headache*. 2005;45(6):692–704.
32. D'Souza PJ, Lumley MA, Kraft CA, Dooley JA. Relaxation training and written emotional disclosure for tension or migraine headaches: A randomized, controlled trial. *Ann Behav Med*. 2008;36(1):21–32.
33. Seo E, Hong E, Choi J, Kim Y, Brandt C, Im S. Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2018;39:62–7.
34. Álvarez-Melcón AC, Valero-Alcaide R, Atín-Arratibel MA, Melcón-Álvarez A, Beneit-Montesinos JV. Effects of physical therapy and relaxation techniques on the parameters of pain in university students with tension-type headache: A randomised controlled clinical trial. *Neurol (English Ed)*. 2018;33(4):233–43.
35. Janbozorgi M, Rajezi S, Sadr S. Treatment of Migraine: How Effective is Biofeedback Assisted Relaxation Training? *Iran J Child Neurol*. 2007;2(1):25–9.
36. Park S-Y, Hwang S. Effects of relaxation approach with self-exercise on head posture, static postural stability, and headache in persons with tension-type headache. *Phys Ther Rehabil Sci*. 2016;5(4):178–84.
37. Kumar S, Raje A. Effect of progressive muscular relaxation exercises versus transcutaneous electrical nerve stimulation on tension headache: A comparative study. *Hong Kong Physiother J*. 2014;32(2):86–91.
38. Rota E, Evangelista A, Ceccarelli M, Ferrero L, Milani C, Ugolini A, et al. Efficacy of a workplace relaxation exercise program on muscle tenderness in a working community with headache and Neck pain: A longitudinal, controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52(4):457–65.
39. Roxendal G. Body awareness therapy and body awareness scale: treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. University of Gothenburg; 1985.
40. Gyllensten AL, Skär L, Miller M, Gard G. Embodied identity - A deeper understanding of body awareness. *Physiother Theory Pract*. 2010;26(7):439–46.
41. Skjaerven LH, Gard G. Perspectives on human movement, the phenomenon of movement quality and how to promote movement quality through movement awareness as physiotherapy in mental health. In: Probst M, Skjaerven LH, editors. *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry A scientific and clinical based approaches*. Elsevier; 2018. p. 23–31.
42. Skjaerven LH, Gard G, Kristoffersen K. Basic elements and dimensions to the phenomenon of quality of movement—a case study. *J Bodyw Mov Ther*. 2003;7(4):251–60.
43. Skjaerven, L. H. Kristoffersen K, Gard G. An eye for movement quality: a phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists' understanding of the phenomenon. *Physiother Theory Pract*. 2008;24(1):13–27.
44. Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *J Bodyw Mov Ther*. 2010;14(3):245–54.
45. Gyllensten AL, Skoglund K, Wulf I. *Basic Body Awareness Therapy: Embodied identity*. Stockholm: Vulkan; 2018.

46. Courtois I, Cools F, Calsius J. Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Bodyw Mov Ther.* 2015;19(1):35–56.
47. Bravo C, Skjaerven LH, Guitard Sein-Echaluce L, Catalan-Matamoros D. Effectiveness of movement and body awareness therapies in patients with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2019;55(5):646–57.
48. Eriksson EM, Möller IE, Söderberg RH, Eriksson HT, Kurlberg GK. Body awareness therapy: A new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World J Gastroenterol.* 2007;13(23):3206–14.
49. Sertel M, Şimşek TT, Yümin ET. The Effect of Body Awareness Therapy on Pain, Fatigue and Health-related Quality of Life in Female Patients with Tension-type Headaches and Migraine. *West Indian Med J.* 2021;69(2):121.
50. Sertel M, Bakar Y, Şimşek TT. The Effect of Body Awareness Therapy and Aerobic Exercises on Pain and Quality of Life in The Patients with Tension Type Headache. *African J Tradit Complement Altern Med AJTCAM.* 2017;14(2):288–310.
51. Sertel M, Şimşek TT, Yümin ET. The effect of body awareness therapy on pain and body image in patients with migraine and tension type headache. *Body, Mov Danc Psychother.* 2017;12(4):252–68.
52. Lundwall A, Ryman A, Bjarnegård Sellius A, Mannerkorpi K. Pain requires processing – How the experience of pain is influenced by Basic Body Awareness Therapy in patients with long-term pain. *J Bodyw Mov Ther.* 2019;23(4):701–7.

